

## Caminhos da contratualização no setor de saúde pública no Distrito Federal de 2010 a 2012\*

Contractualization of paths in the sector of public health Distrito Federal 2010-2012

Amilton Paulino Silva (*in memoriam*)<sup>1</sup>  
Andrea de Oliveira Goncalves<sup>2</sup>  
Elionenai Dornelles Alves(*in memoriam*)<sup>3</sup>

### Resumo

Esse trabalho promove uma discussão acerca da contratualização no setor de saúde, em especial no âmbito do Distrito Federal, no período de 2010 a 2012, abordando o reflexo da política neoliberal na Reforma do Aparelho do Estado no Brasil e algumas de suas implicações no setor de saúde, com foco na utilização da contratualização como uma ferramenta disponível ao Estado para a promoção da equidade na prestação de serviços de saúde e no paradigma do modelo gerencial que se hibridiza com ferramentas do mercado. No caso da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (doravante SES/DF), os contratos relacionados ao

atendimento de saúde básica e os contratos de média e alta complexidade representam pouco mais de 17% do total dispendido com contratos. Desses, apenas 4,68% e 4,41% estão destinados aos contratos de gestão, respectivamente nos anos de 2010 e de 2012, o que sugere a necessidade de estudo analítico detalhado como forma de identificação dos fatores que determinam o baixo índice de contratualização na SES/DF, bem como de análise da viabilidade (ou não) dessa modalidade no campo da gestão pública.

**Palavras-Chaves:** Responsabilidade Contratual, Políticas Públicas, Sistema único de Saúde

### Abstract

This work promotes a discussion of contracting in the health sector, particularly in the context of the Federal District, in the period from 2010 to 2012, addressing the reflection of neoliberal policy in the State Apparatus Reform in Brazil and some of its implications on the sector health, focusing on the use of contracting as a tool available to the State for the

---

\* Ensaio teórico submetido para avaliação como parte do processo de obtenção do título de doutor no Programa de Pós Graduação em Administração (PPGA), da Universidade de Brasília

<sup>1</sup>(*in memoriam*) Estudante de doutoramento no Programa de Pós Graduação em Administração (PPGA), da Universidade de Brasília até março de 2014. Infelizmente o tempo não foi suficiente para que nosso amigo e aluno finalizasse o curso.

<sup>2</sup> Professora orientadora e amiga. Programa de Pós Graduação em Gestão Pública (PPGP), da Universidade de Brasília. [andregon@unb.br](mailto:andregon@unb.br)

<sup>3</sup> (*In memoriam*) Professor orientador e amigo. Programa de Pós Graduação em Gestão Pública (PPGP), da Universidade de Brasília. Infelizmente o nosso amigo partiu em julho de 2015, sem ver o resultado deste ensaio.

promotion of equity in the provision of health services and the paradigm of management model that hybridizes with market tools. In the case of the State Department of Health of the Federal District (hereinafter SES / DF), contracts related to basic health care and the media contracts and high complexity represent just over 17% of the total spent on contracts. Of these, only 4.68% and 4.41% are destined to management contracts, respectively in 2010 and 2012, suggesting the need for detailed analytical study as a way to identify the factors that determine the low level of contracting the SES / DF and analysis of viability (or not) of this type in the field of public administration.

**Descriptors:** Contract Liability, Public Policies, Unified Health System

### Introdução

Em um mundo em rápida transformação, o reposicionamento de instituições públicas e privadas vem desencadeando, nas últimas duas décadas, um movimento político, econômico e jurídico que tem colocado em risco importantes conquistas sociais. Esse movimento, de cunho neoliberal, tem tido expressão nos países em desenvolvimento, como o Brasil,

principalmente pela privatização de ativos e de ações e serviços constitucionalmente de natureza pública, que estavam nas mãos do Estado. Assim, há encolhimento do Estado, práticas gerencialistas, administração pública gerenciada, entre outras novidades, dão nome a esses movimentos realizados pelo Estado brasileiro (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007).

Para Costa e Silva (2004), existe uma tendência internacional, nos debates referentes à modernização da administração pública, de revisão do papel do Estado a partir do postulado de que esse não deve, necessariamente, fazer tudo por si mesmo, mas contratar e regular outrem para a execução dos serviços por meio da separação das macrofunções: financiamento, regulação e prestação de serviços.

Muitos países, como Chile, Portugal, França e Inglaterra, vêm defendendo e pondo em prática essa nova concepção de Estado, que, segundo Rollo (2007), caracteriza o Estado-empresário, cujas características seriam concorrência entre os serviços públicos, ênfase em objetivos e resultados gerenciais maiores que em suas finalidades sociais, captação de recursos na sociedade, obsessão pela eficiência em detrimento da efetividade

de suas ações, transformação dos cidadãos portadores de direitos em consumidores e descentralização do poder segundo a lógica de mercado, além de privatizações de funções típicas do Estado.

Bresser Pereira (2008) defende que o desenvolvimento econômico é possível somente quando o Estado-nação pode contar com um Estado eficiente. Os empreendedores privados farão a maior parte do investimento de que a sociedade necessita, mas um Estado competente será crucial para criação das condições institucionais e econômicas de acumulação de capital e de crescimento.

