

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CONTROLADORIA

VITOR HUGO GARCIA DE SOUZA

**RELAÇÃO ENTRE ASSIMETRIA INFORMACIONAL, EFICIÊNCIA TÉCNICA,
QUALIDADE E GOVERNANÇA CORPORATIVA NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Maringá

2022

VITOR HUGO GARCIA DE SOUZA

**RELAÇÃO ENTRE ASSIMETRIA INFORMACIONAL, EFICIÊNCIA TÉCNICA,
QUALIDADE E GOVERNANÇA CORPORATIVA NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, área de concentração Controladoria, da Universidade Estadual de Maringá.

Orientadora: Profa. Dra. Katia Abbas

Maringá

2022

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

S729r

Souza, Vitor Hugo Garcia de

Relação entre assimetria informacional, eficiência técnica, qualidade e governança corporativa no contexto hospitalar / Vitor Hugo Garcia de Souza. -- Maringá, PR, 2022. 199 f.: il. color., figs., tabs.

Orientadora: Profa. Dra. Katia Abbas.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Ciências Contábeis, Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, 2022.

1. Assimetria informacional. 2. Eficiência técnica hospitalar. 3. Qualidade em serviços. 4. Processo orçamentário. 5. Gestão das Competências Profissionais (GCP). I. Abbas, Katia, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Ciências Contábeis. Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis. III. Título.

CDD 23.ed. 657.8322

DECLARAÇÃO

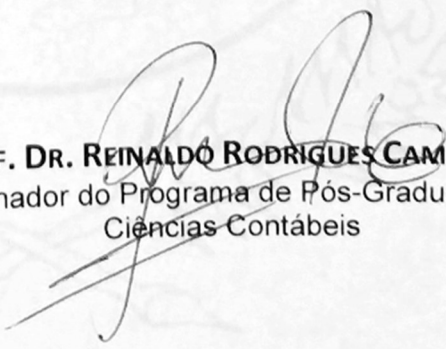
Aos 24 (vinte e quatro) dias do mês de outubro do ano de dois mil e vinte e dois, às 14h30min., no Bloco B-12, sala 002, realizou-se, no *Campus* Sede da Universidade Estadual de Maringá, a Defesa Pública da Dissertação de Mestrado, sob o título: **“Relação Entre Assimetria Informacional, Eficiência Técnica e Qualidade dos Serviços Prestados no Contexto Hospitalar”**, de autoria de **Vitor Hugo Garcia de Souza**, aluno do Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis – Mestrado – Área de Concentração: Controladoria - Linha de pesquisa em Contabilidade Gerencial. A Banca Examinadora foi composta pelos professores:

Membros da Banca	Função	IES
Prof. ^a Dr. ^a Katia Abbas	Presidente	PCO/UEM
Prof. Dr. Valter da Silva Faia	Membro examinador	PCO/UEM
Prof. Dr. Marcelo Marchine Ferreira	Membro examinador	PCO/UEM
Prof. ^a Dr. ^a Mariana Guerra	Membro examinadora	IES/UNB

Concluído os trabalhos de apresentação e arguição, o aluno foi **APROVADO** pela Banca Examinadora. A validação da aprovação na Defesa Pública está condicionada ao aluno apresentar a versão definitiva da Dissertação, no prazo de 60 (sessenta) dias, de acordo com Art. 72 da Resolução nº 095/2018-CI/CSA, para a expedição do Diploma de Mestre. Para constar, a presente Ata foi lavrada e assinada pelo Coordenador do Programa e pelos membros da Banca Examinadora.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.

Maringá Pr., 24 de outubro de 2022.


PROF. DR. REINALDO RODRIGUES CAMACHO
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em
Ciências Contábeis

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, Pai todo poderoso! Sem Ele certamente não seria possível chegar até aqui. Após um período tão conturbado, quero agradecer a Deus pela vida, minha, de meus familiares e de meus amigos. Obrigado Senhor!

Em sequência, agradeço grandemente minha esposa, Vanessa Jorge dos Santos, pelo companheirismo, compreensão, apoio e dedicação, sempre, em todos os momentos, em qualquer lugar. Obrigado Amada!

Também de forma especial a minha mãe, Regina Aparecida da Silva, e ao meu Pai, Wanderley Garcia de Souza, pelo dom da vida, pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência. Obrigado Mãe e Pai!

A todos os meus familiares, em especial a minha irmã, Bruna Fernanda da Silva, e aos meus sogros, Aparecida Lemes Jorge dos Santos e Leonísio Candido dos Santos, os quais considero meus pais de coração. Obrigado Família!

Aos meus amigos Mônica, Bruno, Andrieli, Walter, Pablo, Loriane e Robson, pelos quais tenho imensa estima. Obrigado Amigos!

Aos colegas do mestrado, em especial meus companheiros, Janaina Pereira de Assis, Lucileide Jacinto Rodrigues e Agnaldo Pereira, enfrentamos e vencemos muitos desafios juntos nesse período. Obrigado Parceiros!

A todos professores e colaboradores do PCO-UEM. Especialmente agradeço minha orientadora, Professora Dra. Katia Abbas, pela paciência e pelos ensinamentos compartilhados, sem dúvidas uma grande amiga. Lembro também de maneira especial dos professores Dr. José Braz Hercos Junior, Dra. Joyce Menezes da Fonseca Tonin, Dra. Kelly Cristina Mucio Marques e Dr. Valter da Silva Faia, pelos momentos de auxílio. Obrigado Mestres!

Aos professores e amigos de docência do Colegiado de Ciências Contábeis da UNESPAR. Obrigado Time!

Aos hospitais dos Estudos de Caso 1 e 2, pela confiança e acessibilidade no desenvolvimento desta pesquisa.

Enfim, Obrigado à todos!

“Tudo posso naquele que me fortalece.”

Filipenses 4:13

“Em tempos de mentiras universais, dizer a verdade se torna um ato revolucionário.”

Georg Orwell

“Não existe triunfo sem perda, não há vitória sem sofrimento, não há liberdade sem sacrifício.”

J.R.R. Tolkien

“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo.”

Martin Luther King

RESUMO

Crescentes, porém ainda não conclusivas, são as discussões entre Eficiência Técnica (ET) e Qualidade dos Serviços Prestados (QL) no setor hospitalar. Pesquisas que procuram identificar se ganhos de produtividade contribuem positiva ou negativamente para a qualidade em serviços de saúde representam um campo ainda inconclusivo. O presente estudo aborda a Eficiência Técnica e a Qualidade dos Serviços Prestados, agregando a Teoria da Agência como um elemento explicativo para a relação entre ambas as medidas de desempenho no ambiente hospitalar, em específico a Assimetria Informacional (AI) presente no Processo Orçamentário (PO) e na Gestão das Competências Profissionais (GCP) dos hospitais. Assim, tem por objetivo compreender a relação entre as Assimetrias Informacionais no Processo Orçamentário e na Gestão das Competências Profissionais com a Eficiência Técnica e à Qualidade dos Serviços Prestados em hospitais financiados por recursos públicos. A estratégia de pesquisa foi o Estudo de Caso Múltiplo. Foram investigados dois hospitais da região Sul do Brasil: um público e um privado sem fins lucrativos. A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de três técnicas: observação direta, entrevistas e análise documental. Quanto à análise dos dados obtidos, foi aplicada a técnica de Análise de Conteúdo por Temática Eixo, ou Temática Central, com base na triangulação dos dados. Os resultados da pesquisa indicam que a Assimetria Informacional no Processo Orçamentário, entre Principal e Agente, quando relacionada ao planejamento orçamentário, resulta em efeitos prejudiciais para a Eficiência Técnica e benéficos para a Qualidade dos Serviços Prestados, porém, quando relacionada com a ausência de alinhamento financeiro, resulta em efeitos contrários, benéficos para a Eficiência Técnica e prejudiciais para a Qualidade dos Serviços Prestados. Sobre a Assimetria Informacional na Gestão das Competências Profissionais, foi evidenciado seu efeito prejudicial tanto para a Eficiência Técnica, quanto para a Qualidade dos Serviços Prestados, sendo que este efeito pode ser amenizado na presença de um maior sentimento de pertença dos profissionais do hospital, resultando em um maior engajamento entre os objetivos do indivíduo com os objetivos da organização, ou potencializado na presença de um sentimento de descaso com os bens públicos. As conclusões do estudo contribuem com as discussões existentes acerca da dicotomia entre ET e QL em hospitais financiados por recursos públicos, acrescentando as AIs no PO e na GCP como variáveis explicativas, visando compreender a relação das falhas, problemas e ineficiências informacionais em ambas medidas de desempenho. Este estudo pode auxiliar a elaboração de estratégias de gerenciamento de informações nos processos orçamentário e de desenvolvimento das competências profissionais, bem como para o processo de tomada de decisões gerenciais, em organizações hospitalares financiadas por recursos públicos.

Palavras-Chave: Assimetria Informacional; Processo Orçamentário; Gestão das Competências Profissionais; Eficiência Técnica; Qualidade em Serviços.

ABSTRACT

The discussions between Technical Efficiency (TE) and Quality of Services Provided (QL) in the hospital sector are growing, but not yet conclusive. Research that seeks to identify whether productivity gains contribute positively or negatively to quality in health services represents a still inconclusive field. The present study addresses TE and QL, adding the Agency Theory as an explanatory element for the relationship between both performance measures in the hospital environment, specifically the Informational Asymmetry (IA) present in the Budgeting Process (BP) and Professional Competence Management (PCM) of hospitals. Thus, it aims to understand the relationship between Informational Asymmetries in the Budgeting Process and in the Professional Competence Management with the Technical Efficiency and the Quality of Services Provided in hospitals financed by public resources. The research strategy was Multiple Case Study. Two hospitals from the South region of Brazil were investigated: one public and one private non-profit. Data collection occurred through the application of three techniques: direct observation, interviews, and document analysis. As for the analysis of the data obtained, the technique of Content Analysis by Thematic Axis, or Central Theme, was applied, based on data triangulation. The results of the research indicate that the Informational Asymmetry in the Budgeting Process, between Principal and Agent, when related to budget planning, results in detrimental effects for Technical Efficiency and beneficial to the Quality of the Services Provided, however, when related to the lack of financial alignment, results in contrary effects, beneficial to Technical Efficiency and detrimental to the Quality of the Services Provided. About the Informational Asymmetry in the Professional Competence Management, its harmful effect was evidenced, both for Technical Efficiency and for the Quality of the Services Provided, and this effect can be mitigated in the presence of a greater sense of belonging of the hospital's professionals, resulting in a greater engagement between the individual's goals with the organization's goals, or potentiated in the presence of a feeling of disregard for public goods. The findings of the study contribute to existing discussions about the dichotomy between TE and QL in publicly funded hospitals by adding IAs in BP and PCM as explanatory variables, aiming to understand the relationship of informational failures, problems, and inefficiencies in both performance measures. This study may assist the development of information management strategies in the budgeting and professional competency development processes, as well as for the managerial decision-making process, in publicly funded hospital organizations.

Keywords: Informational Asymmetry; Budgeting Process; Professional Competence Management; Technical Efficiency; Quality in Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Relação de Agenciamento Explorada na Pesquisa	15
Figura 2: Lacuna Teórica Explorada na Pesquisa	18
Figura 3: Desenho de Pesquisa	53
Figura 4: Etapas da Análise de Conteúdo da Pesquisa.....	76
Figura 5: Comunicação entre Principal e Agente no Contexto Hospitalar	81
Figura 6: Organograma Empresarial do Hospital Filantrópico (Caso 1)	84
Figura 7: Fluxo de Financiamento do Hospital Filantrópico (Caso 1).....	85
Figura 8: Fluxo de Financiamento do Hospital Público Municipal (Caso 2).....	111
Figura 9: Comparação da AI no PO (Casos 1 e 2).....	132
Figura 10: Comparação da AI na GCP (Casos 1 e 2).....	132
Figura 11: Comparação das URs referentes às Variáveis do Estudo (Casos 1, 2 e Múltiplo)	135
Figura 12: Comparação do Posicionamento dos Respondentes sobre as Variáveis do Estudo (Casos 1, 2 e Múltiplo)	136

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Protocolo de Revisão Sistemática	55
Quadro 2: Procedimentos da Revisão Sistemática.....	56
Quadro 3: Variáveis Latentes / Construtos do Estudo	77
Quadro 4: Problemas de Agência identificados nos Estudos de Caso 1 e 2	133
Quadro 5: Síntese Qualitativa dos Achados do Estudo – Efeito das AIs na ET e QL.....	149
Quadro 6: Síntese dos Resultados do Estudo - Testes das Proposições	153

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Lista de Respondentes (Caso 1)	72
Tabela 2: Lista de Respondentes (Caso 2)	73
Tabela 3: Frequência das URs com a Temática Eixo AI (Caso 1)	86
Tabela 4: Assimetria Informacional no Processo Orçamentário: Momento e Ambiente de Ocorrência (Caso 1)	88
Tabela 5: Assimetria Informacional na Competência Profissional: Momento e Ambiente de Ocorrência (Caso 1)	100
Tabela 6: Frequência das URs e Posicionamento dos Respondentes com as Temáticas Eixo ET e QL (Caso 1)	108
Tabela 7: Frequência das URs com a Temática Eixo AI (Caso 2)	113
Tabela 8: Assimetria Informacional no Processo Orçamentário: Momento e Ambiente de Ocorrência (Caso 2)	116
Tabela 9: Assimetria Informacional na Competência Profissional: Momento e Ambiente de Ocorrência (Caso 2)	121
Tabela 10: Frequência das URs e Posicionamento dos Respondentes com as Temáticas Eixo ET e QL	128
Tabela 11: Frequência das URs com a Temática Eixo AI (Caso Múltiplo)	131
Tabela 12: Síntese Quantitativa dos Achados do Estudo - Efeito das AIs na ET e QL	152

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGC – Atuação da Governança Corporativa
AI(s) – Assimetria(s) Informacional(is)
CD(s) – Conselho(s) Diretivo(s)
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ET – Eficiência Técnica
FES – Fundo Estadual de Saúde
FMS – Fundo Municipal de Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
GC – Governança Corporativa
GCP – Gestão das Competências Profissionais
H/R – Hierarquia e Responsabilização
IFDM - Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal
JCI - *Joint Comission International* (Comissão Conjunta Internacional)
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
POA(s) – Plano(s) Operativo(s) Anual(ais)
POP(s) – Procedimento(s) Operacional(is) Padrão(ões)
SA – Seleção Adversa
SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SIPAC - Sistema Integrado de Patrimônio, Administração e Contratos
SUS – Sistema Único de Saúde
RM – Risco Moral
UBS – Unidade Básica de Saúde
UO(s) – Unidade(s) Orçamentária(s)
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	11
1.2	OBJETIVOS	16
1.2.1	Objetivo Geral	16
1.2.2	Objetivos Específicos	16
1.3	JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES.....	16
1.4	DELIMITAÇÃO E LIMITAÇÕES DO TRABALHO	18
1.5	ESTRUTURA DO TRABALHO	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1	ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	21
2.1.1	Organizações Hospitalares e o SUS	21
2.1.2	Financiamento Orçamentário Público e Práticas Orçamentárias em Hospitais	22
2.1.3	Competência Profissional no Meio Hospitalar	25
2.1.4	Governança e Hierarquia em Hospitais	28
2.2	DESEMPENHO HOSPITALAR	30
2.2.1	Eficiência Técnica	31
2.2.2	Qualidade em Serviços Hospitalares e sua Relação com a Eficiência Técnica.....	33
2.3	TEORIA E PROBLEMAS DE AGÊNCIA.....	36
2.4	PROPOSIÇÕES E DESENHO DE PESQUISA	39
2.4.1	Assimetria de Informação no Processo Orçamentário	40
2.4.2	Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais	46
2.4.3	Atuação da Governança Corporativa Hospitalar	50
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	54
3.1	REVISÃO SISTEMÁTICA.....	54
3.2	CLASSIFICAÇÃO METODOLÓGICA.....	57
3.3	ESTRATÉGIA DE PESQUISA	58
3.3.1	Tipos de Estudo de Caso	59
3.3.2	Planejamento do Estudo de Caso.....	60
3.3.2.1	Proposições da pesquisa	61
3.3.2.2	Unidades de Análise do Estudo de Caso	62
3.3.3	Protocolo do Estudo de Caso.....	62
3.3.4	Validade e Confiabilidade dos Dados	69
3.4	COLETA DE DADOS	71
3.5	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	73
3.6	CONSTRUCTOS E VARIÁVEIS DA PESQUISA	76

3.6.1 Variáveis Latentes (Constructos).....	76
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	78
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	80
4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	80
4.2 HOSPITAL FILANTRÓPICO (CASO 1).....	83
4.2.1 Apresentação da organização	83
4.2.2 Introdução à Assimetria Informacional	86
4.2.3 Assimetria de Informação no Processo Orçamentário	87
4.2.4 Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais	99
4.2.5 Medidas de Desempenho.....	105
4.2.6 Atuação da Governança Corporativa.....	109
4.3 HOSPITAL PÚBLICO (CASO 2)	110
4.3.1 Apresentação da organização	110
4.3.2 Introdução à Assimetria Informacional	112
4.3.3 Assimetria de Informação no Processo Orçamentário	115
4.3.4 Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais	121
4.3.5 Medidas de Desempenho.....	126
4.3.6 Atuação da Governança Corporativa.....	129
4.4 ANÁLISE CONJUNTA DOS CASOS	129
4.4.1 Apresentação e Discussão das Variáveis (Caso Múltiplo)	129
4.4.2 Inferências sobre as Proposições do Estudo (Caso Múltiplo)	137
4.4.3 Síntese das Conclusões e Inferências do Estudo (Caso Múltiplo)	148
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
REFERÊNCIAS	158

1 INTRODUÇÃO

Em regimes públicos democráticos, regime político atualmente adotado no Brasil, o povo elege seus representantes de governo que atuam nas esferas federal, estadual e municipal (presidente, governador e prefeito, respectivamente) para que estes possam executar seus planos de governo, que a priori, devem estar equiparados às necessidades e demandas da sociedade (Bogoná, 2012; Brown & Toze, 2017; Dias & Matos, 2012; Slomski, 2011).

Tais planos de governo são refletidos em uma estrutura denominada “institucional, funcional e programática”, que visa organizar a atuação estatal. Em síntese, as atividades do Estado são segregadas em temáticas específicas, que refletem a divisão mínima das necessidades sociais, como a saúde, a educação, a segurança, dentre outras (classificação funcional), que são tratadas pelos órgãos públicos e unidades de atuação (classificação institucional), mediante a elaboração de programas de trabalho direcionados à operacionalização de cada temática (classificação programática) (Slomski, 2013).

Embora o Estado brasileiro adote esse mecanismo de atuação, que pressupõe uma certa organização, sua aplicação é complexa (Slomski, 2011), assim como o estudo das organizações públicas e das informações produzidas no contexto governamental (Brown & Toze, 2017). Dentre as temáticas existentes, estudos sobre a saúde, bem como as suas organizações, têm recebido atenção em pesquisas científicas (Barile, Saviano & Polese, 2014; Ferreira, Nunes & Marques, 2020; Finkler & Ward, 2006; Goddard, Mannion & Smith, 2000; Nguyen, 2011; Schneider & Mathios, 2006), sendo que alguns trabalhos se dedicaram especificamente ao estudo dos sistemas de saúde e hospitais públicos (Botega, Andrade & Guedes, 2020; Budimir, Dražić Lutilsky & Leticia, 2020; Silva, Fernandez-Feijoo & Gago, 2020; Karila, Vakkuri & Lehto, 2019; Sultan & Crispim, 2018; Tran & Vu, 2018; Varela, Martins & Fávero, 2012).

Conquanto o chefe do poder executivo tenha seu planejamento aprovado pelo poder legislativo para execução das temáticas públicas, as diversas unidades administrativas, conforme a classificação institucional do Estado, executarão o plano de governo, buscando devolver para a sociedade o produto desejado (Slomski, 2011). É o caso dos hospitais públicos (municipais, estaduais e federais) e hospitais filantrópicos, instituições privadas sem fins lucrativos, que financiados por recursos públicos e mediante os serviços prestados por enfermeiros, médicos, profissionais da administração e demais funcionários, atuam prestando serviços de saúde diretamente à população (Nunes & Ferreira, 2018; Yang & Zeng, 2014).

Assim os hospitais, diferente de outras empresas, são organizações que destinam para a sociedade produtos e serviços que têm impacto diretamente na saúde e na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. Diante desse fato, compreender as falhas, problemas, ineficiências, má qualidade, entre outros fatores que prejudicam a atuação de tais organizações, possibilita identificá-los, preveni-los e combatê-los, além de contribuir com a potencialização dos benefícios que os serviços de saúde podem gerar à sociedade (Ferreira et al., 2020).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Em hospitais públicos, a responsabilização pelo desempenho organizacional recai sobre diversos atores dada a complexidade envolvida na teoria do direito de propriedade dos bens públicos (Alchian & Demsetz, 1972; Jing, Xu, Lai, Mahmoudi & Fang, 2020). Entretanto, conforme a Constituição Federal do Brasil de 1988, o Estado é o principal responsável pelo financiamento e execução de serviços públicos essenciais, como a saúde, educação e segurança (Brasil, 1988). De tal modo, os representantes do Estado eleitos pelo povo, para percorrer os objetivos governamentais conforme as necessidades da sociedade, têm responsabilidades sobre a atuação das unidades administrativas, dentre elas, os hospitais públicos.

Os hospitais, sejam de natureza jurídica pública ou privada, correspondem à ambientes organizacionais que podem sofrer com problemas de natureza econômica. Alguns destes problemas podem ser gerados devido à assimetria de informações, que corresponde a quantias diferenciadas de informação para duas ou mais partes envolvidas em uma negociação ou um contrato, capazes de provocar impactos significativos para os negócios (Zogning, 2017).

Uma vertente teórica da economia da informação (Akerlof, 1970; Castells, 1996), que surgiu para auxiliar no entendimento e na mitigação de problemas relacionados à assimetria informacional é a teoria da agência, que busca interpretar a relação existente entre dois atores, o principal e o agente, por meio da comunicação contratual que existe entre ambos (Eisenhardt, 1989; Fama, 1980; Jensen & Meckling, 1976). Jensen e Meckling (1976), deram ênfase à teoria da agência no campo financeiro, visando melhor compreender a relação existente entre acionistas (principal) e executivos/gestores (agente).

Quando tomada sob a óptica das políticas públicas, em um sistema de governo democrático, uma visão abrangente da teoria da agência se faz oportuna. Nesta abordagem, os postos do principal e do agente podem ter variações, a população pode ser equiparada ao principal e o gestor público ao agente (relação voltada para o *accountability*), o governo como

principal e a agentes econômicos privados como agentes (relação voltada para a regulação), ou ainda dotar os representantes do governo como principal e as unidades administrativas ou os burocratas, como agente (relação voltada para a supervisão) (Melo, 2015; Przeworski, 1996).

É possível perceber determinada complexidade nas relações que ocorrem entre os diferentes atores das organizações públicas, bem como dificuldade no controle e no compartilhamento do fluxo das informações envolvidas. Tais fatores podem ter impacto sobre a eficiência e a qualidade dos serviços públicos (Brown & Toze, 2017).

Para auxiliar no gerenciamento de informações das entidades, bem como minimizar o acometimento de problemas de agência, as organizações podem desenvolver mecanismos de controle financeiros, patrimoniais e comportamentais, bem como promover uma atuação mais participativa de sua governança corporativa (Afriyie, Kong, Larney, Kaodui, Bediako, Wu & Kyeremateng, 2020).

Neste sentido, compreender o cenário organizacional mediante o estudo de artefatos de gestão, como o orçamento e as competências profissionais, dentre outros, pode subsidiar gestores públicos na tomada de decisões fundamentadas em informação (Chapman & Kihn, 2009). Tais argumentos contribuem com o propósito de verificar a influência de falhas informacionais presentes em artefatos de gestão nas medidas de desempenho organizacional.

Tanto a eficiência (técnica e/ou alocativa), quanto a qualidade dos serviços ofertados pelas organizações de saúde pública, são constantemente abordados na literatura como medidas associadas à fatores de desempenho, entretanto apresentam premissas diferentes (Ferreira et al., 2020; Lin, Chen & Peng, 2017). A eficiência se volta para maximização dos recursos (Missunaga, 2020; Silva, Costa, Abbas & Galdamez, 2017; Souza, Rodrigues, Abbas & Missunaga, 2020), enquanto a qualidade se preocupa com a efetividade dos serviços oferecidos e a satisfação dos clientes (Lin et al., 2017).

Discussões literárias apresentam um possível efeito “*trade-off*” entre ambos, porém seus resultados são contraditórios e instigam o desenvolvimento de mais estudos (Ferreira et al., 2020; Yang & Zeng, 2014). Há resultados que apontam melhorias da qualidade em detrimento da eficiência (Valdmanis, Rosko & Mutter, 2008); outros ainda que se pode melhorar a eficiência e reduzir desperdícios sem prejudicar a qualidade (Chang, Hsiao, Huang & Chang, 2011); estudos que indicam uma forte associação entre eficiência e qualidade na mesma direção (Clement, Valdamis, Bazzoli, Zhao & Chukmaitov, 2008); e em certos casos uma associação fraca entre ambas medidas de desempenho (Navarro-Espigares & Torres, 2011).

Embora a eficiência e a qualidade em serviços de saúde tenham premissas dicotômicas (Lin et al., 2017), ambas dependem do contexto organizacional e das informações produzidas nele, portanto, problemas gerados pela presença de assimetrias informacionais, como por exemplo, a seleção adversa e o risco moral, podem impactar significativamente no desempenho organizacional (Eisenhardt, 1985). Além disso, visto que a ineficiência hospitalar se encontra presente em todos os estados brasileiros e em grande parte dos hospitais (Botega et al., 2020; Gonçalves, Noronha, Lins & Almeida, 2007), investigar os fatores que impactam a eficiência técnica, bem como a qualidade dos serviços em saúde, se faz significativo.

Nas relações principal-agente exploradas nesta pesquisa, voltadas para a regulação e para a supervisão, há potencial para que os problemas de agência ocorram e possivelmente afetem a eficiência técnica hospitalar, visto que o principal, representado pelos órgãos públicos da administração direta, responsável pela elaboração do plano de governo e pelos repasses de recursos financeiros às unidades administrativas, prezando pela utilização eficiente dos recursos públicos, pode determinar que os agentes, representados pelos hospitais públicos e privados sem fins lucrativos financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), forneçam os serviços em observância aos recursos limitados, uma orientação voltada para o custo.

Entretanto, os agentes podem optar por fornecer os serviços de saúde conforme as demandas e pressões sociais, agir conforme o seu julgamento particular e não priorizar as metas orçamentárias pré-fixadas, seja por (i) um comportamento oportunista com relação aos seus contratos funcionais, (ii) pela escolha de ações direcionadas para a qualidade dos serviços prestados, mesmo que estas extrapolem os recursos disponíveis, ou ainda, (iii) por indispor de informações suficientes para agir conforme as demandas do principal (Yan, Hsu, Yang & Fang, 2010; Yan, Yang & Fang, 2014).

Em virtude da complexidade envolvida no contexto governamental e para fins de análise das assimetrias presentes na relação supramencionada, esta pesquisa delimitou suas proposições ao estudo da gestão de dois mecanismos de controle gerencial, sendo: (i) o processo orçamentário, incluindo perguntas no roteiro de entrevistas que abordam desde a etapa de planejamento (ex-ante), até as etapas de execução, controle e avaliação (ex-poste) orçamentária; e (ii) o processo de gestão das competências dos profissionais que atuam nos hospitais, desde perguntas que exploram a adequação de processos seletivos e elaboração de contratos funcionais (ex-ante), até a avaliação das atividades, das ações e do desempenho dos profissionais dos hospitais (ex-poste). Tais mecanismos de gestão foram apontados como fontes

promissoras para existência de conflitos de agência, entretanto, necessitam de aprofundamento em suas conclusões científicas (Yan et al., 2010, 2014).

De tal modo, este estudo pressupõe que os problemas de agência relacionados a estes dois mecanismos de controle gerencial, podem ter influências diferentes, porém significativas, sobre as medidas de desempenho eficiência técnica e qualidade. Considerando que as relações entre a administração pública com agentes econômicos privados (voltada para regulação) e com burocratas (voltada para supervisão) muitas vezes se encontram orientadas para a maximização dos recursos disponíveis e limitados (eficiência), quando bem configuradas, podem ocasionar resultados lesivos à qualidade, um conceito que mais se aproxima da eficácia e da efetividade dos serviços públicos para com a sociedade (Ferreira et al., 2020). Um hospital eficaz pode melhorar o estado de saúde do paciente, sendo efetivo no tratamento direcionado e objetivo do problema que busca resolução (Ferreira et al., 2020), situação que mais se aproxima da relação de agência existente entre sociedade e gestor (voltada para o *accountability*), com apelos constantes sobre a transparência e qualidade dos serviços públicos (Melo, 2015).

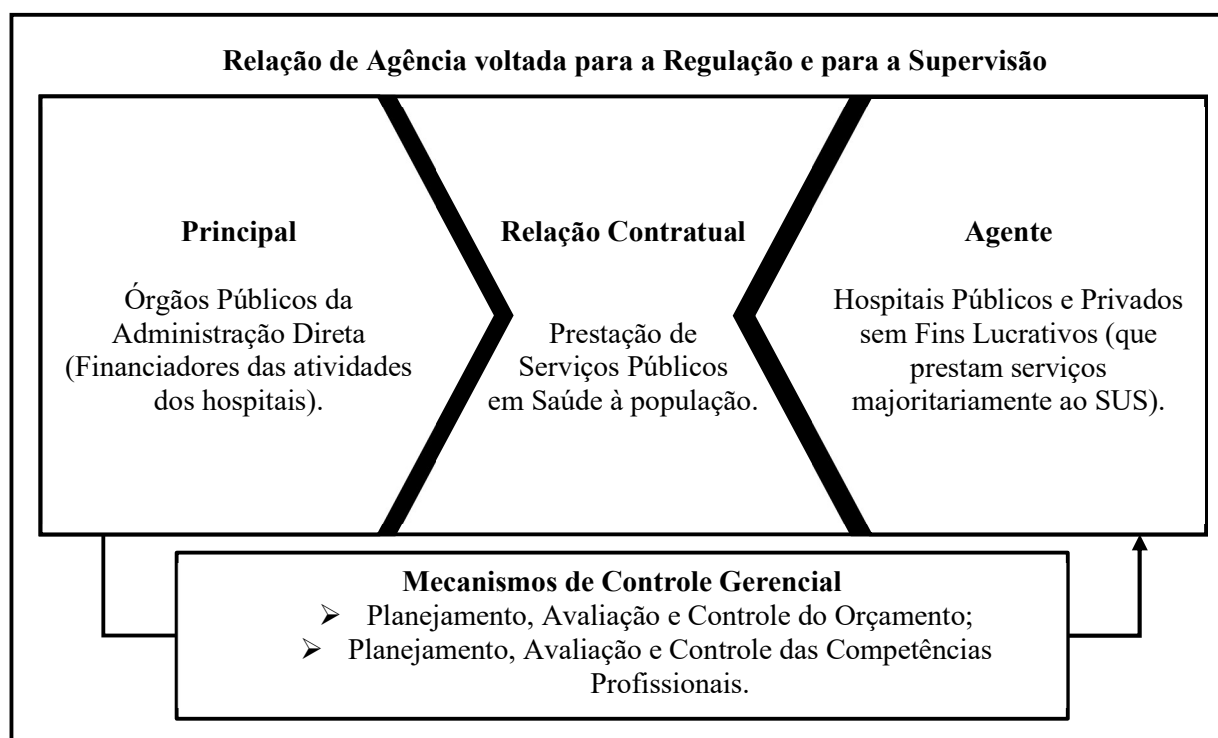
A literatura que trata sobre os problemas de agência em hospitais ainda é escassa (Peltokorpi, Matinheikki, Lehtinen & Rajala, 2020), apesar dessa limitação, pesquisas existentes destacam alguns dos problemas de agência citados com maior frequência nestas organizações, sendo o principal deles a demanda induzida pelo provedor (aquele que fornece diretamente os serviços de saúde - médicos, enfermeiros e profissionais equivalentes), problema que distorce o melhor resultado para o paciente em benefício do interesse do provedor, bem como a dificuldade do provedor em equilibrar a contenção de custos com as demandas dos pacientes (Yan et al., 2010; Yan et al., 2014).

Neste sentido, ainda menos pesquisas se voltaram para interpretar os problemas de agência no contexto hospitalar adotando como “principal” os provedores de recursos públicos (órgãos públicos da administração direta) e como “agente” os executores de serviços públicos (hospitais), destacando-se as pesquisas de Yan, Hsu, Yang e Fang (2010), Yan, Tang e Fang (2014) e a de Lai e Tang (2018), que buscaram interpretar essa relação no contexto Taiwanês.

Resumidamente, esta pesquisa se direciona para o campo científico dos hospitais e das políticas públicas, com base no modelo teórico principal-agente, utilizando a assimetria informacional (AI) presente em mecanismos de controle gerencial, quais sejam o processo do orçamento hospitalar (PO) e o processo de gestão das competências profissionais (GCP), com o intuito de explicar como estes se relacionam com o desempenho hospitalar, em específico quanto à eficiência técnica (ET) e a qualidade (QL), mediante teste de proposições teóricas.

Conforme a figura 1, a relação principal-agente deste estudo, interpretada sob a óptica da regulação e da supervisão, estabelece os órgãos públicos da administração direta que financiam as atividades dos hospitais como o “principal”, responsáveis pela execução do planejamento de governo e pela alocação sistemática de recursos orçamentários, e os hospitais financiados por recursos do SUS (públicos e filantrópicos) como o “agente”, tomados como unidades orçamentárias responsáveis pela execução de serviços públicos, sendo que por intermédio desta configuração relacional, serão estruturados os demais tópicos do estudo.

Figura 1: Relação de Agenciamento Explorada na Pesquisa



Fonte: Elaborado pelo autor.

Diante deste contexto, o presente estudo busca responder a seguinte questão de pesquisa: Como as Assimetrias Informacionais no Processo Orçamentário (AI no PO) e na Gestão das Competências Profissionais (AI na GCP) se relacionam com a Eficiência Técnica (ET) e a Qualidade dos Serviços Prestados (QL) em hospitais públicos e privados sem fins lucrativos financiados majoritariamente pelo SUS?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral do estudo é compreender a relação entre as Assimetrias Informacionais no Processo Orçamentário e na Gestão das Competências Profissionais com a Eficiência Técnica e a Qualidade dos Serviços Prestados em hospitais financiados por recursos públicos.

1.2.2 Objetivos Específicos

Para fins de alcance do objetivo geral, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- a. identificar a presença de AI (Seleção Adversa e Risco Moral) no PO (contrato por meta/formal) e na GCP (contrato funcional/formal), nos níveis Internos e Externos, Ex Ante e Ex Poste ao estabelecimento dos contratos entre principal e agente;
- b. identificar os aspectos relativos à Eficiência Técnica e à Qualidade dos Serviços Prestados pelos hospitais nos hospitais dos Casos 1 e 2;
- c. verificar de que maneira a Atuação da Governança Corporativa (AGC) hospitalar afeta a relação entre as AIs, com a Eficiência Técnica hospitalar e com a Qualidade dos Serviços Prestados pelos hospitais.

1.3 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES

Até o momento, poucos trabalhos em uma literatura ampla sobre teoria de agência, examinaram sistemas e redes organizacionais e estruturas emergentes estendidas compostas de relações de agência (Mitnick, 2013, 2015). Assim, é recomendado o estudo da teoria de agência em contextos mais amplos (Ben-Ner & Ren, 2015) do que apenas o financeiro (Jensen & Meckling, 1976), redirecionando seu foco para aspectos organizacionais (Boadway, Marchand & Sato, 2004; Eisenhardt, 1989), sociais (Shapiro, 2005), institucionais e políticos (Martins, Silva, Melo, Marchetti & Veiga, 2016; Przeworski, 1996).

Tais sugestões se referem a lacunas presentes há algum tempo na literatura, que evidenciaram em seus resultados ser importante para a formulação de políticas públicas, o reconhecimento da existência de problemas de agência e de que maneira eles podem influenciar

decisões e comportamentos de ambos, principais e agentes, na seleção e utilização de recursos públicos (Pires & Guimarães, 2015; Mott, Schommer, Doucette e Kreling, 1998). Esse argumento é ainda mais valioso na gestão dos recursos da saúde, tendo em vista que seu produto final está diretamente relacionado à qualidade de vida.

Neste sentido, Eldenburg e Krishnan (2006) haviam recomendado que estudos futuros examinassem fatores que geram ruídos nas medidas de desempenho hospitalar em escala organizacional, bem como as relações que existem entre as diversas medidas. Ancarani, Di Mauro e Giammanco (2009) destacaram limitação similar em pesquisas que tratam sobre a eficiência hospitalar, argumentando que estas têm se esquecido de explorar variáveis organizacionais e gerenciais que podem afetar o desempenho hospitalar, especialmente nos níveis meso e microeconômico.

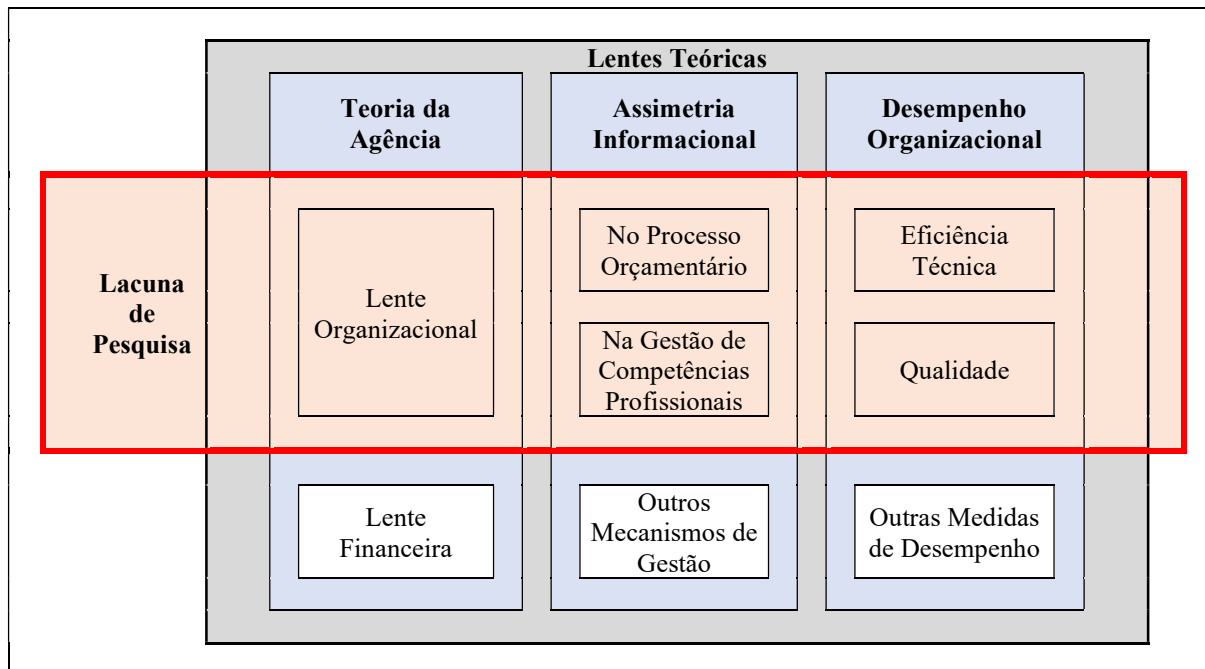
Conforme as limitações apresentadas, em termos de justificativa as principais motivações deste estudo foram explorar as lacunas científicas identificadas por Mitnick (2011, 2012, 2013, 2015), Yan et al. (2010) e Yan et al. (2014). Mitnick, um investigador assíduo da teoria da agência, foi o primeiro a atribuir este nome para a teoria e fazer uso de termos como principal e agente (Mitnick, 1975, 1976, 1982) e não Jensen e Meckling (Jensen & Meckling, 1976), embora estes últimos, juntamente com Fama (1980), de fato contribuíram para a disseminação da teoria em pesquisas contábeis. Mitnick (2015), apresenta a teoria da agência em uma temática ampla, voltada aos aspectos organizacionais, institucionais e sociológicos, criticando o posicionamento restrito que a teoria tomou nos últimos anos e orientando para abordagens mais amplas da teoria.

A lacuna destacada por Yan et al. (2010) e Yan et al. (2014), encontra-se direcionada para a carência de estudos sobre fatores organizacionais, como por exemplo o orçamento, na avaliação da qualidade de serviços em saúde e comparações de desempenho dos hospitais. Além disso, estas pesquisas também motivaram o estudo do controle exercido sobre a competência profissional, devido suas abordagens constantes sobre risco moral nas atitudes médicas, um comportamento considerado oportunista e muitas vezes incondizente com as metas e os objetivos organizacionais. A tarja vermelha da figura 2 indica a lacuna de pesquisa.

Além de tais lacunas, este estudo também explora de uma forma diferente de outras abordagens desenvolvidas até então, a relação *trade-off* entre eficiência técnica e qualidade, tema presente e amplamente discutido no contexto hospitalar (Ferreira et al., 2020; Missunaga, 2020; Silva et al., 2017; Souza et al., 2020). Embora detentor de uma vasta literatura, essa discussão é recheada de resultados contraditórios (Ferreira et al., 2020). Por consequência, a

presente abordagem com foco nos aspectos organizacionais interpretada sob a lente teórica da agência, apresentou novos achados para a construção desse conhecimento.

Figura 2: Lacuna Teórica Explorada na Pesquisa



Fonte: Elaborado pelo autor.

Portanto, mediante a lacuna de pesquisa explorada (Figura 2), essa dissertação contribui tanto para (i) o avanço da teoria da agência, explorando as assimetrias informacionais presentes nos mecanismos de gestão dos hospitais públicos, de maneira qualitativa, com vistas a entender esse fenômeno com maior profundidade; quanto para o (ii) estudo das organizações hospitalares públicas, auxiliando formuladores de políticas públicas e administrações hospitalares na compreensão da relação existente entre as assimetrias informacionais dos processos orçamentário e de avaliação das competências de seus profissionais, com suas medidas de desempenho (eficiência técnica e qualidade), podendo subsidiar o planejamento, elaboração e revisão das estratégias de gerenciamento, bem como auxiliar na tomada de decisões dos gestores destas organizações.

1.4 DELIMITAÇÃO E LIMITAÇÕES DO TRABALHO

O aspecto organizacional por si só é amplo, portanto limitar o estudo dos problemas de agência em setores específicos é uma recomendação da literatura, visto que diferentes tipos de organizações encontram diferentes problemas de agência, bem como implementam e escolhem

diferentes *designs* organizacionais (Ben-Ner & Ren, 2015). Compreender a influência da assimetria informacional no desempenho do setor hospitalar, em específico na eficiência técnica e na qualidade dos serviços de saúde, enriquece e torna apropriada a discussão e as interpretações desenvolvidas nesta pesquisa.

Além disso, para melhor atender as configurações da teoria da agência deste estudo, voltadas para regulação e supervisão, quanto à natureza de propriedade são abordados apenas hospitais públicos e privados sem fins lucrativos financiados por recursos do SUS, possibilitando que outros arranjos de propriedade sejam explorados em pesquisas futuras, como por exemplo entidades com fins lucrativos, bem como outras relações de agência.

Mesmo que a pesquisa tenha restringido o contexto econômico e o arranjo organizacional, apenas tais limitações fariam com que a sua proposta ainda permanecesse extensa. De tal modo, a teoria da agência neste estudo tem abordagens específicas, que além da perspectiva organizacional, se encontram voltadas para as relações de regulação e supervisão presentes nas relações públicas, não observando as relações de *accountability*, que parte da população para o gestor público (Melo, 2015; Przeworski, 1996).

Ampliando o leque de lacunas não exploradas neste estudo, é abordado apenas o aspecto técnico da eficiência, permitindo que investigações futuras explorem outras vertentes da eficiência, como por exemplo a eficiência alocativa. Inclusive, esta é uma das sugestões destacadas por Lai e Tang (2018). Ademais, outros conceitos aqui explorados são abstratos, como a competência, a qualidade dos serviços em saúde, bem como a construção dos problemas de agência. Assim, cabe ressaltar que outros constructos podem ser explorados em outras pesquisas, visando atestar ou refutar os achados desta investigação.

Portanto, este estudo contém diversas limitações, ao mesmo passo que abre outras oportunidades para pesquisas futuras. Outros pesquisadores podem aplicar os conceitos explorados nesta dissertação em outros arranjos organizacionais; abordar outras combinações de problemas de agência; utilizar outras estratégias de pesquisa para a eficiência, como a Análise Envoltória de Dados (DEA) em pesquisas quantitativas; valer-se de um constructo de qualidade adverso; entre outras perspectivas. Essas diferentes configurações, podem se mostrar úteis para melhor compreender a inferência dos problemas de agência no desempenho de ambientes organizacionais hospitalares.

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

Até a presente seção foram apresentados os aspectos iniciais sobre a temática deste estudo, seu propósito, ambientação teórica, justificativas, contribuições e limitação. A partir de então, as seções seguintes estão divididas em quatro capítulos, respectivamente nos polos teórico e empírico.

O capítulo 2 expõe os fundamentos teóricos da pesquisa. Para subsidiar sua elaboração foi empregada a técnica de revisão sistemática, conforme protocolo de pesquisa (tópico 3.1). A escolha dessa técnica científica, tem por finalidade encontrar uma lacuna de pesquisa apropriada, que contribua com o avanço da pesquisa científica e não se constitua em mera repetição. A relação dos principais estudos levantados na revisão, se encontra representada no Apêndice 2, que evidencia o nome dos autores, o ano das pesquisas, seus objetos, as sínteses dos principais resultados, bem como limitações e sugestões para pesquisas futuras.

Inicialmente, no capítulo 2 são abordados assuntos que tratam sobre os hospitais, partindo de temas macroeconômicos para microeconômicos, desde a forma de financiamento das ações desenvolvidas nas organizações públicas e filantrópicas de saúde, o sistema orçamentário dos hospitais, a governança e estrutura hierárquica, até as características da competência profissional no setor de saúde.

Posteriormente são apresentadas duas medidas de desempenho amplamente estudadas no contexto hospitalar, a eficiência técnica e a qualidade dos serviços de saúde. Há uma discussão literária controversa entre ambos os conceitos, que também será explorada. Ainda neste mesmo capítulo, é tratada a teoria de agência (lente teórica empregada no estudo), bem como os problemas de agência. E por finalizar a vertente teórica do estudo, são construídas as proposições e apresentado o desenho da pesquisa.

O capítulo 3 apresenta os aspectos metodológicos e discorre sobre a classificação epistemológica da pesquisa; a estratégia de pesquisa abordada; os instrumentos de coleta de dados; a definição dos constructos e das variáveis; as técnicas empregadas para a análise e o tratamento dos dados. Por fim, os capítulos 4 e 5 são, respectivamente, responsáveis pelos resultados, discussões e pelas conclusões do estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

2.1.1 Organizações Hospitalares e o SUS

O Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), visa oferecer serviços em saúde de forma universal, gratuita e igualitária à toda população que vive em território nacional. A prestação de tais serviços no Brasil ocorre de forma descentralizada e hierarquizada, em que atuam, por exemplo, entidades da administração pública direta (órgãos federais, estaduais e municipais), administração indireta (autarquias, fundações, sociedades de economia mista, entre outras) e entidades privadas (hospitais e unidades particulares), com ou sem fins lucrativos. Neste contexto, os hospitais municipais pertencentes à administração pública direta desempenham um papel significativo em termos de representatividade (Botega et al., 2020).

Uma das principais diferenças entre estes arranjos organizacionais, ao menos em termos de desempenho, é que os hospitais privados com fins lucrativos operam sob pressão competitiva do mercado e têm responsabilidade própria sobre seu desempenho e resultados, enquanto os filantrópicos, para usufruir de benefícios financeiros e fiscais, operam conforme as regras impostas pelo Ministério da Saúde, sendo que o SUS financia parte significativa dessas instituições. Quanto aos hospitais públicos, além de receitas originárias (provenientes de seu próprio esforço), estes são subsidiados pelos recursos do SUS, em parte provenientes do poder coercitivo do Estado, ou seja, tributos cobrados obrigatoriamente da população, de tal modo, operam seguindo diversas normas e diretrizes governamentais para a adequada prestação de contas (Botega et al., 2020; Pires, Oliveira, Alcantara & Abbas, 2017).

O gerenciamento dos recursos do SUS ocorre mediante os orçamentos da União, dos estados (incluindo o Distrito Federal) e dos municípios. Nestes, se incluem os hospitais da administração direta e os convênios com a administração indireta e com entidades privadas, sendo que os procedimentos amparados por seus recursos vão desde baixa complexidade, prestados por unidades básicas de saúde (UBS), média complexidade, como em unidades de pronto atendimento (UPA), até a alta complexidade, fornecidos por hospitais e clínicas especializadas, por exemplo (Botega et al., 2020; Pires et al., 2017).

O SUS repassa pagamentos às instituições de saúde a ele conveniadas e que atendam a rede pública de saúde, conforme mecanismos de referência aos valores de cada procedimento, como no caso da Tabela SUS. Entretanto, os valores repassados pelo SUS, muitas vezes não

refletem os custos reais de cada procedimento, fazendo com que os recursos sejam insuficientes para a manutenção das atividades desenvolvidas pelos hospitais (Guerra, 2011).

Visto que os recursos obrigatórios destinados pelo SUS são por vezes insuficientes, cabe também aos gestores municipais realizar um planejamento orçamentário adequado, subsidiando tais lacunas no financiamento dos estabelecimentos de saúde mediante investimentos complementares. Aos municípios, por imposição legal, conforme a Constituição Federal de 1988, cabe repassar pelo menos 15% de sua arrecadação para os serviços de saúde, além de contar com auxílio das outras esferas administrativas, como estadual e federal.

De tal modo, compreender a sistemática orçamentária dos hospitais públicos e filantrópicos que destinam seus serviços para o SUS, bem como as falhas de comunicação no processo de elaboração destes orçamentos, se faz oportuno para um gerenciamento de recursos mais adequado e com menor desperdício.

2.1.2 Financiamento Orçamentário Público e Práticas Orçamentárias em Hospitais

O orçamento é considerado um dos pilares da gestão organizacional, contendo as prioridades e direcionamentos desta, para um determinado período. Ele pode variar, a depender da estrutura física, recursos humanos, capital, tecnologia, dentre outros recursos empregados na gestão da organização.

As características desta ferramenta gerencial que mais se destacam neste estudo, correspondem ao (i) seu propósito de proporcionar informações relevantes para a avaliação de desempenho das organizações, seja sob uma perspectiva geral, de setores específicos ou de seus gestores (Frezatti, 2009; Mucci, Frezatti & Dieng, 2016), à (ii) sua utilidade em servir como base para elaborar planejamentos operacionais e estratégicos, bem como (iii) influenciar comportamentos e aprimorar processos (Hansen & Van der Stede, 2004; Mucci et al., 2016).

Dentre as variadas configurações que o processo orçamentário pode assumir, de cima para baixo ou de baixo para cima, o orçamento participativo corresponde àquele em que os diferentes níveis de determinada organização se envolvem no planejamento, elaboração, execução e controle do orçamento, tanto gestores, quanto subordinados (Zainuddin, Yahya, Ali & Abuenniran, 2008).

Apesar de ser um artefato tecnicamente vinculado à gestão financeira, o orçamento é capaz de formalizar o fluxo, compartilhamento, uso e controle de informações entre diversas áreas/setores de uma organização, portanto, um aspecto mais amplo (Chapman & Kihn, 2009).

Com a adesão à técnica orçamentária participativa, espera-se que haja redução de assimetria informacional, culminando em bons resultados orçamentários (Lavarda & Almeida, 2013).

Conforme as características do orçamento participativo, o foco nessa abordagem parece mais adequada para o estudo de assimetrias informacionais. A participação de atores diversificados no processo orçamentário, pode ser motivada para (i) promover relações mais comunicativas entre gestores e subordinados; (ii) facilitar o acesso à informações que seriam privadas para subordinados; (iii) avaliar o desempenho organizacional setorial; e (iv) transmitir um senso de justiça e equidade na avaliação e promoção de funcionários (Kyj & Parker, 2008).

Além da busca por tais propósitos, o orçamento participativo pode surgir para superar dificuldades anteriormente identificadas na organização, como (i) incertezas ambientais; (ii) incertezas no desenvolvimento de tarefas; (iii) assimetria informacional entre níveis hierárquicos; e (iv) interdependência entre setores (Shields & Shields, 1998).

No cenário brasileiro atual, o orçamento público é elaborado pelo Poder Executivo e aprovado pelo Poder Legislativo, conforme as respectivas esferas de governo (municipal, estadual e federal), uma atuação considerada mista. Nestes orçamentos, são inseridos os recursos destinados para as unidades pertencentes à Administração Pública Direta (União, Estados, Municípios e Distrito Federal), Administração Pública Indireta (Fundações, Autarquias, Empresas Públicas e Sociedades de Economia Mista) e Instituições Privadas com e sem fins lucrativos (Serviços Sociais Autônomos, Entidades de Apoio, Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, entre outras).

Após a aprovação do orçamento público, conforme cada esfera de governo, estabelecidos os valores fixos anuais, tanto para previsão de receitas, quanto para a fixação das dotações orçamentárias (limites de gastos), a peça orçamentária é posta em prática pelo Poder Executivo, sujeita à moderadas variações durante o processo de execução, mediante prévia aprovação do Poder Legislativo (Slomski, 2013).

Neste processo, o chefe do Poder Executivo é o principal responsável por sancionar um orçamento que engloba o planejamento de receitas e despesas para diversificadas áreas das temáticas públicas, como assistência social, saúde, educação, segurança, transporte, entre outras (Slomski, 2013). Tal situação corresponde à uma ampla gama de informações, de modo que a comunicação entre aqueles que executam e autorizam os orçamentos públicos, os gestores responsáveis por cada área temática das necessidades públicas e aqueles que entregam os serviços públicos diretamente à população, é essencial e pode contribuir para um financiamento público mais condizente com a realidade.

Além disso, essa sistemática de trabalho participativa, pode contribuir para uma gestão eficiente, evitando desperdícios e motivando os funcionários a executar tarefas com um direcionamento para diminuir custos e aumentar resultados (Brown, Fisher, Pfeffer & Sprinkle, 2017; Fisher, Maines, Pfeffer & Sprinkle, 2002; Karila et al., 2019).

Conforme a configuração supramencionada, os orçamentos dos hospitais públicos e os repasses de recursos aos hospitais privados sem fins lucrativos, se encontram inseridos na Lei Orçamentária Anual (LOA) sancionada pelos chefes do executivo, disputando limites orçamentários para execução de despesas com outras áreas temáticas. No entanto, os estabelecimentos de saúde, não estão fadadas à depender apenas dos recursos próprios de sua esfera governamental, mas também podem contar com o auxílio de transferências governamentais de outras esferas, convênios e até mesmo doações de empresas e entidades privadas, de modo que a representação política e influência do governante pode ser peça fundamental neste quesito (Slomski, 2013).

Autores como Lai e Tang (2018), Yan et al. (2010) e Yan et al. (2014), que abordaram em suas pesquisas a eficiência técnica e os problemas de agências, contribuíram para a compreensão da assimetria informacional presente no contexto organizacional hospitalar, após a implementação de um sistema orçamentário global, um modelo de gestão no qual o hospital trabalha com orçamentos fixos, pré-estabelecidos para determinado período.

Observar tais estudos, se faz pertinente, dado que esse sistema orçamentário taiwanês se assemelha aos sistemas orçamentário e de financiamentos públicos do Brasil. Discussões sobre o sistema orçamentário taiwanês foram retomadas na construção das proposições.

No âmbito nacional, Varela et al. (2012) investigaram o desempenho de municípios paulistas utilizando informações orçamentárias, sendo que de posse desses dados, calcularam a eficiência técnica na aplicação de recursos públicos em ações de atenção básica à saúde. Seus resultados apontaram que seria possível aumentar consideravelmente a quantidade de serviços prestados à população, sem a necessidade de novas dotações orçamentárias na maioria dos municípios. Tais achados contribuem para o argumento de que existem deficiências na gestão da saúde pública e que estas, podem resultar da prestação ineficiente dos serviços e do planejamento equivocado dos processos orçamentários dessas instituições.

Neste sentido, Fisher et al. (2002) ao estudarem o orçamento com foco na alocação de recursos escassos e na avaliação de desempenho, atestaram que pautado em tais propósitos, o orçamento contribui significativamente para a redução da folga orçamentária, diminuição de assimetrias informacionais e para o aumento do esforço de subordinados na realização de

tarefas. Além disso, concluíram que políticas adequadas de incentivo, podem ser uma ferramenta eficaz na elaboração de orçamentos mais precisos.

