



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

JOSÉ SANTOS SOUZA SANTANA

**Análise comparativa dos custos de transação para o desenvolvimento da
atenção primária à saúde no estado da Bahia: Fundação Estatal e
administração direta.**

Salvador

2013

JOSÉ SANTOS SOUZA SANTANA

Análise comparativa dos custos de transação para o desenvolvimento da atenção primária à saúde no estado da Bahia: Fundação Estatal e administração direta.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Dr. Sebastião Antonio Loureiro de Souza e Silva

Salvador

2013

JOSÉ SANTOS SOUZA SANTANA

**Análise comparativa dos custos de transação para o desenvolvimento da
atenção primária à saúde no estado da Bahia: Fundação Estatal e
administração direta.**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em Saúde
Pública, Instituto de Saúde Coletiva da
Universidade Federal da Bahia, tendo sido
julgada pela Banca Examinadora formada
pelos professores:

Aprovada em 11/04/2013

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Dr. Sebastião Antonio Loureiro de Souza e Silva – UFBA

Dr. Huáscar Fialho Pessali

Dra. Erika Aragão Santos

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,
SIBI - UFBA.

S231 Santana, José Santos Souza

Análise comparativa dos custos de transação para o desenvolvimento da atenção primária à saúde no estado da Bahia: fundação estatal e administração direta. / José Santos Souza Santana. – Salvador, 2013.

102 f.

Orientador: Prof. Dr. Sebastião Antonio Loureiro de Souza e Silva.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 2013.

1. Saúde. 2. Administração Direta. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Silva, Sebastião Antonio Loureiro de Souza e. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 614

RESUMO

A Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) é uma iniciativa inovadora, que investe na capacidade do Estado Brasileiro em modernizar-se para ofertar aos seus cidadãos, de maneira mais eficiente, serviços considerados essenciais pela Constituição Federal de 1988. Este processo de modernização do Estado não pode vir apartado da aquisição de novas ferramentas e referenciais teóricos, que serão fundamentais para auxiliar no processo de gestão desses novos modelos. A Teoria dos Custos de Transação (TCT) é um referencial com potencial interessante para cumprir este papel. Este trabalho tem como objetivos definir e analisar as transações necessárias à oferta de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), baseado no referencial teórico TCT, e comparar os custos associados à transação “alocação de recursos humanos” realizada sob coordenação da administração direta municipal e da FESF-SUS. Para isto, foi realizado um estudo de análise de custos de transação na APS, em duas etapas, cada uma respondendo a um dos objetivos enunciados. A execução do trabalho, em ambas as etapas, consistiu em um processo de produção de dados, realizado através de consulta a documentos públicos, e sua posterior análise. Constatou-se que a transação “alocação de recursos humanos”, quando coordenada pela administração direta, sem salvaguardas contratuais, apresenta custos de transação *ex ante* de baixa intensidade, o que explica ainda ser o modelo mais frequentemente adotado nos municípios da Bahia. Já o modelo híbrido possui custos de transação *ex ante* maiores do que a contratação direta sem salvaguardas, o que demanda capacidade e disposição para um investimento inicial pelo gestor, em um cenário de escassez acentuada. Além disso, por possuir uma estrutura administrativa centralizada e especializada, os custos *ex post* deste modelo são altos em um cenário de baixa adesão dos municípios baianos (sem ganho de escala). Portanto, para viabilização do modelo híbrido, é necessário um investimento inicial dos governos, para minoração dos custos *ex ante* para os municípios. Além disso, aprimorar os mecanismos de salvaguarda contratual, coibindo comportamentos oportunistas por parte dos contratantes, é fundamental. Por fim, constatou-se que a TCT pode consolidar-se como um instrumental teórico importante para a tomada de decisões estratégica na gestão de serviços de saúde.

Palavras-chave: FESF-SUS; TCT; APS; custo de transação; alocação de recursos humanos; gestão de serviços de saúde.

ABSTRACT

The Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) is an innovative initiative, which focuses on the ability of the Brazilian State to modernize in order to offer to its citizens, more efficiently, the health services. This process of modernization of the state cannot come apart from the acquisition of new tools and theoretical frameworks that will be a key to assist the management of these new models. The Transaction Cost Theory (TCT) is a framework with interesting potential to fulfill this role. This work aims to define and analyze the necessary transactions for the provision of Primary Health Care (PHC), based on the theoretical TCT, and to compare the costs associated with the "human resource allocation" transaction performed under the coordination of either the municipal direct administration or the FESF-SUS. For this, a study was conducted to analyze transaction costs in PHC in two steps, each responding to a set of goals. The execution of the work, in both phases, consisted in a data production process, performed by consulting the public documents, and their subsequent analysis. It was found that the "human resource allocation" transaction, when coordinated by direct administration, without contractual safeguard, presents low intensity of *ex ante* transaction costs, which explains it still being the model most often used in municipalities of Bahia. On the other hand, the hybrid model has *ex ante* transaction costs greater than the direct contract without safeguards, which requires financial capacity and willingness for an initial investment by the manager, in a scenario of severe shortages. Furthermore, by having a centralized and specialized administrative structure, *ex post* costs of hybrid model are high in a scenario of poor adherence by the municipalities (no economies of scale). So for feasibility of the hybrid model it is required an initial investment by the governments in order to mitigate *ex ante* costs for municipalities. Moreover, it is essential to improve the safeguards agreement, curbing opportunistic behavior by contractors. Finally, it was found that TCT can consolidate itself as an important theoretical tool for strategic decision making in the management of health services.

Key-words: FESF-SUS; TCT; PHC; transaction cost; human resource allocation; management of health services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Resposta Organizacional à Incerteza.....	25
Figura 2 – Representação de uma Unidade de Saúde da Família.....	36
Figura 3 – A cadeia produtiva (parcial) da APS.....	37
Figura 4 – Especificidades de Capital Humano na APS.....	44
Figura 5 – Esquema Simples de Contratação.....	70
Figura 6 – Fluxo para alocação de recursos humanos e custos de transação associados.....	77
Figura 7 – Custos <i>ex post</i> da transação alocação de recursos humanos na APS e seus principais determinantes	85

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 – Caracterização das estruturas de governança.....	21
Quadro 2 – Matriz para Análise das Transações (cenário indefinido).....	31
Quadro 3 – Matriz para Comparação dos Custos de Transação.....	33
Quadro 4 – Valores, princípios e elementos de um modelo de saúde baseado na APS e do modelo de saúde adotado pelo Brasil.....	35
Quadro 5 – Matriz para análise da transação (elementos críticos de incerteza positivos).....	49
Quadro 6 – Matriz para análise da transação (elementos críticos de incerteza negativos).....	53
Quadro 7 – Comparação entre as modalidades de gestão Fundação Estatal, Empresa Estatal e Organização Social.....	65
Quadro 8 – Matriz para comparação dos custos de transação <i>ex ante</i> preenchida.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAA	Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Compensação das Especificidades Regionais
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COLAM	Colegiado Ampliado
COSEMS	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
DAB	Departamento da Atenção Básica (Ministério da Saúde)
DG	Diretoria Geral
DIDAS	Diretoria de Desenvolvimento da Atenção à Saúde
DIGETS	Diretoria de Gestão do Trabalho em Saúde
DIREX	Diretoria Executiva
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FESF	Fundação Estatal Saúde da Família
FESF-SUS	Fundação Estatal Saúde da Família

FIT	Formação Inicial dos Trabalhadores
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAPS	Sistema de Monitoramento da Atenção Primária à Saúde
MS	Ministério da Saúde
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PABV	Piso da Atenção Básica Variável
PECS	Plano de Empregos, Carreiras e Salários
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PL	Projeto de Lei
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
SEGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde (Ministério da Saúde)
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCM	Tribunal de Contas dos Municípios
TCT	Teoria dos Custos de Transação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1 MARCO TEÓRICO.....	16
1.1 Breve histórico.....	18
1.2 Importância da TCT.....	20
1.3 Principais conceitos.....	22
1.3.1 Transação – unidade de análise da TCT.....	22
1.3.2 Pressupostos comportamentais.....	26
1.3.3 Externalidade.....	27
2 METODOLOGIA.....	29
2.1 Produção e análise dos dados.....	29
2.2 Aspectos éticos.....	33
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
3.1 Definição e análise das transações necessárias à oferta de serviços de APS (1ª etapa).....	34
3.1.1 A atenção primária à saúde (APS).....	34
3.1.2 Alocação de recursos humanos em APS.....	39
3.1.3 Análise da transação “alocação de recursos humanos” em diferentes cenários.....	47
3.1.4 Discussão (1ª etapa).....	54
3.2 Comparação dos custos associados à transação “alocação de recursos humanos” sob as formas de coordenação analisadas (2ª etapa).....	58

3.2.1 Análise das estruturas de governança.....	59
3.2.1.1 Particularidades da administração direta municipal.....	59
3.2.1.2 A Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS	62
3.2.1.3 Relação município/FESF-SUS: uma estrutura de governança híbrida para alocação de recursos humanos e gestão de serviços na APS.....	70
3.2.2 Descrição e análise dos custos de transação.....	72
3.2.2.1 Formas de coordenação da transação.....	72
3.2.2.2 Categorização dos custos de transação.....	75
3.2.2.3 Análise e valoração dos custos de transação.....	76
3.2.2.3.1 Custos <i>ex ante</i> – relacionados à seleção, contratação e alocação de recursos humanos.....	76
3.2.2.3.2 Custos <i>ex post</i> – relacionados ao monitoramento do contrato e à gestão dos recursos humanos alocados.....	84
3.2.3 Discussão (2ª etapa).....	94
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
REFERÊNCIAS.....	102

INTRODUÇÃO

Apesar das adversidades enfrentadas no cotidiano pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e das dificuldades encontradas pelos atores que se engajam na sua construção, precisa-se lembrar que a situação era pior. A saúde passou a ser direito universal e dever do Estado na constituição de 1988. Antes disso, era garantida apenas aos contribuintes da previdência.

Com a Atenção Primária à Saúde (APS) não é diferente. Apesar de algumas iniciativas a partir da década de 70, é com o Programa de Saúde da Família, transformado em Estratégia no final da década de 90, que o Estado brasileiro investe na atenção primária como orientadora da organização do sistema de saúde (CAMPOS, G., 2008; GIOVANELLA, 2009).

Mesmo com o avanço na cobertura, de 800 equipes em 1996 para 31.800 em 2011 (DAB, 2011), são muitos os problemas enfrentados neste primeiro nível da atenção. Só para citar alguns, sub-financiamento, precarização, desvalorização do trabalho e profissionais desmotivados e sem formação direcionada para atuação na atenção primária (CAMPOS, G., 2008).

Para enfrentar alguns destes problemas, foi instituída por diversos municípios baianos, com o apoio do Governo do Estado, a Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS. Esta é uma entidade interfederada¹, 100% pública, dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública. Tem fim exclusivo de, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado, desenvolver ações e serviços de atenção à saúde, em especial a Estratégia de Saúde da Família (ESF), de acordo com as políticas de saúde dos municípios, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e do Ministério da Saúde (MS).

São diversos os aspectos inovadores desta Fundação, iniciando pelo processo de instituição, amplamente discutido em todo o Estado e realizado de forma interfederada, por 69

¹ Integrante da administração indireta de 69 municípios baianos.

municípios. Possui uma estrutura de governança peculiar, que reúne em seu órgão deliberativo (o Conselho Curador) representantes dos principais segmentos que compõem o SUS (gestores municipais e estaduais, trabalhadores concursados, usuários e universidade). Isso faz com que as questões sejam analisadas sob os diversos prismas e que as decisões tenham maior legitimidade.

Além disso, institui a primeira carreira de âmbito estadual da ESF no Brasil, com três formas de progressão, avaliação de desempenho e resultados e com suporte virtual avançado e sistema de informação em saúde próprio, que melhora a comunicação dos trabalhadores, entre si, com os gestores municipais e com o nível central da instituição. Inova também ao desenvolver um mecanismo de promoção da qualidade nos serviços de saúde pautado em gestão por resultados, apoio institucional e educação permanente, envolvendo gestores e trabalhadores.

Trata-se, portanto, de uma iniciativa inovadora que investe na capacidade do Estado Brasileiro em se modernizar para ofertar aos seus cidadãos, de maneira mais eficiente, serviços considerados essenciais pela Constituição Federal de 1988, como é o caso da atenção integral à saúde.

Este processo de modernização do Estado não pode vir apartado da aquisição de novas ferramentas e referenciais teóricos, que serão fundamentais ao processo de gestão desses novos modelos. A Teoria dos Custos de Transação (TCT), desenvolvida por Oliver Williamson, um economista estadunidense, é um referencial com potencial interessante para cumprir este papel.

Utilizada mais comumente para análise de setores ligados à produção de bens, a TCT tem o principal propósito de auxiliar na tomada de decisão sobre qual o tipo de coordenação apropriado para produção ou aquisição de determinado bem ou serviço, integrante da cadeia produtiva de uma firma. Qual seria, por exemplo, a melhor alternativa para uma montadora de automóveis? Produzir determinada peça, adquiri-la no mercado ou celebrar um contrato de longo prazo para aquisição deste produto com uma outra firma? Ou então, qual seria a melhor opção para esta mesma montadora distribuir os automóveis às concessionárias? Licitar uma empresa de transporte a cada remessa, firmar um contrato de longo prazo com uma empresa de transporte ou desenvolver internamente esta estrutura?

A montadora deverá escolher a opção que diminua os seus custos, a mais econômica. Ou seja, o que vai definir a melhor opção são os custos de transação envolvidos em cada uma destas alternativas, e a TCT oferece um modelo teórico para apuração e análise destes custos.

Portanto, a TCT pode ser muito útil para o gestor público, particularmente na área da saúde, definir qual a melhor maneira de coordenar os serviços. Gestão direta? Contrato de longo prazo com uma firma para gestão do serviço? Credenciamento de empresas para pagamento por procedimento?

Desta forma, os objetivos deste trabalho são: definir e analisar as transações necessárias à oferta de serviços de APS, baseado no referencial teórico da Teoria dos Custos de Transação; e comparar os custos associados à transação “alocação de recursos humanos” realizada sob coordenação da administração direta e da Fundação Estatal Saúde da Família.

Apesar de em pequeno número, já existem trabalhos que abordam os custos de transação em serviços de saúde e no setor público. Contudo, analisar custos de transação na Atenção Primária à Saúde é algo inédito, e será o desafio deste trabalho.

1 MARCO TEÓRICO: A TEORIA DOS CUSTOS DE TRANSAÇÃO

Neste capítulo da dissertação, será apresentada a Teoria dos Custos de Transação (TCT) de forma sucinta e adequada ao entendimento de pessoas que, da mesma forma que este autor, estudam, trabalham e/ou atuam na área da saúde. Portanto, aqui não será aprofundada a discussão sobre esta teoria nem tampouco serão propostos novos conceitos ou ideias originais relacionadas à mesma.

Dito isto, iremos apresentar de forma sumária o contexto em que surge a TCT, sua importância e os principais conceitos, possibilitando o entendimento e a utilização desta teoria como mais uma importante ferramenta de análise para auxiliar o gestor em saúde na tomada de decisões estratégicas.

Antes de entrarmos neste tópico, é necessário que tenhamos uma ideia geral sobre o objeto desta teoria: o custo de transação. Segundo Pondé (1993), “os custos de transação nada mais são que o dispêndio de recursos econômicos para planejar, adaptar e monitorar as interações entre os agentes, garantindo que o cumprimento dos termos contratuais se faça de maneira satisfatória para as partes envolvidas e compatível com a sua funcionalidade econômica”.

De um modo geral, estes custos são menos “visíveis” ou “visados” do que os custos para produção do bem ou serviço. Os últimos, sim, estão sempre em evidência.

Para facilitar o entendimento, farei uma analogia com a vida cotidiana. Quando um consumidor decide contratar um serviço de telefonia móvel, ele pesquisa os preços e os benefícios oferecidos em cada operadora e em cada plano, fazendo, mesmo que de forma não intencional, uma análise de custo benefício. Contudo, quase sempre, o que é considerado como custo é apenas o preço do serviço, pago na fatura ao final do mês.

As pessoas não costumam contabilizar o tempo gasto formulando a necessidade (do que preciso?), analisando orçamento familiar e definindo o preço que se pode pagar (quanto posso gastar?), pesquisando preços dos serviços oferecidos e comparando com os benefícios (qual é mais vantajoso?) e negociando com os vendedores.

Além disso, em um passado não muito distante, o consumidor gastaria tempo e recursos para deslocar-se de loja em loja, pesquisando preços e características dos produtos/serviços. Hoje, pode-se fazer isso de forma mais rápida e eficiente através da *internet*. Por isso, podemos dizer que *internet* reduz custos de transação.

Todo o tempo e outros recursos eventuais gastos antes de contratar o serviço em questão deveriam ser contabilizados como custo de transação, que, nesse caso, Williamson (considerado “pai” da TCT) denomina custos *ex-ante*. Estes seriam os custos realizados antes da assinatura do contrato, antes da realização da transação.

Em seguida, o consumidor que contrata um serviço de telefonia móvel, durante o uso do serviço, vai verificar se todos os benefícios contratados estão realmente sendo oferecidos e se estão em conformidade com o que foi prometido, se estão cobrando o preço acertado etc. (monitoramento). Caso haja alguma inconformidade, terá que entrar em contato com a contratada para solicitar ajustes e, caso necessário, renegociar e/ou adaptar o contrato.

Estes seriam custos denominados por Williamson como *ex-post*. Custos *ex-post* são custos de monitoramento, renegociação e adaptação dos termos contratuais às novas circunstâncias.

Mas qual o sentido de apurar estes custos? Em primeiro lugar, torna mais evidente que o custo não é composto apenas de preço. A qualidade do serviço e a agilidade no atendimento para solucionar as demandas e readequar o contrato também são elementos que aumentam ou diminuem custos, e devem ser considerados.

Além disso, a depender da disponibilidade de tempo do consumidor em questão, ou do valor que este consumidor atribui ao seu tempo, o mesmo pode achar mais vantajoso delegar a função de pesquisar as melhores condições e administrar o contrato escolhido a outra pessoa, mediante pagamento da mesma. Este consumidor pode chegar a esta conclusão calculando o tempo e outros recursos que ele dispenderia e multiplicando pelo valor que ele atribui a estes dois elementos. Caso este valor seja maior que o custo de contratar o terceiro, ele optaria por fazê-lo.

É claro que realizar este tipo de análise para a tomada de decisões na vida cotidiana é excessivo, mas é mais ou menos esse o cálculo que deve ser feito por uma empresa para decidir se vai realizar uma determinada etapa do processo de produção ela mesma, se vai

delegar a um terceiro ou adquirir o produto no mercado. É essa a utilidade teoria para a gestão. O desafio, aqui, será adaptá-la e utilizá-la no contexto da APS!

1.1 Breve histórico

Segundo Pondé (1993), as abordagens teóricas das empresas capitalistas a partir dos custos de transação têm origem nas proposições de Coase (1937). No seu trabalho, o último tenta explicar o surgimento das firmas para superar as dificuldades envolvidas no estabelecimento das relações mercantis e na utilização do sistema de preços.

Coase *apud* Pessali (1998) expressa a insatisfação com o descuido da teoria tradicional em tratar rotineiramente o sistema econômico como auto regulável pelo sistema de preços, ao mesmo tempo em que pouca atenção devota às firmas. Isso porque, dentro destas, a alocação dos fatores não se dá pelo mecanismo de preços e sim por um tipo diferente de coordenação da produção - geralmente por um empresário ou alguém por ele delegado, que exerce comando sobre as atividades. Portanto, fora da firma, o sistema de preços é o fator de coordenação da alocação dos recursos, enquanto dentro dela o papel é exercido por uma autoridade.

Coase *apud* Pessali (1998) conclui, ainda, que mercados e firmas são modos alternativos de dirigir a produção, e em decorrência de tal argumento é formulada a chamada "primeira pergunta coaseana": “considerando o fato de que se a produção é regulada pela variação dos preços, a mesma poderia ser conduzida sem organização alguma, então devemos perguntar, por que existe organização?²” (COASE, 1937, p. 388).

Conforme já exemplificamos na introdução, a resposta para esta pergunta é que existem custos para se utilizar o sistema de preços. Custos que estão presentes antes e depois de se realizar uma transação no mercado. Portanto, segundo Pessali (1998), a firma surgiria para reduzir estes custos através da organização da produção de um bem ou serviço através de

² Tradução própria.

relações de autoridade ou sob o comando de um coordenador que direciona a alocação dos recursos.

Se a primeira pergunta coaseana questiona a teórica suficiência do mercado na regulação da produção, a segunda conduz ao raciocínio inverso: “por que, se através da organização podemos eliminar certos custos e de fato reduzir o custo da produção, ainda existem transações realizadas através do mercado?³” Por que toda produção não é conduzida por uma única grande firma? (COASE, 1937).

A resposta de Coase (1937) à segunda pergunta é mais complexa e, segundo Pessali (1998), é refutada, em alguns argumentos, por diversos autores (inclusive o próprio Williamson). Contudo, ao respondê-la, Coase (1937) conclui que existem fatores que podem fazer com que os custos para produção interna de determinado bem ou serviço pela firma sejam iguais ou superiores aos custos para se adquirir estes mesmos bens ou serviços no mercado. Isto determinaria limites para o crescimento da firma, já que, para Coase (1937), o tamanho da firma seria mensurado pela quantidade de transações que a mesma realiza internamente.

Coase *apud* Pessali (1998), afirma que os fatores determinantes dos limites da firma são: o aumento da dispersão espacial das transações organizadas pela firma; o aumento da diversidade entre as transações incorporadas; o aumento da probabilidade de mudanças nos preços relevantes às atividades incorporadas; aos efeitos desiguais das mudanças tecnológicas (inovações) sobre cada uma das formas alternativas; e o tratamento diferenciado que governos ou autoridades de poder podem dar a firmas ou mercados em transações da mesma natureza.

Portanto, de acordo com Pessali (1998), embora a abordagem tradicional da firma não esteja preocupada com os problemas da existência, dos limites e da estrutura interna da firma, a nova proposta de Coase induz a tais preocupações. Segundo este último, o monitoramento das variáveis de limite pelos empresários permite que se estabeleça na prática uma posição de equilíbrio estático para o tamanho da firma.

³ Tradução própria.

As ideias de Coase são retomadas com mais força na década de 70, através, principalmente, da contribuição de Oliver Williamson, que apresenta a Teoria dos Custos de Transação (TCT) no seu livro “Markets and Hierarchies”.

Trabalhos posteriores, principalmente desse autor, refinam a TCT e apresentam os custos de transação de maneira mais abrangente, dentro do que se pretende, segundo Pessali (1998), em uma teoria da evolução e funcionamento das instituições econômicas.

1.2 Importância da TCT

Segundo Pondé (1993), o foco de Williamson está direcionado para as formas institucionais assumidas pelas firmas e por suas interações no mercado, em resposta às necessidades de coordenação de conjuntos particulares de transação.

Fagundes *apud* Perez (2007) afirma que as estruturas de governança apresentam propriedades diferenciadas que as fazem mais ou menos aptas para coordenar as transações entre os agentes, minimizando custos de transação e buscando a eficiência dos resultados. Essas propriedades referem-se a sistemas de incentivos, controle de conduta e a flexibilidade/adaptabilidade a novas situações.

Williamson (1985), afirma que há, basicamente, três tipos de estruturas de governança: a que se dá através do mercado, a hierárquica e uma forma híbrida entre ambas (contratual).

Desta forma, Peres (2007) propõe o seguinte quadro para caracterização destas estruturas de governanças:

Quadro 1 – Caracterização das estruturas de governança.

	MERCADO	HÍBRIDA	HIERÁRQUICA
CARACTERÍSTICAS	Neste tipo de estrutura de governança os incentivos são fortes e o ajuste se dá via preços. Há pouca necessidade de controles administrativos e os contratos são cumpridos sem riscos de comportamento oportunista.	Nesta estrutura, os incentivos são médios, visto que existem falhas de mercado que impossibilitam ajustes autônomos via preço. É então necessária a coordenação dos indivíduos dentro de sistemas de incentivos e contratos que coíbam o comportamento oportunista e possam reduzir os custos de transação em ambiente de informação assimétrica.	Na estrutura hierárquica, os incentivos são fracos e existe forte impacto das falhas de mercado, a ponto de prejudicar o cumprimento de contratos sujeitos sempre à ação oportunista dos agentes. Neste ambiente, a barganha pode ser ineficiente e há necessidade de coordenação e imposição da autoridade política para a busca de resultados eficientes.