Para Di Pietro (2001, p. 28), um dos objetivos da reforma do Estado é transformar o “Estado prestador de serviço” em “Estado subsidiário”. Na base da Reforma do Aparelho do Estado, está o princípio da subsidiariedade, que se estrutura em duas idéias básicas:

1. a que trata sobre direitos individuais, que traz, como consequência, o respeito à liberdade de iniciativa; com isso, privilegia-se a iniciativa do particular, só devendo o Estado atuar nas áreas em que a atuação privada seja deficiente; assim, o princípio da subsidiariedade limita a ação do Estado;

2. a que trata de incentivo e de ajuda à iniciativa privada, significando que, embora o Estado deva respeitar a liberdade individual, também deve incentivar e ajudar os particulares quando esses não tenham condições de se desenvolver sozinhos.

De acordo com Robles e Fischmann (1995), o processo de reposicionamento do Estado na economia de vários países tem se apresentado segundo três vertentes básicas: a privatização e/ou desestatização, a desregulamentação e a reestruturação das empresas estatais. Nesse último aspecto, ganha relevância a discussão a respeito da implantação do contrato de gestão como ferramenta de gestão pública de empresas e setores governamentais.

Considerando que o Distrito Federal parece estar na contramão da adoção dessa modalidade, em razão dos baixos índices de recursos empregados em contratos de gestão (atualmente em torno de 4,5% do total de recursos empregados), é que o presente trabalho objetiva promover uma discussão acerca dos caminhos da contratualização no setor de saúde pública do DF, objetivando identificar a forma de implantação, a viabilidade (ou não) dessa modalidade no campo da gestão

pública e os fatores para a pouca adoção dessa ferramenta no âmbito do DF.

### **Reforma da saúde públicano contexto do sistema único de saúde (SUS)**

Como fruto das lutas populares e sindicais, a área da saúde foi a que mais obteve sucesso no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, fato refletido na Constituição de 1988. Com perfil bastante programático em diversos aspectos, essa carta constitucional propôs um novo ordenamento ao setor de saúde, propiciando um desenho particular em aspectos ético-políticos fundamentais (NOGUEIRA; MIOTO, 2006). Universalizou-se o direito à saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Abriram-se espaços para as decisões políticas no campo sanitário, compartilhadas com os usuários, e para a gestão democrática dos serviços de saúde por meio da participação popular, possibilitando o controle social, por diferentes sujeitos coletivos, que interagem entre si e com o Estado. Esse avanço foi reiterado, em 1990, com a aprovação da Lei n.º 8.080 e da Lei n.º 8.142 (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

É então no início dos anos 1990 que começa a implantação do Sistema

Único de Saúde (doravante SUS). Na visão de Castro (2009), a reforma sanitária configurou uma ruptura pioneira no padrão de intervenção estatal no campo social e tornou a saúde a primeira política social universal no Brasil. Ao introduzir a noção de direito social e instituir um sistema de saúde de acesso universal e igualitário, rompe-se definitivamente com o modelo corporativista dos anos 1930, do benefício como privilégio.

Para Faveret e Oliveira (1990), a criação do SUS significou a inclusão de milhares de brasileiros em ações de saúde. A universalização, consagrada como princípio constitucional, assumiu caráter redistributivo, ou seja, incluiu os grupos sociais que não contribuem, ao menos diretamente, para o sistema.

Entretanto, esses autores chamam atenção para o fato de a universalização no sistema de saúde público brasileiro não ter assumido a função de incluir efetivamente todos os segmentos sociais, mas a de garantir o atendimento aos setores de menor poder aquisitivo e que resistem aos mecanismos de racionamento, excluindo para o subsistema privado os segmentos médios em diante, o que os autores denominaram de “universalização excludente”.

Faz-se necessário salientar algumas das características que marcam a década de 1990 e que representaram obstáculos e limitações ao processo de implantação do SUS nesse contexto.

Sallum Jr. (2004) afirma que a política brasileira no período é marcada pela combinação entre democratização e liberação econômica, levando a mudanças expressivas no padrão de atuação do Estado. Machado (2007) complementa que isso interferiu nas possibilidades de concretização de uma série de diretrizes constitucionais. A autora destaca ainda que, no governo Collor, observa-se uma estratégia agressiva de reforma administrativa, com desmonte de estruturas, dispensa de funcionários e descentralização sob condições inadequadas.

Levcovitz *et al.* (2001) apontam algumas variáveis estruturais que impuseram desafios à implementação do SUS: a marcante desigualdade social no país, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico assistencial privatista. Os autores também acrescentam a repercussão, no Brasil, da onda conservadora de reformas, no plano político e social, que ocorreu a partir da década de 1980 em vários países, norteadas pelo fortalecimento das

ideias neoliberais sobre a crise dos Estados nacionais.

Segundo Viana e Fausto (2005), ao longo dos anos 1990, configuram-se dois momentos distintos em relação às políticas de saúde. No primeiro momento, durante o governo Collor, verifica-se a redução dos investimentos no setor e a tentativa de alteração dos caminhos da reforma, com a clara intenção de reduzir a atuação do Estado, utilizando-se a estratégia de mercado. No segundo momento, durante o governo Fernando Henrique Cardoso, buscou-se fortalecer a proposta do SUS mediante a introdução de mecanismos de regulação que retomam e expandem o processo de descentralização e de municipalização da saúde iniciado no período anterior, mas ao mesmo tempo, reforçam o centralismo da política na condução do processo.