2.1.3 Competência Profissional no Meio Hospitalar

Os termos “*competence*” e “*competency*”, do inglês, têm sido abordados de maneiras diferentes em pesquisas científicas. A definição de “*competence*”, envolve uma combinação de atributos que capacitam determinado indivíduo para desempenhar uma tarefa/função conforme um padrão pré-definido, um padrão de trabalho, enquanto o termo “*competency*”, segrega no estudo de variadas características, como conhecimentos, habilidades e atitudes do indivíduo que podem sustentar um comportamento competente. Acredita-se que apenas o conhecimento não capacita uma pessoa para desempenhar uma função, sendo necessário possuir também habilidades (*know-how*) e atitudes (*show-how*) (Fragelli & Shimizu, 2012; Pijl-Zieber, Barton, Konkin, Awosoga & Caine, 2014, Shilton, Howat, James & Lower, 2002).

Outra visão que auxilia o pesquisador na distinção entre “*competence*” e “*competency*”, relaciona o primeiro conceito aos “*outpus*” do indivíduo, seus resultados mediante as exigências do trabalho, enquanto o segundo termo se relaciona com os seus “*inputs*”, ou seja, os recursos intrínsecos à pessoa que a torna competente, seus comportamentos orientados ao melhor desempenho (Fragelli & Shimizu, 2012; Gonczi, 2013).

É comum em estudos que tratem exclusivamente o tema competência, inclusive na área de saúde, a utilização de roteiros para identificação dos conhecimentos, habilidades e características de um grupo em comum, que desenvolvem atividades semelhantes ou idênticas, sendo que tais estudos podem se valer de diferentes técnicas de pesquisa, como por exemplo, questionários, grupos focais e *workshops*. O estudo das competências profissionais na promoção da saúde, auxilia na formação de padrões profissionais e no desenvolvimento de sistemas de garantia da qualidade dos serviços prestados. Além disso, contribui para a tradução de conhecimentos e habilidades em atitudes concretas (Battel-Kirk, Barry, Taub & Lysoby, 2009; Shilton, Howart, James & Lower, 2001).

Entretanto, identificar características semelhantes para definir um padrão de competência em determinada área, pode fornecer aspectos positivos e negativos. Dentre os pontos positivos, fornecer uma linguagem compartilhada para definir habilidades e conhecimentos, bem como o desenvolvimento de programas, projetos e currículos para recrutamento e seleção de pessoal, se destacam. No polo negativo, têm ênfase fatores como

tornar a promoção em saúde reducionista e restritiva, limitar a criatividade e inovação, além de subestimar a experiência, os valores e os princípios dos profissionais (Shilton et al. 2001).

Estudos pertencentes à literatura internacional que trataram sobre competências na área de promoção em saúde, identificaram domínios/valores semelhantes, como avaliação, planejamento e consulta, implementação, avaliação e pesquisa, conhecimento, princípios, valores, ética, comunicação, política, desenvolvimento de estratégia, organização e gestão, trabalhar com as comunidades, construção de parcerias, trabalho colaborativo e liderança estratégica (Battel-Kirk et al., 2009; Le Deist & Winterton, 2005).

De modo semelhante, objetivando verificar a aplicabilidade do constructo competência no contexto da saúde pública, o trabalho de Fragelli e Shimizu (2012) relatou oito domínios de competências fundamentais, conforme a Conferência de Consenso de Galway de 2008 que ocorreu na Universidade da Irlanda, sendo: Catalização de Mudanças; Liderança; Estimativa/Diagnóstico; Planejamento; Implementação; Avaliação; Advocacia; e Parcerias.

Conforme exposto, o estudo da competência com enfoque na capacitação funcional para o desenvolvimento de determinada atividade (*competence*), volta sua visão para o desempenho do profissional e sua adequação à função exercida, ou seja, seus resultados. Embora tenha seus méritos, essa visão é criticada por não considerar as características intrapessoais dos indivíduos e inibir a criatividade, além de não instigar a mudança de atividades e tarefas, haja vista que a adequação ocorre do profissional para a atividade e não o contrário. Seu foco é excessivamente na tarefa e na maneira de realizá-las (Battel-Kirk et al., 2009).

Neste sentido, sociólogos apontaram que mudanças nas atividades desenvolvidas por funcionários, sejam por demandas do setor, inserção de economias em mercados globalizados, competitividade e inovações tecnológicas, demandam novas capacidades intelectuais, subjetivas e reflexivas, fatores que contribuem para uma revolução no capitalismo tradicional e nos modelos taylorista-fordista. De tal modo, gerir a competência ganhou uma visão além da tradicional (estritamente objetivista), envolvendo a complexidade humana no desenvolvimento de tarefas (Concolatto et al., 2017; Freyssenet, 2001; Valle, 2003).

Também, o contexto cultural, econômico, político e social, influenciam as condições de desenvolvimento e uso das competências. Estudar as competências em diferentes arranjos organizacionais, pode resultar em características funcionais diferentes, como por exemplo em instituições públicas e privadas. Esse argumento é prejudicial para os estudos que buscam uma padronização da competência, ainda assim, há valor nesse objetivo, que é encontrar um ponto

de referência para o desenvolvimento das competências essenciais na promoção da saúde (Battel-Kirk et al., 2009).

Caso as motivações culturais, sociais e políticas dos estudos que abordam o termo competência, estejam fortemente relacionadas com o baixo desempenho econômico, altos níveis de desemprego e mão de obra desqualificada, como no caso da corrente teórica desenvolvida na Inglaterra, há tendência de que se predomine a vertente funcionalista. Se o fundamento provem da psicologia comportamental, da preocupação em melhor compreender o indivíduo, um campo de estudo que emprega com frequência tecnologias avançadas em seus métodos, como estudos desenvolvidos na América do Norte, o nicho de destaque se volta para a competência orientada para o trabalhador (Fragelli & Shimizu, 2012).

No setor da saúde pública, discussões sobre competências comportamentais e funcionais são retomadas frequentemente, visto que se relacionam com assuntos que mudam de maneira constante, como fatores relacionados à expectativa de vida populacional e ao perfil epidemiológico, temas que resultam em novas demandas sobre a qualificação profissional (Duckett, 2005).

De tal modo, na área de saúde a ligação entre a teoria e prática na formação profissional ganha destaque, sendo que a residência médica, a título de exemplo, corresponde à componente curricular obrigatório nos cursos de medicina. Ao menos neste ramo de atuação, apenas os conhecimentos teóricos obtidos na formação acadêmica, não têm garantido a internalização de competências essenciais para a prática (Tilson & Gebbie, 2004).

Além das abordagens funcionalista e comportamental da competência, há uma terceira, que envolve ambos os conceitos. Essa abordagem multidimensional caracteriza competência como um conjunto de conhecimentos, habilidades e características de indivíduos, envolvidos em determinado contexto, situação ou atividade (Gonczi, 2013; Le Deist & Winterton, 2005; Sandberg, 2000), representando de forma concomitante estudos behavioristas e funcionalistas (Gonczi & Hager, 2010). Traduzindo para o contexto da saúde pública, a competência pode ser influenciada tanto por fatores relacionados ao profissional do hospital, quanto pelas demandas da profissão e do ambiente em que ele atua.

De tal modo, não se julgou oportuno para este estudo observar os problemas de agencia que derivam exclusivamente da abordagem comportamental da competência, ou unicamente da perspectiva funcional enraizada no trabalho, visto que a teoria da agência nele abordada, se apoia na interação entre o principal e o agente em um contexto amplo, voltado para o estudo da organização.

Portanto, a abordagem comportamental utilizada nesta pesquisa é holística (McMullan, 2005), ou multidimensional (Le Deist & Winterton, 2005), para fins de capturar assimetrias informacionais sob uma ampla gama situacional que envolvem a competência dos profissionais dos hospitais. Assim, no questionário do estudo foram abordadas questões relativas tanto ao comportamento dos funcionários, quanto aos processos organizacionais de contratação, treinamento e avaliação.

2.1.4 Governança e Hierarquia em Hospitais

A governança corporativa (GC), corresponde à uma sistemática que orienta o modo pelo qual as organizações, sejam públicas ou privadas, são dirigidas e controladas. Ela representa um conjunto de mecanismos, princípios, atitudes e regras que visam minimizar os problemas de agência, bem como se dedica para o equilíbrio entre a produtividade das organizações com uma gestão responsável e transparente (Afriyie, Kong, Lartey, Kaodui, Bediako, Wu & Kyeremateng, 2020; Marques, 2007). Geralmente, a governança opera em nível estratégico, definindo planos, políticas e diretrizes (Tricker, 2015).

No setor público, elementos presentes na governança corporativa, além dos mecanismos de controle interno, são o controle e supervisão exercidos por entidades regulatórias, como àquelas pertencentes aos poderes Legislativo e Judiciário do Poder Público, por exemplo, as Câmaras de Vereadores, de Deputados Estaduais e Federais, os Tribunais de Contas do Estado e da União, bem como os Ministérios Públicos Municipais, Estaduais e Federais.

Basicamente, enquanto o Poder Executivo se responsabiliza pelo planejamento, sanção, execução e controles internos dos planos governamentais, os Poderes Legislativo e Judiciário exercem mecanismos de controles externos, além de outras funções (Marques, 2007).

No ambiente hospitalar, em se tratando de diferentes áreas de atuação profissional, uma divisão consolidada refere-se à distinção entre as partes clínica e administrativa. A governança clínica busca integrar as práticas de médicos, enfermeiros, pacientes e demais partes relacionadas aos serviços assistenciais, enquanto a governança corporativa visa a criação de valor para as atividades do hospital, tanto clínicas, quanto administrativas, reduzindo despesas e melhorando a qualidade dos serviços prestados (HeGTA, 2014).

A governança corporativa no ambiente hospitalar representa uma estrutura que elabora um conjunto de estratégias para cenários aos quais, muitas das vezes, seus atores possuem interesses diferentes e conflitantes. Tal situação faz com que seja necessária uma coordenação

que considere as várias partes interessadas e que envolva os profissionais na gestão da instituição (Nishio, 2017), de modo que além do controle e direção, a governança corporativa vise alinhar os objetivos dos diversos *stakeholders* envolvidos (IBCG, 2015).

Assim, a participação atuante dos Conselhos Diretivos (CDs) em hospitais, voltada para o acompanhamento e controle das atividades desenvolvidas pelos subordinados, deve contribuir para a redução de assimetrias informacionais nos processos da organização (Van Der Stede, 2000). De modo análogo, o monitoramento dos processos orçamentários e dos processos de gestão das competências profissionais, podem auxiliar na redução de folgas orçamentárias e de incompatibilidade funcional no ambiente de trabalho.

Corroborando com estes argumentos, entende-se que a ausência de controles comportamentais e restrições morais, podem fazer com que as diversas relações presentes no ambiente hospitalar, principalmente entre cuidadores e pacientes, fiquem vulneráveis ao colapso, o que denota maior atenção para questões que tratem sobre a governança nas relações das organizações médicas (Health, 2009; Lange, Schröder-Bäck, Brink & Eurich 2009).

O desenvolvimento das melhores práticas organizacionais, requer mais do que simplesmente colocar uma estrutura para funcionar, necessita de comprometimento de todos os participantes envolvidos no processo (*stakeholders*), isso envolve uma boa orientação e comunicação para com as pessoas, gestão de riscos, ênfase nos valores da entidade, condutas éticas, mecanismos funcionais de controle, dentre outros fatores (Marques, 2007).

Especificamente em hospitais, dado que diversos profissionais desempenham suas funções por meio de contratos independentes, como ocorre nos casos de contratos por prática licitatória, se torna difícil alinhar os interesses dos funcionários, seus comportamentos e objetivos, com os do sistema do hospital (Mishra, Salzarulo & Modi, 2019).

No ambiente de saúde, é possível visualizar com certa facilidade a autonomia do trabalho médico, visto que muitas decisões relativas ao tratamento de pacientes não se encontram sob controle direto do hospital, embora influenciem substancialmente o desempenho do mesmo (Dobrzykowski, Callaway & Vonderembse, 2015).

Estudos anteriores evidenciaram que o tratamento médico à pacientes, pode representar até 80% dos custos das organizações hospitalares e ser responsável por parte significativa da qualidade dos serviços, entretanto, relatam que na maioria dos casos, os profissionais investigados não demonstram interesse na gestão financeira e contratual dos hospitais (Lundbäck, 1997; Ilie, Van Slyke, Parikh & Courtney, 2009).

Diante desse argumento, hospitais têm destinado recursos substanciais para o desenvolvimento de práticas e mecanismos de governança para alcançar o alinhamento dos objetivos institucionais com os de seus profissionais (Andrabi, 2012).

Dobrzykowski e McFadden (2019), argumentam que um dos principais equívocos dos hospitais é presumir que os médicos irão aderir às políticas e diretrizes da organização, pelo simples motivo de estarem empregados ou terem sido contratados. Estes autores relatam que esse pensamento conflitante, geralmente advém do motivo dos gestores e administradores dos hospitais terem sua primeira fidelidade na organização, enquanto os profissionais da área de saúde são formados e treinados para terem comportamentos independentes e podem ser fiéis a outros atores, como pacientes e seus congêneres de profissão.

Pode-se notar que uma GC atuante depende de inúmeros fatores e pode ser estudada sob variadas vertentes, sendo que este estudo se ateve à apenas duas. A primeira se relaciona com a Atuação da Governança Corporativa, por meio do Conselho Diretivo (CD) do hospital, quanto ao monitoramento e controle das atividades organizacionais. O segundo fator analisado para inferir uma GC atuante, considera a clareza da hierarquia e das políticas organizacionais para com os profissionais do hospital, quanto à sua responsabilização funcional.

De tal modo, uma governança corporativa atuante, por meio de seu CD, órgãos reguladores externos e políticas internas bem estruturadas, pode auxiliar no alinhamento entre o planejamento elaborado pelo chefe do poder executivo municipal e as metas organizacionais do hospital. Além disso, pode conciliar os interesses entre o atendimento assistencial médico e as necessidades dos pacientes, sendo ponto fundamental para a qualidade dos serviços prestados (Tofan, Bodolica & Spraggon, 2012).

2.2 DESEMPENHO HOSPITALAR

Hospitais são organizações complexas, pois lidam com o gerenciamento de diversos tipos de recursos, como humanos, de capital, financeiros e tecnológicos, em variados níveis, para os quais o produto final está atrelado à saúde e a vida dos pacientes. Eles representam parcela significativa dos serviços prestados em saúde e podem operar em diferentes arranjos organizacionais, como por exemplo, nas modalidades público e privado, com ou sem fins lucrativos (Botega et al., 2020; Souza, Silva, Avelar & Lamego, 2016).

Essa diversificada gama de recursos e diferentes arranjos organizacionais, podem ser estudadas sob mais de uma medida, dentre elas a qualidade, a eficiência, a eficácia, a

efetividade, além de outras. De certa forma, dentro de suas respectivas limitações, essas métricas se relacionam com a medição do desempenho organizacional, voltadas para quantificar fatores como a satisfação dos clientes, a utilização de recursos e o atingimento de objetivos inicialmente propostos (Ferreira et al., 2020)

Dentre tais medidas, o objetivo deste estudo contempla a eficiência técnica e a qualidade dos serviços prestados em saúde, relacionadas com as assimetrias informacionais nos processos das organizações hospitalares. Observar conjuntamente a qualidade e a eficiência técnica, representa temática equivalente ao estudo do desempenho hospitalar.

Haja vista que a eficiência técnica foca sua lente teórica para a produção das unidades de saúde e a qualidade se relaciona com o conceito de eficácia, pois volta seu olhar para o objetivo fim da prestação de serviços em saúde, qual seja o cuidado e a satisfação do paciente, analisar isoladamente cada conceito não se faz suficiente para tratar sobre desempenho organizacional na área de saúde (Ferreira et al., 2020). Assim, os efeitos da assimetria informacional serão explorados sobre ambos os conceitos, eficiência técnica e qualidade.

2.2.1 Eficiência Técnica

No Brasil, diversas pesquisas se empenharam no estudo da eficiência técnica hospitalar, algumas em regiões específicas (Cesconetto, Lapa & Calvo, 2008; Silva et al., 2017; Silva, Moretti & Schuster, 2016; Souza et al., 2016; Souza, Scatena & Kehrig, 2017), outras, no país de forma geral (Botega et al., 2020).

Parte destes estudos, chegaram à conclusão de que a ineficiência se encontra presente em hospitais de todo o território nacional (Gonçalves et al., 2007; Marinho, 2003), ao menos quando comparados com o desempenho de hospitais da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (Botega et al., 2020; Varabyova & Schreyögg, 2013).

Não apenas no cenário nacional, mas também no âmbito internacional, foram desenvolvidas diversas pesquisas sobre o desempenho em hospitais (Asmild, Hollingsworth & Birch, 2013; Hollingsworth & Peacock, 2008), sendo que a eficiência técnica é amplamente utilizada em estudos científicos dessa natureza (Dervaux, Leleu, Minville, Valdmanis, Aegerter & Guilset, 2009; Ferreira et al., 2020; Ferrier & Valdmanis, 2004; Ferrier & Trivitt, 2013; Ngoben, Breitenbach & Aye, 2020).

Estudar a eficiência técnica no âmbito hospitalar, se justifica ao menos em quatro motivos, quais sejam: (i) a assistência em saúde de unidades hospitalares detém custos elevados;

(ii) é um campo profícuo para a observação dos custos de oportunidade; (iii) contribui para gestores avaliarem as políticas de saúde no emprego de serviços hospitalares, ajustando o planejamento organizacional e estabelecendo novas prioridades; e (iv) auxilia no controle das ações dos hospitais em comparação com o desempenho de outras instituições pertencentes à um mesmo sistema (Souza et al., 2016).

Quanto aos insumos utilizados nos estudos sobre eficiência técnica, pesquisas científicas em hospitais observam majoritariamente três grupos, em que os recursos podem ser de (i) natureza humana, como por exemplo os profissionais que atuam como médicos, enfermeiros, entre outros; (ii) natureza material, voltando seu olhar para as características físicas dos hospitais, sendo alguns deles o tamanho dos hospitais, os leitos, os equipamentos, entre outros; e (iii) natureza financeira, variáveis monetárias influenciadas pelo preço dos insumos e os custos assumidos para obtenção de receitas, como os investimentos em tecnologia, em treinamentos e em melhorias estruturais, dentre outros (Ferreira et al., 2020; Gok & Sezen, 2013; Missunaga, 2020; Nayar, Ozcan, Yu & Nguyen, 2013).

A eficiência técnica, também chamada de eficiência produtiva, pode ser estudada sob diferentes perspectivas. Em pesquisas quantitativas, normalmente se refere a uma medida que compara o que foi produzido por uma determinada Unidade Tomadora de Decisão, do inglês *Decision Making Unit* (DMU), com a produção de outras DMU's, estabelecendo uma fronteira de eficiência de produção, considerando a melhor prática observada (Banker et al., 1984; Charnes et al., 1978).

Para mensurar a eficiência técnica de cada DMU, convencionalmente pesquisas científicas se valem do emprego de técnicas estatísticas como a Análise Envoltória de Dados (DEA). A DEA corresponde a um método estatístico não paramétrico, que relaciona os insumos (*inputs*) utilizados nas atividades de determinada organização, com os resultados (*outputs*) gerados em seu processo produtivo, fornecendo uma medida comparativa com os insumos e produtos das DMU's (Ligarda & Ñaccha, 2006).

Indo ao encontro destas premissas, determinar novas estratégias de produção para maximização da eficiência, compõe um dos principais objetivos do estudo da Eficiência Técnica, além de evidenciar as causas que podem levar às ineficiências.

Em princípio, para essa vertente quantitativa de eficiência, admite-se que uma redução nos insumos sem quedas na produção ou um aumento na produção com a mesma quantia de recursos, representa uma tendência de maximização da produtividade e consequentemente maior eficiência (Souza et al., 2016).

Entretanto, a adoção de estratégias de pesquisas mais aprofundadas que tenham por objetivo melhor compreender a relação entre os *inputs* e os *outputs*, são incentivadas. Neste sentido, este estudo inova e desafia a corrente majoritária, abordando uma estratégia qualitativa para compreender esse fenômeno.

Conforme as possibilidades apresentadas anteriormente, a configuração de Eficiência Técnica abordada neste estudo, buscou abranger as três naturezas de insumos: humana, material e financeira. Assim, acredita-se que o modelo de eficiência possa representar adequadamente um contexto mais amplo, abrangendo variadas características de uma organização.

Tal modelo foi contemplado em estudos anteriores como um conjunto de variáveis adequadas para o estudo dos hospitais, principalmente devido à complexidade envolvida em seu ambiente (Souza, Scatena, Kehrig & Souza, 2017).

2.2.2 Qualidade em Serviços Hospitalares e sua Relação com a Eficiência Técnica

A qualidade em serviços hospitalares pode ser definida como a capacidade do hospital em fornecer segura, adequada e oportuna atenção aos pacientes. Assim, é imprescindível que o hospital, por exemplo, consiga proteger seus pacientes de complicações relacionadas à saúde, centrar o atendimento em suas reais necessidades e evitar que estes enfrentem longas filas de espera, além de outros cuidados. Maximizar tais comportamentos e evitar desperdícios em prol da sustentabilidade, embora consista em uma tarefa complexa, deve ser almejada, buscada e se possível alcançada pelos hospitais (Ferreira et al., 2020).

De tal modo, pode-se inferir que os serviços de cuidado em saúde têm algumas premissas básicas, quais sejam, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, gerir recursos de maneira eficiente e eliminar as barreiras que impedem ou prejudicam a sua finalidade, ou seja, o cuidado seguro, adequado e oportuno para com os pacientes (Ferreira, Marques, Nunes & Figueira, 2017).

A qualidade, em contraponto à premissa de eficiência que preza pela máxima utilização de recursos e economicidade dos processos, se encontra relacionada com o conceito de eficácia, ou seja, com o objetivo finalístico da avaliação de desempenho. Assim, ignorar a qualidade no contexto econômico da prestação de serviços e utilizar unicamente a eficiência, com ênfase na área médica e hospitalar, pode trazer sérios prejuízos para a mensuração do desempenho organizacional, visto que à medida que as organizações de saúde buscam reduzir seus custos,

podem prejudicar o resultado fim da assistência médica, qual seja a satisfação de seus pacientes, o atendimento adequado e oportuno (Ferreira & Marques, 2019).

Donabedian, em 1966, estabeleceu um modelo amplamente difundido no meio científico para determinar o que é qualidade para a assistência médica (Donabedian, 2005). Nesta perspectiva, a qualidade pode ser avaliada sob: estrutura, processos e resultados. A avaliação da estrutura se relaciona com a adequação de instalações e equipamentos, a estrutura e organização das áreas administrativas, fiscais e semelhantes, que em tese, devem auxiliar os cuidados médicos. Portanto, a análise da estrutura pressupõe que sua adequação precede um atendimento assistencial adequado, entretanto se deve ter cuidado com relações incertas estabelecidas entre as diferentes dimensões de qualidade.

Sobre processos, o autor ressalta que essa dimensão da qualidade se relaciona com os meios, os processos que precedem o resultado de fato, ou seja, o quão “bom” é o atendimento. Outro entendimento, a coloca como os resultados das etapas, para o atingimento de resultados fins. Pode-se avaliar os procedimentos, a competência profissional, entre outros, sendo essa avaliação dos processos baseada na adequação e completude da assistência médica (Donabedian, 2005).

Neste estudo têm destaque a competência dos profissionais que atuam na área de saúde, o quão bem treinados e capacitados são para desempenhar suas funções, bem como seus valores, seu comportamento e sua ética no desempenho de suas atividades. Afinal, como exposto anteriormente, em uma abordagem multidimensional de competências, ter conhecimentos e habilidades, não capacita por si só, um profissional de saúde, mas também suas atitudes no trabalho.

Quanto à qualidade no resultado, esta pode ser mensurada pela satisfação dos pacientes, sucesso no diagnóstico, baixa mortalidade, entre outros fatores finalísticos da assistência médica. Donabedian (2005) alerta para a utilização de análises coerentes, visto que por exemplo, avaliar a sobrevivência é irrelevante em contextos que não existe fatalidade e que tão somente gere prejuízos à saúde.

Além disso, é difícil precisar quanto do resultado observado reflete a qualidade do cuidado médico, visto que pode advir de outros fatores, como atitudes irresponsáveis de pacientes que não seguem as recomendações médicas, gerando complicações. Essas críticas não impedem a apreciação dos resultados como medida de qualidade em assistência na área médica, apenas expõem suas limitações.

Embora algumas pesquisas tenham criticado a abordagem de Donabedian (Davies & Crombie, 1995), ela tem sido utilizada continuamente (Ludwig, Van Merode & Groot, 2010). Em estudos anteriores, tais medidas foram observadas individualmente (Navarro-Espigares & Torres, 2011), em pares, como processo e resultados (Ferrier & Trivitt, 2013), ou ainda em conjunto (Gok & Sezen, 2013).

Embora diferentes configurações tenham sido utilizadas, duas características comuns para inferir qualidade tiveram destaque, a adequação do cuidado e a segurança clínica, sendo a primeira relacionada ao cuidado centrado nas necessidades do paciente e a segunda à prevenção de complicações e mortes provenientes do atendimento.

Outra dimensão abordada na literatura como *proxy* de qualidade, corresponde à acessibilidade dos pacientes aos serviços de saúde. As condições de acesso do paciente aos serviços hospitalares são tão importantes quanto prestar um serviço de forma adequada, uma vez que para a inicialização do atendimento hospitalar, o mesmo deve ser alcançável e oportuno. Embora seja uma questão atual, há limitações na abordagem da acessibilidade, pois além das características das organizações hospitalares, ela também se encontra relacionada às condições de locomoção e moradia dos pacientes, além da infraestrutura urbana em que os hospitais se encontram instalados, fatores que muitas vezes fogem da capacidade do hospital para solucionar eventuais problemas (Ferreira & Marques, 2019).

Estudos anteriores identificaram diferentes fatores que podem afetar a acessibilidade aos serviços de saúde, quais sejam (i) a disponibilidade dos serviços, relacionada à capacidade do hospital em atender a demanda dos pacientes com sua equipe, medicamentos e equipamentos; (ii) barreiras pessoais, como a localização geográfica ou a distância entre pacientes e serviços; (iii) barreiras/acessibilidade financeira, que corresponde aos custos e preços dos serviços ofertados em contraponto à capacidade financeira dos pacientes; (iv) barreiras/acessibilidade organizacional, relativa aos processos internos da organização, como por exemplo, longas filas de espera; e (v) aceitabilidade, vinculada à expectativa e/ou satisfação dos usuários (Aday & Anderson, 1974; Peters, Garg, Bloom, Walker, Brieger & Hafizur Rahman, 2008).

A relação entre qualidade e eficiência técnica ainda permanece confusa para os pesquisadores (Varabyova, Blankart, Torbica & Schreyögg, 2017; Varabyova & Schreyögg, 2017) e obscura na literatura (Ferreira & Marques, 2019). Tais discussões são relevantes, visto que os hospitais buscam maximizar a qualidade de seus serviços, ao mesmo tempo em que

procuram conter seus custos e aumentar a produção, reduzindo o tempo e as filas de espera e o desperdício de recursos (Ferreira, Marques & Nunes, 2018; Nunes & Ferreira, 2018).

Há argumentos científicos de que melhorias de qualidade podem levar à deterioração da eficiência (Singaroyan, Seed & Egdell, 2006), bem como ao aumento dos custos hospitalares (Valdmanis et al., 2008), e que restrições em custos podem exercer efeitos prejudiciais sobre a qualidade dos serviços prestados (Dismuke & Sena, 2001).

Em contraponto, outras pesquisas concluíram que podem haver ganhos de eficiência, diminuindo o desperdício de recursos e/ou aumentando sua produção (serviços de cuidados), sem sacrificar a qualidade (Chang et al., 2011; Ferrando et al., 2005; Nayar & Ozcan, 2008), ou ainda, gerar melhorias na qualidade (Arocena & García-Prado, 2007; Helling, Nelson, Ramirez & Humphries, 2006). Além destes resultados, outros apontaram que uma má qualidade e a ineficiência técnica caminham em uma mesma direção (Clement et al., 2008; Mobley & Magnussen 2002).

Ferreira, Nunes e Marques (2020), ao investigarem a associação entre eficiência técnica, qualidade e acessibilidade em hospitais, concluíram que pode haver ganhos na eficiência hospitalar sem comprometer a qualidade dos serviços. Além disso, seus resultados sugerem que a segurança clínica e a acessibilidade têm relação consistente e significativa com a eficiência técnica, reforçando ainda mais o resultado, visto que, como exposto anteriormente, a acessibilidade pode ser considerada como uma *proxy* de qualidade.

Visto que a literatura com foco em desempenho hospitalar ainda apresenta relações dicotômicas entre eficiência técnica e qualidade (Ferreira et al. 2020), o presente estudo se propôs a investigar como outros fenômenos podem afetar ambas as medidas de desempenho. De tal modo, excedendo as discussões sobre as diversas configurações de eficiência e *proxys* de qualidade, que podem influenciar o alcance de resultados diferentes, o intuito desta investigação é promover discussões sobre a interação entre tais medidas de desempenho com a assimetria informacional presente, tanto no gerenciamento orçamentário, quanto na gestão de competências dos hospitais, de maneira mais aprofundada por meio do estudo de campo.

2.3 TEORIA E PROBLEMAS DE AGÊNCIA

A teoria da agência busca interpretar a relação existente entre dois atores, o principal e o agente, por meio da comunicação contratual que existe entre ambos (Eisenhardt, 1989; Fama, 1980; Jensen & Meckling, 1976). Essa relação pode se desenvolver em contextos diferentes e entre atores diferentes. A depender da configuração do estudo, os problemas de agência podem

ser abordados entre acionistas, gestores, subordinados, governo, além de outros (Lavarda & Almeida, 2013). Exemplos amplamente difundidos na área contábil e que serviram de base para diversas outras pesquisas, são os trabalhos de (i) Jensen e Meckling (1976) e Fama (1980), que deram ênfase à teoria da agência no contexto financeiro, visando melhor compreender a relação existente entre acionistas (principal) e executivos/gestores (agente) e de (ii) Eisenhardt (1989), voltado para o contexto organizacional, uma abordagem mais ampla.

Na relação entre o principal e o agente, conforme a lente teórica em questão, devem estar presentes a possibilidade de conflitos entre os objetivos do principal e do agente e a tendência de ambos os atores se posicionarem de maneiras diferentes mediante o risco (Fama, 1980). Tal situação, pode ocorrer em função (i) da separação entre propriedade (principal) e controle (agente) da empresa e do fato de que (ii) o agente ao assumir riscos desnecessários, não estaria diretamente associado aos prejuízos de suas ações ou as suas penalidades seriam proporcionalmente menores do que as sofridas pelo principal (Eisenhardt, 1989).

Para que um problema se configure como de agência, deve atender à duas características principais, sendo que a primeira está associada à delegação de atividades, em que o agente deve desenvolver ações em nome do principal, e a segunda se refere a dificuldade que o principal encontra para monitorar o comportamento do agente, situação que demanda esforços do principal, empregados no controle das atividades desenvolvidas pelo agente. Tais esforços são tratados na literatura como custos de agência (Eisenhardt, 1989).

O estudo da relação principal-agente pressupõe a existência de um contrato, que pode ser tanto de natureza formal, como informal (Martinez, 1998). Nesse contrato, uma ou mais pessoas comprometem outras pessoas para realizar alguma ação em seu favor, para que assim o executor tome decisões em função do delegante (Jensen & Meckling, 1976).

Os problemas de agência, podem ocorrer antes (ex-ante) ou posterior (ex-post) ao estabelecimento dos contratos (Oliveira & Filho, 2017; Lambert, 2006; Maggetti & Papadopoulos, 2018; Williamson, 1991). Além deste entendimento, outra configuração apresenta os problemas de agência em diferentes etapas da relação entre o principal e o agente, argumentando que eles podem ser problemas presentes na criação do contrato, no controle do desempenho dos agentes, na medição do desempenho, ou ainda na conclusão da relação principal/agente (Martinez, 1998).

Em relação à caracterização, os problemas de agência podem estar vinculados à problemas de Seleção Adversa (SA) e/ou Risco Moral (RM) (Eisenhardt, 1989; Lambert, 2006; Mitnick, 2013). A SA, representa uma perturbação na relação agente-principal, situação

provocada por montantes distintos de informações entre principal e agente, “ex-ante” ao estabelecimento dos contratos. Tal situação, pode levar o agente a realizar escolhas menos atrativas, equivocadas e até mesmo prejudiciais para o principal, pois uma das partes (principal) não detém todas as informações disponíveis para tomar as decisões mais assertivas. Quanto ao RM, corresponde à falta de esforço do agente para cumprir os objetivos do principal, situação em que o agente pode revelar um comportamento oportunista, “ex-post” ao estabelecimento dos contratos (Eisenhardt, 1989; Lambert, 2006).

As pesquisas sobre teoria da agência, buscando melhor compreender e possivelmente tratar esses problemas, podem ser aplicadas sob uma lente positivista, voltada para a identificação dos problemas de agência, normalmente empregada em estudos aprofundados e casos específicos, ou então, serem trabalhadas pela perspectiva “principal-agente”, que corresponde à pesquisas voltadas para testar e explicar a eficiência dos contratos, normalmente empregadas em pressupostos e validações matemáticas (Eisenhardt, 1989).

Segundo Mitnick (2015), os problemas de agência podem ser empregados em distintos campos científicos, utilizando-se das perspectivas financeira, sociológica, institucional e/ou organizacional. Algumas críticas são direcionadas às abordagens restritas da teoria da agência, como as empregadas na perspectiva financeira que estuda a relação de gestores (agente) e investidores (principal).

Para estes críticos, a recomendação é o desenvolvimento de pesquisas que considerem, além da relação entre dois atores, o ambiente institucional e sociológico envolvido nas relações e busquem interpretar a teoria da agência por meio de uma visão mais abrangente (Lourenço & Sauerbronn, 2017; Shapiro, 2005).

No presente estudo, diferentes etapas receberam atenção quanto à identificação da presença de problemas de agência, devido ao seu objetivo de pesquisar o contexto organizacional. Foram avaliados, entre os órgãos públicos que financiam atividades de saúde e os hospitais públicos e filantrópicos (corpo clínico e administrativo), as assimetrias informacionais nos (i) processos orçamentários dos hospitais, desde as etapas que envolvem o planejamento, até o controle e a execução do orçamento; e nos (ii) processos relativos à gestão das competências dos profissionais dos hospitais, desde a elaboração dos contratos de trabalho, até a avaliação do desempenho profissional.

A busca por objetivos distintos entre o principal e o agente, podem afetar a eficiência técnica hospitalar, bem como a gestão de custos dos serviços de saúde. Os profissionais do hospital, por exemplo, ao terem um comportamento oportunista, como a busca por prestígio e

poder, podem contribuir para um aumento dos custos e menor eficiência na utilização de recursos (Ancarani et al., 2009).

Também nesta relação de agência, agentes que atuam em ambientes organizacionais hospitalares podem assumir posicionamentos diferentes aos do principal, assumindo riscos que este último evitaria, como atitudes ociosas, desperdícios de recursos e comportamentos oportunistas. Esse argumento é reforçado pelo fato de que comumente a população responsabiliza os gestores do poder público pela ineficiência e má qualidade em serviços públicos, ou a própria natureza de propriedade pública, porém, com menor frequência a atuação de funcionários públicos (Yan et al., 2014).

Neste sentido, sob uma perspectiva de desempenho financeiro, Wang, Probst, Stoskopt, Sanders & Mctigue (2011), utilizaram a margem de lucro de hospitais para testar a relação entre inclinação de desempenho e assimetria informacional em atividades hospitalares orientadas para a comunidade. Seus achados relataram que uma maior assimetria informacional nas atividades hospitalares foi associada à baixa probabilidade de que o hospital tenha um plano de longo prazo para a saúde de sua comunidade e uma maior probabilidade de queda no desempenho.

No tópico 2.5 (Proposições e Desenho da Pesquisa) os problemas de agência associados ao contexto dos hospitais públicos serão tratados com maior profundidade. Cabe ressaltar que a depender das configurações principal/agente adotadas em pesquisas científicas, como por exemplo as relações paciente/médico e população/gestor público, podem surgir outros problemas de agência, até mesmo problemas ainda desconhecidos ou pouco estudados. Portanto, investigar problemas de agência em contextos públicos e organizacionais, representa uma postura relativamente recente.

2.4 PROPOSIÇÕES E DESENHO DE PESQUISA

A seguir se encontram contextualizadas as proposições deste estudo. Nelas, foram explorados com ênfase os potenciais problemas de agência entre órgãos públicos do poder executivo que financiam as atividades dos hospitais, tidos como principais, e hospitais públicos e privados sem fins lucrativos, os agentes.

Tal relação, em que os agentes prestam serviços em função das demandas da sociedade por meio das orientações do principal, se configura mediante amparo jurídico, conforme a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção

e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Brasil, 1990).

Conforme essa configuração de trabalho presente no contexto cultural brasileiro, os hospitais prestam serviços diretamente ao paciente, enquanto o principal permanece fisicamente distante, comumente em outros órgãos do poder executivo. As suposições que seguem, assumem que existem diferentes níveis de informação entre principal e agente, e esta situação pode instigar comportamentos oportunistas e gerar maiores benefícios para a parte que detém mais informações (Klann, Oliveira, Greuel & Bezerra, 2014).

Os problemas de agência no contexto organizacional, como a SA e o RM, podem estar presentes em diferentes momentos e perspectivas (Martinez, 1998). Ao estudar as assimetrias presentes na relação supramencionada, esta pesquisa delimitou suas proposições à gestão de dois mecanismos de controle gerencial, inicialmente o orçamento, incluindo perguntas no roteiro de entrevista que abordam desde a etapa de planejamento (ex-ante), até as etapas de execução, controle e avaliação (ex-poste) orçamentária. Após, tratou sobre o processo de gestão das competências profissionais dos agentes que atuam nos hospitais, desde perguntas que exploram a adequação dos contratos funcionais (ex-ante), até a avaliação de atividades e das ações dos profissionais dos hospitais (ex-poste).

Ressalvas quanto à esta abordagem devem ser levantadas. Não cabe ao presente estudo investigar a relação entre a população (principal) e o seu representante eleito (agente), direcionada ao *accountability*, que visa a adequação das atitudes dos governantes com as demandas da sociedade. Outra configuração de agência que não é objeto central da pesquisa, trata da relação direta entre pacientes (principal) e médicos (agente), entretanto, esta foi explorada na construção das proposições, visto que o estudo também aborda a qualidade dos serviços em saúde, uma medida que se relaciona com a satisfação dos pacientes.

Além disso, pesquisar falhas de comunicação em nível organizacional é uma atividade complexa, portanto, é possível que a presença de assimetrias informacionais em outros mecanismos de controle e avaliação, que não o processo orçamentário ou a gestão das competências profissionais, possam servir de alicerce para a ineficiência e má qualidade.

2.4.1 Assimetria de Informação no Processo Orçamentário

A assimetria informacional (AI) é um problema de agência amplamente discutido na literatura, tendo seu foco em discussões que tratam sobre diferentes níveis de informação para

duas partes envolvidas em determinada negociação (Baiman, 1990; Zogning, 2017). Comumente, essa divergência de informações é segregada em problemas de SA (informação oculta) e problemas de RM (ação oculta) (Eisenhardt, 1989).

Na tentativa de reduzir tais problemas no ambiente organizacional, corporações/instituições podem fazer uso de determinadas ferramentas gerenciais, como por exemplo o orçamento (Lavarda & Almeida, 2013; Mucci et al., 2016), ou sistemas de controles gerenciais (Chapman & Kihn, 2009; Kihn, 2011), promover a instituição de conselhos atuantes (Marques, 2007; Van Der Stede, 2000) e principalmente, sob a vertente da teoria de agência, a instauração e observância de contratos bem definidos entre ambas as partes de uma negociação, com direitos e deveres claramente definidos e entendíveis (Williamson, 1998), sejam contratos formais ou informais (Martinez, 1998).

Quanto ao orçamento empresarial, este corresponde à uma ferramenta de alinhamento dos objetivos e metas organizacionais, operando com um limite de gastos pré-estabelecidos que pode variar em grau de flexibilização (Lavarda & Almeida, 2013; Mucci et al., 2016) e que pode auxiliar na minimização de assimetria informacional, de modo que seu estudo é atrativo para a lente teórica que analisa os problemas de agência (Lopes & Martins, 2007).

Para a teoria da agência, no ambiente organizacional cada participante tem interesses diferentes e muitas vezes particulares, o que pode gerar atritos com os pressupostos de alinhamento e adequação da gestão orçamentária empresarial, tendo em vista que as metas do orçamento podem ser inalcançáveis, facilmente galgáveis ou desajustadas aos interesses dos envolvidos no processo (Lavarda & Almeida, 2013).

Ao estudar (i) os efeitos da assimetria informacional em negociações orçamentárias, (ii) assimetria de informações na folga orçamentária e (iii) acordos de negociação orçamentária entre gestores e subordinados, Fisher, Frederickson e Pfeffer (2002), concluíram que (i) a assimetria informacional tem influência nos processos de negociação orçamentária e na folga orçamentária; (ii) que contrabalancear a prática de alocação de recursos escassos, com a avaliação de desempenho orçamentário horizontal, reduz a folga orçamentária; (iii) que a avaliação do desempenho orçamentário de subordinados de forma horizontal, transparente para outros subordinados, pode mitigar a assimetria informacional; e (iv) que quando gestores não ponderam em suas decisões orçamentárias a justiça e a equidade, subordinados podem se sentir desmotivados a seguir as orientações.

Os ruídos na gestão do orçamento hospitalar, podem advir do fato de o principal ter um comportamento orientado para o custo, se preocupando com as metas fixadas no orçamento

público, a economia dos gastos e a maximização dos recursos públicos repassados, enquanto o agente estará motivado para atender aos seus interesses próprios e atingir suas metas particulares. Este comportamento, pode ser ainda mais comum no contexto hospitalar, em que a credibilidade dos profissionais é avaliada pelos pacientes (Yan et al., 2010; Yan et al., 2014).

Embora essa perspectiva atenda aos preceitos da racionalidade econômica, conforme a corrente científica majoritária, na qual ambos atores (principal e agente) têm plenas condições de avaliar as melhores decisões possíveis e decidir pela melhor escolha para si (Fama, 1980; Jensen & Meckling, 1976), pesquisas surgiram no campo da economia comportamental (Shiller, 2000; Thaler & Sunstein, 2008; Ariely, 2008), identificando, por exemplo, que o comportamento oportunista pode ser irracional. Essa última abordagem não é o foco deste estudo, entretanto, houveram discussões sobre o tema.

Assim, as motivações do agente, que no caso deste estudo corresponde aos hospitais públicos e filantrópicos, representado também pela composição de pessoas que desempenham funções nestas organizações (médicos, enfermeiros e demais funcionários), podem estar relacionadas à satisfação gerada pelo bom atendimento prestado aos seus pacientes, fornecendo a eles serviços de qualidade, independentemente dos objetivos organizacionais do hospital. Neste caso, não se tem um comportamento orientado para o custo, mas sim para a satisfação do paciente, ou em algumas vezes, para uma autossatisfação. Essa afirmação é um tanto quanto lógica, visto que a ética e as obrigações médicas ditam que profissionais da área de saúde devem priorizar os benefícios aos pacientes (Ferreira et al., 2020; Yan et al., 2014).

Conforme os argumentos supra mencionados, os profissionais do hospital, principalmente seus administradores, lidam com constantes dilemas entre controlar seus gastos com recursos governamentais limitados e atender aos pacientes com a máxima qualidade, satisfazendo suas necessidades (Yan et al., 2014). Esse cenário pode provocar assimetrias informacionais e o desalinhamento entre os objetivos estabelecidos pelos representantes do governo e os agentes, visto que os profissionais do hospital terão uma tendência à priorização da qualidade dos serviços e não dos limites orçamentários.

Além dos fatores intrínsecos ao ambiente hospitalar, o arranjo institucional das organizações públicas e a relação de agência voltadas para a supervisão e regulação, em que os chefes do poder executivo municipal, responsáveis pelo planejamento, sanção, execução e controle da peça orçamentária, se encontram distantes dos locais de execução dos serviços realizados pelos hospitais, há fortes argumentos que apoiam a presença de assimetria informacional entre ambos participantes da organização na gestão orçamentária.

Esse distanciamento entre quem financia uma atividade e aquele que a executa, pode gerar um comportamento oportunista por parte dos agentes, que se distancia dos interesses do principal, bem como pode deturpar os objetivos estabelecidos no orçamento (Lavarda & Almeida, 2013).

Pollack e Zeckhauser (1996), apresentaram em seus achados duas situações resultantes da descentralização de atividades ou divisão de tarefas, no contexto orçamentário hospitalar, que acarretam a presença de assimetria informacional. O primeiro é representado pela (i) variabilidade no valor das despesas em situações que o orçamento público é fixado ao longo do ano e possui pouca flexibilidade, situação que pode descaracterizar o objeto de gastos inicialmente previstos no orçamento, enquanto o segundo corresponde aos (ii) jogos para influenciar o orçamento, quando o financiamento responde aos padrões de despesa, como por exemplo, gerar mais gastos para obtenção de mais recursos.

Cabe destacar, que a prática orçamentária pública adotada no Brasil segue o princípio da anualidade (Brasil, 1964), sendo o orçamento fixado para um exercício financeiro, fator que, conforme Pollack e Zeckhauser (1996), possibilita a ocorrência de assimetria informacional.

Também é provável que jogos para influenciar o orçamento, possam estar presentes no contexto brasileiro, visto que o planejamento orçamentário incremental, uma técnica considerada rudimentar, que se baseia nos níveis de gastos realizados em períodos anteriores (e/ou no atual) para prever o orçamento das unidades orçamentárias em exercícios seguintes, mediante ajustes percentuais incrementais, ainda vem sendo praticada no Brasil. Tal abordagem provém de planejamento inadequado, que pode motivar gastos desnecessários e desperdício de recursos públicos (Slomski, 2011, 2013).

De tal modo, buscar acordos de metas financeiras e não-financeiras, entre principais e agentes, pode reduzir a presença de problemas de agência nas decisões da organização (Faria, Gomes, Dias & Albuquerque, 2011). Estudos anteriores indicaram que orçamentos resultantes da prática participativa, podem reduzir a assimetria de informações e, consequentemente, os efeitos nocivos resultantes da falta de planejamento orçamentário (Chow, Cooper & Wailer, 1988; Fisher, Frederickson & Pfeffer, 2000). Em síntese, a assimetria de informação entre principais e agentes, instiga a promoção de medidas para o desenvolvimento de um orçamento participativo, que possibilite combater tal problema (Shields & Shields, 1998).

Além da capacidade de prática integrativa, estudos anteriores apontaram outras funções de destaque do orçamento que são afetadas por problemas de agência, como o planejamento e o controle operacional, que se relacionam com a distribuição e alocação de recursos da

organização (Hansen & Van der Stede, 2004; Shastri & Stout, 2008). Para a função distributiva do orçamento, a assimetria informacional também representa fator prejudicial, pois pode resultar em desperdícios e folgas orçamentárias.

Organizações que alocam/distribuem seus orçamentos para unidades, departamentos e/ou setores, em que sejam estabelecidas restrições de recursos, podem motivar seus gestores a maximizar o gasto ou criar obrigações adicionais, para obter maiores limites orçamentários (Fisher et al., 2002).

Em contrapartida, empresas que remuneram seus gestores de forma variável, com base em resultados orçamentários positivos, podem sofrer com a folga orçamentária, um problema no qual gestores subestimam a capacidade produtiva intencionalmente, para fins de gerar um menor nível de gastos e melhores resultados e consequentemente receber reconhecimento e retorno financeiro (Fisher et al., 2002).

Não havendo qualquer indício de controle sobre os recursos hospitalares, ou existindo problemas em seus mecanismos de controle (incluindo o orçamentário), pode em algumas circunstâncias surgir atitudes oportunistas, o que irá induzir os fornecedores de serviços de cuidado em saúde a fazê-lo em excesso e desnecessariamente (Yan et al., 2010). Assim, a não observância ao orçamento ou a presença de assimetrias informacionais no processo, pode acarretar o desperdício de insumos, não explorar a máxima utilização de recursos e por consequência, minimizar a produção das organizações (Lavarda & Almeida, 2013).

Em Taiwan, Yan et al. (2014) demonstraram que a presença de problemas de agência no contexto organizacional hospitalar pode abrir margem para que a utilização dos recursos do sistema de saúde, se torne ineficiente.

De forma complementar, também no contexto taiwanês, Lai e Tang (2018) investigaram de que maneira as ineficiências são diferentes entre os hospitais e como elas mudaram devido à implementação do orçamento global, um método similar à sistemática do orçamento público brasileiro, com limite de gastos fixos, pré-estabelecidos por seguradoras que subsidiam os hospitais. Em seus achados, identificaram que a eficiência hospitalar não melhorou após a implementação do orçamento global, quando comparado com o sistema anteriormente utilizado, visto que a adesão a este sistema impulsionou a presença de comportamentos oportunistas pelos hospitais.

Conforme as discussões acima, é complexo delinear as funções para as quais o orçamento concentra seus esforços, visto a complexidade envolvida em cada organização e a maneira com que cada uma delas, cada gestor, setor ou funcionários, interpreta o artefato (Kihn,

2011). Entretanto, se pode segregar o orçamento em diferentes etapas, uma visão aplicável à diferentes contextos empresariais, quais sejam: planejamento (*ex-ante*), execução, avaliação e controle (*ex-poste*) (Kihn, 2011).

Tal interpretação se relaciona com o aspecto temporal, em que o planejamento precede as demais etapas, e não com os graus de importância de cada uma. Conforme essa configuração, o presente estudo buscou capturar os problemas de SA e RM presentes em todas as etapas do processo orçamentário hospitalar.

Perante tal argumento, a SA, no que concerne aos processos orçamentários dos hospitais, pode se referir à repasses orçamentários equivocados por parte do principal, incondizentes com a real necessidade das unidades hospitalares, ou ainda por falhas de comunicação no planejamento e na elaboração do orçamento entre ambos.

Quanto ao RM, este pode estar relacionado às atitudes/ações incondizentes dos funcionários do hospital com as premissas e limitações orçamentárias, sejam orientadas para as demandas do paciente ou para o próprio *status* do profissional.

De tal modo, a relação principal/agente em análise é complexa, havendo dificuldades no monitoramento das atividades dos agentes por parte do principal, resultando em custos para controlar e fiscalizar tais ações.

Tendo em vista que a assimetria informacional presente nas diversas etapas do processo orçamentário hospitalar, entre principal e agente, desde o planejamento até a sua avaliação e controle, pode estar relacionada ao desalinhamento das metas organizacionais, gerando desperdício de recursos, surge a seguinte proposição de pesquisa:

P1: A Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário hospitalar, entre principal e agente, tem efeitos nocivos sobre a Eficiência Técnica hospitalar.

Considerando também, que uma maior qualidade dos serviços hospitalares pode ser influenciada por um comportamento oportunista dos profissionais do hospital, orientado para atender as demandas dos pacientes, ao invés de um comportamento orientado para custo, negligenciando diretrizes organizacionais e limitações orçamentárias, surge a segunda proposição:

P2: A Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário hospitalar, entre principal e agente, tem efeitos positivos sobre a Qualidade dos Serviços Prestados pelos hospitais.

2.4.2 Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais

A literatura hospitalar descreve profissionais qualificados como uma força de trabalho competente com conhecimentos e habilidades, que representam um fator de eficiência e qualidade nos serviços prestados em saúde (Battel-Kirk et al., 2009; Lilley & Stewart, 2009). Normalmente, a competência do profissional para o cargo exercido, é objeto de acompanhamento e avaliação, sendo que essa verificação ocorre em observação à aptidão do indivíduo em desenvolver suas obrigações e funções estabelecidas no contrato de trabalho, ou seja, o seu desempenho profissional (Lima, 2005).

Vale destacar que os objetivos de uma organização hospitalar, quanto ao desenvolvimento de suas funções, são: prevenir doenças, mediante vigilância e assistência à população; restaurar a saúde, pelo uso de diagnósticos e tratamento eficaz de enfermidades em geral; e promover o ensino e a pesquisa, em níveis de graduação, pós-graduação e educação continuada (Shaw, 2003; Souza, Guerra, Lara, Gomide, Pereira & Freitas, 2009). Assim, é esperado que os profissionais clínicos da área de saúde tenham competências que correspondam à tais funções organizacionais.

Conforme a visão supramencionada, é possível notar que a prestação de serviços diretamente ao paciente está presente em pelo menos uma das três funções dos hospitais e que, em conjunto, tais funções estão relacionadas com o cuidado e a satisfação dos pacientes. Dito isso, o acompanhamento e avaliação das competências dos profissionais que atuam no seguimento de saúde, tanto do corpo clínico quanto administrativo, não pode ser desprezada ao se investigar aspectos relacionados à eficiência técnica e qualidade dos serviços prestados em saúde (Battel-Kirk et al., 2009).

Entretanto, tal configuração de competência é de natureza funcionalista e volta seu olhar para o resultado produzido no trabalho (McLagan, 1980, 1997), de modo que abordar apenas os aspectos da competência funcional não seria adequado para o desenvolvimento deste estudo, visto que os conhecimentos, habilidades e atitudes intrínsecas ao indivíduo também afetam seu desempenho profissional. Assim, foi abordada uma lente teórica multidimensional e integradora da competência (Boyatzis, 1982; Le Deist & Winterton, 2005; McMullan 2005;

Sandberg, 2000; Ulrich, 1998), uma corrente teórica que considera ambas as competências aplicadas em determinado contexto organizacional, neste caso em hospitais públicos.

Estudos direcionados à temática da competência multidimensional, destacam que as políticas, metas e objetivos organizacionais podem desestimular os profissionais no desenvolvimento de suas capacidades, principalmente quando os objetivos e motivações destes são diferentes aos daqueles (Battel-Kirk et al., 2009; Liley & Stewart, 2009). Essa divergência é um campo prolífero para o estudo da teoria da agência sob uma perspectiva organizacional, que permite abarcar diferentes tipos de relacionamentos (Eisenhardt, 1989).

Especialmente em ambientes que fornecem serviços hospitalares, o surgimento e difusão dos problemas de agência pode ser ainda mais acentuado, visto que há relativa importância do capital humano e da reputação profissional (Gaynor, 1994). Esse argumento caminha na mesma direção das pesquisas de Ben-Ner e Ren (2015), Dranove e White (1987) e Smith, Stepan, Valdmanis e Verheyen (1997), que relataram a existência de problemas de agência em variadas configurações relacionais das organizações hospitalares. Assim, a teoria da agência pode ser usada para compreender analiticamente os problemas de ação existentes no comportamento dos profissionais de saúde e ser útil para formular recomendações em nível institucional (Langer et al., 2009).

No contexto hospitalar taiwanês Yan et al. (2014) abordaram a teoria de agência para verificar se a existência de riscos de agência, ou seja, um ambiente propício para a existência de assimetrias informacionais, comportamentos auto interessados e cobertura de riscos (possibilidade dos agentes assumirem riscos em detrimento do principal), influenciavam de maneira significativa problemas relacionados ao desrespeito à ética médica, busca por lucros extracontratuais, desrespeito ao profissionalismo e comportamento orientado para custos em detrimento dos pacientes, sendo que seus resultados apontaram relações significativas entre os riscos e os problemas de agência mencionados.

Um dos principais problemas de agência em hospitais se refere à demanda induzida pelo provedor. Esse tipo de problema, presente no comportamento dos profissionais (via de regra, aqueles que têm contato direto com os pacientes), encontra-se associado ao risco moral e faz com que os provedores de serviços em saúde provoquem distorções nas demandas dos pacientes, favorecendo seus próprios interesses em detrimento dos interesses organizacionais e do próprio paciente (Chang, 2011), situação essa, que pode afetar a qualidade dos serviços e gerar desperdícios de recursos. Quando as reais necessidades dos pacientes não são supridas,

há tendência de que eles retornem ao hospital, gerando maior volume de gastos, retrabalho, complicações, riscos de infecção e até mesmo a morte.

Rispel, Jager e Fonn (2016) empregaram a teoria da agência para investigar a corrupção de agentes no setor de saúde pública sul-africano, um comportamento considerado oportunista. Seus resultados apontaram que a corrupção é influenciada pela seleção adversa de agentes, falta de mecanismos para detectá-la e falha em punir os envolvidos. Conforme essa evidência, eles concluíram que há necessidade da instauração de uma legislação apropriada, porém, que essa não é uma ação suficiente. Para reduzir de fato a corrupção, eles ressaltaram que a institucionalização de uma burocracia funcional e de servidores públicos com as habilidades, competências, ética e sistemas de valores adequados, cujos interesses estejam alinhados com os objetivos do sistema de saúde, constitui uma intervenção crítica no combate do comportamento oportunista presente na relação de agência.

Outro fator explorado em pesquisas científicas que apresentou relação com os problemas de agência no contexto hospitalar, sobre a perspectiva do risco moral em profissionais clínicos (médicos e enfermeiros), está relacionado à remuneração destes profissionais (Armour & Pitts, 2003; Schneider & Mathios, 2006; Smith et al., 1997). Grande parte dessa discussão caminha no sentido da comparação entre remuneração fixa e variável.