Fonte: Perez, 2007

Portanto, podemos afirmar que a TCT pode ser de grande utilidade para a definição de qual o tipo mais adequado de governança para a gestão de determinada transação. Em outras palavras, pode auxiliar o gestor de uma organização a definir se uma transação, componente da sua cadeia produtiva, será realizada de forma mais eficiente se coordenada através do mercado, da celebração de contrato com outra firma ou internamente, na própria organização.

Para melhor entendimento sobre as falhas de mercado, citadas no quadro proposto por Perez (2007), recomendo o artigo da própria autora “*Custos de Transação e Estrutura de Governança no Setor Público*” e o artigo “*Falhas de mercado e falhas de governo: uma revisão da literatura sobre regulação econômica*”, de H. Campos (2008).

A seguir, trabalharemos os principais conceitos que compõem a TCT. Para elaborar esta parte, tomei como referência, principalmente, a dissertação de mestrado de Huáscar Fialho Pessali (1998).

1.3 Principais conceitos

De acordo com Williamson (1996), uma transação ocorre quando um bem ou serviço é transferido através de interfaces tecnologicamente separáveis. Quando termina um estágio da produção e outro é iniciado. Portanto, ainda segundo este autor, a atenção deve estar focada na economia dos recursos que viabilizam a organização da transação.

A TCT permite-nos uma abordagem em três dimensões diferentes desse processo de transferência de bens e serviços. Uma delas é focada na própria transação e suas características; outra toma por referência o comportamento dos agentes na transação; e uma terceira dimensão é temporal, baseada nos custos da transação em diferentes momentos (antes e depois da realização da mesma).

Conforme explicitamos anteriormente, a análise de todas estas dimensões do processo de transferência de bens/serviços deve auxiliar, ao final, na tomada de decisão sobre qual a melhor forma para coordenar a produção/aquisição de determinado bem/serviço que porventura compunha a cadeia produtiva de uma firma.

1.3.1 Transação – unidade de análise da TCT

De acordo com Williamson (1975), a unidade básica de análise na TCT é a transação, que é definida, nesta teoria, através de três atributos: *frequência, incerteza e especificidade dos ativos envolvidos*.

A *frequência* é um atributo que trata sobre o número de ocorrências da transação em determinado período de tempo. Segundo Fagundes (1997), sua importância reside, principalmente, na sua possibilidade de determinar surgimento de instituições especificamente desenhadas para sua coordenação e a sua gestão. Nesse caso, quanto maior for a frequência de realização da transação, maiores serão os incentivos para o desenvolvimento de instituições estruturadas com o intuito de geri-las de modo eficaz. Ou seja, se a transação ocorre de forma muito frequente, é mais provável que uma

empresa incorpore o ativo desta transação na sua linha de produção, ou, alternativamente, celebre contrato de longo prazo com outra firma para aquisição deste ativo. O contrário, pouca frequência, indica que a melhor alternativa seria recorrer ao mercado.

O atributo *especificidade dos ativos* trata das características dos ativos que são objeto da transação. Williamson *apud* Pessali (1998), afirma que “[...]a especificidade é uma referência conceptual ao grau em que um ativo pode ser reempregado para usos alternativos ou por outros agentes sem que haja perda de sua capacidade ou valor produtivo, e pode se apresentar de diversas formas.”

Portanto, quando um ativo tem especificidade alta, significa que, caso a transação que o envolve deixe de ocorrer, haverá altos custos para torná-lo adequado a outra transação. Um bom exemplo disso é a fabricação de peças para um veículo de determinada marca por uma indústria terceira. Caso a montadora finalize as relações comerciais com a indústria fabricante de peças, esta teria que modificar elementos de sua linha de produção para adaptá-la às especificações de um outro cliente.

Já a cana de açúcar, por exemplo, vendida para uma refinaria para produção de álcool, tem baixa especificidade, pois pode ser objeto de transação com outra refinaria, ou até para a produção de açúcar, sem qualquer tipo de adaptação. Contudo, se apenas existir uma refinaria no território, há aumento de especificidade (do tipo geográfica ou locacional), pois, para conseguir transacionar o seu ativo, o produtor teria que transportar a cana-de-açúcar, assumindo novos custos.

Segundo Williamson *apud* Pessali (1998), as especificidades dos ativos podem se apresentar de diversas formas, sendo as mais evidentes:

1) **especificidade geográfica ou locacional**, em que a proximidade entre estágios sucessivos da transação é importante (proporcionando economias em estoque, transporte, conservação, controle de poluição, ou outras);

2) **especificidade física do ativo**, como em moldes ou materiais especiais, máquinas de único uso, etc.;

3) **especificidade do capital humano**, obtida sobretudo através do *learning by doing*;

4) **ativos dedicados**, feitos sob encomenda ou para atender exclusivamente um certo cliente;

5) **ativos de qualidade superior ou relacionados a padrões ou marcas**;

6) **especificidade temporal**, onde o tempo envolvido no desenrolar da transação pode implicar em perda de valores transacionados, como no caso de produtos perecíveis.

De acordo com Williamson (1991), este é o atributo com maior potencial para influenciar na escolha entre adquirir o ativo diretamente no mercado ou através da firma. Quanto mais específico for o ativo mais provável será a opção por produzi-lo dentro da firma ou celebrar contratos de longo prazo para que outra firma o forneça. Quanto menor a especificidade, maior a probabilidade de que seja mais vantajoso utilizar o mercado como coordenador desta transação.

Já o atributo *incerteza*, segundo Williamson (1985), constitui-se em qualquer tipo de perturbação endógena que afeta o processo de troca, podendo ser primária (deriva de atitudes aleatórias e mudanças imprevisíveis) ou secundária (deriva do fato daquele que toma decisões não poder conhecer os planos e intenções da outra parte). Neste último caso, está intimamente relacionada aos comportamentos dos agentes envolvidos na transação, como veremos adiante, e é chamada por Williamson de incerteza comportamental (*behavioral uncertainty*)(Pessali, 1998).

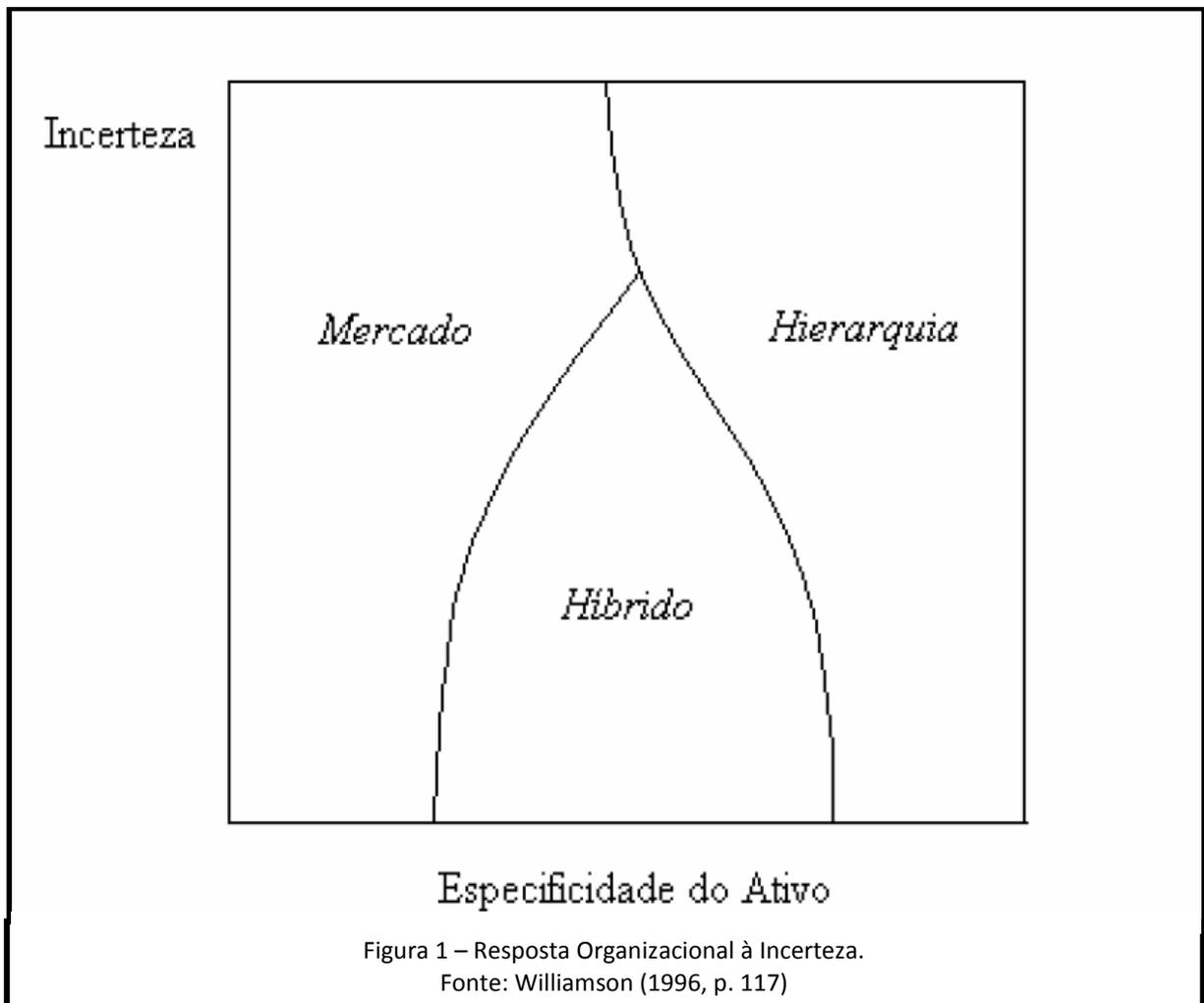
A incerteza, em maior ou menor grau, sempre estará presente ao se realizar uma transação, pois ela é oriunda da constante mudança da realidade, onde atuam diversos atores e fatores simultaneamente, e da incapacidade dos agentes que transacionam conhecerem todas as mudanças, compreenderem as suas consequências e preverem de que forma estas afetarão a sua transação (racionalidade limitada).

De acordo com Fagundes (1997), a incerteza é um atributo das transações que exerce influência sobre as características das instituições na medida em que a maior ou menor capacidade dos agentes em prever os acontecimentos futuros pode estimular a criação de formas contratuais mais flexíveis que regulem o relacionamento entre as partes envolvidas na transação. Tal flexibilidade é fundamental num contexto de incerteza, onde o surgimento de eventos não antecipados implica a necessidade de mecanismos que viabilizem a adaptação da relação entre os agentes econômicos.

No entanto, conforme exposto por Pessali (1998), a TCT argumenta que, num ambiente com incerteza em altos níveis, a forma híbrida tende a ser a mais prejudicada (dadas suas vantagens em graus intermediários de especificidade dos ativos), por não poder contar com a hierarquia como forma de decisão rápida para adaptação às mais freqüentes mudanças, nem com a discrição anônima dos mercados para mudar fornecedores ou clientes com rapidez, mas, opostamente, depender da negociação entre hierarquias distintas.

Embora um alto grau de incerteza venha a ser prejudicial a todas as formas de organização, são as híbridas as mais suscetíveis a seus efeitos negativos e tenderão a desaparecer, e a escolha da forma organizacional, entre hierarquias ou mercados, dependerá principalmente do grau de especificidade do ativo em questão.

Pessali (1998) ilustra este argumento conforme figura 1:



1.3.2 Pressupostos comportamentais

Pessali (1998) afirma que a análise das transações, no entanto, é indissociável das hipóteses comportamentais da TCT. Ou seja, é preciso encontrar e qualificar as características humanas que se sobressaem numa transação econômica, influenciando o tipo de contrato a ser adotado para sua realização.

Para Williamson (1975), são dois os pressupostos comportamentais mais importantes na TCT: *a racionalidade limitada e o potencial comportamento oportunista*.

De acordo com Fagundes (1997), dada a *limitação de racionalidade*, os agentes econômicos são incapazes de antecipadamente prever e estabelecer medidas corretivas para qualquer evento que possa ocorrer quando da futura realização da transação, de modo que as partes envolvidas devem levar em conta as dificuldades derivadas da compatibilização das suas condutas futuras e de garantir que os compromissos sejam honrados dentro da continuidade da sua interação.

Já o *oportunismo* é descrito por Williamson *apud* Pondé (1993) como o “desvendamento incompleto ou distorcido de informações, especialmente (quando associados) a esforços calculados para enganar, deturpar, disfarçar, ofuscar ou de alguma outra forma confundir” a outra parte da transação. Portanto, a necessidade dos agentes coibirem comportamentos oportunistas da outra parte faz com que existam custos relacionados à formulação e inclusão de salvaguardas contratuais.

Contudo, Alchian e Woodward *apud* Pondé (1993) ponderam que “mesmo quando ambas as partes reconhecem a genuína boa vontade da outra, percepções honestas mas diferentes podem levar a disputas cuja resolução é dispendiosa”.

Ambos os pressupostos comportamentais têm maior relevância para a realização da transação quanto maior for o ambiente de *incerteza* em que a última se realiza.

Por fim, é importante ressaltar que, segundo Pessali (1998), há críticas à TCT por supervalorizar o oportunismo como traço do comportamento humano nas transações, ao mesmo tempo em que não considera outros, como o estabelecimento de relação de confiança

crecente entre partes que transacionam de forma frequente e contínua. Crítica compartilhada pelo autor deste trabalho.

1.3.3 Externalidade

Uma externalidade é uma consequência da ação de um agente que afeta outros indivíduos que não estão envolvidos diretamente em determinada transação. Portanto, uma externalidade é um custo ou benefício que é imposto sobre alguém por ações tomadas por outros.

Segundo H. Campos (2008), a externalidade surge quando as empresas ou indivíduos realizam ações que levam em consideração somente os benefícios e os custos privados, e não os custos e benefícios sociais.

Ainda esse autor, quando o benefício social é maior do que o benefício privado, a externalidade é definida como positiva. Um exemplo é de um indivíduo que cuida do jardim da sua casa, beneficiando não somente ele mesmo, mas outros moradores da vizinhança. A externalidade negativa, contrariamente, é caracterizada quando os custos dos produtores ou vendedores, chamados de custos privados, não são totalmente internalizados. Esses custos, então, são distribuídos e absorvidos pela sociedade. A degradação ambiental é um tipo de externalidade negativa na medida em que o subproduto gerado pela atividade econômica, ao ser consumido pela sociedade de forma forçada, provoca a deterioração dos fatores de produção dos demais agentes econômicos e a perda de bem-estar dos indivíduos.

Como este trabalho trata da análise dos custos de transação referentes à produção de saúde para um sistema público e universal, que visa ao incremento do bem estar da sociedade brasileira, as externalidades advindas das transações analisadas aqui devem ser consideradas. Caso contrário, ao restringirmos a comparação das diferentes formas de coordenação aos respectivos custos transacionais gerados, estaremos considerando os benefícios e os custos parciais, relativos apenas aos agentes das

transações, e ignorando as repercussões totais para o Sistema Único de Saúde e para a sociedade.

Em seu ensaio “O Problema do Custo Social”, Coase (1960) relaciona as externalidades, particularmente as negativas (tratadas como “efeitos prejudiciais para terceiros”), aos custos de transação. Para Coase, ao se identificar efeitos prejudiciais para terceiros (externalidade negativa) advindos de uma determinada etapa da cadeia produtiva, e cujo custo de transação para “realocação do direito” (compensação para o terceiro afetado) por meio do mercado for muito alto, a ponto de inviabilizar a produção, pode-se lançar mão de arranjos mais eficientes para saná-los (firma, hierarquia). Ou, ainda, pode-se constatar que é mais eficiente não se fazer nada, quando os custos envolvidos na solução do problema forem mais altos para a sociedade do que os ocasionados pelos danos provenientes da atividade econômica.

2 METODOLOGIA

Este trabalho consiste em um estudo de análise de custos de transação na atenção primária à saúde. Está dividido em duas etapas, que respondem a cada um dos objetivos enunciados. Na primeira, serão definidas e analisadas as transações necessárias à oferta de serviços de APS, baseado no referencial teórico da Teoria dos Custos de Transação.

Na segunda, serão comparados os custos associados à transação “alocação de recursos humanos”, quando realizada sob uma forma de coordenação hierarquizada (administração direta) e por um arranjo híbrido, através de uma relação firma-firma estabelecida entre o município (contratante) e a Fundação Estatal Saúde da Família (ofertante).

Esta forma de organização do trabalho foi influenciada pela seguinte afirmação:

The general strategy out of which TCE [transaction cost economics] works can be summarized as follows: After having characterized the transaction, the potential governance structures are discussed in terms of transaction cost minimizing capabilities. (GROENEWEGEN *apud* PESSALI, 1998, p.53).

A execução do trabalho, em ambas as etapas, consistiu em um processo de produção e posterior análise de dados, que serão explicados a seguir.

2.1 Produção e análise dos dados

Definição e análise das transações necessárias à oferta de serviços de APS (1ª etapa)

Inicialmente, foi realizada uma revisão da literatura, em busca de trabalhos de natureza semelhante, que pudessem balizar ou contribuir de alguma forma com o presente esforço. A busca inicial orientou-se por trabalhos que aplicassem a TCT, sendo especificada para a área da saúde, saúde pública e atenção primária à saúde.

Os trabalhos com aplicação prática da TCT encontrados concentram-se mais na área do agronegócio e estão mais centrados na análise quantitativa dos custos. Na área da saúde, são poucos trabalhos, nenhum voltado para a atenção primária. Dentre os trabalhos

encontrados nenhum realiza análise qualitativa das transações através de um modelo bem definido, que possa ser generalizável para transações em outras áreas.

Portanto, o modelo de análise para as transações teve que ser criado. Para isto, foi de grande valia o modelo proposto por Stiles (2001), que, apesar de ter sofrido adaptações, foi a base para estruturação do modelo ora proposto.

Para contextualizar as transações, delimitando o seu escopo e deixando mais claro o seu papel para a viabilização dos serviços de saúde ao usuário do SUS, fizemos uma breve descrição da APS. Nesta parte, foi muito útil a aplicação do conceito de *cadeia produtiva*. Para isto, adaptamos o modelo proposto por Antonio Maria Gomes de Castro, em trabalho intitulado “Cadeia Produtiva: Marco Conceitual para Apoiar a Prospecção Tecnológica”.

Localizadas as transações na cadeia produtiva dos serviços de APS, particularmente da Estratégia de Saúde da Família (ESF), elas foram caracterizadas conforme atributos propostos pela TCT (especificidade de ativos, incerteza e frequência). Dentre as transações identificadas, foi feita uma descrição mais detalhada da transação “alocação de recursos humanos”, por ser, dentre as transações, a mais específica para APS.

Em seguida, foi preenchida a matriz para análise das transações e realizada a discussão dos resultados.

Quadro 2 – Matriz para Análise das Transações (cenário indefinido)

Transação	CENÁRIO (INDEFINIDO)
-----------	----------------------

	Características da Transação	Pressupostos Comportamentais
Alocação de Recursos Humanos	FREQUÊNCIA <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alta Frequência 	RACIONALIDADE LIMITADA <p>Agente 1: trabalhador</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nível de segurança no emprego; ➤ Nível de estabilidade das equipes; ➤ Nível de compromisso do gestor com o pagamento do salário. <p>Agente 2: gestor</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nível de rotatividade do profissional de saúde; ➤ Orçamento para desenvolvimento da APS; ➤ Nível de interferência política na conformação das equipes.
	INCERTEZA (ELEMENTOS CRÍTICOS DE INCERTEZA) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Financiamento da APS ➤ Capacidade técnica da equipe de gestão ➤ Oferta de profissionais ➤ Nível de interferência política nos serviços ESPECIFICIDADE DE ATIVOS <ul style="list-style-type: none"> ➤ Relação com a comunidade ➤ Nível de estruturação do processo de trabalho da EqSF ➤ Oferta de apoio Institucional e apoio horizontal ➤ Oferta de Educação em Serviço e formação em geral 	

Comparação dos custos associados à transação “alocação de recursos humanos” sob as formas de coordenação analisadas (2ª etapa)

Nesta etapa, foi realizada uma descrição das estruturas de governança analisadas (administração direta e Fundação Estatal Saúde da Família), bem como dos respectivos procedimentos utilizados para realização da transação.

A FESF-SUS foi descrita com maiores detalhes, já que representa uma inovação no Sistema e, por isso, tem características ainda pouco conhecidas. Para subsidiar esta descrição, foram consultados o estatuto e os regulamentos da Fundação.

Em seguida, foram descritos e agrupados os custos envolvidos com a realização da transação analisada. Foram categorizados em *ex ante* e *ex post*, e analisados sob coordenação dos diferentes arranjos.

Para facilitar a comparação entre os mesmos, foi construída uma segunda matriz. O objetivo desta matriz é, após realizada a análise, registrar a intensidade com que os custos identificados ocorrem, facilitando a comparação entre as formas de coordenação.

É importante ressaltar que foram consideradas duas formas de realizar a transação sob a administração direta: alocação de recursos humanos *sem salvaguardas* e *com salvaguardas*. No primeiro caso, utiliza-se mais mecanismos de mercado, assume-se o uso de ativos menos específicos e menor investimento na estrutura de gestão para coordenação da transação, além de uma forma de contratação irregular de recursos humanos (é, infelizmente, a forma mais prevalente). A transação com salvaguardas representa uma acentuação da hierarquia, com maior potencial de ganho de especificidade dos ativos, mais investimento em estrutura de gestão e contratação por concurso público. Apesar de ambas serem coordenadas diretamente pela gestão municipal, esta escolha deveu-se às importantes diferenças na gênese e na intensidade dos custos analisados.

A seguir, a matriz para comparação dos custos de transação e sua intensidade nos arranjos analisados:

Quadro 3 – Matriz para Comparação dos Custos de Transação

Custos de Transação	Forma de Coordenação		
	Administração Direta		FESF-SUS
	Sem Salvaguardas	Com Salvaguardas	
Custos <i>ex ante</i> - relacionados à seleção, contratação e alocação dos recursos humanos (ativo)			
Gastos para constituição da relação firma-firma (processo de contratação)			
Gastos relacionados à contratação/provimento de pessoal para prestação dos serviços;			
Desassistência (provimento)			
Custos <i>ex post</i> – relacionados ao monitoramento do contrato e à gestão dos recursos humanos alocados			
Relacionados à perda de especificidade			
Gastos com estrutura para gestão do contrato e/ou do ativo			
Desassistência (interrupção)			
Judicialização/Passivos			

Para atribuição de intensidade, foi utilizada uma escala de três cruzeiros. Uma cruz (+) representa ocorrência do custo de transação com baixa intensidade; duas cruzeiros (++), média intensidade; e três cruzeiros (+++), alta intensidade. Há também a possibilidade de um determinado custo não ocorrer para determinada forma de coordenação, neste caso, será atribuído o sinal negativo (-).

2.2 Aspectos éticos

Este trabalho foi realizado com base em informações obtidas através de consulta a documentos públicos. Portanto, não houve necessidade de submetê-lo à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Definição e análise das transações necessárias à oferta de serviços de APS (1ª etapa)

Antes de tratar das transações necessárias à viabilização da APS, vamos descrever brevemente as principais características deste nível de atenção e analisar uma parte da sua cadeia produtiva, com o intuito de localizar as transações que iremos considerar.

3.1.1 A atenção primária à saúde (APS)

Segundo Starfield (2002), em sua forma mais desenvolvida, a atenção primária é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo e busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos.

