

RSP

Revista do Serviço Público

Ano 50
Número 3
Jul-Set 1999

**Inovações organizacionais em política social:
o caso da Grã-Bretanha**

*Marcus André Melo,
Nilson do Rosário Costa &
Pedro Luís Barros Silva*

A descentralização do sistema de saúde no Brasil
*Nilson do Rosário Costa, Pedro Luís Barros Silva &
José Mendes Ribeiro*

Da burocracia à ad hocracia
*Flavio A. de Andrade Goulart &
Rosani Evangelista da Cunha*

Estado e Terceiro Setor: uma análise de aproximação
Luiz Carlos Abreu Mendes

**A implementação do *Government Performance and
Results Act* na administração pública dos EUA**
Carlos Alberto Sampaio de Freitas

ENAP

RSP

Revista do Serviço Público

Ano 50
Número 3
Jul-Set 1999

Conselho editorial

Regina Silvia Pacheco — presidente

Carlos Antonio Morales

Evelyn Levy

Vera Lúcia Petrucci

Colaboradores (pareceristas ativos):

Antonio Augusto Junho Anastasia; Antonio Carlos Moraes Lessa; Caio Márcio Marini Ferreira; Carlos Roberto Pio da Costa Filho; Carlos Manuel Pedroso Neves Cristo; Eli Diniz; Érica Máximo Machado; Ernesto Jeger; Fernando Abrucio; José Geraldo Piquet Carneiro; José Luís Pagnusat; José Mendes; Ladislau Dowbor; Lívia Barbosa; Marcel Burzstyn; Marco Aurélio Nogueira; Marcus André Melo; Marcus Faro de Castro; Maria das Graças Rua; Maria Rita G. Loureiro Durand; Moema Miranda de Siqueira; Paulo Calmon; Paulo Modesto; Sérgio Azevedo; Tânia Fischer; Teresa Cristina Silva Cotta.

Editora

Vera Lúcia Petrucci

Coordenação editorial

Isabella Madeira Marconini

Supervisora de produção gráfica

Maria Marta da Rocha Vasconcelos

Revisão

Juliana Girão de Moraes

Maria Elisabete Ferreira

Projeto gráfico

Francisco Inácio Homem de Melo

Editoração eletrônica

Danae Carmen Saldanha de Oliveira

Fundação Escola Nacional de Administração Pública — ENAP

SAIS — Área 2-A

70610-900 — Brasília — DF

Telefone: (0XX61) 445 7095 / 445 7096 — Telefax: (0XX61) 245 6189

© ENAP, 1999

Tiragem: 1.500 exemplares

Assinatura anual: R\$ 40,00 (quatro números) — Exemplar avulso: R\$ 12,00

Revista do Serviço Público/Fundação Escola Nacional de Administração Pública -
v.1, n.1 (nov. 1937) — Ano 50, n.3 (Jul-Set/1999). Brasília: ENAP, 1937.

trimestral

ISSN:0034/9240

De 1937 a 1974, periodicidade irregular, editada pelo DASP e publicada no Rio de Janeiro até 1959. Interrompida de 1975 a 1981. Publicada trimestralmente de 1981 a 1988. Periodicidade quadrimestral em 1989. Interrompida de 1989 a 1993.

1. Administração pública - Periódicos.

I. Escola Nacional de Administração Pública.

CDD: 350.005

Sumário

RSP

Revista do
Serviço
Público

Ano 50
Número 3
Jul-Set 1999

Inovações organizacionais em política social: o caso da Grã-Bretanha <i>Marcus André Melo, Nilson do Rosário Costa & Pedro Luís Barros Silva</i>	5
A descentralização do sistema de saúde no Brasil <i>Nilson do Rosário Costa, Pedro Luís Barros Silva & José Mendes Ribeiro</i>	33
Da burocracia à <i>ad hoc</i> racia <i>Flavio A. de Andrade Goulart & Rosani Evangelista da Cunha</i>	57
Estado e Terceiro Setor: uma análise de aproximação <i>Luiz Carlos Abreu Mendes</i>	73
A implementação do <i>Government Performance and Results Act</i> na administração pública dos EUA <i>Carlos Alberto Sampaio de Freitas</i>	93
<i>Resenha</i> As possibilidades da política: idéias para a reforma democrática do Estado <i>Wilma Peres Costa</i>	123

Inovações organizacionais em política social: o caso da Grã-Bretanha¹

*Marcus André Melo
Nilson do Rosário Costa
Pedro Luís Barros Silva*

RSP

Revista do
Serviço
Público

Ano 50
Número 3
Jul-Set 1999

1. Introdução

Este artigo discute o modelo de inovação no sistema de saúde introduzido na Grã-Bretanha nos anos 90, caracterizado pela implantação do mercado interno na atenção à saúde. Pelo seu pioneirismo, forte visibilidade internacional e intenso debate que suscitou, essa experiência é de grande valia para a discussão dos modelos de inovação em política de saúde. Ela é também paradigma de um dos pilares e/ou dimensões fundamentais da reforma de sistemas de saúde, qual seja a introdução de um modelo contratual, ancorado na separação entre provedor e comprador de serviços. Emblemática da segunda geração de reformas dos sistemas de saúde, que emerge nesse período em um conjunto amplo de países industrializados, contrasta fortemente com a chamada primeira geração, que foi impulsionada pelo imperativo macroeconômico de controle das despesas nacionais com a função saúde, caracterizando-se pelo foco organizacional e microeconômico (Guillen 1999; Saltman e Filgueiras 1998).

O texto a seguir reconstitui, rapidamente, a história da política de reforma do sistema de saúde, examina os mecanismos de ajuste introduzidos durante a implementação da reforma e discute os NHS *trusts* e GPs *fundholders* enquanto modelos organizacionais para sistemas de saúde.

2. Antecedentes da reforma

O modelo de mercado interno foi introduzido na Inglaterra por Thatcher em seu segundo mandato.² A proposta esteve ancorada em

Marcus André Melo, doutor pela *Sussex University* e professor do Departamento de Ciência Política da UFPE.
Nilson do Rosário Costa, sociólogo, doutor em planejamento urbano e pesquisador titular da ENSP/FIOCRUZ/RJ.
Pedro Luís Barros Silva, administrador público, doutor em ciência política, professor do Instituto de Economia e coordenador do NEPP/UNICAMP/SP

dois movimentos fundamentais. O primeiro está associado à criação da Comissão Interministerial que produziu um documento oficial, o *White Paper Working for Patients*, no qual se apresenta um amplo diagnóstico do *National Health Service* (NHS), e estabelecem-se diretrizes para uma reforma. O segundo movimento é representado pelas iniciativas práticas e conceituais em torno da idéia de mercado interno. Ambas, na realidade, precedem a proposta do governo Thatcher. No plano prático, várias iniciativas já incorporavam a idéia de mercado interno: na própria Inglaterra, a experiência de compra competitiva de serviços na área de *East Anglia*; na Holanda e na Nova Zelândia. No plano conceitual, por sua vez, as várias contribuições de Alan Enthoven, elaboradas durante a década de 80, já estabeleciam as bases do modelo de mercado interno.³

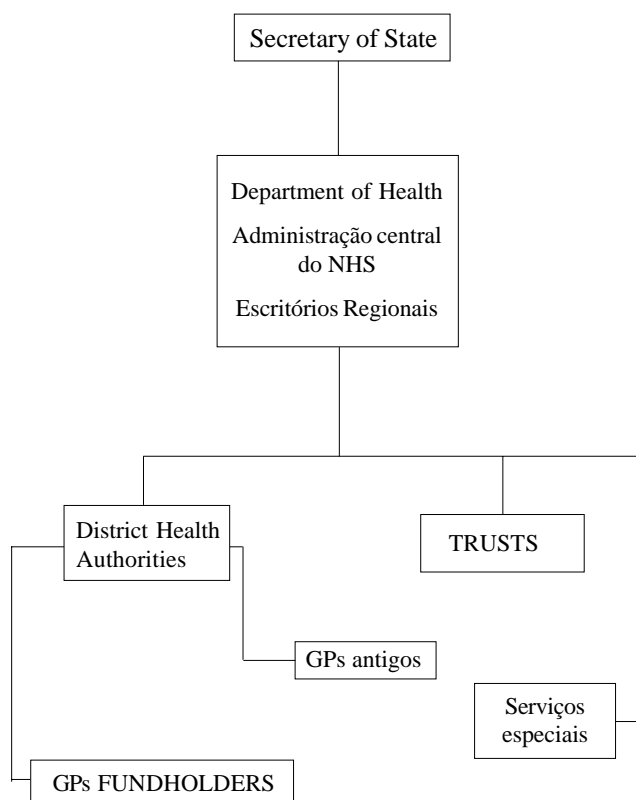
Divulgado em 1989, *Working for Patients* consistiu em um amplo diagnóstico das mazelas que afligiam o NHS: graves problemas de financiamento, baixa qualidade de atendimento — sinalizada pelas longas filas de espera para tratamento hospitalar não-emergencial e profundas variações no padrão de atendimento entre as unidades do sistema. Vale assinalar que a primeira iniciativa importante do governo Thatcher ocorreu em 1983 através do *Griffiths Report*,⁴ que recomendou um conjunto de medidas gerenciais radicais na gestão do sistema, mas que na prática mantinha sua arquitetura geral intacta. O governo também formulou o *Patients Charter* em 1991 — estendendo os preceitos do *Citizen's Charter* para a área da saúde — sinalizando que o paciente era o foco do novo sistema.

Paradoxalmente, o governo Thatcher descartou iniciativas de mudança estrutural no sistema que implicasse em algum grau de privatização. Os documentos oficiais produzidos sancionam o modelo de pagador único (*single payer*) e financiamento público com recursos fiscais. Tendo firmado esta opção estratégica, a questão converteu-se em como introduzir mudanças no sistema, de forma a torná-lo mais eficiente no nível microeconômico. A questão macroeconômica ocupou pouco espaço na agenda, em virtude do próprio fato de que o gasto nacional em saúde na Inglaterra atingia um dos valores mais baixos entre os países da OCDE.⁵

A proposta de reforma foi aprovada no Parlamento em 1990⁶ e começou a ser implementada em 1991. A principal mudança ocorrida relaciona-se à separação provedor-pagador no NHS. Antes da reforma, o NHS funcionava como um sistema integrado. A Figura e o Quadro 1 apresentam um sumário da situação antes e depois da reforma em relação aos papéis dos atores no sistema, os padrões de financiamento e gerenciamento, e a integração entre níveis de atenção.

Criado em 1948, o NHS, antes da reforma em 1990, estava composto de 14 autoridades sanitárias regionais (RHA) na Inglaterra, mais escritórios provinciais no País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte. Sob a supervisão direta dessas autoridades, encontravam-se as Autoridades de Saúde Distritais (DHAs), que encarregavam-se da operação de hospitais nas suas jurisdições. A rede hospitalar na Grã-Bretanha era e continua sendo de natureza predominantemente pública: mais de 80% dos leitos hospitalares estão em hospitais públicos.

Figura 1: NHS — Organograma pós-reforma



Quadro 1: O *National Health Service* antes e depois da Reforma

Antes da Reforma	Depois da Reforma
<p>Papel dos <i>District Health Authorities</i></p> <p>Responsabilidades difusas envolvendo o planejamento de serviços e a operação de hospitais e unidades de saúde.</p> <p>Financiamento dos serviços de saúde</p> <p>DHAs são financiados pelos serviços prestados em suas jurisdições, com base principalmente em histórico de fluxos de pacientes.</p> <p>Hospitais e outras unidades de saúde recebem um orçamento de seus DHAs, freqüentemente mantendo pouca relação com o número de pacientes que irão receber no próximo ano (devido à distorção provocada pelos pacientes de outros DHAs).</p> <p>Gerenciamento dos serviços de saúde</p> <p>Grande número de níveis burocráticos controlando as atividades dos hospitais e outras unidades de saúde.</p> <p>Papel dos médicos generalistas (GPs)</p> <p>Poucos incentivos por parte dos hospitais em responder e levar em conta as preferências e necessidades dos pacientes e médicos generalistas.</p> <p>Integração dos serviços de saúde</p> <p>Muito pouca integração entre atenção primária e secundária, e pouca ênfase no equilíbrio entre tratamento e prevenção.</p>	<p>O DHA responsabiliza-se pela avaliação das necessidades de saúde da população e planejamento das ações de saúde.</p> <p>DHAs são financiados para comprar serviços de saúde em nome dos seus pacientes. O financiamento reflete o tamanho, idade e perfil da população de cada jurisdição. Hospitais e outras unidades de saúde recebem um orçamento de outros DHAs com os quais eles estabeleceram contratos de prestação de serviço. Os contratos estabelecem a quantidade, qualidade e custo dos serviços a serem prestados (em cada ano). O financiamento é, portanto, diretamente articulado à prestação de um serviço específico.</p> <p>Todos os hospitais e unidades de saúde assumem maiores responsabilidades sobre suas atividades, de forma que os indivíduos prestando serviços são os mesmos que tomam as decisões essenciais. Algumas dessas unidades tornam-se NHS <i>trusts</i>, independentes do DHA, mas integrantes do NHS.</p> <p>DHAs consultam os GPs intensamente a respeito do referenciamento (inclusive sobre provedores preferenciais) e realizam <i>surveys</i> sobre a qualidade de serviços como parte do processo de contratação de serviços. Alguns GPs tornam-se <i>fundholders</i>, possibilitando-lhes contratar os serviços diretamente.</p> <p>DHAs (responsáveis por serviços comunitários de saúde de base hospitalar) e FHAs (responsáveis pela atenção primária à famílias) estão ambos sob a supervisão de uma unidade regional (RHAs). O novo foco dos DHAs na avaliação das necessidades de saúde lhes permite lograr, conjuntamente com os GPs, um melhor equilíbrio entre tratamento e prevenção.</p>

Fonte: Adaptado de Robinson (1994).

3. Mercado interno, quase-mercado ou mercado administrado?

A principal modificação desejada pela reforma, ao separar provedores e compradores de serviço, foi transformar gerencialmente o sistema, instituindo uma estrutura competitiva que premia a eficiência e a qualidade. O financiamento dos DHAs (e, por extensão, dos hospitais que estavam em sua vasta maioria sob sua administração direta) passa com a reforma a ser feito através da compra de serviços realizados pelos *trusts* e GPs *fundholders*. É esse mercado de bens e serviços interno ao próprio setor público — portanto um quase-mercado — que determinará os preços, a qualidade e o volume de serviços de saúde.

O termo ‘quase-mercado’ representa um neologismo cunhado e difundido por um grupo de autores ingleses (Legrand e Bartlet, 1993) com relação a essas estruturas competitivas que emulam uma situação de mercado no seio do setor público.⁷ O termo ‘quase’, mais precisamente, é justificado pelos seus proponentes por três razões, tanto pelo lado da demanda, quanto pelo lado da oferta. Pelo lado da oferta, há competição entre provedores de serviços, mas as entidades que participam desse mercado não são maximizadoras de lucro, nem são necessariamente privadas. Pelo lado da demanda, em um quase-mercado, o poder de compra não é monetizado. Ele toma a forma de orçamentos ‘carimbados’ (e que têm por definição um teto), sujeitos ao encontro de contas posteriormente, ou são *vouchers* só conversíveis em certos produtos específicos, ou está centralizado em uma agência governamental centralizada. Ademais, na maioria dos casos, a decisão de compra não está na mão do usuário ou consumidor final, mas em um segundo ator (GPs *fundholders*, *care managers*, DHAs etc.) ao qual se delega essa decisão.

O arranjo proposto pela reforma assenta-se no princípio de que com os contratos de serviços o dinheiro segue o paciente (*money follows the patient*). Essa noção representa um esforço de introduzir o conceito de soberania do consumidor em situações de concorrência perfeita, difundidas pela teoria econômica. Assume-se que, dessa forma, os provedores de serviço tenham um incentivo para responder mais efetivamente às necessidades dos pacientes. Esse é o pressuposto básico da separação comprador/provedor.⁸ O resultado esperado é que se possa alterar o equilíbrio de forças em prol dos usuários de serviço em detrimento dos provedores, que, pela posição que ocupam, impõem seus interesses nos sistemas de provisão.

Uma qualificação importante, no entanto, é que, em princípio, os *trusts* e GPs *fundholders* podem comprar serviços de qualquer provedor, inclusive de provedores privados, embora o sistema tenha-se mantido,

fundamentalmente, de propriedade pública (e os provedores privados têm se queixado de estarem em situação adversa). Nesse sentido, o sistema *de facto* representa um mercado interno, mas *de jure* seria melhor descrito como um sistema misto.

Os *trusts* representam os ofertantes de bens e serviços, e os GPs *fundholders* e DHAs representam os compradores de serviços. Esse arranjo já foi denominado por alguns autores como um modelo contratual monopsônico, e substitui o arranjo anterior caracterizado como um modelo integrado monopolista. O sistema é monopsônico porque tem um só conjunto de compradores públicos (Ham, 1997: 13). Não há competição pelo lado do financiamento do sistema (por terceiros pagadores ou seguradores).

Pelo lado da demanda, os recursos provêm de recursos fiscais, e são repassados para os DHAs e GPs *fundholders* com base em critérios populacionais (ajustados segundo parâmetros de idade, sexo, mortalidade e renda).⁹

Vale observar que, embora a adscrição rigorosa de clientelas seja mantida como base para o financiamento no novo modelo, rompeu-se o vínculo entre provedor e a população dentro de cada jurisdição. Essa ruptura ocorreu em outras áreas da política social, configurando o que Walsh *et al.* (1997) denominaram a revolução contratual na provisão de serviços sociais.¹⁰ No plano mais amplo do setor público como um todo, o novo paradigma foi anunciado pelo programa *Next Steps* e pelo *Citizen's Charter*.

Na área de serviços sociais, também introduziu-se a separação comprador-provedor. Foi instituída a figura do *care manager* que, conjuntamente, toma decisões sobre a compra de serviços de atenção domiciliar (a idosos, portadores de patologias de tratamento domiciliar, deficientes físicos, etc.) entre outros.

Na área educacional, que precedeu cronologicamente a reforma da saúde, introduziram-se vários modelos diferentes pelos quais as decisões relativas à alocação de recursos para as escolas passam a ser tomadas pelas famílias, substituindo decisões burocráticas por parte de entidades governamentais.¹¹ No caso do sistema de *vouchers* — conhecido como *open enrollments* — as famílias de uma circunscrição recebem recursos (*vouchers*) a serem utilizados pelos seus estudantes para matricular-se em outra escola (o que não era permitido no modelo anterior). Nesse caso “o dinheiro segue o estudante.” Observa-se uma interação mais próxima de uma situação de mercado, porque as escolhas de provedores (escolas) estão individualizadas e as decisões são tomadas pelas famílias.

No caso da saúde, as escolhas obedecem à avaliação das necessidades de saúde, em um distrito sanitário, realizada pelas DHAs, introduzindo-se, nesse caso, um elemento de planejamento que é estranho ao mercado.

Afora os aspectos citados, também justificar-se-ia a qualificação de quase-mercado o fato de que, ao longo da implementação da reforma, muitos resultados ou situações de mercado foram objeto de interferência política e administrativa, porque foram julgados inaceitáveis (como foi o caso da situação potencialmente falimentar da maioria dos hospitais situados nas grandes conurbações inglesas como resultado da reforma).¹² Nesses casos, os elementos de saída típicos de mercado — dentre os quais a pura falência de um provedor — não operam.

O sistema pós-reforma preserva, portanto, a universalidade do acesso à saúde, o financiamento público e introduz elementos que contribuem à competição administrada. A reforma pode ser considerada, portanto, como uma gigantesca iniciativa de planejamento — e não de reforma de mercado —, em bases conceituais novas, no âmbito do setor público. Ham (1997: 48),¹³ no entanto, assinala que devido à forte regulação pública do sistema, e devido ao fato de que hospitais privados podem participar do mesmo, esse seria melhor caracterizado como um modelo de mercado administrado.

Managed markets (mercado administrado), *public competition* (competição dentro do setor público), *consumer choice-vouchers*¹⁴ (modelo de escolha do consumidor), e quase-mercados, são expressões que designam alternativas distintas que variam, basicamente, em termos de quem pode participar (apenas entidades públicas, privadas, ONGs, empresas privadas ou um *mix* desses diversos agentes) da provisão de serviços, do desenho específico da política em relação à provisão de saúde — que, em todas as experiências de modelos competitivos de novo tipo, assentam-se no acesso universal.

Em relação a esse último ponto, os modelos universalistas podem ser divididos naqueles baseados no seguro ou em compra direta de serviços por terceiros. Três modelos podem, portanto, ser identificados: o modelo inglês, o modelo holandês (que combina acesso universal com o direito do cidadão de escolher ele próprio sua empresa de seguro saúde) e o modelo sueco (que combina acesso universal e competição entre provedores por serviços comprados por esferas locais de governo).

A matriz teórica dessas experiências, na realidade, é o modelo americano das *Health Maintenance Organizations*. Embora sejam instituições privadas, constituem-se em alternativas importantes para superar problemas que afligem mercados de seguro, como seleção adversa e *moral hazard*. A lição extraída dessas instituições, pelos modelos de saúde universal europeus, foi que entidades compradoras de serviço podem cumprir um papel importante em contrabalançar a influência dos provedores, ao mesmo tempo que também permitem eliminar problemas de *moral hazard* (o financiamento público e acesso universal podem, da mesma forma, levar ao superconsumo de serviços).

Uma questão adicional para uma discussão sobre os quase-mercados tem a ver com os requisitos e pré-condições para que eles funcionem e produzam os objetivos que se esperam dos mesmos (seja maior eficiência, *responsiveness*, liberdade de escolha, efetividade, ou equidade).

Um dos aspectos essenciais é que o grau de monopólio no sistema (ou nas jurisdições) seja baixo. O argumento tradicional é que se os compradores podem organizar-se e exercer um forte poder de pressão, as ineficiências potenciais podem ser superadas ou reduzidas. Nessas situações, podem-se observar casos de monopólios bilaterais cuja solução também é ineficiente. Um dos supostos conceituais do modelo de mercado interno é a Teoria dos Mercados Contestáveis (*contestable markets*)¹⁵, que modela as condições nas quais mercados monopólicos podem ser eficientes pela mera existência ou ameaça de um competidor potencial, mesmo que essa ameaça não se realize na prática.

4. Os trusts como modelo organizacional

A reforma criou uma nova figura jurídica, os *trusts*, que foram criados a partir dos hospitais públicos existentes. À semelhança do que ocorreu com os DHAs, em virtude da redefinição de seu escopo de atividades, muitos *trusts* resultaram de fusões. Os *trusts* são entidades com fins não-lucrativos e não podem distribuir dividendos a seus controladores. Segundo Bartlett e Legrand (1994), mesmo no regime administrativo inglês, os *trusts* representam uma entidade de difícil categorização. Distinguem-se de outras entidades desse tipo pelo fato de sua fonte de recursos não serem doações, mas a venda comercial de bens e serviços. No sistema anterior à reforma, os recursos produzidos pelos ganhos de eficiência logrados eram descontados do orçamento do ano subsequente. Os ganhos de eficiência dos *trusts* podem ser retidos e apropriados pela entidade embora não possam ser convertidos em quaisquer formas de remuneração dos seus membros. Tais ganhos podem ser utilizados em melhorias na infraestrutura e treinamento dos seus membros, ou outras vantagens de caráter pessoal e/ou institucional.

Os *trusts* são entidades autônomas, do ponto de vista gerencial, embora seu diretor-executivo seja indicado pelo *Secretary of State*. A autonomia que gozam, deve-se, em grande parte, ao rompimento dos vínculos que os provedores mantinham com o nível distrital e regional da administração da saúde. Em certo sentido, os *trusts* assemelham-se a cooperativas de provedores de serviço.

Os *trusts* são autônomos em matéria de recrutamento e remuneração (número de empregados a ser contratados; definição *mix* do *staff*; planos de cargos e carreira). No entanto, eles são fortemente regulamentados em relação às suas decisões de investimento de capital. Eles são sujeitos a limites rígidos de financiamento externo. Tais limites estabelecem restrições ao endividamento externo e à utilização de *surpluses* de caixa (especificando valores para repagamento de dívidas, etc). Os *trusts* também só podem desfazer-se de seus ativos ou adquirir novos dentro de alguns limites.

Em termos de sua gestão financeira, os *trusts* devem garantir que o uso de seus ativos produzam uma taxa de retorno de 6%. Isso implica que, nos seus contratos, deve-se prever esta remuneração para os ativos em uso. Além disso, os *trusts* devem *break even* um ano com outro. Isso implica, basicamente, que seus preços devem ser equivalentes a seus custos médios, e que não pode haver subsídios cruzados entre serviços. Os *trusts* também devem manter-se dentro do seu limite de financiamento externo, sendo que investimentos de capital só podem ser realizados se os *trusts* demonstrarem que os custos podem ser cobertos com receita de contrato.

Essa forte regulação dos *trusts* significa, na prática, que a autonomia e independência deles é bastante limitada, e que uma perspectiva de curto prazo está embutida no seu regime financeiro. Tais limites à utilização dos excedentes gerados por uma gestão mais eficiente cancelam, em grande medida, os incentivos a uma melhor performance (Bartlett e Legrand, 1993: 56).

O Quadro 2 apresenta um conjunto de atributos dos *trusts*, comparados com o modelo de hospital diretamente administrado existente pré-reforma, segundo Kitchener (1998). Tais atributos referem-se a aspectos do modelo interpretativo dos provedores, dos sistemas de funcionamento e da estrutura organizacional. O modelo interpretativo consiste no conjunto de valores e normas que dão sustentação ao sistema e à estrutura de uma organização.

Quadro 2: A ecologia organizacional dos provedores

O arquétipo do hospital pré-reforma	O arquétipo do hospital pós-reforma
<p>O modelo interpretativo</p> <p>Atenção hospitalar organizada cooperativamente e livre provisão.</p> <p>Ajustes estruturais baseados em aumentos incrementais no financiamento.</p> <p>Limites rígidos entre <i>management</i> e <i>staff</i>; autonomia profissional.</p> <p>Um <i>surplus</i> orçamentário produzirá uma redução do orçamento no ano subsequente; a atenção médica gera despesas; profissionais bem-sucedidos consomem recursos; a regulação determina o <i>mix</i> de serviços; provisão de serviços na própria unidade hospitalar.</p> <p>Sistemas</p> <p>A renda manejada em cada unidade provém das autoridades de saúde; subsídios cruzados, ex: ensino médico e serviços comunitários.</p> <p>Sistemas de informação precários.</p> <p>A base de recursos da unidade é gerenciada externamente; salários e recrutamento de pessoal não são alteráveis no curto prazo; decisões sobre fechamento ou mudanças de uso na unidade são sujeitos a consultas formais.</p> <p>Estrutura</p> <p>Setorial — hierárquica e funcional, baseada em comunicação vertical.</p> <p>Interna — colegiados profissionais e hierarquia administrativa.</p>	<p>Atenção hospitalar organizada competitivamente no âmbito de quase-mercados. Relações mercantis para garantir eficiência.</p> <p>Transformação.</p> <p>Limites frouxamente demarcados entre <i>management</i> e <i>staff</i>; tentativas de redução da autonomia profissional.</p> <p>Um <i>surplus</i> orçamentário irá aumentar os recursos disponíveis no ano subsequente; a atenção médica gera receita; profissionais bem-sucedidos responsabilizam-se pela orçamentação do consumo; os mercados determinam o <i>mix</i> de serviços; terceirização de serviços.</p> <p>A renda de cada <i>trust</i> provém de contratos com as autoridades de saúde, GPs <i>fundholders</i> e do setor privado.</p> <p>Maiores necessidades de informação de mercado.</p> <p>A base de recursos é gerenciada internamente. Não há necessidade de um <i>trust</i> fazer consultas sobre fechamento ou mudanças de uso na unidade.</p> <p>Setorial — estruturas mais orgânicas e achatadas quanto aos níveis hierárquicos; comunicação baseada em rede; setor estruturado segundo as especificações do contrato.</p> <p>Interna — redes; diretorias clínicas baseadas no cliente/mercado.</p>

Fonte: Kitchener (1998).

As expectativas normativas em ambos os modelos são bastante distintas. O modelo *trust* está estruturado em bases competitivas, com baixa autonomia profissional, limites imprecisos entre *management* e *staff*, forte valoração simbólica da atenção aos custos por parte dos profissionais médicos e uma expectativa normativa de que pacientes produzam receita.

Os *trusts* são sistemas gerenciados internamente, com estruturas exibindo forte compressão dos níveis hierárquicos, organização em rede e forte centralidade das novas diretorias clínicas.

A principal inovação organizacional dos *trusts*, em relação aos hospitais administrados diretamente pelos DHAs antes da reforma, foi a criação de *clinical directorates*, ou diretorias clínicas colegiadas. Tais diretorias envolvem diretamente profissionais médicos na tomada de decisão, em relação a assuntos gerenciais e administrativos (relativos a custo, volume e tipo de serviços).

Para Kitchener (1998), essas diretorias clínicas colegiadas produziram um certo isomorfismo organizacional¹⁶ nos provedores e representa o núcleo duro do que denomina modelo arquetípico dos *trusts*. Esse arranjo institucional surgiu em função da tensão entre os requisitos do modelo contratual e a preservação da autonomia médica.¹⁷

Harrison (1995: 168) descreve de forma concisa as implicações surgidas com a mudança organizacional ocorrida e suas implicações sobre a autonomia médica:

“... os *trusts* estão adotando formas internas de organização formal e orçamentos que buscam integrar os médicos especialistas,¹⁸ no gerenciamento geral das instituições. Todos os *trusts* têm um diretor médico, e muitos estão instituindo ‘diretorias médicas’ como seu princípio organizador básico. Essas diretorias são em geral baseadas em especialidades e são chefiadas por um médico que atua a metade do tempo como administrador, freqüentemente trabalhando em conjunto com um diretor geral não-médico. (...) A combinação dessas mudanças com um ambiente criado pela divisão comprador/provedor permitiu um controle gerencial muito maior sobre as atividades clínicas dos médicos do que a prevalecente anteriormente. Assim os gerentes de hospitais podem exigir mudanças em serviços clínicos com o argumento de que sem elas haverá perdas de receita.”

O modelo de gestão transitou, portanto, daquilo que a literatura denominou de modelo de consenso para um modelo mais competitivo. Alguns elementos dessa nova forma de gestão foram introduzidos após as recomendações do Relatório *Griffiths* de 1983. Dentre as mudanças ocorridas, a principal foi a substituição de colegiados decisórios por uma estrutura mais centralizada em um gerente.

A transição para o modelo *trusts* seguiu um padrão, no entanto, no qual alguns arranjos anteriores foram mantidos. Na área de recursos humanos, por exemplo, concedeu-se a possibilidade dos servidores optarem por permanecer no modelo anterior, em termos de relações trabalhistas ou de

aderir ao novo modelo (Seccombe e Buchan, 1995: 189). O modelo anterior estava assentado em negociações coletivas centralizadas e seguia o padrão conhecido como modelo dos *Whitley Councils*, ou seja, a adoção de uma arbitragem por comissões independentes, no caso de alguns profissionais. Esse modelo assentava-se na representação de empregados e empregadores em comissões nacionais por tipo de ofício.¹⁹

Fortemente centralizado, esse modelo manteve-se desde a criação do NHS em 1948 até a reforma, e funcionou de uma forma relativamente estável, em um dos setores mais intensamente sindicalizados, e no qual destacam-se sindicatos de grande força política, como o dos enfermeiros e auxiliares. Um dos efeitos da reforma, foi o de ter produzido, gradativamente, uma fragmentação desse modelo, onde as negociações trabalhistas são discutidas na própria unidade. Um dos pilares do modelo de consenso era o fato de que as negociações ocorriam de forma centralizada, em nível nacional, e não em nível distrital ou regional, despolitizando o gerenciamento.

No novo modelo, as negociações não são realizadas com os sindicatos, segundo grupos de ofício, mas estão assentadas na representação funcional de cada diretoria clínica (Seccomb e Buchan, 1995: 190-1). Os *trusts* mostravam-se inteiramente desaparelhados para o desempenho dessas funções e tiveram que, rapidamente, desenvolver capacidade institucional na área trabalhista, à semelhança de empresas de grande porte. A fragmentação da representação tem levado à abolição de aumentos salariais lineares e à introdução de sistemas de avaliação de desempenho.