Parte da literatura relata que em ambientes para os quais as remunerações profissionais são variáveis, haverá maior incentivo para que gerentes e profissionais em geral, tenham melhor desempenho, visto que este se relaciona com os resultados alcançados, podendo gerar maior motivação por parte dos agentes. Tal situação, pode fazer com que os objetivos de principais e agentes caminhem na mesma direção. Embora isso pareça um aspecto positivo, quando se avalia a qualidade dos serviços prestados em saúde, para situações em que o resultado do desempenho se relaciona com a quantidade de atendimentos prestados, podem ocorrer problemas de agência, como por exemplo, a demanda induzida pelo provedor, gerando atendimentos de baixa qualidade e em maior quantidade (Yan et al. 2014).

Em contraponto, no cenário brasileiro hospitais públicos e filantrópicos podem adotar o estilo de remuneração fixa, característica que pode intensificar a presença de problemas de agência, sendo que os profissionais podem se sentir desmotivados em melhorar seu desempenho, bem como adotar medidas oportunistas quando seus salários não são reajustados em medida proporcional (Smith et al., 1997).

Smith et al. (1997) acrescentam que contratos de trabalhos com remuneração fixa, podem fazer com que os médicos não sejam bons agentes para o consumidor, acarretando em

uma prestação de serviços insuficiente com cuidados inadequados. Apesar destes achados, tais pesquisadores também argumentam que em situações de difícil monitoramento, a contratação compatível com incentivos (fixa) seria uma forma mais eficiente de financiar os serviços de saúde, pois na ausência de controle, as informações de contratos com remuneração variável poderiam ser facilmente manipuladas.

Não somente questões relativas à remuneração dos profissionais, mas também a inobservância da ética envolta aos serviços de saúde, junto a comportamentos oportunistas (Yan et al., 2014), podem gerar demandas induzidas com menor quantidade de atendimentos aos pacientes, uma situação de menor esforço e maior renda.

Conforme as discussões científicas apresentadas se pode inferir que a ausência de competência profissional, seja pela falta de experiência, inobservância à ética da profissão, ausência de qualificação, incapacidade ou ociosidade, pode corresponder à uma das causas que contribuem para a ineficiência na utilização de recursos da organização, gerando desperdícios, retrabalhos e não utilização maximizada de insumos, bem como pode resultar no provimento de serviços sem qualidade, que não atendam as demandas dos pacientes.

Mediante a relação de agência abordada neste estudo, existe um contrato profissional de trabalho, representativo das responsabilidades e competências profissionais necessárias para o desenvolvimento do labor. De tal modo, as suas proposições caminham no sentido de que os órgãos financiadores de serviços de saúde, têm interesse sobre as atitudes, comportamentos e competências dos agentes, visto que estes estão diretamente relacionados à eficiência e qualidade dos serviços prestados em saúde, principalmente pelo fato de que a sociedade comumente associa má qualidade de serviços públicos com a gestão pública.

A SA na gestão das competências profissionais pode estar presente na formulação de contratos profissionais equivocados, na qualificação incompatível de servidores públicos para com o cargo assumido, em processos seletivos falhos e outras situações nas quais principal e agente tenham níveis diferentes de informação. Quanto ao RM, este pode estar relacionado com atitudes oportunistas dos agentes, ações que se distanciem dos interesses do principal, bem como das competências exigidas para atuação na área de saúde e dos requisitos e deveres da função exercida.

Tendo em vista que a assimetria informacional presente nas diversas etapas do processo de gestão da competência profissional, desde a elaboração de contratos de trabalhos, até o acompanhamento e a avaliação do desempenho profissional, pode estar relacionada à má utilização e desperdício de recursos, surge a seguinte proposição de pesquisa:

P3: A Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais do hospital, entre principal e agente, tem efeitos nocivos sobre a Eficiência Técnica hospitalar.

Considerando também que a qualidade dos serviços hospitalares pode ser influenciada negativamente pela assimetria informacional presente nas diversas etapas do processo de gestão da competência profissional, desde a elaboração de contratos de trabalhos, até o acompanhamento e a avaliação do desempenho profissional, segue a quarta proposição:

P4: A Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais do hospital, entre principal e agente, tem efeitos nocivos sobre a Qualidade dos Serviços Prestados pelos hospitais.

2.4.3 Atuação da Governança Corporativa Hospitalar

Dentre os diversos fatores que podem influenciar no surgimento e agravamento dos problemas de agência, podem ser citados (i) a falta de mecanismos de controle, (ii) ausência de participação efetiva dos órgãos fiscalizados/reguladores, (iii) conflitos de interesse entre o principal e o agente, (iv) riscos que o agente pode assumir em detrimento do principal, bem como as (v) assimetrias informacionais derivadas dessa relação. Tais circunstâncias, demandam esforços do principal para controlar as ações dos agentes, que as executam sob responsabilidade do delegante (Marques, 2007; Yan et al., 2014).

Neste sentido, uma adequada governança corporativa (GC) representa um conjunto de medidas que reduzem os custos gerados pelo acometimento dos problemas de agência em organizações (Afriyie et al., 2020). Assim, a governança corporativa pode contribuir para minimizar a presença de problemas de agência mediante a especificação e distribuição justa de responsabilidades, funções e direitos aos diversos atores de uma organização (Marques, 2007). Além disso, por meio da estruturação e atuação de conselhos diretivos, a governança corporativa cria mecanismos de controle e supervisão, exigindo prestações de contas da gestão executiva das instituições (Afriyie et al., 2020; Costa, 2008).

Uma gestão corporativa hospitalar atuante e comunicativa, que estuda as relações entre os diferentes atores da organização e determina responsabilidades gerando confiança,

corresponde à uma gestão renovada, que busca melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados ao paciente, estabelecendo e garantindo elevado padrão de cuidado (Nishio, 2017).

De acordo com a *Joint Commission International* (JCI) (2017), o exercício profissional no setor de saúde é comumente levado ao extremo, de modo que falhas podem incorrer, de forma direta ou indireta, em prejuízos para a saúde e vida dos pacientes. Assim, uma comunicação efetiva entre os variados atores dos hospitais, pode reduzir erros nos processos, diminuir desperdícios e contribuir para a satisfação daqueles que buscam por cuidados médicos.

Devido ao alto risco envolvido na prestação de serviços ineficazes e com ausência de qualidade, contar apenas com a ética e o comportamento adequado de médicos, enfermeiros e demais profissionais na prestação de cuidados em saúde não é suficiente, ainda mais quando estes estão envolvidos de ambientes com alta pressão e poucos recursos (Dobrzykowski & McFadden, 2019; Langer et al., 2009).

Diante deste cenário, torna-se necessária a implantação, acompanhamento e avaliação de mecanismos de controle das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde (Yan et al., 2014). Não apenas ferramentas de controle, mas também a presença de grupos qualificados para acompanhar e avaliar seus resultados, como por exemplo o Conselho Diretivo/Administrativo Hospitalar (Tofan et al., 2012).

Um estudo recente de Peltokorpi et al. (2020), com foco na saúde ocupacional, concluiu que uma integração vertical entre variados níveis organizacionais pode levar a uma melhor governança dos problemas de agência e, por consequência, em maior desempenho organizacional. Ao término de seu trabalho, os autores recomendaram que estudos futuros abordem a governança por meio de mecanismos de governança relacional, como por exemplo, contratos de longo prazo, práticas compartilhadas, confiança e relações interpessoais.

O'Donnell (2000) propôs duas maneiras para que os diretores de uma organização possam reduzir problemas de agência. A primeira se relaciona com a adoção de medidas de supervisão para controlar os agentes e a segunda com políticas de incentivos. Uma governança corporativa hospitalar atuante, mediante a presença de um Conselho Diretivo que participa, controla e avalia as atividades dos hospitais, do controle exercido por órgãos públicos reguladores, bem como, por meio de uma política organizacional que evidencie de forma clara a responsabilização de seus profissionais, pode contribuir para a redução dos efeitos da assimetria informacional presente no processo orçamentário hospitalar e na gestão das competências profissionais adequadas às necessidades dos hospitais.

Consequentemente, esse argumento pressupõe que o alinhamento de metas organizacionais estratégicas, mediante a Atuação da Governança Corporativa, gera melhorias tanto para a eficiência técnica, evitando desperdícios e maximizando recursos, quanto para a qualidade dos serviços hospitalares, nos níveis estrutural, de processos, de resultados e acessibilidade. Assim, foram elaboradas as seguintes proposições:

P5: A Atuação da Governança Corporativa reduz os efeitos nocivos da Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário sobre a Eficiência Técnica hospitalar.

P6: A Atuação da Governança Corporativa reduz os efeitos positivos da Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário sobre a Qualidade dos Serviços Prestados pelos hospitais.

P7: A Atuação da Governança Corporativa reduz os efeitos nocivos da Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais sobre a Eficiência Técnica hospitalar.

P8: A Atuação da Governança Corporativa reduz os efeitos nocivos da Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais sobre a Qualidade dos Serviços Prestados pelos hospitais.

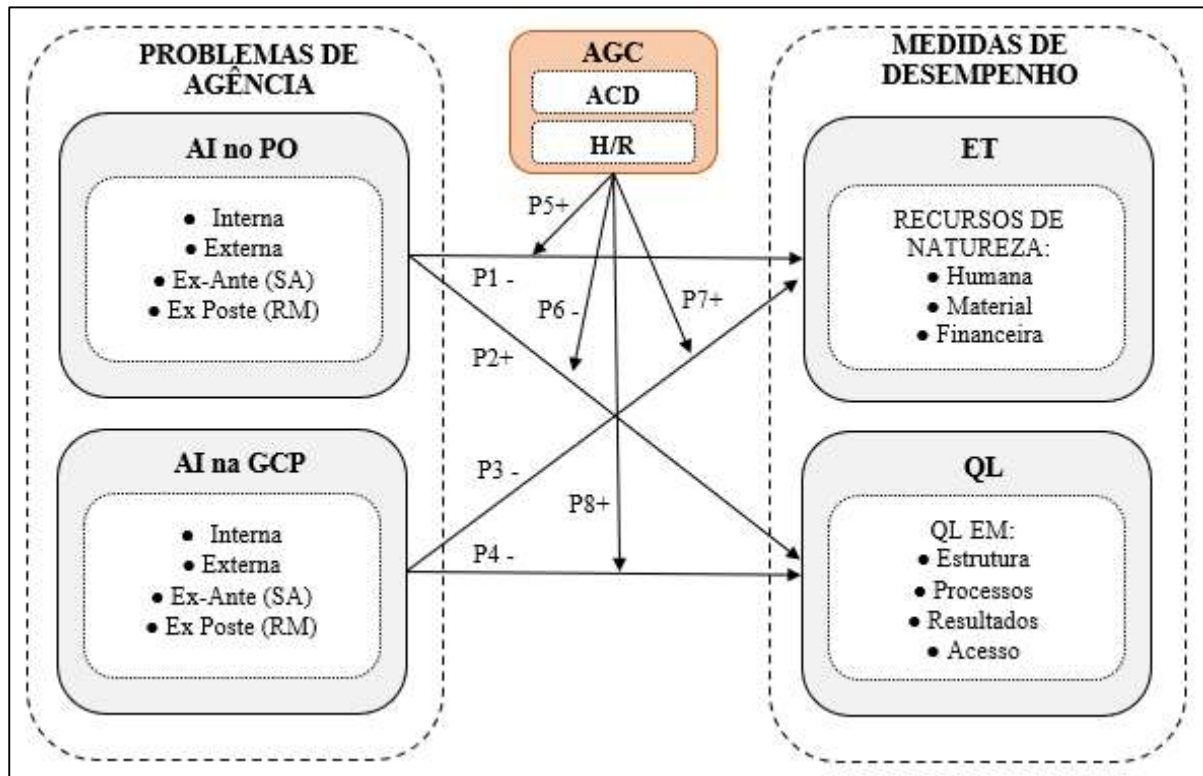
A Figura 3 ilustra a relação existentes entre as proposições do estudo. Nela constam: as variáveis preditoras do estudo Assimetria de Informação no Processo Orçamentário (AI no PO) e Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais (AI na GCP); as variáveis resposta do estudo Eficiência Técnica (ET) e Qualidade dos Serviços Prestados (QL); bem como a variável moderadora do estudo Atuação da Governança Corporativa (AGC)

As variáveis Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário e Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais estão evidenciadas conforme: os ambientes em que ocorrem os problemas de agência (Interno e Externo); e os momentos de ocorrência (Ex Ante e Ex Poste); supondo que os problemas Ex Ante estão relacionados com a Seleção Adversa (Informação Oculta) e os Ex Poste ao Risco Moral (Ação Oculta).

A variável Eficiência Técnica está representada pelos recursos de natureza: humana, material e financeira; a variável Qualidade dos Serviços Prestados pelas dimensões da

qualidade: estrutura, processos, resultados e acessibilidade; e a variável Atuação da Governança Corporativa foi segregada na: Atuação do Conselho Diretivo (ACD) e na Hierarquia e Responsabilização (H/R) do hospital.

Figura 3: Desenho de Pesquisa



Fonte: Elaborado pelo autor.

De tal modo, para fins de atender ao objetivo do estudo de verificar como os problemas de agência podem afetar a eficiência técnica e a qualidade dos serviços prestados em hospitais públicos, por meio do processo orçamentário e da gestão das competências profissionais, espera-se encontrar as seguintes relações: (P1) negativa entre Assimetria de Informação no Processo Orçamentário e Eficiência Técnica Hospitalar; (P2) positiva entre Assimetria de Informação no Processo Orçamentário e Qualidade dos Serviços Prestados; (P3) negativa entre Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais e Eficiência Técnica Hospitalar; (P4) negativa entre Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais e Qualidade dos Serviços Prestados; e (P5, P6, P7 e P8) uma redução dos efeitos encontrados nas proposições anteriores mediante a Atuação da Governança Corporativa, ou seja, uma moderação positiva provocada pela AGC.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O conhecimento científico se difere de outras formas de conhecimento como o popular, o filosófico e o religioso (Marconi & Lakatos, 2017). Trata-se de um saber inacabado e incompleto, que busca responder problemas ainda carentes de explicação ou ainda rever estudos anteriores sob uma perspectiva contemporânea, utilizando novas teorias e/ou aplicando métodos diferentes de seus antecessores (Gil, 2008).

Dito isso, o desenvolvimento de pesquisas científicas é um processo que necessita seriedade e comprometimento, de tal modo que aplicar um método adequado contribui para a robustez e avanço dos estudos. Assim, o método pode ser entendido como um conjunto de procedimentos que visa assegurar o alcance dos objetivos de uma pesquisa, delineando um caminho a ser seguido e reduzindo ou mitigando a presença de erros nas etapas de uma investigação de cunho científico (Marconi & Lakatos, 2017).

Apoiado nos argumentos desta breve introdução, este capítulo se dedica aos aspectos metodológicos que foram empregados no desenvolvimento deste estudo. A seguir são delineados a teoria de base, as classificações, as delimitações, os procedimentos e técnicas utilizadas para coleta e tratamento dos dados.

3.1 REVISÃO SISTEMÁTICA

No Quadro 1 se encontra evidenciado o protocolo da revisão sistemática empregada neste estudo. A revisão sistemática consiste em um processo que visa identificar, avaliar e interpretar pesquisas disponíveis sobre determinado tema.

Diferentemente de uma revisão da literatura, possui critérios metodológicos bem definidos, utilizando um protocolo sistematizado para orientar a busca, seleção, interpretação e síntese das pesquisas levantadas. Portanto, uma revisão sistemática bem executada, contribui para a identificação de temáticas não exploradas ou parcialmente investigadas em pesquisas anteriores e que carecem de explicações científicas (Kitchenham, 2004; Pai et al., 2004).

Quadro 1: Protocolo de Revisão Sistemática

Objetivo	O principal objetivo desta revisão sistemática é identificar tendências, contribuições e nichos sobre relação entre “ Problemas de Agência e o Desempenho Hospitalar (Eficiência Técnica e Qualidade) ”.
Bases de Dados	Nacionais: SciELO; BDTD.
	Internacionais: Science Direct; SCOPUS; Web of Science; Emerald; Taylor & Francis; Wiley; Jstor; Springer, SAGE, EBSCO (Academic Search Premier).
	Específicos da Área de Saúde: EBSCO (MEDLINE Complete); EBSCO (CINAHL); PubMed (National Library of Medicine).
Campo de Pesquisa	Artigos de Periódicos; Artigos de Revisão; Teses e Dissertações.
Elementos de Busca	Termos relacionados ao desempenho hospitalar. Data envelopment analysis; technical efficiency; performance; quality.
	Termos relacionados à problemas de agência Agency problems; moral hazard; adverse selection.
	Termos relacionados ao ambiente hospitalar Hospital; health.
Estratégia de Busca	"agency problems" AND ("moral hazard" OR "adverse selection") AND hospital AND quality AND health AND ("technical efficiency" OR "data envelopment analysis" OR "performance")
Critérios de Inclusão	Estudos que tratam sobre problemas de agência no desempenho hospitalar ou na avaliação de políticas públicas voltadas à saúde (especificamente eficiência técnica e qualidade).
Critérios de Exclusão	Estudos que não sejam direcionados à área hospitalar ou políticas públicas voltadas à saúde; e estudos que não tratam sobre problemas/conflitos de agência.
Estratégias de Extração	Autores; Ano; Título; Objetivo; Método; Resultados; Sugestões para pesquisas futuras.
Técnica de Síntese dos Dados	Foi utilizada nesta revisão sistemática uma síntese qualitativa. Após a extração de dados dos estudos primários, primeiramente foi realizada a devida tabulação, organizando-os em tabelas; em seguida, uma análise descritiva dessas informações e, por último uma análise temática a fim de identificar lacunas e temas emergentes sobre o assunto.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme o protocolo de pesquisa empregado, a quantidade de trabalhos encontrados é apresentada no Quadro 2.

Quadro 2: Procedimentos da Revisão Sistemática

Base / Quantidade	Nacionais	Internacionais	
		Gestão/Negócios	Saúde
3	BDTD	Science Direct	EBSCO MEDLINE
	0	36	12
6	SciELO	SCOPUS	EBSCO CINAHL
	0	32	4
8		Springer	PubMed
		34	8
9		Emerald	
		27	
10		Taylor & Francis	
		10	
11		Wiley	
		28	
12		SAGE	
		14	
13		Jstor	
		55	
14		EBSCO Acd.S.Pr.	
		16	
15		Web of Science	
		0	
Total de Estudos Resultantes da Busca			276
Etapas de Exclusão			
1ª Varredura: Registros Duplicados			(74)
2ª Varredura: Parâmetros de inclusão/exclusão (Leitura de Títulos e Abstract)			(131)
3ª Varredura: Parâmetros de inclusão/exclusão (Leitura de Completa dos Artigos)			(30)
Estudos Incluídos para Síntese Qualitativa			35

Fonte: Elaborado pelo autor.

De acordo com as informações apresentadas no Quadro 2, foram encontrados 276 artigos em bases científicas internacionais e nenhum nas bases nacionais utilizadas (conforme o protocolo de pesquisa empregado no estudo), sendo que destes, 252 são de bases voltadas para as temáticas de Negócios e Gestão e 24 de bases específicas da saúde. Pós observados os critérios de varredura, sobraram 35 estudos válidos a serem incluídos na síntese qualitativa.

3.2 CLASSIFICAÇÃO METODOLÓGICA

Há uma abrangente literatura que trata sobre diferentes abordagens metodológicas (Cooper & Schindler, 2014; Gil, 2008; Martins & Theóphilo, 2016). Quanto à este estudo, algumas dessas abordagens foram atribuídas e estão descritas nesta seção, conforme: o uso de uma teoria de base; a sua abordagem metodológica; o problema; o objetivo; a finalidade; a técnica empregada na coleta de dados; os efeitos do pesquisador sobre as variáveis; a dimensão temporal; e a estratégia de pesquisa.

Com relação à abordagem metodológica, esta pesquisa melhor se adequa na modalidade **hipotético-dedutivo**. Esse tipo de estudo se propõe a explicar os fenômenos por meio de uma sequência lógica de etapas pré-definidas, inicialmente propostas por Popper em 1961. Tais etapas são basicamente constituídas em: (i) identificar e investigar um problema, devido à falta de evidências científicas que sejam suficientes para explicar um determinado fenômeno; (ii) formular conjecturas, hipóteses ou proposições teóricas; (iii) e testar as conjecturas, com a finalidade de refutar ou reafirmar a teoria adotada no estudo (Marconi & Lakatos, 2017).

O aspecto metodológico empregado no estudo, quanto à abordagem metodológica, não limita a abordagem do problema de pesquisa em quantitativo ou qualitativo. De tal modo, esta investigação é classificada como **qualitativa**. Conforme Sampieri, Collado e Lucio (2013) a pesquisa de cunho qualitativo não se utiliza de métodos estatísticos para solucionar ou aprimorar as questões de pesquisa, mas sim, se refere uma abordagem com maior teor de profundidade na investigação dos problemas científicos com a finalidade de interpretar os fenômenos. Exige maior envolvimento do pesquisador no processo de investigação e validação das teorias e proposições, quando estas são adotadas. Assim, deve-se ter maior atenção para evitar os vieses do próprio pesquisador sobre os dados coletados.

Outra classificação que se faz pertinente, corresponde ao enquadramento da pesquisa quanto ao seu objetivo, que neste caso é melhor representada por um estudo **explicativo**, o qual se propõe a expor os “porquês” de um determinado fenômeno estar, ou não, relacionado com outros fenômenos, podendo se utilizar da relação entre conceitos e variáveis (Gil, 2008). Ou ainda, pode se propor a explicar os fatores que levaram à ocorrência de um determinado fenômeno (Richardson, 2012).

Sobre os aspectos metodológicos, o presente estudo se classifica como **fenomenológico**, em que o objetivo se volta para entender a relação entre fenômenos e as suas essências, com

foco na descrição, interpretação e compreensão dos sujeitos e do ambiente que experienciam os fenômenos do objeto de estudo (Martins & Theóphilo, 2016).

Quanto aos efeitos que o pesquisador pode exercer sobre dados, fatos ou variáveis do estudo, tem-se neste um estudo *ex-post facto*, ou seja, uma pesquisa em que o investigador não exerce influência direta sobre os dados antes de sua coleta, seja pela dificuldade em manipulá-los ou pelo simples motivo de que eles já ocorreram (Kerlinger, 1980), sendo que o papel principal do pesquisador ocorre posteriormente aos acontecimentos, realizando inferências sobre as relações existentes entre as variáveis do estudo (Gil, 2008).

Essa discussão se faz importante, visto que auxilia no entendimento de que o estudo *ex-post-facto* diferem da experimentação à medida que o pesquisador não exerce controle sobre as variáveis e a amostra (ou população) estudadas (Martins & Theóphilo, 2016).

Por finalizar o enquadramento metodológico, o levantamento dos dados se dará em uma dimensão temporal de abordagem **transversal**. Conforme Cooper e Schindler, (2014), pesquisas transversais são realizadas em um ponto específico do tempo. Assim, não capta variações de um mesmo fenômeno no tempo, como ocorre em pesquisas longitudinais.

3.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Para a coleta de dados é necessário o emprego de uma estratégia adequada, e no contexto deste estudo foi utilizada a técnica de **estudo de caso**. Essa estratégia de pesquisa possibilita ao pesquisador ter maior profundidade em seus achados, visto que o mesmo se insere no campo de pesquisa para realizar suas inferências (Martins & Theóphilo, 2016). Normalmente se limita ao profundo e exaustivo estudo de um ou poucos casos (Gil, 2008). De tal modo, uma das principais críticas a esta estratégia de pesquisa se refere a sua falta de efetividade na generalização dos resultados para explicar fenômenos sociais (Martins & Theóphilo, 2016).

Muitas pesquisas que abordam como estratégia o estudo de caso apresentam baixo rigor metodológico, inclusive nas ciências sociais aplicadas, sendo que essa falta de rigor se deve, em grande parte, à falta de escolhas apropriadas para os métodos de coletas de dados (Marques, Camacho & Alcantara, 2015). Portanto, visando melhor atender aos propósitos desta investigação, optou-se pela adoção de um conjunto de métodos para a coleta dos dados, que possibilite a triangulação das informações obtidas, quais sejam: (i) análise documental; (ii) entrevistas semiestruturadas; e (iii) observação.

A coleta de dados provenientes de **documentos** pode subsidiar as evidências coletadas por outras fontes de dados, favorecendo a triangulação das evidências do estudo de caso. Ressalta-se que o pesquisador deve ser crítico quando a veracidade e a fidedignidade dos documentos. Além disso, documentos podem ser evidências de difícil acesso a depender dos seus conteúdos, visto que os sujeitos investigados podem se sentir desconfortáveis em compartilhá-los (Martins & Theóphilo, 2016; Sampieri et al., 2013).

Como exposto, outra fonte de dados são as **entrevistas**, estas correspondem à um diálogo entre duas ou mais pessoas, normalmente o entrevistador e o(s) entrevistado(s), sendo que ela pode ser classificada como estruturada, semiestruturada ou aberta (Sampieri et al., 2013). Para o presente estudo foi dada a preferência para a técnica de entrevista semiestruturada, visto que a mesma seguirá um roteiro com temáticas pré-estabelecidas, porém, com abertura para novas perguntas do entrevistador, caso este julgue ser necessários novos questionamentos para o esclarecimento do problema de pesquisa, bem como de suas proposições teóricas.

Em pesquisas empíricas, como nos estudos de caso, a **observação direta** é quase que indissociável à estratégia de pesquisa. Visto que o pesquisador interage com os sujeitos e o campo do estudo, o mesmo não deve negligenciar a técnica de observação, guardadas as limitações de cada pesquisador. Em estudos desta natureza, a coleta de informações já se inicia com atentas observações desde os primeiros momentos da imersão do pesquisador no campo de estudo, até que ambos não esteja mais em contato (Martins & Theóphilo, 2016).

3.3.1 Tipos de Estudo de Caso

Segundo Stake (2005) há três tipos de estudo de caso: intrínseco, instrumental e coletivo. O estudo de caso intrínseco se refere ao estudo de caso único, de tal modo, não visa construir uma teoria, mas sim explorar o caso com profundidade para entender as suas particularidades. O caso deve ser representativo, ter algo peculiar e ser diferente dos demais.

O estudo de caso instrumental objetiva entender o contexto em que ocorre o caso e não a particularidade do caso em si. Assim, a pesquisa é conduzida para compreender o meio externo da unidade de análise, um foco mais amplo. Já o estudo de caso coletivo ou múltiplo, busca compreender um fenômeno por meio do cruzamento dos dados coletados em mais de uma unidade de análise (Stake, 2005).

No estudo de caso múltiplo os casos podem ser comparados por semelhança ou por diferenças, sendo que uma das principais motivações para a escolha desta estratégia é uma

maior compreensão do fenômeno estudado pela comparação (Stake, 2005). Além disso, os estudos de casos múltiplos, apesar de sua robustez, podem exigir tempo e recursos que estudantes e pesquisadores independentes não possuem (Yin, 2005).

Para a presente pesquisa, optou-se pelo estudo de caso múltiplo, com a finalidade de comparar o fenômeno estudado em diferentes contextos.

3.3.2 Planejamento do Estudo de Caso

Para a aplicação efetiva da estratégia do estudo de caso e o consequente atingimento dos objetivos traçadas em uma pesquisa, deve-se ter um plano bem definido, com etapas claramente delineadas. Do contrário, podem haver fortes vieses na condução do estudo, resultando em conclusões e inferências equivocadas, dados coletados impróprios para os propósitos do estudo, bem como comparações espúrias em estudos múltiplos (Martins & Theóphilo, 2016).

De tal modo, se faz oportuno para o pesquisador, elaborar um projeto sólido para a execução do estudo de caso. Yin (2005) discorre que o projeto corresponde à uma sequência lógica, que conecta os dados empíricos às questões de pesquisa iniciais do estudo e, em última análise, às suas conclusões. O autor destaca ainda, que um projeto é como um “esquema” de pesquisa, que se preocupa em tratar de pelo menos quatro quesitos: (i) quais questões estudar, (ii) quais dados são relevantes, (iii) quais dados coletar e (iv) como analisar os resultados.

Além disso, Yin (2005) apresenta os componentes mais importantes para um Projeto de Estudo de Caso, sendo eles: (i) as questões de um estudo; (ii) as proposições/hipóteses (quando houver); (iii) as unidades de análise; (iv) a lógica que une os dados às proposições; e (v) os critérios para interpretar as constatações.

Sobre a questão de pesquisa de um estudo de caso, é mais provável que esta seja apropriada as questões do tipo "como" e "por que", assim, sua tarefa inicial é precisar com clareza, a natureza das questões do estudo. O problema de pesquisa deve atender aos critérios de importância, originalidade e viabilidade, bem como considerar a literatura existente como base e buscar discutir sobre o tema com pessoas experientes no assunto (Yin, 2005; Martins, 2008; Gil, 2009).

Quanto as proposições ou hipóteses, cada uma destina atenção a algum assunto que deveria ser examinado dentro do escopo do estudo. Refletem explicações teóricas formuladas a partir de algum conhecimento do caso e reflexões do pesquisador, com base em uma teoria preliminar. Normalmente não são elaboradas em estudos exploratórios, que ao invés de

proposições, buscam apresentar uma finalidade para o estudo e critérios que serão utilizados para julgar uma exploração como bem-sucedida (Yin, 2005; Martins & Theóphilo, 2016).

Sobre as unidades de análise, estas dizem respeito ao caso em si, o que efetivamente será estudado. Têm relação direta com as questões da pesquisa, na medida em que os questionamentos permitem a adequada seleção das unidades de análise. Estudos realizados em unidades já estudadas anteriormente permitem comparabilidade entre os dados, promovendo um aprofundamento sobre o tema (Yin, 2005; Gil, 2009). Também há rigor no cruzamento entre informações nas pesquisas que abordam múltiplos casos (Sampieri et al., 2013).

O quarto componente, a lógica que une os dados às proposições, pode ser explorado de diversas maneiras. Precede as etapas de análise dos dados e não possui uma orientação clara sobre o seu desenvolvimento na literatura (Yin, 2005). Existem diferentes técnicas de análise para categorização de dados, como a Análise de Conteúdo e a Análise do Discurso, dentre outras.

Por fim, quanto aos critérios para interpretar as constatações, também precede a análise dos dados, sendo que não se tem uma maneira precisa de se estabelecer os critérios para a interpretação das constatações do estudo (Yin, 2005).

3.3.2.1 Proposições da pesquisa

Abaixo seguem as proposições deste estudo, rerepresentadas de forma sequencial, com vistas a facilitar a leitura das relações testadas no estudo:

P1: A Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário hospitalar, entre principal e agente, tem efeitos nocivos sobre a ET;

P2: A Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário hospitalar, entre principal e agente, tem efeitos positivos sobre a QL;

P3: A Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais do hospital, entre principal e agente, tem efeitos nocivos sobre a ET;

P4: A Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais do hospital, entre principal e agente, tem efeitos nocivos sobre a QL;

P5: A Atuação da Governança Corporativa reduz os efeitos nocivos da Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário sobre a ET;

P6: A Atuação da Governança Corporativa reduz os efeitos positivos da Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário sobre a QL;

P7: Atuação da Governança Corporativa reduz os efeitos nocivos da Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais sobre a ET;

P8: Atuação da Governança Corporativa reduz os efeitos nocivos da Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais sobre a QL.

3.3.2.2 Unidades de Análise do Estudo de Caso

A população alvo do estudo é finita e corresponde aos hospitais públicos municipais e estaduais e hospitais sem fins lucrativos, das regiões sul e sudeste do Brasil, que estão cadastrados no portal Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Que atendem a estes quesitos, há aproximadamente 2018 hospitais cadastrados na plataforma.

A amostra classifica-se como intencional e não-probabilística, visto que foram selecionados dois hospitais da população alvo, que aceitaram participar do estudo, e não foram escolhidos ao acaso (Matias-Pereira, 2016). Dentre os hospitais que participaram do estudo, um deles é público, financiado totalmente por recursos públicos, sendo a maioria SUS, e outro filantrópico, com financiamento majoritário também advindo do SUS. De tal modo, foi possível realizar comparações entre os resultados de cada caso, proporcionando maior rigor aos resultados encontrados.

3.3.3 Protocolo do Estudo de Caso

O protocolo de pesquisa em Estudos de Caso se refere a um instrumento orientador e regulador da condução da estratégia de pesquisa. Apresenta-se como um forte elemento que busca trazer confiabilidade para uma pesquisa, visando garantir que os achados de uma investigação possam ser assemelhados aos resultados de uma possível replicação do Estudo de Caso ou mesmo de outros casos em condições semelhantes ao primeiro, orientados pelo mesmo protocolo (Martins & Theóphilo, 2016).

Yin (2005) corrobora com os autores supracitados, afirmando que o protocolo é uma das estratégias principais para aumentar a confiabilidade da pesquisa de estudo de caso e se destina a orientar o pesquisador ao realizar a coleta de dados, sendo que, de forma geral, deve apresentar as seguintes seções:

a) uma visão geral do projeto do estudo de caso: objetivos, proposições e problemas de pesquisa, bem como leituras importantes sobre o tópico que está sendo investigado;

b) procedimentos de campo: credenciais e acesso aos locais do estudo de caso, fontes gerais de informações e advertências de procedimentos;

c) questões do estudo de caso: as questões específicas que o pesquisador elaborou para o estudo de caso, e que deve manter em mente ao coletar os dados; uma planilha para disposição específica de dados; e as fontes em potencial de informações ao se responder cada questão;

d) guia para o relatório do estudo de caso: resumo, formato de narrativa e especificação de quaisquer informações bibliográficas e outras documentações.

Segue abaixo o protocolo de estudo de caso deste estudo:

1. Visão Geral do Estudo de Caso:

a. Título do Projeto:

- Relação entre Assimetria Informacional, Eficiência Técnica, Qualidade e Governança Corporativa no Contexto Hospitalar.

b. Objetivos e Proposições do Projeto:

I. Objetivo Geral:

- Compreender a relação entre as Assimetrias Informacionais no Processo Orçamentário e na Gestão das Competências Profissionais com a Eficiência Técnica e a Qualidade dos Serviços Prestados em hospitais financiados por recursos públicos.

II. Objetivos Específicos:

- Identificar a presença de AI (Seleção Adversa e Risco Moral) no PO (contrato por meta/formal) e na GCP (contrato funcional/formal), nos níveis Internos e Externos, Ex Ante e Ex Poste ao estabelecimento dos contratos entre principal e agente;
- Identificar os aspectos relativos à Eficiência Técnica e à Qualidade dos Serviços Prestados pelos hospitais nos hospitais dos Casos 1 e 2;

- Verificar de que maneira a Atuação da Governança Corporativa (AGC) hospitalar afeta a relação entre as AIs, com a Eficiência Técnica hospitalar e com a Qualidade dos Serviços Prestados pelos hospitais.

III. Proposições:

- P1: A Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário hospitalar, entre principal e agente, tem efeitos nocivos sobre a ET;
- P2: A Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário hospitalar, entre principal e agente, tem efeitos positivos sobre a QL;
- P3: A Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais do hospital, entre principal e agente, tem efeitos nocivos sobre a ET;
- P4: A Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais do hospital, entre principal e agente, tem efeitos nocivos sobre a QL;
- P5: A Atuação da Governança Corporativa reduz os efeitos nocivos da Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário sobre a ET;
- P6: A Atuação da Governança Corporativa reduz os efeitos positivos da Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário sobre a QL;
- P7: Atuação da Governança Corporativa reduz os efeitos nocivos da Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais sobre a ET;
- P8: Atuação da Governança Corporativa reduz os efeitos nocivos da Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais sobre a QL.

c. Instituição de Ensino Promotora do Estudo:

- Universidade Estadual de Maringá (UEM) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis.

d. Unidades de Análise do Estudo de Caso Múltiplo:

- Hospital A – Filantrópico, financiado com recursos Mistos (parcialmente SUS).
- Hospital B – Público, financiado com recursos 100% do SUS.

e. Profissionais/Funções/Departamentos que serão entrevistados e/ou acompanharam a observação *in loco*:

- Superintendente (Superintendência);

- Diretor Administrativo (Diretoria e/ou Gerência Administrativa);
- Diretor Clínico (Diretoria e/ou Gerência da Área Técnica);
- Encarregado de Recursos Humanos (RH);
- Encarregado de Contabilidade e/ou Controlador (Contabilidade/Controladoria);
- Encarregado de Qualidade (Qualidade).

f. Recursos institucionais necessários para o pesquisador:

- Disposição de um local apropriado para as entrevistas (sala de reuniões ou uma sala privada com uma mesa e duas cadeiras);
- Acesso à uma (1) fotocopadora para escanear possíveis documentos que se fizerem relevantes (caso autorizado pela instituição).

g. Pesquisadores:

- Principal: Vitor Hugo Garcia de Souza, mestrando no programa de Pós Graduação em Ciências Contábeis da Universidade Estadual de Maringá (UEM), na linha de pesquisa de Contabilidade Gerencial. Especialista em Controladoria e Auditoria pela Unicesumar e Gestão Pública pela Universidade Cruzeiro do Sul.
- Orientadora: Katia Abbas, professora adjunta do Programa de Pós Graduação em Ciências Contábeis (UEM). Mestra e Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

2. Procedimentos de campo:

a. Procedimentos Iniciais:

I. Contatar as Unidades de Análise (hospitais objeto do estudo).

- Propósito: Programar as visitas aos campos de estudo;
- Fonte: Diretoria e/ou Gerência dos Hospitais;
- Instrumentos: Ligações telefônicas e e-mails.

II. Contatar o Departamento de Recursos Humanos para identificar os profissionais dos hospitais que irão participar do estudo (conforme objetivo de pesquisa proposto).

- Propósito: Viabilizar a coleta de dados (participação nas entrevistas, o acompanhamento da observação direta e a disponibilização de documentos);

- Fonte: Departamento de Recursos Humanos;
- Instrumentos: Ligações telefônicas e e-mails.

III. Identificar e contatar os profissionais dos hospitais que irão participar das entrevistas.

- Propósito: Viabilizar a participação dos funcionários nas entrevistas;
- Fonte: Departamentos de Superintendência, Diretoria e/ou Gerência (administrativa e técnica), Recursos Humanos, Contabilidade e/ou Controladoria e Qualidade;
- Instrumentos: Ligações telefônicas e e-mails.

IV. Identificar e contatar os profissionais dos hospitais que irão acompanhar o pesquisador na observação direta.

- Propósito: Viabilizar a coleta de dados mediante observação direta;
- Fonte: Gerência/Diretoria da Área Técnica e Departamento de Qualidade;
- Instrumentos: Ligações telefônicas e e-mails.

V. Estabelecer um Cronograma das Atividades de Coleta de Dados.

- Propósito: Ter um melhor aproveitamento do tempo disponibilizado pelas Unidades de Análise, bem como de seus profissionais, para a coleta de dados (observação direta, entrevistas e análise documental);
- Fonte: Informações coletadas na etapa II;
- Instrumentos: Planilha em Excel.

VI. Acessar, mediante autorização (credencial), as Unidades de Análise.

- Propósito: Viabilizar a coleta de dados;
- Fonte: Recepção dos Hospitais;
- Instrumentos: Visitas in loco.

b. Procedimentos para Aplicação das Entrevistas (Coleta de Dados).

VII. Obter um local reservado, pré-agendado pela instituição, para realizar as entrevistas.

- Propósito: Fazer com que os entrevistados se sintam mais à vontade e menos constrangidos para responder aos questionamentos do estudo;

- Fonte: Recursos Humanos e/ou Diretoria e/ou Gerência dos Hospitais;
- Instrumentos: Cronograma das Atividades de Coleta de Dados.

VIII. Entrevistar os participantes:

- Propósito: Coletar dados para atender aos objetivos da pesquisa, bem como testar as suas proposições;
- Fonte: Entrevistados (Departamentos de Superintendência, Diretoria e/ou Gerência - administrativa e técnica -, Recursos Humanos, Contabilidade e/ou Controladoria e Qualidade);
- Instrumentos: Roteiro de entrevistas, TCLE e Gravador de Áudio.

c. Procedimentos para Observação Direta:

IX. Percorrer o ambiente interno das Unidades de Análise com o Gestor/Diretor Clínico (Área de Gestão/Direção Técnica).

- Propósito: Coletar dados referentes à Eficiência Técnica das Unidades de Análise para atender aos objetivos da pesquisa, bem como testar as suas proposições;
- Fonte: Ambiente interno organizacional dos Hospitais A, B e C;
- Instrumentos: Visitas in loco, plano de observação, caderneta de anotações e câmera fotográfica.

X. Percorrer o ambiente interno das Unidades de Análise com o Encarregado ou Colaborador do Departamento de Qualidade.

- Propósito: Coletar dados referentes à Qualidade dos Serviços Prestados para atender aos objetivos da pesquisa, bem como testar as suas proposições;
- Fonte: Ambiente interno organizacional dos Hospitais A, B e C;
- Instrumentos: Visitas in loco, plano de observação, caderneta de anotações e câmera fotográfica.

d. Procedimentos para Análise Documental:

XI. Solicitar documentos para análise documental.

- **Propósito:** Coletar documentos e analisar se estes dão suporte às informações colhidas nas entrevistas e na observação direta, para atender aos objetivos da pesquisa, bem como testar as suas proposições;
- **Fonte:** Documentos disponibilizados pelos departamentos de Superintendência, Diretoria e/ou Gerência - administrativa e técnica -, Contabilidade e/ou Controladoria e Qualidade;
- **Instrumentos:** Caderneta de anotações, e-mails e câmera fotográfica ou fotocopadora.

3. **Questões do estudo de caso:** as questões abaixo visam segregar a questão principal da pesquisa em grupos menores, porém relevantes, de questionamentos, e que devem ser respondidos pela análise dos documentos coletados.

a. Existe assimetria informacional nos processos orçamentários do Hospital?

- Está relacionado com: Objetivo Específico “a” e proposições “1, 2, 5 e 6”;
- Fonte: Entrevistas com a Superintendência, Gestão/Direção Administrativa, Gestão/Direção Técnica e Encarregado de Contabilidade/Controladoria;
- Instrumentos: Entrevistas, Observação Direta e Análise Documental.

b. Existe assimetria informacional na gestão das competências profissionais do Hospital?

- Está relacionado com: Objetivo Específico “a” e proposições “3, 4, 7 e 8”;
- Fonte: Entrevistas com a Superintendência, Gestão/Direção Administrativa, Gestão/Direção Técnica e Encarregado de Recursos Humanos;
- Instrumentos: Entrevistas, Observação Direta e Análise Documental.

c. As assimetrias informacionais (ou simetrias) identificadas, têm relação com a Eficiência Técnica?

- Está relacionado com: Objetivo Específico “b” e proposições “1, 3, 5 e 7”;
- Fonte: Entrevistas com a Superintendência, Gestão/Direção Administrativa, Contabilidade/Controladoria e Gestão/Direção Técnica;
- Instrumentos: Entrevistas, Observação Direta e Análise Documental.

d. As assimetrias informacionais (ou simetrias) identificadas, têm relação com a Qualidade dos Serviços Prestados?

- Está relacionado com: Objetivo Específico “b” e proposições “2, 4, 6 e 8”;
- Fonte: Entrevistas com a Superintendência, Gestão/Direção Administrativa, Gestão/Direção Técnica, Controladoria/Controladoria e Qualidade;
- Instrumentos: Entrevistas, Observação Direta e Análise Documental.

4. Guia para o relatório do estudo de caso:

Por se tratar de um Estudo de Casos Múltiplos, cabe destacar que os casos estudados foram submetidos à comparação. Stake (2005) salienta a importância da comparação dos resultados obtidos em estudos que abordam essa estratégia de pesquisa.

Os dados coletados foram submetidos a técnica de Análise de Conteúdo, tendo como base bibliográfica principal os estudos de Bardin (1977; 2000) e Franco (2008). Essa técnica busca estabelecer padrões nos dados coletados por meio de uma sequência de etapas, quais sejam: (i) pré-análise; (ii) exploração do material (ou codificação); e (iii) tratamento dos resultados, inferências e interpretações. Ainda neste segmento, admite-se que os dados colhidos podem ser de natureza verbal (linguagem oral ou escrita), gestual, silenciosa, documental, figurativa, ou ainda, diretamente provocada.

Após a coleta dos dados, estes foram organizados, selecionados e transcritos, conforme a sua relevância em atender aos objetivos da pesquisa (geral e específicos) e testar as proposições previamente estabelecidas. Em sequência os dados foram separados em Unidades de Registro e Unidades de Contexto, por temática, conforme as variáveis abordadas no estudo.

Após ainda, as Unidades analisadas foram segregadas em Categorias, observando a frequência e repetição dos dados que as compõem. Por fim, foram realizadas interpretações e inferências sobre os resultados obtidos nas análises.

3.3.4 Validade e Confiabilidade dos Dados

Yin (2005) trata da existência de testes que podem ser usados para determinar a qualidade em pesquisa social empírica, são eles: (i) validade de constructo; (ii) validade interna; (iii) validade externa; e a (iv) confiabilidade.

A validade de constructo consiste em estabelecer medidas operacionais corretas para os conceitos que estão sob estudo. Para realizar o teste de validade do constructo, o pesquisador deve cumprir duas etapas: (i) selecionar os tipos específicos de mudanças que devem ser estudadas; (ii) demonstrar que as medidas selecionadas dessas mudanças realmente refletem os tipos específicos de mudanças que foram selecionados.

A validade interna é direcionada para estudos explicativos, explanatórios ou causais, em que se busca estabelecer uma relação causal entre x e y . Yin (2005) apresenta duas situações para se avaliar a validade interna de um estudo de caso e que precisam ser observadas: (i) a primeira observação é se o pesquisador conclui, equivocadamente, que há uma relação entre x e y sem saber que um terceiro fator (z) pode estar causando y ; e (ii) o segundo ponto diz respeito ao fato de que quando um evento não pode ser diretamente observado, o pesquisador faz uma inferência de que um evento em particular foi o resultado de alguma ocorrência anterior, com base em evidências obtidas de entrevistas e documentários coletados como parte do estudo de caso.

Para a validade externa deve ser estabelecido o domínio ao qual as descobertas de um estudo podem ser generalizadas. Trata-se de algo complexo para os estudos de caso, visto que uma das críticas a essa modalidade de pesquisa é exatamente a dificuldade de generalizações. Contudo, Yin (2005) argumenta que por se tratar de uma generalização analítica, o pesquisador está tentando generalizar um conjunto particular de resultados a alguma teoria mais abrangente. O autor destaca que essa generalização não é automática, sendo necessário testar uma teoria por meio da replicação das descobertas em um segundo ou mesmo terceiro local, nos quais a teoria supõe que deveriam ocorrer os mesmos resultados, dando maior base para comparação.

Por fim, a confiabilidade visa demonstrar que as operações de um estudo podem ser repetidas, apresentando os mesmos resultados (ou parecidos). Tem por objetivo se certificar de que, se um pesquisador seguiu exatamente os mesmos procedimentos descritos por outro, que veio antes dele e conduziu o mesmo estudo de caso novamente, o último pesquisador deve chegar às mesmas descobertas e conclusões. Testar a confiabilidade serve para minimizar os erros e as visões tendenciosas de um estudo. Assim, a documentação dos procedimentos realizados é um fator importante (Yin, 2005).

3.4 COLETA DE DADOS

Como especificado na seção de estratégia de pesquisa, para a coleta de dados foram utilizadas três técnicas de coleta de dados, possibilitando a triangulação dos dados obtidos, sendo elas: observação direta, aplicação de entrevistas semiestruturadas e análise documental.

As entrevistas foram aplicadas presencialmente, conforme agendado previamente com os hospitais participantes do estudo. O critério para a seleção dos profissionais entrevistados foi a participação dos mesmos nas atividades de gestão dos hospitais, como gestão orçamentária, financeira, contábil e de procedimentos técnicos.

Assim, a estratégia foi entrevistar profissionais que ocupam cargos de gestão como: Superintendentes, Gestores/Diretores Administrativos, Contadores/*Controllers*, para informações relacionadas aos processos orçamentários e de repasses financeiros aos hospitais; e Gestores/ Diretos de Procedimentos Técnicos, para informações relacionadas à Eficiência Técnica e a Qualidade dos Serviços Prestados.

Como o questionário é amplo e trata sobre variados assuntos, as questões foram divididas em seis grupos/perfis: Contabilidade e Controladoria (Contab./Control), para tratar sobre as questões direcionadas para as práticas orçamentárias e financeiras; Recursos Humanos (Depto. RH.), para aprofundar as questões que abordam as Competências Profissionais; Gerência Técnica (Gerên.Técnica), para melhor esclarecer os assuntos que envolvem a Eficiência Técnica e Qualidade dos Serviços Prestados; Qualidade (Depto.Qualidade), para aprofundar os assuntos sobre a qualidade enquanto organização; Gerência Administrativa (Gerên.Administ.) e Superintendência/Diretoria (Super./Diretoria), para todos os assuntos de forma ampla.

Quanto ao conteúdo do roteiro de entrevista (Apêndice 4), o mesmo apresenta 4 seções. A primeira seção contém 26 questões abertas, divididas em 6 blocos, quais sejam: (1) Questões Gerais sobre o Processo Orçamentário; (2) Seleção Adversa no Processo Orçamentário; (3) Risco Moral no Processo Orçamentário e Eficiência Técnica; (4) Questões Gerais sobre Competências Profissionais; (5) Seleção Adversa nas Competências Profissionais; e (6) Risco Moral nas Competências Profissionais. Seu objetivo é capturar a percepção dos entrevistados sobre os diferentes níveis de informação que possam existir entre os órgãos públicos da Administração Direta que financiam as atividades do hospital e o hospital (público / privado sem fins lucrativos), bem como sobre a eficiência técnica do hospital.

A segunda seção contempla 17 questões abertas, segregadas em 4 Blocos, sendo eles: (1) Qualidade da Estrutura; (2) Qualidade dos Processos; (3) Qualidade dos Resultados; e (4) Qualidade do Acesso. Tem por objetivo capturar a percepção do entrevistado sobre os aspectos relacionados à qualidade dos serviços prestados pelo hospital.

A seção 3 detêm 8 questões abertas e está segregada em 2 Blocos: (1) Atuação da Governança Corporativa; e (2) Hierarquia e Responsabilização. A mesma objetiva capturar a percepção do respondente sobre a atuação do Conselho Diretivo do hospital, bem como sobre as políticas de divisões de tarefas e responsabilidades.

Por fim, a seção 4 contém 3 questões, duas fechadas e uma aberta, sem divisão por blocos. As questões desta seção objetivam captar algumas informações demográficas dos hospitais participantes. Assim, o roteiro completo contempla 54 questões, sendo 52 abertas e 2 fechadas, além de outras que possam surgir durante a entrevista para complemento.

O Apêndice 4 apresenta as questões direcionadas para cada perfil de respondentes. A Tabela 1 evidencia a lista de entrevistados para o Caso 1, um hospital filantrópico do interior do estado do Paraná, bem como a quantidade de questões realizadas por entrevistado:

Tabela 1: Lista de Respondentes (Caso 1)

Resp.	Função	Perfil do Questionário Aplicado	Tempo	AI no PO	AI na GCP	ET	QL	AGC	TOTAL
A	Coordenador de RH	Depto. RH	01:30	6	12	6	7	6	31
B	Consultor Financeiro	Contab./Control.	00:24	11	0	0	2	7	20
C	Contador	Contab./Control.	00:57	11	0	0	2	7	20
D	Superintendente	Super./Diretoria	00:42	14	12	6	17	8	51
E	Gerente Assistencial	Gerên.Técnica	00:32	9	12	6	17	6	44
F	Diretor Técnico	Gerên.Técnica	00:28	9	12	6	17	6	44
G	Coordenador de Custos	Gerên.Administ.	00:43	12	12	6	11	8	43
Total			05:16	72	60	30	73	48	253

Legenda:

Resp.: Respondente; Quest. Aplic.: Questionário Aplicado; AI: Assimetria Informacional; PO: Processo Orçamentário; GCP: Gestão das Competências Profissionais; RM: Risco Moral; ET: Eficiência Técnica; QL: Qualidade; AGC: Atuação da Governança Corporativa.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme exposto na Tabela 1, a única configuração de questões que não foi aplicada se volta para o departamento de qualidade, entretanto, o respondente G, que atualmente ocupa o cargo de Coordenador de Custos, foi por bastante tempo Coordenador de Qualidade, uma função que não existe no hospital atualmente. Deste modo, optou-se por aplicar o questionário direcionado para a Gerência Administrativa ao profissional G, visto que esse perfil de

questionário abrange um maior número de questões, além do fato de que o respondente se mostrou apto para respondê-lo.

A Tabela 2 apresenta a composição dos entrevistados para o Caso 2, um hospital público do estado de Santa Catarina. Diferente do Caso 1, foi possível aplicar todos os grupos de questionários direcionados para cada perfil no Caso2. Além disso, pode-se notar que houve um respondente a mais do que no Caso 1. Embora haja diferença na quantidade de respondentes, o número de questões para cada variável e os tempos totais das entrevistas para ambos os casos foram similares.

Tabela 2: Lista de Respondentes (Caso 2)

Resp.	Função	Quest. Aplic.	Tempo	AI no PO	AI na GCP	ET	QL	AGC	TOTAL
A	Gerente Administrativo	Gerên.Administ.	01:07	12	12	6	11	8	43
B	Diretor Administrativo	Super./Diretoria	00:48	14	12	6	17	8	51
C	Analista de Orçamento	Contab./Control.	00:28	11	0	0	2	7	20
D	Analista de Custos	Contab./Control.	00:22	11	0	0	2	7	20
E	Analista Financeiro	Contab./Control.	00:20	11	0	0	2	7	20
F	Coordenador de Contas Médicas	Gerên.Técnica	00:41	9	12	6	17	6	44
G	Coordenador de RH	Depto.RH	00:34	6	12	6	7	6	31
H	Coordenador de Qualidade	Dpto.Qualidade	00:34	8	6	4	16	5	39
Total			04:54	70	42	22	74	54	225

Legenda:

Resp.: Respondente; Quest. Aplic.: Questionário Aplicado; AI: Assimetria Informacional; PO: Processo Orçamentário; GCP: Gestão das Competências Profissionais; RM: Risco Moral; ET: Eficiência Técnica; QL: Qualidade; AGC: Atuação da Governança Corporativa.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Foram realizados três (3) pré-testes para a validade de face do roteiro da entrevista, com dois (2) gestores da área administrativa e um (1) gestor da área técnica, com dois hospitais da região do Rio Grande do Sul (RS), um público e um filantrópico, visando capturar um maior entendimento sobre os processos objetos de estudo da dissertação.

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Quanto à definição das unidades de análise do estudo, optou-se por adotar a técnica de Estudo de Casos Múltiplos, para possibilitar a comparação entre unidades de análise diferentes,

o que pode ser considerada uma estratégia eficaz de estudo com aumento considerável do poder conceitual e interpretativo dos dados (Stake, 2001).

Posteriormente, para a análise dos dados coletados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo. Segundo Bardin (1977), o conjunto de procedimentos sistemáticos que objetivam a descrição e codificação de mensagens, indicadores e informações registradas pelo pesquisador durante a etapa de coleta de dados, que permitam gerar conclusões e inferências sobre o fenômeno investigado, pode ser denominado como Análise de Conteúdo.

Para Franco (2008), as mensagens a serem captadas e registradas pelo pesquisador podem ser verbal (linguagem oral ou escrita), gestual, silenciosa, documental, figurativa, ou ainda, diretamente provocada. Além disso, essa técnica de análise de dados pressupõe algumas etapas para a sua realização, quais sejam: (i) pré-análise; (ii) exploração do material (ou codificação); e (iii) tratamento dos resultados, inferências e interpretações (Bardin, 2000).

A etapa de **pré-análise** consistiu na organização dos documentos que foram utilizados na análise dos dados: entrevistas, anotações, fotografias e documentos. Tais evidências são tidas como o *Corpus* da pesquisa, um conjunto de documentos e informações submetidos a procedimentos analíticos (Bardin 1977).

Em estudos qualitativos, que tenham como estratégia de pesquisa o Estudo de Caso, e como técnica de análise a Análise de Conteúdo, a constituição do objetivo da pesquisa e das proposições/hipóteses podem ocorrer antes, durante e/ou depois da coleta de dados, inclusive na etapa de pré-análise (Sampieri et al., 2013).

Na **exploração do material** foi aplicada uma visão mais aprofundada do *Corpus* da pesquisa. Inicialmente foi realizada uma leitura flutuante para identificar: as (i) Unidades de Registro (UR), que representam as menores partes do conteúdo, identificadas conforme critérios definidos pelo pesquisador; e as (ii) Unidades de Contexto (UC), ou Unidades de Significado, as quais integram o *Corpus* do estudo, que conforme descreve Franco (2008), podem ser consideradas como um pano de fundo que fornece suporte para as URs.