Conforme Machado (2008), a luta pela consolidação do SUS, nos anos 1990, expressou as contradições das diferentes agendas vigentes neste contexto: a agenda de reforma sanitária brasileira, que defendia a reestruturação das políticas de saúde, a partir de uma lógica de proteção social abrangente, e a agenda hegemônica de reforma do Estado, que impunha restrições à noção de seguridade social.

Outro aspecto importante a partir da implementação do SUS foi o avanço do processo de descentralização do setor de saúde no Brasil. Bodstein (2002) assinala que a esfera municipal, ainda que de modo lento, gradual e negociado, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e dos programas de saúde. Um dos desafios colocados por esse processo foi a questão da heterogeneidade dos municípios brasileiros no que diz respeito às desigualdades sociais e regionais e à capacidade de gestão do sistema.

O processo de descentralização no SUS foi orientado pela edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs). De acordo com Levcovitz *et al.* (2001), a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as ideias neoliberais fortalecidas nos anos 1990, o que favoreceu o avanço do processo. Nos anos 1990, foram editadas três NOBs, respectivamente nos anos de 1991, 1993 e 1996, sendo a intermediária delas de fundamental importância para o fortalecimento da municipalização, visto que institui níveis progressivos de gestão local do SUS e estabelece um conjunto de estratégias que consagram a

descentralização político-administrativa na saúde. Essa trouxe a incorporação dos usuários do sistema ao processo decisório, com a disseminação dos conselhos municipais de saúde, ampliando as discussões das questões de saúde na sociedade.

Para Viana *et al.* (2002), as NOBs do ano de 1996 tiveram como principais objetivos promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes, com respectiva redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União; caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor na prestação de ações e serviços ou na garantia da referência; reorganizar o modelo assistencial; fortalecer a gestão do SUS e estabelecer vínculo entre o cidadão e o SUS.

Na opinião desses autores, a edição de um conjunto de portarias subsequentes que alteraram a lógica de transferência de recursos do governo federal para a atenção básica, ao instituírem o Piso de Atenção Básica, com uma parte fixa e outra variável, expressou a ênfase do governo federal na reorganização do modelo de atenção à saúde, a partir da atenção básica.

Evidenciou-se, como estratégia principal, a ampliação de cobertura do

Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Anteriormente, os critérios de distribuição de recursos para o financiamento das ações de atenção básica em saúde eram centrados na produção de serviços, privilegiando-se, assim, os municípios com maior capacidade de oferta instalada. Esse cenário é modificado com a adoção do Piso de Atenção Básica, que institui o financiamento *per capita* (VIANA *et al.*, 2002).

No início dos anos 2000, é publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001, cuja principal temática abordada é a estratégia de regionalização. Essa normativa amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação de estados e municípios. Nesse sentido, reafirma o papel prioritário da atenção básica na organização do sistema de saúde, em articulação com os demais serviços da rede, de forma a garantir o princípio da integralidade. Souza e Sampaio (2002) ressaltam que o processo de discussão e de implantação da NOAS propiciou um importante momento de reflexão e de

avaliação da atenção básica e também gerou a mobilização de estados e municípios a fim de alcançarem os indicadores propostos.

Um dos grandes desafios ao processo de implantação do SUS tem sido a questão do financiamento. Com o aumento gradativo das transferências da União aos estados e municípios na década de 1990, observou-se também uma retração no aporte de recursos financeiros por parte de algumas unidades federadas, em especial na esfera estadual (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003). Esse contexto, segundo os autores, propiciou a formulação de propostas de alteração do texto constitucional, com o objetivo de salvaguardar a área da saúde contra a volatilidade de suas fontes de financiamento. Uma dessas propostas, a Emenda Constitucional n.º 29, foi aprovada após intensas negociações no âmbito do Congresso Nacional.

Na avaliação de Machado (2007), mesmo com a aprovação da EC 29, a situação de vulnerabilidade do Ministério da Saúde em face do modelo econômico adverso e das posições do Ministério da Fazenda não foi solucionada, persistindo problemas no âmbito das fontes de financiamento e da regularidade de recursos.

### **Contratos de gestão: um novo arranjo para as funções do estado**

Os contratos de gestão surgiram na França, denominados de contrato de programa, contrato de plano e contrato de serviços, segundo Robles e Fischmann (1995) e André (1999). Os dois primeiros tipos aplicavam-se a empresas estatais e de economia mista (desde 1969) e o terceiro tipo era aplicado a “centros de responsabilidade”, entidades da administração direta do Estado (desde 1990).

Para Pacheco (2009) e Leite *et al.* (2010), a contratualização de resultados vem sendo apontada como uma das características desse novo Estado, por meio de arranjos contratuais ou quase-contratuais com entidades públicas (estatais ou não estatais) orientadas por missões, organizações sem fins lucrativos ou mesmo prestadores privados de serviços que vêm sendo submetidos a novas formas de controle e responsabilização, perante as entidades encarregadas pela formulação das políticas públicas.

Conforme Jann e Reichard (2002), a contratualização de resultados é também apontada como uma das principais estratégias da Nova Gestão Pública, uma das que mais são aclamadas por seus protagonistas nos

chamados choques de gestão, os quais funcionam como um conjunto integrado de políticas de gestão públicas com foco no desenvolvimento, visando mudanças substantivas na qualidade dos serviços públicos. Na visão de Oliveira *et al.* (2010) e Peci *et al.* (2008), choques de gestão têm sido designados como um conjunto de medidas de rápido impacto, orientado para o ajuste estrutural das contas públicas e para iniciativas voltadas à geração de um novo padrão de desenvolvimento, mais moderno e dinâmico, tendo a inovação da gestão como elemento de sustentabilidade.