O Ministério da Saúde, em sua Política Nacional da Atenção Básica (outro nome dado a este nível de atenção), publicada sob forma de portaria (GM 648/2006) diz o seguinte:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

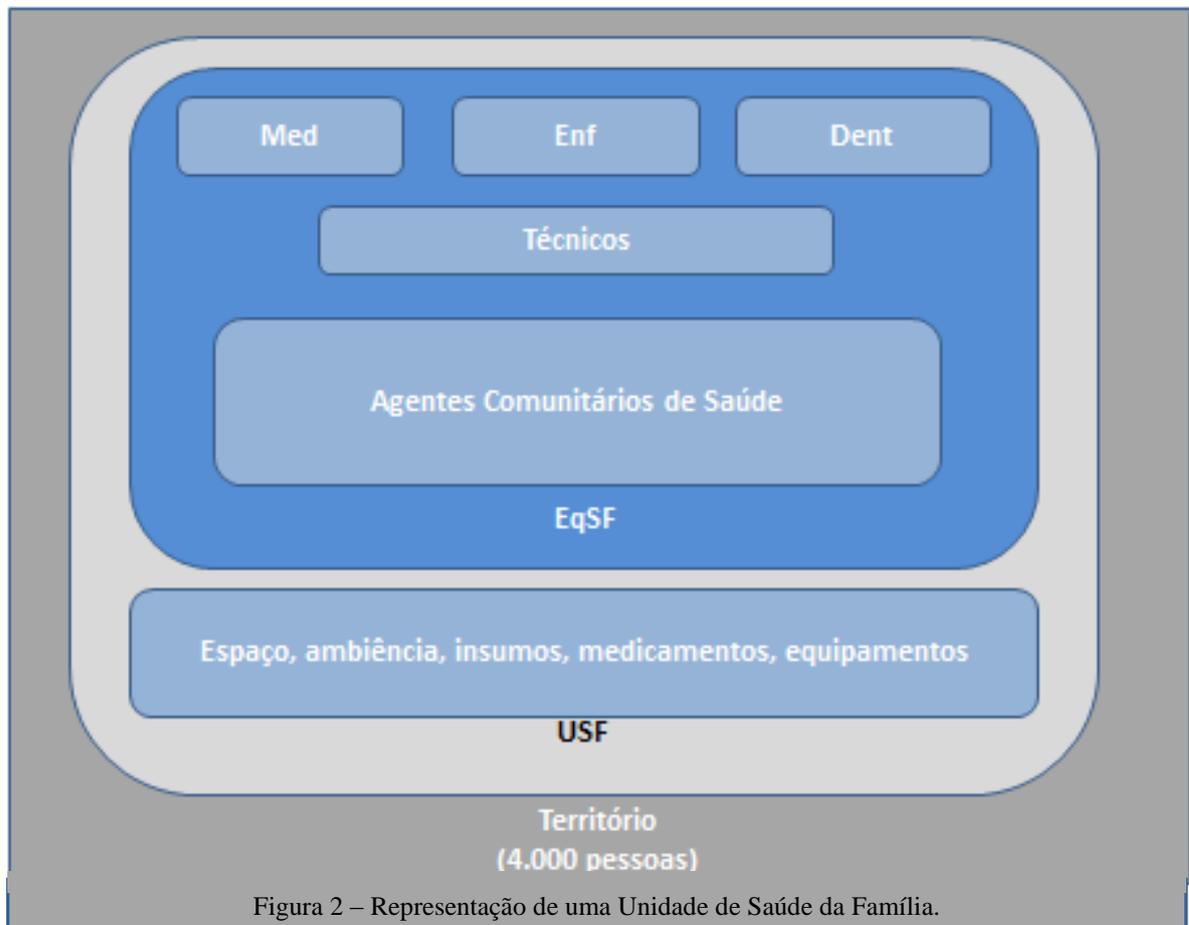
O quadro 4 traz, de forma resumida, os valores, princípios e atributos da APS.

Quadro 4 – Valores, princípios e elementos de um modelo de saúde baseado na APS e do modelo de saúde adotado pelo Brasil.

SUS – BRASIL A SAÚDE DA FAMÍLIA	
<p>VALORES</p> <p>Expressam os valores dominantes em uma sociedade. São a âncora moral para as políticas e programas no interesse público.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – UNIVERSALIDADE – EQÜIDADE – INTEGRALIDADE – PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL
<p>PRINCÍPIOS</p> <p>Provêm as bases para a legislação, os critérios para a avaliação, critérios para a alocação de recursos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – TERRITORIALIZAÇÃO – INTERSETORIALIDADE – CARATER SUBSTITUTIVO (baseado na pessoa e não na doença) – EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS – BASEADO NAS NECESSIDADES E EXPECTATIVAS DAS POPULAÇÕES – VOLTADO PARA A QUALIDADE
<p>ATRIBUTOS (ou elementos ou características da APS)</p> <p>São a base estrutural e funcional do sistema de saúde. Permitem operacionalizar as políticas, os programas e os serviços.</p>	<p>Únicos da APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> – PRIMEIRO CONTATO – INTEGRALIDADE – LONGITUDINALIDADE – COORDENAÇÃO <p>Derivados dos anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Enfoque na pessoa (não na doença) e na família – Valorização dos aspectos culturais – Orientado para a comunidade <p>Não únicos da APS, mas essenciais:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Registro adequado – Continuidade de pessoal – Comunicação – Qualidade clínica – Defesa da clientela (advocacia)

Fonte: CONASS (2007)

No Brasil, a principal proposta para estruturação da APS é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os serviços de saúde da família são prestados em unidades básicas de saúde, onde equipes multiprofissionais atuam na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e no cuidado e reabilitação da saúde de uma população adscrita. Esta população adscrita, um máximo de 1.000 famílias (4.000 pessoas), recebe atenção especial da equipe, que cria vínculo com esta população e comunidade, reconhecendo a realidade do território onde elas vivem, os determinantes de saúde, e assumindo parte da responsabilidade sanitária por esta população. A figura 2 representa a organização de uma Unidade de Saúde da Família.



A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 01/96), embasada na Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, dá continuidade a um processo de operacionalização da descentralização das ações de saúde iniciado efetivamente com a NOB 01/93, e define que todos os municípios brasileiros passem a gerir plenamente a Atenção Básica.

A partir de então, a responsabilidade da execução das ações em saúde neste nível de atenção passou a ser dos municípios. Aos Estados, coube uma função de acompanhamento e apoio às gestões municipais e, à União, parte do financiamento das ações, através do Piso da Atenção Básica (PAB).

O modelo Saúde da Família começou no Brasil em 1994, de forma pontual, como Programa de Saúde da Família (PSF). Contudo a partir da década seguinte, com forte indução econômica do Governo Federal através da criação de um recurso específico para os municípios que aderissem, o PSF foi transformado em estratégia e, hoje, está presente em quase 100% dos municípios brasileiros. Os recursos financeiros são repassados do Ministério da Saúde direto para o município (fundo a fundo), por equipe de saúde da família, e são

condicionados ao cadastro de profissionais habilitados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Desde o ano de 2012, parte deste recurso é condicionado ao alcance de metas e resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Portanto, financiado⁴ pela União e com apoio do Estado (o Estado da Bahia apoia inclusive financeiramente a ESF), cabe aos municípios o desafio de executar as ações e transações que viabilizem o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, por conseguinte, da Estratégia de Saúde da Família.

Para visualizarmos melhor as transações que ocorrem na APS para viabilização da Estratégia de Saúde da Família, esboçaremos parte da cadeia produtiva deste nível de atenção, conforme exposto na figura 3.

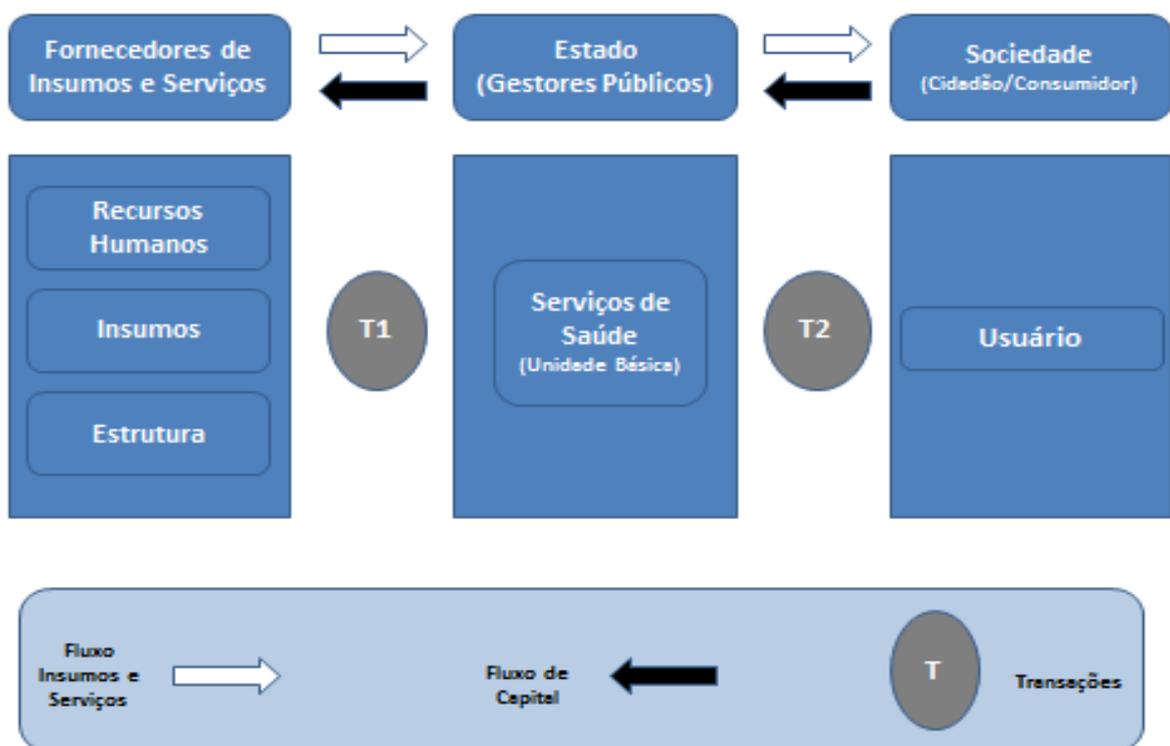


Figura 3 – A cadeia produtiva (parcial) da APS
Fonte: Adaptado de Castro, 2002

⁴ O financiamento federal cobre de 30% a 50% dos custos com a ESF, o restante é custeado pelos próprios municípios. Esta variação deve-se aos diferentes cenários municipais. Os municípios menores e mais distantes do centro têm que arcar com salários mais altos para atrair profissionais, tornando o financiamento federal proporcionalmente menor.

Conforme exposto anteriormente, a transação, unidade básica de análise na TCT, é definida por Williamson (1985. p. 1) como "o evento que ocorre quando um bem ou serviço é transferido através de uma interface tecnologicamente separável".

Vemos na figura acima duas transações (T1 e T2). T2 é a transferência ou prestação de serviços de saúde ao cidadão pelo Estado, através de uma unidade básica de saúde. T1 é o provimento de insumos e serviços necessários ao funcionamento da unidade de saúde, contratados de terceiros pelo Estado. O presente trabalho restringe a sua análise a T1.

Contudo, T1, na verdade, é composta por múltiplas transações, por exemplo: construção, aluguel ou reforma de uma unidade; compra, manutenção e reposição de equipamentos, insumos e medicamentos; garantia da boa ambiência e higiene da unidade de saúde; e contratação de profissionais de saúde.

Analisando as semelhanças e diferenças deste conjunto de transações necessárias para viabilizar a prestação de serviços na APS, podemos juntá-las em dois tipos de transações: 1) Garantia de estrutura adequada na unidade de saúde; 2) Alocação⁵ de recursos humanos.

O primeiro tipo engloba todas as transações de bens ou serviços necessários para garantir uma estrutura adequada para o funcionamento da unidade de saúde. Estes bens ou serviços passarão da firma que os comercializa para a unidade de saúde, onde, serão suporte ou complementarão o cuidado em saúde ofertado aos usuários pelos profissionais de saúde, alocados através do segundo tipo de transação (alocação de recursos humanos).

Para viabilizar esta transação, a equipe de gestão precisa, dentre outras coisas: estar atenta a linhas de financiamento do Estado e da União para reforma e construção de unidades, tendo capacidade de elaborar e submeter projetos para captação destes recursos; ter capacidade técnica de realizar licitações para compra dos equipamentos, medicamentos, e insumos para a saúde, para contratação de serviços de construção, reforma, adequação e manutenção das unidades e para monitorar constantemente as condições das unidades de saúde; prever com antecedência as necessidades dos serviços, pois os trâmites burocráticos para execução de todas estas ações demandam mais tempo na administração direta. E, como

⁵ Além da alocação de recursos humanos, há a gestão dos mesmos. Contudo, para simplificar, iremos tratá-las sob um mesmo termo, pressupondo que, ao realizar a alocação dos recursos humanos, a sua gestão está implícita.

em qualquer área, os recursos são escassos, portanto, saber priorizar é um requisito fundamental para reavaliação desta transação.

Os insumos, medicamentos, equipamentos e mesmo serviços que são contratados para estruturar uma unidade básicas de saúde (UBS) têm baixa especificidade. Os bens e serviços transacionados para uma UBS podem ser utilizados em qualquer UBS do país. Não são específicos nem mesmo para o tipo de atenção à saúde, são insumos, medicamentos e serviços comuns à estrutura de qualquer tipo de unidade de saúde. Além disso, os procedimentos requeridos para contratação (trâmites burocráticos) são semelhantes aos procedimentos para contratação realizada pelo Estado em qualquer área.

De forma sucinta, podemos afirmar que estas transações acontecem de forma recorrente e periódica; as incertezas aumentam na proporção inversa à capacidade técnica e econômica do município e à distância do mesmo dos grandes centros urbanos; e os bens e serviços transacionados têm baixa especificidade.

Por estes motivos, mesmo entendendo que são transações fundamentais para o bom funcionamento da UBS e que os gestores municipais enfrentam dificuldades para realizá-las, optamos por focar o trabalho nas transações de segundo tipo: alocação de recursos humanos.

3.1.2 Alocação de recursos humanos em APS

Pessoas são a peça fundamental dos serviços de saúde. Podemos afirmar que sem recursos humanos não se produz atenção à saúde. Na APS, é o ativo onde se investe mais recursos financeiros para possibilitar o funcionamento de um serviço.

Denominaremos o ativo em questão “recursos humanos”. Este pode ser contratado de forma direta (contrato de trabalho) ou indireta (contrato de serviço com uma firma). A transação analisada, portanto, é a contratação de profissionais ou firmas para realização do cuidado em saúde nas UBS.

Contudo, antes de contextualizarmos esta transação na APS, analisando os seus atributos, é importante ressaltar que o mercado de trabalho é, historicamente, regulado. São diversas as instâncias e mecanismos de regulação do trabalho: agências de autoregulação

(Conselhos Profissionais); Leis de Exercício Profissional; Códigos de Ética; Universidades; as leis constitucionais e códigos do trabalho; a chamada administração do trabalho (os Ministérios e Delegacias Regionais do Trabalho); a Justiça do Trabalho e os Tribunais Regionais e Juntas do Trabalho; os contratos individuais de trabalho, os contratos coletivos, convênios e dissídios; as estruturas de negociação coletiva; os Sindicatos; entre outros.

Girardi (2001), em trabalho intitulado “A regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor saúde em países da América Latina”, afirma que:

Historicamente, nos casos da regulação sobre os mercados de trabalho em geral e sobre o mundo das profissões, os argumentos evocados para justificar a intervenção legítima da autoridade pública em seus domínios, quer dizer sua regulação, bem como para fixar mecanismos e normas regulatórias, foi o reconhecimento da existência de vastas imperfeições de mercado nestas “regiões” da economia e da atividade social.

Diz ainda:

No caso da regulação geral sobre os mercados de trabalho a justificativa da intervenção do estado apontava para a forte assimetria de recursos e informações entre o capital e o trabalho e nesse sentido tinha o sentido de promover a proteção do trabalho (até para que ele não desaparecesse).

Portanto, as estruturas de governança para transações envolvendo força de trabalho, recursos humanos, encontram limites para utilizarem os mecanismos de mercado. Não estando, obviamente, livres de sua influência.

Dito isto, a alocação de recursos humanos na APS pode ocorrer pela compra direta da força de trabalho, através da realização de concurso público e assinatura de contrato de trabalho, estabelecendo-se uma relação hierárquica, que denominaremos **alocação direta**; ou pela contratação dos serviços de uma outra instituição, estabelecendo-se algo análogo a uma relação firma-firma⁶, que denominaremos **alocação indireta**.

Neste último caso, há que se ressaltar que o serviço contratado deve envolver algo mais do que a força de trabalho, sob pena de configurar-se como mera intermediação de mão de obra, prática ilegal para o Estado quando se trata do desenvolvimento de atividades finalísticas, como a prestação de serviços de saúde.

⁶ Apesar de não ser uma firma e possuir características que o diferenciam na prática, iremos considerar o Estado como tal, e passaremos a denominar a relação do Estado com uma outra firma ou com outro ente estatal desta maneira.

Contudo, na APS, ocorrem, na maior parte dos casos, alocações irregulares de recursos humanos. Além da já citada intermediação de mão de obra, que ocorre mais comumente através da contratação de pessoal via cooperativas, organizações sociais ou pessoas jurídicas individuais, contrata-se diretamente, sem concurso público, e, muitas vezes, sem carteira assinada ou contrato de trabalho formal, configurando uma relação de trabalho precarizada.

Estas últimas formas de alocação de recursos humanos (intermediação de mão de obra e contratação direta irregular) possuem uma estrutura de governança com mais características de mercado (dentro dos limites impostos pelos mecanismos de regulação laboral): os contratos são realizados e quebrados a qualquer momento, sem salvaguardas ou indenizações; o único elemento de ajuste do contrato é o preço da força de trabalho na região ou município em que ocorre a transação; as exigências feitas pelo contratante são apenas a presença do profissional na unidade e sua habilitação formal (baixa especificidade), não há padronização e/ou adequação de práticas ou pactuação de resultados; e, por fim, apesar de existir uma relação de hierarquia entre contratante e contratado, a mesma não ocorre de fato, pois não existe no contrato uma padronização de práticas e/ou resultados, para além da presença do profissional e da sua habilitação, que possam ser exigidos e monitorados.

Este cenário é tão consolidado que, mesmo trabalhando por jornada, existe um número de atendimentos padronizado (16 consultas por turno) para os médicos da ESF. Utiliza-se o argumento de que este é o número máximo de atendimentos que se consegue fazer com qualidade em um turno. Contudo, muitos profissionais cumprem a sua “cota” de pacientes e se ausentam da unidade. Neste caso, ocorre uma subversão da hierarquia, pois o profissional não está, de fato, sob o comando do seu contratante. Ele está recebendo seu pagamento, ao final do mês, por um número pré-determinado de atendimentos.

Contudo, além das instâncias e dispositivos para regulação do trabalho já citados, a forma de financiamento federal da APS, mais particularmente da Estratégia de Saúde da Família, impõe limites para que esta transação seja coordenada por uma estrutura de governança pautada apenas no mercado. Para ter acesso ao financiamento federal, o município precisa cadastrar o profissional responsável pelo cuidado em determinada equipe no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o financiamento é suspenso caso o profissional seja descadastrado. Este mecanismo de controle, portanto, visa a fomentar a contratação permanente do ativo e o cumprimento de jornada de trabalho. Contudo,

considerando-se o que foi dito no parágrafo anterior, a realidade muitas vezes se impõe aos mecanismos indutores.

Por fim, conforme descrito anteriormente neste trabalho, uma Equipe de Saúde da Família (EqSF) é composta por profissionais com níveis variados de formação (fundamental, técnico e superior). A alocação de recursos humanos de nível superior é um nó-crítico na APS. Este nó-crítico é melhor representado pela dificuldade de contratação de médicos em pequenos municípios do interior. Por isso, no decorrer do texto, o foco será maior no provimento deste ativo: força de trabalho médica. Contudo, é importante ressaltar que há também escassez de profissionais em outras categorias, e o que for exposto com relação à força de trabalho médica pode ser aplicado, em menor grau, para as demais categorias profissionais.

A seguir, os três atributos básicos que definem uma transação (frequência, incerteza e especificidade dos ativos) serão descritos no contexto da “alocação de recursos humanos” na APS.

1) Especificidade dos Ativos. Este atributo trata das características dos ativos que são objeto da transação. Segundo Williamson (1991), este é o atributo com maior potencial para influenciar na escolha entre adquirir o ativo diretamente no mercado ou através da firma. Como já discutimos anteriormente, quanto mais específico for o ativo mais provável será a opção por produzi-lo dentro da firma ou celebrar contratos de longo prazo para que outra firma o forneça. Quanto menor a especificidade, maior a probabilidade de que seja mais vantajoso utilizar o mercado como coordenador desta transação.

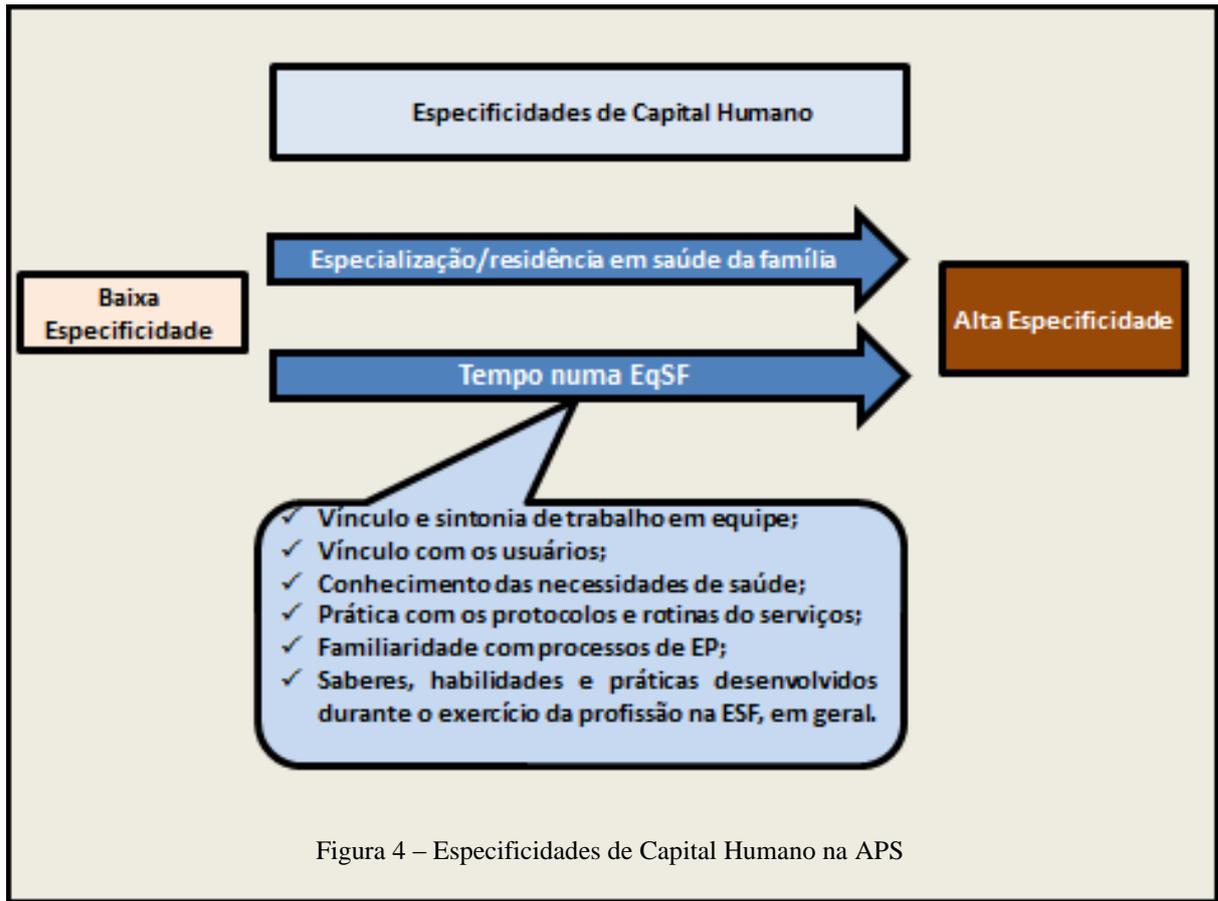
Já expusemos que uma EqSF tem recursos humanos com diferentes níveis de formação e que, por serem os de nível superior os mais escassos, particularmente os de formação médica, iríamos utilizá-lo como exemplo. Seguimos assim então.

O médico é um dos componentes obrigatórios de uma EqSF. Esta poderia ser uma primeira especificidade: deve ser graduado em medicina. Contudo, neste caso, ser formado em medicina não pode ser considerado especificidade, pois é um requisito. Teoricamente, qualquer profissional graduado em medicina poderia atuar na ESF, ou em outros serviços que não exijam especialidades. E, além disso, formar este recurso não é uma opção para os municípios (por exemplo, abrindo faculdades municipais ou contratando faculdades particulares que o façam para prover a ESF). Por isso, mesmo considerando a complexa e

custosa formação deste profissional, trataremos o médico recém-formado como um ativo de especificidade mínima.