As URs neste estudo foram ligadas aos temas eixos, agregando todo o conteúdo textual que circunda um tema central. Entretanto, em outros estudos elas também podem estar ligadas: (i) a forma do conteúdo textual, como por exemplo: palavras, frases, parágrafos; (ii) ao sentido do conteúdo: voltadas para recortes textual; e (iii) a outras formas de interpretação textual, como: personagens, acontecimentos e documentos (Oliveira, 2008).

Quanto as Unidades de Contexto, as suas dimensões são maiores do que nas Unidades de Registro, sendo que uma UC é representada por um conjunto de URs. As UCs são

responsáveis por alocar as URs em seus respectivos contextos, sempre do maior conceito, para o menor conceito: do Texto, para o parágrafo; do parágrafo, para a frase; da frase, para a palavra; e assim por diante. De tal modo, as Unidades de Contexto atribuem um significado temático para as Unidades de Registro. (Oliveira, 2008). Neste estudo as unidades de contexto correspondem aos Casos 1 e 2.

Na etapa de **codificação**, foram identificados no *Corpus* da pesquisa as partes do conteúdo relacionadas com as UCs e URs. Após, com o auxílio do *software* Microsoft Office Excel 2019, foram demarcadas as partes identificadas no *Corpus* e atribuídos os códigos para cada uma delas, conforme as suas respectivas UCs e URs.

Por conseguinte, na etapa de **categorização**, foi realizada uma organização intencional dos elementos participantes de um conjunto de registros (URs) segundo critérios teóricos, em observância às variáveis e às proposições abordadas no estudo. As categorias são representadas por rubricas, ou classes, que reúnem diversos elementos sob um título genérico.

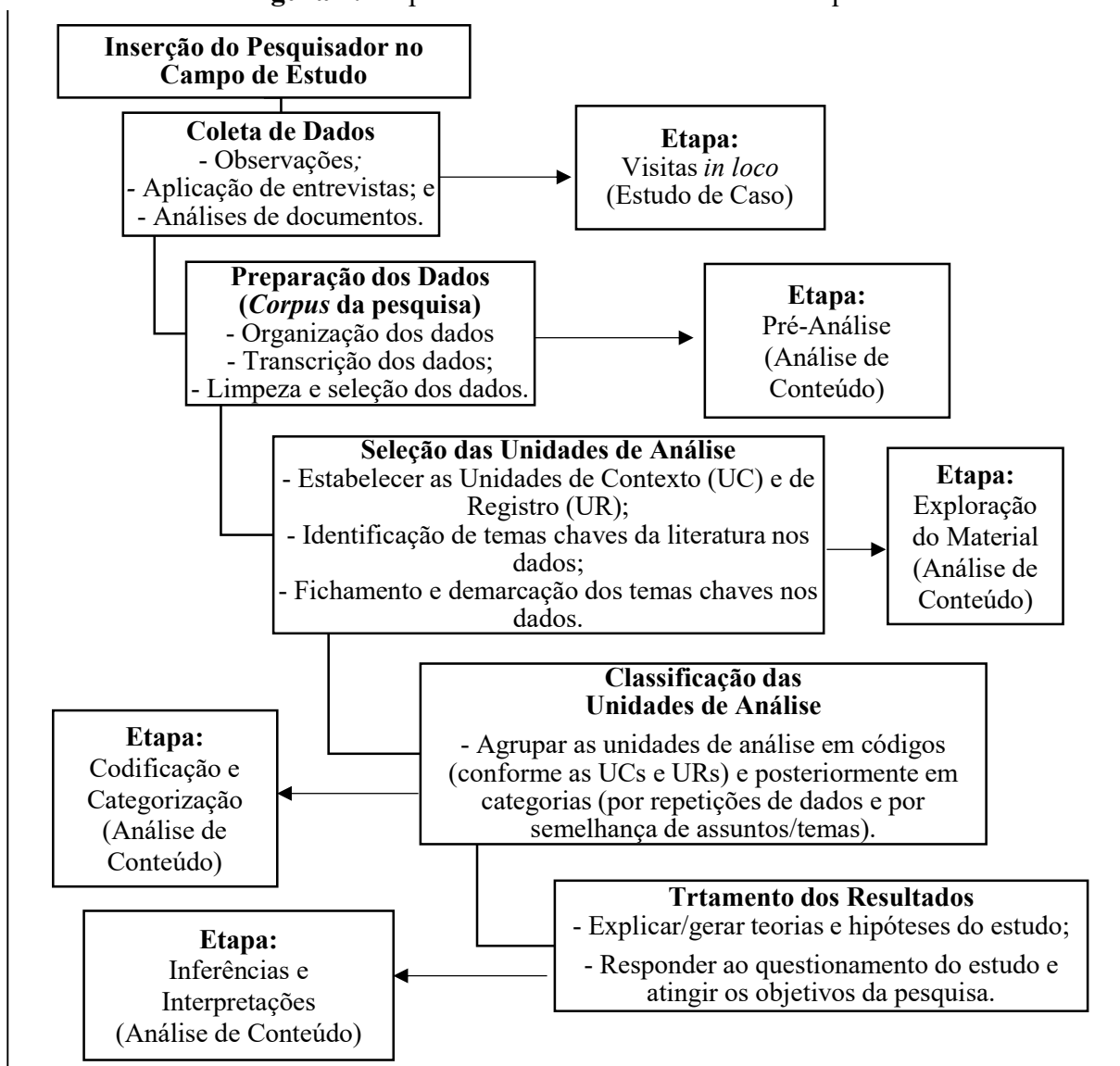
Pode-se inferir que a categorização implica em uma estratégia de diferenciação dos elementos (URs) de uma UC e em um posterior reagrupamento destes elementos em suas respectivas categorias teóricas (Oliveira, 2008; Mendes & Miskulin, 2017).

Na etapa de **tratamento e análise dos resultados**, buscou-se colocar em evidência os dados coletados e organizados em informações, em grau de relevância, com relação ao tema da pesquisa, seus objetivos e proposições estabelecidas, para que assim, pudessem ser realizadas as inferências, conforme exposto por Mendes e Miskulin (2017).

As inferências extraídas das análises dos resultados do estudo, são raciocínios lógicos que buscam extrapolar os resultados obtidos do caso de estudo para situações gerais. Nas inferências se admite uma proposição como sendo verdadeira ou falsa, fruto de sua vinculação com outras proposições que tenham sido anteriormente testadas pela ciência (Oliveira, 2008).

Para facilitar a interpretação da combinação entre a estratégia de pesquisa, as técnicas de coleta de dados e de análise dos dados abordados neste estudo, as informações foram compiladas no esquema abaixo:

Figura 4: Etapas da Análise de Conteúdo da Pesquisa.



Fonte: Adaptado de Sampieri, Collado e Lucio (2013).

Como é possível notar na figura 4, a Análise de Conteúdo representa uma sequência lógica e sistematizada de etapas metodológicas, o que possibilita o rigor metodológico e a replicabilidade dos resultados de uma pesquisa.

3.6 CONSTRUCTOS E VARIÁVEIS DA PESQUISA

3.6.1 Variáveis Latentes (Constructos)

Variáveis latentes correspondem à conceitos abstratos, muito comuns em pesquisas sociais (Cooper & Schindler, 2014). Conforme as discussões teóricas apresentadas, o Quadro 3

evidencia os constructos explorados na pesquisa, quais sejam a Assimetria Informacional presente no Processo Orçamentário e na Gestão das Competências Profissionais, a Eficiência Técnica, a Qualidade e a Atuação da Governança Corporativa, bem como os estudos base que subsidiaram as variáveis adaptadas no instrumento de coleta de dados:

Quadro 3: Variáveis Latentes / Construtos do Estudo

Const. de 2ª Ordem	Const. de 1ª Ordem	Temas Chaves de Cada Categoria	Técnicas para Coleta de Dados	Estudos Base
AI no PO	SA no PO (Ex Ante)	- Diferentes níveis de informação sobre o processo orçamentário; - Repasses orçamentários incoerentes com as reais necessidades do hospital; - Falhas de comunicação no planejamento e na elaboração do processo orçamentário.	Pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas e observação direta.	(Almeida & Costa, 2018; Brown et al., 2009; Fisher et al., 2002; Lavarda & Almeida, 2013; Yan et al., 2010, 2014)
	RM no PO (Ex Post)	- Ação oculta na execução do processo orçamentário; - Má utilização intencional dos recursos orçamentários.		
AI na GCP	SA na GCP (Ex Ante)	- Formulação incoerente de contratos profissionais; - Qualificação profissional incompatível com a função exercida; - Falha no planejamento de processos seletivos		(Battel-Kirk et al., 2009; Le Deist & Winterton, 2005; Yan et al., 2010, 2014)
	RM na GCP (Ex Post)	- Atitudes profissionais oportunistas; - Falha moral/intencional na execução da função exercida.		
ET	ET	- Relação entre a estabilidade no consumo de recursos (<i>Inputs</i>) e a maximização na oferta de produtos (<i>Outputs</i>); - Relação entre a redução no consumo de recursos (<i>Inputs</i>) e a estabilidade ou maximização na oferta de produtos (<i>Outputs</i>); - Utilização adequada e sem desperdícios dos Recursos de Natureza Humana, De Capital e Financeira.	Pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas e observação direta.	(Souza, Avelar, Tormin & Gervásio, 2015; Souza et al., 2016; Trivelato, Soares, Rocha & Faria, 2015; Politelo et al., 2014; Silva et al., 2016; Missunaga, 2020; Clement et al., 2008; Hu et al., 2012; Politelo et al., 2014; Silva et al., 2016; Souza, Scatena & Kehrig, 2017)

QL	QL/ES	- Adequação de instalações e equipamentos; - Adequação da estrutura organizacional	Pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas e observação direta.	(Donabedian, 2005; Ferreira & Marques, 2019; Ferreira et al., 2020; Peters et al., 2008)
	QL/PR	- Adequação dos atendimentos; - Adequação das competências profissionais		
	QL/RS	- Satisfação de pacientes; - Adequação dos diagnósticos; - Baixa mortalidade		
	QL/AC	- Condições adequadas para o acesso aos serviços de saúde		
AGC	ACD	- Atuação da governança sobre os processos financeiros, orçamentários, de avaliação das competências profissionais.	Pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas e observação direta.	(De Regge & Eeckloo, 2020; Eeckloo et al., 2004; Marques, 2007; Nishio, 2017; O'Donnell, 2000; Tofan et al., 2012, 2013)
	H/R	- Políticas e práticas sobre a organização de tarefas e distribuição de responsabilidades das organizações hospitalares.		
Legenda: AI: Assimetria de Informação; PO: Processo Orçamentário; GCP: Gestão das Competências Profissionais; SA: Seleção Adversa; RM: Risco Moral; ET: Eficiência Técnica; QL: Qualidade; ES: Estrutura; PR: Processo; RS: Resultado; AC: Acesso; AGC: Atuação da Governança Corporativa; ADC: Atuação do Conselho Diretivo; H/R: Hierarquia e Responsabilização.				

Fonte: Elaborado pelo autor.

Todas as variáveis abordadas na pesquisa, não somente aquelas voltadas para as AIs, foram analisadas mediante as unidades de registro (URs) identificadas nas entrevistas transcritas, com auxílio das técnicas de observação *in loco* e análise documental.

As unidades de registro (URs) abordadas na análise e discussão dos resultados correspondem às temáticas centrais ou temáticas eixo, que se relacionam com os constructos da Tabela 3. Foram destacados no *Corpus* da pesquisa (transcrição das entrevistas) toda e qualquer parte textual que circunda a temática eixo. O Apêndice 1 complementa o Quadro 3.

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá (UEM), por meio de protocolo na Plataforma Brasil (PB) no dia 14/09/2021, tendo sido aprovado conforme Certificado de

Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número 45012621.0.0000.0104 em sua quinta versão, no dia 23/02/2022.

Ainda antes da emissão na PB foram encaminhados aos hospitais, objeto de estudo da pesquisa, solicitação para coleta de dados por escrito, tendo sucesso na obtenção das aprovações. Previamente ao início das entrevistas, foi entregue para cada um dos respondentes uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Apêndice 3.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Conforme apresentado anteriormente, a Assimetria Informacional consiste em um problema de agência no qual há diferentes níveis de informação entre duas partes, o principal e o agente, em que o principal delega tarefas de seu interesse para o agente.

Nesta pesquisa a figura do principal foi atribuída ao Estado enquanto nação, por meio dos seus órgãos da Administração Direta, em específico àqueles que financiam as atividades públicas, enquanto a característica de agente foi direcionada para os hospitais que executam serviços mediante o repasse de tais recursos.

Ao menos no Brasil, é de amplo conhecimento da sociedade que a saúde é um de seus direitos básicos constitucionais e que sua oferta primária deve advir do Estado. Assim, para a prestação dos serviços de saúde o Estado apresenta diversos órgãos, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), os Hospitais, entre outros, que podem ser tratados como Unidades Orçamentárias (UOs).

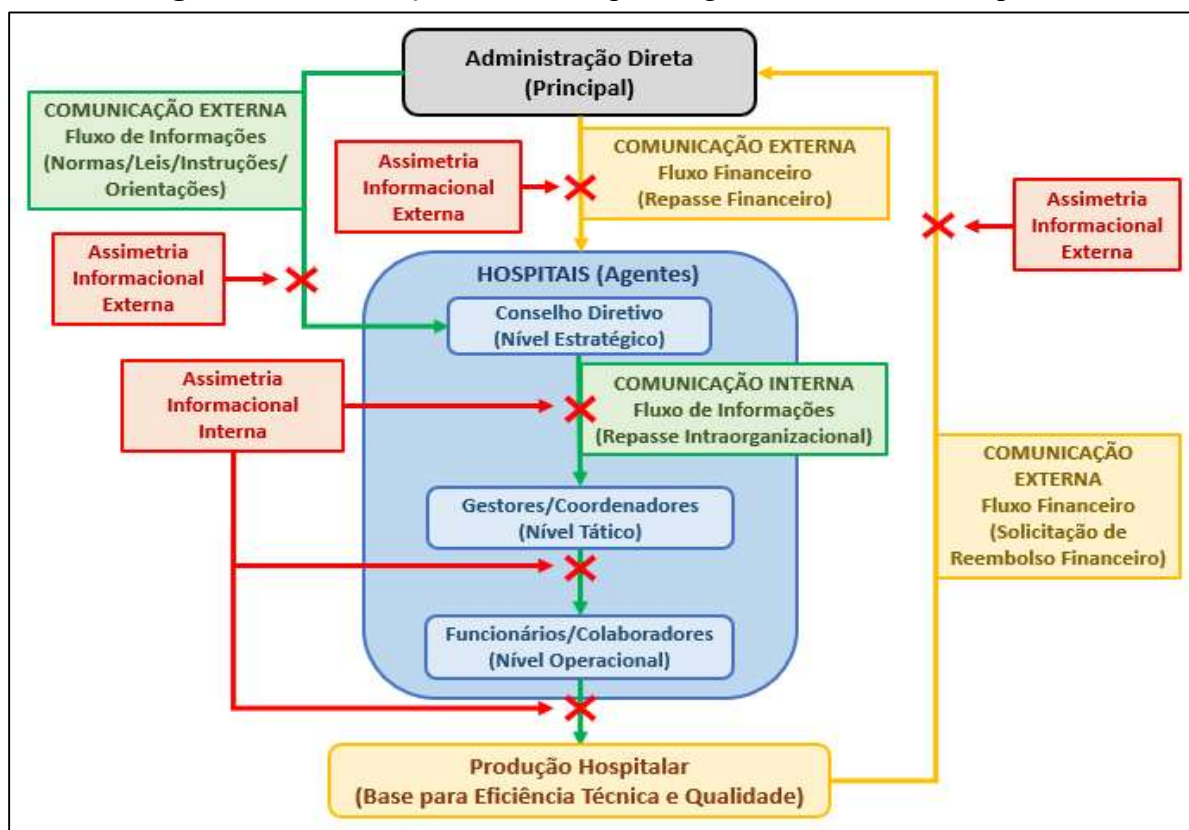
Visto que os objetos de análise deste estudo consistiram em um Hospital Filantrópico, participante da Administração Pública Indireta, e um Hospital Público, integrante da Administração Pública Direta, e que o objetivo da pesquisa se relaciona com o fluxo de informações no contexto organizacional destas instituições (portanto, um contexto mais amplo), neste primeiro momento da apresentação e discussão dos resultados, por meio da Figura 5, buscou-se mapear a ocorrência desse fluxo entre Principal (Estado) e Agentes (Hospitais) de modo geral e abrangente, considerando os dados obtidos em ambos os casos de estudo.

Conforme a figura 5, pode-se notar que o Fluxo de Informações está representado por setas verdes. Esse fluxo corresponde ao processo de comunicação que se desenvolve entre a Administração Direta e os Hospitais, voltado para os mecanismos de gestão abordados neste estudo, quais sejam o Processo Orçamentário (PO) e a Gestão das Competências Profissionais (GCP). Esse fluxo informativo pode ocorrer mediante comunicação verbal e/ou escrita, tendo por base normativos, comunicados oficiais, pareceres, reuniões, entre outros.

Dada a adoção do contexto organizacional na pesquisa, considerado um aspecto mais amplo, esse fluxo foi acompanhado desde o contato externo (entre principal e agente), até os níveis intraorganizacionais (entre gestores e subordinados). Essa abordagem se dá pelo entendimento de que uma informação efetiva deve alcançar os diversos níveis organizacionais,

desde o planejamento das atividades, até os níveis de execução, avaliação, controle e reutilização de informações, corroborando com os argumentos de Lavarda e Almeida (2013).

Figura 5: Comunicação entre Principal e Agente no Contexto Hospitalar



Fonte: Elaborado pelo autor.

Os estudos de Ben-Ner e Ren (2015), Martins, et al. (2016), Przeworski (1996) e Shapiro (2005), estão dentre aqueles que defendem o uso da teoria da agência em contextos mais amplos, como o social e o político, sendo que em especial para os objetivos deste estudo, Boadway et al. (2004), Eisenhardt (1989) e Mitnick (2013, 2015) defendem seu uso no contexto organizacional, atribuindo maior complexidade para a teoria.

A Figura 5 também evidencia o Fluxo de Repasses Financeiros, por meio de setas amarelas. Cabe salientar que a relação de agência entre principal e agente neste estudo, embora se aplique a um contexto mais amplo quanto às análises das AIs, respeita as premissas mais fortes da Teoria da Agência, difundidas por Jensen e Meckling (1976) e Fama (1980), assumindo que a relação existe principalmente pelo fato de que o principal financia as atividades do agente mediante o repasse de recursos financeiros, enquanto o agente executa as atividades de interesse do principal, uma visão mais tradicional.

Na prática hospitalar esse repasse de recursos financeiros governamentais ocorre mediante um processo comunicativo com base no compartilhamento de informações, em que os hospitais reportam para os órgãos da Administração Direta os quantitativos e detalhes dos atendimentos direcionados aos pacientes do SUS (uma medida amplamente conhecida como Produção Hospitalar), ocorridos em determinado período, para que haja o posterior reembolso financeiro proveniente das verbas do SUS.

Os trechos extraídos das entrevistas que tratam sobre os atendimentos realizados pelos hospitais aos pacientes, suportados pelas análises documental e por observação direta, foram os principais fatores para a avaliação e as inferências do estudo com relação a Eficiência Técnica (ET) e a Qualidade dos Serviços Prestados (QL) nos hospitais.

Por fim, a Figura 5 apresentou as possibilidades de ocorrência da Assimetria Informacional (AI) no processo de comunicação para os variados níveis organizacionais, representadas pelas setas vermelhas. As falhas no processo comunicativo, desde a origem da informação, até o seu destino, podem ocorrer (i) em níveis Externos, entre Principal e Agente, (ii) em níveis Internos ou intraorganizacionais, (iii) Ex Ante ao estabelecimento dos contratos e (iv) Ex Poste ao estabelecimento dos contratos, ou seja, após os contratos terem sido estabelecidos, sendo que os contratos nesta pesquisa foram representados na forma do Orçamento Organizacional (para o Planejamento Orçamentário) e dos Contratos de Trabalho/Processos Seletivos (para a Gestão das Competências Profissionais).

Conforme os achados do estudo, a AI Externa pode ocorrer por falhas provocadas tanto por parte do principal, quanto dos agentes, enquanto a AI Interna foi associada e identificada apenas por parte dos agentes. Quanto às assimetrias Ex Ante e Ex Poste ao estabelecimento dos contratos, estas puderam ser associadas e identificadas nas ações e comportamentos de ambos os atores, ora provocadas pelo Estado, ora pelos hospitais.

O hospital do Caso 1 se configura como um hospital filantrópico, não integrante diretamente da estrutura organizacional do Estado, a sua relação de agência se volta para a Regulação, enquanto no Caso 2 o hospital público é vinculado diretamente à estrutura organizacional da Administração Direta, de tal modo sua relação de agência se volta para a Supervisão.

Tendo por base as diferenças supramencionadas, o estudo de casos múltiplos possibilitou uma maior riqueza nos resultados encontrados, pois permitiu comparações analíticas e trouxe à tona reflexões, resultando em inferências e conclusões para ambos os casos.

Na sequência, para cada estudo de caso foram apresentados os achados referentes às Assimetrias Informacionais, bem como as diferentes maneiras que estas podem estar associadas com as medidas de desempenho ET e QL.

4.2 HOSPITAL FILANTRÓPICO (CASO 1)

4.2.1 Apresentação da organização

Para o estudo do primeiro caso foi investigado um hospital com personalidade jurídica de direito privado, de caráter beneficente e filantrópico, sem fins lucrativos, localizado no interior do Paraná. Como não foi permitida sua identificação, o mesmo foi denominado neste estudo de: hospital 1; hospital filantrópico; hospital do caso 1; e/ou, caso 1.

Em grau decrescente, atualmente a hierarquia organizacional deste hospital conta com: uma Assembleia Geral, composta por membros dos variados conselhos; uma Diretoria Geral, composta por três membros, um Diretor Presidente, um Diretor Clínico e um Diretor Técnico; um Conselho Administrativo; um Conselho Fiscal; e um Conselho da Comunidade; e abaixo destes está a Superintendência e as Gerências.

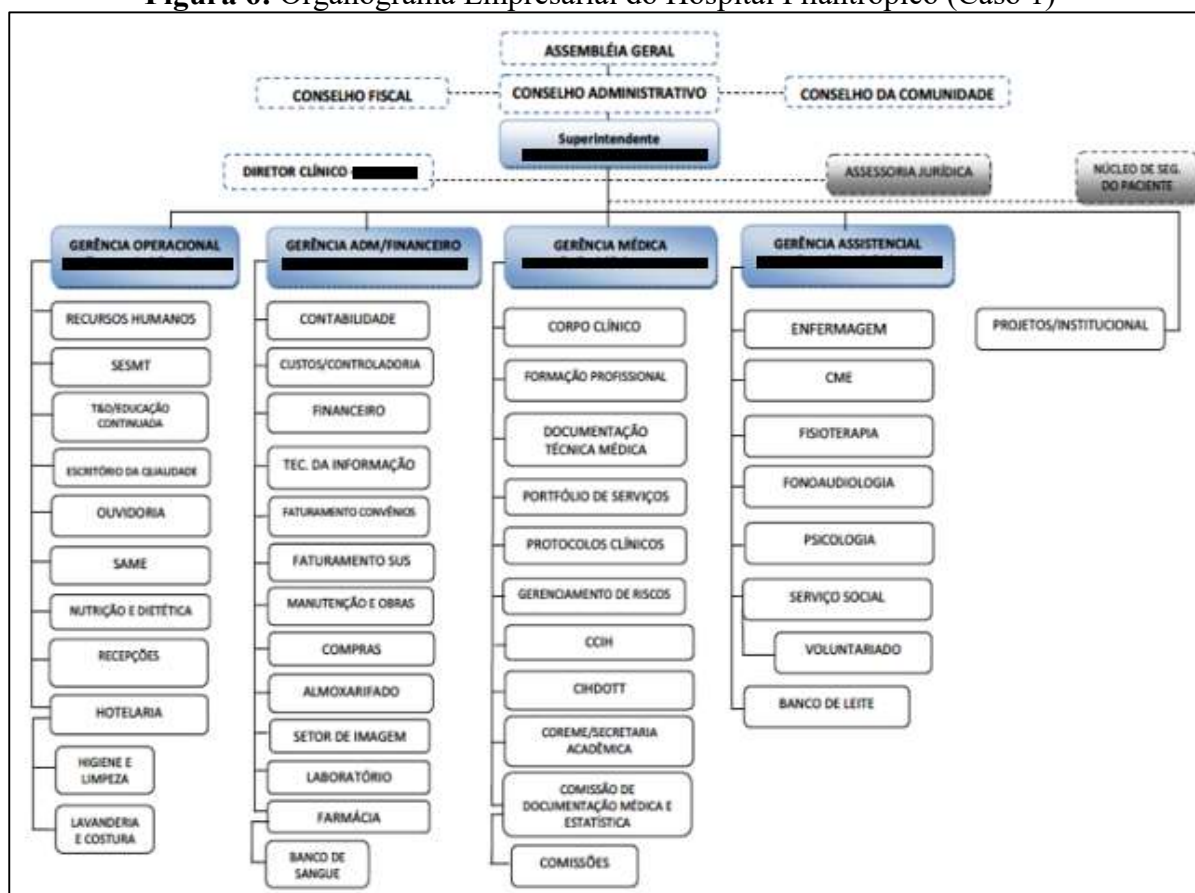
Atualmente o hospital oferece serviços médicos em variadas especialidades como pediatria, ortopedia, maternidade, UTI adulto, UTI pediátrica e UTI neonatal. Possui disponibilidade para internações cirúrgicas, clínicas, exames laboratoriais, bem como apoio diagnóstico por imagem e farmácia interna.

A organização é considerada de grande porte, sendo que sua capacidade de atendimento está acima de 150 leitos. Seu principal objetivo é fornecer serviços com excelência, conforto e segurança a seus pacientes, por meio de profissionais qualificados, respeitando a diversidade e atuando com responsabilidade social.

O hospital é financiado com recursos mistos, sendo 90% mediante repasses de recursos provenientes do SUS e os 10% restantes por meio de repasses de convênios com planos de saúde particulares. A arrecadação média mensal do hospital proveniente do SUS gira em torno três milhões e quinhentos mil reais.

A Figura 6 apresenta de forma mais detalhada o organograma do hospital.

Figura 6: Organograma Empresarial do Hospital Filantrópico (Caso 1)



Fonte: Elaborado pelo autor.

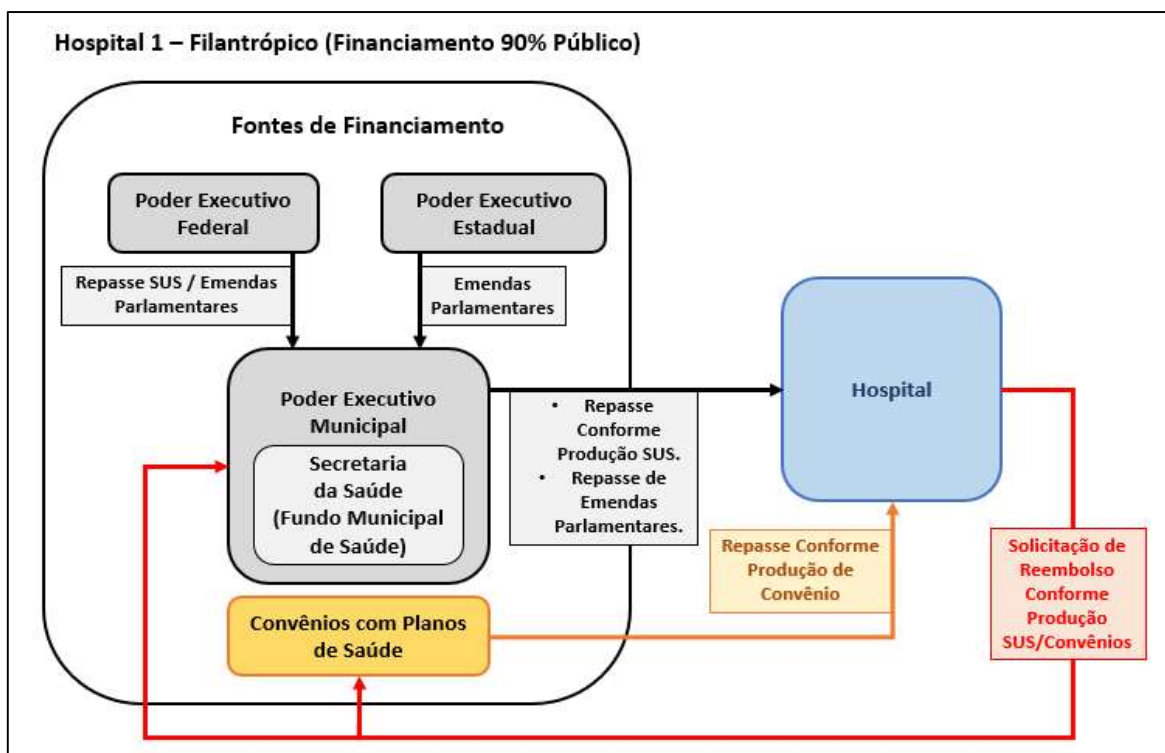
Para elucidar a relação de agência entre os Órgãos da Administração Direta, na figura do Estado propriamente dito (Principal), com o hospital do Caso 1 (Agente), foi elaborado um fluxo evidenciando como ocorrem os repasses financeiros, apresentado na figura 7.

Pode-se perceber pela Figura 7 que os Poderes Executivos das esferas de governo Federal e Estadual, por meio dos Fundos Nacional de Saúde (FNS) e Estadual de Saúde (FES), realizam repasses financeiros ao Fundo Municipal de Saúde (FMS). Tais recursos podem ser tanto provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto de Emendas Parlamentares. Além disso, podem ser formalizados de variadas formas, como por exemplo, Repasses Fundo a Fundo, Termos de Convênios, Contratos de Repasses e Termos de Execução Descentralizada.

Em específico para os casos de repasses de recursos do SUS, estes ocorrem na modalidade Fundo a Fundo conforme a produção hospitalar. Ao final de determinado período o hospital: (i) realiza um levantamento dos volumes de produção referentes aos atendimentos direcionados para os pacientes do SUS (conforme as especificações de cada atendimento); (ii) envia o pedido de reembolso para o Ministério da Saúde mediante emissão de fatura dos atendimentos realizados; (iii) aguarda o repasse de recursos na modalidade Fundo a Fundo para

o FMS; e ainda após esse procedimento, (iv) aguarda o envio das verbas por parte do Poder Executivo Municipal para o hospital.

Figura 7: Fluxo de Financiamento do Hospital Filantrópico (Caso 1)



Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota-se que o processo completo do repasse financeiro é moroso. Nas entrevistas foi citado que esse trâmite demora aproximadamente três meses ou mais, para ser completo, complicando a gestão orçamentária do hospital.

Quanto aos repasses provenientes de Emendas Parlamentares ficou evidente que há muita influência política envolvida, mas isto não foi mencionado como um fator ruim ou prejudicial para o hospital. Em específico no Caso 1, a busca de repasses complementares mediante Emendas Parlamentares se trata de um subterfúgio recorrente, visto que a defasagem da tabela de repasses do SUS, somada à demora da transferência de recursos, provoca frequentes complicações aos planejamentos financeiros e orçamentários do hospital.

No próximo subtópico serão aprofundados os problemas de agência envolvidos no ambiente organizacional do Caso 1.

4.2.2 Introdução à Assimetria Informacional

Como a pesquisa adotou como técnica a Análise de Conteúdo com ênfase na Temática Eixo (ou Temática Central) para realizar a análise dos dados coletados, optou-se pelo uso de tabelas auxiliares no processo de discussão dos resultados, evidenciando os dados codificados conforme as categorias da literatura, extraídos principalmente das entrevistas, e também em observância às informações obtidas pelas técnicas de observação *in loco* e análises documentais. Nas discussões que seguem sempre será dada ênfase para as análises do pesquisador, fruto da pesquisa de campo.

Tabela 3: Frequência das URs com a Temática Eixo AI (Caso 1)

Caso: Hospital Filantrópico									
Tipo de Codificação da Análise de Conteúdo: Temática Eixo/Temática Central									
Total de Unidades de Registro para a temática eixo Assimetria Informacional (AI): 263									
URs com a temática eixo AI extraídas das entrevistas								FR % total do Constr. de 2ª Ordem na UR	
Registros que Afirmaram a Existência de AI								SA	RM
UR	Qtde	Construto de 1ª Ordem	Qtde	FR %	Construto de 2ª Ordem	Qtde	FR %		
AI	201	No PO	119	59,2%	Seleção Adversa	96	47,8%	63,7%	36,3%
					Risco Moral	23	11,4%		
		Na GCP	82	40,8%	Seleção Adversa	32	15,9%		
					Risco Moral	50	24,9%		
Registros que Negaram a Existência de AI								SA	RM
UR	Qtde	Construto de 1ª Ordem	Qtde	FR %	Construto de 2ª Ordem	Qtde	FR %		
Não AI	62	No PO	31	50%	Seleção Adversa	8	12,9%	38,7%	61,3%
					Risco Moral	23	37,1%		
		Na GCP	31	50%	Seleção Adversa	16	25,8%		
					Risco Moral	15	24,2%		
Saldo dos Registros que tratam sobre AI								SA	RM
UR	Qtde	Construto de 1ª Ordem	Qtde	FR %	Construto de 2ª Ordem	Qtde	FR %		
Saldo para AI	139	No PO	88	63,3%	Seleção Adversa	88	63,3%	74,8%	25,2%
					Risco Moral	0	0,0%		
		Na GCP	51	36,7%	Seleção Adversa	16	11,5%		
					Risco Moral	35	25,2%		

Legenda:

UR: Unidade de Registro; AI: Assimetria de Informação; PO: Processo Orçamentário; GCP: Gestão das Competências Profissionais; SA: Seleção Adversa; RM: Risco Moral; FR: Frequência Relativa; Qtde: Quantidade.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tendo esclarecido estes pontos, a Tabela 3 evidencia a frequência com que as Unidades de Registro (URs) relacionadas às Assimetrias Informacionais no Processo Orçamentário (AIs no PO) e na Gestão das Competências Profissionais (AIs na GCP) foram identificadas nas transcrições das entrevistas, ou seja, quantas vezes a temática eixo para essas variáveis foi mencionada. As URs foram separadas como sendo afirmativas/positivas, indicando a presença dos problemas de agência, ou negativas, revelando a sua ausência.

Conforme evidenciado, a Tabela 3 apresenta um saldo positivo (diferença entre as URs afirmativas e negativas) para a existência de assimetria informacional no ambiente hospitalar do Caso 1, tanto no Processo Orçamentário (PO) do hospital, quanto nos processos de Gestão das Competências Profissionais (GCP).

As URs que indicam a presença de assimetria no PO, entre principal e agente, puderam ser ratificadas principalmente mediante a técnica de análise documental, visto que se mostrou muito complexo captar esse fenômeno pela técnica de observação.

Além disso, na Tabela 3 foram verificadas com mais frequência as URs que indicam a presença de Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário, do que Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais. Esse resultado se mostrou incoerente com as análises documentais e por observação, que indicaram maior fragilidade na comunicação da GCP entre Principal e Agente. Embora mencionada menos vezes nas entrevistas, foi constatada a ausência quase que plena do Estado nos procedimentos de GCP do hospital.

Destarte aos resultados já mencionados, faz-se imprescindível analisar os problemas de agência Seleção Adversa (SA) e Risco Moral (RM) para ambas assimetrias, tanto no PO, quanto na GCP, bem como a composição de cada uma das AIs quanto ao ambiente e ao momento de sua ocorrência. Na sequência haverá um tópico específico para cada um destes pontos.

4.2.3 Assimetria de Informação no Processo Orçamentário

Como foi mencionado no tópico anterior, a Análise de Conteúdo das entrevistas evidenciou a presença de Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário para o Estudo de Caso 1. Esse resultado, de que há um distanciamento entre os órgãos públicos que financiam as atividades do hospital e o hospital filantrópico, foi ratificado por meio da técnica de triangulação dos dados.

Para fins de subsidiar os achados supramencionados, a Tabela 4 apresenta a composição das assimetrias no processo orçamentário quanto ao ambiente de ocorrência, se Externa ou Interna, e quanto ao momento de ocorrência, se Ex Ante ou Ex Poste ao estabelecimento dos contratos para o Estudo de Caso 1.

Conforme exposto na Tabela 4, a Análise de Conteúdo por Temática Eixo resultou em um saldo positivo de 88 URs que indicam a presença de Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário. Visto que este estudo se trata essencialmente de uma pesquisa qualitativa, na sequência serão discutidos todos os valores evidenciados na tabela, não apenas o saldo.

Para as respostas afirmativas quanto à AI Externa, entre Principal e Agente, Ex Ante ao estabelecimento dos contratos, foi identificado no Caso 1 principalmente a falta de acompanhamento dos órgãos públicos nos processos de elaboração e planejamento do orçamento do hospital. Mediante essa falta de proximidade com o Principal, ficou evidente que as peças orçamentárias desenvolvidas no âmbito dos órgãos públicos guardam pouco ou nenhum relacionamento com o desenvolvimento do orçamento interno da organização hospitalar filantrópica, de tal modo, acabam por se tornar linguagens diferentes.

Tabela 4: Assimetria Informacional no Processo Orçamentário: Momento e Ambiente de Ocorrência (Caso 1)

Caso 1: Hospital Filantrópico							
URs		Momento da AI	Qtd	FR %	Ambiente da AI	Qtd	FR %
AI no PO (150 URs)	Sim	Ex Ante	81	68,1%	Externa	58	48,7%
					Interna	23	19,3%
	119	Ex Poste	38	31,9%	Externa	7	5,9%
					Interna	31	26,1%
	Não	Ex Ante	6	19,4%	Externa	1	3,2%
					Interna	5	16,1%
	31	Ex Poste	25	80,6%	Externa	12	38,7%
					Interna	13	41,9%
	Saldo	Ex Ante	75	85,2%	Externa	57	64,8%
					Interna	18	20,5%
	88	Ex Poste	13	14,8%	Externa	-5	-5,7%
					Interna	18	20,5%

Legenda:

UR: Unidade de Registro; AI: Assimetria de Informação; PO: Processo Orçamentário; FR: Frequência Relativa; Qtde: Quantidade.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Vale destacar que existem em âmbito nacional normativos que visam instruir ou direcionar o planejamento orçamentário, emitidos por órgãos dos sistemas financeiro e orçamentário nacional, que contribuem para a redução de assimetrias. Entretanto, no Caso 1 foi constatada a ausência de normativos e instruções mais específicos para a realidade do hospital, principalmente por iniciativa dos órgãos municipais de saúde, ambiente de atuação do hospital.

Conforme foi exposto por Williamsom (1998), normativos são considerados subsídios importantes na redução de assimetrias informacionais. Porém, conforme os achados de Chapman e Kihn (2009) e Kihn (2011), se os normativos não forem colocados em prática ou na ausência de mecanismos de controle atuantes, que visem atestar o uso adequado das normas, estas não surtiram efeitos significativos.

Em contraponto aos achados anteriores, foram identificados esforços por parte do Agente para estabelecer uma comunicação mais efetiva com os órgãos públicos, entretanto, tais esforço têm focado apenas no repasse de recursos financeiros e não no planejamento de sua aplicação (as despesas públicas), principalmente pela situação financeira deficitária do hospital.

Foi mencionado no decorrer das entrevistas que após muita insistência por parte do hospital e algumas reuniões com os órgãos públicos, recentemente o Estado, por meio do Ministério da Saúde e da Secretaria do Estado, resolveu se aproximar do planejamento e elaboração do orçamento hospitalar. Ressalta-se que até o final da coleta de dados, isso ainda não havia ocorrido. Segue o que dois entrevistados responderam quando questionados sobre a participação do Estado no processo orçamentário do hospital:

Entrevistado D:

Os órgãos públicos não participam desse processo de elaboração do orçamento do hospital [...] em virtude dos últimos acontecimentos em que nós demos ciência a população dos recursos e de como isso é repassado [...] pela primeira vez na vida o município vai fazer parte dessa construção de custos e despesas, com a mediação do estado (2022).

Entrevistado B:

Participação nenhuma! Na verdade, agora recentemente até por conta da situação do hospital, do risco de fechamento de algumas alas [...] iniciou-se uma conversa com o Estado [...] é sabido que o que é feito de repasse não é suficiente para cobrir os serviços a serem executados (2022).

Não se pretende inferir neste estudo que a responsabilidade sobre a confecção do orçamento hospitalar deve recair sobre os entes estatais, isso não faria sentido, visto que são

organizações pertencentes a estruturas diferentes. Entretanto, os resultados indicam que uma maior participação dos órgãos públicos no processo de planejamento poderia trazer menos prejuízos para a execução orçamentária do hospital, mediante uma previsão mais assertiva e condizente com a realidade, e por consequência, uma redução na assimetria informacional quanto aos interesses do principal.

Os resultados apontados por Hansen e Van der Stede (2004) e Shastri e Stout (2008) guardam congruência com tais inferências, visto que estes identificaram que os problemas de agência afetam negativamente as funções de planejamento e controle orçamentários relacionados com a alocação de recursos, resultando em desperdícios e folgas orçamentárias.

Pelo próprio princípio da programação orçamentária adotado no Brasil, que prega uma forte vinculação entre receitas e despesas públicas, era esperado constatar no campo de estudo um maior nível de proximidade entre o orçamento estimado pelo governo, com a realização dos gastos públicos em hospitais filantrópicos, mesmo que sejam organizações distintas no enquadramento governamental.

Quanto à AI Externa e Ex Poste, ou seja, entre Principal e Agente após a aprovação orçamentária, momento em que o orçamento se encontra em execução, foi citada com maior intensidade nas entrevistas: a incompatibilidade no repasse de recursos por parte dos órgãos públicos, frente aos custos dos procedimentos hospitalares, principalmente com relação a defasagem da tabela do SUS.

O fato do agente do Caso 1 ser financiado majoritariamente pelo SUS (especificamente 90% dos seus recursos), culmina em um cenário prejudicial para ele. Conforme a vivência e a experiência dos colaboradores do hospital, este fato poderia facilmente ser extrapolado para outros hospitais filantrópicos do Brasil, visto que a situação de *déficit* orçamentário e a defasagem da tabela SUS é uma realidade da grande maioria dos hospitais filantrópicos do Brasil.

Atualmente, o hospital se encontra com *déficit* financeiro de aproximadamente 30 milhões, proveniente principalmente da defasagem da tabela SUS, que não é capaz de cobrir os custos dos procedimentos clínicos realizados pela instituição. Tal situação indica um desalinhamento entre as necessidades orçamentárias e financeiras do hospital, com o planejamento financeiro e orçamentário das organizações públicas, em específico quanto aos atendimentos efetuados no âmbito da saúde pública (atendimentos SUS).

Seguem os relatos de dois entrevistados:

Entrevistado C:

A tabela SUS não é corrigida já faz vinte anos [...] (2022).

Entrevistado F:

A tabela SUS é um problema crônico [...] não sofre reajuste a mais de 20 anos e agora a gente tá sentindo na pele, principalmente nesse período pós pandemia, as altas das medicações, alta dos insumos, materiais e medicamentos de forma geral para os hospitais têm um custo maior e não tem reajuste (2022).

As evidências indicam que enquanto o principal se limita ao simples repasse de recursos financeiros, mediante uma tabela de reembolso de procedimentos médicos já a muito defasada, o agente desenvolve seu orçamento com falhas graves no planejamento de seus gastos, resultando em uma constante necessidade de realocações orçamentárias. Segue um relato que ratifica essa informação:

Entrevistado A:

[...] não é muito assim do interesse do município saber sobre as nossas necessidades, mas eles mantêm contato para o repasse de recursos. A gente tem que prestar contas, mas o processo é feito todo por aqui [...] (2022).

Além deste problema, foi citada a falta de acompanhamento dos entes públicos no processo de execução orçamentária, o que compromete a efetividade do replanejamento das ações do hospital em termos financeiros e orçamentários. Durante as entrevistas ficou evidente que essa falta de acompanhamento dos entes públicos faz com que os profissionais do hospital deduzam que os órgãos governamentais não têm uma real conscientização sobre as urgências e as necessidades do hospital. Além disso, os profissionais acreditam que há um descaso por parte dos órgãos públicos para com a instituição.

Pôde-se notar durante a coleta de dados que os argumentos supramencionados se devem principalmente pelo fato de que existe demora excessiva no repasse das verbas públicas do SUS por parte do município para com o hospital. Isto prejudica inclusive o planejamento dos gastos do hospital, conforme o seguinte relato:

Entrevistado A:

Como nós dependemos muito de recursos públicos, infelizmente a gente não consegue gerir da maneira que a gente gostaria, porque às vezes a gente planeja pensando que vai entrar um recurso e não entra o recurso esperado e aí isso acaba fazendo com que a gente tenha que replanejar [...] (2022).

Foi constatado que essa demora persiste mesmo após: (i) o envio do relatório que contém as produções realizadas pelo hospital em determinado período; e o (ii) repasse de recursos do FNS para o FMS.

Sobre essa intempestividade na transferência financeira do ente público municipal para com o hospital, há indícios de que a demora relatada possa ser motivada pela melhora do resultado fiscal dos entes públicos na divulgação de suas informações financeiras, em detrimento do resultado financeiro do hospital. Um relato moralmente preocupante, visto que o hospital opera com resultados deficitários.

As análises dos relatórios financeiros da instituição, elaboradas principalmente pelo departamento de contabilidade, demonstraram que há relativa demora no processo de repasse financeiro dos órgãos públicos para o hospital, aproximadamente de 3 a 5 meses.

Além disso foi mencionado nas entrevistas que os órgãos públicos não se veem como responsáveis pelos possíveis resultados ruins obtidos pelo hospital no exercício de suas funções, visto que as organizações filantrópicas são segregadas da estrutura administrativa vinculada diretamente ao Estado.

Esta visão se mostrou equivocada e resulta em um problema moral que deturpa o interesse do próprio Principal. De tal modo, fatalmente os próprios colaboradores dos órgãos públicos podem estar provocando ruídos e distorções no interesse do Principal. Esse fato contrapõe a literatura clássica de agência que relaciona os problemas de agência unicamente motivados pelas ações do Agente.

Ainda que muitos problemas Ex Poste tenham sido vinculados ao Principal, foi relevado um outro problema que contribui para a lentidão do repasse motivado pelo próprio agente, qual seja a falta de tempestividade no levante das informações relacionadas à produção hospitalar e posterior encaminhamento para os entes públicos. Há de se destacar também que parte dessa demora nos repasses foi identificada como proveniente do próprio sistema público, mediante processos excessivamente burocráticos, sendo um problema relacionado ao próprio ambiente de atuação do setor público.

Antes do repasse efetivo de recursos, há um processo de auditoria por parte dos órgãos públicos sobre as informações repassadas pelo hospital, sendo que somente após esse processo, eles estão aptos para glosar ou aprovar o repasse dos recursos financeiros.

Ainda quanto aos temas relacionados à execução orçamentária, foi relatado que há uma espécie de competição pela aprovação social entre Principal e Agente, visto que frequentemente os membros da sociedade fazem comparações entre os serviços públicos de saúde entregues diretamente pelas unidades da administração municipal, com os serviços fornecidos pelo hospital filantrópico.

Somado aos problemas de agência expostos anteriormente, foi mencionado que esse cenário competitivo ocasiona prejuízos para a imagem do hospital, uma vez que os julgamentos por parte da sociedade não hesitam em taxar a gestão hospitalar como sendo a única responsável pelos maus resultados do hospital, sem atribuir prejuízo algum aos órgãos públicos da Administração Direta.

Acaba sendo compreensível que as pressões, críticas e demandas da sociedade por serviços de melhor qualidade nesta relação de agência, voltada para regulação, sejam direcionadas à cada ente de forma separada. No entanto, cabe frisar que ambos os atores, Principal e Agente, são responsáveis pelos mesmos serviços finalísticos de saúde, inclusive na mesma região, de modo que atribuir a culpa pelo fornecimento de serviços de má qualidade à apenas um deles, se faz incorreto.

Também pode-se notar na Tabela 4, que as URs que negam a assimetria informacional Externa Ex Poste superam os registros que afirmam a sua existência no contexto organizacional do hospital filantrópico. Isso se deve ao fato de que os órgãos públicos demonstram ser muito competentes na aplicação de medidas corretivas e regulatórias sobre as ações do hospital.

Porém, tais práticas de controle não se mostram suficientes para reduzir e possivelmente mitigar os problemas de agência da organização, visto que correspondem a medidas de correção, posteriores ao cometimento de erros, irregularidades e desvios de conduta, se limitando a penalidades financeiras, como no caso das glosas de reembolso, provenientes de procedimentos hospitalares julgados incorretos pelos auditores do SUS.

Segue o relato do Entrevistado D:

Entrevistado D:

[...] obrigatoriamente a gente tem que prestar contas, então o município sim se preocupa né, porém, acompanha de acordo com as determinações legais. Com relação a uma participação mais proativa dentro do processo em si não existe (2022).

De tal modo, embora o controle seja um aspecto positivo da relação de agência abordada, que ameniza os impactos provocados pela assimetria informacional, não se faz suficiente. Os resultados encontrados indicam a necessidade de um envolvimento maior por parte do Estado nas ações e decisões de planejamento orçamentário do hospital.

O fato de o Estado ter que glosar muitos atendimentos ou reprovar diversas prestações de contas, pode ser um indicativo da sua própria ausência nas decisões gerenciais do hospital. A planilha deixa essa ausência evidente, por meio da frequência com que a assimetria Externa Ex Ante foi afirmada, além de ter sido negada apenas 1 vez.

Além da ausência de acompanhamento do Principal, os relatos indicaram que a falta de controle dos Conselhos Diretivos a nível intraorganizacional, intensifica o acometimento do Risco Moral e da Seleção Adversa entre Principal e Agente. A ausência do Conselho Diretivo sobre as decisões orçamentárias foi parcialmente identificada no Caso 1.

Esse elemento da organização se mostrou um importante condutor das informações e das normas regulatórias públicas para os níveis estratégicos e táticos da organização, porém pouco atuante no desenvolvimento de medidas que visam o repasse de informações para os níveis operacionais do hospital.

Como foi mencionado anteriormente, neste estudo também foram exploradas as possibilidades de AI que podem ocorrer no ambiente intraorganizacional. Cabe frisar que neste foco não há mudança sobre as figuras de Principal e Agente, mas sim um interesse da pesquisa em verificar se as informações provenientes do processo de comunicação entre ambos, ainda são integras e efetivas, ou se sofreram distorções quando chegam aos níveis operacionais do hospital, visto que normalmente a comunicação do Principal ocorre diretamente com o nível estratégico das organizações. Este aspecto é relativamente importante para as inferências sobre as variáveis Eficiência Técnica e Qualidade dos Serviços Prestados.

Dito isso, a AI Interna identificada Ex Ante ao estabelecimento do orçamento hospitalar no Caso 1, foi majoritariamente atribuída à falta de planejamento orçamentário adequado. Este fato é preocupante, visto que é relativamente difícil ter uma comunicação efetiva sobre planejamento orçamentário com o Principal, quando o próprio hospital não detém clareza sobre seus gastos.

Foi possível constatar que no primeiro caso de estudo há uma previsão orçamentária razoavelmente assertiva para as receitas a serem arrecadadas pelo hospital, porém, não existe um planejamento adequado sobre as despesas públicas. De tal modo, são realizadas excessivas

entre as despesas do hospital durante o exercício financeiro, prática que enfatiza a falta de planejamento orçamentário.

Os seguintes relatos ratificam a informação:

Entrevistado B:

[...] não tem uma projeção orçamentária anual, o que se faz ao final de cada mês é uma expectativa de entradas com as saídas e um comparativo para ver como que vão se comportar os pagamentos [...] (2022).

Entrevistado C:

Na verdade, nós não temos um orçamento bem definido (2022).

Vale destacar que as realocações orçamentárias das despesas são consequências necessárias no Caso 1. Como há falhas no planejamento, elas amenizam os efeitos de uma execução orçamentária incoerente com as reais demandas sociais, entretanto, essa prática em excesso reforça a incoerência da elaboração e do planejamento orçamentário inicial.

Neste primeiro cenário também foi constatada a presença da prática incremental do orçamento, principalmente mediante repactuações financeiras. Tais mecanismos de reajuste também evidenciam a falta de planejamento orçamentário adequado, principalmente quanto a ausência de informações fidedignas no alinhamento das receitas.

A readequação orçamentária, embora indique falta de planejamento, também se mostrou uma consequência necessária no Caso 1 para lidar com um outro problema que circunda as unidades de saúde que prestam serviços de natureza pública, qual seja a defasagem do reembolso pelos atendimentos de saúde executados, conforme os valores previstos de reembolso para os procedimentos da tabela SUS.

Segue o relato de um colaborador quando questionado sobre os reajustes e as realocações orçamentárias:

Entrevistado B :

[...] a gente trabalha meio que apagando incêndio, então com certeza é aquele trabalho de cada santo puxa um pouquinho da coberta para o seu lado, mas sim, isso acontece, acaba tendo que acontecer até pela gestão e para que o hospital continue a funcionar (2022).

Cabe salientar que os reajustes orçamentários foram tomados na pesquisa como Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário Internos Ex Poste, resultantes principalmente da ausência de planejamento orçamentário, um problema de Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário Interno Ex Ante. Entretanto, no caso 1 foi evidenciado que estas movimentações podem advir de outras fontes, além da falta de planejamento.

Assim, um ponto importante e que deve ser levado em consideração sobre as realocações e ajustes orçamentários, é a dificuldade das organizações hospitalares de média, até alta complexidade, em elaborar previsões orçamentárias assertivas para seus gastos, principalmente aquelas organizações que atendem traumatologia, oncologia, além de outras especialidades médicas com alto índice de mortalidade e que podem demandar gastos não inicialmente previstos.

Não cabe aqui amenizar os aspectos resultantes da falta de gerenciamento adequado, mas sim atentar para as especificidades das organizações de saúde, que diferem sobremaneira de quaisquer outras empresas com sazonalidades previsíveis. Neste primeiro estudo de caso, tem-se um hospital descrito como sendo de “porta aberta”, ou seja, um hospital que atende urgência e emergência, então pode ser que em determinado mês haja um maior número de acidentes ou uma catástrofe natural, que resultem em inúmeros feridos, de modo geral, situações com menor poder de predição. Este argumento reforça os achados de Pollack e Zeckhauser (1996), os quais identificaram que em cenários onde o orçamento público é fixado ao longo do ano, com pouca flexibilidade, a possibilidade de ocorrência de assimetrias informacionais é mais elevada. Ainda mais em contextos altamente imprevisíveis.

Feitas tais considerações, atrelado à relativa ausência de planejamento orçamentário no Caso 1, soma-se a falta de comunicação intraorganizacional dos níveis estratégicos e táticos com os níveis operacionais do hospital, outro problema Interno Ex Ante, que indica a falta de um orçamento participativo, e talvez neste ponto resida a dificuldade no planejamento.

Foi identificado que as informações sobre as previsões de receitas e limitações das despesas, estas últimas de forma muito genérica como já mencionado, compartilhadas entre Principal e Agente, ocorrem apenas à nível estratégico, com a Superintendência e a Controladoria do hospital.

Após este primeiro contato com os níveis estratégicos do hospital, as informações são repassadas aos níveis táticos, ou seja, para os gestores e coordenadores de setores. A partir de então, no compartilhamento da informação com os níveis operacionais, há razoável presença

de assimetria informacional. Sobre este aspecto foram identificados tanto gestores que compartilham as informações com a equipe de trabalho, e outros que não. Cabe salientar que no decorrer do estudo de campo este fator se mostrou com maior intensidade no Caso 2, que será discutido mais à diante.

Quando questionados se os profissionais do hospital são bem informados sobre as questões orçamentárias e sobre os recursos públicos, foi relatado que:

Entrevistado A:

[...] muitos trabalham aqui há muitos anos, mas não sabem da onde vem a verba, não sabem para quê vem a verba, não sabem o valor da dívida que nós temos, não sabem como funciona internamente [...] na minha visão isso tudo gera também até outras questões que nós temos algumas dificuldades dentro da instituição. Então, eu penso que deveria ser feito mensalmente uma reunião, [...] uma exposição do que a gente teve de gasto, do que a gente teve de benefício, do que a gente teve de recurso (2022).

Entrevistado E:

[...] não, somente os profissionais que estão em algum cargo de gestão [...] (2022).

Entrevistado F:

[...] o nível de conhecimento, tanto da classe médica, como da classe de enfermagem, sobre o que é repassado por determinado procedimento, o valor que se recebe por realizar tal procedimento, o custo que isso gera para o hospital, eu posso te dizer aí que talvez nem cinco por cento tenha conhecimento (2022).

Este quesito é relativamente grave para os resultados do atendimento hospitalar, mais especificamente para a variável ET, visto que são os profissionais do nível operacional, dentre eles os médicos, enfermeiros e atendentes, que realizam o contato diretamente com os pacientes, bem como são estes profissionais que utilizam os recursos públicos em instância final.