André (1995) afirma que, nessa lógica, os contratos de gestão são instrumentos de implantação de uma administração por objetivos/resultados no setor público, com o propósito declarado de alcançar a qualidade de serviços e a eficiência das organizações. Esses contratos são compromissos gerenciais entre o Governo e a diretoria de uma empresa ou de um setor estatal, com desdobramentos para suas equipes operativas, com objetivos e metas empresariais periodicamente monitoradas, cuja supervisão é realizada pelo Estado.

Segundo André (1999), o contrato de gestão é um instrumento cujo propósito é o de induzir mudanças culturais que façam com que o Estado e

cada uma das entidades de interesse social dele dependentes ou a ele vinculadas construam e mantenham níveis elevados de:

a) efetividade: atingindo os resultados sociais aspirados pela sociedade, inclusive oferecendo-lhe serviços de interesse social compatíveis com suas necessidades em extensão, qualidade e preços;

b) eficácia: comprometendo-se política e institucionalmente com um competente planejamento e com o cumprimento responsável da sua execução;

c) eficiência: usando com economia, zelo e dedicação os bens e os recursos públicos.

Ainda conforme André (1999), o projeto de Reforma do Aparelho do Estado propôs uma administração por objetivos, regida por contratos de gestão, concebidos como estratégia de enfrentamento da incapacidade do Estado em promover atividades em áreas essenciais para a sociedade, como as de saúde, educação, pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente e da cultura.

Di Pietro (2001) destaca três características dos contratos de gestão:

1. definição das metas a que se obriga o órgão ou a entidade, que firmar

o contrato com o poder público. Essas metas são fixadas objetivamente e, se possível, com rigor matemático, e não com o emprego de conceitos indeterminados, como o de interesse público;

2. outorga maior autonomia ao órgão ou à entidade. Essa autonomia será administrativa, financeira e orçamentária, pois, sem isso, será impossível atingir as metas previstas no contrato;

3. controle de resultados: segundo o plano diretor, para a administração gerencial, não interessam os meios, mas os fins, afirmação que deve ser aceita com cautela, tendo em vista a necessidade de se observar o princípio da legalidade. Perante o Direito positivo, os fins não justificam o emprego de quaisquer meios, mas apenas daqueles admitidos pelo Direito.

Para Araújo (2010), o contrato de gestão tem de necessariamente incluir metas, meios, controle e incentivos. As metas bem definidas servem para orientar a ação de gestão; os meios criam condições para o alcance de metas; o controle permite acompanhar os processos e a alocação de recursos e também avaliar a implantação das ações; os incentivos constituem os elementos mobilizadores

do comportamento humano em direção às metas.

Para Di Pietro (1996), no Brasil, recentemente, os contratos de gestão passaram a ser celebrados com a Administração Direta, portanto com entes sem personalidade jurídica própria. São os chamados centros de responsabilidade que se comprometem, por meio do contrato de gestão, a atingir determinados objetivos institucionais, fixados em consonância com o programa de qualidade proposto pelo órgão interessado e aprovado pela autoridade competente, em troca de maior autonomia de gestão.

Ainda conforme a autora, a ideia embutida no contrato de gestão, em relação às empresas estatais e aos centros de responsabilidade, é a de fixar compromissos bilaterais: a) para a empresa ou o órgão, o de cumprir determinados objetivos fixados em planos nacionais ou em programas pré-definidos pelas partes; b) para a Administração Pública, o de flexibilizar os meios de controle sobre a entidade, conferindo-lhe maior grau de autonomia na gestão das ações.

Para alguns autores, como Robles e Fischmann (1995) e André (1999), com viés crítico ao desempenho genérico das organizações estatais, essas ainda não estão preparadas para a

administração por objetivos e por contratos de gestão, faltando vontade política dos governantes em implantar uma administração pública coerente com a execução de objetivos e metas compromissados. A estrutura é inadequada e as competências técnicas são insuficientes. Esses estudiosos salientam que as experiências internacionais em contratos de gestão nas empresas públicas têm evidenciado que as grandes dificuldades de implantação decorrem principalmente das deficiências dos governos supervisores desses contratos, mais do que das empresas supervisionadas. De acordo com Robles e Fischmann (1995), o processo de implantação dos contratos de gestão constitui-se em forma de aprendizado mútuo do governo e das empresas estatais, de modo a adequarem suas práticas e seus procedimentos e a exercitarem as condições de negociação e o conhecimento de condicionantes existentes para as partes.

Entretanto, Tibério *et al.* (2010) defendem que a introdução do instrumento de contrato de gestão na lógica da Administração Pública constitui a maior contribuição do modelo gerenciado por Organizações Sociais (OS) e por Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), haja vista a consolidação da

gestão por resultados como abordagem tipicamente marcada pela busca por eficácia e eficiência na construção de políticas públicas. O contrato de gestão pode ser considerado, ainda, um instrumento que permitiu uma importante mudança de paradigma da atuação estatal junto à sociedade, pois possibilitou o fortalecimento do papel regulador e gerenciador de políticas públicas exercido pelo Estado.