Embora sua implementação tenha sido gradativa, é possível identificar claramente quem são os perdedores no plano dos provedores. Os estudos existentes têm destacado dois atores: os médicos de hospitais (pela perda de autonomia) e profissionais específicos, com grande perdas para os profissionais enfermeiros. A flexibilização de funções e tarefas que acompanhou a introdução do gerencialismo, acarretou perdas importantes para esse setor que, pela sua força política, havia desfrutado de prerrogativas consideráveis no modelo anterior.

Com relação aos profissionais médicos, Harrison (*ibid.*) assinala que:

“...os novos gerentes estão muito mais claramente ‘no comando’ das organizações provedoras. Dessa forma, os contratos dos médicos especialistas são gerenciados pelos *trusts*, os quais podem mais facilmente variar suas cláusulas. Por exemplo, há registro de vários *trusts* oferecendo contratos fixos de curto prazo, ao invés de contratos com estabilidade plena no emprego, além de incluírem outras restrições sobre a prática médica.”

Um aspecto fundamental na nova estrutura organizacional pós-reforma refere-se à mudança ocorrida na dinâmica da organização

(Kitchener, 1998). Antes da reforma, os hospitais eram estruturas inteiramente voltadas para o seu próprio ambiente. Não dispunham de uma base informacional sobre o mercado, nem nenhuma preocupação com funções de *marketing* e comunicação externa. Os *trusts*, ao contrário, são estruturas voltadas para o seu ambiente externo.

Correlato a essa orientação, observaram-se um forte movimento de profissionalização da gestão e a introdução de sistemas de avaliação da satisfação do usuário. Um desenvolvimento perverso tem sido o uso de *marketing* agressivo junto a pacientes (Kitchener, 1998).

5. O modelo organizacional dos GPs *fundholders*

A pedra angular da reforma, da maneira em que ela originalmente foi desenhada, eram os distritos sanitários (DHAs), e não os GPs *fundholders* (Glennester, 1994: 9, *passim*). Os distritos é que funcionariam como grandes HMOs, comprando serviços em nome da população sob sua jurisdição direta.²⁰ Gradativamente, e após muita controvérsia, os GPs *fundholders* passaram a constituir-se em elementos centrais do sistema, superando em importância estratégica os próprios DHAs (*ibid.*). Devido à baixa amplitude do pacote de serviços que um GP poderia responsabilizar-se, estimava-se que mesmo que todos os GPs existentes tivessem se tornado *fundholders*, o valor agregado dos serviços equivaleria a apenas 15%. Com as mudanças posteriores esse valor chegou quase a dobrar.

A reforma de 1990 redefiniu o papel dos médicos generalistas no NHS. Tais profissionais, devido ao mecanismo de adscrição de clientela criado em 1948, representam os *gatekeepers* do sistema. Pela organização do sistema de referenciamento, eles continuam sendo a porta de entrada dos pacientes no sistema de saúde. Com as novas funções de gerenciadores de fundos, eles convertem-se efetivamente em operadores centrais do quase-mercado de serviços de saúde.

Do ponto de vista gerencial, os GPs *fundholders* desfrutam de grande autonomia. Eles passam a desfrutar de discricção quase total no plano das relações de trabalho: cobrem aspectos envolvendo salários e recrutamento de pessoal, podendo inclusive contratar gerentes para supervisionar as suas próprias *practices* (consultórios) e serviços de apoio.

Essa intermediação realizada pelo GP, que atua em nome do paciente, faz-se necessária em função do reconhecimento de que existem falhas de mercado importantes no mercado de serviços de saúde, sobretudo a assimetria de informação e *moral hazard*. Em outras palavras, durante o ato médico, é o profissional médico e não o paciente que determina o volume de serviços que deverá ser consumido. Na medida em

que esse profissional não poderá, no arranjo proposto pela reforma, vender serviços ou lucrar com a demanda que ele controla e administra, e além do mais, podendo utilizar os recursos poupados pelo uso mais eficiente de recursos em benefícios para a sua *practice*,²¹ passa, assim, a defrontar-se com uma estrutura de incentivos que o faz agir efetivamente em nome do paciente.

Uma exceção, nesse quadro, são os casos de tratamento que podem ser realizados no próprio consultório, e que não são atenção primária, tais como pequenas cirurgias. Nesses casos, permitiu-se a criação de empresas operando na mesma unidade do consultório, de propriedade dos GPs, das quais os GPs poderiam comprar serviços. Esse modelo passou a ser denominado *Private partnerships*. Após vários experimentos com alguns casos, permitiu-se a generalização da prática, que, no entanto, é fortemente regulada. Os casos permitidos são restritos a apenas 17 categorias de tratamento, e os GPs só podem dedicar 30 horas mensais a essas atividades (*op. cit.*: 16-7).

O papel dos GPs também é importante na redução dos problemas de *moral hazard* associada ao consumo de bens livres ou para o que se tenha contratado seguro. Os GPs operam, nesse caso, como uma barreira às tendências intrínsecas de superconsumo de serviços pelos pacientes em sistemas pré-pagos ou de financiamento livre. O papel de *gatekeeper* reduz essa tendência.

Por outro lado, os próprios GPs e não os pacientes podem se defrontar com um desincentivo a buscar alternativas de custo efetivas. No sistema pré-reforma, os GPs não tinham informações sobre os custos do tratamento hospitalar de seus pacientes e, por isso mesmo, tinham eles próprios o incentivo de encaminhar seus pacientes a especialistas. Como passam a dispor de um orçamento, essa estrutura de incentivos se inverte. O próprio GP passa a ser um elemento de contenção de custos. A sistemática de estabelecimento desse orçamento juntamente com o tipo de contrato que o GP estabelece com os provedores passam a ser as variáveis cruciais para a eficiência sistêmica do mesmo (Glennester *et al.*, 1994; Legrand e Bartlett, 1993).

Durante a implementação da reforma, duas alternativas surgiram para estabelecer o tipo de orçamento dos *fundholders* (Glennester *et al.*, 1994: cap. 9). O primeiro tipo baseava-se nos custos históricos das várias *practices* e regiões. O recurso à sua utilização justificava-se para que se assegurasse tranquilidade na transição de um sistema a outro, sem interrupções de serviço que poderiam deslegitimá-la. O problema é que a manutenção das médias históricas existentes, que variavam fortemente de região a região, reproduzia o sistema anterior, e uma das suas principais mazelas: a enorme variedade de parâmetros de serviços e qualidade, e pouca sensibilidade dos GPs às questões de custos. Em outras palavras, os GPs

continuariam a tratar os referenciamentos como um bem livre. Perversamente, esse sistema premiava os GPs que tinham custos maiores.

Uma alternativa seria o uso de médias desses custos. Mas com esse tipo de orçamentação pela média, os GPs acima da média tinham um incentivo a não aderir ao sistema de *fundholding*. Aqueles situados acima da média, supostamente mais eficientes, teriam um incentivo a aderir. Mas o problema, segundo a reforma, era justamente aqueles acima da média — os quais poderiam manter-se fora do sistema.

A segunda alternativa, o uso da capitação ponderada mostrou-se extremamente difícil de se operacionalizar, malgrado as várias tentativas feitas.²² Por isso, o NHS consagrou o uso da média histórica, mantendo a capitação por fórmula como meta de médio e longo prazo, mesmo sendo a primeira flagrantemente ineficiente (Glennester, 1994: 148-9). Era como se a implementação da reforma negasse na prática os seus ideais e objetivos. No período recente, introduziu-se um sistema de *capitation benchmark* que segundo Glennester é:

“...defeituoso em sua construção, frouxamente determinado, e passível de manipulação. Ademais ele falha completamente em estabelecer qualquer parâmetro de ‘necessidade’, ou nível de financiamento, que reflita as características da população registrada em uma *practice*” (*ibid.*: 148).

Os contratos entre os GPs *funholders* e os provedores, por sua vez, podem ser de três tipos. O primeiro tipo são os chamados *block contract*. Nesses contratos especifica-se um valor anual, mas pago mensalmente, para o acesso livre de pacientes aos serviços dos provedores. Nesse caso, os provedores têm um incentivo a prestar menos serviços do que o esperado, e sua redução de serviços só pode ser constatada e ser objeto de negociação durante a renegociação anual do contrato. Nesse caso, o comprador não monitora os contratos detalhadamente, os custos administrativos são baixos e existem poucas condições de detectar infrações contratuais. O segundo tipo de contrato são os *cost per case*, no qual cada tipo de procedimento é pago à vista, sendo que o comprador tem que ter mais informações sobre os custos no mercado de serviços. O terceiro tipo de contrato são os chamados *cost and volume*, no qual se estabelece um volume mínimo de serviços a serem prestados e o *fundholder* repassa um valor mínimo mensalmente. Os serviços são monitorados detalhadamente. Os serviços prestados além do contratado são remunerados na base de *cost per case*, e os procedimentos não cobertos são objeto de renegociação. Se, alternativamente, o volume de serviços for menor do que o contratado, o provedor compensa essa defasagem restituindo recursos, ou prestando mais serviços no mês subsequente (Glennester *et al.*, 1994: 101-2).

Por questões operacionais, os *fundholders* utilizaram basicamente os *blocks contracts*, que são arranjos ineficientes. No período mais recente, há um recurso cada vez maior ao sistema de *cost per case*. Os GPs *fundholders* recebem recursos diretamente, na conta da instituição, para despesas correntes e de pessoal. Todos os pagamentos à rede contratada são realizados através de autorizações de pagamento enviadas pelos GPs à FHSA, que funciona como uma empresa de contabilidade, a qual, por sua vez, transfere os recursos diretamente à rede contratada, muitas vezes utilizando mecanismos contábeis de encontro de contas.

Os *fundholders* podem ter um incentivo a adotar práticas seletivas em relação a pacientes com perfis de risco mais altos, à semelhança de empresas de seguro.²³ Alguns mecanismos foram instituídos para inibir tais práticas. Entre outras coisas, foi introduzida uma cláusula conhecida na literatura de seguro como *stop loss*. Por esse dispositivo, qualquer tratamento, que custe mais do que 5000 libras, tem seu custo arcado pelo DHA.

Um outro desenvolvimento indesejável, que poderia ocorrer possivelmente na nova estrutura de incentivos, seria uma tendência potencial de os GPs economizarem recursos — ou seja, disponibilizarem menor volume de tratamento aos pacientes, e, no limite, negarem o tratamento aos portadores de certas patologias, racionando serviços — para utilizarem tais recursos na própria unidade, em proveito de melhores condições de trabalho, ou para a atenção primária. O *trade off* que pode existir nesses casos é menos perverso do que aquele que ocorre em muitos sistemas, porque, pelo menos, ele ocorre basicamente sobre o uso de recursos entre níveis de atenção, e não sobre racionamento de recursos *tout court*. A proximidade dos GPs em relação a seus pacientes, o monitoramento das ações dos GPs pelas DHAs, a forte difusão da prática de auditoria médica no novo modelo (Harrison, 1995; Kerrison *et al*, 1994), e as pressões de ordem profissional são fatores importantes que contrarrestam essa tendência potencial.

A enorme adesão dos GPs ao novo sistema, no qual os GPs *fundholders* já representam a maioria, não foi antecipada pelos arquitetos da reforma.²⁴ As barreiras à entrada no sistema de *fundholding* foram progressivamente sendo reduzidas. O número mínimo de pacientes necessários para a adesão ao status de *fundholder* foi reduzido, entre 1991 e 1995, de 11.000 para 7.000 e finalmente para 3.000.²⁵ Foi permitida também a associação de GPs com clientela menores em *multifunds*. De forma semelhante, ocorreu uma expansão do tipo de serviços que poderiam ser comprados pelos GPs *fundholders*.

Em abril de 1996, o *Department of Health* lançou, em caráter experimental, o *Total Purchasing Project*. Cobrindo 87 localidades, o objetivo dessa iniciativa era de monitorar a experiência de implementação de GPs *fundholders*, aos quais concedeu-se total liberdade de compra de qualquer tipo de serviço em qualquer nível de atenção. Essa experiência

está começando a ser avaliada por um grupo de trabalho, e suas conclusões ainda não estão disponíveis (Robinson e Steiner, 1998).

Em princípio, os GPs *fundholders* podem comprar serviços de qualquer provedor, inclusive de provedores privados, mas o sistema tem-se mantido, fundamentalmente, como sendo de propriedade pública. Estão excluídos do referenciamento as emergências médicas. Como assinalado, a força dos *fundholders* vai depender, principalmente, do grau de monopólio existente em nível dos provedores, e da capacidade dos GPs *fundholders* de demonstrar como articulam sua demanda, que, em princípio, é bastante fragmentada entre milhares de agentes. Há, no entanto, iniciativas de regulação do setor para evitar conluios e práticas não-competitivas.²⁶

O novo modelo impactou a autonomia médica dos antigos GPs de várias formas. A autonomia médica tem sido discutida na literatura segundo três perspectivas: a) em primeiro lugar, como conceito que sanciona a hegemonia profissional dos médicos, e lhes garante benefícios e vantagens profissionais, em termos de tipo de tratamento empregado, mas também volume, estilo e logística de trabalho; b) em segundo lugar, como ética médica: a percepção de que o médico agirá no interesse do paciente e não de terceiros; c) em terceiro lugar, como mecanismo que dissimula politicamente o 'acionamento' de tratamento em sistemas que, pelo menos em teoria, garantem o acesso universal.²⁷

Como assinalado na discussão do tópico anterior, o impacto dos *trusts* ocorreu sobretudo na forma do item a). O impacto do novo modelo de *fundholding*, por sua vez, ocorreu principalmente nas formas dos itens b) e c) referidas acima. Em primeiro lugar, o fato de os GPs passarem a responsabilizar-se pela compra de serviços, cria a possibilidade potencial de que estes possam ter interesses de natureza não-médica nos referenciamentos (ou no não-referenciamento). Muitos médicos entrevistados por Glennester *et al.* (1994: cap. 5) afirmaram sentirem-se constrangidos pelo fato de que, a partir da reforma, os pacientes teriam menos confiança em relação às decisões quanto às prescrições de remédios e referenciamento.

O julgamento clínico dos médicos pode também vir a ser entendido como julgamento social.²⁸ Nos casos em que há restrições contratuais ao referenciamento, a visibilidade da perda de autonomia torna-se ainda mais expressiva. Associado a esse aspecto está a explicitação no novo modelo do papel do médico como racionador de recursos escassos. No caso dos *trusts* esse aspecto também está presente.

6. Balanço das reformas

Embora a experiência de reforma inglesa seja recente, é possível fazer algumas observações de natureza avaliativa. Um indicador

relevante de que alguns avanços importantes ocorreram é o reconhecimento, pelo governo trabalhista de Tony Blair, de que a reforma está na direção correta.²⁹

Fortemente identificada como uma proposta de um governo conservador radical, a avaliação da proposta foi prejudicada pela politização excessiva da discussão. Muitas melhorias, no entanto, podem não estar associadas diretamente à reforma e resultam do novo ambiente criado, em que as questões da saúde e, sobretudo, aquelas relativas à qualidade da atenção, ganharam grande centralidade e estavam ancoradas em decisões políticas que desfrutavam de forte e direto apoio do governo.

A avaliação do impacto da reforma, em termos de provocar maior eficiência no sistema mediante o aumento da competitividade adquirida no mercado interno criado, é relativamente inconclusiva. A força dos *fundholders* e DHAs (na compra de serviços de saúde pública) vai depender, fundamentalmente, do grau de monopólio existente em nível dos provedores. Algumas avaliações foram realizadas buscando-se aferir o grau de competição lograda no mercado interno da saúde criado pela reforma. Apleby *et al.* (1995) realizaram um estudo com dados de 1993 e estimaram que, para o caso específico de cirurgia geral na região central da Inglaterra (*West Midlands*), cerca de 75% dos hospitais não desfrutavam de posições potencialmente monopolísticas (medidas pelo índice de Hirschman-Herfindahl).³⁰ Os autores concluem, portanto, que o quase-mercado criado é potencialmente competitivo. No entanto, a porcentagem daqueles que desfrutavam de posições potencialmente monopolísticas (23%) é preocupante para esses autores.

Outro estudo examinou, de forma detalhada, o efeito da nova competição nos *trusts*, com um foco no efeito do marco regulatório, em especial do sistema de preço médio adotado (Propper e Bartlett, 1997). As conclusões sugerem que os *trusts* exibem um comportamento bastante variado, evidenciando que são as variáveis de natureza organizacional e gerencial que explicam a heterogeneidade de situações encontradas. Os casos em que se observa maior devolução de decisões no controle gerencial “são aqueles mais inovadores e mais *responsive* às demandas dos GPs *fundholder*” (*op cit.*: 28).

Em relação ao efeito do novo sistema como resultado da introdução dos *fundholders*, Glennester *et al.* (1994: cap. 6) examinaram três tipos de contratos, correspondendo às três ondas pelas quais o sistema de *fundholding* foi implementado. As mudanças observadas variam segundo o tipo de contrato, mas são no conjunto positivas. Embora fossem bastante críticos da qualidade dos seus serviços, muitos GPs não mudaram os hospitais e especialistas com os quais mantinham referenciamentos, com receio de afetar relações estabelecidas. Há fortes evidências que a própria ameaça

ou possibilidade de mudança, prevista pela Teoria dos Mercados Contestáveis, em relação a várias especialidades, influenciou o padrão de serviço vigente (*ibid.*).

Ocorreu efetivamente uma melhoria nos indicadores de eficiência sistêmica, como por exemplo, uma redução significativa no tempo de espera para cirurgias eletivas (embora tenha havido um aumento concomitante no número de pacientes esperando pelo serviço). É difícil, no entanto, atribuir esses ganhos de eficiência ao modelo de mercado interno.³¹ As melhorias ocorridas estão associadas à introdução de arranjos organizacionais mais eficientes para marcação de consultas e exames.

Uma das limitações aos ganhos do modelo de mercado interno tem sido o uso generalizado de contratos em bloco (*block contracts*), os quais não incorporam aspectos como qualidade ou produtividade. Nesses casos, inverte-se o princípio *money follows the patient*, pois é o “paciente que acaba seguindo o dinheiro” (Ham, 1997: 56; Harrison, 1995).

Parte substancial da eficiência do novo sistema, na prática, depende de como os contratos entre provedores e compradores têm sido desenhados e implementados (Flynn e Williams, 1997). Assim, o próprio uso ou não de certas cláusulas (ex. *block contracts*) cria situações distintas em termos do padrão de qualidade e volume de serviço efetivamente prestado.

A experiência desses contratos no NHS exhibe uma extraordinária variabilidade, que tem a ver com as inúmeras contingências futuras não-antecipadas e, fundamentalmente, pelo fato de que o sistema está em fase de implementação. Existem poucos casos de *default* contratual para informar como o descumprimento de cláusulas será tratado. Em resposta a essas situações, os contratos têm se tornado mais e mais detalhados (*ibid.*).

Outro aspecto crucial para definir o sucesso da reforma, como assinalado, tem a ver com a forma pelo qual as regiões específicas estabeleceram soluções para definir o orçamento de cada *practice* dos GPs *fundholders*. Há indicações de muita variação nesse sentido (Glennester, 1994: cap. 9 e 10). De qualquer forma, as áreas nas quais o sistema de *fundholding* opera — tratamento ambulatorial, cirurgias eletivas, serviços especializados, de patologia etc. — eram consideradas as mais notoriamente problemáticas e ineficientes de todo o NHS, de forma que, a despeito dos problemas de implementação, não foi muito difícil alcançar alguns ganhos de eficiência. A experiência de *total purchasing*, que busca emular o padrão *managed care* no caso inglês, ainda está sendo avaliada (Robinson e Steiner, 1998).

Uma das áreas com maior taxa de sucesso tem sido aquela relativa às práticas de prescrição de medicamentos. Os *fundholders* parecem ter uma consciência muito maior a respeito dos custos de medicamentos, e tem-se difundido o uso de genéricos com mais velocidade entre os *fundholders* do que entre os GPs tradicionais.

Um dos aspectos que persistem como um dos problemas centrais do novo NHS refere-se às iniquidades existentes no sistema, derivadas da existência de uma estrutura híbrida de *fundholders* e GPs tradicionais. Essas iniquidades dizem respeito ao fato de que há mais recursos para certos tipos de tratamento para a população registrada nos *fundholders* do que para aquela registrada nos GPs tradicionais. Nesse último caso, as decisões de tratamento são tomadas pelos DHAs. No entanto, por várias razões, dentre as quais, o fato de que a orçamentação baseada no *formula funding* dos GPs leva em conta custos históricos e a dos DHAs não.

Outro aspecto importante relaciona-se aos custos de transação no novo sistema. O sistema de hospitais, diretamente administrados, tinha custos administrativos muito menores (Ham, 1997: 55). Novos recursos humanos foram contratados para as tarefas de administração dos centenas de milhares de contratos diferentes com GPs *fundholders* e DHAs. O novo sistema contratual de fato produziu uma crise administrativa no curto prazo e levou o governo a criar uma força-tarefa que produziu um conjunto de procedimentos racionalizadores. Com a criação de novas estruturas administrativas nas áreas de sistemas de informação e *marketing*, os custos do sistema aumentaram significativamente.

Em termos gerais, um aspecto consensual é que a reforma acarretou melhorias significativas na atenção primária (entrevista de David Johnson, 1998; e Ham, 1997). De fato, ocorreu um aumento muito expressivo no escopo dos serviços de atenção primária prestados pelos GPs, e nas ações de prevenção e saúde comunitária pelos GPs e DHAs. Em seu novo papel, os GPs *fundholders* ampliaram o número de profissionais de saúde trabalhando nas suas unidades (dentre os quais fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos etc.), estenderam o atendimento ambulatorial, além de terem atraído especialistas dos hospitais para prestarem atendimento nas próprias unidades dos GPs.

Um dos impactos mais visíveis ocorridos refere-se ao balanço geral entre a atenção hospitalar — nos setores dos *acute hospitals* mas também os hospitais universitários — e a atenção primária. Esse setor foi certamente o maior perdedor com a implantação da nova sistemática de financiamento baseada, estritamente, em critérios populacionais. Os *acute hospitals* localizam-se nas áreas centrais das grandes conurbações (Londres, Manchester, Glasgow, Birmingham, Liverpool etc.) que concentram uma população reduzida, e ademais, em declínio constante.

O caso de Londres foi suficientemente dramático pelo impacto que produziu (em hospitais de renome internacional como o St. Bartholomew's), tanto que criou-se um grupo de trabalho só para estudá-lo. Como as unidades de serviços deixaram de receber recursos, suas receitas declinaram abruptamente.

O impacto das mudanças no complexo de interesses associados aos *acute hospitals* foi sumarizado por Ham (1997: p.54-5) nos seguintes termos:

“No NHS como um todo o impacto mais importante das reformas foi de alterar o equilíbrio de forças existente entre os vários interesses. Em termos organizacionais, as velhas estruturas hierárquicas integradas foram substituídas por um conjunto diversificado de arranjos contratuais. Nesses arranjos, o poder tradicional dos provedores, especialmente aqueles baseados nos *acute hospitals*, foi ameaçado. Isso foi possível pela transformação das autoridades de saúde de organizações orientadas para os provedores como compradores de serviços para a comunidade local. (...) As mudanças puseram em xeque a prioridade que tradicionalmente se conferiu aos serviços de atenção hospitalar e levou a um novo interesse na promoção da saúde, atenção primária e serviços comunitários”.

Uma das críticas importantes, a respeito do balanço entre atenção primária e hospitalar, é que, no limite, as mudanças ocorridas expressam o fato de que o novo NHS é mais *responsive* às demandas dos pacientes. Ham e outros autores assinalam que os GPs refletem as demandas dos pacientes mas não as necessidades de saúde da população. Essa última questão refere-se a aspectos mais amplos relativos à medicalização de orçamentos nos países industrializados.

7. Conclusões

O presente artigo discutiu o modelo de quase-mercado ou competição administrada introduzido no sistema de saúde inglês, nos anos 80 e 90, enquadrado na segunda geração de reformas do aparelho administrativo dos governos, caracterizando-se pelo enfoque organizacional e microeconômico. Compreende uma série de inovações representadas pelos incentivos à criação de um ambiente institucional favorável à melhoria da eficiência dos provedores de atenção, sejam elas públicas ou privadas. Esta segunda geração de reformas, portanto, tem desenhado novos papéis e relações para as agências e organizações públicas, estimulando a provisão de serviços por mecanismos de contratualização e pelo quase-mercado. A contratualização define, em bases formais, a separação entre financiamento e a provisão direta dos serviços. Embora seja ainda relativamente cedo para se avaliar tal reforma, pode-se verificar que a mesma pôs em xeque a centralidade tradicionalmente ocupada pelos serviços de atenção hospitalar e levou a um novo interesse na promoção da saúde, atenção primária e serviços comunitários. Como assinalado, muitas melhorias, no entanto, podem não estar associadas diretamente à reforma e resultam do

novo ambiente criado em que as questões da saúde, e sobretudo aquelas relativas à qualidade da atenção, adquiriram grande centralidade e passaram a estar ancoradas em decisões políticas, desfrutando de forte e direto apoio do governo.

Por sua vez, a avaliação do impacto da reforma, em termos de provocar maior eficiência no sistema por meio do aumento da competitividade adquirida no mercado interno criado é relativamente inconclusiva. Como assinalado, a força dos *fundholders* e DHAs (na compra de serviços de saúde pública) varia de acordo com o grau de monopólio existente ao nível dos provedores. Muitas das mudanças observadas variam segundo o tipo de contrato, mas são no conjunto positivas.

Ocorreu efetivamente uma melhoria nos indicadores de eficiência sistêmica, como por exemplo, uma redução significativa no tempo de espera para cirurgias eletivas, não podendo atribuírem-se esses ganhos de eficiência somente ao modelo de mercado interno. Uma das áreas com maior taxa de sucesso tem sido aquela relativa às práticas de prescrição de medicamentos.

Por outro lado, um dos aspectos que persiste como um dos problemas centrais do novo NHS refere-se às iniquidades existentes no sistema derivadas da existência de uma estrutura híbrida de *fundholders* e GPs tradicionais, na qual há mais recursos para certos tipos de tratamento para a população registrada nos *fundholders* do que para aquela registrada nos GPs tradicionais. Outro aspecto importante relaciona-se aos custos de transação significativamente mais elevados no novo sistema.

Notas

- ¹ Texto elaborado no marco do Projeto Reforma do Estado e o Setor Saúde, edital CAPES/MARE, NEPP/UNICAMP-FIOCRUZ-UFPE.
- ² Para uma reconstituição do processo inicial de reforma, cf. a interessante discussão de Butler (1994). Os termos Grã-Bretanha ou Inglaterra (ou inglesa) são utilizados indistintamente nesse capítulo em referência a essa experiência.
- ³ Cf. Enthoven (1978) e Enthoven (1985). Várias idéias associadas à adaptação do modelo HMO americano ao NHS já haviam sido discutidas por Alan Maynard, da York University, nos anos 80.
- ⁴ Griffiths (1983).
- ⁵ Cf. Ham (1997: 2-3).
- ⁶ A reforma foi implementada pelo *National Health Service and Community Care Act*, de 1990.

- ⁷ O principal autor nessa linha é Julian Legrand. O conceito, no entanto, já foi utilizado sem muitas elaborações, pelos autores associados ao novo institucionalismo econômico (Williamson, 1975: 8).
- ⁸ Ou o *split purchaser-provider*, como veio a ser conhecido internacionalmente. Cf. Mays e Dickson (1997).
- ⁹ Segundo Glennester (1994: cap 9) e entrevista com David Johnson, a utilização desses critérios foi muito problemática e eles nunca foram implementados consistentemente, a despeito de várias tentativas realizadas.
- ¹⁰ Sobre esse tema cf. ainda Flynn, Williams e Pickard (1997).
- ¹¹ Quatro inovações foram experimentadas : a) o *open enrollment* baseado em *vouchers* recebidos pelas famílias; b) o *opting-out*, pelo qual as escolas escolhem serem financiadas pelo *Local Educational Authority* ou pelo governo central (criando competição entre os dois níveis de governo e permitindo a uma boa escola escolher o melhor gestor), e adquirem autonomia quase total; c) o *formula funding*, pelo qual as escolas recebem recursos proporcionais aos estudantes que possam atrair (esteja no *opting-out* ou não); e, d) o *local managed school*, que também converte as escolas em gestoras autônomas de recursos proporcionais ao número de alunos. Cf. Bartlett (1993).
- ¹² Esse ponto é retomado ao final do capítulo.
- ¹³ Segundo Ham (1997: 48) a única iniciativa efetiva do governo Thatcher no sentido da “privatização” da atenção à saúde foi a medida, criticada por membros do seu gabinete, permitindo o abatimento de gastos com seguro privado de saúde para os indivíduos com mais de 60 anos.
- ¹⁴ Para essas experiências, cf. Saltman e Otter (1995).
- ¹⁵ A teoria dos *contestable markets* está associada às contribuições do economista americano William Baumol.
- ¹⁶ O isomorfismo organizacional, na acepção consagrada do novo institucionalismo organizacional, refere-se à propensão das organizações, em um campo organizacional específico, a desenvolver normas, estruturas e sistemas similares. Ele resulta do mimetismo institucional — quando uma instituição emula padrões organizacionais de outras que julgam ser mais eficientes; quando organizações adotam uma forma organizacional, pela expectativa de legitimidade *vis-à-vis* seus provedores de recursos; ou pela influência de paradigmas cognitivos de organizações profissionais (cf. Di Maggio e Powell, 1983).
- ¹⁷ As implicações para os GPs *fundholders* são discutidas no tópico seguinte.
- ¹⁸ Na terminologia inglesa, o termo genérico para médico é *physician*; os médicos generalistas especializados na atenção primária são os GPs (*general practitioners*) e os especialistas são chamados de *consultants*. Nos Estados Unidos o termo genérico é *clinician* (termo cada vez mais usado na Inglaterra), e os especialistas são chamados de *consultants*.
- ¹⁹ Essa representação reflete a organização sindical que, na Grã Bretanha, é estruturada por ofício (*craft*). Essa situação é inteiramente distinta de países como o Brasil, no qual os sindicatos do serviço público não são oficialmente reconhecidos. A permissão constitutiva para a associação sindical após a Constituição de 1988 não foi até o presente regulamentada. Para uma análise comparativa da organização sindical no setor público brasileiro (cf. Cheibub, 1999).
- ²⁰ A principal diferença é que as HMOs são, pelo menos nas suas variantes mais conhecidas (*staff model* e *prepaid group practice*), sistemas integrados e não contratuais. (Robinson e Steiner, 1998: 10-11).
- ²¹ Uma das áreas que mais benefícios trouxe para os GPs *fundholders*, entrevistados por Glennester *et al.* (1994), foi a de informática. Críticos do sistema dizem que esses recursos foram também investidos em reformas e ampliação das *practices*. Como em

- geral os GPs adquirem os estabelecimentos quando entram no sistema, e os revendem quando saem, esse mecanismo pode propiciar ganhos de capital.
- 22 A partir de vários modelos de regressão buscou-se, sem sucesso, estabelecer parâmetros para variáveis sócio-econômicas tais como taxa de desemprego.
- 23 Tais práticas são conhecidas na literatura sobre seguro médico como *cream skimming* (literalmente, retirar a nata do leite) — ou seja, selecionar os melhores riscos. Segundo Ham (1997: 60), no entanto, “as pesquisas até agora não encontraram evidências sistemáticas de seleção de risco ou *cream skimming*” (cf. também Glennester, 1994: cap. 9).
- 24 Cf. entrevista com David Johnson, 6 de maio de 1998; e Robinson (1994: 3).
- 25 Apenas 40% dos consultórios dos GPs tinham mais de 7.000 pacientes. A literatura americana sugeria que apenas HMOs com mais de 50.000 pacientes tinham um *mix* de riscos que as tornavam viáveis (Glennester, 1994).
- 26 Ham (1997: 58). O monopólio desfrutado por um grande hospital em uma área específica relaciona-se ao seu raio de atendimento e à existência de outros provedores na área atendida.
- 27 Além disso, a autonomia médica sanciona o tratamento individualizado de doenças que têm causação profissional ou sócio-ambiental clara, despolitizando-o (Harrison, 1995). Para esse tema, cf. New e Legrand (1996).
- 28 Como nos casos de negação de cirurgias coronarianas em pacientes fumantes (que são discriminados em muitos países), mas não a pacientes obesos, quando as evidências sugerem uma diminuição similar da efetividade do procedimento em ambos os casos.
- 29 Entrevista com David Johnson, em 6 de maio de 1998.
- 30 Esse índice é utilizado pelo Departamento de Justiça americano para a sua política anti-trust (Apleby, 1995: 44).
- 31 Essa é umas das áreas onde ocorreram forte monitoramento e pressão por parte das autoridades sanitárias, em virtude da enorme visibilidade pública desse problema.