Quais seriam, então, as especificidades deste ativo? Para começar, poderíamos dizer que médicos com residência e/ou especialização em saúde da família e comunidade representariam recursos humanos mais específicos. Mas, no caso da ESF, ainda podemos elencar outras especificidades que são tão ou mais importantes do que esta: vínculo e sintonia de trabalho com uma determinada equipe; vínculo com os usuários do serviço; conhecimento das necessidades de saúde no território de abrangência da EqSF; conhecimento e prática com os protocolos e rotinas adotados pelos serviços de determinado município; familiaridade com processos de educação permanente e desenvolvimento profissional adotados em determinado serviço e/ou município; capacidade de apoiar o desenvolvimento de outros profissionais através da uso de sistemas, ferramentas e metodologias empregadas em determinado serviço, município ou instituição; enfim, poderíamos considerar como especificidades de capital humano na ESF todos os saberes, habilidades e práticas desenvolvidos durante o exercício da profissão na Estratégia.

Portanto, estamos tratando de especificidades de capital humano. É importante ressaltar que, na APS, quanto maior a especificidade do ativo “recursos humanos”, melhor a qualidade e a efetividade do serviço prestado. A figura abaixo ilustra a transição de um ativo de baixa especificidade para alta especificidade em APS.



A maioria destas especificidades é desenvolvida e mantida pelo simples fato do profissional permanecer atuando numa mesma equipe por bastante tempo⁷. As outras especificidades, que não foram contempladas pela “simples” prática profissional estável, poderiam ser desenvolvidas a partir do investimento do município em uma política de educação permanente, que poderia contar com: rede de apoio institucional, através da formação e manutenção equipes de gestão estrutura para tal; rede apoio horizontal, conformada por trabalhadores do próprio município; parceria com instituições de ensino para realização de especializações e mini-cursos; ou mesmo previsão de liberação de carga horária para formação individual do profissional.

2) Incerteza. Fagundes (1997), citando Williamson (1985), diz que a incerteza se constitui em qualquer tipo de perturbação endógena que afeta o processo de troca, podendo

⁷ Contudo, um profissional pode atuar durante anos em uma unidade de saúde da família e não acumular especificidades voltadas à ESF em sua prática laboral. A forma de organizar o trabalho e as tecnologias de cuidado adotadas são fundamentais para potencializar o *learning by doing* na ESF.

ser primária (deriva de atitudes aleatórias e mudanças imprevisíveis) ou secundária (deriva do fato daquele que toma decisões não poder conhecer os planos e intenções da outra parte), também chamada de incerteza comportamental.

Como já foi dito neste trabalho, a incerteza, em maior ou menor grau, sempre estará presente ao se realizar uma transação, pois ela é oriunda da constante mudança da realidade, onde atuam diversos atores e fatores simultaneamente, e da incapacidade dos agentes que transacionam conhecerem todas as mudanças, compreenderem as suas consequências e preverem de que forma estas afetarão a sua transação.

Portanto, são incontáveis e, mais do que isso, imponderáveis os elementos que podem interferir em uma transação na APS. Esta forma de abordagem da incerteza é uma das características principais da TCT. Contudo, para aplicação prática da teoria, estamos propondo neste trabalho a identificação dos **elementos críticos de incerteza** que compõem o ambiente da transação analisada.

A composição do cenário com os elementos críticos de incerteza pode viabilizar uma análise análoga à que se faz no momento estratégico do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus. Desta forma, assumindo elementos críticos de incerteza como constantes ou variantes para o cenário da transação, poder-se-ia vislumbrar diferentes situações, que modificariam o comportamento dos agentes, os graus de especificidade dos ativos e a frequência das transações.

É evidente que, sendo a racionalidade do agente limitada, alguns elementos críticos do ambiente transacional nem serão identificados no momento da análise. Contudo, esta é uma abordagem que pode favorecer o uso da TCT como ferramenta do gestor para a tomada de decisões estratégicas.

Como **elementos críticos** a serem considerados no momento da transação “alocação de recursos humanos na APS”, de modo a reduzir-se o grau de incerteza em torno dos mesmos, destaco: disponibilidade dos recursos financeiros para a APS; disponibilidade de recursos

humanos; capacidade técnica das gestões municipais; nível de interferência política⁸ na gestão dos serviços. Estes são recursos críticos para gestão da APS, mudanças não previstas relacionadas aos mesmos podem ter grande impacto nas transações.

Há ainda as incertezas ocasionadas pelo comportamento dos agentes, as incertezas secundárias, que também são moduladas pelos elementos críticos de incerteza. Para trabalhar estas incertezas, consideraremos como agentes da transação os gestores municipais e os profissionais de saúde.

Os gestores introduzem incerteza no ambiente de troca, principalmente, ao promoverem ocupação política dos postos de trabalho, gerando insegurança no emprego e instabilidade nas equipes; ofertarem remunerações acima de sua condição de pagamento, ocasionando atrasos ou descumprindo o acordado; e oferecerem vantagens para atrair profissionais de municípios vizinhos, estimulando a rotatividade de profissionais e alimentando o “mercado predatório”.

Já o trabalhador aumenta incertezas no cenário quando age na lógica de máximo ganho e mínimo esforço: muda-se para o município que oferece mais; negocia redução de jornada e salários maiores; não cumpre horário estabelecido; e não segue protocolos para melhoria da qualidade do serviço.

3) Frequência. Como já foi dito, o ativo “recursos humanos” é indispensável para o funcionamento de serviços na APS. Como serviços de saúde devem ter um funcionamento regular, a transação “alocação de recursos humanos”, *a priori*, possui alta frequência.

É importante demarcar que uma alta frequência não quer dizer que são realizados novos contratos de trabalho a todo momento, mas que o ativo transacionado é constantemente necessário para a produção do serviço. Assim, em um cenário de alta rotatividade de profissionais, onde, a todo momento, são celebrados novos contratos de trabalho, a frequência pode ser a mesma, ou até menor, que em um cenário mais estável, onde os contratos de trabalho são mais perenes. O que muda é que, no primeiro caso, haverá mais interrupção do

⁸ Estamos considerando “interferência política” as ações do governo sobre os serviços com finalidades diversas à ampliação do acesso e qualificação da assistência prestada. Por exemplo, indicação para ocupação dos postos de trabalho, diferenciação do acesso aos serviços para aliados, uso dos serviços para fins eleitoreiros etc.

serviço, os ativos serão menos específicos (já que a especificidade de capital humano é do tipo *learning by doing*) e o serviço será menos eficiente.

Portanto, a frequência da transação alocação de recursos humanos não é mensurada através da quantidade de contratos de trabalho celebrados, mas da quantidade de tempo em que o ativo em questão é disponibilizado nos serviços de saúde.

3.1.3 Análise da transação “alocação de recursos humanos” em diferentes cenários

A matriz para análise das transações, apresentada no quadro 2 deste trabalho, resume e sistematiza os elementos mais importantes relacionados aos atributos transacionais e aos pressupostos comportamentais que interferem na transação estudada.

Para utilizar esta matriz, deve-se analisar a realidade, ou fazer simulações, buscando-se definir a situação do que estamos denominando “elementos críticos de incerteza”. Ao reduzir-se a incerteza (ou simular um cenário) em torno dos elementos críticos, os elementos relacionados aos demais atributos e pressupostos tomam forma.

Para testar a matriz e, posteriormente, realizar uma discussão acerca dos resultados encontrados, iremos simular dois cenários extremos, onde os elementos críticos estão todos em situações opostas. No cenário um, todos os elementos críticos de incerteza serão positivos para a realização da transação. No cenário dois, os elementos críticos estarão desfavoráveis para a realização da transação.

3.1.3.1 Cenário 1 - ambiente com elementos críticos de incerteza positivos

O município do **cenário 1** encontra-se numa situação de grande oferta de profissionais e com recursos regulares e suficientes para a manutenção da ESF, além de uma equipe de gestão suficiente e com boa capacidade técnica e um prefeito que vê na saúde uma prioridade, protegendo a política de saúde municipal das demandas político-eleitorais. Por conta de todos estes fatores, toda a sua população está coberta pela ESF e todos os postos de trabalho

ocupados em todas as equipes por profissionais que se sentem seguros no emprego e estão satisfeitos por trabalharem neste local.

Este é um cenário ideal para desenvolvimento da APS, pois, com os recursos críticos garantidos, o comportamento dos agentes tende a contribuir para a manutenção ou melhoria do ambiente em que se realiza a transação.

Desta forma, o profissional de saúde, uma das partes na transação, goza de segurança no emprego. Sabe que não poderá ser dispensado por qualquer motivo. Com isso, sabe também que a sua equipe de trabalho sofrerá poucas modificações ao longo do tempo. E que seu salário será pago todo final de mês.

O gestor, por outro lado, sabe que poderá contar com a permanência do trabalhador, que não abrirá mão de sua estabilidade e de sua carreira, já em progressão, e que já criou vínculo com a equipe de trabalho e com os usuários de seu território.

Percebe-se, assim, que um cenário mais estável, com menos incertezas relacionadas aos recursos mais importantes, amplia a racionalidade dos atores, que passam a ser capazes de prever com mais exatidão os desdobramentos do cenário. Desta forma, comportamentos oportunistas são minorados, ou, dizendo de outra maneira, comportamento oportunista transforma-se para o trabalhador, em permanecer no local que lhe oferece as melhores condições de vida e trabalho e, para o gestor, em investir no profissional, que está se dedicando em melhorar as condições de saúde e de vida do seu município, favorecendo a sua permanência.

Como já foi dito, um cenário estável, em que o trabalhador permanece mais tempo numa mesma UBS, favorece um aumento na especificidade do ativo, neste caso, do tipo capital humano. Para aumentar mais ainda a especificidade do seu ativo, aumentando, por conseguinte, a eficiência do serviço, o gestor municipal pode investir na estruturação de uma rede de apoio institucional, através da formação e manutenção de uma equipe de gestão estrutura para tal; rede apoio horizontal, conformada por trabalhadores do próprio município que transferem experiências e tecnologias para os demais; parceria com instituições de ensino para realização de especializações e mini-cursos; ou mesmo previsão de liberação de carga horária para formação individual do profissional.

O quadro 5 traz a matriz de análise em um ambiente com os elementos críticos de incerteza positivos para a realização da transação:

Quadro 5 – Matriz para análise da transação (elementos críticos de incerteza positivos)

Transação	AMBIENTE COM ELEMENTOS CRÍTICOS DE INCERTEZA POSITIVOS	
	Características da Transação	Pressupostos Comportamentais
Alocação de Recursos Humanos	<p>FREQUÊNCIA ↑</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alta Frequência <p>INCERTEZA (ELEMENTOS CRÍTICOS DE INCERTEZA)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Financiamento adequado da APS ➤ Equipe de gestão com boa capacidade técnica ➤ Suficiência de profissionais ➤ Estabilidade do serviço em relação à política <p>ESPECIFICIDADE DE ATIVOS ↑</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ EqSF com conhecimento e vínculo com a comunidade; ➤ EqSF com processos de trabalho bem estruturados; ➤ Redes de apoio vertical e horizontal ➤ Programa de Educação Permanente 	<p>RACIONALIDADE LIMITADA ↓</p> <p>Agente 1: trabalhador</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Segurança no emprego; ➤ Equipes de trabalho estáveis; ➤ Certeza do pagamento ao final do mês. <p>Agente 2: gestor</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conta com o profissional no serviço; ➤ Tem orçamento suficiente para desenvolver a ESF; ➤ Sem pressões políticas para intervir na conformação das equipes. <p>OPORTUNISMO ↓</p> <p>Agente 1: trabalhador</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Permanece no local que lhe oferece as melhores condições de vida e trabalho. <p>Agente 2: gestor</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Investe no profissional, que está se dedicando em melhorar as condições de saúde e de vida do seu município, favorecendo a sua permanência.

3.1.3.2 Cenário 2 - ambiente com elementos críticos de incerteza negativos

No cenário 2, que se aproxima mais da realidade na APS baiana, os elementos críticos anteriormente citados (profissionais de saúde, financiamento, capacidade de gestão e nível de interferência política) conformam-se negativamente para a realização da transação.

A escassez de profissionais, principalmente médicos, é uma realidade brasileira. Dados da OMS (2007-2008) mostram que o Brasil apresenta uma proporção de 1,8 médicos para 1.000 habitantes. Uma proporção baixa, quando comparada a outros países.

Além disso, estes profissionais concentram-se nos grandes conglomerados urbanos e têm preferência pela atuação nas especialidades médicas. A saúde da família é desvalorizada e é considerada uma opção de carreira por muito poucos profissionais. Portanto, o médico disposto a atuar na saúde da família é um recurso escasso.

Isto leva os gestores da APS a uma busca intensa e constante por médicos. É comum estes gestores declararem, em conversas informais e em falas públicas, que passam metade do seu tempo de trabalho buscando médicos para substituir os que porventura acabaram de deixar um posto de trabalho, ou mesmo para ocuparem uma vaga que já está aberta há meses.

Mas o gasto de tempo dos gestores na busca por profissionais de saúde não é a única consequência desta alta rotatividade, há um impacto considerável na especificidade do ativo. Em primeiro lugar, com esta baixa taxa de permanência dos profissionais, as equipes de saúde não investem esforços na estruturação dos processos de trabalho, pois sabem que logo haverá mudanças e o trabalho terá que ser reiniciado. Além disso, não se fica tempo suficiente para conhecer o território e criar vínculo com a comunidade.

Além disso, os dados de uma pesquisa intitulada “*Pesquisa Saúde da Família no Estado da Bahia*”, fundada numa amostra de mais de 51% dos municípios da Bahia, contratada pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFMG), mostram que, no ano de 2008, 97% dos médicos, 84,9% dos dentistas e 85,8% dos enfermeiros das equipes de saúde da família possuíam vínculos empregatícios temporários.

Este cenário é de extrema insegurança e incerteza para o trabalhador. Este, de um modo geral, não tem direito a férias remuneradas ou licença maternidade ou por problemas de saúde. Está completamente vulnerável à vontade do gestor municipal em mantê-lo no posto de trabalho. Posto este que, principalmente nos municípios do interior, é utilizado como moeda política e como máquina para angariar votos. Para piorar, não há garantias de que o salário será pago no final do mês.

Neste ambiente de incerteza, o trabalhador tende a se comportar na lógica do maior ganho e do menor esforço. Isto significa dizer que, também de um modo geral, irá aceitar propostas mais vantajosas de municípios vizinhos, que, também com déficit de pessoal, podem, de forma oportunista, propor aumentos salariais, reduções de carga horária e remuneração complementar caso este venha a dar plantões em outros serviços do município. Isto é a realidade, e produz o que tem se chamado de “**mercado predatório**”.

Dessa forma, está criado o ambiente de incerteza para a outra parte: o gestor municipal. Este não sabe se poderá contar com o trabalhador no mês seguinte, e fica sob constante ameaça de ter a prestação do serviço à população interrompida e o repasse federal que custeia parte importante da ESF suspenso. A este gestor, que realiza contratos de trabalho precários, pode acontecer coisa ainda pior, caso venha a ser realizada auditoria por algum dos órgãos de controle.

Uma solução para redução deste alto grau de incerteza seria realizar concurso público para alocação dos recursos humanos. Contudo, há uma série de fatores que dificultam este caminho.

Primeiro, mais de 70% dos municípios baianos (IBGE 2010), possuem população inferior a 20.000 habitantes. Isto quer dizer que são municípios pequenos e, geralmente, com poucas estruturas de serviço e lazer que não atraem os profissionais. Por isso, a forma de atrair os profissionais é majoritariamente através de altos salários.

Então, outras dificuldades aparecem. A primeira e mais evidente é que a maioria dos municípios pequenos têm poucos recursos para pagar altos salários. Além disso, o teto salarial do prefeito e o percentual de gastos com pessoal determinado pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) são importantes limitadores. Mesmo com estes limites, algumas vezes os concursos são realizados, mas acabam não atraindo os profissionais, principalmente os médicos.

Por isso, a solução adotada pela maioria dos municípios baianos é o contrato precarizado, que não está limitado ao teto do prefeito, já que é informal, e tem uma maior margem para aumento dos salários, por não serem recolhidos os impostos devidos.

Esta realidade instável, que limita muito a racionalidade dos agentes e propicia o comportamento oportunista de gestores e trabalhadores, acarreta em alta rotatividade dos profissionais de saúde na APS. Dados da pesquisa citada anteriormente mostram que o tempo

médio de permanência dos médicos em uma EqSF, no ano de 2008 no Estado da Bahia, foi menor que um ano em 47,2% dos municípios e menor que 2 anos em 75% dos municípios.

O gestor, por sua vez, com recursos escassos para desenvolver a ESF e sabendo que 75% de seus médicos irão sair do município em 2 anos, não considera investir em formação uma boa opção. Primeiro, porque é um investimento que teria retorno a médio e longo prazo, caso os profissionais continuassem no município. E, além disso, profissionais mais aptos para atuarem na ESF poderiam receber propostas mais vantajosas dos municípios vizinhos.

Um outro agravante para esta rotatividade é que o trabalhador, de uma forma geral, ainda não vê a ESF como uma opção para o futuro. Geralmente está vislumbrando o acesso a alguma especialidade através da residência médica, ou complementando a renda, quando já está aposentado.

A seguir, a matriz de análise da transação em um ambiente com elementos críticos de incerteza **negativos**:

Quadro 6 – Matriz para análise da transação (elementos críticos de incerteza negativos)

Transação	AMBIENTE COM ELEMENTOS CRÍTICOS DE INCERTEZA NEGATIVOS	
	Características da Transação	Pressupostos Comportamentais
Alocação de Recursos Humanos	<p>FREQUÊNCIA ↑</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alta Frequência <p>INCERTEZA</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Escasso financiamento da APS ➤ Equipe de gestão com baixa capacidade técnica ➤ Pouca oferta de profissionais ➤ Alto nível de interferência política no serviço <p>ESPECIFICIDADE DE ATIVOS ↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Profissional não conhece o território e tem pouco vínculo com a comunidade; ➤ EqSF sem estruturação dos processos de trabalho; ➤ Ausência ou insuficiência de redes de apoio institucional e horizontal ➤ Ausência de investimento em formação 	<p>RACIONALIDADE LIMITADA ↑</p> <p>Agente 1: trabalhador</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Insegurança no emprego; ➤ Alta rotatividade dentre os membros da equipe; ➤ Atrasos constantes no pagamento. <p>Agente 2: gestor</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Não sabe se o profissional permanecerá no serviço; ➤ Orçamento insuficiente para desenvolver a ESF; ➤ Indicações políticas para composição das equipes. <p>OPORTUNISMO ↑</p> <p>Agente 1: trabalhador</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Trabalha na lógica de máximo ganho e mínimo esforço (vai para o município que oferece mais; negocia redução de jornada e salários maiores; não cumpre horário estabelecido; não segue protocolos para melhoria da qualidade). <p>Agente 2: gestor</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Oferece vantagens a trabalhadores do município vizinho; ➤ Contrata sem intenção de pagar o acordado; ➤ É patrimonialista e clientelista na gestão dos serviços e cede a pressões políticas (emprega parentes e amigos, ou por indicação política; facilita acesso a aliados políticos e eleitores).

3.1.4 Discussão (1ª etapa)

Iniciando a discussão dos resultados, é importante que algumas ressalvas sejam feitas. Em primeiro lugar, para o exercício de preenchimento das matrizes, foram utilizados dois cenários extremos. Contudo, deve ficar claro que a realidade geralmente transita entre estes extremos (pendendo ainda para o segundo cenário) e é diferente em cada município baiano.

Um outro elemento a ser ressaltado é que o comportamento dos agentes possui muito mais variáveis, e não é determinado apenas por estes elementos da realidade. Além de tantos outros elementos que compõem o cenário e que não foram considerados, justamente devido à racionalidade limitada deste autor, os agentes reais são indivíduos dotados de ideologias, valores e costumes singulares, que são importantes na determinação do comportamento. Contudo, estes são limites encontrados por quaisquer métodos que se propunham a uma análise da dinâmica social.

Dito isto, o primeiro objetivo desta discussão é verificar se há coerência entre os resultados encontrados e os postulados da TCT.

Em primeiro lugar, é interessante perceber que o atributo frequência não se modifica. Isto já era esperado, já que este é um atributo intrínseco ao modelo de negócio em que está inserida a transação. Serviços de saúde têm necessidade constante de recursos humanos, portanto, a frequência permanece alta independente do cenário que se põe.

De acordo com a TCT, transações que são realizadas com alta frequência tendem a ser coordenadas mais eficientemente através de estruturas hierárquicas ou híbridas. Isto se verifica na realidade da Saúde da Família, onde o ativo “recursos humanos” é transacionado através da realização de contrato de trabalho, pagando por jornada, e não por procedimento. Geralmente, a relação principal agente é gestor municipal-profissional de saúde, mas, em algumas ocasiões, estabelece-se uma relação firma-firma.

Um outro elemento interessante para a análise é a necessidade de ativos específicos para a real implantação da ESF. Alguns princípios e atributos da APS, principalmente o de pautar o serviço pelas necessidades da população, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, demandam permanência do profissional na equipe e pressupõem especificidade crescente do ativo. Na verdade, quando o ambiente não é favorável à permanência do

trabalhador no serviço e à sua integração com a equipe de saúde e a comunidade, a ESF não consegue ser concretizada. Funciona o serviço na Atenção Primária, mas não no modelo previsto e fomentado pelo Ministério da Saúde.

É interessante notar que isto ocorre, geralmente, em cenários de muita incerteza e escassez de recursos financeiros e humanos, quando os gestores municipais e os trabalhadores realizam a transação através de uma estrutura de governança supostamente hierarquizada, contudo, com características de mercado marcantes (contratos temporários, sem salvaguardas, sem controle de jornada, pautado em procedimentos). Esta forma de coordenação, produzida pelo cenário de acentuada escassez e incertezas, produz mais incerteza e escassez, à medida que retroalimenta o mercado predatório, que contribui para o aumento da rotatividade de profissionais e precarização dos contratos de trabalho. Este cenário praticamente inviabiliza a especificidade crescente do ativo, que é característica fundamental para implantação do modelo.

Este fato mais uma vez é condizente com os postulados da TCT. Para transações de ativos mais específicos, as formas de coordenação mais efetivas estão mais próximas da hierarquia. Ativos inespecíficos podem ser transacionados utilizando-se mecanismos de mercado.

Contudo, da mesma forma que não se consegue montar determinado modelo de automóvel utilizando-se outras peças que não sejam as projetadas especificamente para aquele modelo, não se consegue estruturar serviços de saúde para atuação nos moldes estabelecidos para a atenção básica se os ativos necessários não tiverem certas especificidades.

Portanto, a alta frequência requerida para a transação, os pressupostos da APS, a forma de indução adotada pelo Ministério da Saúde e o fato da atividade laborativa ser historicamente regulada praticamente definem estruturas mais hierarquizadas para a gestão desta transação. Estruturas de governança mais semelhantes ao mercado podem até alocar recursos humanos na APS, mas, então, o serviço entregue ao usuário, o ativo da transação 2 da cadeia produtiva parcial retratada na figura 03, não será mais o mesmo. Em outras palavras, a APS não conseguirá cumprir o seu papel, pois não pautará o serviço pela necessidade do usuário, não coordenará o cuidado e não prestará uma atenção à saúde integral. Enfim, não será um serviço de Atenção Primária à Saúde.

Uma outra questão interessante é a relação dialética que se estabelece entre os atributos especificidade dos ativos e incerteza, e que fica evidente na análise da matriz. A incerteza (ou a disposição dos seus elementos críticos no cenário analisado), que é o atributo que se relaciona com o ambiente de negócio, determina em que medida se consegue atingir a especificidade de ativos ideal. Por sua vez, olhando para a especificidade de ativo almejada, podemos identificar quais são os elementos críticos de incerteza para aquisição/fabricação do ativo.

A dúvida que se põe ao se iniciar o preenchimento de uma matriz como esta é: por onde começar? Ao analisar uma transação, devemos começar definindo quais são as especificidades do ativo ou os elementos críticos de incerteza?