### **O setor de saúde no Brasil sob o modelo gerencial do estadoneoliberal**

Conforme Ibañez e Vecina Neto (2007), estimuladas pelo movimento internacional de reforma do Estado, proliferaram, no país, experiências na área da Administração Pública. As características básicas visavam conferir maior flexibilidade gerencial com relação a compra de insumos e materiais, contratação e dispensa de recursos humanos e gestão financeira dos recursos, além de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados.

Santos (2005:2), ao se referir ao processo brasileiro, diz que é importante lembrar que:

no Brasil, a crise do Estado surgiu nos anos 90 e não foi a do

Caminhos da contatualização no setor...

Estado-Providência (a exemplo dos países centrais), porque ele nunca chegou a existir. O próprio direito à saúde bem como a garantia de outros direitos sociais são conquistas mais recentes, datadas de 1988, com a Constituição Cidadã.

Para o autor, a crise do Estado, no Brasil, foi muito mais uma crise de gestão e de qualidade, sem se esquecer de que o Estado nunca deixou de tentar minimizar os custos da Constituição de 1988 com os direitos sociais, muitos deles de caráter universal e gratuito, oneroso, pois, para os cofres públicos. A intenção de enxugar o tamanho do Estado sempre esteve presente e se iniciaria com a transferência dos serviços não exclusivos, como saúde, educação, cultura, para entidades privadas.

Ferlie *et al.* (1999), numa análise de tendências das reformas do Estado no contexto internacional, caracterizam quatro modelos da nova Administração Pública:

1. modelo do impulso para a eficiência: aproximação entre serviços públicos e serviços privados, preconizando a transformação do setor público mediante a introdução de padrões de eficiência desenvolvidos pelo setor privado;

2. maior controle financeiro: introdução de sistemas de custos e auditorias – quanto aos aspectos financeiros e profissionais, poder outorgado à administração superior, com estabelecimento de objetivos claros, com monitoramento do desempenho e desregulamentação do mercado de trabalho;

3. modelo *downsizing* e descentralizado: separação entre o financiamento público e dotação do setor autônomo (paramercados), mudança da gestão hierárquica para a gestão por contrato, surgimento de organizações separadas para compra e para prestação de serviços e redução drástica da folha de pagamento das organizações públicas;

4. modelo da busca pela excelência, baseado na Escola de Relações Humanas, com ênfase na “cultura organizacional”: modelo de orientação para o serviço público; até hoje, esse tem sido o padrão menos desenvolvido, fruto da fusão entre os modelos definidos pelos serviços público e privado, conferindo, ao primeiro, aspectos administrativos qualitativos presentes no segundo, incluindo-se a responsabilidade dos serviços com os usuários e os cidadãos, não mais considerados como meros consumidores ou simples usuários.

No caso brasileiro, os modelos jurídico-administrativos acordados com essas inovações obedeceram às figuras da Administração Indireta (autarquias, empresas públicas) ou, até mesmo, às fundações de direito privado, de apoio à administração direta, e, mais recentemente, às da Organização Social, formulados pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE, 1997).

Ibañez e Vecina Neto (2007) comentam que, em 1995, foi lançado pelo Ministro Bresser Pereira o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), que buscou, na realidade, criar figuras novas no terceiro setor, as quais deveriam se transformar em espaço público não estatal. Foram criadas pela Lei n.º 9.637/1998 e pela Lei n.º 9.790/1999 as Organizações Sociais e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, ao lado das Agências Executivas (Lei n.º 9.649/1998).

Para Shier (2002), uma das críticas à chamada Reforma Bresser dos anos 1990 foi a de levar muito mais para o terceiro setor, sob regulação estatal, a realização de serviços públicos, em vez de introduzir modernos processos de gestão no interior da Administração Pública.

Na visão de Ibañez e Vecina Neto (2007), isso tudo levou a Administração Pública a buscar mecanismos paralelos ao Estado para se escapar da imobilidade burocrática, dos baixos salários e da retração de ingresso de servidor no serviço público. Na visão dos autores, na maioria das vezes, infelizmente somente os órgãos públicos e as entidades que atuaram com entidades paralelas conseguiram manter qualidade nesses serviços. Foi a era das fundações de apoio, das cooperativas de trabalhadores, das terceirizações ilegais etc. O próprio TCU, no Acórdão n.º 1.193/2006-Plenário, reconheceu que o imobilismo e as amarras da Administração Pública empurraram o gestor público para aliar-se a mecanismos externos ao Estado como forma de viabilização (SANTOS, 2005).

Ferlie *et al.* (1999), pensando na possibilidade de classificar as mudanças organizacionais ocorridas a partir das reestruturações em curso na nova Administração Pública, propõem, especificamente para a análise do NHS (*National Health Service*), seis indicadores de extensão e profundidade desse processo, a saber:

1. extensão da mudança múltipla inter-

relacionada ao sistema como um todo;

2. criação de novas formas organizacionais para o setor público;

3. desenvolvimento de mudanças em cascata, afetando todo o sistema até o nível local;

4. introdução de mudanças nos serviços prestados e no modo de prestá-los;

5. nova configuração das relações de poder;

6. formação de cultura, ideologia e significados organizacionais novos.