Referências bibliográficas

- ABEL-SMITH, B e MOSSIALOS, E. (1994), “Cost Containment and Health Care Reform: a Study of the European Union”. *Health Policy*, n. 28, (s. 1.).
- APLEBY, J. *et al.* (1995), “Monitoring managed competition”, in Robinson, Ray and Legrand, Julian (1994), *Evaluating the NHS reforms*. Londres: King’s Fund Institute, p. 24-52.
- BARTLETT, Will e LEGRAND, Julian. (1994), “The performance of Trust funds”, in Robinson, Ray and Legrand, Julian, *Evaluating the NHS reforms*. Londres: King’s Fund Institute, p. 54-73.
- BARTLETT, Will. (1993), “Quasi-markets and educational reforms”, in Legrand, Julian and Bartlett, W. *Quasi-markets and social policy*. London: MacMillan, p. 125-152.
- BUTLER, John. (1994), “Origins and early development”, in Robinson, Ray and Legrand, Julian (1994), *Evaluating the NHS reforms*. Londres: King’s Fund Institute, p. 13-23.
- CHEIBUB, Zairo. (1999, no prelo), “Reforma administrativa e relações trabalhistas no setor público: dilemas e perspectivas”, *Cadernos ENAP*, n. 18. Brasília.
- DiMAGGIO, P. e POWELL, W. (1991), “The iron cage revisited: institutional isomorphism in and collective rationality in organizational fields”, in Powell, W. e DiMaggio, P. *The New Institutionalism in Organizational analysis*. Chicago: The University of Chicago press.

- ENTHOVEN, Alan. (1978), "Consumer choice health plans: a national health insurance proposal based on regulated competition in the private sector". *New England Journal of Medicine*, 298, 709-20.
- ENTHOVEN, Alan. (1985), "Reflections on the Management of the National Health Service". *Occasional Paper 5*. Londres: *Nuffield Provincial Hospitals Trusts*.
- FLYNN, Rob e GARETH, Williams. (1997), *Contracting for Health: quasi-markets and the National Health Services*. Oxford: Oxford University Press.
- FLYNN, Rob, GARETH, Williams e PICKARD, Susan. (1997), *Markets and Networks: contracting in Community Health Services*. Buckingham: Open University Press.
- GRIFFITHS, R. (1983), *NHS management inquiry*. Londres: DHSS.
- GUILLÉN, Ana M. (1999), *Improving Efficiency and Containing Costs: Health Care Reform in Southern Europe*. Florence: Europe University Institute, Europe Forum.
- HAM, Chris (ed.). (1997), *Health Care Reform: learning from the international experience*. Buckingham: Open University Press.
- _____. (1997), "United Kingdom", in Ham, Chris (ed.), *Health Care Reform: learning from the international experience*. Buckingham: Open University Press, p. 46-62.
- _____. (1977), "The Background", in Ham, Chris (ed.), *Health Care Reform: learning from the international experience*. Buckingham: Open University Press, p. 1-21.
- HARRISON, Stephen. (1995), "Clinical autonomy and planned markets: the British case", in Saltman, Richard and Von Otter, C. *Implementing Planned markets in Health Care*. Buckingham: Open University Press, p. 156-175.
- KERRISON, Susan *et al.* (1994), "Monitoring medical audit", in Robinson, Ray and Legrand, Julian, *Evaluating the NHS reforms*. Londres: King's Fund Institute, p. 130-153.
- KITCHENER, Martin. (1998), "Quasi-market transformation: an institutionalist approach to change in UK hospitals". *Public Management*, v. 76, Spring, p. 73-95.
- KLENNESTER, Howard *et al.* (1994), *Implementing GP fundholding. Wild card or winning hand?*. Buckingham: Open University Press.
- LEGRAND, Julian e BARTLETT, W.. *Quasi-markets and social policy*. London: MacMillan.
- MAYNARD, A e BLOOR, K. (1996), "Introducing a Market to the United Kingdom's National Health Service". *The New England Journal of Medicine*. Massachusetts: Massachusetts Medical Society, february.
- MAYS, Nicholas e DIXON, Jennifer. (1996), *Purchaser plurality in the UK health care*. Londres: King's Fund Institute.
- NEW, Bill e LEGRAND, Julian. (s.d.), *Rationing in the NHS: principles and pragmatism*. Londres: King's Fund Institute.
- PROPPER, Carol e BARTLETT, W. (1997), "The impact of competition on the behaviour of National Health Service Trusts", in Flynn, Rob and Williams, Gareth, *Contracting for Health. Quasi-markets and the National Health Service*. Oxford: Oxford University Press, p. 14-30.
- ROBINSON, Ray e LEGRAND, Julian. (1994), *Evaluating the NHS reforms*. Londres: King's Fund Institute.
- ROBINSON, Ray. (1994), "Introduction", in Robinson, Ray and Legrand, Julian, *Evaluating the NHS reforms*. Londres: King's Fund Institute.
- ROBINSON, Ray e STEINER, Andrea. (1998), *Managed Health Care: US evidence and Lessons for the National health Service*. Buckingham: Open University Press.
- SALTMAN, R. e FIGUERAS, J. (1998), "Analysing the Evidence on European Health Care Reforms". *Health Affairs*, v. 17, n. 2, march/april.
- SALTMAN, Richard e VON OTTER, C. (1995), *Implementing Planned markets in Health Care*. Buckingham: Open University Press, p. 156-175.

- _____. (1995), "Vouchers in Planned Markets", in Saltman, Richard and Von Otter, C. , *Implementing Planned markets in Health Care*. Buckingham: Open University Press, p. 134-155.
- SECCOMBE, Ian e BUCHAN, J. (1995), "The changing role of the NHS personnel function", in Robinson, Ray and Legrand, Julian (1994), *Evaluating the NHS reforms*. Londres: King's Fund Institute, p. 178-207.
- WALSH, Kieron *et al.* (1997), *Contracting for Change. Contracts in Health, Social Care and other Local Government services*. Oxford: Oxford University Press.
- WILLIAMSON, Oliver. (1975), *Markets and Hierarchies: analysis and antitrust implications*. London: The Free Press.

Entrevistas com:

David Johnson, *North Essex Health Authority*, Londres, 6 de maio de 1998 e Alan Maynard, junho de 1999, concedidas a Pedro Luís Barros Silva, Nilson Costa e Marcus Melo.

Inovações organizacionais em política social: o caso da Grã-Bretanha

Marcus André Melo, Nilson do Rosário Costa e Pedro Luís Barros Silva

O presente artigo discute o modelo de quase-mercado, ou competição administrada, introduzido no sistema de saúde inglês nos anos 80 e 90. Essa experiência foi paradigmática da segunda geração de reformas dos sistemas de saúde, que emerge nesse período, e que contrasta fortemente com a chamada primeira geração, impulsionada pelo imperativo macroeconômico de controle das despesas nacionais com a função saúde. A segunda geração das reformas caracteriza-se pelo foco organizacional e microeconômico. O balanço da reforma é inconclusivo: enquanto alguns ganhos de eficiência foram conseguidos alguns aspectos continuam controversos — custos de transação maiores no novo sistema; iniquidades entre os pacientes de GPs que aderiram à reforma e os que não aderiram —, além do fato de que os *trusts* desfrutaram de poder de monopólio, limitando assim, os ganhos de eficiência conseguidos.

Innovaciones organizacionales en política social: el caso de Gran Bretaña

Marcus André Melo, Nilson do Rosário Costa y Pedro Luís Barros Silva

El presente artículo discute el modelo de casi-mercado, o competición administrada, introducido en el sistema de salud inglés de los años 80 y 90. Esta experiencia fue paradigmática de la segunda generación de reformas de los sistemas de salud, que emergen en ese período, y que contrasta fuertemente con llamada primera generación, impulsada por el imperativo macro-económico de control de los gastos nacionales con la función salud. La segunda generación de las reformas se caracteriza por el foco organizacional y micro-económico. El balance de la reforma no es conclusivo: al mismo tiempo que se consiguió ganar eficiencia en algunos aspectos, otros permanecen controvertidos — costeos de transacción más grandes en el nuevo sistema; iniquidades entre los pacientes de GPs que adherieron a la reforma y los que no adherieron —, además del hecho de que los “trusts” disfrutaban de poder de monopolio, limitando así, los logros de eficiencia buscados.

Organisational innovations in social policy: the case of Great Britain

Marcus André Melo, Nilson do Rosário Costa and Pedro Luís Barros Silva

This article discusses the reform of the British National Health System implemented in the 80s and 90s. This reform is paradigmatic of a new wave of reforms that affected a large number of industrialized countries in this decade. In sharp contrast with the first wave of reforms — in which the focus was cost containment and macroeconomic issues —, this new wave emphasized microeconomic efficiency and organizational arrangements. The balance of the reform is mixed. While microeconomic efficiency has been improved, a number of issues remains open. These include the higher transaction costs, inequities between care for the patients in the system and those outside the new system, as well as the fact that the trusts still secure some monopoly power.

Marcus André Melo, doutor pela *Sussex University* e professor do Departamento de Ciência Política da UFPE. Nilson do Rosário Costa, sociólogo, doutor em planejamento urbano e pesquisador titular da ENSP/FIOCRUZ/RJ. Pedro Luís Barros Silva, administrador público, doutor em ciência política, professor do Instituto de Economia e coordenador do NEPP/UNICAMP/SP

A descentralização do sistema de saúde no Brasil¹

RSP

Revista do
Serviço
Público

Ano 50
Número 3
Jul-Set 1999

*Nilson do Rosário Costa
Pedro Luís Barros Silva
José Mendes Ribeiro*

1. Introdução

Os efeitos imprevistos do processo de descentralização da provisão de atenção à saúde, ocorrido na década de 90, têm gerado um grande número de estudos de avaliação de política pública e análises indutivas de políticas setoriais das organizações internacionais. Esses trabalhos apresentam como traço comum o uso, excessivamente abrangente, do conceito de descentralização, que tem sido utilizado para nomear qualquer política de flexibilização da gestão pública promovida pelos governos centrais. Os diferentes modos de flexibilização da gestão central aparecem nas políticas de desconcentração, devolução e delegação de provisão de serviços sociais para níveis subnacionais e além do processo de privatização.

As iniciativas de delegação, devolução ou desconcentração podem, em certas circunstâncias, ser incluídas no processo de descentralização. O mesmo não ocorre com relação à política de privatização, tanto pela sua singularidade macroeconômica como pelo seu impacto sobre a reforma do Estado, merecendo assim um tratamento analítico específico (Via i Redons & McDonagh, 1999).

Considerando-se essas questões, utiliza-se nesse texto o conceito de descentralização como processo de transferência de autoridade ou poder decisório no financiamento e gestão do nível nacional para níveis subnacionais. Esse processo chega a definir a responsabilidade pela tomada de decisão ao menor nível organizacional possível. Nesse sentido, pode-se afirmar, para a experiência brasileira, que os processos de flexibilização administrativa e terceirização também fazem parte do processo de descentralização. Esses processos oferecem um amplo campo de análise

Nilson do Rosário Costa, sociólogo, doutor em planejamento urbano e pesquisador titular da ENSP/FIOCRUZ/RJ. Pedro Luís Barros Silva, administrador público, doutor em ciência política, professor do Instituto de Economia e coordenador do NEPP/UNICAMP/SP. José Mendes Ribeiro, médico, doutor em ciências e pesquisador adjunto da ENSP/FIOCRUZ/RJ

da mudança das funções públicas que não serão abordados neste texto, que está focado no aspecto da descentralização diretamente associada às relações intragovernamentais.

A rápida difusão da agenda da descentralização da atenção à saúde no Brasil tem uma relação direta com a percepção generalizada sobre o déficit de efetividade e de responsabilização da política social, agravado pela baixa definição dos papéis para os níveis de governo que atuam no setor (União, estados e municípios).

A descentralização tem como meta a definição precisa desses papéis, pressupondo, ademais, que a provisão direta e exclusiva, ao nível da gestão municipal, permite maior controle de qualidade pelo cidadão/cliente dos serviços prestados e/ou contratados pelo setor público.

Embora os indicadores sociais tenham apresentado importantes progressos no Brasil ao longo das décadas de 80 e 90, em razão da queda da mortalidade infantil, da expansão do consumo de água potável e da ampliação do acesso na atenção à saúde (PNUD, 1996), permanece em debate o problema da baixa efetividade das políticas sociais.

A situação social brasileira é bastante crítica se comparada a países com renda *per capita* semelhante (*World Bank*, 1988). Essa percepção tem exigido, além da sustentabilidade dos gastos públicos e melhor padrão de distribuição da renda interna, a melhoria específica de desempenho do sistema de proteção social.

O processo de descentralização da provisão dos serviços de saúde, motivado por essa percepção do déficit de efetividade, tem gerado mudanças importantes na configuração do subsistema público universalista, denominado pela Constituição de 1988 como Sistema Único de Saúde (SUS), redefinindo os papéis da União (Governo Federal), estados e municípios na oferta de atenção à saúde.

A rapidez da descentralização da política de saúde tem sido um resultado bem sucedido das demandas dos gestores locais e regionais por autonomia decisória e responsabilidade pela provisão direta de serviços sociais, originadas no processo de redemocratização das décadas de 70 e 80. Entre os pontos críticos do desenho institucional da provisão de proteção social foram assinalados:

- a centralização decisória em nível federal, mediante a desapropriação dos instrumentos de ação social de estados e municípios;
- bloqueio à participação social e política no processo decisório, com a supressão das formas de controle social;
- a fragmentação institucional que impossibilitava a constituição de uma política social integrada;
- fechamento dos canais de acesso da população aos bens e serviços sociais.

A agenda da redemocratização tem buscado, na ampliação das responsabilidades da gestão local, uma alternativa para o desenvolvimento de mecanismos de controle sobre o gasto público e de ampliação do acesso às políticas sociais.

A Constituição de 88 fortaleceu as demandas localistas, promovendo uma repartição do bolo fiscal, que favoreceu os interesses locais e regionais em detrimento do governo central (União). Como mostra a Tabela 1, de 1980 a 1993, os municípios e os estados passaram de 31% para 42% de participação nas receitas disponíveis pela federação. No mesmo período, os municípios registraram um crescimento específico de participação de 9% para 16% das receitas públicas.

Tabela 1: Evolução da receita disponível por esfera de governo (em porcentagem). Brasil, 1980/88/93

Ano	União (%)	Estados (%)	Municípios (%)
1980	69	22	9
1988	62	27	11
1993	58	26	16

Fonte: Afonso & Silva (1995).

Essa repartição das receitas nacionais sustentou o crescimento relativo da gestão municipal, tanto na administração pública nacional como em relação à execução da maioria dos programas sociais. O aumento de responsabilidade municipal motivou também o crescimento da arrecadação tributária própria dos municípios, apresentando um incremento médio anual duas vezes maior que os tributos estaduais e cerca de três vezes o dos federais após a Constituição de 88, como mostra a tabela abaixo.

Tabela 2: Desempenho da arrecadação tributária por nível de governo (em porcentagem). Brasil, 1988 a 1997

Ano	União (%)	Estados (%)	Municípios (%)
1988	100	100	100
1989	106	119	102
1990	121	130	130
1991	101	128	189
1992	101	117	162
1993	110	108	144
1994	122	133	155
1995	129	148	215
1996	137	163	284
1997	144	165	290

Fonte: Afonso, J.R.R. *et al.* "Municípios, Arrecadação e Administração Tributária: Quebrando Tabus", Rio de Janeiro, BNDES, 1999, p.6. No período 1988/1997 não foram consideradas as transferências federais.

2. A descentralização da saúde na Constituição de 1988 e a responsabilidade municipal na provisão dos serviços

A Constituição Federal de 1988 foi um momento inaugural da orientação descentralizadora para o setor saúde como uma alternativa aceitável para a reversão da baixa qualidade da gestão pública na área social, para a redefinição das prioridades das ações estatais destinadas ao atendimento das necessidades da população e para a ampliação da autonomia de gestão das autoridades públicas locais.

O capítulo referente à saúde consolidou as tendências na gestão pública setorial de:

- reconhecimento da saúde como direito social, assegurado pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e prevenção da saúde (Art. 196);
- estabelecimento de um novo paradigma para a ação estatal na área, ao determinar o atendimento integral, a descentralização político-administrativa e a participação comunitária (Art.198, I, III);
- comprometimento financeiro pela criação de um orçamento público da seguridade social que sustenta um conjunto integrado de ações capaz de “assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Art.194);
- unificação da ação pública pela definição do SUS como instância única da gestão pública responsável pela provisão universal, gratuita e integral de ações e serviços de saúde para a promoção , proteção e recuperação da saúde (Art. 196 e 198).

A tendência à descentralização setorial, mediante o processo de redistribuição de capacidade decisória e de recursos entre esferas de governo, é traduzida pela definição do município como o único ente federativo ao qual é atribuído a missão constitucional de prestar serviço de atendimento à saúde da população. À União e aos estados cabem prover a cooperação técnica e financeira necessária ao exercício desse encargo (Art. 30, VIII).

A lei nº 8.080 de setembro de 1990 ratifica as diretrizes constitucionais ao atribuir à direção municipal do SUS a competência de “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações de saúde, e gerir e executar os serviços de saúde”, bem como participar do “planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual” (Art.18, I e II).

Essas mudanças de titularidade da gestão municipal induziram ao crescimento do papel dos governos locais na provisão da atenção, reduzindo ao longo da década de 80 as funções da União na oferta direta de serviços de atenção à saúde, e ampliando as suas atividades de negociação na

alocação de recursos e regulação de desempenho. Essa redefinição de funções indica que o SUS tem implementado, de modo acelerado, a separação entre financiamento e provisão, pelo menos nas relações entre os níveis de governo (*World Bank*, 1998).

Os dados da Tabela 3 sugerem que o incentivo à maior autonomia na gestão administrativa e financeira local resultou em expressivo crescimento de estabelecimentos sob gestão municipal: essa evoluiu, entre os anos 81 a 92, de 22% para 69%, enquanto os estabelecimentos sob gestão federal regrediram de 28% para apenas 5%, e os sob gestão estadual de 50% para 26%.

Tabela 3: Evolução do número de estabelecimentos do setor público de saúde por esfera administrativa. Brasil, 1981/88/92

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total
1981	3.764 (28%)	6.890 (50%)	2.961 (22%)	13.615 (100%)
1988	1.978 (9%)	10.643 (50%)	8.851 (41%)	21.472 (100%)
1992	1.387 (5%)	7.043 (26%)	18.662 (69%)	27.092 (100%)

Fonte: IBGE/AMS (1981/88/92).

O aumento da responsabilidade municipal na provisão de serviços de saúde é também comprovado segundo os critérios regionais, como indica a Tabela 4. A evolução da responsabilidade municipal é especialmente evidente nas regiões Sul e Sudeste, comprovada pela proporção de 82,7% e 84,9% do total de estabelecimentos públicos, enquanto a gestão federal (2,2% e 2,5%) e a gestão estadual (15,7% e 12,7%), respectivamente, tornaram-se quase residuais.

Tabela 4: Distribuição percentual dos estabelecimentos do setor público de saúde por grandes regiões (em porcentagem). Brasil, 1992

Brasil e grandes regiões	Federal (%)	Estadual (%)	Municipal (%)	Total (%)
Norte	11,5	35,5	53,0	100
Nordeste	7,4	41,5	51,1	100
Sudeste	2,5	12,7	84,8	100
Sul	2,2	15,1	82,7	100
Centro-Oeste	4,8	32,2	63,0	100
Brasil	5,1	26,0	68,9	100

Fonte: IBGE-AMS (1992).

A mesma tendência ao fortalecimento municipal é ratificada pela evolução do emprego no setor público da saúde no período 1980-92, que registrou a inversão de papéis entre os níveis federal e municipais. O município oferece, em 1992, 43,7% dos empregos na saúde, apesar de possuir apenas 14,9% em 1988. O nível federal decresceu de 42,6%, em 1988, para 14,9%, em 1992, conforme tabela abaixo.

Tabela 5: Evolução e participação relativa do emprego no setor público de saúde, por esfera administrativa. Brasil, 1981/92

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total
1981	113.297 (43%)	109.373 (41%)	43.086 (16%)	265.956 (100%)
1992	80.298 (15%)	222.139 (41%)	235.321 (44%)	537.688 (100%)
P %	-2,6%	6%	13,9%	5,6%

Sendo P% = taxa média de crescimento geométrico anual.

Fonte: IBGE-AMS (1981/92).

Os dados comparativos da distribuição de estabelecimentos de saúde entre prestadores — federal, estadual, privado e municipal — indicam que o crescimento do setor público (SUS), *vis-à-vis* o dinamismo do setor privado de seguro-saúde e contratado pelo setor público na década de 80, deveu-se ao crescimento do papel do município no contexto nacional e do nível estadual no Norte, Nordeste e Centro-Oeste (IBGE, 1993).

Como mostra a Tabela 6, enquanto a participação de estados e da União diminuiu, os municípios fortaleceram a participação na gestão direta de estabelecimentos de saúde de 32%, em 88, para 38%, em 92, acompanhando, em parte, a impressionante evolução do setor privado, que aumentou a participação de 22% para 45%, entre esses anos.

Tabela 6: Evolução dos estabelecimentos de saúde por natureza jurídica (em porcentagem). Brasil, 1988/92

	1988 (%)	1992 (%)
Públicos	77,7	44,5
Federal	7,2	2,8
Estadual	38,5	14,2
Municipal	32,0	37,6
Privados	22,3	45,5
Totais	100	100

Fonte: IBGE-AMS (1988/92).

3. As Normas Operacionais Básicas e a nova estrutura da gestão pública na saúde

A descentralização na década de 90 foi impulsionada e regulamentada através das Normas Operacionais Básicas (NOB), que são orientações específicas e pactuadas, emanadas pelo Ministério da Saúde (MS) e aceitas pelas representações nacionais dos secretários municipais e estaduais de saúde, visando a repartição orçamentária entre níveis de governo, a atribuição de titularidade para a gestão e a organização do modelo assistencial. A primeira norma vigorou em 1991, estabelecendo regras de transferências de recursos entre a União, a habilitação para a provisão direta dos serviços de saúde e as competências entre os três níveis de governo da federação brasileira (União, Estados e Distrito Federal, e Municípios).

A NOB 1/91 introduziu o conceito de municípios e estados habilitados ao SUS, mediante comprometimento com a gestão direta de serviços. Nesse sentido, previa a formação de um fundo setorial e o funcionamento de conselhos comunitários.

A NOB 1/93 representou um instrumento mais efetivo de indução do processo de descentralização política ao criar as Comissões Intergestoras Bipartites (CIB) nos estados (por representação paritária entre estados e municípios) e as Comissões Intergestoras Tripartites (CIT), compostas por representantes dos governos federal, estaduais e municipais.

Além disso, essa norma introduziu uma escala aplicável a estados e municípios habilitados — municípios com condição de gestão incipiente, parcial ou semiplena — segundo níveis de comprometimento e de estrutura administrativa, que definiu o modo como as transferências dos recursos da União ocorreram no biênio 93/94.

A NOB 1/93 produziu uma modulagem institucional do processo de descentralização e de responsabilização das instâncias de governo em relação à saúde. Representou, assim, um divisor de águas na política social brasileira dos anos 90 ao formatar um processo de normalização das relações intragovernamentais, criando regras de transferências de recursos, mecanismos de controle e avaliação, e definição de etapas não-sequenciais de transferência para a gestão local de serviços.

A NOB 1/93 desenhou três situações transacionais para a gestão do sistema de saúde nas esferas sub-nacionais já mencionadas: situação transacional incipiente, transacional parcial e transacional semiplena, representando etapas progressivas de titularidade governativa.

Para ter condições de assumir um desses *status* na gestão setorial, os governos locais deveriam atingir uma capacidade estatal associada a variáveis de responsabilização e controle externo das suas decisões. Por exemplo, na situação transacional de gestão semiplena, foram demandados

compromissos inusitados nas relações intragovernamentais, historicamente orientadas por relações de baixa responsabilização e déficit de auditoria. Para obter a situação de gestão semiplena na saúde, os municípios assumiram os compromissos de:

- ampliar a capacidade gerencial de planejamento, avaliação e controle dos serviços de saúde;
- instituir conselho de saúde;
- criar um fundo de saúde;
- desenvolver um plano de saúde;
- elaborar relatório de gestão para efeito de auditoria contendo os balancetes do Fundo de Saúde, as atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, os dados sobre os gastos fiscais próprios destinados à saúde;
- informar sobre os recursos organizacionais locais para auditar os gastos com serviços ambulatoriais e hospitalares contratados.

O prêmio para a capacidade de responder a esses requisitos foi a obtenção de autonomia governativa municipal em relação a ações e serviços de saúde. As secretarias municipais de saúde ganharam:

- a titularidade sobre autorização de credenciamento, descenciamento, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares privados e filantrópicos;
- a gestão da totalidade das cotas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH);
- gerenciamento da rede ambulatorial;
- a incorporação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária à rede de serviços.

Esse aumento de responsabilidade incentivado pela NOB 1/93 serviu como mecanismo de aceleração da adesão municipal às novas funções propostas do SUS, gerando o seguinte quadro:

- de um total de 4.973 municípios existentes em 1996 no País, 65,05% enquadravam-se em uma das modalidades de gestão proposta pelo SUS: 49,38% estavam habilitados em gestão incipiente; na modalidade de gestão parcial enquadravam-se 12,85% dos municípios; e na habilitação semiplena, 2,86%;
- para os municípios que assumiram a condição de gestão semiplena transferiram-se, direta e automaticamente, aproximadamente 25% dos recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para a assistência ambulatorial e hospitalar;
- 11 capitais exercem a gestão semiplena da assistência à saúde: Região Norte: Belém; Região Nordeste: Natal, São Luís, João Pessoa, Recife, Teresina; Região Centro-Oeste: Campo Grande, Cuiabá; Região Sudeste: Belo Horizonte; Região Sul: Curitiba e Porto Alegre;
- nos estados onde os municípios-capitais estão na condição de gestão semiplena ocorreu um substancial deslocamento no controle dos

recursos da saúde transferidos pela União à esfera municipal. Nos estados com capitais habilitadas, os gestores municipais em semiplena executaram em torno de 40% das transferências globais para os estados, excluindo-se 25%, fator de reajuste repassado sobre os tetos globais (MS, 1997c).

O processo de descentralização através da NOB 1/93 foi descontinuado pela proposta da NOB 1/96, que tem como horizonte estratégico ampliar a responsabilidade do gestor municipal e estadual e induzir a um conjunto de mudanças no modelo assistencial, pelo fortalecimento da atenção básica e primária e das ações de saúde coletiva.

A NOB 1/96 simplificou o processo de responsabilização municipal proposto pela NOB 1/93, reduzindo as condições de habilitação a duas modalidades — Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Os principais objetivos da NOB 1/96 são:

- promover e consolidar a função municipal na gestão do poder público na atenção à saúde e redefinir as responsabilidades de estados, Distrito Federal e União;
- estabelecer um novo pacto federativo em relação à responsabilidade sanitária;
- reorganizar o modelo assistencial, dando ao município a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica à saúde;
- assegurar que as transferências intragovernamentais sejam fundo a fundo, reduzindo as transferências para remuneração de serviços produzidos;
- fortalecer a gestão compartilhada entre os três níveis de governo através das CIT e CIB;
- estabelecer a direção única em cada nível de governo;
- fortalecer a função gestora das secretarias estaduais, com redefinição de responsabilidades para a coordenação do SUS em âmbito estadual;
- regulamentar as relações entre os sistemas municipais e desses com as instâncias estaduais e federais, destacando-se, como principal instrumento das relações entre governos, a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Em relação às transferências intragovernamentais, a NOB 1/96 cria um conjunto de instrumentos indutores de modelo assistencial², onde se destacam:

- Piso Ambulatorial Básico (PAB), que é o montante de recursos financeiros destinados ao custeio dos procedimentos da atenção básica de responsabilidade tipicamente municipal: vacinação, consultas médicas, pré-natal e atendimento ambulatorial. O valor das transferências é calculado pela multiplicação da população do município por um valor *per capita* nacional. Em março de 1999, o PAB garantia um mínimo de R\$ 10,00 e um máximo de R\$ 18,00 *per capita*/ano para os municípios que investiram em ações de

atendimento básico em saúde. O PAB é transferido diretamente, de forma regular e automática, ao município habilitado. Quando o município não é habilitado, o PAB é transferido diretamente ao respectivo estado. Para aqueles municípios que já apresentam gastos *per capita* superiores ao PAB/*per capita* nacional, a NOB/96 prevê um fator diferenciado de ajuste à sua implantação;

- o incentivo à adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários (PACS) proporciona um adicional de transferência intragovernamental por grupo de população. O PSF assegura um recurso extra por equipe de profissionais da área médica implantada pelo município. As equipes são responsáveis pelo atendimento permanente de 3,5 mil pessoas;

- Fração Assistencial Especializada (FAE) é um montante de recursos definidos pela PPI, aprovada na CIB, referente a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e tratamento fora do domicílio. A FAE é transferida, diretamente, aos municípios habilitados e fundo a fundo aos estados habilitados na Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE);

- Índice de Valorização de Resultados sobre as condições de saúde da população, transferidos para os estados;

- Piso Básico de Vigilância Sanitária e Índice de Valorização do Impacto em Vigilância para remunerar serviços produzidos nas ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária e em programas desconcentrados.

Quando enquadrado na GPAB, o município passa a ser responsável pela atenção primária, ou seja, pela provisão, por intermédio de suas próprias unidades e/ou contratando serviços com o setor privado, de uma lista de atividades que incluem ações de alcance coletivo (como execução das ações básicas de vigilância sanitária) e procedimentos individuais de caráter ambulatorial, nas especialidades já referidas: clínica médica, ginecologia, obstetrícia, pediatria e pequenas cirurgias ambulatoriais.

Como exigência para atingir essa condição de gestão, o município deve comprovar, entre outras exigências formais:

- funcionamento do Conselho Municipal de Saúde;
- operação do Fundo Municipal de Saúde;
- existência do Plano Municipal de Saúde;
- capacidade administrativa para contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão;
- comprometimento orçamentário com as contrapartidas previstas em lei;
- capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Para o município demandar a condição de GPSM, além dos requisitos anteriores para a habilitação na GPAB, deve apresentar: Plano Municipal de Saúde e relatório de gestão do ano anterior, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

Quando enquadrado na condição de GPSM de saúde, o gestor municipal tem autonomia para editar normas sobre o pagamento de serviços em seu território, inclusive alterando os valores de procedimentos médicos, tendo, contudo, a tabela nacional como referência mínima. A Tabela 7, a seguir, representa o balanço da descentralização até fins do ano de 1988. O município torna-se responsável pela programação, controle e remuneração dos serviços produzidos localmente, seja qual for o provedor.

Tabela 7: Modalidades de incentivo do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais (inclusões na NOB 1/96)

Modalidades de incentivo fundo a fundo da NOB 1/ 96	Implementado	Não-implementado
PAB <i>per capita</i> (GPSM)	X	
Teto financeiro global de município (GPSM)	X	
PAB <i>per capita</i> dos municípios não-habilitados acrescidos de Fração Assistencial Especializada (Gestão Avançada do Sistema Estadual — GASE)	X	
Teto financeiro global de estado (GPSE)	X	
Incentivo financeiro do PACS/PSF	X	
Teto financeiro de epidemiologia e controle de doenças (estados e municípios habilitados)		X
Piso Básico de Vigilância sanitária <i>per capita</i> (estados e municípios habilitados)	X	
Índice de Valorização de Impacto em Vigilância Sanitária (estados habilitados)		X
Índice de Valorização de Resultados (estados habilitados)		X
Incentivo de combate às carências nutricionais <i>per capita</i> (municípios habilitados situados abaixo da linha de pobreza definida pelo IPEA)	X	
Incentivos para farmácia básica (municípios habilitados com população inferior a 21.000 habitantes)	X	

Fonte: Levcovitz, E. Seminário “Separação Financiamento/Provisão de Serviços”. Ministério da Saúde/Banco Mundial. Rio de Janeiro, Abril 1999.