Pode-se notar até este ponto, que há falta de participação no planejamento orçamentário tanto no ambiente externo, entre principal e agente, quanto no ambiente interno. Esse fator é prejudicial para um planejamento orçamentário mais assertivo, sendo que este argumento corrobora com os achados de Chow et al. (1988), Fisher et al. (2000) e Lavarda e Almeida (2013), os quais expuseram que a ausência da técnica orçamentária participativa intensifica a assimetria informacional e resulta em efeitos nocivos para o planejamento orçamentário.

Quanto aos problemas Internos Ex Poste, além das realocações orçamentárias, foi identificada a prática de demanda induzida pelo provedor, principalmente por conta da forma de reembolso financeiro da produção hospitalar. Em específico no Caso 1, foi relatado que por vezes o hospital intensifica o volume dos atendimentos realizados para que tenha um maior reembolso financeiro. Essa prática coaduna com os argumentos de Fisher et al. (2002), o qual relata que as organizações podem criar obrigações adicionais para obter maiores limites orçamentários, consequentemente, financeiros.

Além dos reflexos sobre o Planejamento Orçamentário, tanto para reembolsos em exercícios financeiros atuais, quanto para as previsões orçamentárias de exercícios futuros, a prática da demanda induzida também se volta para as questões da Gestão das Competências Profissionais, podendo resultar em atendimentos de menor qualidade. Esse tema será melhor discutido no tópico que trata sobre Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais.

Quanto às especificações da AI em Seleção Adversa (SA) e Risco Moral (RM), estas não foram mencionadas na Tabela 4, porém, pode-se traçar um paralelo entre os seus achados com os dados apresentados na Tabela 3. Pode-se notar que os problemas relativos à informação oculta (SA) na Tabela 3, correspondem à 74,80% do saldo positivo das URs que indicam a presença de assimetria informacional, em específico para o PO, a SA representa 100%. Por sua vez, os problemas totais de ação oculta (RM) representam 25,20% do saldo da assimetria informacional, sendo que especificamente para o PO, corresponde à 0%.

Em contraponto, na Tabela 4 as assimetrias Ex Ante no Planejamento Orçamentário representam 85,20% do saldo positivo das URs que indicam a presença de assimetria informacional, enquanto as URs Ex Poste representam 14,80% nesta mesma tabela. Com relação à Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário, levando em consideração as representatividades evidenciadas em ambas as tabelas, pode-se perceber que nem todos os problemas Ex Ante são frutos de SA, e consequentemente nem todos os problemas de RM ocorrem após o estabelecimento dos contratos (Ex Poste).

Essa não equivalência contrapõe a literatura taxativa que associa problemas Ex Ante apenas a SA e Ex Poste apenas ao RM. Foi identificado no decorrer da coleta de dados que podem existir ações oportunistas ainda nas etapas de planejamento e elaboração do orçamento hospitalar, antes mesmo de que este passe a vigorar, bem como foram levantados problemas após o início da execução orçamentária que decorrem de falta de informações e não necessariamente de ações oportunistas.

De todo o exposto fica evidente que a assimetria informacional se encontra presente na gestão orçamentária da relação de agência voltada para a regulação, entre os órgãos públicos e a entidade filantrópica, situação do presente caso.

A evidência do distanciamento, indica que na prática a pressão dos entes governamentais sobre o hospital do caso 1 (de natureza filantrópica) por meio dos mecanismos de controle, não é suficiente para que este melhore seus processos de gestão, no sentido de que este tenha um planejamento orçamentário mais efetivo em relação a aplicabilidade das despesas.

Na sequência serão discutidas as assimetrias presentes na Gestão das Competências Profissionais encontradas no Estudo de Caso 1.

4.2.4 Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais

As unidades de registro sobre Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais, extraídas nas entrevistas, puderam ser confrontadas tanto pelas técnicas de análise documental, quanto pela observação, sendo que a análise documental não enfatizou a presença de Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais, visto que há uma variedade de documentos emitidos pelos órgãos da Administração Direta que indicam a condução adequada dos serviços hospitalares no âmbito do SUS, e que são documentos de conhecimento do hospital.

Assim como foram discutidos os resultados da Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário, a Tabela 5 apresenta a composição das Assimetrias de Informação na Gestão das Competências Profissionais quanto ao ambiente de ocorrência, se externa ou interna, e quanto ao momento de ocorrência, se Ex Ante ou Ex Poste ao estabelecimento dos contratos. Os resultados da tabela foram utilizados como auxílio para as discussões realizadas.

Mediante as URs extraídas das entrevistas, conforme a Tabela 5, pode-se verificar que o maior acometimento da Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais ocorre no ambiente intraorganizacional, após os contratos profissionais estarem firmados. Para um aprofundamento dos dados serão discutidas as URs que afirmaram e que negaram a presença de Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais, não apenas o saldo.

Quanto às URs que afirmaram a presença de Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais Externa e Ex Ante ao estabelecimento dos contratos profissionais, os problemas citados com maior frequência se relacionam com a falta de acompanhamento dos

órgãos públicos na elaboração dos processos seletivos e dos requisitos profissionais necessários para a prestação dos serviços com saúde. Este fator foi o que se mostrou mais indutivo para a presença de Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais. Segue um relato que ratifica essa informação, quando perguntado a um profissional sobre a participação dos órgãos público nesse quesito:

Entrevistado A:

Não, os órgãos públicos não interferem em nada! [...] Da parte assistencial não existe pressão dos órgãos públicos aqui no hospital [...] (2022).

Além da ausência no acompanhamento das ações do hospital com relação a Gestão das Competências Profissionais, foi evidenciado que existe a escassez de documentos emitidos pelo governo municipal que sejam direcionados para a realidade do próprio hospital. Pelo fato de se tratar de uma instituição filantrópica não há instruções claras e efetivas sobre a condução de suas atividades no âmbito municipal.

Apesar disso, as URs que negaram este aspecto revelam que há um extenso arcabouço normativo e técnico instrutivo sobre a conduta dos profissionais que operam em favor da saúde pública emitidos pelo Ministério Federal e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que buscam auxiliar o estabelecimento das qualificações, comportamentos, conhecimentos e atitudes desejados e muitas vezes necessários.

Tabela 5: Assimetria Informacional na Competência Profissional: Momento e Ambiente de Ocorrência (Caso 1)

Caso: Hospital 1							
UR		Momento da AI	Qtd	FR %	Ambiente da AI	Qtd	FR %
AI na GCP (113 URs)	Sim	Ex Ante	26	31,7%	Externa	10	12,2%
					Interna	16	19,5%
	82	Ex Poste	56	68,3%	Externa	8	9,8%
					Interna	48	58,5%
	Não	Ex Ante	17	54,8%	Externa	3	9,7%
					Interna	14	45,2%
	31	Ex Poste	14	45,2%	Externa	4	12,9%
					Interna	10	32,3%
	Saldo	Ex Ante	9	17,6%	Externa	7	13,7%
					Interna	2	3,9%
	51	Ex Poste	42	82,4%	Externa	4	7,8%
					Interna	38	74,5%

Legenda:

UR: Unidade de Registro; AI: Assimetria de Informação; GCP: Gestão das Competências Profissionais; FR: Frequência Relativa; Qtde: Quantidade.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Mediante os dados coletados, foi possível constatar que o hospital observa e por vezes utiliza a título de exemplo, os documentos inerentes ao processo seletivo dos órgãos públicos para a elaboração dos seus requisitos profissionais.

Utilizando-se das considerações realizadas sobre a Assimetria de Informação no Planeamento Orçamentário, também não se pretende inferir que seja responsabilidade do Estado a condução dos processos seletivos e a elaboração dos requisitos técnicos para assunção dos cargos profissionais nos hospitais filantrópicos, como foi mencionado são estruturas organizacionais distintas.

Entretanto, a comparação entre ambos os Casos (1 e 2) evidenciou que a proximidade entre Principal e Agente resulta em melhorias para as competências dos profissionais do hospital. Uma base documental sólida estabelecida entre Principal e Agente, em que seja possível identificar uma padronização dos requisitos profissionais se mostrou importante para guiar as decisões da organização, corroborando com os argumentos de Battel-Kirk et al. (2009).

A Tabela 5 também evidencia que a assimetria Externa Ex Poste não tem a mesma representatividade que a assimetria Interna Ex Poste. Entretanto, cabe frisar que a congruência informacional ou simetria informacional, a nível externo (entre Principal e Agente) e Ex Poste é praticamente inexistente no Caso 1, salvo pelas atividades de controle do Principal.

Este cenário se deve principalmente pelo fato de que os órgãos públicos não têm envolvimento direto no processo de avaliação dos profissionais do hospital. Deste modo, a nível Interno, Ex Poste ao estabelecimento dos contratos de trabalho, foi comprovado que há presença de AI elevada, isso não somente foi ratificado pela Análise de Conteúdo das entrevistas, mas também foi percebido pelo pesquisador no campo de estudo.

Não há processos internos formalmente definidos para a avaliação dos profissionais do hospital e para a correção de comportamentos inadequados. Existem mecanismos informais, como por exemplo *feedbacks* realizados verbalmente, porém estes foram relatados como um aspecto negativo para a organização e que carece de formalização.

Além da ausência de procedimentos e normativos quanto à avaliação profissional, foi relatada ainda, a falta de envolvimento dos membros do Conselho Direto do hospital quanto à parte clínica, especificamente no que concerne à avaliação dos profissionais e no acompanhamento das atividades. O Conselho está muito direcionado para as ações gerenciais e administrativas do hospital, embora haja médicos em sua composição.

Conforme apontado por HeGTA (2014), normalmente as organizações hospitalares são segregadas em governança clínica, direcionada para a integração das práticas assistenciais, e governança administrativa, voltada para a criação de valor para as atividades do hospital. De tal modo, era esperado que uma composição heterogênea do Conselho Diretivo tivesse uma participação mais atuante sobre as atividades hospitalares de maneira geral.

A falta de monitoramento adequado sobre as atividades operacionais é um fator preocupante, pois, como citado no tópico anterior, o estilo de financiamento do SUS (conforme reembolso vinculado à produção desenvolvida pelo hospital), além de ter sido evidenciado como um problema de agência no PO, incita um ambiente organizacional com abertura para comportamentos oportunistas por parte do Agente.

Ademais, indo ao encontro destas evidências, Van Der Stede (2000) chegou a conclusões de que uma maior interação da Governança, direcionada para o acompanhamento e controle das atividades desenvolvidas pelos colaboradores das organizações contribui para a redução de assimetrias informacionais nos processos da organização.

Foi possível observar no primeiro caso dois comportamentos que ratificam a presença de risco moral: (i) as demandas induzidas pelo provedor para maximizar o atendimento, sendo que muitas vezes essa prática não é exclusiva do comportamento médico, mas também devido às diretrizes organizacionais, para que se tenha um maior reembolso pela produção hospitalar; e (ii) a realização de contratos com profissionais da área médica que são mais qualificados ou mais bem conceituados conforme o julgamento da sociedade, sendo que nas entrevistas tais profissionais foram relacionados com um comportamento auto direcionado, mais independente, e até mesmo mais inconsequente e incondizente com as políticas e diretrizes das organizações.

No Caso 1, a demanda induzida identificada, quando provocada pela própria organização, foi contrabalanceada pela defasagem da tabela SUS, visto que a produção hospitalar não acompanha proporcionalmente o reembolso financeiro, sendo um cenário extremamente complexo para a gestão hospitalar administrar, uma difícil decisão entre (i) produzir mais para receber mais, porém, com um maior déficit, ou (ii) produzir menos e receber menos, porém, com um menor déficit. Nem sempre isso é uma escolha da gestão hospitalar, mas pode ser uma consequência da própria demanda do hospital.

Tendo por base esse dilema, pode-se inferir que quanto maior o volume de repasses, ou, na presença de um reembolso mais condizente com o volume de produção hospitalar, a possibilidade do acometimento da demanda induzida é intensificada, visto que os atendimentos forçados resultam em maior retorno financeiro para o hospital.

A demanda induzida representa um dos principais problemas de agencia identificados no contexto hospitalar, conforme apontam os achados de Yan et al. (2010) e Yan et al. (2014). O presente estudo demonstrou que esse problema se intensifica na ausência de mecanismos de controle externo, que indicam uma maior participação dos órgãos públicos da administração direta, mesmo que estes ocorram a posteriori. Como citado anteriormente, o controle do Estado é efetivo no combate contra a demanda induzida pelo provedor, glosando os atendimentos que fogem dos padrões de economicidade e de qualidade do SUS.

Tais achados corroboram com os resultados de Health (2009) e Lange et al. (2009), os quais afirmaram que a ausência de controles comportamentais e restrições morais, podem fazer com que as relações no ambiente hospitalar fiquem vulneráveis ao colapso.

Entretanto, quando a demanda induzida verificada parte do nível operacional do hospital, se torna um problema relativamente mais difícil de tratar. Esse comportamento foi citado como frequente no Caso 1, majoritariamente provocado pelos profissionais que ocupam cargos de médicos. Neste caso, não necessariamente a motivação é financeira, sendo que por vezes provoca até prejuízos para a organização, mas sim pessoal, direcionada para a auto afirmação e suficiência profissional.

No Caso 1 os médicos foram relatados como profissionais com relativa autonomia profissional, tendo uma maior liberdade para a condução dos atendimentos aos pacientes. Também foi relatado que a instituição acaba por evitar atritos com estes profissionais, visto que muitas vezes eles são considerados um importante fator para atrair novos pacientes devido ao seu *status* de bom profissional perante a sociedade. Esse cenário contribui para o desenvolvimento do comportamento médico auto direcionado, ou direcionado para os interesses dos pacientes, de modo que os profissionais busquem satisfazer outras necessidades, em detrimento das necessidades da instituição.

Conforme os achados de Mishra et al. (2019), no ambiente hospitalar em que boa parte dos contratos de trabalho são independentes, se torna difícil alinhar os interesses dos profissionais com os interesses organizacionais. Isso pode levar a decisões assimétricas.

A seguir é apresentado um relato que apoia essa informação:

Entrevistado A:

[...] o médico muitas vezes prescreve uma medicação que sabe que a gente não tem, ou que por exemplo, a gente não tem dinheiro para comprar porque tem medicações que são caríssimas [...] (2022).

Tais achados relacionados à independência dos profissionais de saúde, também foram relatados nos trabalhos de Yan et al. (2010) e Yan et al. (2014) como sendo um problema possivelmente proveniente de três fontes, quais sejam: por um comportamento oportunista, relacionado ao RM; pela preferência da QL, em detrimento da ET; ou por indispor de informações suficientes, um problema relacionado a SA.

Quanto a Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais Interna e Ex Ante, esta não foi percebida com intensidade no Caso 1. As URs negativas para a sua presença, bem como a análise documental, evidenciaram que os processos seletivos internos são coesos, sendo que as informações são claramente transmitidas aos profissionais que ingressam no hospital.

Segue o relato do Entrevistado A:

Entrevistado A:

A gente sempre procura seguir dentro das necessidades do hospital, tanto na divulgação da vaga, quanto na contratação, quando nós fazemos o processo seletivo, porque embora a gente não tenha um processo definido de avaliação de competência, mas a gente tem um norte [...] (2022).

Além disso, a nível intraorganizacional, há os chamados Procedimentos Operacionais Padrões (POPs) em todos os setores, indicando os procedimentos adequados a serem seguidos em cada departamento.

As URs que afirmaram a presença de Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais Interna e Ex Ante, relatam que embora exista uma base documental bastante sólida, tanto da parte do principal, quanto dos agentes, há problemas no sentido de desenvolver esforços que sejam efetivos na comunicação e na aplicação prática desse arcabouço normativo. Como foi relatado anteriormente, por vezes o hospital toma como base processos similares desenvolvidos nos âmbitos dos órgãos públicos, ou até mesmo de outras instituições filantrópicas, porém têm relativa dificuldade na sua aplicação prática.

De todo o exposto, foi possível perceber no campo de estudo, como ocorre a presença (ou ausência) de Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais entre Principal e Agente, nos níveis Internos e Externos da relação voltada para a regulação, Ex Ante e Ex Poste ao estabelecimento dos contratos de trabalho.

Também foi possível constatar que avaliar unicamente a comunicação entre Principal e Agente, considerando o agente exclusivamente na figura do Conselho Diretivo do hospital, não

seria efetivo para captar os efeitos das AIs em nível organizacional. De tal modo, foi avaliado se há efetividade da informação em todos os níveis organizacionais, de modo a colaborar com o atingimento dos interesses do Principal.

Além disso, diferente da corrente teórica majoritária que foca no Agente como o responsável por todos os problemas que ferem o interesse do Principal, a pesquisa demonstrou que nem sempre isso é verídico, há atitudes do próprio Principal que vão contra o seu objetivo.

4.2.5 Medidas de Desempenho

As variáveis dependentes do estudo correspondem as medidas de desempenho Eficiência Técnica (ET) e Qualidade dos Serviços Prestados (QL). A primeira, normalmente, se dedica a explorar a relação entre o consumo de recursos (*Inputs*) e a oferta de produtos (*Outputs*) de determinada organização em pesquisas quantitativas, enquanto em pesquisas qualitativas, se volta para a adequada utilização dos recursos organizacionais. Esta última abordagem foi aplicada na presente pesquisa em observância aos recursos de natureza humana, material e financeira.

A segunda medida de desempenho mencionada, se volta, ao menos nesta pesquisa, para os aspectos relacionados a qualidade da Estrutura, dos Processos, dos Resultados e do Acesso aos produtos e serviços ofertados, ou seja, aspectos relacionados com as condições ambientais da própria organização e com a efetividade na prestação de seus serviços.

Em relação à ET, foi possível constatar a presença da má utilização de recursos, principalmente com relação àqueles de natureza material e humana. Foi relatado nas entrevistas que isso se deve principalmente à utilização inadequada dos recursos clínicos, que nem sempre são tratados da forma que deveriam, em termos de economicidade, e devido ao grau de ociosidade dos profissionais, que atualmente se encontra acima daquilo que seria aceitável. Mais adiante serão discutidos de que maneira as Assimetrias Informacionais (AIs) estão relacionadas com tais achados.

Quanto à variável QL, foram encontrados diferentes resultados a depender do quesito abordado. Não foram identificados problemas com relação à acessibilidade dos serviços prestados no Caso 1. A localidade do hospital foi indicada de fácil acesso, bem como as especialidades dos atendimentos suprem grande parte das necessidades sociais.

Em termos de resultado a qualidade encontrou espaços para melhoria, sendo que a Análise de Conteúdo das entrevistas evidenciou a sua ausência. Entretanto, cabe lembrar que o

hospital do Caso 1 atende situações de urgência e emergência, além de tratar de pacientes com doenças graves. Logo, a mortalidade, que é um fator de interferência para o aspecto do resultado, está presente no Caso 1, porém, foi relatado dentro daquilo que seria aceitável para um hospital com tais características.

A qualidade da estrutura e dos processos foram os fatores mais críticos apontados na Análise de Conteúdo das entrevistas. As respostas que negaram a presença da qualidade estrutural estão mais ligadas à limitação do hospital em não suprir a demanda de atendimentos que recebe, como por exemplo, a quantidade insuficiente de equipamentos e leitos disponíveis, além da frequente superlotação relatada. As respostas que atestaram a presença de qualidade no quesito estrutura se voltam para as boas condições das instalações físicas e dos equipamentos. Também cabe considerar sobre esse ponto, que o hospital investigado atende toda a região e não apenas o município de sua localidade, fator que influencia a condição do excesso de demanda supramencionada.

Quanto à qualidade dos processos, que é outro ponto crítico da QL, as URs apontaram que os procedimentos setoriais nem sempre são claros e que também há falhas de natureza humana na execução dos processos. Um fato que chama a atenção é o hospital, por vezes, contratar mão de obra não especializada ou sem experiência profissional. Embora tenha sido alegada uma dificuldade de encontrar profissionais no mercado de trabalho, esse ponto foi considerado como redutor da qualidade, conforme relato a seguir.

Entrevistado A:

[...] para a área assistencial que são técnicos e auxiliares de enfermagem e enfermeiros, muitos são contratados sem nunca ter trabalhado em lugar nenhum, então [...] a técnica eles vão desenvolvendo junto com a teoria [...] (2022).

Conforme os achados de Tilson e Gebbie (2004), apenas o conhecimento teórico não tem sido um quesito suficiente para a internalização de competências essenciais na área da saúde, que contribuam para garantir maior qualidade na prestação de serviços. Neste quesito, pelo menos a residência médica é um fator indispensável, embora a literatura também relate como insuficiente para aferição de qualidade.

Além disso, foi constatado na técnica de análise documental que nem todos os setores estão com os POPs atualizados, e na análise por observação foi verificado que os POPs nem sempre são de conhecimento de todos os profissionais do setor que os utilizam.

Entrevistado A:

[...] as coisas acontecem, mas muitas vezes de forma desordenada sabe, não tem um processo certinho para a gente seguir e para dizer se não é assim ou é assado, as coisas acontecem, mas muitas vezes um atropelando o outro [...] (2022).

Há respondentes da área assistencial que negaram a presença de falhas nos processos com bastante veemência. Neste sentido, o que se percebeu no campo, é que os profissionais do hospital vinculados à instituição filantrópica mediante contrato de trabalho, tem um comportamento pró-organização forte, resultando em um alinhamento entre os objetivos individuais e os organizacionais. Parte disso se deve à finalidade social enraizada nas instituições do terceiro setor.

Estes achados corroboram com a literatura que trata sobre as competências em um aspecto multidimensional, como por exemplo os de Gonczi (2013) e (Gonczi & Hager, 2010), pois além dos fatores que indicam a aptidão dos profissionais para desempenhar as atividades inerentes às suas funções, as características intrínsecas ao indivíduo também devem ser observadas para aferir se há competência de fato.

Em contraponto aos profissionais que passam pelo processo tradicional de contratação, os profissionais contratados mediante contratos de prestação de serviços demonstraram não coadunar com essa atitude pró-organização, ao menos não na mesma intensidade.

Neste sentido, é sempre importante ressaltar que o presente estudo tem um foco organizacional, maior do que um enfoque no indivíduo. As conclusões precisam ser generalizadas com cautela, afinal, não são todos os profissionais que detêm o mesmo comportamento, tão pouco as mesmas impressões sobre o ambiente organizacional e nem as mesmas motivações pessoais.

Por um lado, têm-se profissionais muito direcionados para respostas pró-institucionais, enquanto por outro, profissionais com um posicionamento antagônico às organizações. Isso pode fazer com as URs sejam identificadas com mais intensidade por determinado respondente, o que pode enviesar as respostas obtidas.

Pôde-se observar esse comportamento enviesado dos respondentes durante a Análise de Conteúdo das entrevistas. Para amenizar esse efeito foi aplicada técnica da triangulação de dados, bem como o uso de análises complementares para informar outras perspectivas sobre os resultados a fim de ratificá-los. Ainda assim, além da triangulação dos dados, para amenizar o

efeito do viés decorrente da repetição de URs identificadas em uma mesma questão, por parte de um mesmo entrevistado, também foi observado o posicionamento de cada entrevistado perante as questões abordadas, se afirmativo, ou, negativo.

A tabela 6 apresenta além da (i) frequência das URs identificadas nas entrevistas transcritas, (ii) o somatório do posicionamento de cada respondente perante as questões realizadas, quanto a presença (ou não) das variáveis Eficiência Técnica e QL. Os respondentes foram denominados de A até G e disponibilizados aleatoriamente, para que não seja possível a sua identificação pela função exercida.

Tabela 6: Frequência das URs e Posicionamento dos Respondentes com as Temáticas Eixo ET e QL (Caso 1)

Resp.	ET por UR		QL por UR								ET por Questão		QL por Questão	
			QL/ES		QL/PR		QL/RS		QL/AC					
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
A	8	9	0	1	11	25	1	6	2	0	4	6	7	15
	Não		Não		Não		Não		Sim		Não		Não	
B	1	3	0	2	0	2	0	3	0	0	1	2	0	5
	Não		Não		Não		Não		Nulo		Não		Não	
C	0	12	0	2	2	3	0	1	0	0	0	6	1	4
	Não		Não		Não		Não		Nulo		Não		Não	
D	1	5	8	3	1	3	1	1	4	0	1	4	14	7
	Não		Sim		Não		Nulo		Sim		Não		Sim	
E	2	3	9	6	0	0	1	1	0	0	1	2	10	7
	Não		Sim		Nulo		Nulo		Nulo		Não		Sim	
F	2	2	4	3	0	4	4	2	5	0	2	2	12	8
	Nulo		Sim		Não		Sim		Sim		Nulo		Sim	
G	1	0	1	3	5	4	2	2	2	0	1	0	7	7
	Sim		Não		Sim		Nulo		Sim		Sim		Nulo	
Total	15	34	22	20	19	41	9	16	13	0	10	22	51	53
	31%	69%	52%	48%	32%	68%	36%	64%	100%	0%	31%	69%	49%	51%
	Não ET		Sim		Não		Não		Sim		Não ET		Não QL	
			63				77							
			45,00%				55,00%							
			Não QL											

Legenda:

ET: Eficiência Técnica; QL: Qualidade; ES: Estrutura; PR: Processo; RS: Resultado; AC: Acesso; UR: Unidade de Registro; Resp.: Respondente.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme apontado na Tabela 6, as respostas afirmativas para a presença de Eficiência Técnica e de Qualidade dos Serviços Prestados foram confrontadas com as respostas que negaram as suas ocorrências. Quando o saldo das respostas afirmativas foi maior, considerando o total de respostas de cada entrevistado, foi considerado que há Eficiência Técnica e/ou Qualidade dos Serviços Prestados na percepção do respondente, caso contrário estas foram consideradas ausentes na visão dele. Após, as respostas foram somadas para captar uma percepção geral.

Com base na triangulação dos dados e com o auxílio das planilhas elaboradas, para fins de melhor interpretar a Análise de Conteúdo, pode-se concluir que a variável de desempenho ET se encontra mais ausente do que as medidas relacionadas à QL.

Também é possível inferir que existe a necessidade de mais esforços por parte do hospital para evitar desperdícios, bem como para maximizar a utilização de seus recursos, do que em melhorar a qualidade dos serviços prestados. Há um potencial percebido no Caso 1, se destacando mais na filantropia do que no setor público, que pode contribuir para a melhoria nas medidas de desempenho, qual seja, o comportamento pró-organização de seus profissionais, motivados pelos objetivos sociais e sem fins lucrativos da instituição.

Discussões mais aprofundadas sobre a Eficiência Técnica e Qualidade dos Serviços Prestados serão realizadas na avaliação conjunta dos casos, quando estas forem relacionadas com as Assimetrias de Informação no Planejamento Orçamentário e nas Gestão das Competências Profissionais.

4.2.6 Atuação da Governança Corporativa

A Atuação da Governança Corporativa (AGC), caracterizada neste estudo por meio da participação atuante do Conselho Diretivo e da estruturação adequada das hierarquias e responsabilizações da organização hospitalar, foi parcialmente confirmada no Caso 1.

Foi relatado que existe uma forte presença dos membros do Conselho Diretivo, especificamente com relação às informações administrativas, orçamentárias e financeiras do hospital, porém houve relatos que indicaram a baixa participação dos membros do conselho na área clínica.

Esse cenário é relativamente ruim para as medidas de desempenho hospitalar ET e QL, visto que estas em sua maioria resultam dos atendimentos realizados diretamente aos pacientes,

no campo técnico e clínico. Pelo fato de que há profissionais da área médica no conselho, essa não deveria ser uma realidade para o Caso 1.

Quanto à estrutura organizacional em termos de hierarquia e responsabilização, foi evidenciado um cenário frágil. As entrevistas indicam que a hierarquia hospitalar não se encontra bem estruturada e que por consequência as responsabilidades de cada profissional se tornam confusas. Foi relatado que existe um organograma bem definido (Figura 6), porém, este não é seguido na prática.

Entrevistado A:

O nosso organograma ele já está a pelo menos há uns 3 anos sem avaliação e sem ser colocado em prática [...] (2022).

Este tópico se dedicou apenas à contextualização da Atuação da Governança Corporativa no Caso 1. A interação entre a AGC com as variáveis AI, Eficiência Técnica e Qualidade dos Serviços Prestados serão aprofundadas na seção 4.4, que trata sobre a análise conjunta dos casos.

4.3 HOSPITAL PÚBLICO (CASO 2)

4.3.1 Apresentação da organização

Para o segundo estudo de caso foi investigado um hospital financiado com recursos 100% públicos, vinculado diretamente ao governo municipal. Anteriormente o mesmo se constituía em uma Autarquia Pública, porém sofreu um processo de unificação junto a Administração Direta no decorrer dos últimos anos.

Além das suas vinculações com o ente da Administração Direta Municipal, atualmente a sua hierarquia conta com: um Diretor Presidente; duas Diretorias Executivas; uma Gerência Financeira; uma Gerência Administrativa; treze Coordenadorias e oito Supervisões. Seu organograma não foi disponibilizado para exposição na pesquisa.

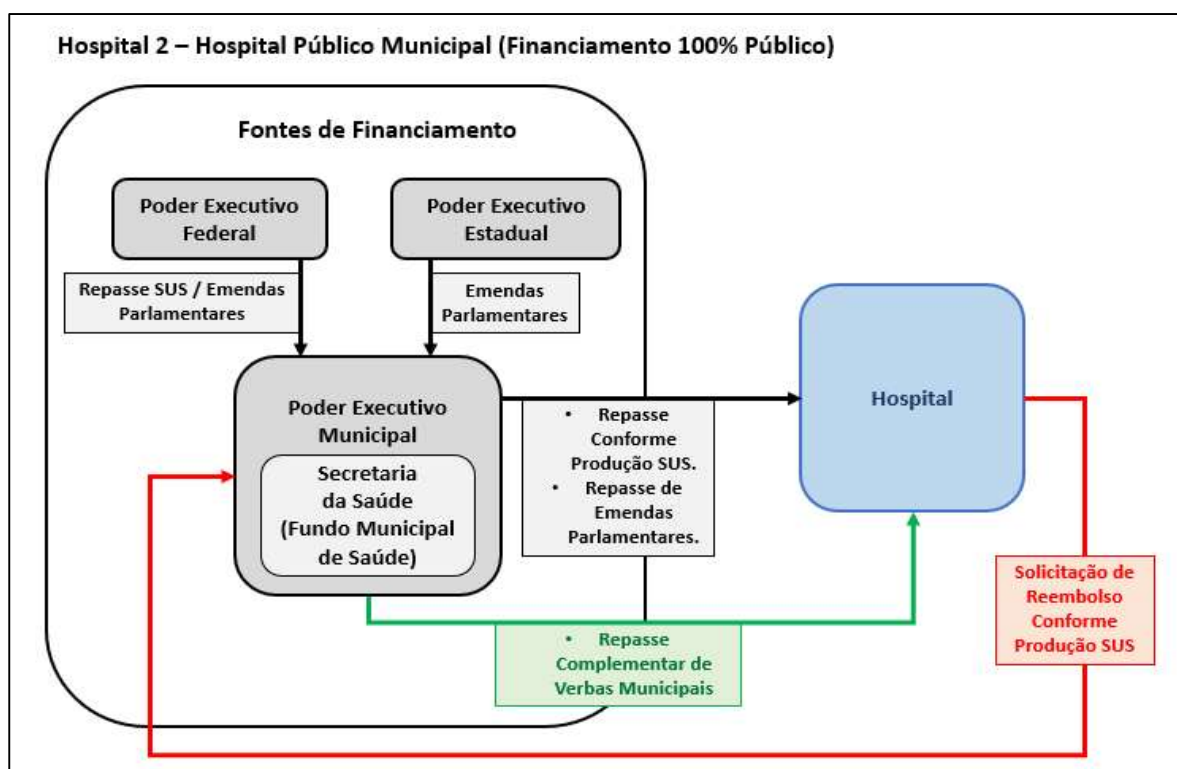
O hospital se encontra localizado no estado de Santa Catarina (SC) e neste estudo será denominado de: hospital 2; hospital público; hospital do caso 2; e/ou Caso 2. Assim como no Caso 1, o hospital do Caso 2 oferece serviços médicos hospitalares em variadas especialidades como pediatria, ortopedia, UTI adulto e pediátrica.

A organização é considerada de grande porte, com capacidade de atendimento acima de 150 leitos, tendo disponibilidade para internações cirúrgicas, clínicas, exames laboratoriais, bem como apoio diagnóstico por imagem e farmácia interna.

Os principais objetivos da organização são: fornecer serviços de alta complexidade no âmbito municipal; contribuir com os programas de saúde municipal; contribuir para a educação sanitária municipal; auxiliar o fomento do campo de pesquisa em saúde; bem como contribuir para a reabilitação física e social de incapacitados.

Dentre as informações que se fazem relevantes para as análises desenvolvidas neste caso, principalmente com relação às AIs, é o fato de que o Presidente do hospital é a mesma pessoa que ocupa o cargo de Secretário Municipal da Saúde (SMS), bem como a figura do Diretor Administrativo do hospital ocupa o cargo de Coordenador Financeiro na SMS. A figura 8 evidencia o fluxo de informações do Caso 2:

Figura 8: Fluxo de Financiamento do Hospital Público Municipal (Caso 2)



Fonte: Elaborado pelo autor.

Da mesma forma que no hospital filantrópico, o hospital público recebe recursos de natureza Fundo a Fundo, provenientes majoritariamente do FNS, mediante o repasse de recursos do SUS. Quanto ao repasse de verbas do governo estadual, foi relatado pelos

entrevistados que a esfera administrativa estadual de governo não é participativa nas atividades do hospital.

Um detalhe que merece atenção para o Fluxo de Financiamento do Caso 2 corresponde ao repasse de recursos públicos municipais para o hospital, uma espécie de complementação aos repasses provenientes do SUS.

Como o hospital pertence à estrutura administrativa municipal, ele pode ser contemplado com os recursos que integram a cota mínima de aplicação municipal em saúde, qual seja 15% da arrecadação proveniente dos impostos municipais.

Quanto ao processo de reembolso dos recursos provenientes do SUS, as etapas são similares às do Caso 1. Primeiramente são levantadas as informações sobre a produção hospitalar por um departamento denominado de “Faturamento SUS”, e, após, os relatórios gerados são enviados para o departamento de auditoria do SUS que atua junto ao município, sendo que este pode aprovar ou glosar a prestação de contas, com base nos procedimentos relatados. Ao todo, constitui-se em um processo moroso, assim como no primeiro caso.

4.3.2 Introdução à Assimetria Informacional

A Tabela 7 evidencia a frequência com que as URs relacionadas à AIs foram identificadas nas transcrições das entrevistas realizadas no segundo hospital. A análise de conteúdo por temática eixo apresenta um saldo positivo para as URs, indicando a existência de AI no ambiente hospitalar do Caso 2, sendo que a Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário é mais representativa do que a presente na Gestão da Competência Profissional.

Pode-se observar também na Tabela 7 que o saldo da AI, embora indique a sua presença, não é representativo. Durante a imersão no campo de estudo foi possível perceber que a AI está menos presente no Caso 2, do que no Caso 1, principalmente pelo fato de que o hospital público se encontra vinculado à estrutura administrativa municipal.

Em conformidade com o que foi exposto por Botega et al. (2020), os hospitais públicos operam seguindo diversas normas governamentais. Esse arranjo organizacional permite uma maior proximidade entre Principal e Agente, o que resultou em uma atuação mais integrada nas tomadas de decisões relacionadas ao PO e à GCP. Estas decisões podem ser (i) prévias, de cunho mais estratégico, como por exemplo as decisões sobre o planejamento orçamentário; (ii) concomitantes às ações do hospital, de cunho mais tático e operacional, por exemplo, durante

a execução do orçamento; ou ainda (iii) à posteriori, voltadas para a avaliação e o controle das ações do hospital, por exemplo, àquelas relacionadas ao replanejamento orçamentário.

Tabela 7: Frequência das URs com a Temática Eixo AI (Caso 2)

Caso: Hospital 2									
Tipo de Codificação da Análise de Conteúdo: Temática Eixo/Temática Central									
Total de Unidades de Registro para a temática eixo Assimetria Informacional (AI): 200									
URs com temática eixo AI extraídas das entrevistas								FR % total do Const. de 2ª Ordem na UR	
Registros que Afirmaram a Existência de AI								SA	RM
UR	Qtde	Construto de 1ª Ordem	Qtde	FR %	Construto de 2ª Ordem	Qtde	FR %		
AI	107	No PO	70	65,4%	Seleção Adversa	41	38,3%	56,1%	43,9%
					Risco Moral	29	27,1%		
		Na GCP	37	34,6%	Seleção Adversa	19	17,8%		
					Risco Moral	18	16,8%		
Registros que Negaram a Existência de AI								SA	RM
UR	Qtde	Construto de 1ª Ordem	Qtde	FR %	Construto de 2ª Ordem	Qtde	FR %		
Não AI	93	No PO	57	61,3%	Seleção Adversa	35	37,6%	58,1%	41,9%
					Risco Moral	22	23,7%		
		Na GCP	36	38,7%	Seleção Adversa	19	20,4%		
					Risco Moral	17	18,3%		
Saldo dos Registros que tratam sobre AI								SA	RM
UR	Qtde	Construto de 1ª Ordem	Qtde	FR %	Construto de 2ª Ordem	Qtde	FR %		
Saldo para AI	14	No PO	13	92,9%	Seleção Adversa	6	42,9%	42,9%	57,1%
					Risco Moral	7	50,0%		
		Na GCP	1	7,1%	Seleção Adversa	0	0,0%		
					Risco Moral	1	7,1%		

Legenda:

UR: Unidade de Registro; AI: Assimetria de Informação; PO: Processo Orçamentário; GCP: Gestão das Competências Profissionais; SA: Seleção Adversa; RM: Risco Moral; FR: Frequência Relativa; Qtde: Quantidade.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para todas as situações supramencionadas foi comprovada maior agilidade para o Caso 2, quando comparadas com àquelas encontradas no Caso1, fruto da melhor interação entre Principal e Agente. Consequentemente, essa maior interação resultou em repasses financeiros mais condizentes com as reais necessidades do hospital do Caso 2.

Vale destacar que a realidade relativa à defasagem da tabela SUS, assola todos os hospitais que atendem pacientes do sistema público de saúde, logo não é diferente para o Caso 2, e reforça os argumentos de Guerra (2011) sobre a inadequação do reembolso da tabela SUS

frente às operações dos hospitais. Entretanto, o hospital do Caso 2 conta com o auxílio de repasses complementares da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

É interessante lembrar que no primeiro caso foi relatado durante as entrevistas que não havia muita preocupação por parte do governo municipal com as ações, as reais necessidades e o desempenho do hospital filantrópico. Foi exposto ainda, que parte desse comportamento do Estado se deve pelo fato de que parcela da sociedade atua com pressões e julgamentos independentes sobre cada uma das organizações, pensando que ambos são diferentes e independentes, visto que o hospital não é vinculado diretamente à estrutura administrativa do Estado.

Em contraponto, no Caso 2 foi mencionado que há preocupação excessiva do ente municipal sobre as ações do hospital, visto que a visão da sociedade sobre atuação do governo municipal na área de saúde está diretamente vinculada ao desempenho deste hospital, pois este pertence a mesma estrutura organizacional do Estado.

Sobre a Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário, foi revelada na análise de conteúdo das entrevistas uma maior dualidade ente SA e RM para o hospital público, do que para o filantrópico. Proporcionalmente, há um maior saldo de AI relacionada à problemas de natureza comportamental no Caso 2, principalmente com relação ao uso dos recursos do hospital. No Caso 2 foi relada e percebida uma maior despreocupação com a coisa pública.

Com relação à Gestão das Competências Profissionais no hospital público, em comparação ao primeiro caso, não há profissionais terceirizados (contratados mediante contrato de prestação de serviços), apenas servidores públicos que ingressaram no hospital por meio de processo seletivo, seja na modalidade de contrato efetivo ou contrato por tempo determinado.

Esse fato auxilia na explicação do porquê o Risco Moral foi identificado no Caso 2 como sendo um problema de menor intensidade na Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais, quando comparado com o Risco Moral do Caso 1. Visto que no Caso 1 haviam mais profissionais terceirizados, a independência profissional foi citada com maior frequência nas URs.

Além disso, outros problemas de Risco Moral relacionados à Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais, que não foram relatados no Caso 1, foram destacados no Caso 2 pelos entrevistados, quais sejam: o comportamento de desídia dos profissionais do hospital público relacionado ao sentimento de segurança provocado pelo

vínculo efetivo de trabalho; e o senso de que o bem público não tem um dono específico ou alguém claramente citado, que possa zelar pela sua correta utilização.

A seguir serão discutidas a composição de cada uma das AIs, no PO e na GCP, quanto ao ambiente e ao momento de sua ocorrência para o Caso 2.

4.3.3 Assimetria de Informação no Processo Orçamentário

Como foi mencionado, há maior proximidade entre o ente público municipal e o hospital do Caso 2, fato que revelou melhorias no processo de comunicação e redução das AIs. Entretanto, essa proximidade com o hospital não ocorreu para todas as esferas de governo do Principal. Cabe lembrar que a figura do Principal na presente pesquisa constitui todo o aparato público que financia as atividades dos hospitais, isso inclui os entes governamentais federais e estaduais.

Quanto ao Governo Federal, assim como evidenciado no Caso 1, embora em menor grau, persiste o distanciamento do Principal para com as atividades do Agente, especificamente quanto às atividades de planejamento orçamentário e alinhamento no repasse de recursos.

Com relação ao Governo do Estado, foi evidenciado nas entrevistas que este é distante do hospital quase que por completo, com exceção de algumas poucas emendas parlamentares pactuadas entre ambos desde a origem do hospital. Inclusive, foi citado em quase todas as entrevistas que o hospital realiza procedimentos de média e alta complexidade sem amparo governamental adequado, ou seja, sem receber auxílio financeiro das instâncias superiores, fato que prejudica o desempenho do hospital.

A Tabela 8 evidencia a composição da Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário quanto ao ambiente de ocorrência, se externa ou interna, e quanto ao momento de ocorrência, se Ex Ante ou Ex Poste ao estabelecimento dos contratos para o estudo de Caso 2. Conforme exposto em seus resultados, a análise de conteúdo por temática eixo resultou em um saldo positivo de apenas 13 URs que indicam a presença de Assimetria Informacional no Processo Orçamentário.

As respostas que indicam a presença de AIs Externas, entre Principal e Agente, Ex Ante ao estabelecimento dos contratos, tratam de forma majoritária sobre a falta de interação dos entes governamentais das esferas federal e estadual nas etapas de elaboração e planejamento orçamentários, sendo que estes se limitam ao repasse de recursos. Segue o relato de um colaborador quando questionado sobre a relação dos entes governamentais com o hospital:

Entrevistado A:

De governo federal, são somente as portarias pactuadas de recursos de média e alta complexidade, com o estado eu te falo que hoje a maior deficiência de aporte financeiro é recurso estadual, então em cima de uma situação como essa o estado é deficitário no repasse financeiro, aonde a gente tem mais garantia de recebimento do governo federal do que do governo estadual (2022).

Tabela 8: Assimetria Informacional no Processo Orçamentário: Momento e Ambiente de Ocorrência (Caso 2)

Caso: Hospital 2							
UR		Momento da AI	Qtd	FR %	Ambiente da AI	Qtd	FR %
AI no PO (127 URs)	Sim	Ex Ante	40	57,1%	Externa	30	42,9%
					Interna	10	14,3%
	70	Ex Poste	30	42,9%	Externa	2	2,9%
					Interna	28	40,0%
	Não	Ex Ante	34	59,6%	Externa	32	56,1%
					Interna	2	3,5%
	57	Ex Poste	23	40,4%	Externa	18	31,6%
					Interna	5	8,8%
	Saldo	Ex Ante	6	46,2%	Externa	-2	-15,4%
					Interna	8	61,5%
	13	Ex Poste	7	53,8%	Externa	-16	-123,1%
					Interna	23	176,9%

Legenda:

UR: Unidade de Registro; AI: Assimetria de Informação; PO: Processo Orçamentário; FR: Frequência Relativa; Qtde: Quantidade.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em contraponto, as URs que negaram a presença de Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário, Externa e Ex Ante, relataram que o Agente tem um bom relacionamento com o ente público municipal, possibilitando uma alocação orçamentária mais efetiva dos recursos orçamentários, o que acaba por amenizar os efeitos nocivos do contato superficial com os demais entes governamentais. Seguem alguns dos relatos que ratificam essa informação:

Entrevistado A:

[...] é uma interação muito plena. Embora exista aí uma especificidade da parte hospitalar, que é um cenário bem típico, [...] o município muito focado na

parte de atenção básica, mas é uma parceria assim [...], aqui do município [...] eu te falo que é uma situação bem presente (2022).

Entrevistado B:

[...] a mesma equipe que elabora o orçamento da saúde é a equipe que elabora o orçamento do hospital [...] é fácil a confecção do orçamento, tanto a Lei Orçamentária Anual (LOA), como a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) são de fácil concepção por parte aqui da equipe orçamentária do hospital, o maior problema está na execução mesmo (2022).

Entrevistado G:

Aqui, por ser uma empresa pública, a gente tem um orçamento pré-determinado e aprovado, e não pode nunca ultrapassar esse orçamento [...] (2022).

Vale destacar que os processos de trabalho internos executados no hospital do Caso 2 foram citados como mais lentos e burocráticos em comparação com os resultados do Caso 1. No que cabe aos trâmites orçamentários, tais relatos foram compensados no Caso 2 pela comunicação mais ágil com os órgãos externos.

Os achados do Caso 2 ratificam que uma participação mais próxima dos entes públicos nos processos de elaboração e de planejamento orçamentários resultam em menos prejuízos para as etapas subsequentes, como a execução orçamentária. Tais resultados comprovam os achados de estudos anteriores como os de Chow el al (1988) e Fisher el al (2000), que identificaram um aumento dos efeitos nocivos provenientes da assimetria informacional mediante a falta de um planejamento mais participativo, bem como de Hansen e Van der Stede (2004) e Shastri e Stout (2008), que destacaram impactos negativos na alocação de recursos relacionados aos problemas de agência.

Além do fator supramencionado, as instruções públicas emitidas em âmbito nacional e municipal, quanto à orientação das organizações de saúde, servem de subsídio para a atuação financeira e orçamentária do hospital. Visto que o hospital do Caso 2 pertence à estrutura do ente público, o mesmo se submete à tais instruções. Situação diferente da encontrada no Caso 1, em que o hospital filantrópico carece de normativos e instruções mais específicos, condizentes com a sua realidade.

Quanto às assimetrias Externas e Ex Poste, as URs que atestaram a sua presença no Caso 2 foram extraídas das entrevistas principalmente com base nos impactos causados pela

defasagem da tabela SUS, sendo o problema mencionado com mais frequência (assim como no Caso 1). Segue o relato:

Entrevistado B:

[...] realmente ele (o repasse) está aquém daquilo que deveria entrar de recurso e o município já passa muito recurso próprio para custear esse hospital, então toda a diferença daquilo que eu sus não banca, o município tem que bancar [...] (2022).

Em contraponto às URs afirmativas, ficou ainda mais claro no Caso 2 o poder de controle exercido pelo Estado, de modo que as URs que negaram a presença de AI Externa Ex Poste foram superiores àquelas que confirmaram a sua presença. Visto que no Caso 2 há uma maior proximidade entre Principal e Agente, a função de órgão regulador do Estado teve ainda mais peso no Caso 2, do que a sua atuação de ente controlador sobre o hospital do Caso 1. O seguinte relato expõe a função mais punitiva do Estado, do que contributiva:

Entrevistado A:

[...] ele é mais punitivo do que educativo, [...] já virou uma verdade que o estado e o ministério enxerga a ponta sempre como o picareta e cabe a você demonstrar o contrário, ele não te dá um voto de honestidade, ele não te dá um voto de confiança, ele te dá o contrário, você é desorganizado, você é desestruturado, você é incompetente, você é desonesto, desde que você me prove o contrário (2022).

Além disso, a ausência de acompanhamento dos entes públicos no processo de execução orçamentária não foi relatada no Caso 2. As entrevistas expuseram que o ente público municipal auxilia o hospital durante o processo de execução orçamentária mediante orientações e revisões periódicas. Vale ressaltar que apesar do acompanhamento e do suporte que o ente público oferece ao hospital do Caso 2 durante o processo de execução orçamentária, foi constatado que a situação de insuficiência financeira do hospital ainda permaneceria, caso este contasse apenas com o repasse de verbas provenientes da tabela SUS para o financiamento de suas atividades, sem o repasse complementar municipal que é realizado periodicamente. Isso reforça ainda mais o argumento de que nem sempre é viável para o Estado o aumento de repasses financeiros e o ajustamento da tabela SUS, porém, podem ser pensadas medidas paliativas que gerem subsídio aos hospitais.

Quanto à Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário Interna Ex Ante, diferente do Caso 1, foi possível comprovar um planejamento orçamentário mais adequado para o hospital público, tanto para arrecadação de receitas, quanto para a alocação de despesas, devido à participação do Principal.

Entretanto, como foi mencionado, mesmo com uma comunicação mais efetiva a incompatibilidade financeira persiste, visto que o mecanismo de reembolso dos atendimentos realizados pelo SUS no Caso 2 é o mesmo do Caso 1, considerado defasado e insuficiente para atender às demandas do hospital.

De tal modo, assim como no Caso 1, no Caso 2 também foram verificadas práticas que denotam AI no PO Interna e Ex Poste à execução orçamentária, como: (i) a incrementação orçamentária, mediante repactuações; (ii) realocações de despesas; e (iii) demanda induzida pelo provedor, forçando atendimentos para maiores repasses. Aparentemente, todos os procedimentos são considerados necessários pela gerência dos hospitais para o replanejamento e a readequação do orçamento e dos fluxos financeiros.

Embora tais práticas indiquem falta de planejamento, deve-se frisar que o hospital estudado no Caso 2 também é considerado de “porta aberta”, com atendimento em variadas especialidades, sendo que algumas delas têm alta taxa de mortalidade. As previsões orçamentárias mesmo que mais assertivas no hospital público, precisam ser revistas com certa frequência. O relato de um dos entrevistados (Entrevistado A) evidencia uma situação proveniente da prática orçamentária incremental:

Entrevistado A:

[...] como a gente é porta de emergência e você não tem como fazer estimativa de demanda, ela é uma construção por base estatística, sempre se toma por base o ano anterior para criar um efeito estatístico para estimar a produção do ano seguinte (2022).

Além das Assimetrias de Informação no Planejamento Orçamentário Internas Ex Poste relatadas acima, foi possível perceber que a informação orçamentária a nível intraorganizacional não foi tratada com o mesmo cuidado em comparação ao Caso 1, o que provoca impactos negativos na Eficiência Técnica do Caso 2. Neste sentido, a tabela demonstrou que o principal ambiente problemático evidenciado no Caso 2 e que detêm a maior presença de Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário, é o intraorganizacional, seja Ex Ante ou Ex Poste ao estabelecimento do orçamento.

Durante a coleta de dados, o segundo hospital realmente demonstrou ser mais problemático que o primeiro com relação ao repasse de informações orçamentárias aos diversos níveis organizacionais. Segue o relato por um profissional quando questionado sobre a comunicação intraorganizacional:

Entrevistado A:

Poderia ser melhor trabalhado, tanto é que um dos objetivos [...] é criar uma base de informação mais alinhada e continuada, em nível de distribuição de informação de resultado financeiro para o restante do hospital (2022).

Tal cenário faz com que as informações compartilhadas entre Principal e Agente acabem por ser menos efetivas, pois ficam reservadas aos níveis mais estratégicos da organização, revelando um orçamento pouco participativo. Durante a coleta de dados, pôde-se perceber que existe uma comunicação próxima entre os níveis estratégicos e táticos, porém muito pouco é repassado para os níveis operacionais. Alguns trechos de entrevistas relataram que parte disso é provocado pelo baixo interesse dos próprios colaboradores com relação às informações econômicas do hospital, entretanto, outros relatos apontaram que não há um esforço do hospital em evidenciar essas informações, seja por reuniões com os colaboradores ou folhetos no ambiente hospitalar. Durante as observações *in loco*, foi possível atestar a ausência de divulgações sobre as informações econômicas, principalmente com relação ao orçamento do hospital. Segue outro relato:

Entrevistado D:

Eu acho que para o público em geral não fica claro, acho que mesmo que a informação esteja ali disponível, às vezes não é muito palatável para o usuário final. [...] internamente, [...] eu não vejo o servidor muito interessado nisso, sinceramente, eu não vejo (2022).

Assim como na relação voltada para a regulação, resta claro que a Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário se encontra presente na relação de agência direcionada para a supervisão, entre os órgãos públicos e os burocratas, porém, com menor intensidade. Além disso, a AI se comporta de modo diferente para ambas as relações de agência.

Vale destacar que para melhor discutir as inferências da pesquisa, o contato entre Principal e Agente foi segregado em um fluxo de informações, para tratar sobre a participação do Estado nos processos do hospital, e um Fluxo de Repasses Financeiros, para tratar sobre a

as necessidades e limitações financeiras do Principal e do Agente. Esse posicionamento coaduna com os argumentos expostos por Faria et al. (2011) de que a redução dos problemas de agência em uma organização pode advir de acordos de natureza financeira e não financeira, entre Principal e Agente. Essa divisão nos fluxos de comunicação será importante para as discussões e as inferências que seguem sobre a relação entre as AIs e as medidas de desempenho Eficiência Técnica e Qualidade dos Serviços Prestados.

4.3.4 Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais

Para fins de auxiliar na elucidação das discussões que seguem, a Tabela 9 apresenta a composição da Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais quanto ao ambiente de ocorrência, se Externa ou Interna, e quanto ao momento de ocorrência, se Ex Ante ou Ex Poste ao estabelecimento dos contratos, para o Caso 2.

Tabela 9: Assimetria Informacional na Competência Profissional: Momento e Ambiente de Ocorrência (Caso 2)

Caso: Hospital 2							
UR		Momento da AI	Qtd	FR %	Ambiente da AI	Qtd	FR %
AI na GCP (73 URs)	Sim	Ex Ante	19	51,4%	Externa	9	24,3%
					Interna	10	27,0%
	37	Ex Poste	18	48,6%	Externa	1	2,7%
					Interna	17	45,9%
	Não	Ex Ante	20	55,6%	Externa	11	30,6%
					Interna	9	25,0%
		Ex Poste	16	44,4%	Externa	1	2,8%
					Interna	15	41,7%
	Saldo	Ex Ante	-1	-100,0%	Externa	-2	-200,0%
					Interna	1	100,0%
	1	Ex Poste	2	200,0%	Externa	0	0,0%
					Interna	2	200,0%

Legenda:

UR: Unidade de Registro; AI: Assimetria de Informação; GCP: Gestão das Competências Profissionais; FR: Frequência Relativa; Qtde: Quantidade.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme exposto na Tabela 9, as URs extraídas das entrevistas por meio da análise de conteúdo apresentam uma grande dualidade de respostas. Embora os resultados da tabela não devam ser considerados de forma exclusiva para a construção das inferências, ela se aproxima das impressões obtidas durante a imersão do pesquisador no caso estudado, sendo que foi

percebida a baixa presença de Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais.

As explicações que podem ser fornecidas para os dados com relação às Assimetrias de Informação na Gestão das Competências Profissionais Interna e Externa Ex Ante, são similares àquelas que foram relatadas para a Seleção Adversa, enquanto as considerações sobre a Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais Internas e Externas Ex Poste, correspondem às explanações sobre o Risco Moral. Vale destacar que no hospital 2 os principais problemas de agência relatados estão relacionados com o RM, em específico àqueles vinculados com o ambiente interno dos hospitais, Ex Poste ao estabelecimento dos contratos de trabalho.

Os profissionais que atuam na área da saúde pública diretamente com os pacientes, especialmente àqueles que detêm contratos efetivos, foram frequentemente relacionados como sendo despreocupados com o uso adequado dos recursos públicos. Foi exposto que existe um senso incorreto por parte dos profissionais de que a coisa pública não tem um dono claramente relatado, alguém que zele pelo uso correto dos recursos. Seguem alguns relatos:

Entrevistado A:

[...] eu vejo que da parte dos servidores têm pouca responsabilidade com o recurso público, o pessoal não entende que fazer economias geram benefícios, são benefícios de aporte financeiro em seu próprio benefício, então eu vejo que o pessoal é bastante assim, relapso com respeito ao recurso público. Eu vejo que é falta de compromisso (2022).

Entrevistado B:

[...] a gente tem muito [...] essa percepção de que aquilo que é público não tem dono né, que às vezes a gente não vê na iniciativa privada [...] (2022).

Este último achado se vincula com a Teoria do Direito de Propriedade dos Bens Públicos, em que a responsabilização pelo desempenho das organizações públicas, incluindo o uso correto de seus recursos, recai sobre variados atores (Alchian & Demsetz, 1972; Jing, Xu, Lai, Mahmoudi & Fang, 2020).

Também sob a óptica da Teoria da Agência estas evidências coadunam com os argumentos de Eisenhardt (1989), que expõe que os comportamentos oportunistas do Agente podem advir do fato de que ele assume riscos desnecessários pois não está diretamente associado aos prejuízos de suas ações, o que se mostrou ser facilitado no caso do hospital

público pela falta de um dono expressamente designado sobre os bens ou pelo fato de que a penalidade do Principal é maior.