Vamos recorrer a um exemplo. Um gestor pretende melhorar a resolutividade e a qualidade dos serviços de APS em seu município, e ele já decidiu pela Estratégia de Saúde da Família, pois este é o modelo financiado pelo Ministério da Saúde para estruturação e desenvolvimento da APS no Brasil, de forma a constituí-la como principal porta de entrada e ordenadora do cuidado em saúde no SUS. Pesaram para esta decisão do gestor os fatos de haver financiamento previsto e conhecimento técnico bem estabelecido para implantação do modelo.

Mas a decisão do gestor pela ESF não é o foco do nosso exemplo. O fato é que, uma vez definido que o modelo de negócio é a ESF, um modelo que já tem suas premissas consolidadas, automaticamente ficam definidos também os ativos necessários para sua execução, suas especificidades ideais e as transações necessárias para aquisição dos mesmos.

Neste caso, então, resta ao gestor analisar o cenário e definir quais são os elementos críticos de incerteza que devem ser conhecidos, controlados e/ou modificados para viabilizar a melhoria da Estratégia de Saúde da Família em seu município. O objetivo deste gestor com o uso da Teoria é, neste caso, identificar os elementos críticos de incerteza, informar-se sobre a situação destes elementos em seu município e, desta forma, optar pela melhor forma de coordenar a transação.

Um outro gestor, por exemplo, que esteja no início da sua gestão, querendo determinar quais são as medidas mais estratégicas para causar impacto positivo na situação de saúde do seu município deve iniciar por um diagnóstico detalhado da situação de saúde e seus determinantes, e, a partir daí, estabelecer as estratégias para intervenção nesta realidade.

Neste segundo exemplo, as ações e, portanto, as transações e seus ativos, não estão definidas *a priori*. Portanto, a ferramenta de gestão mais indicada é o planejamento estratégico. Durante o planejamento, definidas as ações estratégicas e as transações necessárias para sua realização, a TCT pode ser uma boa opção para este gestor trabalhar o momento estratégico-operacional, definindo a forma mais apropriada de coordenação e possíveis medidas necessárias para construção ou melhoria de viabilidade para realização das trocas (ou transações).

Abordando a questão de outra forma, primeiro precisa-se saber qual é o negócio, qual o ativo objeto da troca, para, em seguida, determinar quais são os elementos críticos de incerteza para transação deste ativo.

Esta possibilidade de utilização da TCT na gestão pública como uma ferramenta complementar ao Planejamento Estratégico vai ao encontro do que afirma Williamson (1985): "*transaction cost economics should often be used in addition to, rather to the exclusion of, alternative approaches*".

3.2 Comparação dos custos associados à transação “alocação de recursos humanos” sob as formas de coordenação analisadas (2ª etapa)

Um dos desafios assumidos ao realizar este trabalho foi adaptar o uso da TCT para o setor público. Dentre os artigos pesquisados para embasamento teórico, o trabalho de Peres (2007), chamou atenção, e foi de grande utilidade, por utilizar a lente da TCT para análise dos custos de transação e das estruturas de governança no setor público. Contudo, mesmo neste trabalho, não são abordadas transações específicas realizadas por este setor, o foco está mais na estrutura de gestão e no comportamento dos agentes.

O nosso trabalho, por outro lado, parte da análise das transações realizadas pelo poder público para viabilização dos serviços de APS, chegando à avaliação dos custos relacionados à realização destas transações, particularmente alocação de recursos humanos, por arranjos distintos, que é o objeto desta parte do trabalho.

Desta forma, para podermos analisar e comparar os custos envolvidos na realização da transação pelas duas estruturas de governança avaliadas, teremos que descrever mais pormenorizadamente os procedimentos utilizados por cada um dos arranjos.

Contudo, além de não estar muito bem consolidado na literatura o conceito de firma, ambos os arranjos analisados constituem o próprio Estado. Um deles é representado pela estrutura administrativa dos municípios, o outro é uma fundação pública de direito privado.

Por isso, antes de iniciarmos a identificação e análise dos custos, faremos considerações acerca das estruturas de governança analisadas.

3.2.1 Análise das Estruturas de Governança

Um dos arranjos que iremos analisar, apesar de ser uma estrutura pública com uma série de singularidades, pode ser caracterizada como uma firma, sem maiores esforços. Tem uma área econômica de atuação bem definida, com estrutura e modelo de gestão próprios e tem independência econômica (sobrevive dos contratos que celebra – não é orçamentada), apesar de não visar ao lucro. Esta será a firma contratada (ofertante) pela administração direta municipal para fornecimento do ativo objeto da transação analisada, constituindo uma forma híbrida de governança. A FESF-SUS, por ser uma estrutura nova e singular dentro do Sistema Único de Saúde, será mais detalhada em tópico específico.

A outra estrutura é a administração direta dos municípios, representada pelo poder executivo (governo) dos municípios. Um município, definitivamente, não é uma firma. É o Estado, e tem uma série de prerrogativas e peculiaridades que o coloca em patamar diferenciado para a realização de transações. A seguir, destacaremos diferenças mais relevantes.

3.2.1.1 Particularidades da administração direta municipal

Em primeiro lugar, a finalidade do Estado é muito diferente da de uma firma, seja ela de que natureza for. O Estado tem a finalidade de regular o funcionamento da sociedade (não vamos entrar aqui na discussão de (não)neutralidade do Estado). Para tanto, tem uma série de prerrogativas e características que diferenciam a sua lógica de funcionamento. A principal, na visão deste autor, é não depender da sua eficiência na gestão dos recursos para a sobrevivência.

Por mais que a escassez de recursos interfira com o desenvolvimento das políticas (*politics*) e as legislações vigentes criem mecanismos para indução de gestões eficientes, esta não é a lógica preponderante de atuação dos dirigentes (governos). A definição das ações estratégicas dá-se por um viés preponderantemente político,

norteado pela disputa de hegemonia (poder) na sociedade, em detrimento do econômico⁹. Isso quer dizer que o primeiro objetivo do governante é acumular poder para contruir a sua permanência (e ascensão) e de seu grupo nos (aos) postos mais estratégicos do Estado e, desta forma, implementar o seu projeto de sociedade (aqui, encontramos mais uma dificuldade no uso da TCT, já que a categoria poder não é considerada formalmente por esta Teoria). Este fato traz implicações para a realização de qualquer transação realizada pelo Estado.

Outra questão importante é o dever do Estado de zelar pelo interesse público. Isto dá prerrogativas para quebra unilateral ou não cumprimento de contratos. Se somamos a isto a grande morosidade dos processos judiciais contra o poder público e o tempo definido dos governos, podemos visualizar um terreno fértil para comportamentos oportunistas por parte dos gestores municipais.

Além disso, o Estado tem uma grande área de atuação. É responsável pela garantia de um grande número de serviços (saúde, educação, saneamento, transporte, segurança etc.) e de atividades administrativas diversas. Esta grande estrutura, que por vezes tem subestruturas específicas para cada atividade, mas que também tem estruturas administrativas comuns a todas elas, dificulta qualquer análise comparativa de escala e/ou de escopo para determinação de custos de transação. Por exemplo, qual é o custo transacional para contratação e gestão de recursos humanos para APS por um município, se a estrutura que administra os recursos humanos é comum a todas as áreas da prefeitura?

Outro elemento importante que diferencia a administração direta das firmas, para atuação no mercado, são as regras do direito público, que comprometem a agilidade dos processos administrativos, quando se compara com a iniciativa privada. Além disso, o regime trabalhista, que é próprio (não celetista¹⁰) ainda na grande maioria

⁹ Por mais que seja um grande consenso mundial que os governantes submetem-se, em maior ou menor grau, aos desígnios da macroeconomia para a própria viabilização da sua continuidade no poder.

¹⁰ A palavra “celetista” é derivada da sigla “CLT”, que significa Consolidação das Leis do Trabalho. Segundo Wikipedia, esta é a principal norma legislativa brasileira referente ao Direito do trabalho e ao Direito processual do trabalho. Ela foi criada através do Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943 e sancionada pelo então

dos municípios. Isto dificulta tanto a avaliação de custos *ex ante*, já que são singulares em cada município, quanto a avaliação dos passivos trabalhistas gerados e da sustentabilidade do regime de previdência, que seriam elementos *ex post* a serem avaliados.

Em tempo, a assunção de passivos trabalhistas pelos governantes, à semelhança do que ocorre com o não cumprimento dos contratos, é um típico comportamento oportunista, já que irá onerar o município em um período muito posterior ao término da sua gestão.

Enfim, mesmo com todas estas peculiaridades da administração direta do Estado em relação ao que se entende (ao menos implicitamente) como firma pela TCT, iremos tratá-lo como tal.

Portanto, em nosso desenho, a alocação (e gestão) dos recursos humanos realizadas diretamente pelos gestores municipais será a opção por uma estrutura de governança hierárquica para incorporação deste ativo e a realização de um contrato com a FESF-SUS será a opção por uma estrutura de governança híbrida.

Uma outra possibilidade considerada foi assumir o Sistema Único de Saúde como uma grande firma, responsável pela oferta de serviços de saúde para a população brasileira. Esta opção resolveria alguns problemas, como restringir a área de atuação da firma (saúde) e, principalmente, abranger de forma mais ampla (por tratar-se de um Sistema universal e que se ramifica em todas as esferas de governo) as consequências (custos) advindas das transações analisadas.

Contudo, neste caso, a FESF, que é integrante do SUS, seria como uma unidade produtiva dentro desta grande firma. Ou seja, estaríamos comparando formas de gestão de serviços executadas dentro de uma mesma hierarquia, o que, na visão desta autor, foge do objeto da TCT. Seria o “como fazer melhor” ao invés do “fazer ou comprar” (*make or buy*). Além disso, e talvez mais importante, devido a uma séria de motivos, o

SUS ainda não se configura como um sistema único. Está mais para uma infinidade de micro sistemas, ainda articulados de forma incipiente. Ou seja, o *modus operandi* é definido por cada gestor, os agentes são os governos municipais. Poder-se-ia contrargumentar que uma multinacional é uma grande firma constituída por diversas firmas, que possuem seu próprio *modus operandi*. Contudo, o poder de decisão final, neste caso, está na matriz. Isto não ocorre no SUS, pois é um sistema universal de uma república federativa. As decisões, portanto, são descentralizadas para os municípios, e isto (descentralização) é um princípio do próprio Sistema de Saúde.

Feita esta ponderação, iremos apresentar as principais características da FESF-SUS, que a definem como um modelo novo e inovador para a gestão e prestação de serviços no SUS, e, ao mesmo tempo, as justificativas para a relação contratual estabelecida entre municípios e Fundação ser considerada uma estrutura híbrida de governança sob a lente da TCT.

3.2.1.2 A Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS

Histórico e Processo de Implantação

A discussão sobre as fundações públicas de direito privado como modalidade para prestação de serviços pelo Estado ocorreu em âmbito federal, culminando com a tramitação, e posterior “engavetamento”, do Projeto de Lei (PL) 92/2007 no Congresso. Contudo, enquanto tramitava o PL, diversas unidades federativas iniciaram processos de discussão e implantação deste modelo.

Na Bahia, houve um amplo processo de discussão, e, após aprovação de Lei Complementar Estadual 29/2007 na Assembléia Legislativa da Bahia e aprovação do modelo de gestão na VII Conferência Estadual de Saúde, foram propostas três fundações deste tipo. Uma iria, a exemplo do que ocorreu em Sergipe, atuar na prestação de serviços hospitalares; outra seria responsável pela produção de medicamentos para o SUS, reativando função que era desempenhada pela extinta empresa estatal Bahiafarma, e assumindo o mesmo nome; e

uma terceira seria responsável pela prestação de serviços e qualificação da Estratégia de Saúde da Família na Bahia.

A primeira delas, por resistência de atores sociais, principalmente sindicatos, não saiu do papel. As demais foram implantadas e estão desenvolvendo suas atividades finalísticas. Sendo a última delas a FESF-SUS, que é objeto deste trabalho.

A Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS – foi instituída no ano de 2009 por 69 municípios baianos, através da aprovação de leis autorizativas em suas câmaras legislativas. Contudo, este processo teve início ainda em 2007, a partir de uma análise estratégica do cenário da APS no Estado, quando diagnosticou-se, dentre outras coisas, uma alta rotatividade de profissionais nas equipes de saúde, a precariedade e irregularidade dos vínculos de trabalho, grandes dificuldades para manter as unidades de saúde em condições mínimas para uma atenção com qualidade ao usuário, inexistência de uma política de educação permanente na grande maioria dos municípios e baixa capacidade técnica geral das equipes de gestão municipais, que, além disso, eram compostas por número insuficiente de quadros.

Ficou evidente que a Bahia precisava de uma solução sistêmica para avançar na implementação da APS no Estado. Isto gerou uma ampla discussão nos espaços políticos e decisórios do SUS Bahia. Segundo relatório de prestação de contas da FESF-SUS ao Tribunal de Contas dos Municípios (TCM), competências 2009 e 2010, foram realizadas mais de 40 (quarenta) visitas institucionais a municípios, oportunidades em que se debateu o projeto intensamente com prefeitos; participação em diversas audiências nas Câmaras Legislativas e nos respectivos Conselhos Municipais de Saúde; participação em 58 seminários/reuniões junto a Colegiados de Gestão Microrregionais de Saúde, Regionais de Prefeitos, Secretários de Saúde; e de 06 Reuniões das Associações Macrorregionais de Prefeitos Baianos.

Todo este esforço culminou na aprovação da para criação das fundações públicas de direito privado no Estado e na aprovação, na VII Conferência Estadual de Saúde, das fundações estatais públicas de direito privado como uma das modalidades de gestão do SUS na Bahia, como citado anteriormente.

A partir de então, iniciou-se o processo de implantação da FESF-SUS, com grande expectativa dos atores que constroem o SUS dentro e fora do Estado. No ano de 2009, foi instituído o Conselho Curador da FESF-SUS, que indicou o diretor geral. Em agosto de 2009,

foram indicados pelo diretor geral e aprovados pelo Conselho Curador, através de análise curricular, os primeiros gestores da Fundação, dentre os quais está incluído o autor deste trabalho. Esta equipe teve a missão de celebrar os primeiros contratos de gestão com os municípios, realizar o primeiro concurso público da instituição e desenvolver todas as regulamentações e rotinas necessárias para o funcionamento da Fundação e recepção dos futuros trabalhadores concursados.

Dentre outras coisas, foram desenvolvidos: um modelo para celebração de contratos de gestão com os municípios; um plano de cargos, carreiras e salários (PECS); uma sistemática de gestão por desempenho, com seus regulamentos e um software próprio para coleta e gerenciamento das informações de produção em saúde (MAPS – Sistemam de Monitoramento da Atenção Primária à Saúde); um curso para acolhimento e Formação Inicial dos Trabalhadores (FIT); e uma política de apoio institucional.

Em paralelo a este processo, a equipe de gestores da FESF-SUS viajava por todo o Estado, apresentando a instituição e propondo a sua contratação para, em regime de gestão compartilhada de responsabilidades, prestar serviços de Atenção Primária à Saúde nas unidades de saúde da família municipais. Foram iniciadas negociações com 152 municípios e, ao final do processo, 69 destes celebraram contratos de gestão com a Fundação.

Em 2010, foi realizado o primeiro concurso público, com mais de 1.000 vagas oferecidas e mais de 32.000 inscritos. Em julho do mesmo ano, os primeiros trabalhadores concursados deram início às suas carreiras na nova instituição. Em agosto de 2010, os primeiros serviços da FESF-SUS foram iniciados nos municípios contratualizados.

O patrimônio inicial para a sua instituição foi garantido através de resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que destinou para este fim parte dos recursos oriundos do Piso da Atenção Básica Variável (PAB variável), componente Compensação das Especificidades Regionais (CER). Estes recursos permitiram a montagem da sede administrativa e da equipe de gestão inicial e a realização do primeiro concurso público.

Arcabouço jurídico-administrativo

A FESF-SUS é uma fundação pública, que atua sob regime jurídico de direito privado. Esta característica gerou bastante confusão ao conjunto dos atores sociais que constroem o

SUS, levando-os a considerar a instituição da fundação como um processo privatizante, comparando-a com as organizações sociais, por exemplo.

Muito diferente disso, a FESF-SUS é uma entidade 100% pública, instituída com recursos públicos, integrante da administração indireta dos seus municípios instituidores e que só pode prestar serviços ao SUS. O capital e os bens que fazem ou venham a fazer parte do patrimônio desta instituição, em uma eventual extinção da mesma, serão rateados entre os municípios instituidores.

Ela é uma especialização do Estado para o desenvolvimento de uma atividade específica, a exemplo da universidade. Contudo, diferencia-se desta última por não ser uma autarquia, ou seja, não é orçamentada. O quadro abaixo, retirado da cartilha sobre fundações estatais, organizada pela Diretoria da Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em agosto de 2007, traz as características fundamentais que diferenciam as fundações públicas de direito privado de outras modalidades de gestão.

Quadro 7 – Comparação entre as modalidades de gestão Fundação Estatal, Empresa Estatal e Organização Social

Modalidade de Gestão	FUNDAÇÃO ESTATAL	EMPRESA ESTATAL	ORGANIZAÇÃO SOCIAL
Propriedade	100% Pública	Majoria Pública	Privada
Relação com a Administração Pública	Administração Pública Indireta - Estado Descentralizado	Administração Pública Indireta - Estado Descentralizado	Não é Administração Pública
Instituição	Pelo Poder Público sob gestão do Poder Público	Pelo Poder Público podendo ter a participação minoritária posterior de agentes privados	O Poder Público contrata um grupo Privado instituído pela livre iniciativa para fazer a administração dos Serviços
Lógica e Finalidade	Prestação de Serviços Públicos ao Estado e produção de valores de uso para a população sem finalidade de lucro	Produção de bens econômicos através da exploração de atividade econômica com finalidade de lucro	Atividade de prestação de serviço público pago pelo Estado
Direção	Pública	Pública podendo haver a participação de acionistas privados	Privada, negociada com o Público através de contrato de gestão
Supervisão e Direção do Órgão Responsável	Do conjunto das Atividades	Do conjunto das Atividades	Só através do Contrato de Gestão
Quadro de Direção	Nomeados Pelo Estado ou Concursados	Nomeados Pelo Estado ou Concursados	Quadro próprio do setor Privado que assumiu o contrato
Gestão e Tomada	Pública Estatal, com	Publica Estatal	Administrada pelo Setor

de Decisões	Participação da Sociedade Civil, supervisionada e prestando contas ao órgão Público Supervisor através de sistema de metas e resultados		Privado prestando contas ao Público mediante contrato de gestão
Caráter Universal dos Serviços	100% SUS: não há segmentação de clientela	Não se aplica: venda no mercado de bens econômicos	Há segmentação de clientela com cobrança de serviços é muitas vezes praticada
Personalidade Jurídica	Regulada pelo Código Civil- Direito Privado	Regulada pelo Código Civil- Direito Privado	Regulada pelo Código Civil- Direito Privado
Licitações e Contratos	Regulamento próprio subordinado à Lei nº 8.666	Regulamento próprio subordinado à Lei nº 8.666	Regulamento próprio não subordinado à 8.666
Imunidade Tributária	Em casos específicos	Não tem	Tem
Seus Trabalhadores são Empregados Públicos	Sim	Sim	Apenas os cedidos, os demais não
Regime de Emprego	CLT no setor público	CLT no setor público	CTL no setor privado
Financiamento	Contrato Estatal de Serviços ou de Gestão	Orçamento Investimento PDG	Contrato de Gestão
Lei de Responsabilidade Fiscal	Não Observa	Não Observa	Não Observa

Fonte: Fundação Estatal Saúde da Família, 2009.

O fato de não ser orçamentada, ou seja, de sustentar-se com os recursos auferidos através da prestação de serviços, faz com que os gastos realizados pelos municípios através da contratação dos serviços de fundações deste tipo não sejam contabilizados como gasto com pessoal. Portanto, contratar a FESF-SUS para prestação de serviços ajuda os gestores municipais a manterem-se dentro dos limites estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)¹¹.

Para contratar os serviços da FESF-SUS, os municípios (instituidores ou não) celebram contratos de gestão, onde são discriminados os serviços contratados, as obrigações das partes, as metas e resultados esperados e os valores a serem repassados à contratada.

¹¹ Contudo, na Bahia, este pleito ainda não foi julgado pelo Tribunal de Contas dos Municípios.

O Estado, apesar de não ser instituidor, estabeleceu relação obrigacional com a recém-instituída Fundação, com os municípios instituidores e com os futuros contratantes através da assinatura de um contrato de programa. Esta figura jurídica está prevista na lei dos consórcios (11.795/2008), e é utilizada, neste contexto, como um dispositivo legal que dá maior segurança jurídica aos entes participantes, criando uma relação obrigacional entre os mesmos.

Estrutura de governança

A FESF-SUS conta com uma estrutura de governança colegiada, moldada para atender às necessidades e especificidades de um sistema como o SUS. O órgão deliberativo máximo da instituição é o seu Conselho Curador. Ele é composto por 14 conselheiros, definidos da seguinte forma: 4 secretários municipais de saúde de municípios instituidores e/ou contratualizados, eleitos por seus pares em assembléia do Conselho Interfederativo (que será descrito adiante); 1 secretário de saúde municipal indicado pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); 4 membros do Governo do Estado da Bahia, sendo dois indicados pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e dois pela Casa Civil; 2 representantes eleitos pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), sendo obrigatoriamente do seguimento de trabalhadores e/ou usuários; 1 representante das universidades públicas do Estado da Bahia, eleito entre seus pares; e dois representantes dos trabalhadores de carreira da FESF-SUS, eleitos por voto direto de seus pares.

Esta característica plural do Conselho Curador faz deste órgão um espaço importante para pactuação de ações no SUS Bahia, já que nele estão representados os interesses dos diversos atores que constroem este sistema. Conforme Estatuto da FESF-SUS, cabe ao Conselho Curador, dentre outras atribuições, indicar o diretor geral da instituição e analisar e aprovar a equipe de gestores indicada pelo mesmo para composição do corpo dirigente da instituição; analisar e aprovar o orçamento, as contas e os regulamentos; formular as políticas mais gerais propostas pela instituição e tomar as decisões mais estratégicas. Ou seja, é o órgão gestor da Fundação, e reúne-se mensalmente, de forma ordinária.

Além do Conselho Curador, existe o Conselho Interfederativo, que é composto pelos secretários municipais de saúde de todos os municípios instituidores e/ou contratualizados com a FEF-SUS. Este é um conselho consultivo, que não tem periodicidade determinada para reuniões e deve eleger 4 secretários de saúde para compor o Conselho Curador.

Internamente, a Fundação é composta por 4 diretorias. A Diretoria Geral (DG), responsável pela condução político-institucional da instituição. A Diretoria de Desenvolvimento da Atenção à Saúde (DIDAS), responsável pela contratualização e execução dos serviços prestados pela FESF-SUS. A Diretoria Administrativa e Financeira, responsável pela gestão financeira e contábil e pela realização de compras e pagamentos. E a Diretoria de Gestão do Trabalho em Saúde (DIGETS), responsável pela contratação de pessoal e gestão da carreira e dos processos de educação permanente mais estruturados.

Os órgãos colegiados internos são: a Diretoria Executiva (DIREX), composta pelos diretores de todas as diretorias e pelo advogado chefe, que reúne-se semanalmente para discutir e tomar as decisões estratégicas, remetendo-se ao Conselho Curador para as decisões mais importantes; o Colegiado Ampliado (COLAM), constituído pelos membros da DIREX e pelos coordenadores e assessores da instituição, que não tem periodicidade regular de reuniões.

Produção dos serviços

O objetivo desta parte é elencar e descrever o escopo de serviços da FESF-SUS e, em seguida, delimitar e descrever os serviços serão abordados neste trabalho.

No primeiro movimento de contratualização com os municípios baianos, a FESF-SUS ofereceu serviços relacionados à atenção à saúde nos territórios de abrangência das equipes de saúde da família, serviços de apoio matricial à Estratégia de Saúde da Família e serviços de apoio à gestão municipal para desenvolvimento da atenção à saúde.

Mais recentemente, através do contrato de programa celebrado com o Estado e com os municípios, a Fundação foi contratada pela SESAB para desenvolver serviço de atenção domiciliar vinculados à rede hospitalar do Estado, serviço de regulação na região interestadual de saúde Bahia-Pernambuco, serviço de apoio institucional ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade e serviço de elaboração de projetos para reforma e construção de unidades de saúde e para fiscalização de obras.