A meta da NOB 1/96 para o final de 1998 era a transferência ao total de 3.300 municípios da responsabilidade pela assistência básica, bem como habilitar 700 outros na gestão plena dos respectivos sistemas

locais de saúde. No primeiro caso, a meta foi ultrapassada em 41% já no fim do segundo semestre de 1998. No segundo caso, o grau de comprometimento da meta alcançava 67% em novembro de 1998, o que significa que 93% (cerca de 5.136) dos municípios brasileiros passaram a exercer o comando de seus serviços de saúde, principalmente os de atenção primária, conforme pode ser visto na tabela abaixo:

Tabela 8: Municípios habilitados segundo a condição de gestão por região. Brasil, 1998

Estados	Total de Municípios	Pleitos aprovados por condição de gestão			%
		GPAB*	GPSM**1	Total	
Norte	449	341	46	387	86,2
Nordeste	1.787	1.548	97	1.645	92,1
Sudeste	1.666	1.304	267	1.571	94,3
Centro-Oeste	446	425	19	444	99,8
Sul	1.159	1.047	42	1.085	94,0
Brasil	5.506	4.665	471	5.136	93,3

Fonte: MS — Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação de Implementação da Descentralização.

*Gestão Plena da Assistência Básica.

**1 Gestão Plena do Sistema Municipal, posição em 31.12.98

Nos primeiros seis meses de 1998, o MS já havia transferido para 4.664 municípios, habilitados nas duas formas de gestão descentralizada, recursos correspondentes a cerca de 30% do dispêndio federal com assistência médico-ambulatorial no mesmo período, conforme demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 9: Recursos repassados pelo MS, por modalidade de gestão descentralizada. Brasil

Modalidades de gestão	Recursos transferidos	
	Em R\$ 1.000,00	%
Gestão Plena da Assist. Básica	328.263	32,3
Gestão Plena do Sistema de Saúde	690.335	67,7
Total	1.018.598	100

Fonte: MS — Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação de Implementação da Descentralização.

Tomando-se apenas os 471 municípios habilitados na GPSM, a Tabela 10 mostra que, no ano de 1998, eles executaram 41% do orçamento do MS para prestação de serviços.

Tabela 10: Execução do orçamento federal, segundo o tipo de prestador. Brasil, 1998

Tipo de prestador	Valor executado (R\$ 1,00)	Participação (%)
Federal	50.278.419	0,60
Estadual	791.308.254	9,5
Municipal	633.932.312	7,6
Privado Contratado	1.218.124.590	14,7
Filantrópico	1.185.557.009	14,3
Universitário	997.898.260	12,1
Sindicato	6.561.368	0,09
Gestão Plena Municipal	3.389.946.195	41,0
Total	8.273.606.410	100

Fonte: MS — Datasus, 1999.

Esse processo acelerado de adesão à descentralização, ocorrido no ano de 1998, é explicável pela natureza distributiva da NOB 1/96 ao propor, inicialmente, a média do PAB *per capita* de R\$ 1,00 à nova dinâmica de habilitação, produziu a seguinte situação:

- 66% dos municípios (3.243) tinham o PAB *per capita* menor que R\$ 1,00 e, portanto, ganharam recursos financeiros com o PAB de R\$ 1,00;
- 22% dos municípios (1.078) tinham um PAB *per capita* entre R\$ 1,00 e R\$1,50; portanto, não perderam nem ganharam recursos financeiros, porque se habilitavam a receber o fator diferenciado de ajuste à implantação do PAB, no valor máximo de até R\$ 0,50 por habitante;
- 12% dos municípios (573) tinham um PAB *per capita* acima de R\$ 1,50 e, portanto, tiveram perdas no valor que excedia a esse valor.

Os gestores dos estados de maior capacidade de arrecadação de recursos do orçamento da saúde pelo critério de capacidade instalada, especialmente São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul vetaram, inicialmente, a proposta distributiva da NOB 1/96, porque essa favoreceu os estados e municipalidades do Norte e Nordeste. Esse ponto de veto é uma explicação plausível para a demora de implementação da NOB1/96 e para a paralisação da descentralização ao longo do ano de 1997 (MS, 1997a).

A proposta de distribuição pura e simples dos recursos do PAB *per capita* altera a lógica de distribuição territorial ainda vigente de financiamento de internação hospitalar e assistência ambulatorial, baseada na capacidade de oferta já instalada. A mudança do critério distributivo para um critério populacional coloca recursos do SUS em municípios sem oferta ou rede estruturada. Esse esforço distributivo pode tanto resultar em uma política pulverizadora de recursos, como também um efeito indutivo e virtuoso de maior responsabilização das municipalidades beneficiadas.

A NOB 1/96 introduz, como inovação relevante, uma lista de estímulos financeiros à adoção de programas de atenção básica municipal e incentivos aos PSF e PACS, buscando mudar o enfoque clínico da atenção à saúde centrado na doença e no indivíduo, para um enfoque centrado no ambiente social e familiar, recorrendo à estratégia de promoção da saúde. Além do que, a NOB 1/96 oferece o PAB como uma oferta mínima homogênea ou cesta básica para todo o país.

Ao contrário do que tem se verificado para os municípios, ainda é pouco significativa a adesão dos estados ao novo papel que lhes foi reservado no SUS. O papel dos governos estaduais foi revisto pela NOB 1/96, que prevê, para essas instâncias duas modalidades de gestão:

- Gestão Avançada do Sistema Estadual (GASE);
- Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE).

Para a habilitação das secretarias de saúde a essas duas condições de gestão são demandadas, entre outras exigências:

- Plano estadual de saúde;
- Programação pactuada integrada;
- Plano estadual de prioridade de investimentos;
- Plano de gerência de unidades estatais de hemorrede e de laboratório de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica;
- Proposta de organização de sistemas de referência e de câmara de compensação de autorizações de internação hospitalar, procedimentos especializados e de alto custo ou alta complexidade.

Para o estado obter a condição inicial de GASE, exige-se que disponha de 80% dos municípios em condições de habilitação em uma das duas das condições da NOB 1/96. Em dezembro de 1998, apenas os Estados do Acre, Amazônia, Amapá e Roraima não preenchiam esse requisito, conforme tabela a seguir.

Tabela 11: Distribuição dos municípios habilitados por estado segundo a NOB 1/96. Brasil

Estado	Total de municípios	% Gestão Plena da Atenção Básica	% Gestão Plena do Sistema Municipal	% de municípios habilitados pela NOB 1/96
AC	22	68,18	4,55	72,73
AL	101	90,10	9,90	100,00
AM	62	62,90	1,61	64,52
AP	16	43,75	0,00	43,75
BA	415	87,23	1,93	89,16
CE	184	78,80	14,67	93,48
ES	77	36,36	55,84	92,21
GO	242	95,45	4,13	99,59
MA	217	75,58	15,21	90,78
MG	853	88,86	5,74	94,61
MS	77	89,61	10,39	100,00
MT	126	99,21	0,79	100,00
PA	143	67,83	19,58	87,41
PB	223	87,89	0,90	88,79
PE	185	96,22	3,78	100,00
PI	221	83,26	0,45	83,71
PR	399	96,74	3,26	100,00
RJ	91	80,22	19,78	100,00
RN	166	92,77	5,42	98,19
RO	52	76,92	23,08	100,00
RR	15	60,00	0,00	60,00
RS	467	85,22	1,50	86,72
SC	293	89,76	7,51	97,27
SE	75	98,67	0,00	98,67
SP	645	68,99	24,34	93,33
TO	139	96,40	2,88	99,28
Brasil	5506	84,73	8,55	93,28

Fonte: MS/SPS - Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação da Implantação da Descentralização.

Posição em 15/12/1998.

Apesar dos indicadores de desempenho municipal demonstrados, apenas o Estado de Alagoas obteve a habilitação na condição plena do sistema estadual até 31 dezembro de 1998.³ No primeiro trimestre de 1999, demandaram a habilitação na condição de GPSE os Estados de Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina. Os Estados da Bahia, Rio Grande do Sul e São Paulo apresentaram pleito para obter a condição de GASE.

Esse processo retardatário e desigual sinaliza as dificuldades dos estados em definirem um papel claro na estrutura do sistema público de saúde brasileiro, dominada ainda, na década de 90, pelas demandas e orientações localistas. Essa situação tem sido comprovada por conclusões oriundas de pesquisa empírica. Assim, por um lado, o gestor estadual é o que sofre o maior impacto do processo de descentralização ao ter seu papel original de executor de ações, voltadas para o atendimento da população e de contratante de serviços privados e filantrópicos, substituído por uma função de coordenação, apoio e regulação do sistema estadual de saúde. Por outro, as prerrogativas das secretarias estaduais de saúde em termos de coordenação, articulação e estruturação do sistema de saúde intermunicipal ou regional apresentam uma baixa institucionalidade (MS, 1997b: Relatório de gestão). Da mesma forma, a ausência de parceria entre gestores municipais e as secretarias estaduais de saúde para o desenvolvimento de ações de cooperação técnica tem levado as secretarias municipais à contratação dessas nas universidades e organizações não-governamentais, para suprir necessidades de treinamento e de desenvolvimento de novos métodos de gestão (Instituto de Saúde, 1998: 64).

O Banco Mundial sugere um conjunto de ações em nível estadual que podem fortalecer as suas funções regionais, hoje eclipsadas pela capacidade de formulação e organização da agenda das instâncias federal e municipais, e que são as seguintes:

- desenvolver um modelo equitativo de distribuição entre municipalidades, ajustando-as aos modelos de distribuição *per capita* e de capacidade de produção de serviço;
- fortalecer a utilização compartilhada de serviços e especializações de referências entre municípios, promovendo economia de escala e estimulando as oportunidades de especialização municipal; as iniciativas dos consórcios intermunicipais de saúde seriam exemplos desse esforço regional;
 - estimular a definição de prioridades nas intervenções de saúde;
 - estabelecer combinação de preços, orçamento global e outros instrumentos para a definição de prioridades pelos gestores locais, considerando que as transferências intragovernamentais tendem a ser de fundo a fundo;
- estudar a ineficiência alocativa devido a ausência de estratégias de tratamento preventivo;

- planejar os investimentos futuros em incorporação tecnológica e equipamentos, de acordo com as novas funções na gestão de custos do Governo Federal e estados;

- estimular as organizações e serviços públicos a serem mais autônomos e responsabilizáveis (*accountable*), introduzindo mecanismos de flexibilidade nas relações de trabalho, contratos de gestão e competição para a prestação de serviços específicos demandados pelo gestor (*World Bank*, 1999).

O MS tem sinalizado, desde os primeiros meses de 1999, que, em decorrência do aumento da autonomia de gestão municipal, cobrar resultados baseados em metas da atenção básica à saúde. Pela proposta aprovada pela CIT, todos os 5.136 municípios habilitados pela NOB 1/96 deverão apresentar resultados em 17 itens de desempenho associados à provisão de atenção básica, que incluem cobertura vacinal, mortalidade infantil, número de hospitalizações por tétano, sarampo, difteria, etc.

Os estados e municípios tiveram prazo até 30/05/99 para definir as metas a serem atingidas em cada atividade. Os resultados propostos deverão ser atingidos até dezembro, quando serão analisados pelo Governo Federal. O MS desenvolverá mecanismos de recompensa para quem melhorar seus índices e punição para aqueles que não conseguirem cumprir os objetivos estabelecidos. Por esse instrumento, o MS poderá reconhecer que a descentralização foi implantada com deficiência na fiscalização e no controle da aplicação dos recursos. O Governo Federal ainda não teve sucesso na elaboração de um sistema preciso de informações estatísticas sobre saúde associado ao desempenho da gestão pública (*Gazeta Mercantil*, 05/03/1999).

4. Conclusões: balanço e perspectivas

São poucas as evidências de que a descentralização setorial tenha afetado de modo negativo a qualidade dos serviços de saúde, negligenciando o desenvolvimento de mecanismos de responsabilização dos governos locais, ou até mesmo que tenha gerado um processo descoordenado, caótico e/ou produzido uma crise de legitimidade do sistema público de saúde.

Como também são poucas as evidências de que a crescente responsabilização pública local pela gestão da política de saúde seja apenas um resultado direto da barganha federativa, segundo a definição de Arretche (1998). Segundo esse autor, dadas as dimensões da pobreza brasileira e, portanto, da população-alvo dos programas sociais, a gestão de políticas sociais tenderia a ser, simultaneamente, cara e inefetiva, na medida em

que consumiria um elevado volume de recursos com baixos níveis de proteção efetiva. Nesse caso, nas situações em que os custos políticos e/ou financeiros da gestão de uma dada política forem avaliados como muito elevados, a barganha federativa consiste em buscar atribuí-los ou imputá-los a um outro nível de governo (*op.cit.*: 36).

Os primeiros balanços sobre o impacto da implementação da NOB 1/93, especialmente nos municípios habilitados na condição simplena, indicam que essa condição de gestão:

- projeta as secretarias municipais de saúde na esfera dos governos municipais;
- amplia a capacidade de gestão em função das novas responsabilidades;
- aumenta a força de trabalho na saúde;
- gera aumento na oferta de serviços ambulatoriais e ações de saúde coletiva;
- induz a um maior comprometimento de recursos do orçamento municipal com o setor saúde (Instituto de Saúde, 1998).

A pesquisa da Unicef/Gallup (1996) destinada a medir a satisfação com o nível dos serviços públicos de atendimento à saúde da população foi também favorável aos gestores locais, em situação de gestão simplena. A pesquisa entrevistou indivíduos da população adulta (18 anos ou mais), residentes em área urbana, de 42 municípios discriminados em com e sem gestão simplena. As respostas dos usuários dos serviços de saúde favoreceram os municípios em situação de gestão simplena em comparação aos demais:

- pela maior satisfação na melhoria nos serviços;
- pela maior percepção de solução dos problemas;
- pela maior aprovação da qualidade dos serviços;
- pela atribuição de notas mais elevadas aos serviços;
- pela maior presteza no atendimento;
- pela menor falta de médicos e equipamentos;
- pela melhor imagem pública dos serviços.

Esses resultados parciais favoráveis ao processo de descentralização também foram ratificados pela pesquisa geral em amostra domiciliar realizada pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Fundação Nacional de Saúde e Ibope, em 1998, que inquiriu sobre a satisfação dos brasileiros com os serviços públicos de saúde. Os resultados foram:

- 76% dos usuários de estabelecimento público de saúde afirmam que foram bem atendidos;
- 75% consideram o atendimento médico satisfatório na rede pública;
- 59% consideram satisfatória a rede pública em geral.

Não deixa de ser ainda um assunto relevante para o processo de descentralização a criação de mecanismos de avaliação autônomos e

sistemáticos da reforma descentralizadora do setor saúde, em função de um conjunto de riscos:

- a baixa capacidade administrativa dos municípios na área de saúde;
- o uso das transferências SUS como simples reforço para o orçamento municipal ou para outros fins que não a saúde;
- a atomização e a pulverização dos serviços de saúde decorrentes da tendência dos municípios procurarem ter seu próprio hospital ou serviços;
- a ausência de cultura de gestão orientada para a economia de escala ou pela utilização de sistema de referência apropriado (*World Bank*, 1999: 51; Lucchese, 1996).

Vianna e Piola sugerem, numa perspectiva otimista sobre o impacto da descentralização, que um dos efeitos relevantes introduzidos pela NOB 1/96 foi a ampliação da responsabilidade dos gestores estaduais e locais em relação aos recursos federais que lhes são transferidos. As antigas modalidades incipientes e parciais da NOB 1/93, embora incentivassem o aumento da produção de serviços, criavam expectativas e pressões por mais recursos federais ao fortalecer, nas instâncias subnacionais, a cultura do provedor privado remunerado segundo a quantidade e densidade tecnológica de procedimentos.

Ao contrário, quando enquadrado em quaisquer das duas modalidades de gestão plena pela NOB 1/96, ficam bem evidentes os limites dos repasses federais face às necessidades de financiamento do sistema local, o que gera "...um incentivo natural à contenção de custos, ao uso de recursos próprios e uma maior responsabilidade pela gestão dos serviços" (Vianna & Piola, 1999:12).

Muitas das interrogações dos autores sobre os efeitos da descentralização valeriam como motivação para um segundo movimento de reforma do setor saúde e das funções do Estado brasileiro na provisão de serviços sociais.

As incertezas sobre eficiência e efetividade da descentralização aparecem associadas a dois problemas centrais: a) o papel das instâncias mesorregionais; b) a reduzida capacidade de controle dos cidadãos/usuários sobre as decisões dos administradores públicos.

Em relação ao primeiro problema, as incertezas sinalizadas estimulam a busca de modelos centrados no fortalecimento da autoridade governamental estadual ou de associações regionais livres entre municípios de pequeno porte. A percepção dos problemas ocasionados pela municipalização sob baixa regulação gerou a proposta de correção da perda de capacidade de coordenação, mediante a criação de sistemas microrregionais de serviços de saúde (Vilaça Mendes, 1998). O problema central nessa abordagem está em descartar a livre associação entre os municípios, por meio dos consórcios, que são considerados como um modelo ineficiente

e de baixa sustentabilidade. A proposta desconsidera, totalmente, os ganhos que a cooperação entre gestores traz para a governabilidade da coordenação supralocal.

Outra solução experimentada no passado destacou as funções das secretarias estaduais. A regionalização coordenada pela esfera estadual consistiu em um modelo organizacional composto de diversas secretarias estaduais de saúde, nos anos 80, reunidas em escritórios regionais que gravavam alta subordinação à autoridade municipal. O próprio Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1974, apresentava, através das superintendências estaduais, um modelo centralizado baseado na padronização dos procedimentos, porém com elevado grau de autoridade regional. O modelo regionalizado da atenção pública envolvia relações baseadas em convênios estabelecidas caso a caso entre União e/ou estados com os municípios.

O terceiro modelo em disponibilidade para a coordenação mesorregional — os consórcios intermunicipais de saúde — apresenta algumas vantagens comparativas:

- pertence à tradição recente do SUS e se disseminou por todo o País;
- oferece expressivo ganho em escala com relação à utilização de leitos hospitalares e serviços médicos especializados, além da utilização de recursos diagnósticos de alto custo;
- exibe experiências exitosas de elevada sustentabilidade;
- gera parcerias não-compulsórias;
- estimula relações cooperativas que transcendem a política de saúde;
- estabelece cooperação com as secretarias estaduais cada vez mais frequentes;
- pode permitir alta flexibilidade na gestão sem perda do caráter público, caso a sociedade civil criada seja regulada por um conselho curador;
- permite a implementação da descentralização por agências regionais.

As desvantagens usualmente observadas nos consórcios decorrem das condições locais, na medida em que o sucesso da associação é fortemente dependente da capacidade política de desenvolver parcerias e redistribuir o bônus da cooperação:

- muitos consórcios objetivam, simplesmente, dotar a rede de determinados especialistas médicos;
- a cooperação política envolve muitas vezes elevados custos de transação;
- muitas parcerias, especialmente as decorrentes de indução ou determinação estadual, mostraram baixa sustentabilidade;
- o objetivo de regular a atenção à saúde na região é pouco compartilhado, mostrando baixa utilização dos ganhos potenciais da parceria;

- em regiões mais pobres, o êxito na ampliação do escopo dos consórcios e seu impacto depende de investimentos da esfera estadual.

A reestadualização do sistema não aparece como uma forte tendência no SUS, apesar da presença de diversos secretários estaduais com tradição setorial e compromissos de governadores com vigorosa ampliação dos gastos estaduais em saúde. Podemos esperar que, assim como o MS, que representa o principal financiador do sistema, os governos estaduais devam ampliar a sua capacidade regulatória sobre o desempenho municipal, conforme maior comprometimento de seus recursos financeiros. Um desfecho possível é a regionalização desenhada a partir dos estados, sendo esperadas reações dos municípios à perda de autonomia e o crescimento das soluções definidas localmente em resposta aos problemas de eficiência sistêmica, mediante a adoção de modelos de livre associação — os consórcios.

Quanto ao problema da reduzida capacidade de controle dos cidadãos/usuários sobre as decisões dos administradores públicos, cabe assinalar que o insulamento burocrático, o formalismo e a alta autonomia têm contribuído para a estagnação da administração pública bastante reativa às novas formas de gestão —essa continua voltada ao controle de procedimentos e não de resultados, e é pouco sensível ao julgamento dos usuários sobre a qualidade dos bens e serviços produzidos.

Essa combinação pode ameaçar a boa implementação dos programas de saúde, por não inibir as condutas oportunistas. Nesse modelo de gestão estão ausentes os mecanismos de responsabilização (*accountability*) sobre as decisões e escolhas dos gestores. A agenda orientada para a qualidade e responsabilidade na gestão pública, no contexto da descentralização, tem como desafio responder por um novo desenho institucional baseado na contratualização *vis-à-vis* a autonomia de gestão no plano organizacional.

É certo que os avanços verificados na ampliação do federalismo sanitário estarão sob alto risco, caso os custos de transação gerados pela descentralização (aumento do número de contratantes e agentes) não assegurem, pelo contrário, dissipem recursos e não apresentem benefícios sustentáveis para o cidadão/usuário do sistema público, como verificado em países com trajetória similar, sendo a Itália o melhor exemplo (Borgovoni & Pintus, 1996).

A experiência internacional de reforma do setor saúde oferece alternativas organizacionais consideráveis para transformar a capacidade do Estado em situações de elevada incerteza, face aos resultados de uma reorientação de política pública, como é o caso da descentralização. O ambiente de incerteza permite, principalmente, inovar frente os modelos de gestão centrados no insulamento e na baixa responsabilização dos agentes públicos. Uma dessas alternativas é a proposta de contratualização,

que diversifica e amplia os mecanismos de responsabilização das organizações públicas. Nesse sentido, o contrato de gestão, como uma orientação estratégica para toda a administração pública, pode apontar para a institucionalização de mecanismos negociados de regulação e orientação para a qualidade.

Notas

- ¹ Este trabalho foi desenvolvido no Projeto Configuração Econômica do Setor Saúde — Nepp/Unicamp e Instituto de Economia — Unicamp, junho de 1999.
- ² Mantendo os demais instrumentos de pagamento para os prestadores de atenção hospitalar — Sistema de Informações Hospitalares do SUS (AIH/SUS); e de transferência para os municípios e estados de recursos para pagamento de cuidado ambulatorial — Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).
- ³ O Distrito Federal, por razões peculiares, obteve a habilitação na GASE ainda no ano de 1998.

Referências bibliográficas

- AFFONSO, R. B. A. & SILVA, P. L. B. (1995), *A Federação em Perspectiva. Ensaios Selecionados*. São Paulo, Fundap.
- AFONSO, J. R. R. *et al.* (1999), “Municípios, Arrecadação e Administração Tributária: Quebrando Tabus”. Rio de Janeiro, BNDES, p.6
- ARRETCHÉ, M. T. S. (1998), “O Processo de Descentralização das Políticas Sociais no Brasil”. Tese de Doutorado/ Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/Unicamp.
- BORGOVONI, E & PINTUS, E. (1996), *Rethinking the National Health System. The Level of decentralization after the 1992 reforma law*. Milan: Cergas/Bocconi University.
- CONASS/FNS/IBOPE. (1998), *Promoção da Saúde – Pesquisa de Opinião*. Brasília.
- GAZETA MERCANTIL. (1999), “Governo Estabelece Metas Para a Saúde”. 05/03, p.A-14.
- IBGE. (1993). *Pesquisa Assistência Médico-Sanitário no Brasil*. Rio de Janeiro.
- INSTITUTO DE SAÚDE. (1998), “A Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil: uma proposta de investigação: Relatório Final”. São Paulo.
- LUCCHESI, P. T. R. (1996), *Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: A Implementação do Sistema Único de Saúde (1990-1995) Planejamento e Políticas Públicas (14)*, Brasília: Ipea.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1997a), *Novos Estudos sobre os Tetos Financeiros para a Assistência à Saúde e Vigilância Sanitária para 1988 — Brasil e por Estado*. Brasília.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1997b), *Avaliação da Gestão da Assistência Ambulatorial e Hospitalar do SUS*. Brasília.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1997c), *Secretária de Políticas/Avaliação da Descentralização*. Brasília
- PNUD. (1996), *Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil*. Brasília: Ipea.
- REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. (1988), *Constituição de 1988*.
- UNICEF/INSTITUTO GALLUP. (1996), *Pesquisa de Opinião Pública*. Brasília.
- VIA I REDONS, J. M. & MCDONAGH, F. G. (1999), “Decentralization in the Health Sector”. *World Bank (Paper prepared for the Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean)*.
- VIANNA, S. M. & PIOLA, S. F. (1999), “Descentralização e Gestão do Gasto Público com Saúde no Brasil”. Texto Produzido para o XI Seminário Regional de Política Fiscal. Cepal/Ipea.
- VILAÇA MENDES, E. (org.) (1998), *A Organização da Saúde no Nível Local*. São Paulo: Hucitec.
- WORLD BANK. (1998), *Brazil — Fiscal Adjustment and Social Spending. The Case of Education and Health in Four Brazilian States*. Washington.
- WORLD BANK. (1988), *Brazil Public Spending on Social Programs: Issues and Options*. Washington.

A descentralização do sistema de saúde no Brasil

Nilson do Rosário Costa, Pedro Luís Barros Silva e José Mendes Ribeiro

Os autores abordam a experiência brasileira de descentralização do sistema público de saúde, representada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição de 1988, e a sua operacionalização mediante as Normas Básicas Operacionais ((NOBs). Foram redefinidos radicalmente os papéis da União, dos estados e municípios no que se refere à oferta de serviços de atenção à saúde, e, por meio da análise de um conjunto variado de dados, são feitas não só a descrição do sistema em funcionamento, como a verificação de vantagens e desvantagens ocorridas, além de sugestões que poderão contribuir ao aperfeiçoamento do modelo implantado.

La descentralización del sistema de salud en Brasil

Nilson do Rosário Costa, Pedro Luís Barros Silva y José Mendes Ribeiro

Los autores abordan la experiencia brasileña de descentralización del sistema público de salud, representada por la creación del Sistema Único de Salud (SUS) a partir de la Constitución de 1988, y su operalización mediante las Normas Básicas Operacionales (NOBs). Se redefinieron radicalmente los roles de la Federación y de los estados y municipios en lo que se refiere a la oferta de servicios de atención en el área de salud y, a través del análisis de un amplio conjunto de datos, se describe el sistema en funcionamiento, se definen las ventajas y desventajas verificadas, y se presentan sugerencias que podrían contribuir con el perfeccionamiento del modelo implantado.

Decentralisation of the health system in Brazil

Nilson do Rosário Costa, Pedro Luís Barros and José Mendes Ribeiro

The authors address the Brazilian experience in decentralisation of the public health system, represented by the establishment of the Single Health System (SUS), as from the enactment of the 1988 Constitution, and by its operationalisation by means of the Basic Operational Norms (NOBs). The roles of the Union, of the States and Municipalities were radically redefined as far as the supply of health-care services is concerned and, by means of the analysis of a varied set of data, they carry out not only the description of systems in operation, but also the verification of advantages and disadvantages incurred, in addition to making suggestions that may contribute to the improvement of the model put in place.

Nilson do Rosário Costa, sociólogo, doutor em planejamento urbano e pesquisador titular da ENSP/FIOCRUZ/RJ. Pedro Luís Barros Silva, administrador público, doutor em ciência política, professor do Instituto de Economia e coordenador do NEPP/UNICAMP/SP. José Mendes Ribeiro, médico, doutor em ciências e pesquisador adjunto da ENSP/FIOCRUZ/RJ

Da burocracia à *ad hoc*cracia

RSP

Revista do
Serviço
Público

Ano 50
Número 3
Jul-Set 1999

*Flavio A. de Andrade Goulart
Rosani Evangelista da Cunha*

1. Introdução

É fato notório que a discussão sobre a estrutura organizacional dos órgãos de saúde está se tornando uma preocupação cada vez mais usual entre os vários interessados na questão. Na verdade, o problema da gestão na saúde e em outras áreas sociais pode ser apontado como reflexo das profundas variações nos contextos histórico, político, econômico e social vividos pelos diferentes países, nesse final de século. Nesse sentido, as discussões, acerca do tema, não são exclusivas do nosso País, mas refletem, entre outras coisas, a busca de competitividade dos diferentes países na nova ordem mundial e a necessidade de as organizações adaptarem-se a um cenário de incertezas, em termos políticos, demográficos, epidemiológicos etc.

Esse pequeno ensaio procurará demonstrar a pertinência das contribuições do autor canadense, Henry Mintzberg, no entendimento do que ele próprio denomina como estrutura e dinâmica das organizações, aplicadas às organizações públicas de saúde. Mintzberg, na verdade, escreve tendo em vista as complexas organizações empresariais e mesmo estatais do Primeiro Mundo. Contudo, como se verá, suas idéias são ainda pertinentes, mesmo com relação a uma realidade diferente da original, como é o caso brasileiro (Mintzberg, 1995).

Inicialmente, seria útil localizar H. Mintzberg no âmbito das escolas de pensamento em administração correntes.

São quatro as perspectivas de análise das escolas de administração, a saber: a) a perspectiva racional, que baseada na contribuição da administração científica também é conhecida como escola taylorista;

Flavio A. de Andrade Goulart, docente da Faculdade de Ciências da Saúde/UnB e doutorando em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Rosani Evangelista da Cunha, mestranda em Administração na FACE/UFMG e assessora técnica da Frente Nacional de Prefeitos

b) a perspectiva natural, que incorpora a contribuição da escola de relações humanas e comportamentais e a teoria sistêmica/contingencial; c) a perspectiva política, que trabalha com a comparação da organização a um sistema político; d) a perspectiva múltipla, que se caracteriza por reconhecer a necessidade de utilizar diferentes formas de ver e explicar a organização, uma vez que os problemas organizacionais apresentam-se de forma contraditória, exigindo que se lance mão de diferentes ângulos de percepção e intervenção (Lemos & Barbosa, 1998).

Cada uma das perspectivas relatadas põe em destaque um determinado fator condicionante, a partir do qual se explica a forma de adequação do funcionamento da organização. São considerados como fatores condicionantes de uma organização: a) as pessoas; b) a estrutura, com a correspondente divisão do trabalho e hierarquia; c) a tecnologia, compreendida como o processo de trabalho; d) os objetivos ou estados futuros desejados; e) o poder ou capacidade de influenciar; f) o ambiente, fonte de insumos e receptor dos produtos organizacionais.

A perspectiva múltipla, à qual pertence o autor em pauta, leva em consideração esse conjunto de fatores e tem como pressuposto que os sistemas de direção, mais adequados para as organizações de saúde, precisam lidar com múltiplas dimensões. Além do mais, aceita que a realidade organizacional é melhor apreendida mediante a confrontação das distintas explicações possíveis. As organizações são, portanto, simultaneamente, sistemas técnicos, racionais, funcionais e políticos.

2. As organizações de saúde como organizações complexas

A discussão sobre a estrutura organizacional para a gestão é decorrente da organização de uma nova ordem do trabalho e de modificações substanciais no uso da tecnologia, o que define bases significativamente diferentes para o funcionamento das organizações, particularmente quando seu objeto é a saúde.

Ao mesmo tempo, e em especial nos países da América Latina, dentre eles o Brasil, duas outras razões juntam-se às anteriores e potencializam as demandas por um novo papel a ser desempenhado pelas organizações de saúde, especialmente na área pública. A primeira dessas razões está no contexto de crise e de reformas nas funções desempenhadas pelo Poder Público; a segunda, nos processos de descentralização e de democratização em curso. O contexto de crise e a concomitante escassez de recursos têm acirrado a demanda por uma administração eficiente. Esse processo tem sido acompanhado pelo aumento e por uma maior complexidade das políticas públicas, com decorrentes demandas por novos

padrões de eficiência e novas formas de relacionamento dos dirigentes e dos gestores públicos com a sociedade.

O processo de democratização, em curso no Brasil, tem levado a um fortalecimento da sociedade civil, e a um aumento da cobrança por melhores resultados do Estado e de suas organizações. Ou seja, a sociedade passa a exercer significativas pressões no sentido de uma maior competência do Estado em suas funções de formulação de políticas, coordenação, regulação e prestação de serviços.