Além disso, foi relatado que os profissionais do hospital, com o passar dos anos, apoiados na estabilidade profissional, tendem a se tornar mais insubordinados, menos motivados e menos produtivos. É importante ressaltar que há contradições sobre esse posicionamento, e há profissionais que negam esse entendimento, entretanto, estes não correspondem à maioria dos entrevistados.

Os apontamentos majoritários caminham na direção dos achados da literatura que diferenciam as vertentes da competência, ora voltada para o termo “*competency*”, relacionado com as características do indivíduo, ora voltada para o termo “*competence*”, relacionada com a aptidão para o trabalho, conforme apontado por Battel-Kirk et al (2009), Concolatto et al (2017) e Fragelli e Shimizu (2012).

Foi constatado que no Caso 1 há um maior distanciamento entre Principal e Agente, portanto, uma estrutura menos padronizada quanto aos requisitos da competência profissional, um cenário que apesar de prejudicial para estabelecer padrões, pode contribuir para o aumento da criatividade e da motivação profissional, mais voltado para o termo *competency*.

Enquanto no Caso 2, tem-se um cenário com maior proximidade por parte do Estado, o que contribui para o estabelecimento de padrões, facilitando processos seletivos e avaliativos, porém, que pode limitar a criatividade e a motivação profissional, visto que a adequação ocorre do profissional para a atividade, um cenário que contribui mais para a vertente *competence*.

As URs que afirmam as Assimetrias de Informação na Gestão das Competências Profissionais Internas e Ex Poste, ainda destacaram que o hospital carece de medidas efetivas para a correção de comportamentos inadequados, principalmente por que os gestores se sentem desmotivados em aplicar medidas corretivas devido à morosidade do processo administrativo disciplinar.

Além da morosidade no processo de correção dos servidores, foi mencionado que o processo de avaliação dos colaboradores não visa necessariamente a avaliação das práticas dos profissionais, mas sim corresponde à um mecanismo de promoção salarial. Seguem o relato sobre o processo de avaliação do hospital:

Entrevistado E:

Sim, é feito a cada ano uma avaliação de desempenho de cada servidor, [...] eu vejo como uma coisa mais interna mesmo, mais ou menos no sentido de elevação de cargo, promoção, etc. (2022).

Outro ponto que indicou presença de Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais Interna Ex Poste para o segundo caso (assim como no Caso 1), foi a ocorrência da demanda induzida pelo provedor para maximizar o atendimento, tanto motivada pela organização, quanto pelos profissionais da área médica. Vale destacar que os profissionais também participam da demanda induzida pela organização, visto que são eles quem executam os atendimentos, mas neste caso não está relacionada as motivações pessoais dos profissionais.

A demanda induzida não foi relatada somente quanto aos atendimentos que são realizados para gerar maior reembolso, mas também quanto ao planejamento orçamentário do hospital, neste caso, relacionada à distribuição de recursos entre os setores. Essa prática também distorce a informação orçamentária, entre Principal e Agente, quanto aos interesses sociais. Segue um relato que expõe essa condição:

Entrevistado C:

[...] tem setor por exemplo, que se o teto orçamentário dele era de dez milhões esse ano, para o ano que vem ele coloca cem milhões, entende? Então às vezes eles chutam alto para poder ganhar, sabem que vão ganhar um pouco menos, então para ganhar aquele valor que mais ou menos eles conseguem trabalhar entende? (2022).

Em contraponto, as URs que negaram a presença de Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais Interna Ex Poste no Caso 2, principalmente relacionadas ao RM, indicam que internamente existe um processo estabelecido e consistente para a avaliação de desempenho dos profissionais. Embora esse processo de avaliação não tenha sido relacionado com a aplicação de medidas corretivas, ele pode redirecionar as ações dos profissionais mediante a emissão de *feedbacks*, bem como alinhar seus interesses aos interesses da organização.

Também houveram relatos sobre a Seleção Adversa (SA) no Caso 2 que, assim como para o RM, ficaram bem divididos. As URs negativas para a existência desse problema de agência atestam que a nível Interno, Ex Ante aos contratos, há um processo consistente de contratação no hospital, e que a nível Externo, Ex Ante, os procedimentos coadunam com os normativos e orientações emitidos pelo Principal, principalmente em relação à elaboração de novos editais para a assunção de vagas por concurso público.

Como no Caso 1, o hospital do Caso 2 (público) se utiliza dos normativos e instruções técnicas emitidas pelos órgãos públicos das instâncias superiores para tomar decisões

relacionadas ao aspecto da competência dos seus profissionais, como a qualificação, comportamentos, conhecimentos e atitudes. Além disso, as informações sobre os direitos e deveres de cada colaborador são transmitidas nas portarias e diários oficiais aos profissionais que pretendem ingressar no hospital mediante concurso, bem como são reforçadas na integração do profissional.

Estas práticas de alinhamento na Gestão das Competências Profissionais fortificam o estabelecimento de padrões de competência no meio profissional, o que conforme apontado por Shilton et al (2001), pode resultar em efeitos tanto positivos, para o desenvolvimento de processos seletivos e avaliativos melhor definidos, quanto negativos, limitando a criatividade e a motivação dos profissionais.

As respostas que indicaram a presença de Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais Externa e Ex Ante, foram extraídas dos relatos que enfatizaram a não participação do Estado no processo operacional de contratação do hospital. Entretanto, a autonomia no processo operacional do hospital não significa que ele não esteja atuando sob orientação dos órgãos públicos.

Também foi relatado que apesar de o hospital ter um processo adequado quanto a contratação por concursos, este aspecto poderia ser melhor trabalhado, visto que nem sempre as competências exigidas nos processos seletivos coadunam com as necessidades do hospital. Mesmo que mais sutil que no Caso1, há presença de Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais do Caso 2. Segue o relato do Entrevistado A:

Entrevistado A:

[...] hoje o hospital por ser público, ele é por concurso, então a pessoa que passou no concurso está apta a assumir a função. Deveria haver um trabalho mais intenso na identificação de competências, de aptidões e nas métricas e nos parâmetros de entrega, deveria ser melhor (2022).

Conforme exposto, a Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais, assim como no PO, é relativamente menor para o Caso 2, quando comparado ao Caso1. Isso se deve principalmente pela proximidade do Estado com o hospital, visto que fazem parte da mesma estrutura administrativa.

4.3.5 Medidas de Desempenho

Com relação à ET, foi possível constatar que no Caso 2 existem desperdícios e má utilização de recursos. Em grande parte, essas inferências foram relatadas nas entrevistas como sendo uma consequência de ações propositais por parte dos profissionais que ocupam cargos efetivos no hospital. Não que os profissionais danifiquem propositalmente os materiais do hospital, mas os relatos indicam que eles não têm a devida cautela no manuseio dos recursos. Primeiramente isso é atribuído ao fato de que os recursos não são associados a um indivíduo específico, mas sim à sociedade de forma geral, o que causa uma sensação de maior liberdade no seu manuseio. Em segundo, pelo fato de que alguns profissionais se valem dos benefícios do contato efetivo de trabalho, conscientes de que a punição é tardia.

Dado o ambiente organizacional do Caso 2, de natureza pública e vinculado diretamente à estrutura administrativa do Estado, foi possível verificar que tais condições acabaram por proporcionar um maior volume de repasses financeiros do ente governamental municipal para com o hospital, condição que potencializa o acometimento de desperdícios.

Nestas condições, além da sensação de irresponsabilidade sobre a coisa pública e acomodação pela condição de trabalho, surge nos profissionais o sentimento de que há maior folga financeira na organização e conseqüentemente maior disponibilidade de recursos, elevando a sensação de liberdade no manuseio dos bens do hospital.

Além disso, assim como no Caso 1, no hospital do Caso 2 há relatos que indicam ociosidade por parte dos profissionais acima de um nível considerado aceitável, o que provoca desperdício dos recursos de natureza humana.

A variável Qualidade dos Serviços Prestados voltada para a acessibilidade aos serviços de saúde se mostrou presente no Caso 2. Não foram relatados problemas quanto à região do hospital, nem longas filas de espera. Além disso, o hospital fornece atendimento em variadas especialidades médicas, ampliando seu escopo de atendimento.

Foi citado que por vezes os pacientes aguardam mais tempo devido ao fato de que os atendimentos são realizados por prioridades médicas, conforme a gravidade da doença ou do acidente. Como no Caso 1, o hospital do Caso 2 também adere aos atendimentos de urgência e emergência, bem como doenças mais graves.

O aspecto da Qualidade dos Serviços Prestados voltada para o resultado é afetado pelo índice de mortalidade no Caso 2, entretanto, este foi relatado como sendo aceitável pelas condições do hospital. Quando questionados sobre a satisfação dos pacientes, os profissionais

responderam que o hospital é bem conceituado pela sociedade de forma geral, reclamações pontuais existem, porém, nada que generalize a má qualidade. Muitas vezes os pacientes movem reclamações por não entender as limitações do SUS.

Também foi relatado que em termos de estrutura o hospital foi reformado recentemente, sendo que as instalações se encontram adequadas para o atendimento. Há ressalvas por parte de alguns funcionários, alegando que as instalações do hospital não estão irregulares, mas que poderiam ser melhoradas. Durante as observações, foi possível notar que há alguns blocos do hospital em melhores condições do que outros.

Dentre todos os equipamentos a disposição do hospital para realizar exames, foram citados que existem apenas dois atualmente em conserto. A danificação de equipamentos foi citada como regular, principalmente pela má utilização dos profissionais, porém a sua readequação foi relatada como tempestiva, não gerando demoras excessivas nos atendimentos.

Similarmente ao primeiro caso, a qualidade dos processos foi considerada o fator mais crítico. Foram revelados nas entrevistas que os POPs são revisados mensalmente, entretanto, na análise por observação, foi possível notar que alguns processos de trabalho são confusos para os colaboradores e que, por vezes, não se encontram disponíveis de uma forma rápida e em locais fixos. Segue um dos relatos que trata sobre a utilização dos POPs:

Entrevistado A:

Cada setor tem um POP, inclusive em fase de revisão, reconstrução e construção de novos POPs, mas não são bem utilizados, poderia ser melhor, tem aqueles fluxogramas operacionais nos setores, mas deveria ser melhor, porque a gente não tem essa situação bem atualizada [...] (2022).

Além disso, mais uma vez foram relatadas falhas de natureza humana que afetam os processos do hospital. Quanto ao quesito qualidade, tanto para o primeiro caso, quanto para o segundo, as falhas processuais mais relatadas se voltam para os recursos humanos da organização. Pode-se assumir que dentre os recursos analisados, estes são os mais complexos e difíceis de se administrar nos hospitais.

Também no sentido de amenizar respostas e conclusões tendenciosas, assim como na análise do Caso 1, a Tabela 10 apresenta a frequência das URs identificadas nas entrevistas, bem como o posicionamento de cada respondente para as questões abordadas.

Os respondentes foram denominados de A até H e disponibilizados aleatoriamente, para que não seja possível a sua identificação pelo nome, nem pela função exercida. O

posicionamento do entrevistado para cada varável, segue abaixo da contagem das respostas positivas e negativas.

Os resultados evidenciados na Tabela 10 guardam similaridade com as informações extraídas do Caso 1. Considerando a proporção das respostas positivas e negativas, a ausência de Eficiência Técnica foi mais representativa do que a ausência de qualidade. O saldo entre as afirmações e rejeições para a variável Qualidade dos Serviços Prestados foi quase nula.

Tabela 10: Frequência das URs e Posicionamento dos Respondentes com as Temáticas Eixo ET e QL

Resp.	ET por UR		QL por UR								ET por Questão		QL por Questão	
			QL/ES		QL/PR		QL/RS		QL/AC					
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
A	0	7	2	2	1	8	3	4	3	0	0	5	8	12
	Não		Nulo		Não		Não		Sim		Não		Não	
B	0	7	1	1	1	3	1	0	0	0	0	5	2	3
	Não		Nulo		Não		Sim		Nulo		Não		Não	
C	0	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	Não		Nulo		Nulo		Nulo		Nulo		Não		Nulo	
D	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
	Sim		Sim		Nulo		Nulo		Nulo		Sim		Sim	
E	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0
	Não		Sim		Nulo		Sim		Nulo		Não		Sim	
F	2	3	2	3	2	7	1	2	2	0	1	3	4	8
	Não		Não		Não		Não		Sim		Não		Não	
G	1	0	0	2	3	5	0	0	0	0	1	0	2	4
	Sim		Não		Não		Nulo		Nulo		Sim		Não	
H	2	0	3	1	3	2	1	2	4	0	2	0	10	4
	Sim		Sim		Sim		Não		Sim		Sim		Sim	
Total	6	19	12	11	10	25	7	8	9	0	5	15	29	31
	24%	76%	52 %	48%	29 %	71%	47 %	53 %	100 %	0%	25 %	75%	48 %	52%
	Não ET		Sim		Não		Não		Sim		Não ET		Não QL	
			38				44							
			46,34%				53,66%							
			Não QL											

Legenda:

ET: Eficiência Técnica; QL: Qualidade; ES: Estrutura; PR: Processo; RS: Resultado; AC: Acesso; UR: Unidade de Registro; Resp.: Respondente.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota-se que a ausência de qualidade nos processos organizacionais (QL/PR) se assemelha com o saldo que indica ausência de ET, e talvez a má utilização dos recursos da

organização possa estar diretamente ligada aos processos de baixa qualidade do hospital. Também pode ser que uma maior acessibilidade (QL/AC) por parte dos pacientes aos serviços de saúde tenha impactos negativos sobre a utilização dos recursos do hospital (ET), visto que os atendimentos são intensificados. Estas são todas discussões que excedem o objetivo deste estudo, mas poderiam ser investigadas futuramente.

4.3.6 Atuação da Governança Corporativa

Diferentemente do Caso 1, foi relatada uma participação atuante do Conselho Diretivo do hospital tanto nas atividades da área administrativa, quanto nas da área clínica hospitalar. Visto que o conselho é formado tanto por profissionais das áreas administrativa e médica, essa atuação em duas frentes era esperada.

O fato dos membros do Conselho Diretivo ocuparem cargos de gestão na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) se mostrou como um ponto profícuo para a redução da AI entre Principal e Agente. Esse cenário foi relatado como imprescindível para a agilidade dos processos do hospital, principalmente com relação às questões orçamentárias e financeiras. Segue um dos trechos das entrevistas:

Entrevistado F:

Eu acredito que as gerências tem que estar sempre perto para as coisas darem certo, tem que estar perto [...] (2022).

As entrevistas revelaram que há um organograma estabelecido no ambiente hospitalar e que as responsabilidades dos colaboradores são claras. Quanto a esse quesito, houve um destaque positivo para o Caso 2 em comparação ao Caso 1. Entretanto, o organograma empresarial não foi disponibilizado para aferição por observação.

Este tópico se dedicou apenas à contextualização da Atuação da Governança Corporativa no Caso 2. A interação entre a AGC com as variáveis AI, ET e QL será aprofundada na seção a seguir.

4.4 ANÁLISE CONJUNTA DOS CASOS

4.4.1 Apresentação e Discussão das Variáveis (Caso Múltiplo)

Durante a condução das investigações ficou evidente a existência de assimetria informacional entre os órgãos públicos e os hospitais no processo de planejamento e elaboração dos orçamentos hospitalares, ocasionando diversos problemas na etapa de execução dos mesmos, dentre os quais se destacaram as previsões de gastos incondizentes com a realidade, fato que demanda constantes realocações orçamentárias e aberturas de créditos adicionais no decorrer do exercício social adotado pela contabilidade pública.

Também foi verificado que as informações compartilhadas entre Principal e Agente têm dificuldade em atingir sua efetividade no ambiente intraorganizacional hospitalar. Tal cenário indica a ausência de participação dos profissionais do hospital na gestão orçamentária, devido à falta de disseminação de informações no ambiente interno, problema que poderia ser amenizado mediante uma maior participação e pressão exercidas por parte dos órgãos estatais, estes achados corroboram com os argumentos de Kihn (2011).

Além dos fatores organizacionais, essa dificuldade no repasse interno de informações entre os níveis estratégicos e operacionais, também se mostrou presente pela falta de interesse dos profissionais que ocupam funções clínicas quanto ao gerenciamento de informações orçamentárias e financeiras, um fator que se mostrou fortemente presente no contexto hospitalar. Não se pode esquecer que as organizações hospitalares lidam com fortes incertezas ambientais, típicas das atividades de saúde, sendo que este cenário dificulta a possibilidade de maior assertividade no planejamento orçamentário.

Pôde-se verificar também que a carência de proximidade entre Principal e Agente nas etapas estratégicas do orçamento, não se repete nas etapas de avaliação e controle dos gastos executados pelos hospitais, visto que há diversos envolvidos nesse processo, como tribunais de contas, auditores de contas públicas/médicas, observatórios sociais, câmaras de vereadores e de deputados, entre outros, bem como variados mecanismos de controles internos e externos na administração pública, que atuam na verificação das informações sobre as etapas de execução orçamentária dos hospitais.

Tal fato se consubstancia, a título de exemplo, na auditoria das contas médicas sobre os atendimentos realizados pelo SUS para posterior repasse de recursos aos hospitais conforme a tabela vigente do SUS. Ressalta-se que na prática hospitalar pública, o complemento de recursos financeiros oriundos de outras fontes de financiamento, como o repasse de recursos advindos de fontes municipais, se mostrou imprescindível para que seja possível manter uma saúde financeira relativamente estável nas organizações hospitalares, principalmente pela defasagem da tabela SUS.

Faz-se importante frisar que existe a necessidade dos órgãos públicos não apenas dotarem os hospitais com mais recursos, mas sim implantar melhores mecanismos de controle, pois o aumento de repasses financeiros deixa brechas para o acometimento do Risco Moral.

A Tabela 11 evidencia a frequência com que as URs relacionadas à AI foram identificadas nas transcrições das entrevistas realizadas em ambos os hospitais:

Tabela 11: Frequência das URs com a Temática Eixo AI (Caso Múltiplo)

Caso: Múltiplo (Visão Consolidada)									
Tipo de Codificação da Análise de Conteúdo: Temática Eixo/Temática Central									
Total de Unidades de Registro para a temática eixo Assimetria Informacional (AI): 463									
URs com temática eixo AI extraídas das entrevistas								FR % do Const. de 2ª Ordem na UR	
Registros que Afirmaram a Existência de AI								SA	RM
UR	Qtde	Construto de 1ª Ordem	Qtde	FR %	Construto de 2ª Ordem	Qtde	FR %		
AI	308	No PO	189	61,4%	Seleção Adversa	137	44,5%	61,0%	39,0%
					Risco Moral	52	16,9%		
		Na GCP	119	38,6%	Seleção Adversa	51	16,6%		
					Risco Moral	68	22,1%		
Registros que Negaram a Existência de AI								SA	RM
UR	Qtde	Construto de 1ª Ordem	Qtde	FR %	Construto de 2ª Ordem	Qtde	FR %		
Não AI	155	No PO	88	56,8%	Seleção Adversa	43	27,7%	50,3%	49,7%
					Risco Moral	45	29,0%		
		Na GCP	67	43,2%	Seleção Adversa	35	22,6%		
					Risco Moral	32	20,6%		
Saldo dos Registros que tratam sobre AI								SA	RM
UR	Qtde	Construto de 1ª Ordem	Qtde	FR %	Construto de 2ª Ordem	Qtde	FR %		
Saldo para AI	153	No PO	101	66,0%	Seleção Adversa	94	61,4%	71,9%	28,1%
					Risco Moral	7	4,6%		
		Na GCP	52	34,0%	Seleção Adversa	16	10,5%		
					Risco Moral	36	23,5%		

Legenda:

UR: Unidade de Registro; AI: Assimetria de Informação; PO: Processo Orçamentário; GCP: Gestão das Competências Profissionais; SA: Seleção Adversa; RM: Risco Moral; FR: Frequência Relativa; Qtde: Quantidade.

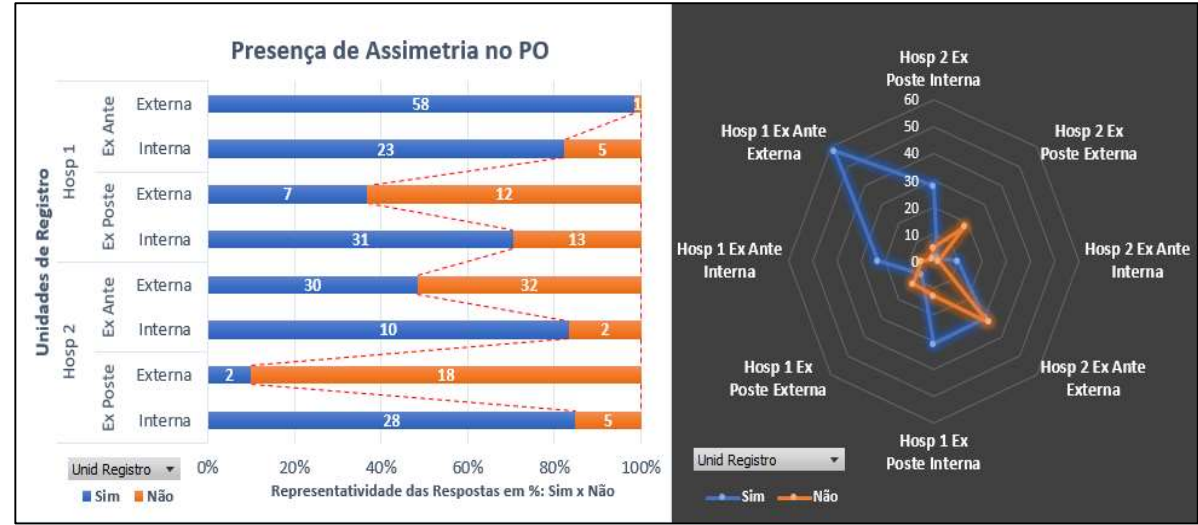
Fonte: Elaborado pelo autor.

A análise múltipla dos estudos de caso possibilitou comparar duas realidades distintas quanto à AI no PO e na GCP. Alguns achados que as URs proporcionaram ao estudo, são: que o saldo da AI no PO para o Caso 1 foi totalmente relacionado com o problemas de SA, enquanto no hospital 2 foi dividido em SA e RM; e que o saldo de AI na GCP foi totalmente relacionado ao RM no Caso 2, enquanto no hospital 1 foi dividido em SA e RM.

Os achados também revelaram uma maior presença de problemas relacionados com informações ocultas (SA) no ambiente do hospital filantrópico, enquanto no ambiente de atuação do hospital público foi revelada maior presença de problemas inerentes às ações ocultas dos profissionais (RM).

Para melhor elucidar as respostas obtidas nas Tabelas 3, 7 e 11, foram elaborados os gráficos das figuras 9 e 10, que colocam em paralelo a AI presente nos hospitais 1 e 2. A figura 9 evidencia a presença de Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário.

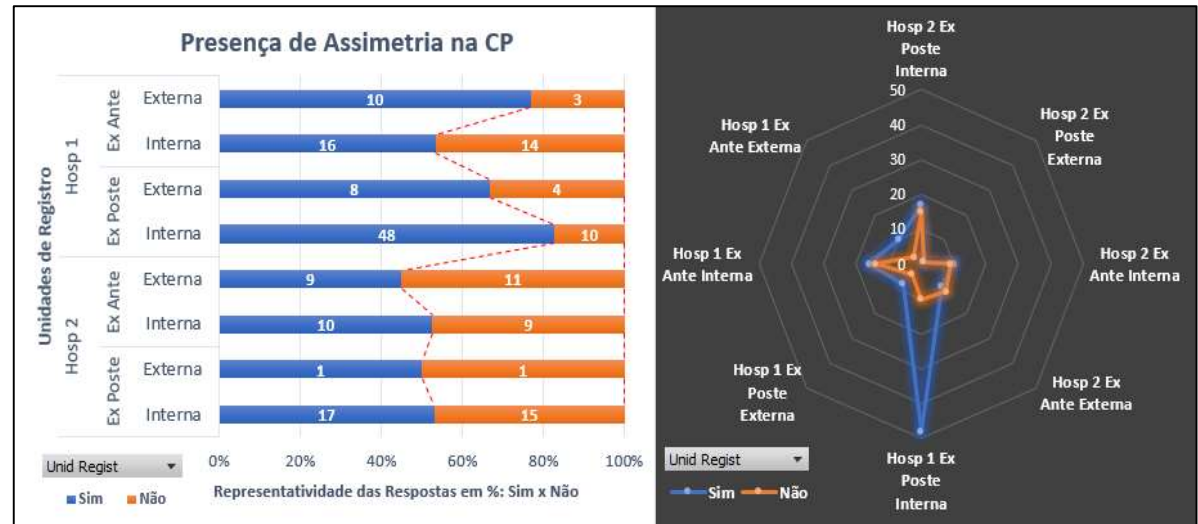
Figura 9: Comparação da AI no PO (Casos 1 e 2)



Fonte: Elaborado pelo autor.

A figura 10 evidencia a presença de AI na GCP em paralelo para ambos os casos.

Figura 10: Comparação da AI na GCP (Casos 1 e 2)



Fonte: Elaborado pelo autor.

Principalmente pelo fato do hospital público (Caso 2) se encontrar vinculado à estrutura do governo municipal, a administração pública é mais participativa nos processos orçamentários e de seleção, contratação e avaliação dos profissionais, enquanto no hospital filantrópico (Caso 1), há maior grau de independência nestes processos, sendo que o ente público não tem preocupação aparente sobre eles, salvo os normativos de orientação geral.

O Quadro 4 apresenta um resumo destacando as principais AIs identificadas nos ambientes organizacionais dos hospitais durante a imersão no campo de estudo. Ao longo dos resultados apresentados em sequência, podem ser identificados os problemas de maior ou menor relevância em ambos os casos de estudo.

Quadro 4: Problemas de Agência identificados nos Estudos de Caso 1 e 2

AI no PO			
Ambiente	Momento	Ator	Descrição
Externa	Ex Ante	Principal	- Ausência de normativos que visem instruir/direcionar o planejamento orçamentário dos hospitais;
			- Falta de acompanhamento nos processos de planejamento e elaboração orçamentários dos hospitais;
	Agente	- Falta de comunicação com os entes públicos nos processos de planejamento e elaboração orçamentários;	
		- Demanda orçamentária induzida;	
	Ex Poste	Principal	- Falta de acompanhamento e avaliação no processo de execução orçamentária dos hospitais;
			- Demora no repasse de recursos financeiros;
Agente	- Repasses financeiros inadequados à execução hospitalar (por exemplo: reajuste da tabela SUS);		
	- Repasse de informações incorretas e/ou intempestivas para os entes públicos sobre a execução orçamentária hospitalar;		
Interna	Ex Ante	Agente	- Ausência de planejamento orçamentário;
			- Falta de comunicação entre os níveis estratégicos, táticos e/ou operacionais do hospital nos processos de planejamento e elaboração orçamentários (orçamento não participativo);
	Ex Poste	Agente	- Realocações e ajustes orçamentários;
			- Falta de comunicação entre os níveis estratégicos, táticos e/ou operacionais do hospital durante o processo de execução orçamentária (orçamento não participativo);
			- Inobservância do planejamento orçamentário inicial durante a etapa de execução orçamentária;
			- Inobservância do princípio da economicidade durante a etapa de execução orçamentária;
- Falta de acompanhamento do Conselho Diretivo e dos Gestores sobre a execução orçamentária do hospital;			

AI na GCP			
Ambiente	Momento	Ator	Descrição
Externa	Ex Ante	Principal	- Ausência de normativos relacionados à saúde pública que especifiquem os requisitos necessários para a assunção de cargos nos hospitais;
			- Ausência de normativos e processos relacionados à saúde pública para correção de comportamentos inadequados;
			- Falta de acompanhamento no processo de planejamento e elaboração dos requisitos profissionais para a assunção de cargos nos hospitais;
			- Falta de acompanhamento no processo de planejamento e elaboração dos processos seletivos para a assunção de cargos nos hospitais;
	Ex Poste	Agente	- Falta de comunicação com os entes públicos nos processos de planejamento e elaboração dos requisitos profissionais para a assunção de cargos nos hospitais;
			- Falta de comunicação com os entes públicos nos processos de planejamento e elaboração dos processos seletivos para a assunção de cargos nos hospitais;
		Principal	- Falta de acompanhamento e controle sobre atendimentos realizados pelo hospital;
			- Falta de acompanhamento no processo de avaliação de desempenho dos profissionais do hospital;
Interna	Ex Ante	Agente	- Falta de comunicação com os entes públicos sobre o processo de avaliação de desempenho dos profissionais do hospital;
			- Falta de comunicação com os entes públicos sobre procedimentos/comportamentos inadequados relacionados aos profissionais do hospital;
			- Ausência de planejamento nos processos seletivos para a assunção de cargos nos hospitais;
			- Ausência de planejamento nos processos de elaboração dos requisitos profissionais para a assunção de cargos nos hospitais;
	Ex Poste	Agente	- Ausência de comunicação adequada com os profissionais do hospital sobre os seus direitos e deveres;
			- Ausência de Procedimento Operacional Padrão (POP) escrito;
			- Ausência de normativos e procedimentos internos para a avaliação de desempenho dos profissionais do hospital;
			- Ausência de normativos e procedimentos internos para correção de comportamento inadequados;
			- Não aplicação dos procedimentos para avaliação de desempenho dos profissionais do hospital;
			- Ausência de procedimentos para acompanhamento e avaliação da execução dos POPs;
			- Falta de acompanhamento do Conselho Diretivo e dos Gestores para com seus subordinados na execução dos serviços públicos de saúde;
			- Demanda de atendimentos induzida pelo provedor, enquanto organização;
			- Demanda de atendimentos induzida pelo provedor, enquanto profissional de saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor.

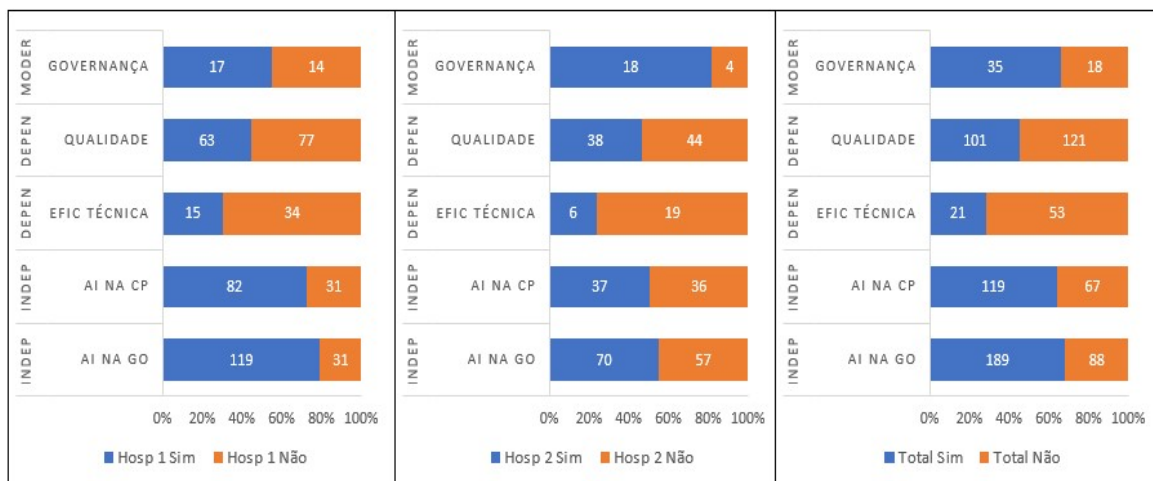
Conforme o Quadro 4, pode-se observar que os problemas de agência Ex Poste, normalmente, ou quase sempre, se relacionam com o Risco Moral, provenientes de ações ocultas motivadas por comportamentos intencionais, como por exemplo: atitudes omissas e ações fraudulentas.

Já os problemas Ex Ante, diferentemente da literatura mais taxativa que os associa exclusivamente com a Seleção Adversa, como os estudos de Eisenhardt (1989) e Lambert (2006), puderam ser identificados na pesquisa como sendo associados tanto aos comportamentos oportunistas (Risco Moral), como por exemplo a falta de motivação e/ou despreocupação na confecção de normativos e procedimentos adequados, quanto aos diferentes níveis de informação provocados por fatores não intencionais (Seleção Adversa), provenientes, por exemplo, dos repasses orçamentários incorretos por falta de informações adequadas, além de falhas processuais, procedimentais, políticas, ambientais, entre outras.

É importante frisar que pelo fato de este estudo adotar uma abordagem qualitativa, os resultados e considerações mais relevantes apresentados adiante foram tomados sob a perspectiva do próprio pesquisador, com base na análise de conteúdo de todos os dados obtidos, conforme propõe a técnica da triangulação dos dados. Não foram realizadas inferências pautadas exclusivamente na frequência das URs extraídas das entrevistas.

Tais considerações são importantes para as análises das Figuras 11 e 12. Utilizando-se das mesmas técnicas das análises anteriores, mediante respostas afirmativas e negativas, a Figura 11 evidencia a relação entre as categorias teóricas abordadas no estudo, conforme a frequência das URs extraídas nas entrevistas, para os Casos 1, 2 e Misto (ou Múltiplo) em sequência.

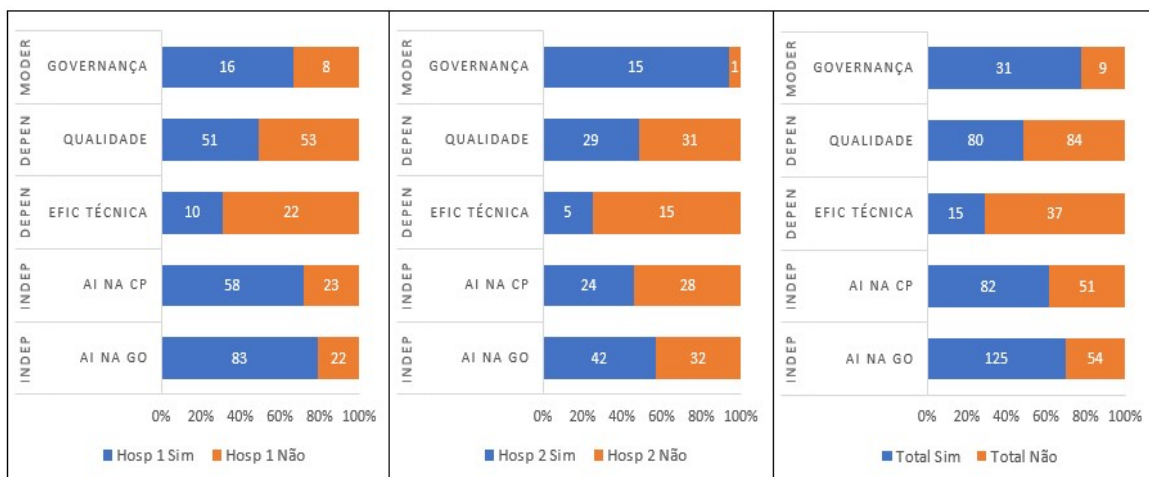
Figura 11: Comparação das URs referentes às Variáveis do Estudo (Casos 1, 2 e Múltiplo)



Fonte: Elaborado pelo autor.

A figura 12 evidencia a relação entre a relação entre as categorias teóricas abordadas no estudo, conforme o posicionamento dos respondentes perante as questões realizadas, uma visão que busca amenizar o viés provocado pela repetição de URs no discurso de cada respondente.

Figura 12: Comparação do Posicionamento dos Respondentes sobre as Variáveis do Estudo (Casos 1, 2 e Múltiplo)



Fonte: Elaborado pelo autor.

Apesar dos cenários identificados nos Casos 1, 2 e Misto (ou Múltiplo) estarem em paralelo nas Figuras 11 e 12, não se pretende sugerir ou incitar comparações estatísticas entre eles, mas sim fornecer uma visão mais ampla do comportamento das variáveis em cada cenário e no estudo como um todo.

Pode-se notar que foi identificada presença consideravelmente maior de AI no hospital do Caso 1 em comparação com o hospital do Caso 2. Isso se deve principalmente pelo fato de que o primeiro não pertence à mesma estrutura administrativa do Estado, enquanto o segundo possui vínculo direto com a Secretaria de Saúde.

A Atuação da Governança Corporativa foi mais citada no Caso 2, do que no Caso 1. Isso se deve principalmente pela participação do Conselho Diretivo do hospital, sendo que no Caso 2 o presidente do Conselho Diretivo do hospital é a mesma pessoa que o Secretário de Saúde. Para ambos os casos, a hierarquia e a responsabilização pelas atividades da organização foram consideradas mal estruturadas.

Quando observadas as medidas de desempenho dos hospitais, conforme os dados levantados na análise de conteúdo das entrevistas, não se nota uma diferença significativa entre

ambos os casos de estudo, nem uma variação diretamente proporcional à variação que ocorre nas AIs.

Cabe frisar que essa ausência de relação da AI com o desempenho entre os casos de estudo, não é o ponto focal para as conclusões do mesmo. Não se trata de uma pesquisa essencialmente quantitativa. Há diversos outros fatores que se relacionam ou derivam da AI, mas que não são necessariamente problemas informacionais, e que podem influenciar a Eficiência Técnica e a Qualidade dos Serviços Prestados para ambos os casos. dentre os quais foram citados no estudo: a escassez de recursos; o sentimento de pertença; e a não vinculação dos bens públicos à um dono deliberadamente relatado.

Em contraponto, deve-se atentar para o fato de que em ambos os estudos de caso há menção sobre a presença de Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário e na Gestão das Competências Profissionais (em maior ou menor grau) e a ausência de ET e de QL. Argumentar de que forma esses cenários podem estar relacionados é o objetivo principal das inferências que seguem no tópico seguinte.

4.4.2 Inferências sobre as Proposições do Estudo (Caso Múltiplo)

Feitas as considerações iniciais, cabe retomar as proposições realizadas no início do estudo. A proposição 1 expôs que a Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário hospitalar, entre principal e agente, afeta negativamente a Eficiência Técnica hospitalar. O que se percebeu ao imergir no campo de estudo, é que a distância existente entre os entes públicos e os hospitais (nos seus variados níveis organizacionais) nas etapas de planejamento e de elaboração da peça orçamentária hospitalar, afeta de forma negativa a ET. Tal distanciamento contribui com a aprovação de um orçamento mal elaborado e incondizente com as reais necessidades do hospital, principalmente porque o Estado é o principal responsável pelo financiamento destas instituições. Sem um acompanhamento prévio e próximo por parte dos entes públicos, os hospitais se sentem inseguros na previsão de suas receitas e ainda mais na fixação de suas despesas, atuando em um ambiente financeiro incerto.

Estes resultados coadunam com os achados de Kyj e Parker (2008) e Shields e Shields (1998), os quais identificaram que um orçamento mais participativo, além de outros benefícios, pode auxiliar na tratativa de incertezas ambientais, de incertezas no desenvolvimento de tarefas, na redução de assimetrias informacionais entre os níveis hierárquicos de uma organização,

reforçando a interdependência dos setores organizacionais, bem como, facilitando a comunicação entre gestores e subordinados.

Essa situação de distanciamento se ramifica em problemas relacionados com a má utilização de recursos públicos (gerando desperdícios) e num comportamento pouco engajado por parte dos profissionais do hospital com as premissas orçamentárias, problemáticas desde a sua elaboração. Se o planejamento orçamentário não é claro para todos os níveis da organização, pelo menos em algum momento do fluxo de informações, e detêm falhas graves, situações de ineficiência se intensificam na etapa de execução dos serviços públicos. Esse resultado corrobora com os achados de Brown et al. (2017), Fisher et al. (2002) e Karila et al. (2019), os quais evidenciaram que um orçamento elaborado de forma mais participativa resulta em uma gestão mais eficiente, direcionamento para diminuir custos e aumentar resultados. Além disso, também vai ao encontro dos achados de Ancarani et al. (2009), que expuseram que assimetrias informacionais contribuem para o aumento dos custos e para a redução da eficiência.

Não se pode dizer que os problemas inerentes ao repasse de informações intraorganizacionais, dos níveis estratégicos, para os níveis operacionais dos hospitais, isentam os órgãos públicos da responsabilidade sobre os problemas de agência que ocorrem no ambiente do agente. Por vezes foi relatada a falta de interesse do Principal no ambiente organizacional hospitalar, sendo que o Estado assume unicamente a função de financiador, mas não atua de forma participativa sobre o planejamento do gasto público.

Destarte, a relação dos entes públicos com os hospitais, em consideração ao controle da execução orçamentária, se mostrou muito proativa e eficiente, porém, insuficiente para tratar os problemas relacionados à ET. Os controles sobre a produção hospitalar são executados à posteriori sobre os atendimentos, portanto contribuem pouco no sentido de ser uma medida educativa, mas se sobressaem no quesito punição, visto que no momento em que são colocados em prática, os erros e desperdícios já foram cometidos.

Foi observado no Caso 1 que existe um ponto de ruptura nessa relação negativa, em que os problemas de agência relacionados ao aumento da escassez de recursos, como por exemplo, a defasagem da tabela SUS, passam a ter um efeito contrário sobre a ET. Isso indica que quando há expressiva defasagem financeira na relação entre a produção hospitalar e o reembolso, tal situação faz com que o orçamento seja trabalhado mediante uma alocação mais restritiva das verbas orçamentárias, sendo capaz de amenizar os efeitos nocivos que a Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário causa na ET. Tais inferências corroboram com os achados de Fisher et al. (2002), os quais alegaram que a prática de alocação orçamentária de

recursos escassos, pode reduzir a folga orçamentária e consequentemente o sentimento de que existe maior liberdade de gastos.

Segue um relato que ratifica os argumentos acima:

Entrevistado A (Caso 1):

[...] quando a gente presta contas se eles entenderem que não foi adequado, que tem alguma coisa errada, a gente não recebe, então por isso a gente tem que trabalhar da melhor maneira possível [...] (2022).

A situação supramencionada fica ainda mais evidente com os dados colhidos e observados no Caso 2, em que o hospital conta com um maior volume de repasses financeiros, mediante o envio de verbas complementares municipais, situação que culminou em relatos sobre um maior volume de desperdícios e descasos com os bens públicos, visto que há uma impressão de maior disponibilidade de recursos por parte dos colaboradores hospital.

Assim, pode-se admitir que a Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário tenha um comportamento diferente em contextos organizacionais com remunerações mais livres, com maiores folgas financeiras e orçamentárias, em comparação à cenários que operam mediante remunerações compensatórias, como no caso de hospitais públicos e filantrópicos financiados exclusivamente ou majoritariamente pelo repasse do SUS, cenários em que o recebimento de recursos é uma espécie de recompensa pelo “bom comportamento”, tanto financeiro, quando operacional.

De tal modo, pode-se inferir que a AI, quando relacionada à ausência dos entes públicos no acompanhamento das etapas de planejamento e elaboração do orçamento hospitalar, resulta em efeitos nocivos à ET, e quando relacionada à ausência de alinhamento financeiro entre Principal e Agente (uma situação de Escassez de Recurso) gera benefícios à ET.

Como foi mencionado anteriormente, foi importante para os resultados do estudo segregar o Fluxo de Comunicação entre Principal e Agente, em um Fluxo de Informações, voltado para os mecanismos de gestão abordados neste estudo, e um Fluxo Financeiro, voltado para a comunicação no repasse de recursos.

Vale ressaltar que o desalinhamento financeiro pode não ser uma escolha do Principal, mas sim uma limitação do próprio Estado, visto que os recursos públicos são limitados e as necessidades públicas ilimitadas.

Embora esta seja uma premissa amplamente difundida no meio acadêmico, foram citados no caso do hospital 1 problemas morais dos entes estatais que impactaram

negativamente no repasse de verbas governamentais, como por exemplo, o envio intempestivo de recursos ao hospital para melhora dos indicadores financeiros dos órgãos vinculados ao Estado.

Além da distância entre principal e agente, a falta de comunicação interna, entre os setores estratégicos, táticos e operacionais, com relação às informações orçamentárias, também foi associada na pesquisa como fator prejudicial para a economicidade dos recursos, conforme indica o relato a seguir:

Entrevistado C (Caso 1):

Essa informação dos recursos públicos que vem para o hospital fica mais no administrativo. [...] nós tínhamos que mostrar para todos os funcionários a situação, porque se o cara ver um negócio ali caído e ele não pega ou ele faz um desperdício é também porque ele não sabe a situação. [...] no geral mesmo o pessoal não tem noção [...] (2022).

A segunda proposição da pesquisa foi que a Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário hospitalar, entre principal e agente, afeta positivamente a QL. Assim como a primeira, a segunda proposição também foi suportada no decorrer da pesquisa, porém, com ressalvas.

Foi constatado durante a pesquisa que na área médica, no que concerne à prestação de serviços, há uma orientação do corpo clínico mais voltada para atender as necessidades do paciente e não para agir conforme as premissas orçamentárias, nem em observância as limitações dos recursos financeiros. Segue um dos relatos que atestam essa informação, quando foi questionado ao entrevistado sobre as prioridades dos atendimentos aos pacientes:

Entrevistado H (Caso 2):

[...] é mais olhando para o paciente, [...] não pesa essa questão do valor na ponta [...] (2022).

Tal fator faz com que haja ganhos na qualidade, especificamente àquela voltada para a vertente do resultado, visto que os pacientes se sentem mais satisfeitos quando as suas requisições são atendidas.

As ressalvas que foram citadas com relação à segunda proposição, se relacionam com a Liberdade Profissional e, assim como na primeira, com o efeito denominado na literatura de

Alocação de Recursos Escassos (Fisher et al. 2002) , que limita a capacidade de investimentos das organizações, exigindo um maior esforço no planejamento da execução orçamentária.

Tratando inicialmente sobre a Escassez de Recursos, o hospital faz o possível para que a qualidade dos atendimentos seja maximizada com o menor custo, entretanto, a defasagem da tabela SUS acaba contribuindo para a economicidade (como visto na P1), pois obriga o hospital a operar com poucos recursos, situação que em determinado momento afeta a qualidade negativamente pela falta de investimentos necessários.

Foi percebido no campo de estudo que a distância entre o Principal e o Agente, quando relacionada à incongruências no repasse de recursos, resulta em malefícios para a QL, visto que os hospitais, não tendo condições de realizar compras de equipamentos, reformas estruturais, manutenções, entre outros investimentos considerados necessários, acabam por sofrer perdas nos quesitos voltados para a qualidade estrutural, de processos e consequentemente de resultado. O seguinte relato subsidia tais achados:

Entrevistado B (Caso 2):

Eu sou a favor sim da disseminação de informações, porque eu acho que uma governança colaborativa faz as pessoas terem um pouco de noção do custo do seu setor, daquilo que ele estava fazendo, do zelo que ele não teve com o material, com o equipamento. É interessante saber o quanto que ele está jogando de recurso fora, às vezes sem esse recurso a gente não consegue estar comprando algum equipamento ou material que facilitaria o seu dia a dia, o seu o serviço (2022).

Em P1 foi possível constatar que a Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário contribui com o desalinhamento das premissas orçamentárias do hospital em consonância aos interesses do Estado. Esse fato proporciona uma maior liberdade de atuação por parte dos profissionais clínicos, sendo que este argumento corresponde à segunda ressalva para P2.

As evidencias indicaram que afrouxar as amarras orçamentárias e financeiras que orientam e limitam a execução orçamentária, incentiva o acometimento de comportamentos oportunistas, auto direcionados para a satisfação do profissional ou direcionados para atender aos interesses dos pacientes em detrimento da ET. Entretanto os efeitos dessa liberdade profissional, ora foram relatados como benéficos para a QL, pois pode contribuir para a criatividade e a motivação dos profissionais, ora prejudiciais para o desempenho organizacional

(ET e QL), pois pode resultar em desperdícios, desídia, demandas induzidas e outros comportamentos oportunistas.

Neste sentido, foi possível verificar que os comportamentos dos indivíduos que contribuem ou não para a ET e para a QL, podem ser moldados por fatores relacionados ao ambiente organizacional. Embora não tenham sido abordados como variáveis do estudo, o Sentimento de Pertença do profissional para com a organização e o Descaso com os Bens Públicos foram citados várias vezes como influenciadores de comportamentos profissionais que podem impactar as medidas ET e QL.

Percebeu-se que os aspectos da qualidade na prestação de serviços do hospital filantrópico estão fortemente relacionados à uma espécie de responsabilidade social, uma maior obstinação por parte de seus funcionários no trato das atividades sem fins lucrativos e sim sociais, um maior Sentimento de Pertença. As conclusões apontam que este fenômeno está mais voltado aos aspectos culturais das instituições filantrópicas de modo geral, do que ao caso.

Visto que o Sentimento de Pertença foi mais evidenciado no Caso 1, os profissionais do hospital filantrópico foram relatados como sendo mais propensos a agir economicamente e fornecer serviços de alta qualidade, principalmente sobre o efeito da Escassez de Recursos.

No Caso 2, prevaleceram relatos que indicaram comportamentos oportunistas como: o Descaso com os Bens Públicos ou com a Coisa Pública por parte dos profissionais, sendo considerado um comportamento destoante com os interesses organizacionais, gerando mais desperdícios; e a Demanda Induzida pelo Provedor, sendo que o profissional pode reduzir ou intensificar os atendimentos, em detrimento da qualidade.

Como mencionado anteriormente, o controle desenvolvido à posteriori pelos entes estatais, embora insuficientes para prevenir desperdícios, se mostrou como uma importante ferramenta no combate de comportamentos profissionais oportunistas, auto direcionados ou aqueles direcionados para os pacientes, visto que reduz a Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário e consequentemente a liberdade clínica na execução dos atendimentos.

Guardadas as suas ressalvas, as conclusões obtidas quanto à segunda proposição caminham no sentido de ratificar as suas premissas quando a assimetria se volta para a ausência de acompanhamento dos entes públicos na elaboração e no planejamento orçamentário hospitalar, bem como para a falta de controle e avaliação dos órgãos públicos sobre a execução orçamentária dos hospitais. Entretanto, quando a assimetria se relaciona com o desalinhamento no repasse de recursos, provocando o efeito de Escassez, forçando uma alocação de recursos

mais estratégica, tal problema tem um efeito negativo sobre a Qualidade dos Serviços Prestados, pois limita a capacidade de melhoria dos serviços. Observa-se o relato de um dos entrevistados:

Entrevistado D (Caso 1):

[...] se eu fosse gestor municipal eu teria uma atuação totalmente diferente do que se encontra hoje, uma vez que o hospital é prestador de serviço eu tenho que desejar e querer que esse hospital tenha recursos suficientes para prestar uma assistência com qualidade, então cabe a mim como gestor municipal procurar uma forma e meios de auxiliar o hospital nessa busca [...] que vai definir a qualidade da assistência que você vai dar né, com bons profissionais, que precisam receber, com bons fornecedores, que precisam receber [...] (2022).

Diante destes resultados, este estudo evidencia que a dicotomia entre a Eficiência Técnica e Qualidade dos Serviços Prestados não se constitui em uma discussão simplista. A depender das variáveis adotadas em um estudo que se propõem a explicar ambas medidas de desempenho, pode-se chegar a inferências diferentes.

Dito isso, a primeira variável independente desta pesquisa (AI no PO), resultou em efeitos dicotômicos para a ET e para a QL, sendo prejudicial para a primeira e benéfica para a segunda. Esse posicionamento vai ao encontro de outros achados que identificaram uma relação de contradição entre as medidas de desempenho ET e QL, em que os efeitos de melhoria em uma, leva a resultados prejudiciais na outra, como os estudos de Dismuke e Sena (2001), Singaroyan et al. (2006) e Valdmánis et al. (2008).

No mínimo, os achados das proposições 1 e 2 podem indicar que existe um efeito de independência entre Eficiência Técnica e Qualidade dos Serviços Prestados, como nos achados de Chang, et al. (2011) e de Navarro-Espigares e Torres (2011). Entretanto, essa dicotomia entre Eficiência Técnica e Qualidade dos Serviços Prestados não ocorreu com a Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais.

As proposições 3 e 4 buscaram atestar, respectivamente, que a Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais do hospital, entre principal e agente, afeta negativamente tanto a ET, quanto a QL, ou seja, efeitos iguais sobre ambas medidas de desempenho. Neste sentido, as duas proposições foram suportadas, porém, também com algumas ressalvas. Tais resultados vão ao encontro dos achados que indicaram uma associação entre Eficiência Técnica e Qualidade dos Serviços Prestados na mesma direção, sendo que um mesmo efeito provoca melhorias ou prejuízos de forma simultânea em ambas as variáveis. É o

caso do estudo de Chang et al. (2011), Clement, et al. (2008), Ferrando et al. (2005) e Nayar e Ozcan (2008).

Sobre a Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais, foram identificadas características diferentes para os contextos organizacionais dos Casos 1 e 2. No Caso 1 há maior Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais entre Principal e Agente, o que resulta em processos menos definidos e não tão claros quanto à seleção, contratação e avaliação dos profissionais, portanto mais falhos no sentido de estabelecer padrões de competência. No Caso 2, diferente do anterior, foi possível aferir processos mais estruturados, muito por conta da proximidade entre Principal e Agente. Neste sentido, a proximidade se mostrou benéfica para estabelecer competências mais assertivas para o hospital, contribuindo para a ET e para a QL.

A distância entre os órgãos públicos e os hospitais, principalmente naquilo que foi constatado em relação à falta de orientação e de acompanhamento nos processos de seleção, contratação, acompanhamento e avaliação dos colaboradores do hospital, contribui para o enfraquecimento das competências profissionais na área de saúde, provocando impactos negativos na Eficiência Técnica e na Qualidade dos Serviços Prestados. Foi registrado o seguinte relato de um dos profissionais, quando questionado sobre a qualidade dos serviços mediante uma participação mais atuante dos órgãos públicos:

Entrevistado B (Caso 1):

[...] se tivesse uma atenção da área pública seria muito melhor, só que assim para você despertar a atenção deles, você precisa cutucar [...] esse é um passo importante para que futuramente eles venham a participar mais e que entendam e que contribuam para que o hospital passa atender o seu propósito, que é abraçar as pessoas que demandam saúde (2022).

Profissionais contratados com qualificações incompatíveis às necessidades hospitalares, mal treinados e sem acompanhamento sobre o seu desempenho, se mostraram mais tendenciosos a gerar desperdícios de recursos, tanto por questões comportamentais tendenciosas, quanto pela falta de orientação. Os achados acima relatados caminham na direção dos argumentos de Battel-Kirk et al. (2009), ou seja, para estes autores os profissionais classificados como uma força de trabalho competente, com conhecimentos e habilidades condizentes com as necessidades organizacionais representam um fator de eficiência e de qualidade na prestação de serviços.

Na presença Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais, em específico ao planejamento e acompanhamento de processos, os profissionais ficam desengajados com a organização, desmotivados em contribuir com a visão, missão e valores dos hospitais. A distância entre o Principal e Agente voltada para este aspecto, contribui negativamente tanto para a economicidade das atividades do hospital, quanto para a qualidade na prestação dos serviços assistenciais. Sequem os posicionamentos de alguns dos entrevistados que evidenciam essa relação:

Entrevistado F (Caso 1):

[...] dá para melhorar muito, dá para ter um desperdício aí bem menor. [...] isso ocorre por falta de qualificação profissional, por falta de treinamento mesmo, [...] eu acho que é a questão de educação continuada mesmo, que é falta de treinamento, de orientação, de coordenação. [...] Com certeza de todos os serviços do sus, precisaria de ter um enfrentamento de perto do setor público né, para estar dando agilidade nesses processos (2022).

Entrevistado B (Caso 2):

[...] sem dúvida nenhuma, quanto mais próximo da conversa e da interação com os órgãos públicos, melhor reflete a qualidade do atendimento e a administração de um hospital. [...] Eu só não consigo ter maior qualidade nesse hospital porque o estado é totalmente nulo nessa situação e a união manda um valor aquém do que deveria (2022).

No Caso 2, em que se identificou uma maior proximidade entre o Principal e o Agente pelo fato de o hospital pertencer à mesma estrutura administrativa do ente público municipal, foi relatado nas entrevistas que houve melhoras na qualidade dos serviços prestados pelo hospital. Além disso, foi citado que a distância entre o hospital com as esferas estaduais e federais afeta negativamente o desempenho hospitalar. Segue um trecho de uma dessas entrevistas:

Entrevistado B (Caso 2):

[...] se o hospital tivesse uma conversa um pouco melhor com os órgãos do estado e os órgãos da união, principalmente com o estado, esse hospital poderia ser melhor administrado, e sendo melhor administrando esse hospital poderia estar prestando um serviço de maior qualidade para os nossos usuários [...] como hoje o hospital é um órgão do município, tem essa preocupação do prefeito referente a sua imagem e a sua gestão no caso né, então por isso que com a secretaria de administração, a secretaria da fazenda, a secretaria de gestão de pessoas, nós temos quase que conversas semanais sobre a situação

do hospital e que às vezes a ação rápida desses órgãos faz refletir numa ação rápida dentro do hospital [...] (2022).