Contudo, dentre todos estes serviços, iremos focar a análise nos serviços relacionados à atenção à saúde nos territórios de abrangência das equipes de saúde da família.

Iremos priorizar estes serviços, especificamente, porque eles representam a materialização de uma das demandas mais importantes do SUS-Bahia, e que influenciou na

criação da instituição que estamos analisando: uma carreira pública para a Estratégia de Saúde da Família baiana.

A necessidade de criação de carreiras públicas para o SUS é um tema recorrente nos debates sobre a saúde pública, e são muitos os gestores e profissionais de saúde que defendem-na em âmbito nacional. No processo de idealização e instituição da FESF-SUS foi realizada uma pesquisa em todo o Estado que reforçou e comprovou o que já era visível para gestores e trabalhadores do SUS: o grau de precarização do trabalho na ESF baiana é muito alto.

Os serviços de que tratamos aqui são serviços médicos, de enfermagem e/ou de odontologia prestados em unidades de saúde da família, em gestão compartilhada com os municípios contratualizados. Isto significa que a contratada (FESF-SUS) e o contratante (município) assumem responsabilidades complementares na sua execução.

São responsabilidades da Fundação, por exemplo, implantar, acompanhar e avaliar os serviços contratados; estruturar e ofertar processos de educação permanente aos trabalhadores da unidade de saúde; ofertar apoio institucional aos trabalhadores dos serviços e à gestão municipal.

São atribuições dos municípios, por exemplo, manter as unidades de saúde em condições adequadas para o trabalho e o atendimento na saúde da família; fornecer os insumos e os medicamentos necessários ao funcionamento do serviço; alocar os recursos humanos complementares (técnicos, agentes, recepção, portaria) necessários ao correto funcionamento da unidade.

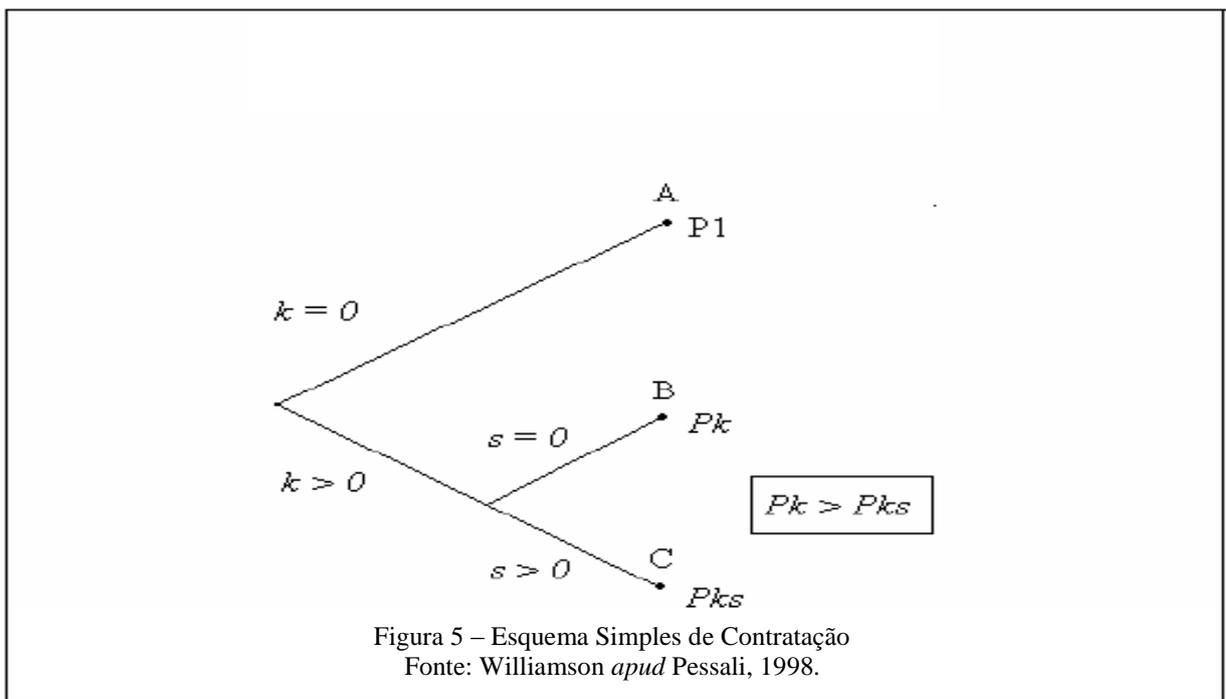
Estes serviços são contratados por tipo (serviços médicos, de enfermagem e odontológicos) e por área de abrangência. A área de abrangência dos serviços é denominada no contrato “área contratualizada”, que é a área de abrangência de uma equipe de saúde da família (EqSF).

3.2.1.3 Relação município/FESF-SUS: uma estrutura de governança híbrida para alocação de recursos humanos e gestão de serviços na APS

A FESF-SUS é um órgão da administração indireta dos municípios dos seus 69 municípios instituidores. Sendo uma instituição pertencente aos municípios, poderia-se questionar se transações realizadas por esta Fundação, através de contratos de gestão com os municípios, não seriam uma forma de coordenação hierárquica.

A resposta é não. A FESF-SUS, além de prestar serviços para os municípios que a instituíram, também o faz para outros municípios, não instituidores. Além disso, como já foi dito, a FESF-SUS tem uma estrutura de governança própria e que tem autonomia em relação aos municípios que a instituíram e/ou contrataram. Portanto, um contrato entre um município e a FESF tem dois agentes diferentes e autônomos, não se constituindo, desta forma, uma hierarquia.

Este arranjo também se diferencia bastante de uma coordenação via mercado. Para argumentar neste sentido, recorreremos ao esquema produzido por Williamson (1989), retirado de Pessali (1998):



Neste esquema, “ $k = 0$ ” significa que o ativo transacionado não apresenta especificidades e, neste caso, a transação pode ser realizada através do contrato clássico de mercado, sem a necessidade de salvaguardas ou estruturas de proteção (situação “A”).

Quando “ $k > 0$ ” significa que se trata de ativo específico. Neste caso, os contratos necessitam de salvaguardas, que, caso não existam “ $s = 0$ ”, os ofertantes ficam expostos a perdas do investimento específico (situação B).

Portanto, nos casos em que “ $k > 0$ ”:

i) o contrato neoclássico, em que há margem ou mecanismos para ajustes e adaptações, e até mesmo a possibilidade de quebra do contrato (*excuse doctrine*), sem necessidade de recorrer aos tribunais oficiais, fazendo-o por meio de arbitragem ou de códigos privados de conduta; e ii) a omissão (*forbearance*) ou contrato implícito, em que a própria organização interna de uma firma determina regras ou exerce o papel de tribunal, resolvendo os problemas pelo exercício da autoridade (*fiat*). (WILLIAMSON, 1991 apud PESSALI, 1998, p.37).

A primeira alternativa, o contrato neoclássico, é justamente o tipo de instrumento que alberga o acordo entre a FESF e os municípios. No modelo utilizados por estes agentes, são utilizadas as três principais formas de salvaguardas definidas por Williamson (1985): 1) o realinhamento de incentivos, caracterizado por uma cláusula que prevê que o contratante arca com os custos de desmobilização dos serviços, advindos de uma quebra unilateral do contrato por parte do contratante; 2) criação e emprego de uma estrutura de gestão comum para acompanhamento do contrato, que, no caso analisado, é denominada Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão (CAA); e 3) busca de regularidades nas trocas, que sinalizem a intenção de continuidade ou gerem reciprocidade e confiança entre as partes, representada, neste caso, por um contrato de longa duração, que pode ser indefinidamente renovado e sem limite de adituação.

Portanto, diante do exposto, podemos afirmar que se trata de uma relação contratual para transação de ativo específico e nos moldes dos contratos neoclássicos. Constituindo-se, portanto, numa estrutura híbrida de governança.

3.2.2 Descrição e análise dos custos de transação

Antes de começar a identificar e analisar os custos de transação relacionados à alocação de recursos humanos na APS, deve-se ter em vista que estes custos afetam todos os envolvidos com a prestação e a utilização dos serviços de saúde. Usuários, gestores, trabalhadores e a sociedade, em geral, todos arcam, de formas diferentes, com a ineficiência dos serviços. Contudo, é necessário ressaltar que, neste trabalho, os custos transacionais serão abordados como custos para o Sistema Único de Saúde.

Portanto, para procedermos esta análise do ponto de vista do sistema de saúde, não podemos considerar para composição dos custos de transação apenas os que recaem diretamente sobre os agentes que transacionam, e que compõem formalmente o custo total de produção. Além destes, temos que considerar custos que geralmente não são totalmente internalizados pelos agentes e são, desta forma, distribuídos e absorvidos pela sociedade.

Para trabalhar estes custos, utilizaremos o conceito de **externalidade**, que já foi abordado previamente neste trabalho. Serão analisadas tanto as **externalidades negativas**, que implicam em mais custo, quanto as **externalidades positivas**, que representam benefícios. No segundo caso, contudo, para facilitar a análise, as externalidades positivas de uma forma de coordenação serão contabilizadas como custos da outra forma, caso a mesma não proporcione os mesmos benefícios, ou os proporcione em menor grau, para o sistema.

Didaticamente, os custos serão agrupados em categorias, analisados e valorados de acordo com a forma coordenação da transação: direta e indireta (híbrida/FESF). Contudo, antes de iniciarmos a análise e a valoração dos custos, os dois tópicos a seguir são destinados a explicar como serão tabalhadas as formas de coordenação e como serão categorizados os custos de transação, respectivamente.

3.2.2.1 Formas de coordenação da transação

Conforme já explicitado, as formas de coordenação da transação “alocação de recursos humanos” consideradas são: direta e indireta (híbrida/FESF). A forma indireta, ou híbrida, é

viabilizada através da contratação da FESF-SUS para gestão e execução compartilhada de serviços de atenção à saúde pelas gestões municipais. Na forma direta, a própria gestão municipal encarrega-se de prover os recursos humanos nas USF. Contudo, nesta última, há uma dificuldade, pois os custos podem ser muito diferentes, a depender da forma que o município realize a contratação: *com ou sem salvaguardas*.

Conforme já explicado e ilustrado através da figura 05, que traz o Esquema Simples de Contratação, as salvaguardas são mecanismos contratuais necessários para proteção das partes envolvidas em uma transação quando há especificidade no ativo transacionado.

Na forma com salvaguardas, o profissional é contratado por concurso público, tem o seu trabalho regido por um estatuto municipal específico e goza de estabilidade. Esta forma, portanto, gera uma relação obrigacional sólida entre as partes, mais estável. Na forma sem salvaguardas, a contratação é temporária, sem publicidade na forma de ingresso, sem assinatura da carteira de trabalho, nem garantia dos direitos trabalhistas garantidos pela CLT¹². Portanto, esta forma gera uma relação obrigacional fraca, mais efêmera.

Na transação em questão (alocação de recursos humanos), a especificidade, do tipo “capital humano”, é obtida através da experiência em serviço (*learn by doing*) e pode ser potencializada (ou incrementada) através do investimento em educação permanente e da conformação de redes de apoio aos serviços. Ou seja, quanto mais tempo o profissional de saúde permanece em uma mesma equipe e quanto maior é o investimento deste trabalhador e da gestão municipal na estruturação e qualificação dos processos de trabalho e de cuidado em saúde, maior é a especificidade acumulada. Na mesma medida, quanto maior a rotatividade nos postos de trabalho da APS, maior é a perda de especificidade e, por consequência, do investimento feito por ambas as partes.

Desta forma, há duas opções para minorar as perdas de especificidade (ou investimento) neste caso. Adotar estratégias para reduzir a rotatividade de profissionais na APS, tornando mais consistente o retorno do investimento em educação permanente e

¹² É importante sinalizar que entre estes dois extremos existem formas de contratação direta com salvaguardas intermediárias. As contratações realizadas em Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), por exemplo, são contratações por tempo determinado, mas com publicidade no acesso e garantia dos direitos trabalhistas. Com a finalidade de simplificar a análise, trataremos dos extremos.

estrutura de apoio. Ou assumir que a alta rotatividade de profissionais é uma constante nestes serviços e, assim, reduzir ao mínimo o investimento adicional (para além do custo de contratação de pessoal).

Portanto, a ausência ou presença de salvaguardas na contratação de recursos humanos para a APS, na medida em que proporciona menor ou maior estabilidade do profissional na equipe, tem uma relação forte e recíproca com nível de investimentos em APS.

Dito de outra forma, a transação realizada *sem salvaguardas* é mais característica dos cenários com *elementos críticos de incerteza negativos*, e produz um ciclo de retroalimentação destes cenários, na medida em que esta forma aumenta incertezas. O custo para contratação dos recursos humanos está **mais** vulnerável às flutuações do mercado de trabalho, já que os vínculos são temporários e instáveis. Desta forma, assume-se o uso de ativos menos específicos e, conseqüentemente, há um menor investimento na estrutura de gestão para incremento de especificidade. Esta forma de contratação ocorre em situações de menores investimentos em APS e utiliza mais elementos de mercado. Além disso, estas contratações realizadas *sem salvaguardas* na APS são consideradas irregulares¹³ pelos órgãos de controle.

A transação realizada *com salvaguardas* é mais característica dos cenários com *elementos críticos de incerteza positivos*, e produz um ciclo de retroalimentação destes cenários, na medida em que esta forma diminui incertezas. O custo para contratação dos recursos humanos está **menos** vulnerável às flutuações do mercado de trabalho, já que os vínculos são mais estáveis. Desta forma, assume-se o uso de ativos mais específicos e, conseqüentemente, há um maior investimento na estrutura de gestão para produzir um ganho ainda maior de especificidade. Esta forma de contratação ocorre em situações de maiores investimentos em APS e representa uma acentuação da hierarquia.

¹³ A partir deste ponto, as transações realizadas **sem salvaguardas** poderão ser também denominadas “**irregulares**”, enquanto as realizadas **com salvaguardas** serão denominadas “**regulares**”.

3.2.2.2 Categorização dos custos de transação

Além da forma de coordenação da transação, conforme dito anteriormente, os custos serão categorizados. Antes disso, é importante destacar que, apesar de estarmos separando os custos por categorias, estes relacionam-se em uma complexa rede multicausal e multifatorial, influenciando-se reciprocamente.

As categorias utilizadas serão as seguintes:

- **Custos *ex ante*** – relacionados à seleção, contratação e alocação dos recursos humanos (ativo);
- **Custos *ex post*** – relacionados ao monitoramento do contrato e à gestão dos recursos humanos alocados;

Os custos relacionados à seleção, contratação e alocação representam os custos gerados anteriormente à concretização da transação, ou custos *ex-ante*. Já os custos relacionados à gestão de recursos humanos e monitoramento do contrato representam os custos realizados após a concretização da transação, ou *ex-post*.

Os custos *ex ante* considerados serão os gastos para constituição da relação firma-firma (processo de contratação); os gastos relacionados à contratação e provimento de pessoal para prestação dos serviços; e a desassistência¹⁴ (e suas consequências) à população ocasionada pela ineficiência na realização dos dois processos anteriores, em menor ou maior grau.

Os custos *ex post* considerados serão os relacionados à perda de especificidade¹⁵ dos ativos; os relacionados aos gastos com estrutura para gestão do contrato e/ou do ativo

14 A desassistência e suas consequências serão consideradas custos, pois decorrem da ação de um agente que afeta outros indivíduos que não estão envolvidos diretamente em determinada transação, constituindo-se uma externalidade.

15 Ocasionada pela interrupção do vínculo do profissional alocado com o serviço e/ou à ausência de mecanismos que contribuam para a potencialização do ganho de especificidade em serviço.

alocado; e os custos relacionados à desassistência (e suas consequências) ocasionada pela interrupção dos serviços¹⁶.

Estes custos de transação serão contextualizados e analisados individualmente, discutindo-se as vantagens e desvantagens de cada forma de coordenação. Por fim, utilizaremos Matriz para Comparação dos Custos de Transação (quadro 3 deste trabalho) para agrupá-los e valorá-los¹⁷, facilitando a comparação entre as formas de coordenação analisadas.

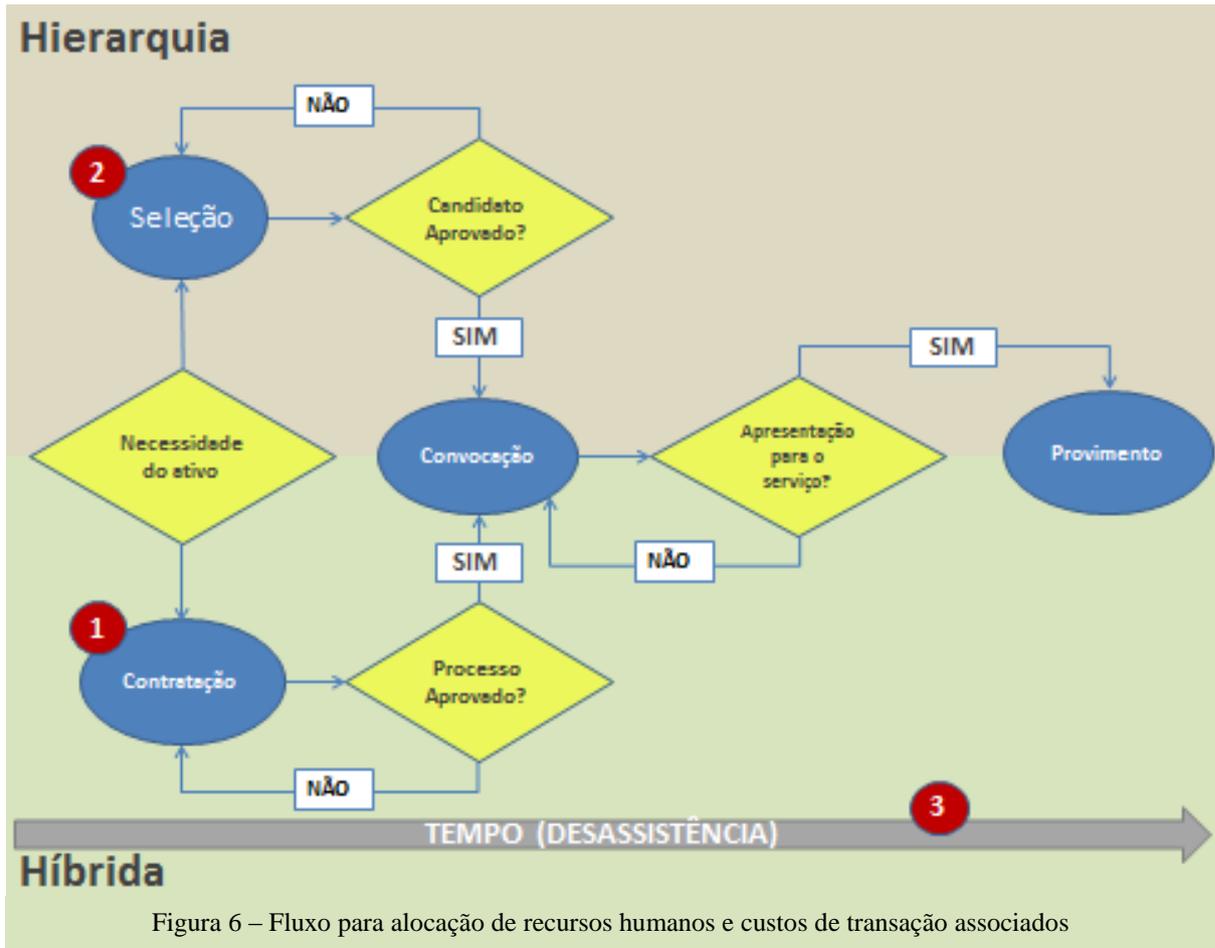
3.2.2.3 Análise e valoração dos custos de transação

3.2.2.3.1 Custos *ex ante* – relacionados à seleção, contratação e alocação de recursos humanos

A figura a seguir descreve o processo de provimento de recursos humanos, considerando as formas de coordenação analisadas. Os elementos constituintes deste processo, que geram os custos *ex ante* considerados e analisados, estão numerados.

16 Desassistência relacionada ao maior ou menor potencial de fixação dos profissionais nos serviços das formas de coordenação analisadas.

17 A valoração dos custos será uma medida de intensidade, relacionada às vantagens e desvantagens elencadas para cada forma de coordenação.



Custos relacionados à contratação da firma (1)

O primeiro custo considerado é para realizar a contratação da instituição parceira, neste caso, a FESF-SUS. Este é um custo *ex ante* clássico, e envolve a busca pelo serviço ou parceiro para seu desenvolvimento; a formulação do contrato, com as obrigações entre as partes, as salvaguardas necessárias e os resultados esperados; e os trâmites burocráticos para celebração do contrato.

No caso específico da FESF, todos estes custos ocorrem, porém, com alguns atenuantes. Na busca pelo serviço, o fato desta Fundação ser uma iniciativa governamental direcionada para os próprios governos, e de ter sido realizado amplo debate no SUS para sua implantação, já garantiu visibilidade importante. Além disso, a divulgação da instituição também ocorreu aproveitando grandes eventos políticos, que tinham como público alvo prefeitos e secretários de saúde.

Portanto, apesar de haver custos para desenvolvimento destas ações, a instituição não precisou dispendir recursos para realização de marketing institucional nos grandes (e caros) veículos de comunicação. Os municípios, por sua vez, tiveram acesso às ofertas da FESF sem custos adicionais.

A formulação dos contratos também é um bom exemplo. Por ser uma instituição que já nasce com a credibilidade de uma política governamental, formulada e desenvolvida de forma compartilhada entre Estado, municípios e controle social, foi desenvolvido um contrato padrão, pela própria contratada, e não houve necessidade de extensas negociações para definição dos termos contratuais.

Outro fator que contribuiu para a economia na elaboração dos contratos foi a similaridade dos contratos celebrados com diversos contratantes, possibilitando a utilização de um contrato padrão¹⁸, que sofre pequenos ajustes a depender do quantitativo dos serviços e das características dos municípios contratantes (que definem as faixas contratuais, já citadas anteriormente).

Os trâmites burocráticos para celebração do contrato também foram mitigados neste caso, pois, considerando a dificuldade técnica da grande maioria das gestões municipais para realização do devido processo legal, a Fundação elaborou documentos com orientações padrão detalhadas para contribuir com a correção e a agilidade destes processos.

É importante lembrar que, no caso dos trâmites burocráticos, além do gasto relacionado ao tempo de trabalho dos técnicos municipais, deve ser considerado o tempo para celebração do contrato. Quanto maior o tempo, mais o serviço demora de ser executado, o que pode gerar desassistência para a população. A desassistência e suas consequências, que serão abordadas mais detalhadamente adiante, serão consideradas externalidades negativas e, portanto, fatores que aumentam custos de transação.

¹⁸ É importante ressaltar que, apesar de os serviços contratados serem semelhantes (serviços médicos, de enfermagem e odontologia para desenvolvimento da ESF), a atenção à saúde desenvolvida para a população em cada serviço e o apoio da FESF às gestões municipais são singularizados às necessidades de saúde das populações atendidas e às diferentes dificuldades enfrentadas pelos gestores municipais, respectivamente.

Portanto, apesar de existentes, os custos relacionados à contratação foram reduzidos pelas características sistêmicas e legitimidade institucional da contratada. Há que ser considerado também que a relação entre a FESF-SUS e os municípios de menor porte pode, a médio prazo, contribuir para a melhoria da capacidade técnica dos últimos para celebração e gestão de contratos. Isto pode ser considerado uma externalidade positiva, minorando ainda mais os custos de transação relacionados à contratação da FESF.

Diante do exposto, este será considerado um custo de transação de baixa intensidade (+) da forma de coordenação híbrida.

Custos relacionados à seleção (2)

Iremos considerar os custos para a administração municipal contratar, diretamente, os profissionais necessários para a prestação dos serviços na ESF. Conforme já foi dito, os custos serão diferentes, a depender da forma que o município realize a contratação: **com ou sem salvaguardas (ou de forma regular ou irregular)**.

Para realizarmos esta discussão, vamos tomar mais uma vez o exemplo do profissional médico, que é o recurso mais escasso na ESF, para contextualizar a realização das seleções e seus custos.