A descentralização de políticas públicas, como acontece no Sistema Único de Saúde/SUS, ao transferir para níveis mais periféricos as decisões e as ações antes centralizadas, também contribui para a construção de um novo papel para as organizações e seus gestores. Ao lado da democratização, a descentralização de funções e de responsabilidades possibilita à sociedade novos instrumentos de cobrança e fiscalização da execução de políticas e torna possível a exigência de respostas efetivas às demandas.

No setor saúde, esse conjunto de transformações destaca-se, principalmente no nível municipal, que passa a assumir atribuições inovadoras para as quais muitos organismos de gestão ainda não acumulam experiência. Além disso, o acréscimo em termos de execução, controle e regulação de mercado obriga a utilização de novos instrumentos gerenciais, ajustados ao contexto da gestão pública.

A implementação e a operacionalização do SUS, de acordo com os princípios definidos pela Constituição Federal e pelas leis que as regulamentam, definem novas exigências para o Poder Público que resultam na necessidade de estruturas organizacionais coerentes com as transformações das práticas no setor.

Além do mais, as organizações de saúde, mesmo as pequenas, são sempre organizações complexas. Quais seriam os atributos determinantes dessa categoria? Poder-se-iam enumerá-los de forma sintética: as características profissionais de tais organizações, sua atuação na área de saúde e sua natureza pública (Dussault, 1992).

O conceito de organização profissional é intensivamente discutido por Mintzberg. Organização profissional é aquela cujo funcionamento depende, basicamente, de seus operadores, em que o trabalho desenvolvido é pouco formalizado e demanda um alto nível de qualificação. Outras organizações possuem essas mesmas características, como as escolas, as firmas de engenharia, de serviços jurídicos, dentre outras. O trabalho desenvolvido nessas organizações depende de um alto nível de qualificação e de uma complexa padronização. Assim, em função da complexidade e da variabilidade do trabalho desenvolvido, os profissionais que atuam nessa área mantêm uma certa autonomia na conduta de sua prática cotidiana, dificultando o trabalho dos gerentes e a incorporação dos objetivos organizacionais.

O atributo da autonomia é central na caracterização de uma organização profissional. A regulação do trabalho desse tipo de profissional quase sempre é feita pela própria corporação, ou seja, pelos seus pares, por meio de entidades de fiscalização do exercício profissional, como os conselhos profissionais, portanto com controle e normatização exercidos de fora dos domínios da organização. Mintzberg descreve a força organizacional oriunda destes quadros como proficiência, um fator profundamente importante na configuração institucional. Um dos grandes problemas da gestão nas organizações profissionais é, justamente, a difícil conciliação entre a autonomia profissional e a necessidade de que os profissionais incorporem os objetivos da organização. Caso haja um controle exagerado, pode-se dificultar o trabalho desses profissionais; ao mesmo tempo, se não existe uma coordenação eficaz por parte do dirigente e da própria equipe, a organização pode correr o risco de uma desintegração institucional e da desarticulação do trabalho ali desenvolvido. As organizações profissionais atuam em um ambiente geralmente complexo, embora estável. A autonomia profissional e a dificuldade de controle desse tipo de trabalho fazem com que muita centralização e burocratização sejam mecanismos incompatíveis com a produção de serviços de boa qualidade.

O segundo atributo considerado para definir as organizações de saúde como organizações complexas é justamente o fato de trabalharem com saúde, o que define características próprias de organização e gestão. O próprio conceito do que seja saúde é variável e incorpora dimensões bastante ampliadas, basta ver a definição constitucional de saúde como “direito de todos e dever do Estado, a ser assegurado mediante políticas econômicas e sociais...”. Ao mesmo tempo, o conceito e as percepções de saúde dos indivíduos e da coletividade incorporam aspectos éticos, morais, sociais, econômicos, religiosos e outros bastante diversificados. Os profissionais de saúde atuam em campos repletos de valores éticos e morais como: a influência sobre a vida e a morte, a relação entre sigilo profissional e direito à informação, escolha entre prioridades num contexto de escassez e outros igualmente complexos.

Tudo isso faz com que o trabalho na área de saúde seja realmente muito complexo, que demande alta qualidade, mas não possa ser muito formalizado, uma vez que os profissionais precisam considerar seus próprios valores e se adaptar às expectativas e às necessidades dos usuários. Novamente, retorna o conceito de autonomia anteriormente definido. Além disso, a área de saúde é uma arena de disputa entre vários atores sociais com interesses próprios, nem sempre convergentes, dentre eles os usuários, os trabalhadores, as corporações, os empresários e os políticos. Tais interesses expressam o papel social desempenhado pelo indivíduo ou segmento em cada momento e as concepções anteriormente explicitadas. Outra característica das organizações de saúde, que

também contribui para sua complexidade, é a dificuldade em avaliar e em mensurar os resultados dos serviços prestados.

O terceiro atributo é o caráter público das ações e dos serviços de saúde desenvolvidos pelo aparelho do Estado, o que também, pelas características próprias das organizações públicas, pressupõe especificidade e complexidade para as mesmas. Esse tipo de organização é dependente do poder político e é regulado de maneira externa, com determinantes que se encontram fora do seu controle específico. Três questões principais devem ser consideradas para o entendimento das organizações públicas: a autoridade do dirigente é delegada; existe uma dependência de recursos públicos; e, por fim, as organizações públicas têm obrigação de prestar serviços.

Cabe discutir um pouco mais a primeira questão considerada, a autoridade delegada. O que significa isso? A autoridade dos dirigentes das organizações públicas é delegada pelos governantes e, no caso de órgãos com previsão de eleição para escolha de cargos de chefia, é dependente também daqueles profissionais ou usuários com poder de voto. Assim, o desempenho das funções de direção deve considerar os interesses de todos esses segmentos e, ao mesmo tempo, deve se pautar pelos objetivos governamentais. No caso do setor saúde, a Constituição Federal incorpora ainda o princípio da democratização da gestão, ou seja, da participação da sociedade na definição de estratégias e diretrizes de ação, no acompanhamento, no controle e na avaliação das ações e de serviços desenvolvidos. Muitas vezes, os interesses dos governantes, dos trabalhadores e da população são contraditórios, com preocupações políticas, sociais ou mesmo burocráticas que têm pouco a ver com as finalidades dos serviços de saúde. Isso significa que o dirigente de organizações públicas de saúde pode encontrar muitas dificuldades para considerar na sua ação os objetivos dos governantes, da população e dos trabalhadores. Ou seja, ele deve ter uma grande capacidade de negociação e legitimação junto a todos esses segmentos.

Além de ter a sua autoridade delegada e, conseqüentemente, ter de prestar contas de suas atividades, a autonomia dos dirigentes de saúde também é afetada pelo fato de atuarem em organizações financiadas por recursos públicos, geralmente escassos e negociados com outras áreas de governo e com outras políticas públicas que também disputam os mesmos recursos. Esse problema é agravado nos contextos de crise e escassez e depende das prioridades dos governantes e da capacidade de arrecadação do Estado. Assim, por mais que a saúde seja uma ação importante, a sua dependência de recursos públicos faz com que participe de disputas com outros segmentos pelos mesmos recursos públicos que financiam ações tão importantes quanto ela. Ao mesmo tempo, o Estado tem obrigação de garantir o direito à saúde de todos os cidadãos, como determina a

Constituição Federal, e isto significa que, ao contrário dos serviços privados, os serviços públicos têm um dever de atendimento.

3. As funções de gestão em saúde

As funções gerenciais no SUS podem ser discutidas a partir de duas dimensões distintas, uma mais estratégica e mais política e outra técnica, sanitária e administrativa. No primeiro grupo, também chamado de atividades de gestão, estão as atividades de coordenação, regulação, negociação e condução estratégica do sistema de saúde. Essas atividades correspondem às instâncias de comando do SUS, nos seus níveis municipal, estadual e nacional (Müller, 1993).

Em relação ao segundo grupo, ou atividades de gerência (ou também gestão de serviços), temos uma atuação voltada para a administração de órgãos ou instituições que se caracterizam como prestadores de serviços ao sistema, sejam eles ambulatório, hospital, instituto, fundação ou outros. É claro que essas não são atividades excludentes, e os gerentes de serviços, por exemplo, têm de exercitar a coordenação, a negociação e a gestão estratégica no seu âmbito de atuação, conforme está explicitado na Norma Operacional Básica/NOB do SUS de 1996.

Ao conjunto de atributos de gestão e de gerência, relacionados ao âmbito dos sistemas e serviços de saúde, seja no plano político, técnico-finalístico ou técnico-administrativo, denomina-se funções de gestão.

As funções de gestão em saúde derivam diretamente das diretrizes estabelecidas na Constituição Federal de 1988, particularmente o dever do Estado (art. 196), a relevância pública (art. 197) e a direção única em cada esfera de governo (art. 198).

Além dessas, a integração das políticas sociais (art. 196), a participação da sociedade e a nova organização regionalizada e hierarquizada do sistema (art. 198), bem como as competências específicas definidas no artigo 200 da Constituição vêm a exigir um perfil organizacional bastante diferente daquele que tem vigorado ao longo de toda a história do sistema, marcada pela fragmentação e pela descoordenação das ações.

O SUS, ancorado nos princípios mencionados, requer, sem dúvida, novas maneiras de praticar a gestão, advindo, daí, grandes desafios ao corpo de dirigentes e técnicos envolvidos no processo gerencial.

Uma série de conseqüências deriva diretamente dos princípios jurídicos do SUS. Os gestores do sistema e os gerentes dos serviços devem estar atentos às mesmas, pelas suas implicações no cotidiano do processo administrativo. O quadro a seguir resume alguns aspectos das novas responsabilidades de gestão despertadas pela implantação do novo sistema de saúde.

Quadro 1: As responsabilidades de gestão no novo modelo do sistema público de saúde

Intersetorialidade: a ação gerencial, freqüentemente, ultrapassa os limites do setor saúde, seja em direção a outras instituições, estatais e não-estatais, ou a entidades vinculadas à sociedade civil.

Responsabilidade sobre a coisa pública, incluindo o uso dos recursos públicos na contratação de serviços privados complementares.

Universalidade e integralidade, responsabilidade pela saúde do conjunto dos cidadãos e nas diversas condições de vida e situações de risco.

Defesa dos interesses coletivos, implícitos no direito à saúde, particularmente na garantia da universalidade, da integralidade e da equidade.

Relevância pública: o Estado tem responsabilidade pelo conjunto de ações e serviços de saúde, independentemente da execução direta dos mesmos.

Domínio de meios e fins, técnicos, políticos e comunicativos, visando à promoção do direito universalizado à saúde.

Gestão intergovernamental: decorrente da responsabilidade das três esferas de governo com a saúde e da necessidade de garantia da unicidade do sistema de saúde.

Controle social, com submissão à ação deliberativa e fiscalizadora dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Formulação de política: intransferível, respeitando os princípios federativos e a área de responsabilidade do gestor.

Desenvolvimento das novas competências de gestão, sobre processos, produtos e serviços de interesse para a saúde, bem como sobre o meio ambiente (Constituição Federal, art. 200).

4. As novas estruturas organizacionais

Como foi dito, as novas funções de gestão, relacionadas a práticas de saúde tão diversificadas, acarretam grandes responsabilidades para o órgão de gestão do SUS, particularmente no nível local. Tais responsabilidades devem estar contidas em uma estrutura de gestão apropriada, bastante diferente daquela vigente nas etapas anteriores ao SUS, quando as competências de um órgão local de saúde eram muito menores.

No entanto, quando se fala em estrutura de gestão, o senso comum quase sempre busca a imagem de um organograma ou de um mero desenho esquemático de quadros e linhas, mostrando postos, funções, hierarquias, competências etc. O organograma, na verdade, deve ser considerado apenas uma consequência da estrutura, cuja definição e montagem ultrapassam, e muito, a idéia simplista do agrupamento de cargos e atribuições em um esquema lógico e hierarquizado. A estrutura é algo mais complexo e exige um conhecimento mais aprofundado da dinâmica da organização à qual se aplica. Aqui torna-se de grande valia o pensamento de Mintzberg,

por meio do qual se poderá percorrer alguns caminhos para o entendimento de tal dinâmica e de sua adaptação às organizações públicas de saúde. A idéia é de que o percurso pelo referencial desse autor permitirá a compreensão e a proposição de estruturas adequadas às novas funções dos órgãos gestores de saúde.

Em primeiro lugar, é importante ressaltar que as organizações, quando se tornam mais complexas (e todas as organizações de saúde, desde o pequeno posto rural até os grandes órgãos gestores, podem ser consideradas complexas), passam a exigir dois mecanismos essenciais, embora conflitivos, para manter seu equilíbrio: a divisão de trabalho (entre pessoas e setores diferentes) e a coordenação das atividades daí decorrentes. A definição de uma estrutura organizacional, em termos ainda que singelos, deve resultar da soma dos meios empregados para dividir tarefas e realizar sua coordenação.

A coordenação, entretanto, representa uma atividade complexa e muitas vezes especializada. A complexidade das organizações humanas gerou a necessidade de mecanismos diversos para que a coordenação se realizasse. São eles: a) ajustamento mútuo, com a utilização de processos informais de comunicação; b) supervisão direta, ou responsabilização de uma pessoa pelo trabalho de outras; c) padronização de procedimentos, resultados e qualificação necessária para o trabalho.

O entendimento da dinâmica organizacional requer também que se realize algum aprofundamento sobre os circuitos ou fluxos que unem e articulam as diversas partes da organização, por meio dos quais circulam e produzem efeitos tais como os processos de decisão, os materiais e a informação. Mintzberg acentua que durante muitas décadas foram muito valorizados os fluxos de autoridade e de regulamentos, visão que aliás sustentou as escolas de pensamento administrativo mais antigas (taylorismo). Mas, não basta apenas o formalismo da autoridade e das regras para movimentar uma organização. O pensamento contemporâneo, para Mintzberg, contempla ainda os fluxos de comunicação informal, constelações de trabalho (organização do processo de trabalho a partir dos próprios indivíduos) e decisões *ad hoc* (aquelas tomadas no calor das circunstâncias, independentemente de estarem previstas nos regulamentos oficiais).

A dinâmica das organizações pode ser apreendida, ainda, a partir de suas partes componentes. Com efeito, a divisão de trabalho e os mecanismos de coordenação e padronização, desenvolvidos nas organizações complexas, passaram a exigir setores igualmente especializados e complexos, capazes de dar conta da diversidade de tarefas, sejam as operacionais (finalísticas) ou as administrativas (intermediárias). Nessa perspectiva, podem ser descritas cinco partes componentes da organização, que são: o Centro Estratégico (CE); a Linha Hierárquica (LH); o Centro Operacional (CO); o setor de Apoio Logístico (AL); e a Tecnoestrutura (TE).

Seria um exercício produtivo tentar localizar cada uma das partes componentes de uma organização em um órgão gestor típico do sistema de saúde brasileiro.

O Centro Estratégico (CE) é de fácil visualização, pois corresponde ao *locus* organizacional onde se inserem o dirigente e sua estrutura de apoio. Aqui se realiza a formulação das estratégias de ação do órgão, baseadas na vontade, no poder e na política. Tais fatores podem derivar, por exemplo, dos programas de governo, da vontade de atender a determinados setores sociais, das demandas sociais encaminhadas pelo Conselho ou pela Câmara de Vereadores etc. No caso do SUS, o CE tem por responsabilidade realizar a articulação formal com o Conselho de Saúde, como organismo contíguo ao ambiente social, e captar e canalizar suas demandas, incorporando-as ou não, na formulação política e estratégica do órgão gestor. O Conselho de Saúde, portanto, é vinculado à estrutura do CE. A própria definição de gestor do SUS, nos termos colocados pela NOB/SUS/96, enfatiza o caráter de comando, de articulação com a sociedade e de formulação político-estratégica, que são inerentes a um CE.

O Centro Operacional (CO) é a parte essencial da organização de saúde, o lugar onde os operadores (na terminologia mintzbergiana) atuam. Nele decorrem os fatos, ou seja, são realizadas consultas, internações, visitas domiciliares, vacinações, auditorias hospitalares, fiscalização de estabelecimentos etc. O CO está representado pela rede de serviços de saúde, constituída pelos hospitais, centros e postos, clínicas, laboratórios, unidades móveis, setores de vigilância, além de outros. No CO, os operadores são: os enfermeiros, médicos, assistentes sociais, dentistas, auxiliares, técnicos e tantos outros profissionais, detentores da proficiência que caracteriza o coletivo de pessoas a realizar a função precípua da organização.

Mas, não basta ser um profissional de saúde para ser membro de um CO. Aliás, é bem comum o fato de se ter médicos, enfermeiros e outros profissionais no CE e nas outras partes da organização de saúde. Dado seu amplo contato com o ambiente social, o CO é extremamente vulnerável às demandas e mudanças ocorridas neste. Em caso de greve, por exemplo, é a paralisação do CO que afeta e contamina mais a dinâmica da organização. Por outro lado, esse é o setor que trabalha de forma mais protegida dentro da organização, proteção esta garantida por uma forte padronização de processos, resultados e qualificação. O CO tem ainda um peso político considerável dentro da organização, graças ao poder de seus membros (dado pela já referida proficiência), todos dotados de formação técnica (médicos, enfermeiros, dentistas e outros) cuja substituição é difícil, se não impossível a curto prazo. É bom ainda lembrar que, no SUS, uma parte dos cuidados à saúde pode não ser prestada diretamente pelo Poder Público, cabendo a este, em tal caso, o controle e a regulamentação

dos prestadores. Tais atividades também pertencem ao CO, ou a uma parte específica dele, dotada de competência técnica e política para atuar no controle e na auditoria dos prestadores de serviços contratados.

O CE e o CO estão interligados por meio da Linha Hierárquica (LH). Na verdade, esse é um componente extremamente variável nas organizações. Pode-se compreendê-lo por meio de uma imagem simples: quanto mais próximo o CE estiver do CO, menor será a LH. Em outras palavras, nas organizações pequenas, mas também naquelas realmente descentralizadas, a LH tende a desaparecer. Na situação tradicional do sistema de saúde, o que se tem é uma polaridade entre os órgãos de gestão e a rede de unidades, essas dotadas de pouca ou nenhuma autonomia. Nesse caso, estabelece-se uma LH, relativamente desenvolvida, com inumeráveis supervisores, coordenadores de programas, gerentes de áreas, chefes etc. Em um sistema de saúde realmente descentralizado, certamente a LH não desaparecerá, mas com toda certeza tenderá a ser mais curta e mais enxuta, já que muitas decisões dependentes de tais gerentes intermediários passarão a acontecer no CO, ou seja, nas próprias unidades operacionais do sistema.

Os três componentes vistos acima, ou seja, CE, CO e LH possuem uma característica em comum: a de estarem articulados em função da missão e dos objetivos finais da organização, no caso, produzir ações e serviços de saúde. Contudo, em uma organização nem todas as suas partes têm esta característica de se inserir na produção direta do serviço ou bem para o qual a organização existe. Trata-se do caso dos dois componentes seguintes.

A Tecnoestrutura (TE) é o núcleo de análise, padronização e planejamento da organização. Nem sempre, porém, pode ser vislumbrado como tal. Aliás, até pelo contrário, pois muitas vezes o que se chama setor de planejamento em um órgão gestor não corresponde, de fato, às atribuições citadas, em princípio convergentes para a formulação estratégica da organização, mas sim ao cumprimento de uma série de rituais, como preenchimento (ou criação) de formulários, respostas às demandas de outros setores ou, simplesmente, contabilidade de eventos financeiros ou assistenciais. As funções de TE em saúde devem ser vislumbradas de maneira mais nobre e entre as mesmas podem ser citadas as seguintes: a) processamento da informação epidemiológica e gerencial; b) análise de conjunturas sanitárias e políticas, com vistas à antecipação das ações; c) definição de padrões referentes a procedimentos, resultados e qualificação de pessoal; d) proposição e execução de ações visando o alcance dos padrões definidos etc.

É fácil constatar que existe uma enorme diferença entre uma TE moderna e dotada de papel estratégico e aqueles setores burocratizados de planejamento que ainda proliferam no mundo das organizações de saúde.

Pode-se dizer que não é necessária a presença física de um setor de TE nas organizações gestoras do SUS. O importante é que os referidos componentes nobres da mesma sejam contemplados nas funções de gestão e isso pode estar associado ao que se entende como CE, no próprio CO ou, eventualmente, mesmo na LH.

O Apoio Logístico (AL), também afastado da linha direta de produção, é de uma visualização mais fácil em uma organização de saúde. Corresponde ao(s) setor(es) que se responsabiliza(m) por uma série de atribuições, ditas de suporte: orçamento, finanças, limpeza, transporte, vigilância, alimentação, treinamento, assessoria jurídica, administração do pessoal, comunicação, além de outras. Em muitos órgãos gestores o AL concentra-se na administração central, existindo nas secretarias e unidades de saúde apenas como postos avançados, do tipo controle de ponto, almoxarifados etc. Em outros, a própria secretaria mantém e estende seu AL à rede de unidades. Em cada unidade, todavia, o AL será sempre residual, fazendo parte e subordinando-se ao conjunto maior, representado pela secretaria ou pela administração municipal.

Finalizando o estudo da estrutura de gestão, vale a pena reforçar o que Mintzberg chama de configurações organizacionais, que se tratam de cinco variedades de configurações, definidas a partir dos conceitos vistos nas linhas acima. Destas, duas representam situações mais afins aos órgãos de saúde:

Burocracia profissional

Coordenação de trabalho realizada mediante padronização extensiva dos processos de trabalho e de qualificação. O Centro Operacional (CO) é a parte chave. Alta influência da força de proficiência das equipes de operadores. Dependência do trabalho de pessoas especializadas (burocracias). O CE articula-se com o ambiente social e resolve conflitos. A TE é pouco poderosa, equanto as funções de AL são muito elaboradas. Os fluxos de autoridade formal tendem a ser fracos. É a organização típica dos ambientes complexos, porém estáveis. As organizações de saúde tradicionais pertencem, geralmente, a essa configuração.

***Ad hoc*racia**

O mecanismo principal de coordenação é o ajustamento mútuo. A parte chave da organização está no AL ou no CO. Também dependente do trabalho de técnicos especializados, muito poderosos neste tipo de organização. O CE realiza o equilíbrio organizacional por meio da solução de conflitos e contatos com o exterior. A TE também é de pouca importância, ficando como que diluída no corpo organizacional. O AL deve ser bem estruturado. Fluxos de autoridade formal pouco significativos, de modo geral. Situação adequada para as organizações que atuam em ambientes complexos e muito mutáveis.

Das estruturas definidas acima, não se pode dizer que uma está mais correta do que a outra. Ambas podem ser justificadas, de acordo com o tipo de organização e sua inserção no sistema de saúde. Assim, por exemplo, os órgãos gestores e até mesmo as unidades hospitalares, particularmente os de maior porte e complexidade, tendem a ser burocracias profissionais (ou até mecanicistas, ou seja, extremamente reguladas e programadas pela TE, segundo a mesma classificação de Mintzberg). Para unidades e programas que atuam na ponta da linha, em ambientes muito instáveis, a configuração adequada deve tender à *ad hoc* *racia*.

Portanto, mais que pensar em reforma administrativa ou num novo organograma para organizações de saúde, é importante entender que tipo de organização pode ser capaz de assumir as funções de saúde, de acordo com os princípios aqui sistematizados. A grande exigência é de um novo tipo de organização, com maior flexibilidade, autonomia de trabalho, descentralização e gestão democrática. É o que se verá a seguir.

5. A necessária flexibilidade

O que caracteriza, de fato, uma organização flexível? Esse tipo de organização caracteriza-se pela flexibilidade em relação à definição de tarefas, que são distribuídas entre seus membros, a partir da definição do próprio grupo, com espaços para o exercício da criatividade. O trabalho é realizado a partir de projetos, com metas, prazos e recursos bem definidos, reunindo saberes e pessoas de áreas e especialidades diferentes, sob o comando de um gerente designado especificamente para a atividade em questão. As decisões *ad hoc* são freqüentes e muito valorizadas.

Organizações flexíveis permitem mudanças nas formas como se organiza tradicionalmente o processo de trabalho em saúde, com especialização e verticalização da divisão entre corpo clínico, de odontologia, enfermagem, e outros. Ao mesmo tempo, permite a responsabilização das equipes pelos problemas a serem enfrentados pelo serviço de saúde e pela definição dos mecanismos capazes de resolvê-los (Giacomini, 1994).

Essas novas estruturas, típicas da *ad hoc* *racia*, por meio da autofixação de metas e do estímulo ao trabalho a partir de condições autônomas, são capazes de produzir inovação, ao estimular a criatividade individual e coletiva, e incorporar idéias novas com repercussões no processo de mudança organizacional.

É bastante comum a configuração flexível ser representada por uma estrutura modular, baseada em equipes organizadas sob a forma de matrizes ou estruturas matriciais, para usar um termo mais em evidência (Medici & Silva, 1993).

Para completar a presente discussão, a questão que cabe formular, a partir do quadro de referência dado por Mintzberg, é a seguinte: como incorporar, na organização tradicional burocrática, componentes operacionais da modalidade *ad hoc* mais flexível e adequada ao ambiente de mutabilidade e incerteza que caracteriza a prestação de serviços de saúde?

São muitas as possibilidades, mas os aspectos mais fundamentais de tal mudança podem assim ser descritos:

- transferência do poder decisório para os setores mais operacionais, ou seja, a contrapartida local da descentralização que, no caso do SUS, se propõe;

- não separação das atividades de fazer daquelas de pensar, ou seja, a TE de planejamento e análise devidamente diluída e incorporada nos diversos setores da organização;

- estímulo e reforço às decisões *ad hoc* e ao comportamento criativo, de maneira geral;

- estímulo aos processos de trabalho desenvolvidos espontaneamente na organização, a partir das capacidades e dos desejos individuais — as constelações de trabalho (Mintzberg) — sem que isso signifique, necessariamente, abrir mão dos objetivos institucionais;

- clareza a respeito da missão organizacional (produzir saúde), de forma a impedir que os meios (produzir normas) se tornem mais importantes que os fins;

- desenvolvimento de atividades em estruturas matriciais, que se tratam na verdade de arranjos *ad hoc*, para resolver problemas específicos. Exemplo: uma equipe de atenção ao adolescente formada por enfermeira, pediatra, psicólogo e assistente social de setores diferentes (no organograma), porém voltados para um programa específico: dar atenção a esse tipo de clientela.

Referências bibliográficas

- DUSSAULT, G.. (1992), “A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências”. *Revista de Administração Pública*, abril/junho, n. 26 (2):8-19. Rio de Janeiro.
- GIACOMINI, C. H.. (1994), *Descentralização e Distritos Sanitários: aproximação ao deslocamento de poder no processo de distritalização da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba*. Dissertação de mestrado. Londrina, Universidade Estadual de Londrina.
- LIMA, S. M. L. e BARBOSA P.R.. (1998), “Planejamento e Gestão em Saúde (I): aspectos conceituais e abordagens contemporâneas”. Curso de Educação à Distância em Gestão de Saúde. Rio de Janeiro. FIOCRUZ/UnB.
- MÉDICI, A. C. e SILVA, P. L. B.. (1993), “Administração flexível: uma introdução às novas filosofias de gestão”. *Revista de Administração Pública*, 26, julho/setembro. Rio de Janeiro.
- MINTZBERG, H.. (1995), *Criando Organizações eficazes*. São Paulo: Atlas.
- MINTZBERG, H.. (1982), *Structure et dynamique des organisations*. Paris: Les Éditions d'Organisations.
- MÜLLER, J.. (1993), “O papel estratégico do dirigente municipal de saúde”. Curso para Dirigentes Municipais de Saúde, Rio de Janeiro, IBAM/FNS.

Da burocracia à *ad hoc*racia

Flavio A. de Andrade Goulart e Rosani Evangelista da Cunha

As organizações de saúde são sempre organizações complexas, que realizam seus objetivos por intermédio das funções de gestão, nome que se dá ao conjunto de atributos de gestão e de gerência relacionados ao âmbito dos sistemas e dos serviços de saúde, seja no plano político, técnico-finalístico ou técnico-administrativo.

Funções de gestão e práticas de saúde devem estar contempladas em uma estrutura de gestão. A estrutura é algo mais complexo do que um simples organograma. O entendimento da dinâmica organizacional e de sua adaptação às organizações concretas, segundo o referencial do autor canadense, H. Mintzberg, é fundamental para se propor estruturas adequadas às novas funções dos órgãos gestores em saúde.

A grande exigência para a organização de saúde contemporânea é a de maior flexibilidade, com autonomia de trabalho, descentralização e gestão democrática. O processo de trabalho deve apoiar-se em projetos, com metas, prazos e recursos bem definidos, reunindo saberes e pessoas de áreas e especialidades diferentes, sob mandatos que podem não ser permanentes, mas designados especificamente para as necessidades.

De la burocracia a la *ad hoc*racia

Flavio A. de Andrade Goulart y Rosani Evangelista da Cunha

Las organizaciones de salud son siempre organizaciones complejas. Además, estas organizaciones realizan sus objetivos por intermedio de las funciones de gestión, es decir, el conjunto de atributos de gerencia ubicados en el ámbito de los sistemas y servicios de salud, tanto en los planos político, administrativo o técnico-finalístico.

Las funciones de gestión y las prácticas de salud deben estar contenidas en la estructura organizacional, que es algo más complejo que un simple organigrama. El marco referencial propuesto por el autor canadiense H. Mintzberg es muy útil para la comprensión y la proposición de las estructuras más adecuadas para las nuevas funciones de gestión en salud.

La complejidad creciente del trabajo, de la coordinación y estandarización desarrolladas en las organizaciones de salud, ha pasado a exigir sectores y personas cada vez más especializados, capaces de cumplir las tareas operacionales. El proceso de trabajo debe basarse en proyectos, con metas, plazos y recursos bien definidos, reuniéndose personas y conocimientos diferentes, con mandatos que pueden no ser permanentes, sino designados específicamente hacia cada tipo de actividad, en función de las necesidades.

From bureaucracy to *ad hoc*racia

Flavio A. de Andrade Goulart and Rosani Evangelista da Cunha

Health organizations are always complex entities. This kind of organization reach its objectives by means of the manager functions, which are a bunch of attributes related to health systems and services, in terms of politics, technical approach and managing.

Health functions and health practices should be included in a managerial structure, that is more complex than a single organogram. The theoretical contributions of a Canadian author, H. Mintzberg, may be important for the comprehension and even the formulation of adequated structures for the health managing organizations.

Flavio A. de Andrade Goulart, docente da Faculdade de Ciências da Saúde/UnB e doutorando em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Rosani Evangelista da Cunha, mestranda em Administração na FACE/UFMG e assessora técnica da Frente Nacional de Prefeitos

The increasing complexity of the division of labor and of coordination and standardization mechanisms in the modern health organizations created the necessity of more and more specialized people and instruments. The work process should be supported by projects, with well established goals, timing and resources, which join together people and expertise from different professional areas, with not necessarily permanent mandates and direction, although oriented specifically for each kind of needs and activities.

Estado e Terceiro Setor: uma análise de aproximação

Luiz Carlos Abreu Mendes

RSP

Revista do
Serviço
Público

Ano 50
Número 3
Jul-Set 1999

1. Introdução

O final do século XX traz, para a arena das discussões contemporâneas, os limites e possibilidades de relacionamento entre o Estado em crise e o Terceiro Setor, entendido este como sendo o segmento social difuso que atua entre o Estado e o mercado e reúne um grande número de organizações de natureza jurídica privada e sem fins lucrativos. O fato de serem registradas como não tendo fins lucrativos abre caminho para um conjunto de benefícios fiscais e outros incentivos governamentais, que podem ser pleiteados em nome de ações e projetos de interesse público desenvolvidos por essas organizações. A questão central é caracterizar o que legitima uma ação ou projeto de interesse público.