Assim como a Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário, a Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais contribui para uma maior liberdade de atuação profissional. No estudo foi possível observar que essa liberdade é intensificada na ausência de controle sobre a atuação profissional, seja por parte do Estado ou da Governança Corporativa. A junção destes fatores, liberdade profissional e ausência de controle, faz com que a organização fique totalmente refém das competências e comportamentos individuais de seus profissionais, que podem ocasionar resultados bons ou ruins para a Eficiência Técnica e para a Qualidade dos Serviços Prestados.

Assim como apontado em P2, as ressalvas mencionadas quanto às proposições 3 e 4 caminham na direção da liberdade de atuação profissional, sendo que o Sentimento de Pertença e o Descaso com os Bens Públicos podem ser influenciadores de comportamentos profissionais que podem impactar nas medidas ET e QL.

A presença destes fatores provocou interferências sobre os dados extraídos na análise de conteúdo das entrevistas. Pode-se observar nas Figuras 11 e 12 que embora as Assimetrias de Informação no Planejamento Orçamentário e na Gestão das Competências Profissionais tenham sido menos recorrentes no Caso 2, houve relativa semelhança nos resultados de ambas as organizações para as medidas de desempenho Eficiência Técnica e QL. Isso pode ser explicado, ao menos em parte, por conta da presença destes outros fatores mencionados, visto que o Sentimento de Pertença foi mais evidenciado no Caso 1, enquanto o Descaso com os Bens Públicos foi mais evidenciado no Caso 2.

Também nos Casos 1 e 2 foi verificada a presença de demanda induzida nos atendimentos, motivada por parte dos profissionais dos hospitais, sendo este problema relatado como um aspecto negativo para a qualidade dos serviços prestados. De acordo com este achado, os profissionais ora podem intensificar o volume de atendimentos, ora podem reduzir drasticamente, conforme suas motivações pessoais. Assim como foi relatado por Chang (2011), seja para aumentar ou para diminuir os atendimentos, essa atitude provoca distorções nas demandas dos pacientes e da organização em favor dos interesses individuais dos profissionais, provocando perda de qualidade nos serviços.

Como se pode perceber as variáveis Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário e Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais produziram efeitos diferentes nas medidas de desempenho ET e QL, a primeira um efeito

dicotômico e a segunda um efeito similar para ambos. Estes achados corroboram com as conclusões de Ferreira et al. (2020), atestando que a Eficiência Técnica e a Qualidade dos Serviços Prestados são indicadores de desempenho diferentes.

De tal modo, a Eficiência Técnica e a Qualidade dos Serviços Prestados podem produzir resultados variados em pesquisas científicas dependendo das configurações abordadas nos estudos que tenham por objetivo estudá-las, como por exemplo as variáveis e o contexto das pesquisas.

As quatro últimas proposições do estudo (P5 a P8) se destinaram à investigar os efeitos que a Atuação da Governança Corporativa (AGC) poderia exercer sobre as relações expostas nas proposições anteriores, mediante a atuação do Conselho Diretivo do Hospital e de uma estrutura organizacional claramente definida em termos de Hierarquia e Responsabilização. Foi proposto que a AGC ameniza os efeitos nocivos provocados pela AI presente no PO e na GCP sobre a ET e a QL.

Durante o processo investigativo do estudo, pôde-se atestar as proposições de 5 a 8. Foi relatado pelos entrevistados em ambos os Estudos de Caso, que quando os membros do Conselho Diretivo do hospital são mais participativos, há melhora no processo de comunicação com os entes governamentais, aproximando os interesses do hospital com os interesses do Estado ou vice-versa. Além disso, esse grupo foi relatado como o principal responsável pela disseminação de informações do Principal aos níveis estratégicos do hospital (superintendentes), bem como uma ferramenta organizacional auxiliar na comunicação com os níveis táticos (gerentes, coordenadores, entre outros cargos similares) e operacionais (profissionais das áreas administrativa e clínica).

Conforme os achados de Tricher (2015), a governança opera em nível estratégico. Realmente isso foi comprovado neste estudo, porém, foi evidenciado que quando a governança excede esse pressuposto, auxiliando a comunicação dos níveis estratégicos da organização com os níveis táticos e operacionais, há ganhos na eficiência e na qualidade dos serviços.

O ambiente hospitalar se mostrou altamente plural, tendo interesses organizacionais e profissionais conflitantes, dos mais variados tipos. Isso faz com que a Atuação da Governança Corporativa tenha que se relacionar com as várias partes interessadas e buscar envolver todos os profissionais na gestão da organização, assim como foi exposto por Nishio (2017).

Em ambos os casos, o Conselho Diretivo também foi evidenciado como um componente do hospital de extrema importância para o envio de recursos adicionais por parte dos órgãos

públicos, como por exemplo o envio de verbas públicas mediante emendas parlamentares. A influência política desse grupo se mostrou importante nesse sentido.

Vale destacar que as ressalvas realizadas nas conclusões das proposições 1 e 2, quanto à Escassez de Recursos, devem retornar para a análise das proposições 5 e 6. Para os casos em que há presença de Escassez de Recursos no ambiente hospitalar, as situações de redução das Assimetrias de Informação no Planejamento Orçamentário mediante a Atuação da Governança Corporativa que resultarem em um maior volume de repasses financeiros dos entes públicos para os hospitais, produzirá um efeito contrário, não suportando P5 e P6.

Assim, pode-se inferir que a Atuação da Governança Corporativa, por meio de uma participação próxima do Conselho Diretivo e de uma hierarquia organizacional bem estruturada, reduz os efeitos assimétricos no PO, aumentando a participação do Estado na elaboração e planejamento orçamentário do hospital, provocando uma melhora da Eficiência Técnica mediante uma orientação voltada para a economicidade dos processos em observância às limitações financeiras.

Conforme o parágrafo anterior, percebe-se que o incremento da varável Atuação da Governança Corporativa provoca um efeito que ameniza a situação exposta em P1. Entretanto, quando essa redução assimétrica entre Principal e Agente está mais direcionada para o alinhamento do Fluxo Financeiro, do que voltada para o alinhamento do planejamento orçamentário, provocando um maior repasse de recursos financeiros, tem-se uma piora da ET, gerando mais desperdícios por conta da folga financeira, rejeitando P5.

De forma similar, a Atuação da Governança Corporativa quando provoca um alinhamento no planejamento orçamentário resulta na piora da QL, visto que os atendimentos médicos são forçados a retornar seu foco para os quesitos da economicidade nos processos, em detrimento da satisfação do paciente ou do próprio profissional que realiza o atendimento. Entretanto, quando tal alinhamento resulta em um maior volume de repasses financeiros, as condições de melhora na qualidade estrutural, de processos e de resultados aumentam, rejeitando a P6.

4.4.3 Síntese das Conclusões e Inferências do Estudo (Caso Múltiplo)

O Quadro 5 apresenta de forma sintética uma relação entre achados do estudo. Nela constam: (i) os problemas de agência identificados nos contextos dos hospitais 1 e 2 conforme a literatura, se Sim (indicando a presença de AI), se Não (indicando a ausência de AI), ou se

Parcial (indicando a presença de AI parcialmente); e os efeitos que a presença ou ausência de AI provoca sobre as medidas de desempenho Eficiência Técnica e QL, se positivo (seta para cima azul), se negativo (seta para baixo vermelha) ou se nulo (sinal de igualdade preto).

Quadro 5: Síntese Qualitativa dos Achados do Estudo – Efeito das AIs na ET e QL

AI no PO				Hosp. 1	Efeito do Achado		Hosp. 2	Efeito do Achado	
Amb	Mom	Ator	Descrição	Achado	ET	QL	Achado	ET	QL
Externa	Ex Ante	Principal	- Ausência de normativos que visem instruir/direcionar o planejamento orçamentário dos hospitais;	Parcial	↓	↑	Não	↑	↓
			- Falta de acompanhamento nos processos de planejamento e elaboração orçamentários dos hospitais;	Sim	↓	↑	Parcial	↓	↑
		Agente	- Falta de comunicação com os entes públicos nos processos de planejamento e elaboração orçamentários;	Parcial	↓	↑	Parcial	↓	↑
			- Demanda orçamentária induzida (foco no reajuste orçamentário);	Sim	↓	↑	Sim	↓	↑
	Ex Poste	Principal	- Falta de acompanhamento e avaliação no processo de execução orçamentária dos hospitais;	Parcial	↓	↑	Não	↑	↓
			- Demora no repasse de recursos financeiros;	Sim	↑	↓	Não	↓	↑
			- Repasses financeiros inadequados à execução hospitalar (por exemplo: reajuste da tabela SUS);	Sim	↑	↓	Parcial	↑	↓
		Agente	- Repasse de informações incorretas e/ou intempestivas para os entes públicos sobre a execução orçamentária hospitalar;	Sim	↑	↓	Não	↓	↑
	Interna	Ex Ante	- Ausência de planejamento orçamentário;	Sim	↓	↑	Não	↑	↓
			- Falta de comunicação entre os níveis estratégicos, táticos e/ou operacionais do hospital nos processos de planejamento e elaboração orçamentários (orçamento não participativo);	Parcial	↓	↑	Parcial	↓	↑
		Ex Poste	- Realocações e ajustes orçamentários;	Sim	↓	↑	Sim	↓	↑
			- Falta de comunicação entre os níveis estratégicos, táticos e/ou operacionais do hospital durante o processo de execução orçamentária (orçamento não participativo);	Parcial	↓	↑	Parcial	↓	↑
			- Inobservância do planejamento orçamentário inicial durante a etapa de execução orçamentária;	Parcial	↓	↑	Parcial	↓	↑
			- Inobservância do princípio da economicidade durante a etapa de execução orçamentária;	Parcial	↓	↑	Parcial	↓	↑
			- Falta de acompanhamento do Conselho Diretivo e dos Gestores sobre a execução orçamentária do hospital;	Não	↑	↓	Não	↑	↓

AI na GCP				Hosp. 1	Efeito do Achado		Hosp. 2	Efeito do Achado	
Amb	Mom	Ator	Descrição	Achado	ET	QL	Achado	ET	QL
Externa	Ex Ante	Principal	- Ausência de normativos relacionados à saúde pública que especifiquem os requisitos necessários para a assunção de cargos nos hospitais;	Não	↑	↑	Não	↑	↑
			- Ausência de normativos e processos relacionados à saúde pública para correção de comportamentos inadequados;	Não	↑	↑	Não	↑	↑
			- Falta de acompanhamento no processo de planejamento e elaboração dos requisitos profissionais para a assunção de cargos nos hospitais;	Sim	↓	↓	Não	↑	↑
			- Falta de acompanhamento no processo de planejamento e elaboração dos processos seletivos para a assunção de cargos nos hospitais;	Sim	↓	↓	Não	↑	↑
		Agente	- Falta de comunicação com os entes públicos nos processos de planejamento e elaboração dos requisitos profissionais para a assunção de cargos nos hospitais;	Sim	↓	↓	Não	↑	↑
			- Falta de comunicação com os entes públicos nos processos de planejamento e elaboração dos processos seletivos para a assunção de cargos nos hospitais;	Sim	↓	↓	Não	↑	↑
	Ex Poste	Principal	- Falta de acompanhamento e controle sobre atendimentos realizados pelo hospital;	Não	↑	↑	Não	↑	↑
			- Falta de acompanhamento no processo de avaliação de desempenho dos profissionais do hospital;	Sim	↓	↓	Sim	↓	↓
		Agente	- Falta de comunicação com os entes públicos sobre o processo de avaliação de desempenho dos profissionais do hospital;	Sim	↓	↓	Parcial	↓	↓
			- Falta de comunicação com os entes públicos sobre procedimentos/ comportamentos inadequados relacionados aos profissionais do hospital;	Sim	↓	↓	Parcial	↓	↓
Interna	Ex Ante	Agente	- Ausência de planejamento nos processos seletivos para a assunção de cargos nos hospitais;	Parcial	↓	↓	Não	↑	↑
			- Ausência de planejamento nos processos de elaboração dos requisitos profissionais para a assunção de cargos nos hospitais;	Parcial	↓	↓	Não	↑	↑
			- Ausência de comunicação adequada com os profissionais do hospital sobre os seus direitos e deveres;	Não	↑	↑	Não	↑	↑
			- Ausência de Procedimento Operacional Padrão (POP) escrito;	Não	↑	↑	Não	↑	↑

Ex Poste	Agente	- Ausência de normativos e procedimentos internos para a avaliação de desempenho dos profissionais do hospital;	Sim	↓	↓	Parcial	↓	↓
		- Ausência de normativos e procedimentos internos para correção de comportamento inadequados;	Sim	↓	↓	Parcial	↓	↓
		- Não aplicação dos procedimentos para avaliação de desempenho dos profissionais do hospital;	Sim	↓	↓	Parcial	↓	↓
		- Ausência de procedimentos para acompanhamento e avaliação da execução dos POPs;	Parcial	↓	↓	Parcial	↓	↓
		- Falta de acompanhamento do Conselho Diretivo e dos Gestores para com seus subordinados na execução dos serviços públicos de saúde;	Sim	↓	↓	Não	↑	↑
		- Demanda de atendimentos induzida pelo provedor, enquanto organização;	Sim	↓	↓	Sim	↓	↓
		- Demanda de atendimentos induzida pelo provedor, enquanto profissional de saúde.	Sim	↓	↓	Sim	↓	↓

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 12 apresenta uma quantificação dos resultados apresentados no Quadro 5, sendo possível identificar quantas vezes foram atribuídas melhorias e reduções das variáveis Eficiência Técnica e Qualidade dos Serviços Prestados para os casos 1 e 2, conforme a ocorrência de Assimetrias Informacionais.

Conforme o Quadro 5 e a Tabela 12, é possível verificar os efeitos antagônicos entre Eficiência Técnica e Qualidade dos Serviços Prestados para a variável Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário, bem como os efeitos similares para Eficiência Técnica e Qualidade dos Serviços Prestados quanto à Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais. Também se pode atestar que a menor incidência de AI no Caso 2 resulta em melhorias, principalmente da QL. Os efeitos relacionados ao orçamento, embora tenham tido leve melhoria na ausência de AI é fortemente moderado pela Escassez de Recursos presente no Caso 1 e ausente no Caso 2.

Tabela 12: Síntese Quantitativa dos Achados do Estudo - Efeito das AIs na ET e QL

Assimetria Informacional				Hospital 1				Hospital 2			
				Efeito na ET		Efeito na QL		Efeito na ET		Efeito na QL	
Tipo AI	Amb	Mom	Achado	Aum.	Dim.	Aum.	Dim.	Aum.	Dim.	Aum.	Dim.
AI no PO	Externa	Ex Ante	Sim	0	2	2	0	0	1	1	0
			Parcial	0	2	2	0	0	2	2	0
			Não	0	0	0	0	1	0	0	1
		Ex Poste	Sim	3	0	0	3	0	0	0	0
			Parcial	0	1	1	0	1	0	0	1
			Não	0	0	0	0	1	2	2	1
	Interna	Ex Ante	Sim	0	1	1	0	0	0	0	0
			Parcial	0	1	1	0	0	1	1	0
			Não	0	0	0	0	1	0	0	1
		Ex Poste	Sim	0	1	1	0	0	1	1	0
			Parcial	0	3	3	0	0	3	3	0
			Não	1	0	0	1	1	0	0	1
Subtotal				4	11	11	4	5	10	10	5
AI na GCP	Externa	Ex Ante	Sim	0	4	0	4	0	0	0	0
			Parcial	0	0	0	0	0	0	0	0
			Não	2	0	2	0	6	0	6	0
		Ex Poste	Sim	0	3	0	3	0	1	0	1
			Parcial	0	0	0	0	0	2	0	2
			Não	1	0	1	0	1	0	1	0
	Interna	Ex Ante	Sim	0	0	0	0	0	0	0	0
			Parcial	0	2	0	2	0	0	0	0
			Não	2	0	2	0	4	0	4	0
		Ex Poste	Sim	0	6	0	6	0	2	0	2
			Parcial	0	1	0	1	0	4	0	4
			Não	0	0	0	0	1	0	1	0
Subtotal				5	16	5	16	12	9	12	9
Total				9	27	16	20	17	19	22	14

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Quadro 6 evidencia as conclusões do estudo quanto às proposições elaboradas no início da pesquisa, antes da imersão no campo de estudo, conforme segue:

Quadro 6: Síntese dos Resultados do Estudo - Testes das Proposições

Proposições da Pesquisa		Resultados	Considerações
P1	A AI no PO hospitalar, entre principal e agente, tem efeitos nocivos sobre a ET hospitalar;	Apoiada (com ressalvas)	▶ Quando há Escassez de Recursos o efeito pode ser reduzido.
P2	A AI no PO hospitalar, entre principal e agente, tem efeitos positivos sobre a QL dos serviços hospitalares;	Apoiada (com ressalvas)	▶ Quando há Escassez de Recursos o efeito pode ser reduzido; ▶ Quando há Sentimento de Pertença o efeito pode ser reforçado; ▶ Quando há Descaso com a Coisa Pública, o efeito pode ser reduzido.
P3	A AI na GCP do hospital, entre principal e agente, tem efeitos nocivos sobre a ET hospitalar.	Apoiada (com ressalvas)	▶ Quando há Sentimento de Pertença o efeito pode ser reduzido; ▶ Quando há Descaso com a Coisa Pública, o efeito pode ser reforçado.
P4	A AI na GCP do hospital, entre principal e agente, tem efeitos nocivos sobre a QL dos serviços hospitalares.	Apoiada (com ressalvas)	▶ Quando há Sentimento de Pertença o efeito pode ser reduzido; ▶ Quando há Descaso com a Coisa Pública, o efeito pode ser reforçado.
P5	A AGC reduz os efeitos nocivos da AI no PO sobre a ET hospitalar.	Apoiada (com ressalvas)	▶ Quando a redução da AI no PO provoca redução da Escassez de Recursos, o efeito pode ser reduzido.
P6	A AGC reduz os efeitos positivos da AI no PO sobre a QL dos serviços hospitalares.	Apoiada (com ressalvas)	▶ Quando a redução da AI no PO provoca redução da Escassez de Recursos, o efeito pode ser reduzido.
P7	A AGC reduz os efeitos nocivos da AI na GCP sobre a ET hospitalar.	Apoiada (com ressalvas)	▶ Quando há Sentimento de Pertença o efeito pode ser reduzido; ▶ Quando há Descaso com a Coisa Pública, o efeito pode ser reforçado.
P8	A AGC reduz os efeitos nocivos da AI na GCP sobre a QL dos serviços hospitalares.	Apoiada (com ressalvas)	▶ Quando há Sentimento de Pertença o efeito pode ser reduzido; ▶ Quando há Descaso com a Coisa Pública, o efeito pode ser reforçado.

Fonte: Elaborado pelo autor.

No decorrer do estudo foi possível perceber que existe uma extensa complexidade atrelada ao fluxo de informações no setor público, em específico na saúde, fator que resulta em

AI em variados ambientes e momentos, e que afeta de alguma forma a ET e a QL. Estes achados sustentam os argumentos de Brown e Toze (2017).

De todo o exposto no estudo, pode-se concluir que a participação mais atuante do Estado nas atividades de planejamento dos hospitais é realmente profícua para redução da AI e para a melhoria do desempenho hospitalar. Ainda quando há um distanciamento entre Principal e Agente, podem surgir situação de conflito que prejudicam o desempenho dos Agentes e por consequência dos interesses do Principal. Seguem alguns trechos das entrevistas que ratificam tais conclusões:

Sujeito A (Caso 2):

Eu falo que assim oh, órgão público com hospital, ela é uma relação obrigatória, não é uma condicionante de escolha [...] (2022).

Entrevistado F (Caso 2):

[...] o hospital [...], diferente de outros hospitais [...], é um só com a secretaria. Essa proximidade melhorou muita coisa, mas antes o hospital [...] era uma autarquia que prestava serviço para a secretaria, e quando o prestador é como uma pessoa que precisa do serviço, é aquela guerra [...], sempre foi e sempre vai ser, nunca vai deixar de ser, infelizmente (2022).

Entrevistado F (Caso 2):

[...] quando se separa a secretaria do prestador, que não tem nada a ver uma coisa com a outra, existe uma lacuna enorme, aí é quem pode mais defender o seu peixe (2022).

Por fim, a presente pesquisa não teve como pretensão chegar à conclusão de que as Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário e na Gestão das Competências Profissionais sejam os únicos ou os principais responsáveis pela melhora (ou piora) das medidas de desempenho Eficiência Técnica e Qualidade na Prestação dos Serviços hospitalares, mas sim aprofundar as discussões acerca dos Problemas de Agencia nos mecanismos gerenciais, bem como estes podem estar relacionados aos resultados organizacionais. Certamente existem inúmeros outros fatores envolvidos com as medidas de desempenho dos hospitais financiados por recursos públicos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foi possível inferir que a AI presente no PO, relacionada à falta de planejamento e compartilhamento de informações orçamentárias, provoca efeitos negativos na ET e positivos na QL. Entretanto, quando a AI está relacionada à um desalinhamento financeiro que provoca a Escassez de Recursos, forçando uma alocação orçamentária mais estratégica, tem um efeito contrário sobre a ET e a QL.

Quanto à Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais, esta foi relacionada negativamente sobre ambas medidas de desempenho, tanto ET, quanto QL, sendo nociva para ambas. Porém, quanto à presença de um maior Sentimento de Pertença ou do Sentimento de Descaso com a Coisa Pública por parte dos profissionais da organização, variáveis inerentes à Teoria do Direito de Propriedade, essa relação pode mudar ou se intensificar.

De todo o exposto, mesmo que alguns aspectos assimétricos tenham provocados reflexos positivos sobre as medidas de desempenho, em especial para a ET, é preciso lidar com a AI sob a perspectiva de que esta corresponde à problemas organizacionais e que necessitam de medidas corretivas para equilibrar seus efeitos, ora benéficos, ora prejudiciais.

De tal modo, os entes públicos devem demonstrar uma maior preocupação com os hospitais que fornecem os serviços públicos de saúde, mesmo que estes não estejam diretamente vinculados à estrutura administrativa do Estado, não apenas dotando os Agentes com mais recursos, mas de fato participando ativamente dos processos que envolvem o planejamento do gasto público.

Este estudo contribui de maneira significativa para o entendimento da assimetria informacional (AI) nos processos orçamentários (PO) e nos processos de gestão das competências dos profissionais (GCP), em especial àqueles processos voltados para a saúde nos setores público e privado sem fins lucrativos. De tal modo, auxilia os gestores das organizações hospitalares na tomada de decisões mais assertivas quanto ao tratamento da AI e melhorias da ET e da QL.

Dentre as contribuições para a literatura, em específico para a Teoria da Agencia, o estudo evidenciou que os problemas de agência podem ser motivados não apenas pelos Agentes, mas também pelo próprio Principal. Também foi possível identificar que os problemas relacionados à Seleção Adversa, não são exclusivamente Ex Ante ao estabelecimento dos contratos, bem como os problemas de Risco Moral não são, de todo, problemas Ex Poste.

Outro achado importante, fruto da relação entre a Teoria da Agência com Desempenho Organizacional, foi a evidencia de que nem sempre os problemas de agência são prejudiciais para as medidas de desempenho das organizações. São incentivadas iniciativas de mais pesquisas que explorem a Teoria de Agência nos contextos sociais, políticos e organizacionais.

As discussões e os achados sobre a dicotomia entre Eficiência Técnica e Qualidade evidenciaram que as pesquisas científicas necessitam avançar para um nível mais micro desta relação. Realmente são premissas diferentes e que se comportam de maneiras diferentes, essa discussão deve ser superada. O entendimento sobre as diversas variáveis que se relacionam com a Eficiência Técnica e a Qualidade dos Serviços Prestados consiste em um terreno científico fértil, portanto, podem nortear pesquisas futuras que visem auxiliar no desenvolvimento de tomadas de decisões mais assertivas quanto a ambas medidas de desempenho, maximizando efeitos benéficos sobre elas, com o menor prejuízo possível.

Apesar do grande número de estudos que tratam sobre a ET e a QL, estes estiveram mais preocupados em entender o efeito de uma variável sobre a outra. Mas, quanto aos fatores que se relacionam com ambas medidas simultaneamente, há brechas na literatura para testes mais aprofundados da dicotomia ou congruência, tomando por base outras variáveis que possam estar relacionadas com tais medidas de desempenho.

A título de exemplo, neste estudo foram levantados pontos interessantes com relação ao comportamento da Eficiência Técnica e da Qualidade dos Serviços Prestados na presença de ambientes econômicos operando sob recursos escassos. Além disso, foram brevemente exploradas discussões com relação à Teoria do Direito de Propriedade, em específico sobre o sentimento de pertença ou de descaso dos profissionais para com as organizações. São recomendados aprofundamentos sobre tais relações.

Além disso, há brechas para que pesquisadores busquem entender as motivações dos envolvidos no contexto organizacional que resultam nos problemas de agência identificados, uma vertente mais voltada para a economia comportamental e menos dos pressupostos econômicos da racionalidade limitada. Este estudo não se aprofundou neste sentido.

Pesquisas futuras também podem se valer dos resultados deste estudo para aprofundar a Assimetria de Informação no Planejamento Orçamentário e na Gestão das Competências Profissionais em outros contextos organizacionais, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, que explorem diferentes contextos econômicos. A literatura destaca que os problemas de agência são particulares em cada cenário organizacional, do ponto de vista deste estudo vale testar essa premissa.

As principais limitações deste estudo se voltam para a presença de diferentes vieses, seja por parte dos respondentes, quanto às suas percepções organizacionais e condições (atuais) no ambiente de trabalho ou por parte do pesquisador, principalmente nas etapas de análise dos dados e na construção das inferências e conclusões da pesquisa. Apesar de seguir o protocolo de Estudo de Caso rigorosamente, o fator “pesquisador” é muito forte na pesquisa qualitativa.

Como a Teoria de Agencia visa essencialmente tratar sobre problemas referentes ao compartilhamento de informações, buscando formas de amenizar assimetrias, pôde-se notar que essa lente teórica causou uma sensação de incômodo nos participantes da pesquisa, que nem sempre estes se mostraram aptos a entender os objetivos fins dessa vertente teórica. Isso pode ter contribuído para uma outra limitação presente no estudo, que se relaciona com o acesso limitado às informações dos hospitais. Alguns documentos que seriam importantes para ratificar informações sobre orçamento, desempenho e avaliação profissional, não tiveram seu acesso compartilhado com o pesquisador. Além disso, durante a observação *in loco*, não foi permitido tirar fotos de alguns locais, nem acessar algumas áreas dos hospitais, consideradas de acesso restrito.

REFERÊNCIAS

- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208–220.
- Afriyie, S. O., Kong, Y., Lartey, P. Y., Kaodui, L., Bediako, I. A., Wu, W., & Kyeremateng, P. H. (2020). Financial performance of hospitals: A critical obligation of corporate governance dimensions. *International Journal of Health Planning and Management*. <https://doi.org/10.1002/hpm.3049>
- Al-Shammari, M. (1999). A multi-criteria data envelopment analysis model for measuring the productive efficiency of hospitals. *International Journal of Operations and Production Management*, 19(9), 879–891. <https://doi.org/10.1108/01443579910280205>
- Alchian, A. A., & Demsetz, H. (1972). Right Paradigm The Property. *The Journal of Economic History*, 33, No. 1(1), 16–27. <http://www.cos.ufrj.br/~mvbsoares/ecoinst/artigos/tprp.pdf>
- Almeida, H. M. de, & Costa, A. V. (2018). Orçamento Público como Mecanismo de Planejamento para a Gestão. *ID on Line REVISTA DE PSICOLOGIA*, 13(43), 559–577. <https://doi.org/10.14295/online.v13i43.1555>
- Ancarani, A., Di Mauro, C., & Giammanco, M. D. (2009). The impact of managerial and organizational aspects on hospital wards' efficiency: Evidence from a case study. *European Journal of Operational Research*, 194(1), 280–293. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2007.11.046>
- Armour, B. S., & Pitts, M. M. (2003). Physician financial incentives in managed care: Resource use, quality and cost implications. In *Disease Management and Health Outcomes* (Vol. 11, Issue 3, pp. 139–147). <https://doi.org/10.2165/00115677-200311030-00001>
- Arocena, P., & García-Prado, A. (2007). Accounting for quality in the measurement of hospital performance: Evidence from Costa Rica. *Health Economics*, 16, 667–685. <https://doi.org/10.1002/hec.1204>
- Asmild, M., Hollingsworth, B., & Birch, S. (2013). The scale of hospital production in different settings: One size does not fit all. *Journal of Productivity Analysis*, 40(2), 197–206. <https://doi.org/10.1007/s11123-012-0332-9>
- Baiman, S. (1990). Agency research in managerial accounting: A second look. *Accounting, Organizations and Society*, 15(4), 341–371. <https://doi.org/10.1016/0361->

3682(90)90023-N

- Banker, R. D., Charnes, A., & Cooper, W. W. (1984). Some Models for Estimating Technical and Scale Inefficiencies in Data Envelopment Analysis. *Management Science*, 30(9).
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Persona.
- Bardin, L. (2000). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Barile, S., Saviano, M., & Polese, F. (2014). Information asymmetry and co-creation in health care services. *Australasian Marketing Journal*, 22(3), 205–217.
<https://doi.org/10.1016/j.ausmj.2014.08.008>
- Battel-Kirk, B., Barry, M. M., Taub, A., & Lysoby, L. (2009). A review of the international literature on health promotion competencies: Identifying frameworks and core competencies. *Global Health Promotion*, 16(2), 12–20.
<https://doi.org/10.1177/1757975909104100>
- Beingana, G., Ngomi, N., & Habtu, M. (2020). The influence of health technology on principal-agent relationship: a study of virtual doctor consultations in Rwanda. *Health and Technology*. <https://doi.org/10.1007/s12553-020-00491-w>
- Ben-Ner, A., & Ren, T. (2015). Comparing Workplace Organization Design Based on Form of Ownership: Nonprofit, For-Profit, and Local Government. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 44(2), 340–359. <https://doi.org/10.1177/0899764013512422>
- Blevins, D. P., Ragozzino, R., & Eckardt, R. (2020). “Corporate governance” and performance in nonprofit organizations. *Strategic Organization*.
<https://doi.org/10.1177/1476127020921253>
- Boadway, R., Marchand, M., & Sato, M. (2004). An optimal contract approach to hospital financing. *Journal of Health Economics*, 23(1), 85–110.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2003.08.001>
- Bogoná, M. Z. De. (2012). Gestão do conhecimento e da informação no setor público: perspectivas. *Temas de Administração Pública*, 4(7 Edição Especial), 1–17.
<http://seer.fclar.unesp.br/temasadm/article/view/6185/4650>
- Botega, L. D. A., Andrade, M. V., & Guedes, G. R. (2020). *Hospitais brasileiros "desempenho : uma avaliação do sistema unificado de saúde (SUS)*.
- Bradbury, C. J. (2015). Determinants of Physicians’ Acceptance of New Medicaid Patients. *Atlantic Economic Journal*, 43(2), 247–260. <https://doi.org/10.1007/s11293-015-9454-6>
- Brown, D. C. G., & Toze, S. (2017). Information governance in digitized public administration. *Canadian Public Administration*, 60(4), 581–604.

- <https://doi.org/10.1111/capa.12227>
- Brown, J. L., Evans, J. H., & Moser, D. V. (2009). Agency theory and participative budgeting experiments. *Journal of Management Accounting Research*, 21(1), 317–345.
<https://doi.org/10.2308/jmar.2009.21.1.317>
- Brown, J. L., Fisher, J. G., Pfeffer, S. A., & Sprinkle, G. B. (2017). The effect of budget framing and budget-setting process on managerial reporting. *Journal of Management Accounting Research*, 29(1), 31–44. <https://doi.org/10.2308/jmar-51535>
- Budimir, V., Dražić Lutitsky, I., & Letica, M. (2020). *Usage of Performance Indicators in Croatian Public Hospitals*. 269–284. https://doi.org/10.1007/978-3-030-35051-2_18
- Calvo, M. C. M. (2002). *Hospitais Públicos e Privados no Sistema Único de Saúde do Brasil: o mito da eficiência privada no estado de Mato Grosso em 1998*.
- Cesconetto, A., Lapa, J. D. S., & Calvo, M. C. M. (2008). Evaluation of productive efficiency in the Unified National Health System hospitals in the State of Santa Catarina, Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, 24(10), 2407–2417. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008001000021>
- Chang, H., Cheng, M. A., & Das, S. (2004). Hospital ownership and operating efficiency: Evidence from Taiwan. *European Journal of Operational Research*, 159(2 SPEC. ISS.), 513–527. [https://doi.org/10.1016/S0377-2217\(03\)00412-0](https://doi.org/10.1016/S0377-2217(03)00412-0)
- Chang, S. J., Hsiao, H. C., Huang, L. H., & Chang, H. (2011). Taiwan quality indicator project and hospital productivity growth. *Omega*, 39(1), 14–22.
<https://doi.org/10.1016/j.omega.2010.01.006>
- Chapman, C. S., & Kihn, L. A. (2009). Information system integration, enabling control and performance. *Accounting, Organizations and Society*, 34(2), 151–169.
<https://doi.org/10.1016/j.aos.2008.07.003>
- Charnes, A., Cooper, W. W., & Rhodes, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research*, 2(6), 429–444.
[https://doi.org/10.1016/0377-2217\(78\)90138-8](https://doi.org/10.1016/0377-2217(78)90138-8)
- Chow, C. W., Cooper, J. C., & Wailer, W. S. (1988). Participative Budgeting: Effects Scheme on of and a Pay Information Slack and Asymmetry Performance. *The Accounting Review*, 63(1), 111–122.
- Clement, J. P., Valdmanis, V. G., Bazzoli, G. J., Zhao, M., & Chukmaitov, A. (2008). Is more better? An analysis of hospital outcomes and efficiency with a DEA model of output congestion. *Health Care Management Science*, 11(1), 67–77.

- <https://doi.org/10.1007/s10729-007-9025-8>
- Concolatto, C. P., Rodrigues, T. G., & Oltramari, A. P. (2017). Mudanças nas relações de trabalho e o papel simbólico do trabalho na atualidade. *Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade*, 4(9).
- Cooper, D. R., & Schindler, P. S. (2014). Business Research Methods 12th Edition. In *Business Research Methods*.
- Da Silva, A. F., Fernandez-Feijoo, B., & Gago, S. (2020). Accounting Information Tools in Managerial Clinical Service Decision-Making Processes: Evidence from Portuguese Public Hospitals. *International Public Management Journal*, 23(4), 535–563. <https://doi.org/10.1080/10967494.2018.1495136>
- de Almeida Botega, L., Andrade, M. V., & Guedes, G. R. (2020). Brazilian hospitals' performance: an assessment of the unified health system (SUS). *Health Care Management Science*, 23(3), 443–452. <https://doi.org/10.1007/s10729-020-09505-5>
- de Oliveira, C. B., & Filho, J. R. F. (2017). Agency problems in the public sector: The role of mediators between central administration of city hall and executive bodies. *Revista de Administracao Publica*, 51(4), 596–615. <https://doi.org/10.1590/0034-7612171397>
- De Regge, M., & Eeckloo, K. (2020). Balancing hospital governance: A systematic review of 15 years of empirical research. *Social Science and Medicine*, 262(July), 113252. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113252>
- de Souza, P. C., Scatena, J. H. G., & Kehrig, R. T. (2016). Aplicação da Análise Envoltória de Dados 289 para avaliar a eficiência de hospitais do SUS em Mato Grosso. *Physis*, 26(1), 289–308. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100016>
- Dervaux, B., Leleu, H., Minvielle, E., Valdmanis, V., Aegerter, P., & Guidet, B. (2009). Performance of French intensive care units: A directional distance function approach at the patient level. *International Journal of Production Economics*, 120(2), 585–594. <https://doi.org/10.1016/j.ijpe.2009.04.011>
- Dias, R., & Matos, F. (2012). *Políticas Públicas: Princípios, Propósitos e Processos*. (1st ed.). Atlas.
- Dismuke, C. E., & Sena, V. (2001). Is there a Trade-Off between Quality and Productivity ? The Case of Diagnostic Technologies in Portugal. *Annals of Operations Research*, 107, 101–116.
- Dobrzykowski, D. D., Callaway, S. K., & Vonderembse, M. A. (2015). Examining Pathways from Innovation Orientation to Patient Satisfaction: A Relational View of Healthcare

- Delivery. *Decision Sciences*, 46(5), 863–899. <https://doi.org/10.1111/deci.12161>
- Dobrzykowski, D. D., & McFadden, K. L. (2019). Examining Governance in Hospital Operations: The Effects of Trust and Physician Employment in Achieving Efficiency and Patient Satisfaction. *Decision Sciences*, 51(1), 74–109. <https://doi.org/10.1111/deci.12414>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Dranove, D., & White, W. D. (1987). Agency and the Organization of Health Care Delivery. *Inquiry*, 24(4), 405–415. <http://www.jstor.org/stable/29771914>
- Duckett, S. J. (2005). Health workforce design for the 21st century. *Australian Health Review : A Publication of the Australian Hospital Association*, 29(2), 201–210. <https://doi.org/10.1071/AH050201>
- Eduardo, C., & Lavarda, F. (2013). Participação orçamentária e assimetria informacional: um estudo em uma empresa multinacional. *BBR - Brazilian Business Review*, 10(2), 74–96.
- Eeckloo, K., Herck, G. Van, Hulle, C. Van, & Vleugels, A. (2004). From Corporate Governance to Hospital Governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Health Policy*, 68(1), 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.07.009>
- Eisenhardt, K. (1985). Control Organization Approach. In *Management Science* (Vol. 31, Issue 2, pp. 134–149).
- Eisenhardt, K. M. (1989). Agency Theory: An Assessment and Review. *Academy of Management Review*, 14(1), 57–74. <https://doi.org/10.5465/amr.1989.4279003>
- Eldenburg, L., & Krishnan, R. (2006a). Management Accounting and Control in Health Care: An Economics Perspective. *Handbooks of Management Accounting Research*, 2, 859–883. [https://doi.org/10.1016/S1751-3243\(06\)02016-5](https://doi.org/10.1016/S1751-3243(06)02016-5)
- Eldenburg, L., & Krishnan, R. (2006b). Management Accounting and Control in Health Care: An Economics Perspective. In *Handbooks of Management Accounting Research* (Vol. 2, pp. 859–883). [https://doi.org/10.1016/S1751-3243\(06\)02016-5](https://doi.org/10.1016/S1751-3243(06)02016-5)
- Fama, E. (1980). Agency problems and the theory of the firm. *Journal of Political Economy*, 88(2), 288–307. <https://doi.org/10.1086/260866>
- Ferrando, A., Ivaldi, C., Buttiglieri, A., Pagano, E., Bonetto, C., Arione, R., Scaglione, L., Gelormino, E., Merletti, F., & Ciccone, G. (2005). Guidelines for preoperative assessment: Impact on clinical practice and costs. *International Journal for Quality in*

- Health Care*, 17(4), 323–329. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi039>
- Ferreira, D. C., & Marques, R. C. (2019). Do quality and access to hospital services impact on their technical efficiency? *Omega (United Kingdom)*, 86, 218–236. <https://doi.org/10.1016/j.omega.2018.07.010>
- Ferreira, D. C., Marques, R. C., & Nunes, A. M. (2018). Economies of scope in the health sector: The case of Portuguese hospitals. *European Journal of Operational Research*, 266(2), 716–735. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2017.09.044>
- Ferreira, D. C., Marques, R. C., Nunes, A. M., & Figueira, J. R. (2017). Patients' satisfaction: The medical appointments valence in Portuguese public hospitals. *Omega (United Kingdom)*, 80, 58–76. <https://doi.org/10.1016/j.omega.2017.08.009>
- Ferreira, Diogo Cunha, Nunes, A. M., & Marques, R. C. (2020). Operational efficiency vs clinical safety, care appropriateness, timeliness, and access to health care: The case of Portuguese public hospitals. *Journal of Productivity Analysis*, 53(3), 355–375. <https://doi.org/10.1007/s11123-020-00578-6>
- Ferrier, G. D., & Valdmanis, V. G. (2004). Do mergers improve hospital productivity? *Journal of the Operational Research Society*, 55(10), 1071–1080. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jors.2601738>
- Ferrier, Gary D., & Trivitt, J. S. (2013). Incorporating quality into the measurement of hospital efficiency: A double DEA approach. *Journal of Productivity Analysis*, 40(3), 337–355. <https://doi.org/10.1007/s11123-012-0305-z>
- Finkler, S. A., & Ward, D. M. (David M. (2006). *Accounting fundamentals for health care management*. Jones & Bartlett Learning.
- Fisher, J., Frederickson, J. R., & Pfeffer, S. A. (2002). The effect of information asymmetry on negotiated budgets: An empirical investigation. *Accounting, Organizations and Society*, 27(1–2), 27–43. [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(01\)00046-0](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(01)00046-0)
- Fisher, J. G., Frederickson, J. R., & Pfeffer, S. a. (2000). Budgeting : An Experimental of Negotiation. *The Accounting Review*, 75(1), 93–114.
- Fisher, J. G., Maines, L. A., Pfeffer, S. A., & Sprinkle, G. B. (2002). Using budgets for performance evaluation : Effects of resource ... *The Accounting Review*, 77(4), 847–865.
- Fonseca, P. C., & Ferreira, M. A. M. (2009). Investigação dos níveis de eficiência na utilização de recursos no setor de saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 199–213. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902009000200004>
- Fragelli, T. B. O., & Shimizu, H. E. (2012). Competências profissionais em Saúde Pública:

- conceitos, origens, abordagens e aplicações. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), 667–674. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672012000400017>
- Franco, M. L. P. B. (2008). *Análise de Conteúdo* (3rd ed.) Liber Livro.
- Gaynor, M. (1994). Issues in the Industrial Organization of the Market for Physician Services. *Journal of Economics & Management Strategy*, 3(1), 211–255. <https://doi.org/10.1111/j.1430-9134.1994.00211.x>
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6th ed.). Atlas.
- GIL, A. C. (1989). *GIL - Métodos e Técnicas de Pesquisa Social - Obra Completa PDF.pdf* (p. 206).
- Goddard, M., Mannion, R., & Smith, P. (2000). Enhancing performance in health care: A theoretical perspective on agency and the role of information. *Health Economics*, 9(2), 95–107. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1050\(200003\)9:2<95::AID-HEC488>3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1050(200003)9:2<95::AID-HEC488>3.0.CO;2-A)
- Gok, M. S., & Sezen, B. (2013). Analyzing the ambiguous relationship between efficiency, quality and patient satisfaction in healthcare services: The case of public hospitals in Turkey. *Health Policy*, 111(3), 290–300. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.010>
- Gonçalves, A. C., Noronha, C. P., Lins, M. P. E., & Almeida, R. M. V. R. (2007). Data envelopment analysis for evaluating public hospitals in Brazilian state capitals. *Revista de Saude Publica*, 41(3), 427–435. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102006005000023>
- Gonczi, A., & Hager, P. (2010). The competency model. *International Encyclopedia of Education*, 403–410. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-044894-7.00790-9>
- Gonczi, Andrew. (2013). Competency-Based Approaches: Linking theory and practice in professional education with particular reference to health education. *Educational Philosophy and Theory*, 45(12), 1290–1306. <https://doi.org/10.1080/00131857.2013.763590>
- Guerra, M. (2011). Análise De Desempenho De Organizações Hospitalares. In *Dissertação de mestrado, Centro de Pós- Graduação e Pesquisas em Contabilidade e Controladoria, da Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais*. http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-8KZNFA/mariana_guerra.pdf?sequence=1
- Hansen, S. C., & Van der Stede, W. A. (2004). Multiple facets of budgeting: An exploratory analysis. *Management Accounting Research*, 15(4), 415–439. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2004.08.001>

- Helling, D. K., Nelson, K. M., Ramirez, J. E., & Humphries, T. L. (2006). Kaiser permanente Colorado region pharmacy department: Innovative leader in pharmacy practice. *Journal of the American Pharmacists Association*, 46(1), 67–76.
<https://doi.org/10.1331/154434506775268580>
- Hu, H. H., Qi, Q., & Yang, C. H. (2012). Analysis of hospital technical efficiency in China: Effect of health insurance reform. *China Economic Review*, 23(4), 865–877.
<https://doi.org/10.1016/j.chieco.2012.04.008>
- Ilie, V., Van Slyke, C., Parikh, M. A., & Courtney, J. F. (2009). Paper versus electronic medical records: The effects of access on physicians' decisions to use complex information technologies. *Decision Sciences*, 40(2), 213–241.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-5915.2009.00227.x>
- Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure, 3 J. Fin. Econ. 305 (1976). *Jensen3053J. Fin. Econ*, 162–176.
- Jing, R., Xu, T., Lai, X., Mahmoudi, E., & Fang, H. (2020). Technical efficiency of public and private hospitals in Beijing, China: A comparative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1).
<https://doi.org/10.3390/ijerph17010082>
- Karila, A., Vakkuri, J., & Lehto, J. (2019). Budgetary bias in the Finnish public hospital system. *International Journal of Public Sector Management*, 33(4), 401–418.
<https://doi.org/10.1108/IJPSM-07-2019-0184>
- Kaveski, I. D. S., Mazzioni, S., & Hein, N. (2013). A Eficiência na Utilização de Recursos no Setor de Saúde: Uma Análise dos Municípios do Oeste Catarinense. *Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde*, 02(02), 53–84. <https://doi.org/10.5585/rgss.v2i2.72>
- Kerlinger, F. (1980). *Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual* (1st ed.). EPU.
- Kihn, L. A. (2011). How do controllers and managers interpret budget targets? *Journal of Accounting & Organizational Change*, 7(3), 212–236.
<https://doi.org/10.1108/18325911111164187>
- Kirigia, J. M., Emrouznejad, A., Sambo, L. G., Munguti, N., & Liambila, W. (2004). Using data envelopment analysis to measure the technical efficiency of public health centers in Kenya. *Journal of Medical Systems*, 28(2), 155–166.
<https://doi.org/10.1023/b:joms.0000023298.31972.c9>

- Klann, R. C., Oliveira, C., Greuel, M. A., & Bezerra, F. A. (2014). Influência Do Risco Moral E Da Accountability Nas Tomadas De Decisões. *Contabilidade Vista & Revista*, 25(1), 99–118.
- Kyj, L., & Parker, R. J. (2008). Antecedents of budget participation: Leadership style, information asymmetry, and evaluative use of budget. *Abacus*, 44(4), 423–442. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6281.2008.00270.x>
- Lai, H. pin, & Tang, M. C. (2018). Hospital efficiency under global budgeting: evidence from Taiwan. *Empirical Economics*, 55(3), 937–963. <https://doi.org/10.1007/s00181-017-1317-3>
- Lambert, R. A. (2006). Agency Theory and Management Accounting. *Handbooks of Management Accounting Research*, 1(06), 247–268. [https://doi.org/10.1016/S1751-3243\(06\)01008-X](https://doi.org/10.1016/S1751-3243(06)01008-X)
- Langer, A., Schröder-Bäck, P., Brink, A., & Eurich, J. (2009). The agency problem and medical acting: An example of applying economic theory to medical ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 12(1), 99–108. <https://doi.org/10.1007/s11019-008-9138-y>
- Lavarda, F., & Almeida, D. M. (2013). Participação orçamentária e assimetria informacional: um estudo em uma empresa multinacional. *BBR: Brazilian Business Review*, 10(2), 74–96.
- Le Deist, F. D., & Winterton, J. (2005). What is competence? *Human Resource Development International*, 8(1), 27–46. <https://doi.org/10.1080/1367886042000338227>
- Ligarda, J., & Ñaccha, M. (2006). La eficiencia de las organizaciones de salud a través del análisis envolvente de datos. Microrredes de la Dirección de Salud IV Lima Este 2003. *Anales de La Facultad de Medicina*, 67(2), 142. <https://doi.org/10.15381/anales.v67i2.1252>
- Lilley, K. C., & Stewart, D. E. (2009). The Australian preventive health agenda: What will this mean for workforce development? *Australia and New Zealand Health Policy*, 6(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1743-8462-6-14>
- Lima, V. V. (2005). Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 369–379. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832005000200012>
- Lin, J. R., Chen, C. Y., & Peng, T. K. (2017). Study of the relevance of the quality of care, operating efficiency and inefficient quality competition of senior care facilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(9).

- <https://doi.org/10.3390/ijerph14091047>
- Lourenço, R. L., & Sauerbronn, F. F. (2017). Uso Da Teoria Da Agência Em Pesquisas De Contabilidade Gerencial: Premissas, Limitações E Formulações Alternativas Aos Seus Pressupostos. *Advances in Scientific and Applied Accounting*, 10(2), 158–176. <https://doi.org/10.14392/asaa.2017100202>
- Ludwig, M., Van Merode, F., & Groot, W. (2010). Principal agent relationships and the efficiency of hospitals. *European Journal of Health Economics*, 11(3), 291–304. <https://doi.org/10.1007/s10198-009-0176-z>
- Lundbäck, M. (1997). Imperfect agency and the regulation of hospitals. *GENEVA Papers on Risk and Insurance Theory*, 22(2), 151–168. <https://doi.org/10.1023/A:1008620218204>
- Maggetti, M., & Papadopoulos, Y. (2018). The Principal–Agent Framework and Independent Regulatory Agencies. *Political Studies Review*, 16(3), 172–183. <https://doi.org/10.1177/1478929916664359>
- Marconi, M. de A., & Lakatos, E. M. (2017). *Fundamentos de metodologia científica* (8th ed.). Atlas.
- Maria da Conceição da Costa Marques. (2007). Aplicação dos Princípios da Governança Corporativa ao Setor Público. *Revista de Administração Contemporânea*, 11(2), 11–26.
- Marinho, A. (2003). *Avaliação da Eficiência Técnica nos Serviços de Saúde nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro*. 57(2), 515–534.
- Martinez, A. L. (1998). Teoria Da Agencia Na Pesquisa Contabil. *Encontro Nacional Dos Programas de PósGraduação Em Administração, ENANPAD, XXII*, 1–14.
- Martins, G. de A., & Theóphilo, C. R. (2016). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas* (3rd ed.). Atlas.
- Martins, V. A., Da Silva, W. V., De Melo, R. A., Marchetti, R. Z., & Da Veiga, C. P. (2016). Teoria de agência aplicada no setor público. *Espacios*, 37(35).
- Melo, M. A. (2015). Governance e reforma do Estado: o paradigma agente x principal. *Revista Do Serviço Público*, 47(1), 67–82. <https://doi.org/10.21874/rsp.v47i1.704>
- Mendes, R. S., & Miskulin, R. G. S. (2017). A Análise de Conteúdo como uma Metodologia. *Caderno de Pesquisa*, 47(165), 1044–1066. <http://dx.doi.org/10.1590/198053143988>
- Mishra, S., Salzarulo, P. A., & Modi, S. B. (2019). Patient care effectiveness and financial outcomes of hospital physician contracting emphasis. *Journal of Operations Management*, 66(1–2), 199–226. <https://doi.org/10.1002/joom.1048>
- Missunaga, D. H. (2020). O impacto da qualidade e da natureza de propriedade na eficiência

- técnica hospitalar: Um estudo por meio da análise envoltória de dados no estado de São Paulo. In *Universidade Estadual de Maringá*. Universidade Estadual de Maringá - UEM.
- Mitnick, B. M. (1975). The theory of agency - The policing “paradox” and regulatory behavior. *Public Choice*, 24(1), 27–42. <https://doi.org/10.1007/BF01718413>
- Mitnick, B. M. (1976). A typology of conceptions of the public interest. *Administration & Society*, 8(1), 5–28. <https://doi.org/10.1177/009539977600800102>
- Mitnick, B. M. (1982). Regulation and the Theory of Agency. *Review of Policy Research*, 1(3), 442–453. <https://doi.org/10.1111/j.1541-1338.1982.tb00448.x>
- Mitnick, B. M. (2011). Origin of the Theory of Agency: An Account By One of the Theory’s Originators. *SSRN Electronic Journal*, January 2006. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1020378>
- Mitnick, B. M. (2012). The Hazards of Agency. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1417412>
- Mitnick, B. M. (2013). Agency Problems and Political Institutions. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2338579>
- Mitnick, B. M. (2015). Agency Theory. *Wiley Encyclopedia of Management*, 1–6. <https://doi.org/10.1002/9781118785317.weom020097>
- Mott, D. A., Schommer, J. C., Doucette, W. R., & Kreling, D. H. (1998). Agency theory, drug formularies, and drug product selection: Implications for public policy. *Journal of Public Policy and Marketing*, 17(2), 287–295. <https://doi.org/10.1177/074391569801700211>
- Mucci, D. M., Frezatti, F., & Dieng, M. (2016). As Múltiplas Funções do Orçamento Empresarial. *Revista de Administração Contemporânea*, 20(3), 283–304. <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2016140121>
- Mucio Marques, K. C., Camacho, R. R., & De Alcantara, C. C. V. (2015). Assessment of the methodological rigor of case studies in the field of management accounting published in journals in Brazil. *Revista Contabilidade e Finanças*, 26(67), 27–42. <https://doi.org/10.1590/1808-057x201500280>
- Navarro-Espigares, J. L., & Torres, E. H. (2011). Efficiency and quality in health services: A crucial link. *Service Industries Journal*, 31(3), 385–403. <https://doi.org/10.1080/02642060802712798>
- Nayar, P., & Ozcan, Y. A. (2008). Data envelopment analysis comparison of hospital efficiency and quality. *Journal of Medical Systems*, 32(3), 193–199. <https://doi.org/10.1007/s10916-007-9122-8>

- Nayar, P., Ozcan, Y. A., Yu, F., & Nguyen, A. T. (2013). Benchmarking urban acute care hospitals: Efficiency and quality perspectives. *Health Care Management Review*, 38(2), 137–145. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3182527a4c>
- Ngobeni, V., Breitenbach, M. C., & Aye, G. C. (2020). Technical efficiency of provincial public healthcare in South Africa. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 18(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s12962-020-0199-y>
- Nguyen, H. (2011). The principal-agent problems in health care: Evidence from prescribing patterns of private providers in Vietnam. *Health Policy and Planning*, 26(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1093/heapol/czr028>
- Nishio, E. A. (2017). Governança corporativa e gestão hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(6), 3–4. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700080>
- Nunes, A., & Ferreira, D. (2018). Eficiência na assistência hospitalar em Portugal: um estudo comparativo. *Jornal Brasileiro de Economia Da Saúde*, 10(3), 278–284. <https://doi.org/10.21115/jbes.v10.n3.p278-84>
- O'Donnell, S. W. (2000). Managing foreign subsidiaries: Agents of headquarters, or an interdependent network? *Strategic Management Journal*, 21(5), 525–548. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0266\(200005\)21:5<525::AID-SMJ104>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0266(200005)21:5<525::AID-SMJ104>3.0.CO;2-Q)
- Oliveira, D. C. (2008). Análise de Conteúdo Temático-Categorial: Uma Proposta de Sistematização. *Revista de Enfermagem UERJ*, 16(4), 569–576.
- Pedroso, M. de M., Calmon, P. C. D. P., Bandeira, L. F., & Lucena, R. A. V. de. (2012). Eficiência relativa da política nacional de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade. *Revista de Administração Contemporânea*, 237–252. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552012000200005&lang=pt
- Peltokorpi, A., Matinheikki, J., Lehtinen, J., & Rajala, R. (2020). Revisiting the unholy alliance of health-care operations: payor–provider integration of occupational health services. *International Journal of Operations and Production Management*, 40(4), 357–387. <https://doi.org/10.1108/IJOPM-04-2019-0326>
- Peltokorpi, Antti, Matinheikki, J., Lehtinen, J., & Rajala, R. (2020). Revisiting the unholy alliance of health-care operations: payor–provider integration of occupational health services. *International Journal of Operations and Production Management*, 40(4), 357–387. <https://doi.org/10.1108/IJOPM-04-2019-0326>
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M.