Ao contrário do que ocorre com a maior parte dos profissionais, que termina a graduação sem garantia de que terá um emprego, o médico recém-formado, segundo estudo realizado pela SEGETS-MS, baseado no Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), ingressa no mercado de trabalho, em média, com 2,5 propostas de emprego.

Se somarmos a isso o fato de que a grande maioria das instituições formadoras está localizada nos grandes centros urbanos e que a longa duração da formação em medicina faz com que os profissionais estruturem as suas vidas nas capitais, com maior acesso a serviços e opções de lazer, podemos entender as dificuldades de atrair profissionais para atuarem nos municípios menores e localizados longe dos grandes centros.

É evidente que em um cenário como este, onde a oferta de postos de trabalho é muito maior do que a disponibilidade de médicos, os custos para contratação destes profissionais são elevados e crescentes.

Contudo, como garantir o acesso a serviços de saúde é dever constitucional, mesmo com o cenário de baixa arrecadação da maioria dos municípios, aumenta-se o salário oferecido para conseguir atratividade. Para arcar com este aumento, o que se faz, em geral, é contratação temporária e irregular, “economizando-se” na garantia de direitos sociais e no recolhimento de impostos. Além disso, mesmo que houvesse possibilidade financeira de contratar regularmente, não se pode pagar mais ao médico do que recebe o chefe do poder executivo, o prefeito.

Mesmo assim, aumentar os salários (contratando regular ou irregularmente), *per se*, já não é suficiente, pois, diante de tamanha escassez, os municípios vizinhos tomam medidas semelhantes, inflacionando o mercado. Diante disto, outras vantagens começaram a ser oferecidas, como diminuição da jornada de trabalho, oferta de moradia e auxílio combustível. Em pesquisa encomendada pela SESAB, já citada neste trabalho, identificou-se municípios pagando entre 16 e 20 mil reais ao médico, para trabalhar 3, ou até mesmo 2, dias na semana.

Neste cenário, podemos identificar diversos custos de transação. Na hipótese da contratação regular (representada na figura 06), haverá gastos para a **realização de concursos públicos**, que, sendo desertos ou provendo número insuficiente de profissionais, deverão ser realizados de forma consecutiva. Mesmo assim, não há garantia de provimento e, enquanto aguarda-se a repetição de todo o trâmite burocrático para realização de novo concurso, convocação dos aprovados, assunção do emprego, ocorrerá **desassistência**, que acarreta em custos sociais e políticos.

A desassistência ocasionada pela ineficiência do concurso público no provimento de profissionais pode ser abrandada pela contratação temporária de profissionais, que é o que acaba ocorrendo na imensa maioria das vezes. Porém, como já foi dito, além do vínculo precário, acaba-se por **reduzir jornada**, contribuindo também para a diminuição da resolutividade da atenção básica.

Além disso, este tipo de contratação gera outros custos, como **passivos trabalhistas** e **penalização judicial dos gestores**. A instabilidade no emprego propiciada por este tipo de vínculo também aumenta a rotatividade de profissionais, contribuindo para a desresponsabilização sanitária, a ineficiência do trabalho em equipe e a falta de vínculo entre equipe e comunidade, mas abordaremos estes custos nos próximos tópicos, como custos *ex post*.

Portanto, diante dos argumentos apresentados, os custos diretos para seleção e provimento são de alta intensidade (+++) quando realizados de forma regular (com salvaguardas) pela administração direta, devido aos entraves impostos pelos trâmites burocráticos e são de baixa intensidade (+) quando realizados de forma irregular (sem salvaguardas) pela administração direta, devido à agilidade proporcionada pela total informalidade do processo. Contudo, este menor custo no processo de seleção irá repercutir no aumento de outros custos, como veremos adiante.

A firma parceira (FESF) também tem o custo para realizar a seleção de profissionais e, como estamos analisando os custos do ponto de vista do sistema, temos que considerá-lo. Contudo, estes custos são bastante minorados.

Primeiro, para a realização do concurso público, o fato de ser unificado (para provimento de profissionais nos municípios contratantes e nos que vierem a celebrar contrato) faz com que a quantidade de candidatos seja maior. Um grande número de candidatos representa um grande número de inscrições e, desta forma, as empresas que realizam concursos o fazem a preços reduzidos ou, inclusive, como forma os casos dos concursos realizados pela FESF até o momento, sem ônus para a instituição contratante. Além disso, olhando pela ótica do sistema, a realização de um concurso único que atenda a vários municípios é muito mais vantajosa que a realização de múltiplos concursos.

Em relação à atratividade e potencial de provimento, aposta-se também que a perspectiva de uma carreira pública com possibilidade de mobilidade posterior para um município mais estruturado encoraje um trabalhador a assumir um posto de trabalho em um município menor, que ele não assumiria sem estas condições¹⁹. Diminuindo custos relacionados à desassistência ou à contratação irregular e suas consequências. Portanto, os custos relacionados à seleção e provimento de pessoal pela FESF-SUS serão considerados de baixa intensidade (+).

Custos relacionados à desassistência (provimento) (3)

¹⁹ Esta assertiva, apesar de racional, ainda não foi comprovada, pois não houve estudos avaliando a experiência da FESF para apurar se este fato realmente ocorreu.

A desassistência, ou restrição do acesso dos usuários aos cuidados em saúde, é fator constituinte de qualquer sistema de saúde, variando a depender da eficiência do sistema em facilitar e induzir o contato com o usuário. Um sistema universal deve ter como premissa a maximização do acesso, reduzindo ao mínimo a desassistência.

A desassistência na atenção básica, por sua vez, gera agravamento de problemas de saúde, que podem produzir custos tangíveis, como a diminuição da expectativa e da qualidade de vida, incapacidade permanente ou temporária para o trabalho e, ainda, um aumento dos custos com assistência à saúde. Além disso, há custos intangíveis, como o aumento do sofrimento da população desassistida.

Politicamente, a desassistência gera consequências severas. Diminui a resolutividade da atenção básica, gerando desconfiança da população quanto à qualidade do serviço neste nível de atenção e onerando as outras portas do sistema, como a urgência e emergência e os hospitais. Esta situação, em conjunto com outros fatores, contribui para um pior funcionamento do SUS e alimenta o discurso de seus detratores, que disputam uma concepção de saúde enquanto mercadoria.

Portanto, a desassistência não é um custo que interfere diretamente na composição do preço final do serviço ou ativo transacionado. Contudo, ele representa um custo importante para o sistema de saúde e sua credibilidade, e para o usuário, que sofre com a restrição do acesso. Além disso, por tratar-se de restrição do acesso à atenção básica, uma parcela da população não assistida acaba onerando economicamente o sistema, pois sofre complicações que demandam acesso a tratamentos e tecnologias mais caras.

O custo desassistência aqui considerado é uma externalidade negativa ao processo de provimento menos eficiente (e seus determinantes), que já foram explorados no tópico anterior. Apesar de estar relacionado com o processo de seleção (sendo uma de suas consequências), ele é um custo diferente. O custo com seleção é referente ao gasto para a realização das ações necessárias para provimento do pessoal. O custo desassistência é resultado da maior ou menor eficiência deste processo. Portanto, ele é considerado separadamente na matriz de análise, pois é um elemento importante para a decisão sobre a melhor forma de coordenar as transações que viabilizam o cuidado em saúde.

Desta forma, para a contratação direta com salvaguardas (por concurso público), consideraremos os custos com desassistência de alta intensidade (+++), devido ao maior

tempo para provimento por conta dos trâmites burocráticos e às limitações para contratação, impostas pelo teto salarial do prefeito e pelo limite de gastos com pessoal.

Para contratação direta irregular (sem salvaguardas), consideraremos os custos com desassistência de baixa intensidade (+), pois esta forma de contratação é muito mais flexível, mas repleta de irregularidades, que irão impor outros custos adiante. Permanece a desassistência pela própria escassez de médicos, que não permite total expansão da ESF.

Já para a coordenação híbrida, consideraremos a desassistência de média intensidade (++)). Já que há trâmites burocráticos, limites e prazos legais para convocação e provimento, só que muito menores que na forma hierárquica (com salvaguardas). Por fim, o quadro 8 traz a matriz para comparação dos custos *ex-ante*.

Quadro 8 – Matriz para comparação dos custos de transação *ex ante* preenchida

Custos de Transação	Forma de Coordenação		
	Administração Direta		FESF-SUS
	Sem Salvaguardas	Com Salvaguardas	
Custos <i>ex ante</i> - relacionados à seleção, contratação e alocação dos recursos humanos (ativo)			
Gastos para constituição da relação firma-firma (processo de contratação)	-	-	+
Gastos relacionados à contratação/provimento de pessoal para prestação dos serviços;	+	+++	+
Desassistência (provimento)	+	+++	++

Antes de terminar este tópico, é interessante ressaltar que um ponto importante como causa de desassistência é o limite de gasto com pessoal estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Este é um dos grandes problemas enfrentados pelos gestores, já que o gasto com saúde é majoritariamente com pessoal, e representa uma parcela importante dos gastos, principalmente nos pequenos e médios municípios.

Está tramitando no Tribunal de Contas dos Municípios do Estado da Bahia (TCM) uma consulta sobre a contabilização ou não dos gastos realizados para contratação da FESF

pelos municípios como gastos com pessoal. Além disso, há uma rearticulação política em âmbito nacional para aprovação do Projeto de Lei 92/2007, que trata da regulamentação das Fundações Públicas de Direito Privado para prestação de serviços de saúde, e que determina que os gastos com os serviços contratados de uma instituição deste tipo não são considerados gasto com pessoal.

Um arranjo que possibilite a contratação de serviços de saúde sem que o gasto com o pessoal responsável pela sua prestação (profissionais de saúde) seja contabilizado contribui para a diminuição da desassistência. Contudo, isto ainda não é uma realidade.

3.2.2.3.2 Custos *ex post* – relacionados ao monitoramento do contrato e à gestão dos recursos humanos alocados

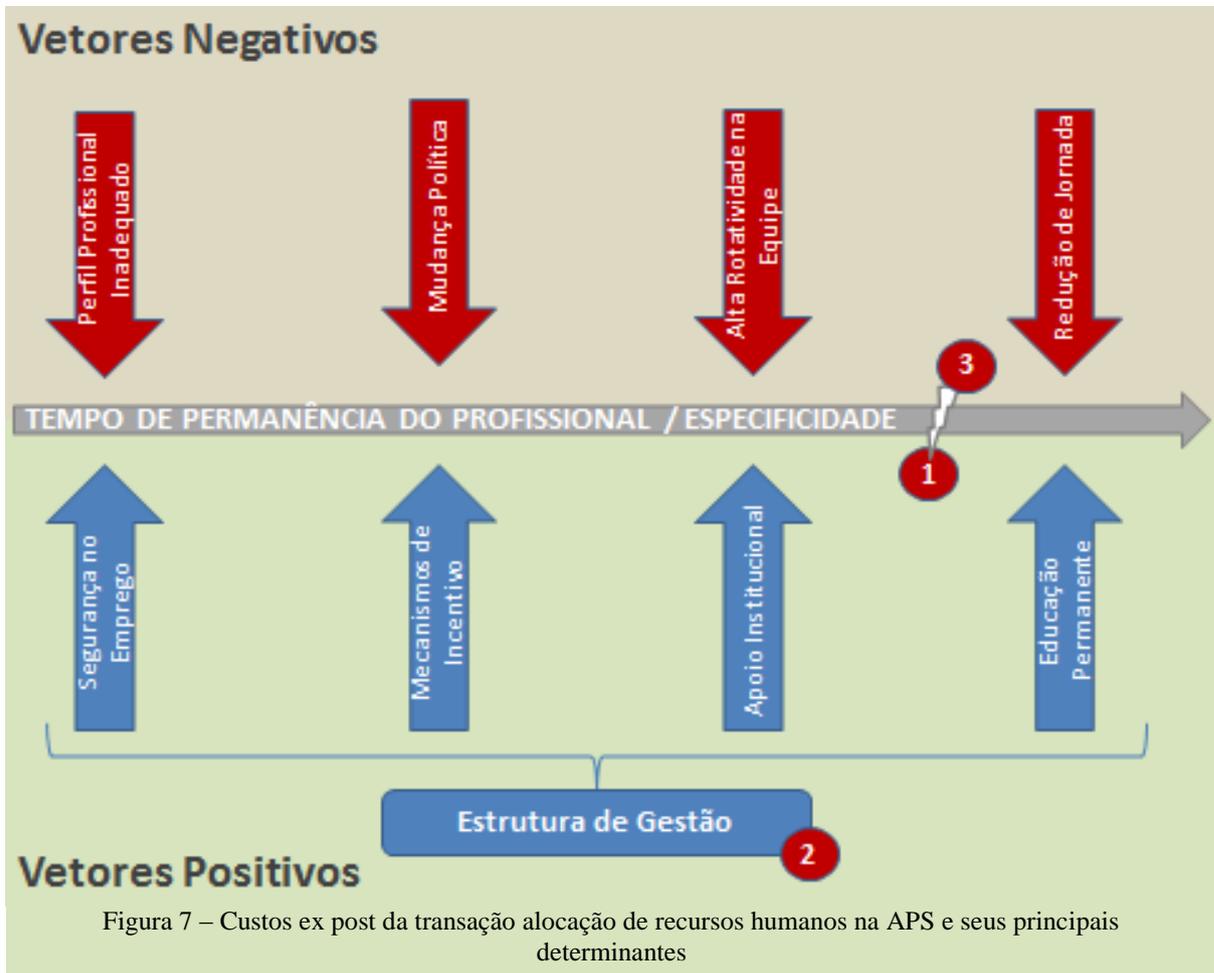
Após atração dos profissionais, o grande desafio seguinte é fixá-los nos postos de trabalho. Para a Estratégia de Saúde da Família, é fundamental que os profissionais, componentes das equipes de saúde, constituam vínculo com a comunidade atendida e compreendam bem os determinantes da saúde no território.

Contudo, uma pesquisa realizada pela SESAB, em 2008, já citada neste trabalho, demonstra que o tempo médio de permanência dos médicos em uma EqSF foi menor que um ano em 47,2% dos municípios e menor que dois anos em 75% dos municípios.

Esta alta rotatividade, além de contribuir para o aumento de custos de transação já identificados, como realização de mais concursos e **desassistência**, impacta principalmente na geração de custos **relacionados à perda de especificidade do ativo**. Além deste último, há o **gasto com estrutura para gestão do contrato e/ou do ativo**, que pode ser maior ou menor, a depender da eficiência da estrutura montada e da forma de coordenação escolhida, mas também do grau de investimento que se pretende para potencializar o ganho de especificidade do ativo.

A figura a seguir é uma ilustração deste cenário. Os números representam os custos de transação abordados: perda de especificidade, estrutura de gestão e desassistência,

respectivamente. Os custos representados pelos números 1 e 3 ocorrem quando um profissional de saúde desliga-se do serviço.



Gastos com estrutura para gestão do contrato e/ou do ativo (2)

Este também é um clássico custo *ex post*. Tanto no caso da gestão direta quanto pela celebração da relação firma-firma, haverá custos para gestão do ativo e dos contratos de trabalho/serviço.

Em ambos os casos, para se conseguir um ativo mais específico para a ESF, tornando os serviços mais eficientes, o gasto com a estrutura de gestão terá que ser incrementado. Para proporcionar segurança no emprego, por exemplo, os contratos de trabalho não poderão ser precarizados e deverão garantir todos os direitos trabalhistas previstos na legislação, o que aumenta custos. Isto pode parecer simples, contudo, como já foi dito, não é a realidade da maioria dos municípios.

Além disso, mecanismos de incentivo podem ser importantes fatores para manter o trabalhador no serviço, e com motivação. Instituir plano de cargos, carreiras e salários, com progressões definidas; adicionais por tempo de permanência; ou remuneração por resultados são alguns mecanismos de incentivos que podem ser utilizados.

Constituir redes de apoio também são medidas fundamentais para melhorar os processos de trabalho das EqSF, aumentando a resolutividade dos serviços e melhorando a satisfação da equipe com o seu próprio desempenho. A satisfação no trabalho e a sensação de resolutividade são importantes fatores de fixação na ESF.

Outra medida importante é o investimento em educação permanente. Para isto, as redes de apoio, já citadas, são fundamentais, mas o uso de metodologias específicas (como discussão de casos em equipe) e ofertas mais estruturadas, como cursos e especialização em serviço, são importantes medidas para melhoria individual e coletiva dos profissionais.

Todas estas ações e medidas, no entanto, fazem com que o custo para manutenção da estrutura de gestão, que poderia ser voltada apenas para gestão de pessoal, aumente bastante. Por outro lado, para viabilizar uma ESF com qualidade, aumentando o tempo de permanência dos profissionais e sua aptidão para o trabalho na Estratégia, estas ações são fundamentais.

Portanto, na APS, existem dois cenários para análise do custo de transação relacionado à manutenção de uma estrutura de gestão. No primeiro, ainda prevalente na APS atual, a estrutura serve majoritariamente para gestão do pessoal, sem capacidade e/ou recursos necessários para promoção da qualidade na ESF. O segundo, um cenário de aumento de investimento na estrutura de gestão, para proporcionar um salto de qualidade na Estratégia.

Um das formas de coordenação abordada (administração direta) pode atuar, como já o faz, em ambos os cenários, de baixo e alto investimento na estrutura de gestão. Isto varia, hoje, conforme a prioridade dada pelo governo municipal à APS e os recursos financeiros disponíveis no município para realizar os investimentos necessários.

A segunda forma de coordenação, uma relação firma-firma entre municípios e Fundação Estatal Saúde da Família, foi instituída para trabalhar no segundo cenário²⁰, de fortes investimentos na APS e na sua estrutura de gestão. Sendo, ela própria, fruto de um investimento inicial importante do SUS Bahia.

Considerando que a escassez de profissionais é um elemento da conjuntura que só poderá ser modificado a médio ou longo prazo, através da formação de mais profissionais, a FESF apresenta uma série de estratégias e mecanismos para atenuar o seu efeito na APS. São estratégias de incentivo à interiorização de profissionais e de valorização da ESF enquanto opção de carreira, que a maioria dos municípios, sozinhos, não têm condições de implantar.

A carreira de âmbito estadual, com progressão e mobilidade entre municípios, é um dos **mecanismos de incentivo** da FESF para atrair os profissionais aos pequenos e médios municípios. No cenário atual, esta carreira é um mecanismo que apenas uma instituição nos moldes da FESF pode proporcionar ao SUS, já que os limites de gastos com pessoal impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) impedem o Estado da Bahia ou a União de instituírem algo semelhante.

Somados à carreira, há um adicional de localização, que atua como compensação aos profissionais que escolhem trabalhar nas localidades de maior escassez e um adicional por tempo de serviço na mesma equipe, que premia a estabilidade (aumentando a especificidade do ativo).

Outra contribuição importante para o sistema é a possibilidade de promover grandes programas de educação permanente, realizando em escala o que pequenos, e mesmo grandes municípios, não teriam condições ou demandaria grandes esforços dos mesmos.

Apesar de todas estas potenciais vantagens apresentadas por este arranjo híbrido, entre municípios e uma instituição especializada, há um considerável custo com a montagem e o custeio desta estrutura. Quando se compara a magnitude destes custos com o investimento necessário por um município para instituir esta estrutura de gestão de forma direta, o arranjo organizacional híbrido é muito mais caro.

²⁰ A atuação da FESF-SUS no primeiro cenário caracterizaria a mesma como simples intermediadora de mão de obra, ferindo os seus princípios estatutários e do próprio SUS.

Contudo, assumindo que esta é uma solução sistêmica, estes custos devem ser diluídos por todos os municípios em que a instituição especializada atua. Ou seja, o custo de transação, neste caso, vai depender da quantidade de municípios que contratam serviços da FESF, promovendo uma economia de escala para o sistema.

Portanto, na coordenação direta sem salvaguardas, o gasto com estrutura tem baixa intensidade (+). Na coordenação direta com salvaguardas, o gasto com estrutura tem alta intensidade (+++). Na forma híbrida, FESF-SUS, o gasto com estrutura também tem alta intensidade (+++), já que ainda não se atingiu a escala necessária para redução significativa dos custos.

Custos relacionados à perda de especificidade do ativo (1)

À medida que um trabalhador atua na Estratégia Saúde da Família, ele desenvolve saberes, habilidades e práticas fundamentais para o aumento da resolutividade e da qualidade do cuidado em saúde na atenção básica: vínculo e sintonia de trabalho com uma determinada equipe; vínculo com os usuários do serviço; conhecimento das necessidades de saúde no território de abrangência da EqSF; conhecimento e prática com os protocolos e rotinas adotados pelos serviços de determinado município; familiaridade com processos de educação permanente e desenvolvimento profissional adotados em determinado serviço e/ou município; capacidade de apoiar o desenvolvimento de outros profissionais através da uso de sistemas, ferramentas e metodologias empregadas em determinado serviço; entre outros.

Estes elementos citados, juntamente com os processos formais de capacitação (cursos, especializações e residências), contribuem para aumentar a especificidade do ativo “recursos humanos” na ESF. Tornando-os mais valiosos quanto maior o tempo de atividade. Portanto, sempre que um profissional de saúde sai de uma equipe de saúde, seja mudando-se para outra, trocando de município ou mesmo deixando a ESF, ocorre perda de especificidade, em diferentes graus.

Uma forma de coordenação que promova a permanência, pelo maior tempo possível, dos profissionais de saúde nas suas equipes, diminuindo a rotatividade, contribui para diminuição de custos relacionados à perda de especificidade. Contudo, para isto, haverá gastos com a estrutura para gestão do pessoal (e do contrato, no caso da forma híbrida), como já foi dito. Para analisarmos este custo de transação, iremos comparar o comportamento dos

vetores negativos e positivos ilustrados na figura 07, de acordo com a forma de coordenação utilizada.

Com relação à **segurança no emprego**, a administração direta, através da realização de concurso público (com salvaguardas), garante a estabilidade do profissional, praticamente inexistindo possibilidade de demissão. Mesmo nos cenários de mudança política, esta forma de coordenação consegue garantir a permanência do profissional (caso seja do interesse deste). Já no cenário de baixo investimento (sem salvaguardas), realiza contratos de trabalho precários, sem segurança no emprego e totalmente vulneráveis à **mudança política** e às pressões para o atendimento de interesses eleitoreiros.

Já a FESF-SUS, através do emprego público celetista, protege o trabalhador contra demissões imotivadas. Mas não consegue garantir o emprego no caso de término ou encerramento do contrato, sendo obrigada a desmobilizar o trabalhador, oferecendo posto de trabalho em outro município ou suspendendo o seu contrato de trabalho.

Isto também expõe esta forma de coordenação à perda de especificidade de ativos relacionada à mudança política, já que os gestores podem romper unilateralmente o contrato. Contudo, há uma maior proteção aos desmandos políticos, quando comparada à contratação precarizada, já que o gestor municipal não pode demitir o trabalhador da FESF, e nem solicitar a sua troca por outro trabalhador de forma imotivada.

Continuando com a análise dos vetores apresentados na figura 07, a **alta rotatividade da equipe** e a **redução de jornada** são fatores relacionados, principalmente, à precarização do trabalho, à desvalorização da ESF como opção de carreira e à escassez de profissionais (principalmente médicos). Estes elementos propiciam comportamento oportunista por parte de gestores e trabalhadores. Os gestores, diante da escassez de profissionais, aumentam os salários e as vantagens para atrair profissionais ao seu município e os trabalhadores, sem interesse na ESF, aceitam participar do leilão, abrindo mão de vínculos mais estáveis, por vantagens remuneratórias imediatas.

Este cenário, onde ocorre perda de especificidade em alta intensidade (+++), estimula o gestor a realizar a transação analisada sem salvaguardas, pois esta torna-se mais flexível e menos custosa (ao menos a curto prazo). Contudo, ao utilizar-se desta forma de coordenação, gera-se um ciclo vicioso que dificulta, inclusive, a opção por outra forma de coordenação.

Tanto contratando por concurso público quanto através da contratação do serviço da FESF há potencial redução da rotatividade da equipe e cumprimento da jornada de trabalho, ou seja, baixa intensidade do custo de transação “perda de especificidade” (+). Contudo, diante dos altos salários praticados e vantagens oferecidas através da contratação precarizada, o profissional de saúde (principalmente o médico) prefere não submeter-se a um regime de emprego mais hierarquizado e estável. Permanece leiloando a sua força de trabalho e perpetuando uma forma de coordenação que, como já foi dito, aproxima-se mais do mercado (apesar de ser administração pública direta) e não consegue desenvolver ativos com a especificidade necessária à ESF.