No Brasil, duas iniciativas recentes procuram aproximar o Estado e o Terceiro Setor, reabrindo a questão do interesse público ou do interesse coletivo:

a) por um lado, tem-se as organizações sociais (OS) nascidas de uma proposta de reforma do Estado, na qual o Estado é o sujeito da própria reforma que é consequência de uma crise mais ampla, caracterizada por contornos internacionais e mudanças bastante imprevisíveis e imperativas, em ritmo acelerado. A proposta de reforma coordenada pelo extinto Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), cujas funções foram absorvidas pelo Ministério do Orçamento e Gestão (MOG) a partir da Medida Provisória nº 1.795, de 1/01/99, compreende um processo de publicização que se traduz num movimento em direção ao Terceiro Setor, mediante o qual é transferida para o setor público não-estatal a produção dos serviços competitivos ou não-exclusivos do Estado, estabelecendo-se

Luiz Carlos
Abreu Mendes,
mestre em
Administração
Pública e
Governo
pela UnB e
Técnico de
Planejamento
e Pesquisa
do IPEA

um sistema de parceria entre o Estado e a sociedade para seu funcionamento e controle (cf. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, 1995: 18). Dessa iniciativa resultou a aprovação da lei nº 9.637, publicada no DOU de 18/05/98, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, dentre outras providências;

b) por outro lado, tem-se uma iniciativa do Conselho da Comunidade Solidária, que reuniu representantes do governo e de parcelas da sociedade, na 6ª Rodada de Interlocação Política sobre o Marco Legal do Terceiro Setor, para discutir a melhoria das relações do Estado com as organizações não-estatais que desenvolvem atividades de interesse público. A idéia central era avançar em direção ao reconhecimento e qualificação de um segmento disperso que pretende dar conta de um vastíssimo conjunto de OS, nem estatais nem mercantis, geradas por iniciativa da comunidade — o chamado Terceiro Setor. Dessa iniciativa resultou a lei nº 9.790, publicada no DOU de 24/03/99, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP), institui e disciplina o termo de parceria, dentre outras providências.

As reflexões aqui desenvolvidas detêm-se no contexto e nas motivações que levaram os dois grupos a essas iniciativas, determinando o alcance e limites de cada uma delas. Nesse sentido, examinar os pontos em comum e as diferenças das propostas requer um grande esforço reflexivo, dado o número de fatores internos e externos envolvidos no estudo comparativo, que passam pelo significado político, sócio-econômico e cultural da emergência do Terceiro Setor no Brasil e suas relações históricas e atuais com o Estado. As origens e conformação do Terceiro Setor nos darão, ainda, indícios do que o aproxima e/ou o diferencia dos setores tradicionais público e privado.

2. Um pouco da história de conformação do Terceiro Setor no Brasil

Para tentar compreender a lógica de funcionamento do Terceiro Setor é preciso conhecer as condições em que se deu a sua formação no Brasil, as forças motivadoras e o perfil dos dirigentes das entidades e os grupos que dele fazem parte. A dificuldade em recuperar a memória dos primeiros tempos sobre o papel e o desempenho do voluntariado, do associativismo ou da filantropia, no Brasil, está no fato de que essas questões nunca foram alvo privilegiado de discussões na sociedade, nem de

atenção sistemática por parte dos historiadores. A visibilidade dessas entidades dá-se de forma fragmentada e descontínua, à sombra de outras questões trabalhadas nas relações, um tanto quanto problemáticas, entre o Estado e a sociedade e entre o público e o privado.

Landim (1993: 12) recupera parte da história, identificando a complexidade em resgatar acontecimentos tão diversificados e dispersos, e faz uma leitura a partir do Período Colonial, examinando os quatro séculos em que a vida social, política e econômica brasileira teve como eixo as grandes unidades agrícolas para exportação:

“Cria-se a sociedade das grandes fazendas, formadas pela casa-grande e a senzala, a capela, o canavial, o engenho de produzir o açúcar, as casas dos empregados e eventuais moradores não escravos: mundos relativamente fechados regidos pela lógica patriarcal de dominação senhorial. Os homens livres, nessa sociedade, ocupam um lugar marginal, secundário, tanto social como economicamente. Para sobreviver nesse contexto de relações pessoalizadas era preciso estabelecer e atualizar relações de dependência baseadas em alianças de reciprocidades verticais — o clientelismo — onde se troca individualmente proteção e favores por lealdade e serviços.

O segundo traço a ressaltar é o papel da Igreja Católica na configuração dessa sociedade. Basta lembrar que, por quase quatro séculos — até a proclamação da República, em 1889 — vigorou no Brasil o regime de padroado concedido pelo papado à coroa portuguesa. (...) Portanto, durante a maior parte da história do Brasil, o catolicismo foi a religião oficial do Estado. (...) A Igreja Católica que se implantou no Brasil via Portugal foi uma peça fundamental na legitimação do poder político do Estado colonizador, contribuindo para a consolidação dessa sociedade colonial de perfil patriarcal e autoritário.”

Nesse contexto, Landim aponta obstáculos para emergir e se consolidarem associações voluntárias e autônomas que visassem a prestação de serviços de caráter público. A Igreja terá um papel fundamental na gestação de quaisquer espaços, iniciativas e valores ligados ao que se pode chamar de atividades filantrópicas na época colonial. Onde havia, nos primeiros séculos da colonização, organizações encarregadas da assistência social, do ensino, da saúde, encontrar-se-á relacionada, a Igreja — com o mandato do Estado — na sua promoção.

Essa configuração deixou marcas e traços que permaneceram presentes na conformação da sociedade brasileira. As mudanças institucionais e políticas que se darão até as primeiras décadas do século XX respondem, na verdade, pelas adaptações sucessivas aos interesses dos grupos

de dominação representados por uma força política atrelada às grandes fazendas e à Igreja. Landim (*op. cit.*: 26) destaca a influência determinante da Igreja, por exemplo, no período da Revolução de 30 e do Estado Novo, quando analisa as relações do Estado com as entidades sem fins lucrativos da época:

“Apesar de não o formular em termos de uma política clara, reservaram em seu projeto centralizador e autoritário um papel às entidades sem fins lucrativos, sobretudo, como se viu, as religiosas, nos vários campos das políticas públicas. Recebem isenções, incentivos fiscais e financiamento governamental, escolas religiosas, hospitais e obras sociais ligadas a igrejas — afinal, o que mais se estrutura em termos de assistência e prestação de serviços públicos até os anos 30. Valeria ressaltar também a presença, nesse universo filantrópico, de entidades fundadas por colônias de imigrantes ou de estrangeiros, como as escolas alemãs, francesas, americanas, ou hospitais de grande porte como a Beneficência Portuguesa, o Sírío Libanês, etc.”

Passando a um período mais recente da história político-administrativa brasileira, temos, a partir da segunda metade da década de 50, as condições para a conformação do segmento da sociedade que começou a ganhar as características que o trazem para as discussões da crise contemporânea, com a denominação de Terceiro Setor.

No intervalo entre a ditadura populista de Getúlio e a ditadura militar, a sociedade civil brasileira começou a reorganizar-se com projetos de associativismo relativamente autônomos e acentuadamente políticos, onde um grande número de associações civis e os sindicatos, formalmente atrelados ao Estado, terão um papel significativo. Nascem, a partir daí, lideradas pela classe média intelectualizada e militante, seguindo uma tendência generalizada na América Latina, as organizações que virão a ser conhecidas por ONGs (Organizações Não-Governamentais), as quais exercerão uma liderança fundamental na caracterização e conformação do Terceiro Setor.

As ONGs irão se defrontar, no Brasil, com o regime de força iniciado com o golpe de Estado em 1964, ocupando espaços de atuação em meio à sociedade civil, com projetos de curto alcance, ou de pouca visibilidade, e com a presença marcante da Igreja Católica que, naquele momento, estava dividida: os segmentos mais conservadores, que iriam assumir a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), apoiavam os militares no combate aos comunistas ateus; por outro lado, o Concílio Vaticano II e a CNBB de 1962 sinalizavam uma renovação pastoral. A partir do final da década de 50, já se destacavam alguns atores da Igreja, como a Juventude

Universitária Católica (JUC) e a Juventude Operária Católica (JOC), realizando trabalhos de reaproximação entre a Igreja e a sociedade brasileira. Parcela significativa de dirigentes brasileiros das chamadas ONGs, de primeira geração, teve sua formação comunitária atuando nessas organizações.

Recorre-se, novamente, a Landim (*op. cit.*: 31) para examinar as relações da Igreja com o regime militar:

“(...) após 68, com o endurecimento do regime, quando agentes religiosos são atingidos pela repressão, a Igreja reagirá como corpo e sua hierarquia passará a assumir uma posição definida de crítica e oposição ao regime. A CNBB, antes dividida, acaba por convergir na posição de defesa das liberdades civis e dos direitos humanos, afirmando a liberdade face ao Estado e promovendo a tradução da doutrina social cristã em princípios de ação pastoral, através de inúmeros documentos. As Comissões de Justiça e Paz e os diversos Centros de Defesa dos Direitos Humanos criados pelo País sob a inspiração da Igreja, tornam-se um emblema na luta contra a tortura, contra a censura, pela liberdade dos presos políticos e pela democracia.”

Todos esses movimentos antitadura/antigoverno iriam delinear uma postura e uma lógica de organização e atuação que se tornaram a marca registrada das instituições do Terceiro Setor das décadas de 70 e 80, passando a ser reconhecidas como ONGs na década de 90.

Parece ser característico do Terceiro Setor, em todas as épocas, a espontaneidade e a diversidade; mas a multiplicação de iniciativas privadas com sentido, interesse ou caráter público, na forma como hoje as reconhecemos é, definitivamente, um fenômeno recente e global. Assim, na dinâmica própria do segmento, o assistencialismo e filantropia praticados até a década de 60 passam por um período de rejeição a partir dos anos 70, quando se dá, com maior ênfase, o surgimento do associativismo de caráter independente (da Igreja e do Estado) e politizado. No final da década de 80, com a redemocratização do País, as ONGs mais antigas iniciam um processo de revisão do escopo, âmbito e forma de atuação, que irá resultar numa aproximação, ainda que relutante a princípio, com o governo e com o mercado. A partir de 85, o número de ONGs no Brasil se multiplica com outras características, não necessariamente políticas, atuando em nichos cada vez mais especializados: saúde, defesa de minorias, defesa da mulher, meio ambiente etc.

A década de 90 traz novidades ainda maiores ao incorporar instituições e formas organizacionais diferentes, tornando a sua configuração e consolidação mais complexa e difusa. O Conselho da Comunidade Solidária (1997: 3) aponta a diversificação do Terceiro Setor e reforça a necessidade de conhecer melhor os atores e organizações que dele fazem parte, sinalizando para a abrangência atual do segmento em expansão:

“Na década de 80 foram as ONGs que, articulando recursos e experiências na base da sociedade, ganharam alguma visibilidade, enquanto novos espaços de participação cidadã. Hoje, percebemos que o conceito de Terceiro Setor é bem mais abrangente. Inclui o amplo espectro das instituições filantrópicas dedicadas à prestação de serviços nas áreas de saúde, educação e bem-estar social. Compreende também as organizações voltadas para a defesa dos direitos de grupos específicos da população, como mulheres, negros e povos indígenas, ou de proteção ao meio ambiente, promoção do esporte, cultura e lazer. Engloba as experiências de trabalho voluntário, pelas quais cidadãos exprimem sua solidariedade através da doação de tempo, trabalho e talento para causas sociais. Mais recentemente, temos observado o fenômeno crescente da filantropia empresarial, pela qual as empresas concretizam sua responsabilidade social e o seu compromisso com melhorias nas comunidades.”

É nesse contexto de ampliação e consolidação do Terceiro Setor, que surgem as duas propostas apresentadas a seguir.

3. A proposta do extinto Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE)

O marco referencial do programa de reforma administrativa protagonizado pelo MARE é o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995), que identifica a crise brasileira da última década como uma crise do modelo de desenvolvimento adotado pelos governos anteriores, desviando o Estado de suas funções básicas, o que teria agravado a crise fiscal e, por consequência, a inflação.

A questão da crise do Estado é trazida para a contemporaneidade dos últimos 20 anos, destacando-se a aceleração do desenvolvimento tecnológico e da globalização da economia mundial. Nestes termos, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995: 15) parte do reconhecimento da falência do modelo vigente, de alcance universal, e caracteriza, assim, a crise do Estado:

- “1) uma crise fiscal, caracterizada pela crescente perda do crédito por parte do Estado e pela poupança pública que se torna negativa;
- 2) o esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado, a qual se reveste de várias formas: o Estado do bem-estar social nos países desenvolvidos, a estratégia de substituição de importações, no terceiro mundo e, o estatismo nos países comunistas; e,

3) a superação da forma de administrar o Estado, isto é, a superação da administração pública burocrática.”

O Plano Diretor, após uma breve retrospectiva da reforma administrativa promovida pelo Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), a partir de 1936, cita as distorções do período militar (1964-85), compara a flexibilidade proposta pelo decreto-lei nº 200/67 ao que denominou “engessamento” imposto pela Constituição de 88, e, a partir dessas considerações, levanta questões que orientarão a nova proposta:

- O Estado deve permanecer realizando as mesmas atividades? Algumas delas podem ser eliminadas? Ou devem ser transferidas da União para os estados ou para os municípios? Ou ainda, devem ser transferidas para o setor público não-estatal? Ou então para o setor privado?

- Por outro lado, dadas as novas funções, antes reguladoras que executoras, deve o Estado criar novas instituições?

- Para exercer as suas funções, o Estado necessita do contingente de funcionários existente? A qualidade e a motivação dos servidores é satisfatória? Dispõe-se de uma política de recursos humanos adequada?

- As organizações públicas operam com qualidade e eficiência? Seus serviços são voltados, prioritariamente, para o atendimento do cidadão, entendido como um simples cliente, ou estão mais orientadas para o simples controle do próprio Estado?

Examina, tendo por base esse questionamento, as dimensões institucional-legal e de recursos humanos vigentes na administração pública federal e questiona a situação atual do mercado de trabalho no setor público, sob a ótica da crise fiscal e gastos com pessoal, da evolução e desequilíbrio nas remunerações dos servidores públicos, da dimensão cultural e da dimensão do modelo de gestão. Revê, ainda, os setores de atuação do Estado e as formas de propriedade, para então, propor uma configuração organizacional diferente, que pressupõe a adoção de novos modelos institucionais e gerenciais.

O Plano Diretor (*op. cit.*: 56) objetiva, precipuamente, aumentar a governança do Estado, ou seja, sua capacidade administrativa de governar com efetividade e eficiência, voltando a ação dos serviços do Estado para o atendimento dos cidadãos. Estabelece, para tanto, limites às funções consideradas próprias do Estado e propõe a transferência de parte dos serviços hoje prestados diretamente, pelos órgãos da administração pública federal, para outras instituições, sejam elas da iniciativa privada, de propriedade pública não-estatal, ou de outras instâncias de governo (estaduais ou municipais).

Para reverter as condições de ineficiência do aparelho do Estado e reforçar a governança, o Plano (*op. cit.*: 19) propõe uma transição programada de um tipo de administração pública burocrática, rígida e ineficiente,

voltada para si própria e para o controle interno, para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento do cidadão. Condiciona, porém, a reforma do Estado à redefinição do seu papel, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento.

Estas noções irão determinar o escopo da proposta de reforma, que se baseia na divisão do aparelho do Estado em quatro setores, estabelecidos pelo Plano Diretor (*op. cit.*: 52-3):

- núcleo estratégico, onde são definidos os instrumentos reguladores e as políticas públicas e que tem, ainda, o papel de cobrar o seu cumprimento; a ele correspondem os Poderes Legislativo e Judiciário, o Ministério Público e, no Poder Executivo, o Presidente da República, os ministros e seus auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas;

- atividades exclusivas, onde são prestados serviços que só o Estado pode realizar. São serviços ou agências em que se exerce o poder extroverso do Estado: de regulamentar, fiscalizar, fomentar. Como exemplos, cita a cobrança e fiscalização dos impostos, a polícia, a previdência social básica, o serviço de desemprego, a fiscalização do cumprimento de normas sanitárias, o controle do meio ambiente, o subsídio à educação básica, o serviço de emissão de passaportes, entre outros;

- serviços não-exclusivos, setor onde o Estado atua, simultaneamente, com outras organizações públicas não-estatais e privadas. O modelo da proposta prevê que as instituições desse setor não possuem o poder de Estado, embora este se faça presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem economias externas relevantes, na medida que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços através do Estado. Como exemplos, cita as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus;

- produção de bens e serviços para o mercado, que corresponde à área de atuação das empresas. Algumas dessas atividades que ainda permaneciam no Estado, como por exemplo as de infra-estrutura, estão sendo, gradativamente, privatizadas. No Brasil, todo o setor de telecomunicações acaba de ser terceirizado, resultando na maior privatização já realizada no mundo, com valor superior a 20 bilhões de dólares.

É no setor de serviços não-exclusivos do Estado que se encontram as OS. Através do processo de publicização, nasceram as primeiras OS, regulamentadas pela lei nº 9.637, de 15/05/98.

O MARE apresenta, assim, as OS (1998: 13-5):

“As OS são um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade pública não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas, diretamente, para o atendimento do interesse público.

As OS são um modelo de parceria entre o Estado e a sociedade. O Estado continuará a fomentar as atividades publicizadas e exercerá sobre elas um controle estratégico: demandará resultados necessários à concretização dos objetivos das políticas públicas. O contrato de gestão é o instrumento que regulará as ações das OS. (...)

As OS constituem uma inovação institucional, embora não representem uma nova figura jurídica, inserindo-se no marco legal vigente, sob a forma de associações civis sem fins lucrativos. Estarão, portanto, fora da administração pública, como pessoas jurídicas de direito privado. A novidade será de fato a sua qualificação, mediante decreto, como OS, em cada caso.

Qualificada como OS, a entidade estará habilitada a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado. Em contrapartida, ela se obrigará a celebrar um contrato de gestão por meio do qual serão acordadas metas de desempenho que assegurem a qualidade e a efetividade dos serviços prestados ao público.”

4. A proposta do Conselho da Comunidade Solidária

O Conselho da Comunidade Solidária foi criado em fevereiro de 1995, ocasião em que tomaram posse os primeiros conselheiros, sendo: 21 membros da sociedade civil, 10 ministros de Estado e a secretária-executiva do programa Comunidade Solidária. Em junho de 1996, após uma crise interna que resultou na saída de dois conselheiros, foi decidida uma reestruturação do Conselho, que levasse em conta a necessidade de promover canais políticos de diálogo entre o governo e a sociedade sobre os grandes temas relacionados à estratégia de desenvolvimento social para o Brasil. Entre outros programas e atividades protagonizados pelo Conselho, nasce, a partir daí, o processo de interlocução política que estabelece objetivos, decide pela construção de consensos e identificação de dissensos e adota uma metodologia de trabalho simples e objetiva, embora trabalhosa, para o alcance dos seus propósitos. Tal metodologia resulta de uma série de reuniões realizadas com a preocupação de definir uma estratégia de desenvolvimento social para o Brasil, que passa a ter os seguintes pontos principais:

- Objetivo político geral: contribuir para a construção de um acordo ou entendimento estratégico nacional em torno de uma agenda mínima de prioridades, medidas, instrumentos e procedimentos de ação social do Estado e da sociedade para o enfrentamento da fome, da miséria, da pobreza e da exclusão social.

- Objetivos específicos: estimular soluções, agilizar e acompanhar a implementação de providências, contribuir para remover obstáculos e superar impasses que comprometem, delongam ou tiram a eficácia das ações que devem ser empreendidas.

- Construção de consensos: a interlocução política deve procurar construir, progressivamente, consensos sobre temas centrais de uma agenda mínima social e identificar e listar os dissensos existentes numa pauta para a continuidade do processo de diálogo governo-sociedade.

A Sexta Rodada de Interlocução Política do Conselho da Comunidade Solidária foi inteiramente dedicada ao tema “Marco Legal do Terceiro Setor”, objetivando, por um lado, identificar as principais dificuldades legais que as entidades privadas não-mercantis enfrentam no seu cotidiano e, por outro, recolher sugestões de como reformar a atual legislação e inovar.

O processo teve início com o encaminhamento de um documento-de-consulta a 66 interlocutores: os conselheiros da Comunidade Solidária (11 ministros de estado e 21 representantes da sociedade civil); a secretária-executiva do programa Comunidade Solidária; o secretário de Coordenação da Câmara de Política Social do Governo; e mais 32 interlocutores especialmente convidados — representantes de ONGs, assessores do governo de áreas afins com a temática a ser trabalhada, estudiosos do assunto. As respostas desse conjunto de pessoas foram reunidas num documento chamado “Coletânea de Contribuições”, que procurou trabalhar os consensos relativos aos problemas e encaminhar as propostas de soluções sugeridas, tais como foram originalmente formuladas. Esse novo documento, na sua primeira versão como documento-base, foi encaminhado a todos os interlocutores para sociabilizar as contribuições e apresentar eventuais emendas. A incorporação das modificações propostas deu origem à segunda versão do documento-base, que foi, então, submetida à apreciação do Conselho da Comunidade Solidária, na sua XVII reunião. As contribuições enviadas foram agrupadas em cinco consensos potenciais (*Marco Legal do Terceiro Setor*, 1998: 21-7):

- 1) O papel estratégico do Terceiro Setor: o fortalecimento do Terceiro Setor, no qual se incluem as entidades da sociedade civil de fins públicos e não-lucrativas, constitui hoje uma orientação estratégica nacional, em virtude da sua capacidade de gerar projetos, assumir responsabilidades, empreender iniciativas e mobilizar recursos necessários ao desenvolvimento social do país.

2) A mudança do marco legal do Terceiro Setor: o fortalecimento de Terceiro Setor exige que seu marco legal seja reformulado.

3) A abrangência do Terceiro Setor: a reformulação do marco legal exige a construção de um entendimento mais amplo sobre a abrangência do próprio conceito de Terceiro Setor.

4) Transparência e responsabilidade do Terceiro Setor: a expansão e fortalecimento do Terceiro Setor é responsabilidade, em primeiro lugar, da própria sociedade, a qual deve instituir mecanismos de transparência e responsabilização capazes de ensejar a construção de sua auto-regulação.

5) O Estado e o Terceiro Setor: a reformulação do marco legal exige que o estabelecimento de direito seja acompanhado pela contrapartida de obrigações das entidades do Terceiro Setor para com o Estado, quando estiverem envolvidos recursos estatais.

Foram ainda reunidas as propostas de consensos específicos, com os respectivos encaminhamentos sugeridos, em oito áreas temáticas (*op. cit.*: 31-47): registros e cadastros administrativos; contratos e convênios; mecanismos de auto-regulação; mecanismos institucionais de responsabilização; doações; regulamentação do voluntariado; contrato de trabalho por prazo determinado; informações.

Constituíram-se, então, três grupos de trabalho, com prazo de 120 dias, com a finalidade de gerar propostas de soluções para os consensos agrupados nos grandes temas, reunindo representantes do governo, da sociedade e conselheiros do Comunidade Solidária.

Com relação aos temas “registros e cadastros administrativos” e “contratos e convênios”, os trabalhos do grupo resultaram na promulgação da lei nº 9.790, de 23/03/99, que simplifica o reconhecimento institucional das entidades sem fins lucrativos, além de abrigar várias das novas formas sociais de organização da sociedade e fomentar o controle social e a responsabilização das organizações. Foi também regulamentado o termo de parceria, por meio do decreto nº 3.100, de 30/06/99, que permite a negociação de objetivos e metas entre as partes e, também, o monitoramento e a avaliação dos resultados dos projetos, instrumento equivalente ao contrato de gestão criado para as OS, na proposta do MARE.

Com relação à área temática “mecanismos de auto-regulação” foi considerado que as iniciativas, nesse sentido, deveriam partir das organizações da sociedade civil, sem qualquer interveniência governamental.

Com relação à área temática “regulamentação do voluntariado” foi decidido acompanhar e apoiar a aprovação de um projeto de lei que se encontrava em tramitação no Congresso Nacional, à época — hoje, lei nº 9.608, de 18/02/98 —, além de apoiar duas outras iniciativas: a) Programa Nacional de Promoção do Trabalho Voluntário no Brasil; b) criação de programas governamentais de Serviço Civil.

Finalmente, com relação à área temática “informações”, foi decidido apoiar a consolidação e expansão da Rede de Informações do Terceiro Setor (RITS), em funcionamento na cidade do Rio de Janeiro e gerida por uma entidade sem fins lucrativos.

5. As possibilidades de parceria entre o Estado e o Terceiro Setor

A partir das duas propostas e considerando o contexto de expansão, diversificação e consolidação do Terceiro Setor, passa-se a examinar as suas relações com o Estado.

O ecletismo do Terceiro Setor é positivo, por um lado, porque revela o pluralismo das formas de atuação comunitária; mas por outro lado, aponta lógicas de intervenção social e modalidades de articulação externa muito distintas, o que dificulta a sua identidade.

Entende-se que o Governo Federal, ao criar o processo de publicização, amplia o ecletismo do segmento, gerando uma nova categoria de organizações que contraria uma lógica importante de atuação histórica do Terceiro Setor: a autonomia de suas entidades em relação ao Estado. A lei nº 9.637 estabelece que as organizações qualificadas como OS, pelo Estado, serão por este subsidiadas, com autonomia relativa, para desenvolver atividades em áreas prioritárias.

Por outro lado, a iniciativa do Conselho da Comunidade Solidária, com participação e apoio de representações do Terceiro Setor, qualifica organizações já existentes na sociedade civil, propondo mecanismos que simplifiquem as relações com o Estado, identificando uma crise que não é só do Estado, mas também da sociedade e, como parte dela, do Terceiro Setor.

Aproximar o aparelho do Estado de organizações da sociedade significa examinar os interesses e formas de atuação comuns, ainda que reconhecendo o fato de que suas ações resultem da aplicação de princípios e lógicas diferentes. Nesse sentido, há registros de iniciativas do Estado, em todas as esferas de governo, de Norte a Sul do País, mostrando não ser privilégio do Terceiro Setor trabalhar na dimensão da cooperação, da solidariedade e da democracia, o que leva às seguintes considerações:

- A quem interessa a aproximação entre o Estado e o Terceiro Setor?
- Quem se beneficia e se fortalece com o processo de publicização proposto pela reforma do aparelho do Estado?
- Quem se beneficia e se fortalece com a proposta de reconhecimento e qualificação das entidades já existentes no Terceiro Setor, de iniciativa do Conselho da Comunidade Solidária?

- O que há de redundante, de complementar e de exclusivo, nas duas propostas?

O argumento do Plano Diretor da Reforma do Estado é claro: a crise do Estado exige uma redefinição do papel do mesmo, não para minimizá-lo, mas para fortalecê-lo na função de promotor e regulador do desenvolvimento. O processo de publicização é um mecanismo importante de implementação da proposta e foi pensado, inicialmente, para contemplar as áreas de educação, saúde, cultura e pesquisa científica.

A lei nº 9.637/98 ampliou os limites das áreas de interesse, incluindo meio ambiente e desenvolvimento tecnológico. Importantes, mas, ainda com abrangência insuficiente no tratamento das questões sociais. Conseqüentemente, ficam de fora uma gama de funções contempladas pela lei nº 9.790/99, como sendo de interesse público — defesa e promoção de direitos humanos, da ética, da paz, da democracia, da cidadania e de outros direitos universais, para citar alguns — o que inviabiliza, pelo processo de publicização, a parceria com organizações do Terceiro Setor que tratam dessas questões, até porque, quando o fazem, é para chamar a atenção do Estado que não está dando-lhes o tratamento adequado.

A proposta do MARE impõe, além disso, uma lógica intervencionista do Estado: não se trata de reconhecer um Terceiro Setor existente, procurar reforçá-lo e regulamentá-lo. Nela, o Estado promove a extinção de organizações, até então estatais, e transfere patrimônio, pessoal e recursos financeiros para uma nova instituição de direito privado, sem fins lucrativos, que assume as atividades, antes, de responsabilidade direta do Estado. A flexibilidade administrativa prevista, o modelo gerencial por resultados e o contrato de gestão podem vir a melhorar a eficiência e eficácia dessas entidades, mas não as transformam em organizações do terceiro setor. Nem mesmo seria um quarto setor, mas uma outra modalidade de atuação do Estado, inovadora e importante.

Neste ponto, torna-se inevitável reportar-se a Faoro (1992: 8 e 18), que provoca uma discussão interessante entre a modernização e a modernidade de um país:

“...a modernização chega à sociedade por meio de um grupo condutor que procura moldar sobre o país, pela ideologia ou pela coação, uma certa política de mudança (...) traduz um esquema político para uma ação fundamentalmente política, mas economicamente orientada; por outro lado, caso o movimento, se de modernidade se trata, não é um reflexo, nem meramente uma transição, mas um processo que não depende de comandos externos para se realizar.”

Tem-se, a partir dessa reflexão, que a mudança necessária não pode partir de uma ideologia e de uma vontade unilateral do Estado pois,

neste caso, à sociedade restaria apenas receber as diretrizes quanto ao tipo de Estado e de sociedade que podem ser criados e desenvolvidos. A modernidade, nos termos da argumentação do autor, é algo que decorre da emancipação social, do compartilhamento de idéias e propostas que representam o amadurecimento possível de cada sociedade, em razão dos seus valores, da sua história e da sua capacidade de agir para, então, rever tudo e avançar. Não existem atalhos no processo.

Reforça-se a noção de que é necessário estar atento aos valores, princípios e forças motoras que mobilizam e configuram o Estado, o mercado e o Terceiro Setor, para perceber melhor em que se complementam, se assemelham e diferenciam, para não confundi-los ou tentar impor-lhes idéias equivocadas de participação e de responsabilização. Considere-se, nesse sentido, o que Santos (1998: 16) denomina os princípios que regem o Estado, o mercado e o Terceiro Setor.

Partindo da idéia geral de que a emergência do Terceiro Setor viria completar a tríade na composição de forças reguladoras do social na modernidade ocidental, o autor desenvolve o argumento de que a lógica de funcionamento do Terceiro Setor estaria subordinada ao que denominou princípio da comunidade, que afirma a obrigação política horizontal e solidária de cidadão a cidadão, ao contrário da lógica do Estado, que tem por princípio a obrigação política vertical entre cidadãos e Estado.

Quanto à lógica do mercado, lembra Santos (*id.*: 18), esta se apoiou sempre no princípio empresarial do lucro, que não dá sinais de fraqueza, nem parece afetado pela crise. Pelo contrário, Santos reconhece uma total hegemonia atual do mercado que passou, inclusive, a permear áreas da sociedade civil até agora poupadas à incivilidade do mercado como, por exemplo, a cultura, a educação, a religião, a administração pública, a proteção social, a produção e gestão de sentimentos, atmosferas, emoções, ambientes, gostos, atrações, repulsas, impulsos.

Outros estudiosos reforçam as reflexões de Santos e levantam a possibilidade de que o ressurgimento e fortalecimento do Terceiro Setor, no final deste século, seria a oportunidade para o princípio da comunidade comprovar as suas vantagens comparativas em relação ao princípio do mercado e ao princípio do Estado, os quais teriam falhado nas respectivas tentativas de hegemonizar a regulação social em períodos anteriores recentes.

Santos (*ibid.*: 17) chama atenção, porém, para a superficialidade dessa leitura e questiona a capacidade do Terceiro Setor em assumir esse papel:

“Em primeiro lugar, não é tão claro que estejamos perante um duplo falhanço, do Estado e do mercado; em segundo lugar, a existir tal falhanço, é ainda menos claro que o princípio da comunidade, depois de um século de marginalização e de colonização por parte

do Estado e do mercado, tenha ainda a autonomia e energia necessárias para protagonizar uma nova proposta de regulação social, mais justa, capaz de repor a equação entre regulação e emancipação sociais, que constitui a matriz originária da modernidade ocidental.”

Neder (1996:1) destaca outros elementos a considerar na redefinição dos papéis e limites do Estado, do Terceiro Setor e do mercado:

“Identificar no terceiro setor um potencial de inclusão social e política no quadro da cidadania parece correto como tendência internacional. Interpretação totalmente diversa e equivocada é tomar as entidades da sociedade civil como responsáveis pela inclusão econômica do excluído. Essa é tarefa para o sistema político, junto com as agências governamentais e o empresariado.”

A crise contemporânea do Estado, concordando com Santos, é uma crise do reformismo social, representada, precipuamente, pela crise das formas políticas de atuação do Estado, dominantes no período do Estado desenvolvimentista. Discorda, como ele, das teses dos extremistas da globalização de que seja uma crise generalizada e o fim do Estado. Nesse sentido, lembra que o caráter repressivo do Estado, o seu protagonismo nos processos de regionalização supranacional e de liberalização da economia mundial, a sua função previdencial facilitadora e protetora em relação a empresas privadas que desempenham funções consideradas de interesse público, nada disso parece atravessar qualquer crise. Em favor dessa opinião, tem-se no caso brasileiro, o papel relevante e inalienável do Estado, ainda que por vezes precário, nas questões de segurança interna e externa, nas negociações no Mercosul, na liberalização controlada de importações, na regulação dos incentivos e isenções fiscais para organizações do mercado e do Terceiro Setor, sem deixar de reconhecer que a crise global mais recente tenha revelado fraquezas e dependências externas relevantes.