- (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 161–171. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>
- Pijl-Zieber, E. M., Barton, S., Konkin, J., Awosoga, O., & Caine, V. (2014). Competence and competency-based nursing education: Finding our way through the issues. *Nurse Education Today*, 34(5), 676–678. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.09.007>
- Pires, M. B. N., Oliveira, R. de, Alcantara, C. C. V. de, & Abbas, K. (2017). *Revista De Administração E Inovação Hospitalar Relação Entre a Remuneração Do Sistema Único De Saúde, Os Custos Dos Procedimentos Hospitalares E O Resultado: Estudo Nas Santas Casas De Misericórdia Do Estado De São Paulo Relationship Between the Remunerat.* 14, 5205. <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v14i3.4286>•Submetido:
- Pires, V., & Guimarães, A. S. (2015). Social control of public expenditures in a multilevel principal-agent approach. *Revista de Economia Política*, 35(4), 878–894. <https://doi.org/10.1590/0101-31572015v35n04a11>
- Politelo, L., Rigo, V. P., & Hein, N. (2014). Eficiência da Aplicação de Recursos no Atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) nas Cidades de Santa Catarina. *Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde*, 03(02), 45–60. <https://doi.org/10.5585/rgss.v3i2.105>
- Pollack, H., & Zeckhauser, R. (1996). Budgets As Dynamic Gatekeepers. *Management Science*, 42(5), 642–658. <https://doi.org/10.1287/mnsc.42.5.642>
- Preker, A. S., Harding, A., & Travis, P. (2000). “Make or buy” decisions in the production of health care goods and services: New insights from institutional economics and organizational theory. In *Bulletin of the World Health Organization* (Vol. 78, Issue 6, pp. 779–790). World Health Organization. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862000000600010>
- Przeworski, A. (1996). Nota sobre o estado e o mercado. In *Brazilian Journal of Political Economy* (Vol. 16, Issue 3).
- Richardson, R. J. (2012). *Pesquisa social: métodos e técnicas* (3rd ed.). Atlas.
- Rispel, L. C., Jager, P. De, & Fonn, S. (2016). Exploring corruption in the South African health sector. *Health Policy and Planning*, 31(2), 239–249. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv047>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. del P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5th ed.). Penso.
- Sandberg, J. (2000). Understanding human competence at work: An interpretative approach. *Academy of Management Journal*, 43(1), 9–25. <https://doi.org/10.2307/1556383>

- Schneider, H., & Mathios, A. (2006). Principal agency theory and health care utilization. *Economic Inquiry*, 44(3), 429–441. <https://doi.org/10.1093/ei/cbj025>
- Sekwat, A. (2000). Principal-Agent Theory: A Framework for Improving Health Care Reform in Tennessee. *Journal of Health and Human Services Administration*, 22(3), 277–291. <http://www.jstor.org/stable/23211888>
- Shapiro, S. P. (2005). Agency theory. *Annual Review of Sociology*, 31, 263–284. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.31.041304.122159>
- Shastri, K., & Stout, D. (2008). Budgeting: Perspectives from the Real World. *Management Accounting Quarterly*, 10(1), 18–25.
- Shields, J. F., & Shields, M. D. (1998). Antecedents of participative budgeting. *Accounting, Organizations and Society*, 23(1), 49–76. [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(97\)00014-7](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(97)00014-7)
- Silva, B. N. da, Costa, M. A. S., Abbas, K., & Galdamez, E. V. C. (2017). Eficiência Hospitalar das Regiões Brasileiras: Um Estudo por Meio da Análise Envoltória de Dados. *Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde*, 6(1), 76–91. <https://doi.org/10.5585/rgss.v6i1.314>
- Silva, M. Z. da, Moretti, B. R., & Schuster, H. A. (2016). Avaliação da eficiência hospitalar por meio do DEA. *Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde*, 5(2), 100–114.
- Singaroyan, R., Seed, C. A., & Egdell, R. M. (2006). Is a target culture in health care always compatible with efficient use of resources? A cost-effectiveness analysis of an intervention to achieve thrombolysis targets. *Journal of Public Health*, 28(1), 31–34. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdi072>
- Slomski, V. (2011). *Controladoria e Governança na Gestão Pública* (1st ed.). Atlas.
- Slomski, V. (2013). *Manual de Contabilidade Pública* (3rd ed.). Atlas.
- Smith, P. C., Stepan, A., Valdmanis, V., & Verheyen, P. (1997). Principal-agent problems in health care systems: An international perspective. *Health Policy*, 41(1), 37–60. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(97\)00012-2](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(97)00012-2)
- Souza, A., Avelar, E., Silva, E., Tormin, B., & Gervásio, L. (2015). Uma Análise Financeira dos Hospitais Brasileiros entre os Anos de 2006 a 2011. *Sociedade, Contabilidade e Gestão*, 9(3), 118–130. https://doi.org/10.21446/scg_ufrj.v9i3.13329
- Souza, Antônio Artur, Silva, O. F. da, Avelar, E. A., & Lamego, L. F. (2016). Análise De Eficiência Dos Hospitais : Um Estudo com Foco em Indicadores Operacionais. *Caderno de Administração*, 24(2).

- Souza, Antonio Artur de, Guerra, M., Lara, C. O., Gomide, P. L. R., Pereira, C. M., & Freitas, D. A. (2009). Controle de gestão em organizações hospitalares. *Revista de Gestão USP*, 16(3), 15–29.
- Souza, V. H. G. de, Rodrigues, L. J., Abbas, K., & Missunaga, D. H. (2020). “Trade-Off” entre qualidade e eficiência técnica : um estudo em hospitais da região sul do Brasil . *XXVII Congresso Brasileiro de Custos*.
- Souza, P. C., Gurtler Scatena, J. H., & Kehrig, R. T. (2017). Eficiência hospitalar no SUS: análise de 10 hospitais do mix público-privado do estado de Mato Grosso. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, 22(72), 326–345.
<https://doi.org/10.12660/cgpc.v22n72.66242>
- Stake, R. E. (2005). *Qualitative case studies*. In Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. The sage handbook of qualitative research. (3rd ed). Sage Publications.
- Stake, R. E. (2001). *The case study method in social inquiry*. In Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. The American tradition in qualitative research. (vol. II). Sage Publications.
- Sultan, W. I. M., & Crispim, J. (2018). Measuring the efficiency of Palestinian public hospitals during 2010-2015: An application of a two-stage DEA method. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3228-1>
- Tilson, H., & Gebbie, K. M. (2004). The public health workforce. *Annual Review of Public Health*, 25, 341–356. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.102802.124357>
- Tofan, G., Bodolica, V., & Spraggon, M. (2012). Governance mechanisms in the physician-patient relationship: A literature review and conceptual framework. *Health Expectations*, 16(1), 14–31. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00807.x>
- Tofan, G., Spraggon, M., & Bodolica, V. (2013). Agency problems, ethical challenges and governance attributes in different models of physician-patient interaction within the assisted reproduction setting. *Public Health*, 127(6), 597–600.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.01.017>
- Tran, M. D., & Vu, T. Sen. (2018). Determinants Influencing Financial Performance of Public Hospitals: The Case of Vietnam. *Asian Business Research*, 3(1), 51.
<https://doi.org/10.20849/abr.v3i1.343>
- Trivelato, P. V., Soares, M. B., Rocha, W. G., & Faria, E. R. de. (2015). Avaliação da eficiência na alocação dos recursos econômicos financeiros no âmbito hospitalar. *Rahis*, 12(4), 62–79. <https://doi.org/10.21450/rahis.v12i4.2725>
- Valdmanis, V. G., Rosko, M. D., & Mutter, R. L. (2008). Hospital quality, efficiency, and

- input slack differentials. *Health Services Research*, 43(5 P2), 1830–1848.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00893.x>
- Van Der Stede, W. A. (2000). The relationship between two consequences of budgetary controls: Budgetary slack creation and managerial short-term orientation. *Accounting, Organizations and Society*, 25(6), 609–622. [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(99\)00058-6](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(99)00058-6)
- Varabyova, Y., Blankart, C. R., Torbica, A., & Schreyögg, J. (2017). Comparing the Efficiency of Hospitals in Italy and Germany: Nonparametric Conditional Approach Based on Partial Frontier. *Health Care Management Science*, 20(3), 379–394.
<https://doi.org/10.1007/s10729-016-9359-1>
- Varabyova, Y., & Schreyögg, J. (2013). International comparisons of the technical efficiency of the hospital sector: Panel data analysis of OECD countries using parametric and non-parametric approaches. *Health Policy*, 112(1–2), 70–79.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.03.003>
- Varabyova, Y., & Schreyögg, J. (2017). Integrating quality into the nonparametric analysis of efficiency: A simulation comparison of popular methods. *Annals of Operations Research*, 261(1–2), 365–392. <https://doi.org/10.1007/s10479-017-2628-7>
- Varela, P. S., Martins, G. de A., & Fávero, L. P. L. (2012). Desempenho dos municípios paulistas: uma avaliação de eficiência da atenção básica à saúde. *Revista de Administração*, 47(4), 624–637. <https://doi.org/10.5700/rausp1063>
- Wang, J.-Y., Probst, J. C., Stoskopf, C. H., Sanders, J. M., & Mctigue, J. F. (2011). Information asymmetry and performance tilting in hospitals: A national empirical study. *Health Economics*, 20(12), 1487–1506. <https://doi.org/10.1002/hec.1689>
- Williamson, O.E. (1991). Comparative economic organization of discrete structural alternatives. *Administrative Science Quarterly*, 36(2), 269–296.
- Williamson, Oliver E. (1998). Transaction cost economics: How it works; where it is headed. *Economist*, 146(1), 23–58. <https://doi.org/10.1023/A:1003263908567>
- Wu, B. (2019). Physician agency in China: Evidence from a drug-percentage incentive scheme. *Journal of Development Economics*, 140, 72–89.
<https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2019.05.007>
- Wu, Bingxiao. (2019). Physician agency in China: Evidence from a drug-percentage incentive scheme. *Journal of Development Economics*, 140, 72–89.
<https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2019.05.007>

- Yan, Y. H., Hsu, S., Yang, C. W., & Fang, S. C. (2010). Agency problems in hospitals participating in self-management project under global budget system in Taiwan. *Health Policy*, 94(2), 135–143. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.09.005>
- Yan, Y. H., Yang, C. W., & Fang, S. C. (2014). Agency problems of global budget system in Taiwan's National Health Insurance. *Health Policy*, 116(1), 37–50. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.005>
- Yang, J., & Zeng, W. (2014). The trade-offs between efficiency and quality in the hospital production: Some evidence from Shenzhen, China. *China Economic Review*, 31, 166–184. <https://doi.org/10.1016/j.chieco.2014.09.005>
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. (3rd. ed.). Bookman.
- Zainuddin, Y., Yahya, S., Ali, N. N. K., & Abuenniran, A. S. (2008). The consequences of information asymmetry , task and environmental uncertainty on budget participation : evidence from Malaysian managers Yuserrie Zainuddin *, Sofri Yahya , Noor Nasir Kader Ali and Abdalmunaem Saleh Abuenniran. *International Journal of Managerial and Financial Accounting*, 1(1), 97–114.
- Zogning, F. (2017). Agency Theory : A Critical Review. *European Journal of Business and Management*, 9(2), 1–8.

APÊNDICE 1

Instrumento de Coleta de Dados e Fundamentação Teórica

Constructos de Segunda Ordem	Constructos de Primeira Ordem	Definição	Temas Chaves de Cada Categoria	Questões	Estudos Base
Assimetria de Informação no Processo Orçamentário	Seleção Adversa no Processo Orçamentário (Ex Ante)	Corresponde a situações que podem indicar o desalinhamento de objetivos e escolhas menos atrativas e/ou prejudiciais nos processos de planejamento e elaboração do orçamento do hospital, derivadas da assimetria informacional presente na relação principal/agente.	Diferentes níveis de informação sobre o processo orçamentário; Repasse orçamentários incoerentes com as reais necessidades do hospital; Falhas de comunicação no planejamento e na elaboração do processo orçamentário.	Como se dá a participação dos órgãos públicos que financiam as atividades do hospital no processo de elaboração do orçamento do hospital?	(Almeida & Costa, 2018; Brown et al., 2009; Fisher et al., 2002; Lavarda & Almeida, 2013; Yan et al., 2010, 2014)
				Quanto às fontes dos recursos orçamentários repassados para o hospital pelos órgãos públicos (vinculados e/ou livres), bem como suas finalidades: estas condizem com as reais necessidades do hospital?	
				Ao longo do ano, os órgãos públicos financiadores das atividades do hospital, analisam/verificam/acompanham os gastos executados pelo hospital com base nos valores repassados?	
				De modo geral, os profissionais do hospital são bem informados sobre (ou conhecem) os recursos públicos que são repassados ao hospital?	
				Os profissionais do hospital são bem informados sobre (ou conhecem) os valores e limites orçamentários do hospital?	
				Os recursos orçamentários repassados ao hospital pelos órgãos públicos são suficientes para atender as necessidades do hospital?	
				Durante o ano, há necessidade de realocações das dotações orçamentárias no orçamento do hospital (redirecionamento do gasto previsto no orçamento inicial)?	

Assimetria de Informação no Processo Orçamentário	Risco Moral no Processo Orçamentário (Ex Post)	Corresponde a situações que podem indicar a presença do risco moral na execução e no controle do orçamento do hospital, levando à utilização inapropriada de recursos. Situações derivadas de assimetria informacional presente na relação principal/agente.	Ação oculta na execução do processo orçamentário; Má utilização intencional dos recursos orçamentários.	Os profissionais do hospital fazem bom uso dos recursos públicos, evitando desperdícios?	(Almeida & Costa, 2018; Brown et al., 2009; Fisher et al., 2002; Lavarda & Almeida, 2013; Yan et al., 2010, 2014)
				Os profissionais do hospital reutilizam os recursos disponíveis (dentre aqueles que são permitidos reutilizar)?	
				Há casos de distribuição incorreta de medicamentos e prestação incorreta de serviços aos pacientes?	
				Os profissionais do hospital priorizam as necessidades dos pacientes ao invés do planejamento financeiro e orçamentário (diretrizes e limitações)?	
				Um maior volume de gastos do hospital durante o ano, acarreta aumentos nos repasses de recursos orçamentários dos órgãos públicos para o hospital no ano seguinte?	
Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais	Seleção Adversa na Gestão das Competências Profissionais (Ex Ante)	Corresponde a situações que podem indicar o desalinhamento de objetivos e escolhas menos atrativas e/ou prejudiciais nos processos de definição e contratação das competências profissionais do hospital, derivadas da assimetria informacional presente na relação principal/agente.	Formulação incoerente de contratos profissionais; Qualificação profissional incompatível com a função exercida; Falha no planejamento de processos seletivos.	As competências profissionais exigidas nos processos seletivos do hospital (seja concurso; licitação; contrato de trabalho), quanto aos requisitos das vagas, são adequadas às necessidades do hospital?	(Battel-Kirk et al., 2009; Le Deist & Winterton, 2005; Yan et al., 2010, 2014)
				Há interferência/participação dos órgãos públicos financiadores das atividades do hospital, na definição dos requisitos necessários às vagas profissionais do hospital presentes nos processos seletivos (concurso/licitação/contrato de trabalho)?	
				Os profissionais contratados que recém iniciam suas atividades no hospital, têm conhecimento pleno dos seus direitos e deveres contratuais?	

Assimetria de Informação na Gestão das Competências Profissionais				Os profissionais contratados, que recém iniciam suas atividades no hospital, precisam de cursos e formações para desenvolver as competências adequadas à função?	
	Risco Moral na Gestão das Competências Profissionais (Ex Post)	Corresponde a situações que podem indicar a presença do risco moral nos procedimentos de execução, avaliação e controle das competências profissionais do hospital, levando à atuações funcionais inadequadas. Situações derivadas de assimetria informacional presente na relação principal/agente.	Atitudes profissionais oportunistas; Falha moral/intencional na execução da função exercida.	Ao longo de sua carreira, os profissionais do hospital (corpo clínico e administrativo) demonstram ter atitudes/ações condizentes com suas obrigações contratuais (seja por concurso, licitação ou contrato de trabalho)?	
				Ao longo de sua carreira, os profissionais do hospital (corpo clínico e administrativo) demonstram ter competências adequadas e suficientes para atender aos padrões de competência exigidos e praticados pelos órgãos públicos financiadores das atividades do hospital?	
				Há ociosidade (má utilização do tempo disponível de trabalho) nas atividades dos profissionais do hospital?	
				Os profissionais do hospital auxiliam outros funcionários na execução de atividades que não são de sua alçada/responsabilidade?	
				Os órgãos públicos que financiam as atividades do hospital, têm acesso às informações sobre as atitudes/comportamentos dos profissionais do hospital (cartão ponto, avaliação de desempenho e outros documentos similares)?	
				Se e quando os profissionais de saúde agem de forma inapropriada, gerando desperdícios de recursos, tais casos são comunicados pelo hospital aos órgãos públicos que financiam as atividades do hospital?	

Eficiência	Eficiência Técnica	Relação de maximização entre o consumo dos Recursos (Inputs) e a oferta dos Produtos (Outputs) do hospital	Recursos de natureza: Humana; De Capital; e Financeira.	Os profissionais do hospital fazem bom uso dos recursos públicos, evitando desperdícios? (questão repetida).	(Donabedian, 2005; Ferreira & Marques, 2019; Ferreira et al., 2020; Peters et al., 2008)
				Os profissionais do hospital reutilizam os recursos disponíveis (dentre aqueles que são permitidos reutilizar)? (questão repetida).	
				Há casos de distribuição incorreta de medicamentos e prestação incorreta de serviços aos pacientes? (questão repetida).	
Qualidade dos Serviços em Saúde	Qualidade da Estrutura	Visa mensurar a qualidade da estrutura fixa do hospital com objetivo de melhor atender as necessidades dos pacientes.	Adequação de instalações e equipamentos; Adequação da estrutura organizacional.	O hospital possui equipamentos suficientes para atender às demandas dos pacientes (macas, máquinas e equipamentos, etc)?	
				O hospital se encontra bem conservado e em boas condições de uso?	
				A estrutura administrativa do hospital é organizada?	
				Há casos de lotação/superlotação dos leitos disponíveis para os atendimentos do hospital?	
	Qualidade dos Processos	Visa mensurar a qualidade dos processos do hospital com objetivo de melhor atender as necessidades dos pacientes.	Adequação dos atendimentos; Adequação das competências profissionais.	Os profissionais de saúde têm qualificação adequada (em termos de formação acadêmica)?	
				Os profissionais de saúde recebem treinamentos e capacitações técnicas?	
				Os processos e procedimentos hospitalares são bem organizados e entendíveis para os profissionais do hospital?	
				Existe burocracia excessiva nos processos de atendimento hospitalar (entre o início do atendimento ao paciente e a sua saída/alta)?	
	Qualidade dos Resultados	Visa mensurar a qualidade dos resultados produzidos pelo hospital com objetivo	Satisfação de pacientes; Adequação dos diagnósticos;	O hospital atende as necessidades dos pacientes?	
				Há casos de reclamações por parte dos pacientes sobre o atendimento do hospital?	

Qualidade dos Serviços em Saúde		de melhor atender as necessidades dos pacientes.	Baixa mortalidade.	O hospital recebe processos judiciais abertos por pacientes?	
				Há casos de reconsulta/reinternação de pacientes por procedimentos hospitalares inadequados?	
				Nesta unidade de saúde há casos de óbitos hospitalares?	
	Acessibilidade	Visa mensurar a acessibilidade dos pacientes aos serviços do hospital com objetivo de melhor atender as necessidades dos pacientes.	Adequação do acesso aos serviços de saúde.	O hospital fornece atendimentos em variadas especialidades, conseguindo atender aos diversos casos/necessidades dos pacientes?	
				Os pacientes enfrentam longas filas ou longo tempo de espera para serem atendidos?	
				Os pacientes têm fácil acesso à distribuição de medicamentos?	
				A população tem fácil acesso à região em que o hospital se encontra localizado?	
Governança Hospitalar	Atuação do Conselho Diretivo/Conselho de Administração	Visa mensurar a atuação do Conselho Diretivo do Hospital, enquanto controlador/fiscalizador das atividades realizadas pelos hospitais.	Atuação da governança sobre:	O conselho Diretivo do hospital é atuante nas decisões financeiras do hospital?	(De Regge & Eeckloo, 2020; Eeckloo et al., 2004; Marques, 2007; Nishio, 2017; O'Donnell, 2000; Tofan et al., 2012, 2013)
			Processos financeiros;	O conselho diretivo do hospital é atuante no controle das atividades dos funcionários do hospital?	
			Processos orçamentários;	O conselho diretivo do hospital é atuante no planejamento orçamentário do hospital?	
			Processos de avaliação das competências profissionais.	Os participantes do conselho diretivo do hospital realizam visitas in loco (ou atuam) no hospital?	
	Hierarquia/Responsabilização	Visa mensurar a organização do hospital, quanto à distribuição de funções e responsabilidade funcionais.	Políticas e práticas sobre:	A hierarquia/organograma do hospital é bem definida(o)?	
			A organização de tarefas;	As responsabilidades funcionais/profissionais são claramente definidas para as pessoas que trabalham no hospital?	

Governança Hospitalar	Hierarquia/Responsabilização	Visa mensurar a organização do hospital, quanto à distribuição de funções e responsabilidade funcionais.	A distribuição de responsabilidades das organizações hospitalares.	Os propósitos/objetivos dos departamentos do hospital são claramente definidos para as pessoas que trabalham em seus respectivos departamentos?	
				Os procedimentos dos departamentos do hospital são claramente definidos para as pessoas que trabalham em seus respectivos departamentos?	

APÊNDICE 2

Estudos correlatos: incluídos na análise qualitativa da revisão sistemática

Autores/Ano	Objetivo	Resultados	GAP / Limitações / Sugestões
(Afriyie et al., 2020)	Investigar os efeitos dos mecanismos de governança corporativa sobre o desempenho financeiro de hospitais.	Os resultados mostram que a variável Conselheiros Independentes (INDPDR) tem um efeito positivo no Retorno sobre Ativos e na Margem de Lucro Líquido; A inclusão do conselho de administração melhora a gestão financeira do hospital e melhora o desempenho. Os mecanismos de governança corporativa influenciam o comportamento dos sistemas de saúde de formas associadas ao desempenho financeiro.	Recomendações práticas.
(Armour & Pitts, 2003)	Determinar os efeitos dos incentivos financeiros no uso de recursos, custo e a qualidade da assistência médica.	Os incentivos são eficazes para mudar o comportamento do médico. Eles também criam um conflito de interesses, pois podem fazer com que os médicos tratem os pacientes de maneira diferente do que fariam na ausência de tais incentivos. No entanto, os pacientes com seguro saúde não tomam as decisões mais preocupadas com os custos, uma vez que arcam com apenas uma fração dos custos de saúde.	A pesquisa é necessária para determinar se os arranjos contratuais do médico empregados pelos novos tipos de planos de saúde gerenciados são eficazes na redução da taxa de crescimento dos gastos com saúde e se as economias, se houver, são reais ou são obtidas às custas da qualidade de cuidado.
(Beingana et al., 2020)	Avaliar a influência da tecnologia em saúde no relacionamento agente principal com foco na consulta médica virtual.	Os resultados do estudo sugeriram alguns desafios e inúmeras oportunidades trazidas pela tecnologia da saúde, especialmente as consultas médicas virtuais em Ruanda. Os desafios incluem a falta de interoperabilidade de software, levando a preocupações com dados, como propriedade de dados, acesso e segurança de dados, falta de infraestrutura estável e um alto custo de desenvolvimento de infraestrutura, diferenças nos pacotes de saúde em diferentes níveis de tratamento, ceticismo, especialmente com idosos, níveis de alfabetização, penetração de smartphones e custo da internet. O estudo identificou que a assimetria de informação existente entre o agente e o principal é considerada enorme e preocupante principalmente os reguladores que não possuem informação sobre onde as informações dos pacientes são guardadas e para que são utilizadas.	O estudo recomenda integração adequada, alinhamento de incentivos, identificação adequada da tecnologia e análise de custo-efetividade para incorporação adequada de tecnologias em saúde no sistema de saúde.

(Ben-Ner & Ren, 2015)	Oferecer hipóteses sobre as diferenças no desenho organizacional entre organizações com fins lucrativos (FP), sem fins lucrativos (NP) e governos locais (LG).	Os três tipos de organização encontram diferentes problemas de agência e escolhem e implementam diferentes variantes de design organizacional . Essas diferenças hipotéticas surgem de duas fontes relacionadas. O primeiro é a necessidade de abordar os problemas específicos da agência que cada organização enfrenta na interface funcionário-gerente . A segunda é a dependência da implementação do desenho da organização da natureza dos problemas de agência entre os diretores e gerentes de uma organização .	Mais pesquisas são necessárias para avaliar a gravidade dos diferentes tipos de problemas de agência em todos os setores e os elementos de design da organização que podem melhorá-los.
(Blevins et al., 2020)	Examinar a aplicação da lógica de governança corporativa no contexto das organizações sem fins lucrativos.	As práticas comuns de governança corporativa - como conselhos independentes, supervisão do CEO e transparência – aumentam o grau em que as contribuições dos doadores são alocadas para a missão de uma instituição de caridade.	Encorajamos pesquisas futuras para explorar representações alternativas de sistemas de governança usados por organizações sem fins lucrativos; Estudos voltados para colaboração entre entidades com e sem fins lucrativos.
(Boadway et al., 2004)	Verificar como a relação principal-agente dentro do hospital afeta a escolha governamental do mecanismo de financiamento do hospital, envolvendo uma hierarquia de três tomadores de decisão: o governo, o gerente do hospital e os médicos.	As interações principal-agente surgem em cada nível da estrutura hierárquica.	Esses resultados se mantêm no cenário que foi adotado neste artigo. Certamente é desejável estender o modelo a outros ambientes institucionais .
(Bradbury, 2015)	Verificar como o impacto das características da prática, compensação e medidas de desempenho são examinados na propensão dos médicos em aceitar novos pacientes do Medicaid.	Os fatores mais significativos encontrados como associados à propensão diminuída do médico para o acesso ao Medicaid incluem: nenhuma participação presente; ter um interesse de propriedade na prática; operar como um consultório do tamanho de um ou dois médicos; atuar como médico de atenção primária; aparente baixo reembolso médico geográfico; sem tecnologia de informação clínica de apoio e gênero.	Saber quais determinantes estão associados à decisão dos médicos pode fornecer oportunidades para soluções de políticas públicas.

(Eldenburg & Krishnan, 2006)	Estudar perspectivas da teoria da agência, incluindo incentivos para distorcer informações ou custos de mudança, a relação entre divulgação de benchmark e contenção de custos e questões relativas a contratos de compensação e avaliação de desempenho;	Especificamente, as empresas governamentais enfrentam mais restrições tanto no comportamento quanto na governança , mas não enfrentam as mesmas pressões para produzir uma receita ou superávit positivo.	As diferentes estruturas de incentivos e motivações gerenciais em hospitais públicos, sem fins lucrativos e com fins lucrativos, fornece um ambiente rico para comparações em comportamentos contábeis e de tomada de decisão contratual . Embora pareça que a pesquisa explorando contratos gerenciais e avaliação de desempenho seja grande, há escopo para estudos que relacionem o impacto da governança e da propriedade na contratação . O rico conjunto de medidas de desempenho disponíveis no setor de saúde pode ser usado por pesquisadores para examinar os fatores que geram ruído nas medidas de desempenho e as relações entre as medidas .
(Gaynor, 1994)	Considerar as implicações de características do mercado de serviços médicos para relações de agência entre pacientes e médicos e seguradoras (ambos: privado e público) e médicos.	Problemas de agência também estão presentes nas empresas médicas. A importância do capital humano e da reputação podem tornar esses problemas mais difundido do que em outros mercados.	Modelagem teórica e empírica de contrato entre as seguradoras e os médicos e dos problemas de agência conjuntas entre paciente e médico e seguradora e médico são recomendados como áreas para pesquisas futuras.
(Lai & Tang, 2018)	Estimar a eficiência hospitalar e investigar como as ineficiências são diferentes entre os hospitais, como elas mudam devido à implementação do orçamento global e como se relacionam com as variáveis ambientais.	Os resultados empíricos mostram que: A eficiência do hospital não melhorou após o orçamento global ; e os médicos foram considerados menos eficientes do que os dentistas. Os médicos e dentistas dentro do mesmo hospital também foram considerados menos integrados após o orçamento global . A ineficiência agregada veio principalmente de médicos em hospitais que eram pequenos, públicos, não docentes, localizados em pequenos mercados e com baixa participação de mercado.	Pesquisas futuras também são necessárias para investigar outras razões por trás da eficiência do hospital sob o orçamento global.
(Langer et al., 2009)	Construir uma ponte entre a teoria econômica e a ética médica para oferecer uma nova perspectiva para enfrentar os desafios éticos no encontro médico-paciente.	A teoria principal-agente pode ser usada para apreender analiticamente os problemas de ação existentes na relação médico-paciente e como base para a formulação de recomendações no nível institucional.	Os autores recomendam que, além da necessária ética individual do médico, maior consideração deve ser dada às abordagens da ética institucional.

(Lundback, 1997)	Abordar o problema combinado de agência imperfeita e informação assimétrica na regulamentação dos hospitais.	A regulação ótima dos hospitais é baseada em três fatores importantes: A taxa marginal de substituição do médico entre o lucro do hospital e a utilidade dos pacientes; O risco moral na relação entre o regulador e o hospital; e A seleção adversa na mesma relação.	Recomendações práticas.
(Mott et al., 1998)	Discutir o uso da teoria da agência para ajudar a avaliar o impacto dos formulários de medicamentos na seleção de medicamentos, fornecendo assim, implicações de política e pesquisa.	Uma característica comum em torno da seleção de drogas é um aumento no papel para membros do <i>PharmUSyst</i> , que não sejam pacientes e médicos, na tomada de decisão, principalmente através do uso de formulários de medicamentos.	Como as políticas de saúde são avaliadas, é importante que os formuladores de políticas reconheçam a existência de relação com a agência e considerar como o ambiente de relacionamento com a agência pode influenciar decisões e comportamentos de ambos os principais e agentes quanto à seleção de recursos de saúde
(Peltokorpi et al., 2020)	Investigar os efeitos da integração pagador - prestador sobre o desempenho operacional da prestação de serviços de saúde. A pesquisa explora se a integração governa os problemas de agência e inclina os incentivos de diversos atores para resultados mais sistemáticos.	Este estudo empírico delineia três contribuições específicas para diferentes correntes da literatura com foco em problemas de agência em sistemas de serviços de saúde : 1 - no contexto da saúde ocupacional, a integração vertical pode levar a uma melhor governança de problemas de agência, resultando em maior desempenho operacional ; 2 - contribui para a literatura mais especializada sobre gestão de cuidados de saúde e integração vertical em cuidados de saúde; 3 - contribui para um paradigma de pesquisa emergente em gestão de operações de saúde, que exige o exame das interações entre múltiplos atores dentro de um sistema de serviços de saúde .	Questões relacionadas à governança efetiva por meio de mecanismos de governança relacionais ou mais baseados em rede (por exemplo , contratos de longo prazo , práticas compartilhadas, confiança e relações interpessoais) e estruturas (alianças, joint ventures, etc.) são deixadas para pesquisas futuras .
(Pollack & Zeckhauser, 1996)	Desenvolver um modelo de otimização dinâmica para examinar os incentivos promovidos por sistemas de orçamento.	As assimetrias de informação e experiência que tornam a descentralização atraente, inevitavelmente criam perdas devido a problemas de agência , que surgem após que a descentralização é implementada. Essas perdas de agência são de dois tipos: variabilidade no valor das despesas quando os orçamentos são fixados ao longo do ano fiscal, e jogos para influenciar o orçamento quando o financiamento responde aos padrões de despesa.	Recomendações práticas.

(Preker et al., 2000)	Propor uma estrutura conceitual em que uma combinação de economia institucional e teoria organizacional é usada para examinar as atividades produtivas centrais no setor saúde. Ajudando os governos a chegar a decisões mais racionais de "fazer ou comprar" sobre bens e serviços de saúde.	Os problemas de mensurabilidade e contestabilidade associados a formas de produção caras, complexas e concentradas, como cuidados hospitalares, exigem um ambiente regulatório mais forte e mecanismos de contratação qualificados antes que os governos possam contar com a obtenção desses serviços do setor privado.	Recomendações práticas.
(Rispel et al., 2016)	Discutir a corrupção no setor de saúde sul-africano, empregando a teoria da agência.	A corrupção é influenciada pela seleção adversa de agentes, falta de mecanismos para detectar corrupção e falha em punir os envolvidos em atividades corruptas. A legislação apropriada é uma intervenção necessária, mas não suficiente para reduzir a corrupção. Mecanismos para reduzir a corrupção devem incluir a vontade política para administrar sem corrupção os serviços de saúde, governo eficaz para fazer cumprir as leis, sistemas apropriados e envolvimento e defesa dos cidadãos para responsabilizar os funcionários públicos. É importante ressaltar que a institucionalização de uma burocracia funcional e de servidores públicos com as habilidades, competências, ética e sistemas de valores adequados e cujos interesses estejam alinhados com os objetivos do sistema de saúde são intervenções críticas no combate à corrupção.	Recomendações práticas.
(Sekwat, 2000)	Examinar problemas enfrentados por organizações de assistência gerenciada e grandes prestadores de cuidados de saúde sob os atuais programas de tratamento gerenciado baseados em capitação do estado do Tennessee, chamados TennCare.	Para que a TennCare realize suas metas selecionadas e satisfaça as necessidades das organizações de assistência gerenciada, participantes e terceiros prestadores de cuidados de saúde, o estado deve realocar recursos para impulsionar seus profissionais de seguro do estado atualmente subfinanciados.	Recomendações práticas

(Smith et al., 1997)	Examinar dentro do contexto de um modelo agente-principal três elementos-chave do sistema de saúde: a captação de recursos, a transferência de fundos para hospitais e os gastos dos hospitais.	O artigo conclui que três aspectos do fluxo de fundos são cruciais para garantir o controle adequado: os meios de controlar a entrada de pacientes em hospitais; o mecanismo de remuneração dos hospitais para pacientes adicionais; e o controle dos médicos pela administração do hospital. Existem duas abordagens para os problemas do agente principal. A abordagem enfatizada na literatura acadêmica é projetar incentivos que acomodem as funções objetivo do principal e do agente. A alternativa, recebendo menos atenção na literatura, é buscar efetuar uma mudança nas preferências do agente, de forma a aproximar as duas funções objetivo.	Existe uma variedade de mecanismos internos de custeio nos hospitais, incluindo procedimentos contratuais (nos EUA) e mecanismos de controle orçamentário. É provável que as informações de contabilidade gerencial desse tipo, sejam centrais para a percepção do hospital sobre onde suas margens são maiores. Esta é uma área em que faltam evidências.
(Tofan et al., 2012)	Realizar uma revisão seletiva do crescente corpo de pesquisas sobre a governança da relação médico - paciente para discutir o estado atual do conhecimento no campo e sugerir caminhos promissores para exploração posterior.	Com base em uma extensa análise da literatura relevante, foram identificados dois fluxos emergentes de investigação sobre os mecanismos de governança: baseados na confiança (ou seja, confiança e supervisão ética) e na desconfiança (ou seja, na capacitação da informação do paciente e autoridade de tomada de decisão) da relação médico - paciente.	Recentemente, pesquisadores começaram a reconhecer que a eficácia dos processos clínicos de nível micro é significativamente moldada por macro fatores e restrições decorrentes das especificidades dos sistemas nacionais de saúde. Estudos futuros que levem em consideração as facetas institucionais, regulatórias e culturais da imersão podem contribuir para a diversificação do estado atual do conhecimento contextualizado, que é amplamente dominado por evidências americanas.
(Wang et al., 2011)	Testar a hipótese de inclinação de desempenho usando assimetria de informação (IA) dentro das atividades orientadas para a comunidade de hospitais com sistema de pagamento em potencial (PPS).	Foi encontrada uma relação positiva entre IA e as margens de lucro do Medicare. IA maior foi associada à probabilidade diminuída de que o hospital relatasse ter um plano de longo prazo para a saúde de sua comunidade anfitriã e com maior probabilidade de queda no desempenho.	É importante que pesquisas futuras examinem as relações entre assimetria de informação e resultados defasados no tempo , para distinguir entre assimetria de informação como uma resposta às condições existentes e assimetria de informação como entrada para o desenvolvimento de resultados financeiros futuros.
(Wu, 2019)	Examinar como os médicos respondem a incentivos financeiros na China	O aumento dos gastos não relacionados à medicamentos concentrou-se entre os pacientes segurados. Isto indica que a magnitude da agência médica é sensível às condições financeiras de seus pacientes, ecoando estudos anteriores com semelhantes descobertas.	Recomendações práticas.

(Yan et al., 2010)	Esclarecer os problemas de agência nos hospitais participantes de projetos de autogestão no contexto do Sistema de Pagamento Orçamentário Global regulamentado pelo governo de Taiwan, e também fornecer algumas sugestões para o administrador do hospital e política de saúde fabricante na redução do desperdício de recursos de saúde resultantes de problemas de agência.	O conflito de objetivos entre os agentes e o diretor certamente existe. O principal se esforça para controlar a escalada dos gastos e manter o equilíbrio financeiro, mas os agentes têm que sobreviver com recursos limitados de saúde. Portanto, o custo de agência definitivamente ocorreria devido aos conflitos entre as duas partes; Os hospitais obrigatoriamente solicitados a participar do SMP pelo BNHI têm maior grau de risco moral ex post de problemas de agência como controle do volume ambulatorial e da taxa de crescimento do que o grau em hospitais que podem determinar por si próprios. A média de riscos morais ex ante e ex post nos hospitais privados sem fins lucrativos é muito mais alta do que nos hospitais públicos e privados	Ao lado do risco moral, dados como custos reais de atendimento, orçamento e quantidade de serviços de saúde em cada hospital devem ser analisados para comparar o desempenho hospitalar. Mais pesquisas sobre a gravidade do risco moral ex post envolvendo pacientes de hospitais de amostragem no estudo e descobrir sua cognição para a variação da qualidade da saúde são necessárias para ajudar os formuladores de políticas a continuar a avaliar a eficácia do SMP no GBS, e especialmente , para aliviar os problemas de agência nas interações dinâmicas entre princípios (BNHI) e agentes (hospitais).
(Yan et al., 2014)	Investigar o problema de agência apresentado pelo sistema orçamentário global seguido por hospitais em Taiwan	A teoria da agência pode fornecer uma contribuição valiosa para o progresso do desenvolvimento teórico em políticas de saúde e pesquisa em gestão de saúde; Riscos da agência em hospitais impactam os problemas da agência e o grau de controle do BNHI sobre o custo da agência modera a gravidade do problema da agência; No sistema orçamentário global, os hospitais devem repensar suas posições, missões e visões para fortalecer suas organizações, aumentar a eficiência interna, melhorar a qualidade dos serviços médicos e se adaptar às mudanças ambientais Do ponto de vista da economia da saúde, a tomada de decisão médica dos médicos influencia a demanda médica pública. No entanto, o tratamento do médico frequentemente muda como resultado de considerações sobre o sistema de orçamento. A forma de gestão e controle também deriva principalmente das mudanças nos sistemas orçamentários das instituições médicas. Assim, os hospitais devem estar mais cientes das mudanças na política de pagamento para ajustar sua própria gestão, e os benefícios do paciente e do médico devem ser considerados.	Poucas pesquisas exploraram a relação principal-agente no contexto limitado pelo orçamento em redes de saúde pública.

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa – Relação entre Assimetria Informacional, Eficiência Técnica, Qualidade e Governança Corporativa no Contexto Hospitalar.

Autores - Vitor Hugo Garcia de Souza / Katia Abbas

Número do CAAE: 45012621.0.0000.0104

Prezado(a) Colaborador(a) do Hospital,

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada "Relação entre Assimetria Informacional, Eficiência Técnica, Qualidade e Governança Corporativa no Contexto Hospitalar", cujo objetivo é investigar a influência de problemas de agência na eficiência técnica e na qualidade dos serviços prestados em hospitais.

Em termos menos técnicos, esse objetivo corresponde a investigar a influência de diferentes níveis de informação (problemas de agência/assimetria informacional) no desempenho das organizações hospitalares (eficiência técnica e qualidade dos serviços prestados), mediante o estudo dos processos de gestão (orçamento público e competências funcionais) existentes entre os órgãos públicos da administração direta que financiam as atividades do hospital (principais) e os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos (agentes).

Esta pesquisa está sendo desenvolvida pelo mestrando Vitor Hugo Garcia de Souza, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis (PCO) da Universidade Estadual de Maringá (UEM), sob a orientação da professora Dra. Katia Abbas.

Por favor, leia com atenção, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo após iniciar a sua participação na pesquisa, você poderá esclarecê-las com o pesquisador.

Procedimentos:

Sua participação ocorrerá por meio de uma entrevista semiestruturada (com questões abertas e fechadas), sendo: 54 questões totais, das quais 52 são abertas e 2 são fechadas. O tempo estimado para a aplicação da entrevista é de: 1 hora a 1 hora e 30 minutos para Superintendentes e Gestores Administrativos e 45 minutos a 1 hora para Gerentes Técnicos/Clínicos, Contadores/Controllers, Gerentes de RH e de Qualidade.

Desconfortos e riscos:

Você pode se sentir desconfortável em responder algumas questões, bem como com a gravação da entrevista, preocupado com a sua identidade pessoal e profissional. Entretanto, ressaltamos que em qualquer etapa desta pesquisa, possíveis dados ou informação que façam menção, ou possam estar relacionados à sua identidade, pessoal ou profissional, serão mantidas no mais absoluto sigilo. É importante destacar que os resultados serão divulgados de forma agregada,

não sendo possível a vinculação dos mesmos com o respondente. Sempre iremos prezar pelo resguardo do seu anonimato.

O tempo dispendido para participar da entrevista, também pode gerar algum desconforto, sobre isso, destacamos que a sua participação nesse estudo é voluntária e não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar. Ademais, você poderá decidir desistir de continuar em qualquer momento, tendo absoluta liberdade de fazê-lo.

Além disso, algumas questões da entrevista contêm termos técnicos sobre a temática abordada, podendo lhe causar algum incômodo quanto ao entendimento das perguntas. Para reduzir e/ou mitigar esse efeito, o pesquisador estará sempre disponível para esclarecer qualquer questionamento pertinente à pesquisa.

Benefícios:

Os resultados da pesquisa, obtidos mediante sua participação, podem contribuir para: um maior entendimento sobre a gestão das organizações hospitalares públicas; para a elaboração de estratégias de gerenciamento eficientes e eficazes; bem como auxiliar na tomada de decisões dos gestores destas organizações.

Acompanhamento dos Resultados:

Acima foram esclarecidas todas as informações essenciais para a sua participação na pesquisa. Você receberá uma via assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao final do estudo, caso seja de interesse dos entrevistados, os mesmos receberão uma cópia da dissertação.

Contato:

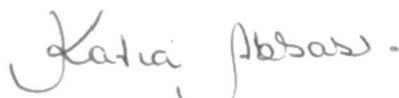
Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores: Vitor Hugo Garcia de Souza, telefone celular +55(44)99980-1575, residencial +55(44)3523-6700 ou mediante o e-mail yhsouzamestrado@gmail.com; e Katia Abbas, telefone celular +55(44)98831-2516; ou mediante e-mail kabbas@uem.br.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UEM (COPEP) de segunda a sexta-feira, das 8 às 11h30 e 14h às 17h30: Av. Colombo, 5790, PPG, sala 4, CEP 87020-900. Maringá-Pr. Fone: (44) 3011-4444, e-mail: copep@uem.br.

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguramos ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguramos, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informamos que o estudo foi aprovado pelo CEP, perante o qual o projeto foi apresentado. Nos comprometemos a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

Atenciosamente,



Profa. Dra. Katia Abbas



Vitor Hugo Garcia de Souza

Consentimento livre e esclarecido:

Declaro que li, ou foi-me lido, na íntegra o conteúdo deste termo de consentimento livre e esclarecido, fui devidamente informado(a) pelo pesquisador sobre os objetivos e confidencialidade da pesquisa e foi-me garantido que posso desistir de continuar respondendo a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer prejuízo. Ciente disso:

- (☐) **Sim, aceito participar do estudo.**
(☐) **Não aceito participar do estudo.**

APÊNDICE 4

Roteiro da Entrevistas

INFORMAÇÕES INICIAIS

Hospital: _____

Natureza de Propriedade: _____

Entrevistado (Nome): _____

Setor/Departamento: _____

Função/Ocupação: _____

E-mail para Contato: _____

Telefone para Contato: _____

Codificação
(definição do pesquisador): _____

SEÇÃO 1

Esta seção objetiva capturar a sua percepção sobre diferentes níveis de informação que possam existir entre os **Órgãos Públicos da Administração Direta que Financiam as Atividade do Hospital** e o **Hospital (Público / Privado sem Fins Lucrativos)**, bem como sobre a eficiência técnica do hospital.

Seguem algumas considerações sobre termos utilizados nesta seção:

- > **Órgãos Públicos da Administração Direta:** órgãos referentes ao poder federal, estadual e municipal. Fazem parte desse tipo de gestão pública: a Presidência da República, os Ministérios do Governo Federal e as Secretarias dos Estados e Municípios.
- > **Administração do Hospital:** considerar o Superintendente do hospital, Gerentes Clínicos e Administrativos, Chefes de Departamentos e outros funcionários com cargos de gestão.
- > **Funcionários/Profissionais do Hospital:** se não for realizada menção direta à cargo específico (médico, enfermeiro, outros), considerar tanto corpo clínico, quanto administrativo, sejam profissionais concursados, contratados por processo licitatório ou por processo seletivo.
- > **Dotação Orçamentária:** refere-se ao montante/limite de crédito orçamentário disponível para execução das despesas do hospital.

Id. Questão	Questões	Super./Diretoria	Gerên./Administ.	Gerên./Técnica	Contab./Control.	Depto. RH	Dpto. Qualidade
Seção 1 - Bloco 1 - Questões Gerais sobre o Processo Orçamentário							
1	De modo geral, como ocorre o processo de elaboração do orçamento do hospital?	X	X	X	X	X	X
2	Qual a sua participação no processo de elaboração do orçamento do hospital?	X	X	X	X	X	X
Subtotal Seção 1 / Total Bloco 1		2	2	2	2	2	2
Seção 1 – Bloco 2 - Seleção Adversa no Processo Orçamentário							
3	Como se dá a participação dos órgãos públicos que financiam as atividades do hospital no processo de elaboração do orçamento do hospital?	X	X		X	X	
4	Quanto às fontes dos recursos orçamentários repassados para o hospital pelos órgãos públicos (vinculados e/ou livres), bem como suas finalidades: estas condizem com as reais necessidades do hospital? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X		X		
5	Ao longo do ano, os órgãos públicos financiadores das atividades do hospital, analisam/verificam/acompanham os gastos executados pelo hospital com base nos valores repassados? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X		X		
6	De modo geral, os profissionais do hospital são bem informados sobre (ou conhecem) os recursos públicos que são repassados ao hospital? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X	X	X	X	X
7	Os profissionais do hospital são bem informados sobre (ou conhecem) os valores e limites orçamentários do hospital? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X	X	X	X	X
8	Os recursos orçamentários repassados ao hospital pelos órgãos públicos são suficientes para atender as necessidades do hospital? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou, não ocorre)?	X	X	X	X		
9	Durante o ano, há necessidade de realocações das dotações orçamentárias no orçamento do hospital (redirecionamento do gasto previsto no orçamento inicial)? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou, não ocorre)?	X	X		X		
Subtotal Seção 1 / Total Bloco 2		7	7	3	7	3	2

Seção 1 – Bloco 3 - Risco Moral no Processo Orçamentário / Eficiência Técnica							
10	Os profissionais do hospital fazem bom uso dos recursos públicos, evitando desperdícios? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre? *Assunto adicional, caso não argumentado: Ineficiência ou Risco Moral?	X		X			X
11	Os profissionais do hospital reutilizam os recursos disponíveis (dentre aqueles que são permitidos reutilizar)? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre? *Assunto adicional, caso não argumentado: Ineficiência ou Risco Moral?	X		X			X
12	Há casos de distribuição incorreta de medicamentos e prestação incorreta de serviços aos pacientes? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre? *Assunto adicional, caso não argumentado: Ineficiência ou Risco Moral?	X	X	X		X	X
13	Os profissionais do hospital priorizam as necessidades dos pacientes ao invés do planejamento financeiro e orçamentário (diretrizes e limitações)? *Caso sim, e não argumentado: Por que isso ocorre? *Assunto adicional, caso não argumentado: Ineficiência ou Risco Moral?	X	X	X	X		X
14	Um maior volume de gastos do hospital durante o ano, acarreta aumentos nos repasses de recursos orçamentários dos órgãos públicos para o hospital no ano seguinte? *Caso sim, e não argumentado: Por que isso ocorre? *Caso não, assunto adicional: Há essa possibilidade?	X	X		X		
Subtotal Seção 1 / Total Bloco 3		5	3	4	2	1	4
Seção 1 – Bloco 4 - Questões Gerais sobre Competências Profissionais							
15	De modo geral, como se dá o processo de avaliação das competências profissionais no hospital?	X	X	X		X	
Subtotal Seção 1 / Total Bloco 4		1	1	1	0	1	0
Seção 1 – Bloco 5 - Seleção Adversa nas Competências Profissionais							
16	As competências profissionais exigidas nos processos seletivos do hospital (seja concurso; licitação; contrato de trabalho), quanto aos requisitos das vagas, são adequadas às necessidades do hospital? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X	X		X	
17	Há interferência/participação dos órgãos públicos financiadores das atividades do hospital, na definição dos requisitos necessários às vagas profissionais do hospital presentes nos processos seletivos (concurso/licitação/contrato de trabalho)? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X	X		X	

18	Os profissionais contratados que recém iniciam suas atividades no hospital, têm conhecimento pleno dos seus direitos e deveres contratuais? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X	X		X	
19	Os profissionais contratados, que recém iniciam suas atividades no hospital, demonstram ser competentes para exercer a função? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X	X		X	X
20	Os profissionais contratados, que recém iniciam suas atividades no hospital, precisam de cursos e formações para desenvolver as competências adequadas à função? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X	X		X	X
Subtotal Seção 1 / Total Bloco 5		5	5	5	0	5	2

Seção 1 – Bloco 6 - Risco Moral nas Competências Profissionais / Eficiência Técnica

21	Ao longo de sua carreira, os profissionais do hospital (corpo clínico e administrativo) demonstram ter atitudes/ações condizentes com suas obrigações contratuais (seja por concurso, licitação ou contrato de trabalho)? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X	X	X		X	X
22	Ao longo de sua carreira, os profissionais do hospital (corpo clínico e administrativo) demonstram ter competências adequadas e suficientes para atender aos padrões de competência exigidos e praticados pelos órgãos públicos financiadores das atividades do hospital? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X	X	X		X	X
23	Há ociosidade (má utilização do tempo disponível de trabalho) nas atividades dos profissionais do hospital? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X	X	X		X	X
24	Os profissionais do hospital auxiliam outros funcionários na execução de atividades que não são de sua alçada/responsabilidade? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X	X		X	X
25	Os órgãos públicos que financiam as atividades do hospital, têm acesso às informações sobre as atitudes/comportamentos dos profissionais do hospital (cartão ponto, avaliação de desempenho e outros documentos similares)? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X	X		X	
26	Se e quando os profissionais de saúde agem de forma inapropriada, gerando desperdícios de recursos, tais casos são comunicados pelo hospital aos órgãos públicos que financiam as atividades do hospital? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X	X		X	
Subtotal Seção 1 / Total Bloco 6		6	6	6	0	6	4

SEÇÃO 2

Esta seção objetiva capturar a sua percepção sobre alguns aspectos relacionados à qualidade dos serviços prestados pelo hospital.

Id. Questão	Questões	Super./Diretoria	Gerên./Administ.	Gerên./Técnica	Contab./Control.	Depto. RH	Dpto. Qualidade
Seção 2 – Bloco 1 - Qualidade da Estrutura							
27	O hospital possui equipamentos suficientes para atender às demandas dos pacientes (macas, máquinas e equipamentos, etc)? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X	X	X			X
28	O hospital se encontra bem conservado e em boas condições de uso? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X	X	X			X
29	A estrutura administrativa do hospital é organizada? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X	X	X	X	X	
30	Há casos de lotação/superlotação dos leitos disponíveis para os atendimentos do hospital? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X	X	X			X
Subtotal Seção 2 / Total Bloco 1		4	4	4	1	1	3
Seção 2 – Bloco 2 - Qualidade dos Processos							
31	Os profissionais de saúde têm qualificação adequada (em termos de formação acadêmica)? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X		X		X	X
32	Os profissionais de saúde recebem treinamentos e capacitações técnicas? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X		X		X	X
33	Os processos e procedimentos hospitalares são bem organizados e entendíveis para os profissionais do hospital? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X	X	X		X	X
34	Existe burocracia excessiva nos processos de atendimento hospitalar (entre o início do atendimento ao paciente e a sua saída/alta)? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X		X			X
Subtotal Seção 2 / Total Bloco 2		4	1	4	0	3	4

Seção 2 – Bloco 3 - Qualidade dos Resultados						
35	O hospital atende as necessidades dos pacientes? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X		X		X
36	Há casos de reclamações por parte dos pacientes sobre o atendimento do hospital? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X	X	X		X
37	O hospital recebe processos judiciais abertos por pacientes? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X	X	X	X	X
38	Há casos de reconsulta/reinternação de pacientes por procedimentos hospitalares inadequados? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X		X		X
39	Nesta unidade de saúde há casos de óbitos hospitalares? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X	X	X		X
Subtotal Seção 2 / Total Bloco 3		5	3	5	1	3
Seção 2 – Bloco 4 - Qualidade do Acesso						
40	O hospital fornece atendimentos em variadas especialidades, conseguindo atender aos diversos casos/necessidades dos pacientes? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X		X		X
41	Os pacientes enfrentam longas filas ou longo tempo de espera para serem atendidos? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X	X	X		X
42	Os pacientes têm fácil acesso à distribuição de medicamentos? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X	X	X		X
43	A população tem fácil acesso à região em que o hospital se encontra localizado? *Caso sim ou não, e não argumentado: Por que isso ocorre (ou não ocorre)?	X	X	X		X
Subtotal Seção 2 / Total Bloco 4		4	3	4	0	0

SEÇÃO 3

Esta seção objetiva capturar a sua percepção sobre a atuação do Conselho Diretivo do hospital.

Id. Questão	Questões	Super./Diretoria	Gerên./Administ.	Gerên./Técnica	Contab./Control.	Depto. RH	Dpto. Qualidade
Seção 3 – Bloco 1 - Atuação da Governança Corporativa							
44	O conselho Diretivo do hospital é atuante nas decisões financeiras do hospital? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X		X		
45	O conselho diretivo do hospital é atuante no controle das atividades dos funcionários do hospital? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X	X		X	
46	O conselho diretivo do hospital é atuante no planejamento orçamentário do hospital? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X		X		
47	Os participantes do conselho diretivo do hospital realizam visitas <i>in loco</i> (ou atuam) no hospital? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X	X	X	X	X
Subtotal Seção 3 / Total Bloco 1		4	4	2	3	2	1
Seção 3 – Bloco 2 - Hierarquia / Responsabilização							
48	A hierarquia/organograma do hospital é bem definida(o)? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X	X	X	X	X
49	As responsabilidades funcionais/profissionais são claramente definidas para as pessoas que trabalham no hospital? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X	X	X	X	X
50	Os propósitos/objetivos dos departamentos do hospital são claramente definidos para as pessoas que trabalham em seus respectivos departamentos? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X	X	X	X	X
51	Os procedimentos dos departamentos do hospital são claramente definidos para as pessoas que trabalham em seus respectivos departamentos? *Caso sim, e não argumentado: Como isso ocorre? *Caso não, e não argumentado: Por que isso ocorre?	X	X	X	X	X	X
Subtotal Seção 3 / Total Bloco 2		4	4	4	4	4	4
Total de Questões		51	43	44	20	31	35

SEÇÃO 4

Esta seção pretende capturar algumas características do hospital. Ressaltamos que não haverá divulgação de qualquer dado que permita identificar o hospital ou o respondente.

52. Em qual das categorias abaixo o hospital se enquadra:

- ☐ Hospital Geral: destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas;
- ☐ Hospital Especializado: destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área;
- ☐ Hospital Dia-Isolado: Unidades especializadas no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação;
- ☐ Outros (especificar): _____

53. Em relação ao tamanho do estabelecimento e da quantidade de leitos disponíveis, o hospital é de:

- ☐ Pequeno porte: que possui capacidade normal ou de operação de até 50 leitos;
- ☐ Médio porte: que possui capacidade normal ou de operação de 51 a 150 leitos;
- ☐ Grande porte: que possui capacidade normal ou de operação de 151 a 500 leitos;
- ☐ Capacidade Extra: que possui capacidade extra, acima de 500 leitos.

54. Você considera que o relacionamento político (bom ou ruim), entre os órgãos públicos da administração direta que financiam as atividades do hospital e a administração do hospital, influenciam no repasse de recursos e na abertura (ou não) de novos convênios para o hospital?

***Caso sim ou não, e não argumentado:** Por que isso ocorre (ou não ocorre)?

AGRADECIMENTO

Obrigado por ter participado da pesquisa! Sua contribuição foi muito importante!

APÊNDICE 5
Cronograma da Pesquisa

Atividades	2021					2022				
	Mar/ Abr	Mai/ Jun	Jul/ Ago	Set/ Out	Nov/ Dez	Jan/ Fev	Mar/ Abr	Mai/ Jun	Jul/ Ago	Set/ Out
Confecção do Projeto	X									
Envio ao Comitê de Ética	X									
1º Tentativa de Coleta de Autorização dos Hospitais		X	X							
Qualificação				X						
Aprovação do Comitê de Ética				X						
2º Tentativa de Coleta de Autorização dos Hospitais				X	X	X	X			
Reformulação do Projeto							X			
3º Tentativa de Coleta de Autorização dos Hospitais							X	X		
Coleta de Dados								X		
Análise dos Dados								X	X	
Resultados e Conclusões									X	
Defesa										X