Portanto, na coordenação direta sem salvaguardas, a perda de especificidade do ativo ocorre com alta intensidade (+++). Na coordenação direta com salvaguardas e na forma híbrida, com baixa intensidade²¹ (+).

Custos relacionados à desassistência (interrupção do serviço) (3)

Como já foi dito, a eficiência no processo de provimento de recursos humanos é um fator a ser considerado na comparação entre as formas de coordenação, pois pode gerar desassistência, em maior ou menor grau. O outro fator é a capacidade de manter o profissional no serviço pelo maior tempo possível, evitando interrupções.

As interrupções, além de restringirem o acesso, gerando desassistência pela descontinuidade do serviço, reduz a eficiência da equipe, que estará submetida a recorrentes processos de adaptação a novos integrantes e, também, à perda de especificidade, por conta da saída dos profissionais.

Em resumo, este é um custo de transação indireto e determinado pela eficiência do arranjo adotado em manter o profissional no serviço, diminuindo a quantidade de interrupções e a perda de especificidade de ativos.

Portanto, analisando o tópico anterior, podemos perceber que a coordenação direta sem salvaguardas gera custos de alta intensidade (+++), já que é a forma que mais promove

²¹ Baixa intensidade quando comparadas à primeira forma. Pois a rotatividade na APS ainda é muito grande.

rotatividade nas equipes e não investe em estrutura para favorecer a permanência e potencializar o ganho de especificidade.

A forma direta com salvaguardas tem baixa intensidade deste custo (+), pois, além de garantir estabilidade no emprego, também estimula investimento em estrutura de gestão, para potencializar o ganho de especificidade, através de políticas de educação permanente e apoio institucional.

A forma híbrida possibilita menos rotatividade que a coordenação direta sem salvaguardas, mas, no cenário atual, gera uma rotatividade maior que a coordenação direta com salvaguardas. Contudo, tem maior capacidade que a administração direta para investimento em estrutura de gestão e, com isso, potencializar o ganho de especificidade de ativos. Com isso, tem intensidade intermediária no custo desassistência (++).

Custos relacionados a Judicialização e Passivos²²

Outro tipo de custo de transação importante para análise são os relacionados a judicializações e passivos. São três tipos principais de custos. Passivos e judicializações trabalhistas; processos judiciais contra gestores; e passivos e judicializações referentes à relação firma-firma.

A coordenação da transação de forma direta e sem salvaguardas (contrato de trabalho precarizado), apesar de ter um menor custo e ser mais flexível no momento da contratação, apresenta uma série de consequências *ex post*. Todos os contratos de trabalho precarizados representam passivo trabalhista potencial. Além do gasto potencial para pagamento dos passivos, há ainda o custo para representação judicial do município. Além disso, onera-se o sistema judicial, com um aumento potencial do quantitativo de processos (externalidade negativa).

A questão é que estes custos não são imediatos, ou seja, não oneram a gestão atual. Portanto, abre-se a possibilidade de comportamento oportunista do gestor, que decide resolver os problemas de contratação de pessoal na sua gestão, onerando o município com passivos que só irão ser julgados e executados em gestões futuras.

²² Este custo não está representado na figura 07.

O custo com passivos trabalhistas podem ocorrer mesmo quando a contratação segue os trâmites corretos, como nos outros dois casos analisados, mas são muito inferiores dos contraídos através de contratação irregular.

Processos judiciais contra gestores, movidos por órgãos de controle do SUS ou pelo ministério público, apesar de não serem custos diretos para o sistema, representam externalidades negativas, consequência da prática de contratação irregular. A criminalização dos gestores representa um grande prejuízo para o SUS, já que se perde experiência e inteligência valiosas, que poderiam estar a serviço de tantos municípios que têm gestões tecnicamente insuficientes.

O terceiro tipo de custo é o relacionado à inadimplência dos municípios referente aos contratos de gestão celebrados com a FESF-SUS, que gera passivos e judicialização para quitação do débito.

Este custo, além de proporcionar despesas com a judicialização, pode acarretar interrupção dos serviços e desassistência, no caso da inadimplência prolongada e consequente rompimento do contrato. Outra consequência possível é a inviabilização do instrumento de gestão interfederada, que é a FESF, e perda do investimento feito pelo próprio sistema neste novo modelo de governança.

Desde que iniciou a prestação dos serviços, a Fundação convive com níveis de inadimplência superiores a 40%. Alguns fatores, além da constante escassez de recursos, podem explicar este fato. Contudo, uma hipótese aqui levantada é que o mais importante é a combinação da ausência de salvaguardas contratuais efetivas, com o comportamento oportunista dos contratantes.

Apesar de ser um instrumento público de gestão, não há nenhum mecanismo que obrigue os municípios contratantes a honrarem os compromissos firmados. Por isso, a exemplo do comportamento oportunista de gerar potencial passivo trabalhista, através de contratos de trabalho precarizados, para as gestões posteriores, os gestores optam por não pagar à Fundação e investirem em outras ações de governo, já que sabem que uma ação judicial demorará anos para tramitar. Um exemplo disso é a escalada impressionante do nível de inadimplência no período eleitoral, que alcançou quase 80%.

Portanto, na coordenação direta sem salvaguardas, consideraremos este custo de alta intensidade (+++). Na coordenação direta com salvaguardas, baixa intensidade (+). Na forma híbrida, FESF-SUS, o custo com judicialização e passivos será considerado de média intensidade (++)

Finalizada a análise dos custos relacionados à transação alocação de recursos humanos na APS, temos o seguinte quadro:

Quadro 9 - Matriz para comparação dos custos de transação para alocação de recursos humanos na APS preenchida

Custos de Transação	Forma de Coordenação		
	Administração Direta		FESF-SUS
	Sem Salvaguardas	Com Salvaguardas	
Custos <i>ex ante</i> - relacionados à seleção, contratação e alocação dos recursos humanos (ativo)			
Gastos para constituição da relação firma-firma (processo de contratação)	-	-	+
Gastos relacionados à contratação/provimento de pessoal para prestação dos serviços;	+	+++	+
Desassistência (provimento)	+	+++	++
Intensidade dos custos <i>ex ante</i>	baixa	alta	média
Custos <i>ex post</i> – relacionados ao monitoramento do contrato e à gestão dos recursos humanos alocados			
Relacionados à perda de especificidade	+++	+	++
Gastos com estrutura para gestão do contrato e/ou do ativo	+	+++	+++
Desassistência (interrupção)	+++	+	++
Judicialização/Passivos	+++	+	++
Intensidade dos custos <i>ex post</i>	alta	média	alta

3.2.3 Discussão (2ª etapa)

Antes de iniciar análise e discussão dos resultados encontrados, é importante fazer algumas considerações iniciais. Primeiro, com relação à aplicação da TCT para análise de uma transação realizada pelo poder público para a garantia de um direito constitucional do cidadão. A definição de custos de transação, neste caso, teve que ser extrapolada, já que uma análise dos custos concernentes apenas aos agentes seria parcial e, portanto, inapropriada para subsidiar a decisão.

Por isso, recorreremos ao conceito de externalidade, que, apesar de ser considerado nos trabalhos de Ronald Coase, não está previsto por Williamson na definição dos custos de transação. Definição esta que, segundo Hodgson (1988), citado por Pessali (1998), não é muito precisa:

Notably, in a large number of publications in the area of ‘transaction cost economics’ since the mid-1970s, Williamson has failed to provide an adequate definition of transaction costs themselves. (HODGSON, 1988 *apud* PESSALI, 1998, p.20).

Se este fato, por um lado, cria certa insegurança na aplicação da Teoria, por outro é interessante, pois permite maior flexibilidade no seu uso, e adaptação a contextos mais peculiares, como no caso deste trabalho.

Outro ponto importante, e que é alvo de constante questionamento nos momentos de discussão do trabalho, é a mensuração dos custos de transação. Sobre isso, Pessali (1998), cita Williamson:

Williamson diz, porém, que a avaliação ou mensuração simultânea de custos *ex ante* e *ex post* é tarefa praticamente impossível. Entretanto, não é preciso que sejam calculados seus valores absolutos mas apenas que se possa, no momento de decisão, confrontar um modo de contratação a outro (cada um caracterizado pela presença, em diferentes níveis, de cada suposto comportamental) dentro dos arranjos institucionais existentes mantendo constantes os custos de produção ou as tecnologias utilizadas, com vistas a definir a forma (eficiente) esperada de organização (WILLIAMSON, 1985 *apud* PESSALI, 1998, p. 23).

Portanto, nunca foi pretensão deste trabalho calcular custos de transação em valores monetários, mas viabilizar a aplicação da TCT na análise dos custos de transação quando coordenados pelos diferentes arranjos institucionais considerados. Para isto, primeiro foram identificados os custos relevantes e, em seguida, analisada a variação da intensidade dos mesmos nos diferentes arranjos.

É evidente que a racionalidade limitada e a visão parcial deste autor contaminam ambos os processos (identificação dos custos e avaliação da sua intensidade nos diferentes arranjos) com subjetividade. Contudo, isto não é diferente do que ocorre com qualquer ferramenta que auxilie o processo de tomada de decisão, já que decisões são tomadas por sujeitos.

Uma outra questão a ser pontuada é que os agentes da transação analisada, com exceção da FESF-SUS, são generalizações. Os municípios, e, portanto, sua administração direta (corpo funcional e estrutura), apesar de vivenciarem contextos e contingências semelhantes, são singulares. Desta forma, uma parceria com uma instituição como a FESF pode ser mais ou menos vantajosa, a depender do porte populacional, da estrutura de gestão e expertise acumulada na ESF, dos recursos disponíveis e do projeto político de cada governo.

O exemplo da implantação de uma carreira para a ESF é emblemático. Para pequenos municípios, é praticamente impossível. Quantos profissionais estão dispostos a trabalhar até aposentar-se em um município com menos de 20.000 habitantes?

Uma outra dificuldade que surgiu foi a grande variação dos custos de transação a depender do perfil de gestão praticado pela administração direta. Um município que contratata de forma precarizada e não investe em estrutura de gestão e mecanismos de incentivo à permanência e capacitação do trabalhador, como já vimos, tem um perfil de custo de transação muito diferente do município que contrata por concurso público e investe em mecanismos de gestão.

Para dificultar ainda mais a análise, as duas formas de contratação direta (com ou sem salvaguardas) costumam ocorrer simultaneamente em um mesmo município. Então, uma decisão tornou-se imperiosa. Ou desconsideraríamos a forma de contratação irregular (sem salvaguardas), por ocorrer em cenário de menor investimento e trabalhar com ativo de baixa especificidade, ou trabalharíamos considerando as duas formas.

A primeira opção foi descartada, pois a forma de contratação irregular é ainda a mais prevalente da APS e desconsiderá-la promoveria a análise de cenários que se afastam da realidade, diminuindo a relevância do trabalho.

Por outro lado, considerar as duas formas em uma mesma categoria sobreporia dois perfis de custos completamente diferentes (na verdade, opostos), causando a compensação ou

anulação de um pelo outro. Em outras palavras, teríamos uma tendência dos custos da coordenação através da administração direta para uma posição de média intensidade. Desta forma, para contemplarmos os elementos de realidade, estaríamos prejudicando o potencial analítico da metodologia.

Por isso, a solução encontrada foi considerar duas formas possíveis de coordenação realizadas diretamente pela administração municipal. A forma direta sem salvaguardas, que utiliza-se de contratações irregulares e investe pouco em gestão, com mecanismos de funcionamento que se aproximam mais do mercado; e a forma direta com salvaguardas, que contrata por concurso público e utiliza-se de uma estrutura mais hierarquizada de gestão.

Apesar de ter funcionado bem para a aplicação da metodologia, deve-se ter em mente que estas formas de coordenação da administração direta são abstrações. Elas, na verdade, ocorrem simultaneamente nos municípios, em maior ou menor grau.

Há municípios, inclusive, em que a FESF presta serviços e que mantêm profissionais concursados e profissionais com contrato precário. Portanto, acumulando elementos das três formas de coordenação avaliadas.

O mesmo pode ser dito com relação aos profissionais de saúde. São três categorias profissionais principais integrantes da estratégia (médico, enfermeiro e odontólogo), todas com realidades diferentes, principalmente com relação à disponibilidade para a APS. O médico é recurso escasso na APS de todos os municípios baianos, em menor ou maior grau. As demais categorias apresentam escassez apenas em municípios menores e distantes dos grandes centros. Contudo, para uniformizar a análise, adotou-se a realidade do recurso mais crítico.

Feitas estas ponderações vamos à análise das medidas de intensidade dos custos, sintetizadas no quadro 09. Em uma análise inicial, verificamos que a coordenação direta sem salvaguardas possui custos de baixa intensidade *ex ante* e de alta intensidade *ex post*, totalizando 12 cruces. A coordenação direta com salvaguardas tem custos alta intensidade *ex ante* e de baixa intensidade *ex post* (totalizando 12 cruces). Já a forma híbrida (FESF) tem média intensidade *ex ante* e de alta intensidade *ex post*, totalizando 13 cruces.

Uma primeira ressalva que deve ser feita é que, nesta metodologia, o somatório da quantidade de cruces deve ser considerado com cuidado, já que a magnitude de cada custo

pode ser diferente. Para uma avaliação mais precisa, poderia ter sido feita uma comparação da magnitude entre os custos, para realização de ponderação. Contudo, neste caso, teria que ser feita uma análise mais detalhada da composição de cada custo, com uma contabilização dos gastos envolvidos.

Alguns custos, como a desassistência e a perda de especificidade, contudo, são de mais complexa contabilização, isto e o tempo restrito para realizar este trabalho inviabilizaram a realização da ponderação.

Voltando à análise da intensidade dos custos, um primeiro ponto que chama a atenção são os custos *ex ante* de baixa intensidade na coordenação direta sem salvaguardas. Além destes custos *ex ante*, se considerarmos que o gasto com estrutura de gestão (apesar de ser majoritariamente *ex post*) também onera a transação *ex ante*, podemos compreender porque a grande maioria das transações para alocação de recursos humanos ainda ocorre através de contratação irregular.

Outro fator que contribui para a prevalência desta forma de coordenação na APS é que, mesmo sendo os custos *ex post* de alta intensidade, só oneram o município em gestões posteriores²³, devido à usual demora de tramitação das ações judiciais movidas contra o poder público. Isto faz com que o gestor, de forma oportunista e pressionado pela escassez de recursos e a imperiosa necessidade de prover os serviços de saúde, ignore estes custos.

Um outro ponto interessante para a discussão é a presença de maior intensidade nos custos quando a transação é realizada pela forma de coordenação híbrida. Identifico dois fatores principais para este resultado. O primeiro é relacionado ao atual cenário de alta incerteza no ambiente de transação e o segundo é uma limitação da própria TCT.

No atual cenário de alta incerteza na APS, como prevê a TCT, os arranjos híbridos são os mais prejudicados. Ao analisarmos os custos e suas intensidades, consolidados na matriz, podemos verificar que boa parte deles, principalmente os *ex post*, está aumentada graças a este cenário de alta incerteza.

²³ Exceto o custo com perda de especificidade de ativo, que devido à atual precariedade da rede de atenção, ainda não é problema prioritário para gestores e usuários.

Os custos com desassistência por interrupção, perda de especificidade e judicialização/passivos, no caso do arranjo híbrido, são ocasionados majoritariamente pelas quebras de contrato. Estas, por sua vez, relacionam-se com a incapacidade dos municípios em efetivar o pagamento, associada à insuficiência das salvaguardas contratuais e a comportamento oportunista dos gestores. Portanto, em um cenário de menor incerteza estes custos *ex post* seriam significativamente reduzidos.

A redução da incerteza não impactaria de forma relevante nos custos *ex post* relacionados da coordenação direta, nas duas formas analisadas. Na coordenação direta com salvaguardas eles já são de baixa intensidade, e na coordenação direta sem salvaguardas estes custos são decorrentes da própria forma de contratação (irregular). Ou seja, para reduzir estes custos nesta última forma, tem que se extinguir a própria forma de alocação.

A segunda questão, que expõe uma limitação da TCT, é que esta teoria realiza uma análise mais estática da realidade. Portanto, não consegue considerar todos os potenciais ganhos em eficiência com o desenvolvimento da relação firma-firma, a criação de um ambiente propício para o surgimento de inovações, nem tampouco a queda do custo relacionado à estrutura de gestão advinda de um possível aumento do número de municípios que contratam a FESF (ganho de escala).

Pessali (1998) identifica em seu trabalho as críticas das principais correntes do pensamento econômico à TCT. Uma delas, a corrente evolucionista, aponta justamente a necessidade da TCT em superar um caráter estático.

Standard transaction cost economics considers transactions from the perspective of static efficiency. Increasingly, attention is required to dynamic efficiency; to capabilities to exploit transaction relations for innovation. Since innovation is dependent on knowledge and learning, the step from the statics to the dynamics of exchange requires an understanding of the development and acquisition of knowledge, preferences, and meaning, and the role in that of interaction between transaction partners. (NOOTEBOOM, 1992 *apud* PESSALI, 1998, p.45).

Fazendo uma analogia com os tipos de desenho de estudo científico, é como se a TCT fosse um estudo de corte transversal, que identifica os custos de transação em um dado momento da realidade, sem, contudo, identificar as tendências e os potenciais ganhos de qualidade proporcionados por cada modelo. Conseguimos, com ela, identificar que os custos para coordenar a transação através do modelo híbrido, atualmente, são maiores do que através

da administração direta. Mas não conseguimos fazer uma projeção destes custos a longo prazo, comparando a eficiência dinâmica dos modelos analisados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a certeza da escassez de recursos e da demanda crescente da população pelos serviços de saúde, é fundamental que a gestão das políticas, programas e serviços seja realizada com eficiência crescente. Por isso, a criação de arranjos inovadores, especializados na prestação de serviços e dotados de maior agilidade e flexibilidade quando comparados à administração direta do estado, é uma estratégia cada vez mais frequente dos governos.

Fundações Estatais, OSs, Parcerias Público-Privadas (PPPs), consórcios, são diversos os modelos que estão em discussão atualmente, e múltiplos os fatores que contribuem para a maior ou menor eficiência de cada modelo em diferentes ambientes de negócio.

No presente trabalho, comparou-se o modelo das Fundações Estatais, através do caso da FESF, à administração direta na realização da transação alocação de recursos humanos na APS, utilizando-se como lente a TCT. Adaptar a TCT para uso na APS, em si, já se constitui em esforço original.

Neste aspecto, pudemos constatar que há viabilidade no uso da TCT para análise de ambiente de negócio na APS e auxílio ao processo de tomada de decisões estratégicas. O modelo proposto neste trabalho permitiu a identificação das transações envolvidas e uma análise e discussão profícuas a respeito da transação “alocação de recursos humanos em APS”, suas características, o comportamento dos agentes e os custos transacionais envolvidos.

É evidente que, por ser uma primeira aplicação da TCT neste cenário da APS, discussões e trabalhos subsequentes podem aprimorar o modelo proposto, tornando-o mais prático e acessível para o uso no cotidiano da gestão.

Neste sentido, uma possibilidade é a utilização desta ferramenta de forma complementar ao planejamento estratégico, auxiliando na análise de viabilidade e definição da estratégia para execução de ações e/ou operações que envolvam a realização de transações.

Outra questão importante é a definição ainda imprecisa do que é custo de transação. Neste trabalho, por exemplo, recorreu-se ao conceito de “externalidade” para caracterizar algumas consequências, oriundas das formas de coordenação analisadas, como custos de transação. Contudo, é importante que se avance em uma definição mais objetiva do que são os custos de transação. Caso contrário, os resultados encontrados através das análises realizadas

a partir da TCT serão mais vulneráveis a características individuais do gestor que utiliza a ferramenta.

Há ainda uma limitação da TCT, que não consegue considerar todos os potenciais ganhos em eficiência com o desenvolvimento da relação firma-firma, como a criação de um ambiente propício para o surgimento de inovações ou a queda do custo relacionado à estrutura de gestão advinda de um possível aumento do número de municípios que contratam a FESF (ganho de escala). Através da TCT tende-se a realizar uma análise mais estática da realidade, identificando os custos de transação em um dado momento, sem, contudo, identificar as tendências e os potenciais ganhos de qualidade proporcionados por cada modelo ao longo do tempo.

Por fim, quanto à comparação entre as formas de coordenação, identificou-se que a coordenação direta sem salvaguardas possui custos de transação de baixa intensidade *ex ante*, o que explica ainda ser o modelo mais frequente nos municípios do Estado. Mesmo os custos *ex post* desta forma de coordenação possuindo alta intensidade, o fato destes onerarem o município a longo prazo, faz com que os gestores minimizem o seu impacto.

A coordenação direta com salvaguardas, por sua vez, tem custos de alta intensidade *ex ante* e enfrenta limites burocráticos e legais que dificultam a sua realização, principalmente para os municípios de pequeno e médio porte.

Já o modelo híbrido possui custos de transação *ex ante* maiores do que a coordenação direta sem salvaguardas, o que demanda capacidade e disposição para um investimento inicial pelo gestor, em um cenário de escassez acentuada. Além disso, por possuir uma estrutura administrativa centralizada e especializada, os custos *ex post* deste modelo são altos em um cenário de baixa adesão dos municípios baianos (sem ganho de escala).

Neste cenário, a adoção do modelo híbrido, em parceria com a FESF-SUS, necessita de um investimento inicial dos governos, para minoração dos custos *ex ante* para os municípios contratantes e consequente movimento de adesão em massa, garantindo o ganho de escala necessário. Além disso, é necessário o aprimoramento das salvaguardas contratuais, coibindo comportamentos oportunistas por parte dos contratantes.

REFERÊNCIAS

- ALCHIAN, A. A. (1988) The Firm is Dead; Long Live the Firm: A Review of Oliver E. Williamson's The Economic Institutions of Capitalism, *Journ. of Economic Literature* 26 (1), March, 65-79.
- CAMPOS, G. W. S. (2008) SUS depois de vinte anos: reflexões sobre o direito à atenção a saúde. Disponível em <<http://redehumanizausus.net/node/6950>>
- CAMPOS, H. A. (2008) Falhas de Mercado e Falhas de Governo: uma revisão da literatura sobre regulação econômica. *Prismas: Direito, Políticas e Mundialização*, Brasília, V. 5, n.2, p. 341-370, jul/dez.
- COASE, R. H. (1937) The nature of the firm. *Economica*, Oxford, n. 4, p. 386-405.
- FAGUNDES, J. (1997) Custos de transação e impactos sobre política de defesa da concorrência. *Revista de Economia Contemporânea*, Rio de Janeiro, n. 2, p. 115-135, jul./dez.
- GIOVANELLA, L. et al. (2009) Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, maio/jun.
- GIRARDI, S. N. A regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor saúde em países da América Latina. [S.l.: s.n.], 1999. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=634&Itemid=614> . Acesso em: 09 nov 2012
- PEREZ, Úrsula Dias. Custos de Transação e Estrutura de Governança no Setor Público. Dissertação de Mestrado, São Paulo: EESP/FGV, 2007.
- PESSALI, Huáscar Fialho. Teoria dos Custos de Transação: Uma Avaliação à Luz de Diferentes Correntes do Pensamento Econômico. Dissertação de Mestrado, Curitiba: UFPR, 1998.
- PONDÉ, J. L. (1993). Coordenação e Aprendizado: Elementos para uma Teoria das Inovações Institucionais nas Firms e nos Mercados. Dissertação de Mestrado, IE/UNICAMP, Campinas.
- STILES, R.A. (2001) The logic of transaction cost economics in health care organization theory. *Health Care Manage Rev.* 2001 Spring;26(2):85-92.
- WILLIAMSON, O. E. (1996). The mechanisms of governance. New York: Oxford University Press.
- WILLIAMSON, O. E. (1991) Comparative economic organization: the analysis of discrete structural alternatives. *Administrative Science Quarterly*, Ithaca, v. 36, n. 2, p. 269-96, Jun.
- WILLIAMSON, O. E. (1985) The economic institutions of capitalism. London: Free Press.
- WILLIAMSON, O. E. (1975) Markets and hierarchies. New York: Free Press.