Qualificando melhor, o que está em crise no Estado é o seu papel na promoção de intermediações não-mercantis entre cidadãos, onde vigora o princípio da obrigação política horizontal e solidária de cidadão a cidadão, próprio da lógica de atuação do Terceiro Setor. A dificuldade do Estado é, pois saber, como desempenhar essa função mediadora, com os mecanismos que dispõe — a política fiscal e as políticas sociais — sem perder identidade (lógica de atuação) e capacidade de intervenção.

Os macroelementos conceituais e analíticos, até agora abordados, fundamentam as reflexões mais pontuais sobre a forma de reconhecimento e inserção do Terceiro Setor na reforma do Estado, a partir das propostas aqui examinadas:

- As duas propostas sinalizam que a saída para a falência do modelo político de intervenção do Estado é a valorização da sociedade civil, chamando-a para discutir e resolver em parceria as questões sociais relevantes

e inadiáveis. Uma forma de fazê-lo é reconhecer a relevância das ações desenvolvidas pelas chamadas organizações privadas sem fins lucrativos, qualificando, porém, melhor, as que atuam, de fato, no interesse do público.

- Por conta disso, interessa ao Estado, aproximar-se do Terceiro Setor, onde se configura a parte mais organizada e atuante da sociedade. Fazê-lo através do processo de publicização, com a qualificação das OS, é válido, desde que reconhecidos e respeitados os limites impostos pela identidade e lógica de funcionamento do Terceiro Setor. A forma de constituição das OS e os mecanismos de regulação geram uma dependência em relação ao Estado que é incompatível com o *modus vivendi* das organizações do Terceiro Setor. Essa dependência fará com que as OS estejam mais preocupadas em atender às prioridades de governo, o que, não necessariamente, coincide com as prioridades da sociedade, apesar dos cuidados anunciados, porque é o Estado que garante a dinâmica e a manutenção institucional das OS. Essa questão não é resolvida por decreto governamental, o que não invalida a proposta do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, no que diz respeito à lei nº 9.637. A iniciativa, volta-se a dizer, é importante para a racionalização das funções do Estado, melhoria dos serviços prestados e, por consequência, melhoria das relações com a sociedade, mas não torna as OS parte integrante do Terceiro Setor; nem se precisa disso.

- Há dificuldades quando as duas propostas, mediante os mecanismos e instrumentos próprios de controle — contrato de gestão, no caso das OS e termo de parceria, no caso das OSCIP — procuram definir quais as melhores entidades. Por um lado, é reconhecido pelas lideranças do Terceiro Setor que, no segmento, há entidades filantrópicas. Por outro lado, a publicização prevê a melhoria dos serviços hoje prestados pelo Estado, ou seja, pressupõe a ineficiência de organizações estatais que deverão passar à condição de OS. Pela sua natureza e âmbito de atuação, esse processo terá oportunidade de desenvolver um controle de resultados mais efetivo, via contrato de gestão, do que o processo de qualificação das OSCIP, via termo de parceria, este último de amplitude maior e mais difusa. O risco, no caso da publicização, é que as decisões sejam orientadas por interesses político-partidários ou sejam uma demonstração do prestígio pessoal de dirigentes governamentais. É uma oportunidade para negar este pressuposto e ser mais seletivo e imparcial.

- O processo de publicização sinaliza benefícios de médio prazo para o Estado, na medida em que se espera redução de custos decorrentes da implementação do modelo de gestão gerencial. Beneficia-se, a médio prazo, também, a sociedade, se tudo der certo. O contrato de gestão, instrumento referencial de acompanhamento e validação do modelo, é necessário, mas precisa ser reconhecido como um protocolo de intenções, sujeito às imponderabilidades endógenas e exógenas que fogem ao controle

das partes contratantes. As OS herdarão uma cultura organizacional burocrática, cujos vícios precisam ser enfrentados e superados, o que também não se resolve por decreto. O Estado, preso às condições e limites impostos pela globalização da economia, sequer pode garantir o cumprimento da liberação dos recursos orçamentários previstos no contrato de gestão, além das dificuldades ditadas pelo jogo de forças políticas.

- As OSCIP, quando assim qualificadas, precisarão assumir um compromisso com a efetividade de suas ações, atentando para a praticidade dos resultados, ainda que em detrimento de modelos ideais e ideológicos. Por parte do Estado, há necessidade de criar mecanismos e instrumentos legais capazes de estimular e atrair a parceria com as OSCIP. É uma oportunidade para o Estado e a sociedade reconhecerem seus limites e possibilidades, e assim amadurecer e avançar, sem medo de errar, sem demagogia.

- Em contraponto à proposta do MARE, na qual as OS têm o papel de entidades executoras das políticas públicas definidas e avaliadas pelos órgãos do núcleo estratégico, as discussões promovidas pelos representantes de alguns segmentos do Terceiro Setor formado, principalmente, pelas chamadas ONGs politizadas de primeira geração, insistem em dois pontos: a) querem ter um papel relevante na formulação das políticas e na vigilância de sua efetividade; b) não admitem substituir o Estado em funções por eles consideradas inalienáveis, embora aceitem o papel de complementaridade.

- No Plano Diretor, o Estado diz buscar, no Terceiro Setor, a substituição (transferência subsidiada) de suas ações, para viabilizar um espaço público não-estatal. Há três possibilidades de articulação entre o Estado e o Terceiro Setor: a confrontação, a complementaridade e a substituição. Admitindo que a fase de confrontação, predominante no período da ditadura militar, não é hoje desejada e priorizada por quaisquer das partes, é preciso examinar as outras duas modalidades. A complementaridade entre o Terceiro Setor e o Estado é reconhecida, nos países democráticos, como a outra grande via de criação de um espaço público não-estatal, onde a parceria pressupõe a soma de esforços, identificando os limites e possibilidades dos parceiros. A substituição, por sua vez, assenta-se na distinção entre funções exclusivas e funções não-exclusivas do Estado. Por trás dessa distinção está, na proposta do MARE, a idéia de que, sempre que o Estado não demonstre ter uma vantagem comparativa, deve ser substituído, no exercício das funções não-exclusivas, por instituições privadas mercantis (privatização) ou do terceiro setor (publicização). Santos (*op. cit.*: 43) considera essa distinção altamente problemática, sobretudo porque a análise da gênese do Estado moderno revela que nenhuma das funções do Estado foi, originalmente, exclusiva dele; a exclusividade do exercício de funções foi sempre

o resultado de uma luta política. Não havendo funções essencialmente exclusivas não há, por implicação, funções essencialmente não-exclusivas.

- Por outro lado, é evidente o apoio de parcelas do Terceiro Setor à iniciativa do Conselho da Comunidade Solidária que resultou no projeto de lei que regulamenta as relações do Estado com as chamadas OSCIP. O aval revela um crédito recíproco na tentativa de aproximação do Estado com o Terceiro Setor. É também verdade que os dois lados consideram insuficiente essa legislação, mas a reconhecem como um primeiro passo na melhoria das relações.

- Neste caso, o Terceiro Setor, assumindo a função de complementaridade, sai fortalecido, de imediato, porque tem reconhecida uma reivindicação antiga, de simplificação da burocracia, exigida para legitimar as parcerias com o Estado; a médio prazo, espera pela efetivação de outras medidas regulamentares. O Estado sai fortalecido ao ganhar a confiança, ainda que parcial e relativa, dos subconjuntos do Terceiro Setor reconhecidos pela legislação. Os que se sentirem excluídos pressionarão para terem os benefícios que, eventualmente, vierem a ser conquistados pelas OSCIP.

Tudo indica que as duas legislações são importantes e complementares, mas algumas questões gerais e fundamentais ainda estão para serem respondidas:

- Que recursos (humanos, financeiros, tecnológicos, organizacionais, gerenciais, políticos, ideológicos) dispõe o Terceiro Setor, para a contribuição esperada ou desejada na superação da crise do Estado?

- Como compatibilizar eficiência e eficácia com equidade e cidadania ativa?

- A experiência brasileira do Estado-mercado, do período desenvolvimentista, não vale como reflexão para a proposta do Estado-Terceiro Setor, como solução para a crise atual?

- Tem-se a dimensão das transformações em processamento e que afetam, indistintamente, os atores (sujeito e objeto) envolvidos nas articulações e negociações das mudanças desejadas?

Do meu ponto de vista, essas transformações são tão profundas que, sob a mesma designação de Estado, está a emergir uma nova forma de organização política mais vasta do que o Estado, da qual o Estado é o articulador e integrante de um conjunto híbrido de fluxos, redes e organizações, onde se combinam e se interpenetram elementos estatais e não-estatais, nacionais, locais e globais (Santos, 1998: 36).

Referências bibliográficas

- COMUNIDADE SOLIDÁRIA. (1997), “O Conselho da Comunidade Solidária e a Construção de Novas Relações entre Estado e Sociedade no Brasil — O Governo e o Terceiro Setor”. XV Reunião do Conselho. Brasília: Granja do Torto, 30/06/97. (mimeo).
- DECRETO Nº 3.100. (30/06/99), publicado no DOU de 1/07/99 e republicado, por incorreções, no DOU de 13 de julho de 1999, seção 1.
- FAORO, Raymundo. (1992), “A questão nacional: a modernização”. Estudos avançados, 6(14). São Paulo.
- LANDIM, Leilah. (1993), “Para Além do Mercado e do Estado? Filantropia e Cidadania no Brasil”. *Série Textos de Pesquisa*. Rio de Janeiro: ISER, Núcleo de Pesquisa.
- LEI Nº 9.608. (18/02/98), publicada no DOU de 19/02/98, Seção 1, dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências.
- LEI Nº 9.637. (15/05/98), publicada no DOU de 18/05/98, Seção 1, dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização e extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.
- LEI Nº 9.790. (23/03/99), publicada no DOU de 24/03/99, Seção 1, dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como organizações da sociedade civil de interesse público, institui e disciplina o termo de parceria, e dá outras providências.
- MARCO LEGAL DO TERCEIRO SETOR. (1998), *Cadernos Comunidade Solidária*, n. 5, Brasília: IPEA.
- NEDER, Ricardo Toledo. (1996), “Sociedade Civil e Terceiro Setor”, *Jornal Folha de São Paulo*: Caderno Opinião, 1-3, sexta feira, 4/10/96.
- ORGANIZAÇÕES SOCIAIS. (1998), *Cadernos MARE da Reforma do Estado*, n. 2, 4. ed. Brasília: MARE.
- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. (1995), *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração e Reforma do Estado, MARE.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. (1998), “A Reinvenção Solidária e Participativa do Estado”. Texto apresentado no Seminário Internacional “Sociedade e Reforma do Estado”. Brasil. (mimeo).

Estado e terceiro setor: uma análise de duas iniciativas de aproximação

Luiz Carlos Abreu Mendes

O artigo examina duas iniciativas recentes de aproximação do Governo Federal (a do extinto Ministério da Administração e Reforma do Estado e a do Conselho da Comunidade Solidária) com o chamado Terceiro Setor. Comparam-se as legislações que regulamentam e legitimam as duas propostas, com foco nos elementos-chave que destacam as peculiaridades e determinam as lógicas regentes de cada iniciativa.

Estado y tercero sector: una análisis de dos iniciativas de aproximación

Luiz Carlos Abreu Mendes

Este trabajo analiza dos iniciativas recientes de acercamiento del Gobierno Federal (la del extinto Ministerio de la Administración y Reforma del Estado y la del Consejo de la Comunidad Solidaria) hacia el llamado tercer sector. Son comparados el marco legal que regulamenta y legitima las dos propuestas, enfocando en los elementos clave que muestran las peculiaridades y que determinan las lógicas que rigen cada una de las iniciativas.

State and third sector: an analysis of two initiatives in approximation

Luiz Carlos Abreu Mendes

The article describes two recent initiatives of the Federal Government (one of the extinguished Ministry for Management and Reform of the State and the one of the Council of Solidarity Community) to approach the so called third sector. The paper compares the legislation which serves as framework for and legitimates the two governmental proposals, focusing on the key elements which give these initiatives importance and distinctive features.

Luiz Carlos
Abreu Mendes,
mestre em
Administração
Pública e
Governo
pela UnB e
Técnico de
Planejamento
e Pesquisa
do IPEA

A implementação do *Government Performance and Results Act* na administração pública dos EUA

Carlos Alberto Sampaio de Freitas

RSP

Revista do
Serviço
Público

Ano 50
Número 3
Jul-Set 1999

1. Introdução

O objetivo do presente trabalho é descrever o processo de implementação do *Government Performance and Results Act* (GPRA) no âmbito da administração pública federal americana, identificando seus referenciais teóricos, pontos comuns com outras iniciativas governamentais de reforma do Estado e principais problemas enfrentados até agora.

A escolha do tema se justifica pela abrangência do GPRA dentro do governo americano, seu caráter de atualidade em termos de propostas de reforma do Estado e pela escassez de trabalhos publicados sobre o assunto.

Acrescente-se que o presente estudo poderá incentivar ou contribuir para a realização de investigações mais profundas, em um estágio mais adiantado de implementação do GPRA.

Em termos de metodologia, o trabalho foi organizado como um estudo de caso, cuja principal fonte foram os relatórios do *General Accounting Office* (GAO), entidade fiscalizadora superior dos EUA, encarregada de monitorar a implementação do GPRA no governo americano.

Sempre que necessário, recorreu-se a outras fontes bibliográficas disponíveis relacionadas ao assunto, com a finalidade de dar suporte teórico aos conceitos, contextualizar as ocorrências ou compará-las com conclusões já encontradas em outros estudos.

Para atingir seu objetivo, o presente trabalho está dividido em quatro grandes partes, as quais discorrem sobre os seguintes aspectos:

- definição e descrição do GPRA em termos de estrutura, fases e objetivos;

Carlos Alberto Sampaio de Freitas, pós-graduado em Avaliação de Políticas Públicas pela UFRJ e Analista de Finanças e Controle Externo do Tribunal de Contas da União

- associação do GPRA às iniciativas passadas de reformas orçamentárias voltadas para a melhoria dos resultados da ação governamental, observando as melhorias incorporadas e as dificuldades remanescentes;
- focalização dos referenciais teóricos do GPRA, relacionando-os às experiências semelhantes desenvolvidas no mundo e nos Estados Unidos e aos problemas observados;
- síntese das perspectivas atuais, os problemas enfrentados e resultados atingidos nos seus quatro primeiros anos de implementação.

2. Contextualização do GPRA

O *Government Performance and Results Act, Results Act* ou GPRA, como é mais conhecido, é uma lei aprovada pelo Congresso dos Estados Unidos, em 1993, com o objetivo de melhorar a administração pública daquele país, bem como direcionar o sentido da reforma administrativa do governo para a obtenção de resultados.

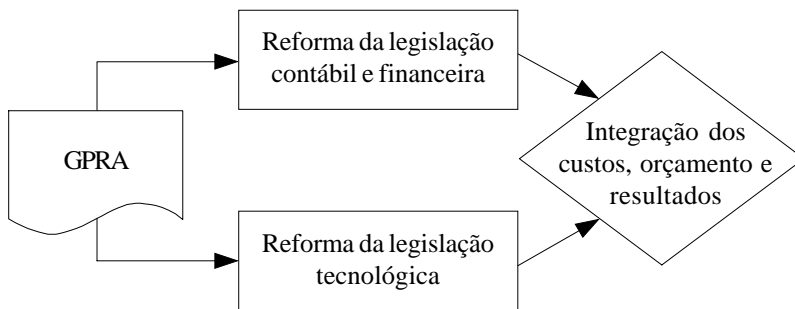
Na verdade, o GPRA é a pedra angular de uma série de iniciativas que pretendem desenvolver uma abrangente estrutura integrando os custos dos programas e informações orçamentárias, provendo tanto o Poder Executivo como o Congresso com mais e melhores informações para a tomada de decisões.

Basicamente, essas iniciativas podem ser divididas em dois grandes grupos de reforma de legislação: contábil-financeira e tecnológica.

A reforma da legislação contábil-financeira, representada pelos *Chief Financial Officers Act* (CFO), de 1990; *Government Management Reform Act* (GMRA), de 1994; e pelos novos conceitos e padrões contábeis desenvolvidos pelo *Federal Accounting Standards Advisory Board* (FASAB), fortaleceu a ênfase nas informações financeiras e na auditoria, procurando integrar custos e resultados.

Já a reforma da legislação sobre informações tecnológicas, representada pelo *Paperwork Reduction Act*, de 1995, e pelo *Clinger-Cohen Act*, de 1996, foi baseada nas experiências bem sucedidas de gerenciamento da tecnologia de informação de organizações públicas e privadas, líderes em seus setores, visando um melhor direcionamento na utilização da tecnologia em relação aos objetivos e metas das entidades governamentais.

Todo esse conjunto de medidas pode ser interpretado como uma resposta do Congresso americano ao movimento de reforma do Estado, que varreu o mundo a partir do final dos anos 80.



O poder dessas idéias reformadoras também influenciaria, mais diretamente, o Poder Executivo,¹ que deu início, também em 1993, ao *National Performance Review* (NPR), um programa de reforma administrativa para a reinvenção do Governo Federal, objetivando melhorar o seu funcionamento e reduzir custos.

Nesse ponto é preciso ressaltar que, embora a contemporaneidade das iniciativas indique uma articulação entre elas, o presidente Clinton, a despeito de pertencer ao Partido Democrata, não consultou o Congresso, também democrata na época, para o lançamento do NPR.

De fato, segundo Rezende (1988: 101):

“O único elo institucional entre o Congresso e os formuladores das reformas naquele momento foi a aprovação do GPRA em 1993, uma iniciativa do Legislativo que revela as preferências políticas sobre a questão da performance da administração pública federal.”

Segundo o mesmo autor (*op.cit.*):

“(…) o NPR foi formulado, portanto, sobre os princípios do GPRA, mas considera que os efeitos do Legislativo sobre a burocracia são danosos à performance. O NPR parte do pressuposto que o Congresso, por razões políticas, impõe regras e procedimentos que prejudicam o funcionamento das agências e departamentos do governo² em termos de sua capacidade de inovação, de autonomia gerencial, de melhores resultados e de controle de custos. No caso americano, a relação entre o Congresso e a burocracia tem demonstrado que o Congresso contribui em muito para uma administração pública movida pela estrita obediência às regras, as quais desassocia os objetivos organizacionais de questões decisivas como performance, qualidade, resultados e *accountability*.³”

Em termos de similaridades, ambas as iniciativas postulam que o governo somente conseguirá maximizar a efetividade de suas ações, melhorar a qualidade dos serviços prestados à população e ao mesmo tempo limitar seus custos, por intermédio de um melhor gerenciamento.

Ocorre que o enfoque adotado pelo NPR é o de conhecer melhor e alterar, quando necessário, os padrões internos de funcionamento das organizações do governo, enquanto que o do GPRA é o de dar maior ênfase aos resultados efetivos das atividades governamentais no processo decisório e na *accountability* do governo que, presentemente, ainda são baseados apenas nos aspectos quantitativos dessas mesmas atividades.

Para alcançar esse enfoque, conhecido nos meios acadêmicos como *Performance Management*^A (PM), a estratégia utilizada pelo GPRA pode ser resumida da seguinte forma:

- estabelecimento de missões claramente definidas e de objetivos e metas para cada agência governamental;
- mensuração do grau de realização desses objetivos e metas;
- uso dessas informações no processo decisório do orçamento, principalmente.

De fato, a aprovação do GPRA significa o reconhecimento, pelo próprio Congresso, de que todo o processo de alocação de recursos do orçamento é altamente limitado pela insuficiência de informações relativas aos próprios objetivos dos programas públicos e de seus resultados.

Em termos operacionais, a realização dos objetivos do GPRA depende, basicamente, dos seguintes pilares, desenvolvidos por intermédio de projetos-piloto:

- planejamento estratégico (*Strategic Planning*);
- planos e relatórios anuais de performance (*Performance Plans and Reports*);
- flexibilidade gerencial (*Managerial Accountability and Flexibility*);
- orçamento direcionado aos resultados (*Performance Budgeting*).

Mais especificamente, o texto da Lei prevê o desenvolvimento de cada um desses módulos como descrito nos próximos tópicos.

2.1. Planejamento estratégico

Cada agência foi obrigada a elaborar, em conjunto com o Congresso, planos estratégicos para um período de 5 anos e submetê-los ao Congresso e ao *Office of Management and Budget*⁵ (OMB) até 30 de setembro de 1997. Esses planos deviam conter:

- a missão da agência;
- seus objetivos de longo prazo;
- metas de curto prazo relacionadas aos objetivos;
- descrição de como pretende atingir esses objetivos em termos de recursos humanos, financeiros e tecnológicos;
- identificação de fatores exógenos que possam afetar o alcance dos objetivos;

- referência às avaliações de programa (avaliações de impacto) realizadas e cronograma para as futuras.

Os planos estratégicos, na ótica do GPRA, constituem-se no ponto de partida para a mensuração dos resultados das entidades governamentais, uma vez que possibilitam uma ampla discussão, com todos os *stakeholders*,⁶ para o estabelecimento dos objetivos e metas que serão objeto da futura avaliação.

2.2. Planos e relatórios anuais de performance

A partir de 1999, as agências também são obrigadas a submeter ao OMB um plano anual de resultados, que serve de elo entre os objetivos contidos nos planos estratégicos e as atividades de todos os programas conduzidas ao longo do ano pelas entidades. Nesse plano devem estar definidos:

- metas quantificadas;
- indicadores de desempenho utilizados;
- descrição dos recursos humanos, financeiros e tecnológicos, e dos processos operacionais a serem empregados;
- comparação dos resultados alcançados em relação aos almejados.

A partir desses planos individuais, o OMB também fica obrigado a submeter ao Congresso, juntamente com o orçamento anual, um plano global de resultados para toda a administração pública federal, começando em 1999.

De acordo com os requisitos da lei, a partir do ano 2000, os diretores das agências devem submeter ao presidente e ao Congresso um relatório referente à performance do ano anterior, sendo que a partir de 2002, esses mesmos relatórios devem analisar a performance dos três exercícios imediatamente anteriores.

Os relatórios de performance devem conter:

- uma análise do progresso no alcance das metas;
- uma avaliação do plano de performance do exercício;
- razões do não-atingimento de metas;
- conclusões alcançadas pelas avaliações de programa encerradas durante o exercício.

Pode-se observar, a partir do cronograma um tanto elástico, que o Congresso acredita que mudar o foco do gerenciamento da máquina pública para resultados é um processo de médio e longo prazo.

2.3. Flexibilidade gerencial

Os planos de performance podem incluir propostas de supressão (*waivers*) temporária de controles ou procedimentos administrativos,

incluindo as limitações relativas a quantitativos de cargos, remuneração e transferência de fundos orçamentários, sujeitas à aprovação do OMB.

Todas as propostas devem explicitar seus efeitos desejados e quantificar o impacto financeiro, porventura existente.

Uma limitação a ser observada é que qualquer proposta, que inclua procedimentos ou controles impostos por agência central, que não o OMB, somente pode ser incluída com a prévia anuência da mesma.

2.4. Orçamento direcionado a resultados

Há previsão na lei de que o diretor do OMB deva apresentar ao presidente e ao Congresso, até março de 2001, um relatório acerca do resultado dos projetos-piloto de orçamentos direcionados aos resultados, implementados desde 1998.

Nessas peças orçamentárias, cada agência deve associar possíveis variações de quantitativos de recursos às correspondentes previsões dos resultados advindos de suas atividades.

Dependendo do resultado desses projetos, o OMB pode sugerir a aplicação do conceito de maneira mais abrangente.

3. Resultados e orçamento

O processo orçamentário é, tipicamente, um exercício de escolhas políticas — alocação de recursos escassos entre diferentes prioridades que competem entre si por uma fatia maior do bolo ou montante a ser distribuído — no qual os resultados, ou as informações relativas aos mesmos, representam fatores a serem levados em consideração na tomada de decisões.

É impossível dissociar o desejo de obtenção de resultados pela administração pública americana da evolução do conceito de orçamento naquele país. O processo orçamentário já foi ponto de partida para várias iniciativas de reformas que objetivavam melhorar o gerenciamento do governo.

Dessa forma, procura-se analisar o desenvolvimento histórico das práticas orçamentárias americanas, notadamente, no que se refere à sua interação com a necessidade de obtenção de resultados pela administração pública.

3.1. A evolução de um conceito

A primeira iniciativa de mudança das técnicas orçamentárias digna de nota deu-se com o orçamento funcional (*Tasksetting Budget*), preconizado pela Comissão *Taft*, em 1912, que recomendou avaliar e autorizar as despesas por funções (Silva, 1973: 14).

Com efeito, segundo Giacomoni (1989: 44):

“(...) as reformas orçamentárias realizadas até a década de 20 buscavam melhor distribuir as competências do Legislativo e Executivo nas diversas fases do processo orçamentário: elaboração, execução e controle.”

Em meados da década de 30, o Departamento de Agricultura e a Administração do Vale do Tennessee adotaram classificações orçamentárias por projetos e programas. Esse modelo, revolucionário para a época, representava uma fórmula capaz de aproximar a técnica orçamentária, então vigente, de um instrumento gerencial que começava a ter ampla aceitação: o planejamento (Giacomoni, *op. cit.*).

Essas experiências somadas à do Departamento da Marinha, que apresentou, para o exercício fiscal de 1948, o orçamento organizado por programas, foram as precursoras das quatro iniciativas, em âmbito federal, que objetivaram direcionar o processo orçamentário para os resultados obtidos pelas ações governamentais:

1. reformas da 1ª Comissão Hoover para a redução do Estado no pós-guerra(1949);

2. o *Planning-Programming-Budgeting-System* (PPBS), iniciado em 1965 pelo presidente Johnson;

3. o *Management by Objectives* (MBO), iniciado em 1973 pelo presidente Nixon;

4. o *Zero-Base Budgeting* (ZBB), iniciado em 1977 pelo presidente Carter.

Em 1949, a 1ª Comissão Hoover (Comissão de Organização do Setor Executivo do Governo) recomendou que o conceito de orçamento do Governo Federal fosse inteiramente reformulado pela adoção de um orçamento baseado em funções, atividades e projetos, denominando-o orçamento de desempenho.⁷

Giacomoni (*op. cit.*) observa que:

“(...) um orçamento de desempenho é aquele que apresenta os propósitos e objetivos para os quais os créditos se fazem necessários, os custos dos programas propostos para atingir aqueles objetivos e dados quantitativos que meçam as realizações e o trabalho levado a efeito em cada programa.”

Em 1950, o Congresso aprovou a Lei de Processo do Orçamento e da Contabilidade, que não mencionava, diretamente, a expressão orçamento de desempenho, mas autorizava o presidente a apresentar, no orçamento, as funções e atividades do governo, a partir das classificações que julgasse mais apropriadas.

Em 1955, a 2ª Comissão Hoover teve a oportunidade de analisar os resultados alcançados, até então, com a nova técnica e fez novas recomendações no sentido do seu aperfeiçoamento.

Pode-se considerar que a Comissão Hoover introduziu o conceito de orçamento direcionado aos resultados (*performance budget*), pois, ainda que nessa fase os resultados fossem entendidos, unicamente, como produtos (*outputs*), pela primeira vez estava procurando associar-se os programas, projetos e atividades às realizações governamentais.

A tendência “...à aproximação entre o planejamento e o orçamento era cada vez mais evidente, com uma nova técnica que ficou conhecida através do rótulo PPBS (*Planning, Programming and Budgeting System*) — Sistema de Planejamento, Programação e Orçamento — constituindo-se no coroamento de uma série de estudos e aplicações práticas realizadas nos órgãos militares pela empresa de consultoria *Rand Corporation*” (Giacomoni, *op. cit.*).

O planejamento, programação e orçamentação constituíam os processos por meio dos quais as inter-relações entre os objetivos e os recursos eram consideradas para a obtenção de um programa de ação coerente e compreensivo para o governo como um todo. Devido ao estágio de desenvolvimento alcançado então pelas técnicas de informação, auxiliares à análise e tomada de decisões, o planejamento teria um papel predominante no processo.

Isso respondia, ao menos em teoria, aos anseios de um instrumento que canalizasse na direção certa a economia americana, a qual apresentava grande vitalidade e estimulava programas públicos, especialmente os ambiciosos.

O PPBS pode ser entendido como mais um degrau evolucionário das práticas orçamentárias do governo americano, uma vez que com o seu advento foi fechado o ciclo orçamentário de planejamento-orçamento-avaliação, sendo esta última desenvolvida com base nos *outputs*. Também pode ser destacado o pioneirismo na utilização de ferramentas complexas de análises de dados e sistemas de informação no processo administrativo-orçamentário.

O MBO representou a tentativa de utilizar uma técnica administrativa bastante popular nos meios acadêmicos⁸ — a Administração por Objetivos (APO) — e que já havia sido implementada nos Departamentos de Saúde, Educação e Previdência durante o primeiro mandato do presidente Nixon.

Basicamente, procurava-se centralizar o processo decisório num sistema de planejamento de APO, ao mesmo tempo em que era concedida uma maior flexibilidade para os gerentes atingirem as metas acordadas.

Pode-se destacar, entre suas conseqüências positivas, o desenvolvimento da capacidade de negociar metas e a integração entre o processo

orçamentário e a agenda presidencial, composta pelos grandes objetivos estratégicos nacionais.

Por último, o ZBB foi uma tentativa de implementação da técnica do orçamento base-zero, então também utilizada em indústrias e alguns governos estaduais e municipais,⁹ em resposta aos grandes déficits orçamentários registrados pelos EUA nos anos 70.

Segundo Graham (1994: 232):

“(...) ZBB opera com a premissa de que os programas existentes, assim como as novas propostas orçamentárias devem competir por recursos a cada ano fiscal. Na prática anterior, os programas existentes eram muitas vezes transportados dos anos anteriores como uma base que não era examinada nem avaliada rigorosamente. O ZBB, ao contrário, encoraja a avaliação sistemática e abrangente de todos os programas e propostas, de acordo com as prioridades da jurisdição. Os recursos podem então ser realocados, se os programas existentes não estiverem contribuindo com eficácia.”

Assim, o ZBB, quebrando a inércia incremental dos sucessivos orçamentos, fortaleceu a capacidade analítica do resultado dos programas.

Como se pode depreender dessa rápida síntese histórica do orçamento nos Estados Unidos, o governo daquele país, desde os anos 50, vem tentando associar decisões orçamentárias às previsões de resultados, num processo denominado *performance budgeting*, ou orçamento por resultados. É consenso que todos esses esforços, sejam de iniciativa do Executivo ou Legislativo, falharam em mudar o foco do processo orçamentário federal de sua tradição baseada em itens de despesa para os resultados dos respectivos programas públicos.

3.2. A mais nova iniciativa: o GPRA

Dentro dessa ótica orçamentária, o GPRA pode ser visto como a mais recente iniciativa nesse ciclo de quase 50 anos de iniciativas federais para melhorar a performance do setor público e associar o processo de alocação de recursos orçamentários às expectativas de desempenho dos respectivos programas.

Embora tenha incorporado as lições aprendidas nas experiências anteriores no que se refere a estrutura, foco e abordagem, algumas questões permanecem desafiando o objetivo do GPRA em associar as decisões relativas à alocação de recursos aos níveis de performance das agências ou programas.

Essa articulação, a propósito, é fundamental, uma vez que abre a possibilidade de redução do déficit público (Valnei, 1997: 14).

As experiências anteriores demonstraram que os esforços no sentido de associar alocação de recursos ao desempenho devem começar na fase de planejamento, a partir da definição e conhecimento básico dos objetivos dos programas.

Sem que os objetivos das agências, programas ou projetos estejam suficientemente explícitos, qualquer análise se torna impossível.

De fato, segundo Valnei (*op. cit.*):

“o que se observa é que um dos principais entraves às políticas de avaliação têm sido os objetivos confusos e insuficientemente definidos”.