No que diz respeito às premissas e aos parâmetros, Ibañez e Vecina Neto (2007) afirmam que, no caso específico dos diferentes modelos na busca de alternativas para a gestão em saúde, em particular de hospitais, a questão a responder é a da eficiência. Os hospitais, como já referido, são agências extremamente complexas, e construir modelos que aperfeiçoem sua capacidade de produzir resultados sanitários não se enquadra na busca de maior competitividade e, sim, na busca de uma agência mais efetiva para a

sociedade. Naturalmente, essas soluções não se voltam apenas para hospitais, podendo servir para gerenciar redes, ambulatoriais etc.

É importante mencionar que as alterações no ambiente recente da saúde, tais como revolução demográfica, revolução epidemiológica, aumento dos custos para incorporar uma cada vez mais crescente carga tecnológica, início e barateamento do uso da tecnologia da informação, luta corporativa travada na área da saúde com o advento de novos profissionais a disputar sua inserção no modelo assistencial, direitos adquiridos pela sociedade pós-Constituição de 1988, entre outras, compõem um novo e até então inexistente cenário. Esse conjunto de mudanças transformou de tal forma o ambiente que olhar para as soluções do passado significará não conseguir enfrentar os desafios do presente. Portanto temos de buscar novas soluções (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007).

Ainda na opinião dos citados autores, não é possível uma busca de alternativas sem parâmetros, já que é preciso considerar a busca por eficiência, e, para que essa seja alcançada, exigir-se-á como contrapartida a autonomia. Sob essa perspectiva, há necessariamente um

jogo de pesos e contrapesos: mais autonomia, mais eficiência, menos controle, menos subordinação a um poder central. A relação entre autonomia e eficiência, de um lado, com resultados, do outro, tem vasta documentação no mundo moderno, não se tratando, portanto, do dogma (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007). Como sustentação a essa teoria, os autores afirmam que devam existir quatro grupos de premissas que devem ser respeitados (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007, p. 8):

a) subordinação à política de saúde do nível de governo em que a organização se insere: essa questão é crucial e deve ser claramente desenhada na lei que cria a alternativa, porém o cuidado deve ser em evitar realizar uma soma com resultado zero. É possível subordinar a política por meio de mecanismos, como os contratos de gestão e os termos de ajuste. Com esses instrumentos, viabiliza-se a equação do financiamento e acompanhamento da

execução e o cumprimento das metas pactuadas. De outra forma, se forem criados muitos constrangimentos legais para garantir um controle cartorial, a solução deixará de ser solução;

b) legalidade: muitas vezes, parece que a proposta de criar uma solução no âmbito da eficiência busca contornar a lei. Não é assim e, por isso, a lei que cria a alternativa deve ser clara nas diferenças que propõe (gestão orçamentária, gestão de pessoal, gestão de materiais e contratos, gestão da estrutura organizacional e cargos). Como se verá adiante, as diferentes figuras disponíveis no direito administrativo para gerir organizações são o que a sua lei instituidora delimita em função de seus objetivos;

c) eficiência gerencial: capacidade de

entregar mais daquilo que se tem para entregar, aumentando-se, portanto, a efetividade. Aqui as consequências do que foi definido nas duas premissas acima será definitivo. Não dá para pensar em eficiência com a estrutura de execução orçamentária da administração direta, o que não significa não ter orçamento como instrumento gerencial e legal. Não dá para ser eficiente utilizando-se o estatuto do funcionalismo para gerenciar pessoal. O estatuto deve ser utilizado apenas para as carreiras típicas de Estado. Não dá para comprar utilizando-se a regra estrita da Lei n.º 8.666/1993, embora os pregressos tenham melhorado bastante este item. A estrutura organizacional deve ser fixada pela organização e modificada sempre que for necessário. Enfim, gerenciar e alcançar

resultados exige autonomia e responsabilização, esta dada pelas condições fixadas no contrato de gestão e pela quarta premissa;

d) capacidade de controle: este é um gargalo importante. Tribunal de Contas, Ministério Público, Secretarias de Controle Interno, são órgãos quase que exclusivamente voltados para o controle de meios, e não de resultados. O contrato de gestão é uma coleção de metas, de resultados, e não existe um adequado preparo para essa tarefa. O Estado tem de melhorar a sua capacidade de controlar a execução dos recursos colocados à disposição dessas organizações, tanto do ponto de vista da execução, quanto do alcance dos resultados. A questão da execução deve sempre levar em conta o grau de

autonomia que a lei definiu, que não permite que a contratação de pessoal seja realizada sem seleção e, portanto, sem clientelismo; da mesma maneira, as compras devem ser realizadas dentro de regras que evidenciem a forma da tomada de decisão e o não favorecimento de qualquer fornecedor. Enfim, uma gestão legal deve ser fiscalizada para garantir que os recursos públicos estejam sendo utilizados legalmente. Esse é um grande desafio para o Estado brasileiro desenvolver sua capacidade de fiscalizar de fato.

### **O setor de saúde pública no Distrito Federal (DF)**

Conforme a Constituição de 1988, em seu art. 18, o Distrito Federal tem características comuns aos estados-membros e, simultaneamente, aos municípios, e está estruturada em regiões administrativas, que, atualmente, são em número de 32

regiões. No que diz respeito ao aspecto tributário, o Governo do Distrito Federal (GDF) tem a prerrogativa de arrecadar os tributos de competência estadual, bem como os de competência municipal.

Em relação à população, o DF possui, segundo dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma população de quase 2,8 milhões, assumindo, atualmente, peculiaridades próprias dos grandes centros urbanos. Localiza-se no meio de um cinturão de 22 cidades de pequeno e médio portes, pertencentes aos estados de Goiás e de Minas Gerais, denominado Entorno, que tem Brasília como principal referência, em especial na busca por serviços de saúde. No ano de 2012, do total de internações na rede de saúde pública do Distrito Federal (121.075), 17,31% referem-se a residentes de fora do DF e, do total de atendimento de emergência (2.200.716), 13,24% referem-se a atendimento de visitantes, sendo 94% e 95%, respectivamente, de cidades de Goiás e de Minas Gerais.

Na visão de Pires *et al.* (2007), o fluxo desordenado de pessoas, a demanda não programada, a frágil pactuação de procedimentos e serviços entre os gestores, bem como a incipiente regulação do acesso

ocasionam ineficiência e pouca resolubilidade ao sistema de saúde local, características comuns às metrópoles. Ressalte-se que a desarticulação entre os níveis da atenção figura como aspecto crítico a ser enfrentado, na perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde pública. A estruturação de redes de referência especializada a partir da atenção básica, tendo por princípio a hierarquização do sistema de saúde, constitui um aspecto central para organização do SUS, motivo pelo qual há de se conhecer melhor o sistema de contratualização implantado pelo GDF, na perspectiva de subsidiar a formulação de políticas públicas na área.

Para os referidos autores, existem desigualdades nos sistemas de saúde dos municípios do entorno e do DF, caracterizadas pela centralidade dos procedimentos médico-hospitalares sobre a promoção da saúde, preponderantemente. Tal característica é fruto de um modelo de atenção marcado pela hegemonia dos interesses da corporação médica, das indústrias e dos serviços de saúde privados.

Conforme o Quadro 1, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) vem mantendo, nos últimos 3 anos, uma

média de 260 contratos com fornecedores, sendo somente 1 como contrato de gestão. O processo de contratualização dos serviços assistenciais, relacionados diretamente à área de saúde de média, baixa e alta complexidade, representa uma média de

17,14% do total gasto com os contratos. O contrato de gestão representa apenas 4,68 e 4,41%, respectivamente nos anos de 2011 e de 2012, o que demanda a necessidade de análise detalhada desses contratos e da forma de sua contratualização.

**Quadro 1.** Valores anuais dos contratos da SES/DF de 2010 a 2012

ano	contrato	valor – R\$	%
2010	serviços assistenciais	233.988.291,86	16,47
	contratos de gestão	222.000.000,00	15,63
	outros	964.658.072,36	67,90
	<b>total</b>	<b>1.420.646.364,22</b>	<b>100,00</b>
2011	serviços assistenciais	188.222.440,06	16,47
	contratos de gestão	53.409.108,00	4,68
	outros	901.269.966,86	78,85
	<b>total</b>	<b>1.142.901.514,92</b>	<b>100,00</b>
2012	serviços assistenciais	211.802.567,74	17,82
	contratos de gestão	53.409.108,00	4,41
	outros	923.675.782,27	77,77
	<b>total</b>	<b>1.188.887.458,01</b>	<b>100,00</b>

### Reflexões

Há necessidade da retomada pelo Poder Público do exercício de funções e serviços de saúde no SUS. Ressalte-se que, quando isso não for possível, é importante que o Estado reconheça o seu papel e atue como regulador no processo de avaliação e revisão dos contratos de gestão.

Como se observa, a partir da experiência do Plano de Atendimento à Saúde do Município de São Paulo (PAS), não é somente com vontade política que os novos modelos de gestão

público-privada (OS, OSCIP e Fundações Estatais de Direito Privado) conseguiram garantir atendimento de qualidade aos usuários. Também é imprescindível que a fiscalização das OS e das Fundações Estatais de Direito Privado, enquanto existirem e tiverem sua atuação na saúde pública estimulada por governos, não fique sob a responsabilidade exclusiva dos governantes. É de fundamental importância que esse processo seja transparente e que garanta a participação efetiva do controle social desde o

estabelecimento da parceria até o acompanhamento das ações desenvolvidas por essas entidades, para que os princípios doutrinários e organizativos do SUS sejam garantidos e respeitados.

Considerando-se todos os fatores aqui explanados, associados à análise da realidade da área de saúde pública no DF, algumas reflexões são aqui suscitadas.

1) Se a modalidade de contratualização de resultados é apontada como uma das principais estratégias da Nova Gestão Pública, a fim de promover a eficiência e a equidade na prestação de serviços, quais as razões para a baixa quantidade de contratos de gestão no DF?

2) Que fatores determinantes para o emprego dessa modalidade em outros municípios não estão sendo identificados para a sua adoção também no DF?

3) Quais os gargalos para a implementação dos

contratos de gestão no DF? Eles estão relacionados a questões legais, capacidade gerencial, deficiência de acompanhamento e controle, conforme sugerem Ibañez e Vecina Neto (2007), ou a outros fatores, além dos sugeridos, que dificultam ou até mesmo impedem a adoção dessa ferramenta pela SES/DF?

4) E, finalmente, será que a adoção de contratos de gestão, no âmbito do DF, não se apresenta como uma modalidade viável de melhoria da gestão pública para garantir maior eficiência dos serviços de saúde?

## Referências

1. IBAÑEZ, N. & VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (sup.), 1831-1840, out. 2007.
2. COSTA e SILVA, V. **O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória-ES: contribuição à**

- discussão da integralidade na atenção à saúde.** 2004, 151 f. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Programa de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
3. ROLLO, A. A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado? *In*: SANTOS FILHO, S.B., BARROS, M.E.B. **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde.** Ijuí: EdUnijuí, 2007. p.19-59.
  4. BRESSER PEREIRA, L.C. O modelo estrutural de gerência pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 391-410, mar./abr. 2008.
  5. \_\_\_\_\_. Regular ou gerenciar? Eis a questão. **Revista ser Médico**, São Paulo, n. 27, p. 1-8, abr./maio/jun. 2004.
  6. DI PIETRO, M.S.Z. As novas regras para os servidores públicos. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 22, p. 27-39, jan./jun. 2002.
  7. ROBLES, L.T., FISCHMANN, A.A. Contratos de gestão no estado de São Paulo: o caso das empresas estatais não-financeiras. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, n. 35, v. 4, p. 52-64, jul./ago. 1995.
  8. NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R.C.T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. *In*: MOTA, A. E; BRAVO, M.I. de S.; UCHÔA, R. *et al.* (orgs.). **Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional.**São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS. Cortez, 2006.
  9. CASTRO, A.L.B. **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009. 215 f. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Programa de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
  10. FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 3, p. 139-162, 1990.
  11. SALLUM JR., B. Crise, democratização e liberalização no Brasil. *In*: SALLUM JR., B. (Org.). **Brasil e Argentina hoje: política e economia.** Bauru, S.P.: EDUSC, 2004. p. 47-77
  12. LEVCOVITZ E., LIMA L. D. de, MACHADO, C. V. Política de

- saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001
13. VIANA, A. L. d'Á.; FAUSTO, M. C. R. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. *In*: VIANA, A. L. d'Á., ELIAS, P. E.M., IBAÑEZ, N. (orgs.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, p. 150-166, 2005.
14. MACHADO, C. V. **Direito universal, política nacional**: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.
15. BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.
16. VIANA, A. L. d'Á.; LIMA, L. D. de; OLIVEIRA, R. G. de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 493-507, jul. 2002.
17. TEIXEIRA, H. C.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-391, maio 2003.
18. ROBLES, L.T., FISCHMANN, A.A. Contratos de gestão no estado de São Paulo: o caso das empresas estatais não-financeiras. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, n. 35, v. 4, p. 52-64, jul./ago. 1995.
19. PACHECO, R. S. Mensuração de desempenho no setor público: os termos do debate. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 14, n. 55, p.149-161, jul./dez. 2009.
20. ANDRÉ, M. A. de. Contrato de gestão: contradições e caminhos da Administração Pública. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 6-13, maio/jun. 1995.
21. PACHECO, R. S. Mensuração de desempenho no setor público: os termos do debate. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 14, n. 55, p.149-161, jul./dez. 2009.
22. LEITE, J. D. B. L., SOUZA, H. F., NASCIMENTO, E.C.V. Contratualização na Saúde: proposta de um Contrato Único para os programas no Estado de Minas Gerais. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 46, p.15-22, jan./mar. 2010, ilust.
23. JANN, W. , REICHARD, C. Melhores práticas na modernização do Estado. **Revista do Serviço Público**. Trad. de Maria Christiana Ervilha. Brasília,

ENAP, ano 53, n. 3, p.33-52,  
jul./set. 2002.

**trabalho em saúde.** Ijuí:  
EdUnijuí, 2007. p.19-59.

24. OLIVEIRA, F.B, SANT'ANNA, A.S, VAZ, S.L. Liderança no contexto da nova administração pública: uma análise sob a perspectiva de gestores públicos de Minas Gerais e Rio de Janeiro. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v.44, n. 6, p.1453-1475, nov./dez. 2010.
25. PECCI, A.; FIGALE, J.; OLIVEIRA, F. de; BARRAGAT, A.; SOUZA, C. Oscips e termos de parceria com a sociedade civil: um olhar sobre o modelo de gestão por resultados do governo de Minas Gerais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 6, p.1137-1162, nov./dez. 2008.
26. TIBÉRIO, A. A.; SOUZA, E. M.; SARTI, F. M. Considerações sobre avaliação de estabelecimentos de saúde sob gestão de OSS: o caso do Hospital Geral do Grajaú, **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n. 3, p. 557-568, jul./set. 2010.
27. IBAÑEZ, N. & VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (sup.), 1831-1840, out. 2007.
28. ROLLO, A. A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado? *In*: SANTOS FILHO, S.B., BARROS, M.E.B. **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do**
29. FERLIE E., ASBURNER L., FITZGERALD L., PETTIGREW, A. **A nova Administração Pública em ação.** Trad. de Sara Rejane de Freitas Oliveira. Brasília, UnB/ENAP, 1999, 468 p.
30. SHIER, A. da C. R. **A participação popular na administração pública: o direito de reclamação.** Rio de Janeiro: Renovar, 2002. 284 p.
31. PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D.; MARTINS, C. M. F.; GUILHEM, D.; ALVES, E. D. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p. 1009-1019, jan./jun. 2010.

Sources of funding: No  
Conflict of interest: No  
Date of first submission: 2015-07-29  
Last received: 2015-09-02  
Accepted: 2015-09-10  
Publishing: 2015-09-30