O desafio está em assegurar que o intercâmbio entre o Congresso e o Executivo consiga lidar de maneira efetiva com os diferentes interesses, expectativas e pontos de vista dos atores envolvidos, cujos objetivos são, por vezes, conflitantes.¹⁰

Enquanto o enfoque do Legislativo é na supervisão e no controle externo (*oversighting*), com um horizonte de resultados a curto prazo, o Executivo enfatiza as metas de longo prazo e a flexibilidade administrativa.

Com efeito, o GAO é explícito em apontar a ausência de mecanismos que conciliassem essas duas visões conflitantes como um dos fatores para o fracasso das iniciativas anteriores.

A solução encontrada pelo GPRA foi a de desenvolver processos de consulta ou intercâmbio (*consultations*) entre o Congresso e as agências.

Uma outra evolução verificada no GPRA diz respeito à forma de apresentação das informações relativas aos resultados. Enquanto as iniciativas passadas previam uma única forma de apresentação das informações, geralmente sem uma conexão com a estrutura orçamentária, o GPRA associa o planejamento e a avaliação dos resultados a partir das atividades dos programas contidos nas propostas orçamentárias das agências.

Em termos de tempo para maturação, os empreendimentos anteriores foram implantados em toda a máquina administrativa dentro de apenas um ciclo orçamentário anual, enquanto que o GPRA abrange todo um processo que incorpora fases de teste, projetos-piloto e avaliações dentro de vários exercícios, o que, teoricamente, propicia melhores chances de integração ao processo de planejamento orçamentário, resguardando ao mesmo tempo as frustrações quanto à falsa expectativa de resultados imediatos.

Finalmente, enquanto que as iniciativas passadas limitavam-se a medir *inputs* (insumos), cargas de trabalho ou, no máximo, *outputs* (*produtos*), a presente declara explicitamente sua ênfase nos *outcomes* (resultados), embora reconheça a necessidade de desenvolver uma escala de medidas que inclua indicadores qualitativos e *outputs*.¹¹

4. A complexa questão da administração por resultados

Um dos fundamentos teóricos do GPRA é o que se denomina *Performance-Based Management*, administração baseada no desempenho ou simplesmente administração por resultados, que, no setor público, consiste na utilização da avaliação dos resultados ou performance do aparelho do Estado para a tomada de decisões.

Na verdade, conforme é colocado por Kettl (1998: 89):

“(...) o compromisso com a idéia de avaliar resultados é a base essencial do movimento global de reforma do setor público”.

Antes de começar qualquer discussão sobre administração por resultados, faz-se necessário explicitar suas principais características:

- avaliação dos resultados *lato sensu*;
- maior autonomia gerencial;
- maior *accountability* e comunicação intergovernamental.

4.1. Avaliação de resultados

Em primeiro lugar, é interessante ressaltar que o maior dilema concernente à avaliação dos resultados deriva dos dois possíveis enfoques que podem ser dados ao significado de resultados:

- *outputs*, em termos de produção;
- *outcomes*, em termos de resultados *stricto sensu* ou impacto da intervenção.

Em teoria, para se chegar aos *outcomes* de uma intervenção governamental, que pode ser um programa, projeto ou política, deve-se comparar a situação anterior com a posterior, ou ainda os resultados esperados, planejados anteriormente. Ocorre que nem sempre é possível determinar o efeito causal, ou seja, a relação entre uma ação e sua consequência.

Assim, não se pode afirmar categoricamente, conforme Tartarotti (1992: 506):

“(...) em que medida os resultados são devidos a projetos específicos ou são, meramente, resultado de outros fatores, tais como mercados externos favoráveis, ou alguma política local que pode estar melhorando os padrões de educação e saúde”.

Até hoje, as dificuldades de se chegar aos resultados *stricto sensu* fizeram com que a avaliação da produção tenha sido a mais empregada.

A forma de implementação também pode variar segundo os instrumentos a serem utilizados.

Bresser Pereira (1997: 42), por exemplo, ao definir as principais características da administração pública gerencial, defende a "... ênfase no controle por resultados, através dos contratos de gestão¹² (ao invés dos controles de procedimento)". Dessa forma, por intermédio do mecanismo do contrato de gestão seriam definidos os indicadores de desempenho e aferidos os resultados.

Outra possibilidade são os modelos encontrados no Canadá, Austrália e nos Estados Unidos, baseados em avaliações de programa,¹³ em que os efeitos ou impactos dos programas são mensurados, geralmente, por cientistas sociais ou técnicos em avaliação.

É ainda interessante observar que a avaliação de resultados pode se dar, basicamente, em dois níveis: agências governamentais ou programas públicos.

Essa variável ganha especial relevo quando estudamos o GPRA, pois nos Estados Unidos a agência à qual será atribuído um determinado programa é sempre muito menos importante que a criação do programa. Conseqüentemente, muitas agências públicas acabam se transformando em pouco mais que empresas *holding* de um grande número de programas, praticamente sem relação uns com os outros¹⁴ (Kettl, 1998: 90).

4.2. Autonomia gerencial

O aumento da autonomia gerencial (*empowerment*), que caracteriza a administração por resultados, parece ser uma resposta a algumas das disfunções da burocracia, base da administração pública, apontadas por Merton,¹⁵ traduzidas pela internalização das regras, exagerado apego aos regulamentos e categorização como base do processo decisório.

O pressuposto adotado é que uma maior liberdade para administrar oferece melhores condições para a obtenção de bons resultados.

4.3. *Accountability* e comunicação

O simples fato de uma administração governamental estar preocupada com seus resultados e possibilitar que eles sejam conhecidos, revoluciona todo o relacionamento do governo com a sociedade e com os seus representantes legalmente constituídos: os membros do Poder Legislativo.

Cidadãos, associações ou órgãos de controle institucionais aumentam muito o seu grau de supervisão sobre a máquina pública, de posse de dados sobre o desempenho e as realizações dos órgãos públicos.

Nessa linha, Kettl (*op. cit.*: 96) advoga que o mais importante na administração baseada no desempenho é a qualidade da comunicação no sistema político, sob pena de construirmos apenas uma administração baseada na avaliação do desempenho, ou seja: um fim em si mesma.

Sem comunicação, os dados obtidos nas avaliações não podem ajudar os governantes a alocar os recursos nos melhores projetos para a sociedade ou os cidadãos a entender melhor o que lhes é oferecido, em troca dos impostos que pagam.

4.4. Resultados no mundo e nos EUA

A partir dos anos 80 foram implementadas, pelos governos da Inglaterra, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, reformas semelhantes ao GPRA no que se refere à orientação pelos resultados ou administração pelos resultados.

De uma maneira geral, os governos desses países: a) promoveram um incremento na responsabilização (termo aqui utilizado como sinônimo de *accountability*) pelos resultados em troca de uma maior autonomia dos seus administradores públicos (*empowerment*); b) eliminaram controles burocráticos exercidos pelas agências centrais, provendo cada departamento governamental de maior autoridade para gerir recursos dentro de tetos orçamentários globais; c) começaram um processo de simplificação de regras relativas ao pessoal administrativo e de desconcentração de atividades tais como contratação, remuneração e promoção.

Simultaneamente, foram também promovidas iniciativas objetivando a adoção de mecanismos tipicamente do setor privado (mecanismos de mercado), tais como competição entre agências ou com o setor privado e autofinanciamento.

Ainda que as abordagens tenham variado, a função planejamento pode ser considerada um elemento comum. O processo de planejamento foi utilizado como veículo de comunicação das missões e objetivos dos órgãos governamentais para os próprios funcionários e para o público em geral. Planos operacionais transformaram planos estratégicos em objetivos detalhados e metas para as atividades rotineiras, e possibilitaram identificar medidas de progresso no cumprimento desses objetivos.

Já em termos de mensuração de performance, enquanto que Inglaterra e Nova Zelândia direcionaram seus esforços para a avaliação de produção e custos, Austrália e Canadá tentaram privilegiar um enfoque mais direcionado para *outcomes*, praticando algumas avaliações de impacto, embora a avaliação de produção continue a ser a base do sistema.

A despeito das particularidades e nuances de cada modelo adotado, pode-se extrair algumas conclusões, particularmente na árdua experiência de desenvolver indicadores de desempenho, que não devem ser desconsideradas quando se acompanha a implementação do GPRA:

- os tipos de indicadores de desempenho devem provir dos próprios objetivos dos programas ou agências, sejam eles direcionados para *outputs* ou *outcomes*;

- os indicadores devem refletir a capacidade que os administradores da agência ou do programa tenham de atingir as metas;
- deve haver envolvimento dos funcionários no estabelecimento dos indicadores de desempenho;
- um adequado sistema de avaliação de desempenho deve trabalhar com um conjunto não muito grande de indicadores que abranjam as diferentes dimensões dos resultados (quantitativa, qualitativa, eficiência e custo);
- os aspectos quantitativos devem estar sempre associados a aspectos qualitativos;
- os sistemas de avaliação devem prover tanto informações gerenciais para a cúpula administrativa quanto informações mais detalhadas para os gerentes de linha.

Embora o uso de informações relativas ao desempenho da máquina pública esteja aumentando nos parlamentos desses países, ele ainda é bastante limitado em função de questões relacionadas à falta de pessoal especializado e ao tempo e rotinas institucionais empregadas na avaliação dos dados contidos nos relatórios enviados aos respectivos Congressos.

Basicamente, as informações relativas a performance receberam três tipos de tratamento nesses quatro países:

- Inglaterra e Canadá procuraram medir a qualidade de seus serviços públicos diretamente junto à população, dando ampla publicidade aos resultados;
- os quatro países adotaram o processo de negociação entre os diversos níveis administrativos, visando assegurar metas consistentes ao longo de toda a escala hierárquica;
- departamentos, agências e órgãos de todos os países prepararam relatórios aos seus respectivos parlamentos, abertos ao público em geral.

Nos Estados Unidos, a preocupação com o desempenho não se limitou às iniciativas reformistas orçamentárias já mencionadas, se estendendo ao campo da avaliação de programas, principalmente a partir dos anos 60. Foram desenvolvidos vários estudos pontuais, geralmente para responder a perguntas específicas no âmbito de cada programa.

O GPRA, embora proponha uma abordagem continuada de avaliação (*Performance Measurement*), reconhece, tacitamente, a importância e a complementaridade de tais estudos (*Program Evaluation*) e incorpora-os em sua filosofia, ao prever a descrição de avaliações já executadas e a definição de um cronograma para futuras avaliações de impacto.

5. Perspectivas, problemas e resultados

Os esforços de todas as agências envolvidas na implementação dos projetos-piloto previstos no GPRA estão sendo monitorados pelo GAO, órgão ligado ao Congresso americano¹⁶, que já desenvolveu uma série de trabalhos não só nas agências respectivas, mas em toda a administração pública federal.

A partir dos estudos desenvolvidos pelo GAO, é possível tecer algumas considerações acerca dos obstáculos enfrentados para a efetiva consolidação do GPRA.

Como já foi abordado em tópico anterior, um dos referenciais teóricos primários do GPRA é a avaliação de desempenho (*Performance Measurement*), podendo-se, por conseguinte, associar os estágios do processo de avaliação aos documentos a serem produzidos pelas agências por força do GPRA e, conseqüentemente, dos problemas relativos a cada estágio.

Estágios da avaliação de desempenho

Identificação dos objetivos	Desenvolvimento dos indicadores de desempenho	Coleta de dados	Análise e divulgação dos resultados
-----------------------------	---	-----------------	-------------------------------------

Documentos que compõem o GPRA

Plano estratégico	Plano de resultados	Relatório de performance
Fragmentação ou superposição das ações implementadas pelos programas	Ausência de dados confiáveis relativos à performance das agências	Limitada influência do Governo Federal nos resultados de alguns programas
Dificuldade na definição das missões e objetivos estratégicos das agências governamentais	Metas dissociadas dos objetivos	_____
Planos estratégicos sem correlação com o orçamento	_____	_____

5.1. Planos estratégicos

O projeto-piloto direcionado ao planejamento estratégico envolveu mais de 70 órgãos e entidades, no período de 1994 a 96.

A revisão de todos os planos estratégicos elaborados nesse período, pouco antes do seu envio ao Congresso e ao OMB, em setembro de 1997, não deixa dúvidas de que há ainda um longo caminho a ser percorrido, no que se refere à capacidade dos departamentos e agências governamentais em cumprir os requisitos básicos definidos no GPRA.

Os pontos críticos podem ser enumerados da seguinte forma:

- os objetivos de longo prazo tendem a ser vagos, não permitindo futuras avaliações, e ainda não estão direcionados à obtenção de resultados;
- a maioria das agências também não definiu estratégias consistentes para o alcance dos objetivos de longo prazo;
- grande parte das agências não identificou os programas ou projetos que possuam interfaces com outras agências, ou especificou ações coordenadas com outras;
- os planos estratégicos não contêm suficiente informação acerca das avaliações de programas conduzidas nas respectivas agências ou cronogramas para futuros trabalhos;
- as informações não estão dispostas num modelo de marco lógico que permita determinar que estratégia corresponde a um determinado objetivo ou meta;
- em alguns casos, as estratégias se assemelham mais a objetivos propriamente ditos;
- os planos estratégicos, por vezes, deixam de abordar questões relevantes dentro do contexto administrativo da entidade que o elaborou.

5.2. Fragmentação e superposição das ações governamentais

Uma das expectativas dos formuladores do GPRA é que o seu foco nos resultados possa garantir a ação coordenada de esforços das agências e programas do Governo Federal, minimizando a fragmentação e a superposição de esforços e maximizando os seus efeitos positivos.

Com efeito, cada uma das etapas do GPRA favorece a redução da fragmentação e da sobreposição:

- a definição conjunta das metas entre o Executivo e o Legislativo permite a identificação dessas ocorrências bem como a elaboração de soluções;
- o desenvolvimento de indicadores de desempenho expõe a necessidade de avaliações interdepartamentais no caso de objetivos comuns;
- a estrutura de análise fornecida ao Congresso pelos relatórios permite a racionalização dos programas.

Em termos de fragmentação de ações, podemos citar o exemplo do Departamento de Educação, que desenvolve cerca de 25 programas de bolsas de estudo e empréstimos para estudantes. Segundo o GAO, há

possibilidade de economia de aproximadamente 550 milhões de dólares em cinco anos com a unificação desses programas, sem qualquer prejuízo para os estudantes americanos.

Em 1994, 38 programas de treinamento de mão-de-obra compartilhavam objetivos comuns, eram direcionados aos mesmos tipos de população-alvo, clientela e forneciam serviços semelhantes, além de usar idênticos mecanismos de produção de serviços e estruturas administrativas.

Esse tipo de dispersão de esforços tem o potencial de desperdiçar recursos escassos, confundir ou frustrar os usuários do programa e limitar a sua efetividade.

Já a superposição de esforços está intimamente relacionada à fragmentação de missão, que se refere à circunstância de mais de uma agência estar envolvida em uma mesma área de ação governamental. Isso se deu porque, à medida que o Governo Federal daquele país teve de responder a novas demandas e problemas, foram atribuídas responsabilidades semelhantes a diferentes agências.

Em 1995, pelo menos 12 departamentos federais ou agências eram responsáveis por centenas de programas de desenvolvimento comunitário direcionados a comunidades carentes. Como, até historicamente, não há coordenação entre as agências, em razão de diversos fatores que incluem questões ligadas à perda de controle orçamentário dos programas, formam-se verdadeiras fronteiras assistenciais entre os bairros por eles servidos.

A questão torna-se mais complexa quando se observa as ressalvas a esta problemática, reconhecidas dentro do âmbito da própria administração pública:

- algum grau de redundância pode ser até benéfico quando faz parte de uma estratégia gerencial para gerar competição, melhorar a disponibilidade dos serviços à população ou, simplesmente, fornecer alternativas emergenciais para o provimento dos serviços;

- em alguns casos, a redundância é inerente à própria natureza da iniciativa governamental ou mesmo reflexo de sua magnitude: por exemplo, os países que compunham a ex-União Soviética receberam ajuda dos EUA por intermédio de cerca de 200 programas públicos, como parte de uma ampla estratégia multidepartamental;

- por vezes, um limitado grau de ineficiência tem de ser tolerado em função de questões de maior relevância: por exemplo, embora os americanos reconheçam que a estrutura descentralizada de seu sistema federal de coleta de dados estatísticos, composto por diversas agências, ocasione problemas na consistência das informações, o risco de abusos ou manipulação de informações centralizadas em uma única agência afasta qualquer possibilidade de unificação.

Como se pode inferir, a questão da fragmentação e superposição de ações governamentais é um problema estrutural da administração pública americana e um dos campos mais férteis para a melhoria de resultados e redução de custos.

A implementação do GPRA tem demonstrado que, por enquanto, ela é também um dos maiores obstáculos ao sucesso da iniciativa, uma vez que dificulta o estabelecimento de metas claras e objetivos estratégicos consistentes por parte das agências.

5.3. Missões e objetivos estratégicos

A abordagem calcada no planejamento estratégico adotada pelo GPRA, além de assegurar que as missões estejam associadas às finalidades legais para as quais a entidade foi criada, pode identificar casos em que uma mudança de contexto externo implique uma mudança nas finalidades institucionais.

Para que se tenha uma idéia do que isso significa, em termos práticos, pode ser citado o exemplo do *Department of Energy* (DOE), criado em 1977, para responder a demandas próprias de uma crise energética emergente.

Hoje, embora a pesquisa sobre novas formas de energia e conservação e a formulação de políticas ainda dominem a agenda da entidade, questões relativas à defesa nacional e proteção ambiental são mais demandadas e, portanto, poderiam ter um maior grau de prioridade.

Enquanto o DOE se preocupava somente com a geração de energia atômica, pouca atenção foi dispensada quanto às questões ambientais, gerando um passivo, a título de despoluição do meio ambiente, que gira em torno de US\$189 a US\$ 265 bilhões.¹⁷

Se, como vimos, nem sempre a missão de uma agência está sintonizada com as necessidades efetivas do Estado, quando descemos ao nível de seus objetivos estratégicos, constata-se que eles tendem a ser ainda um tanto vagos.

Essa imprecisão de objetivos é resultado da disputa das diversas prioridades políticas que competem entre si nas agências ou das diferentes visões dos *stakeholders* dos programas.

5.4. Atuação do Congresso

Um ponto dos mais delicados é a participação do Congresso no processo de elaboração dos planos estratégicos das agências governamentais, uma vez que o GPRA não especifica a forma ou o momento dessa participação ou quais comitês devem estar envolvidos.

Uma outra questão, que tem ainda se revelado polêmica, é se as consultas devem se restringir à missão da agência e seus objetivos estratégicos ou descer ao nível das metas, custos e indicadores de desempenho.

Essa participação do Congresso prevista na lei é intrinsecamente difícil, pois representa uma mudança no tipo de relacionamento com as agências que prevaleceu no passado.¹⁸

Questões políticas também dificultam esse relacionamento. Um bom exemplo é quando a linha política de um partido, que tem o controle de um determinado comitê, discorda dos rumos de uma agência governamental.

No que se refere às agências, as avaliações de programas, praticamente a única fonte de informações sobre os seus resultados, vinham sendo utilizadas, primordialmente, com um caráter informativo para atender à demanda interna e não para satisfazer demandas externas de supervisão.

A despeito de todas essas adversidades, ainda no início de 1997, o Congresso deu mostras de estar empenhado na implementação do GPRA, que parece ser consenso entre democratas e republicanos. Várias *consultations* já haviam tomado lugar no Senado e na Câmara, por intermédio de comitês especializados.

5.5. Planos operacionais de performance

As mesmas ocorrências que afetam os planos estratégicos se refletem nos planos operacionais, dificultando o estabelecimento de objetivos e metas de curto prazo consistentes. Afinal, em última instância, essas metas refletem a disputa das diversas demandas e prioridades políticas na arena governamental.

Pode-se dizer que é até mais fácil chegar ao consenso em objetivos de longo prazo, mas quando se começa a tentar transformá-los em metas anuais e especificar como se vai atingi-las, surgem os conflitos acerca de prioridades, abordagens, formas e níveis de atuação.

A maioria dos planos examinados pelo GAO não tenta definir ou descrever os elos entre os objetivos estratégicos e as metas anuais. Essa associação é considerada fundamental se um órgão ou entidade possui uma idéia definida de como pretende mensurar o progresso na direção dos seus objetivos ou mesmo se está atingindo os resultados planejados.

No estágio do estabelecimento de metas e indicadores de desempenho, também é um desafio passar da simples descrição e quantificação das atividades desenvolvidas (p. ex.: o número de pacientes atendidos em um programa de saúde ou hospital), para a visualização dos resultados efetivos ou *outcomes* daquela atividade (p. ex.: a melhoria dos níveis de saúde da população atendida pelo programa).

Um fator que atua como agravante nesse já complicado quadro é a escassez de dados relativos à performance das atividades das agências.

Mesmo quando eles existem, sua qualidade é questionável em função de diversos fatores, incluindo sua obtenção por intermédio de terceiros.

5.6. Mensuração e análise dos resultados

Em geral, as estratégias empregadas pelas agências para chegar aos seus resultados envolveram a utilização de avaliações de impacto, indicadores de desempenho intermediários e uma ampla gama de indicadores abrangendo todas as dimensões da performance, além do consenso com todos os atores envolvidos no estabelecimento dos referidos indicadores.

Nesse estágio, o maior desafio é a separação do impacto efetivo dos programas ou atividades, de fatores exógenos à intervenção governamental, uma vez que uma simples apreciação de metas e indicadores de desempenho não permite retratar exatamente o resultado de um programa.

Dentre as abordagens empregadas para lidar com as influências alheias ao programa citamos:

- identificação das variáveis que são diretamente afetadas pelo programa;
- utilização de grupos de controle;
- utilização de indicadores de satisfação da clientela;
- monitoramento do ambiente em nível local;
- diversificação de indicadores orientada para a obtenção de possíveis *outcomes*;
- análise de séries temporais.

A mensuração de *outcomes* requer a formação de bases de dados e o desenvolvimento de técnicas de mensuração e avaliação, além de treinamento do pessoal administrativo,¹⁹ exigindo recursos financeiros nem sempre disponíveis.²⁰

No caso de programas que envolvam outras esferas governamentais, há uma resistência expressiva em dividir os custos da obtenção dos dados.

Outro fator negativo é que os governos estaduais envolvidos ou beneficiários de programas federais, por vezes, não se preocupam com a qualidade dos dados que estão fornecendo. Nesses casos, as agências federais, geralmente, utilizam procedimentos de verificação e validação dos dados ou procuram fontes alternativas.

Em geral, os programas, que já foram submetidos a avaliações e possuem em seu *staff* indivíduos ou equipes treinados e com experiência em *performance measurement* ou *program evaluation*, são os que mais facilmente têm a sua performance mensurada pelas agências.

Embora a situação tenha melhorado nos últimos três anos, dados do GAO apontam que menos de um terço dos administradores públicos tem à sua disposição informações sobre a realização dos objetivos dos programas ou atividades que administram ou mesmo acerca da eficiência ou qualidade dos serviços prestados à população.

Parar de se preocupar com os processos e tentar gerenciar resultados gera resistências, pois os primeiros são controláveis pelos administradores, enquanto que os segundos são apenas influenciáveis pelas ações empreendidas pelas agências.

Naturalmente, os administradores públicos se preocupam com a possibilidade de serem julgados — e punidos — por resultados sobre os quais não têm controle, o que nos leva a concluir que uma iniciativa para medir resultados jamais pode ter qualquer aspecto punitivo, sob pena de ser utilizada de maneira defensiva pelas agências ou simplesmente sabotada.

Esse temor de não atingir uma boa performance e, em conseqüência, não receber tratamento adequado, em termos de reconhecimento do trabalho executado, pode levar os administradores, e por extensão as agências, a uma situação em que os resultados ruins sejam, sistematicamente, ocultados.

Nessa situação extrema, o *marketing* da melhoria de resultados poderia perenizar um sistema inteiramente viciado, de benefícios duvidosos ou até mesmo prejudicial para toda a máquina pública federal e, em última instância, para a sociedade daquele país.

5.7. Flexibilidade gerencial

As experiências de países considerados líderes na implementação de reformas baseadas na orientação por resultados, como Austrália, Canadá, Nova Zelândia e Inglaterra, demonstram que uma maior autonomia gerencial para os administradores públicos (*empowerment*), principalmente nas áreas financeira e de pessoal, possibilita substanciais melhorias no desempenho da máquina administrativa pública.

Nessa mesma linha, o GPRA permite que as agências governamentais sejam dispensadas pelo OMB de alguns controles administrativos, mediante a aprovação de propostas de supressões (*waivers*) que, além de descreverem e quantificarem os efeitos na performance da agência, contenham a concordância formal do órgão que estabeleceu o controle.

Essa maior autonomia pode incluir também poderes adicionais para os gerentes e a retirada de obstáculos à remuneração por desempenho impostos pelas agências centrais, dentro dos limites estabelecidos pela Lei.

Entretanto, o projeto-piloto de flexibilidade gerencial não funcionou como esperado. Nenhum dos candidatos (sete órgãos e uma agência, que

submeteram 61 propostas) foi aprovado pelo OMB. Três quartos das propostas foram consideradas não implementáveis por razões legais, obstáculos administrativos estruturais ou, simplesmente, porque os dispositivos a serem flexibilizados nem existiam mais. Ademais, embora propostas sob a égide do GPRA, poderiam ser realizadas independentemente desse.

Três razões são apontadas para o fracasso do projeto-piloto:

1. mudanças na legislação de pessoal posteriores à implementação do GPRA;

2. existência de outros meios pelos quais os órgãos e agências podem obter meios de flexibilização gerencial;²¹

3. ausência de participação ativa do OMB junto às agências integrantes do projeto.

Ressalvando a aparente omissão do OMB em relação a esse projeto-piloto, diferentemente do que se verificou no projeto-piloto de planejamento estratégico, duas conclusões principais podem ser extraídas da experiência de flexibilização no âmbito do GPRA.

A primeira é que os entraves administrativos são provenientes, muitas vezes, da própria agência e não de limitações externas, tais como normas das agências centrais.

A segunda, e talvez mais preocupante, é que os instrumentos de flexibilização contidos no GPRA podem não ser suficientes para prover a flexibilidade gerencial necessária aos administradores públicos na melhoria da performance dos seus departamentos.

5.8. Resultados na atividade reguladora do Estado

Já abordamos em linhas gerais os principais obstáculos com que estão se defrontando as agências norte-americanas para a mensuração de seus resultados.

Entretanto, duas áreas são apontadas como especialmente problemáticas para os objetivos do GPRA: a científica e a reguladora.

Escolhemos a atividade reguladora para apresentar um quadro específico da experiência de avaliação de desempenho nos EUA em algumas agências, em razão de sua importância naquele país.

Em março de 1995, o presidente dos EUA dirigiu comunicado aos dirigentes das agências reguladoras determinando uma mudança na forma de mensuração da performance da agência e de seus funcionários, adicionando outros aspectos além dos previstos no GPRA.

A despeito da aparente aceleração do processo de orientação por resultados em relação ao restante da administração, as agências reguladoras se defrontaram com situações que exemplificam os mesmos problemas encontrados na administração pública em geral, só que em grau mais acentuado.

Um fator específico relacionado à atividade reguladora é a legislação envolvida, por vezes complexa e possuindo dispositivos que vão de encontro à administração por resultados. Um bom exemplo é a lei²² que proíbe o *Internal Revenue Service* (IRS) estabelecer a remuneração de seus funcionários baseada na arrecadação de impostos, eliminando qualquer possibilidade de recompensa vinculada à performance da agência.

O mesmo IRS não conseguiu ainda definir o montante exato de impostos devidos ao governo, o que torna difícil determinar quanto a agência deveria estar arrecadando.

Para o *Federal Aviation Administration* (FAA), por sua vez, é complicado determinar quantos acidentes foram evitados pelos esforços da agência na melhoria do tráfego nos aeroportos, uma vez que cada acidente aéreo é o resultado de uma combinação única de fatores, podendo não estar associado às providências preventivas adotadas.

Devido a grande dispersão inerente ao tráfego aéreo, a obtenção de dados se faz pela informação voluntária, método muito suscetível à subnotificação. Assim, muitos incidentes aéreos sem maiores consequências, mas importantes para a atividade de segurança aérea, deixam de ser reportados pelos pilotos e companhias aéreas, não tendo o FAA, nesse caso, instrumentos para detectar as suas possíveis causas.

De fato, a diversidade de fatores que interagem para a queda de um avião constitui uma poderosa barreira para o estabelecimento de indicadores de performance. Embora os pesquisadores venham estudando os acidentes aéreos há anos, ninguém conseguiu ainda isolar um fator ou grupos de fatores que possam prever a ocorrência de um sinistro. E o pequeno número de acidentes aéreos, a cada ano, torna qualquer análise estatística impraticável. Diante disso, é virtualmente impossível medir o efeito da atuação da agência na segurança aérea.

No caso da *Food and Drug Administration* (FDA), a dificuldade está em quantificar o número de pessoas que não ficaram doentes, em virtude da aprovação de um novo medicamento ou da retirada do mercado de um produto alimentar que ofereça risco no seu consumo.

O controle sanitário exercido pela agência, num país com a dimensão territorial e populacional dos EUA, também é prejudicado pela falta de informações, uma vez que os recursos estão dirigidos para lidar com situações de riscos prioritários e não para a construção de uma base de dados estatisticamente válidos.

A situação da *Environmental Protection Agency* (EPA) evidencia a diversidade e complexidade de fatores que afetam os resultados das agências reguladoras e a inerente falta de controle desses fatores por parte das mesmas.

Embora a EPA tenha como uma de suas metas estratégicas garantir que a água a ser utilizada pelos americanos seja limpa e segura para o

consumo, o estado da água é afetado por diversos fatores, incluindo os climáticos, que estão fora do controle de atuação da agência. Some-se a isso, a divisão de responsabilidades que existe entre a EPA e outras agências federais e governos estaduais,²³ o que dificulta ainda mais a possibilidade de se isolar os efeitos da atuação da agência reguladora.

Uma situação semelhante pode ser encontrada na *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA), uma vez que os ciclos econômicos, o desenvolvimento de tecnologias mais seguras e as mudanças nas leis e regulamentos afetam muito mais o número de acidentes de trabalho do que a atuação da própria agência.

Considerando-se que os 2.000 fiscais da agência só podem visitar uma pequena fração das mais de 6 milhões de empresas do país, é discutível que a atuação da OSHA possa ser unicamente responsabilizada pelo aumento ou diminuição das estatísticas de acidentes de trabalho.

As incertezas quanto às causas de determinadas doenças, que tenham um longo período latente, dificultam a coleta de dados de morbidade e mortalidade. Acrescente-se que não se pode afirmar com certeza se um trabalhador desenvolveu determinada enfermidade em razão de suas condições de trabalho ou de fatores alheios à sua atividade.

Os estudos poderiam lançar uma luz sobre alguns aspectos cruciais que demoram anos para ficarem prontos. Assim, quase sempre o fator tempo também atua contra a avaliação de desempenho nas atividades reguladoras.

5.9. Resultados visíveis

Ainda que, naturalmente, os obstáculos se sobressaíam no período inicial de implementação de uma reforma com um período de maturação longo como o do GPRA, algumas mudanças positivas, provenientes das experiências desenvolvidas nas agências, merecem registro.

A *Cost Guard*, ao reexaminar sua missão, mudou o foco de seu programa de segurança marítima, até então exclusivamente de caráter regulatório, incluindo atividades educativas que contribuíram para um declínio significativo na taxa de acidentes fatais com rebocadores.

A *Veterans Health Administration*, que já desenvolvia uma filosofia de resultados antes do GPRA, reformulou os tratamentos médicos fornecidos aos militares aposentados, a partir da análise dos resultados até então obtidos, observando que as taxas de mortalidade relativas aos procedimentos cardíacos decresceram 13% nos últimos 8 anos.

Os esforços da *Defense Logistics Agency* (DLA), dentro de um processo de reengenharia direcionado para suas áreas-chave de suprimentos e administração de estoques, conseguiram reduzir prazos de entrega

de materiais, preços dos gêneros e os custos de armazenagem, economizando milhões de dólares para o seu principal cliente, o *Department of Defense* (DOD).

Foram também apontadas pelo GAO melhorias nos serviços prestados pela *Social Security Administration* (SSA), FDA e pelo *U.S. Mint* aos seus clientes, em consequência das orientações direcionadas aos resultados adotadas por suas administrações.

5.10. GPRA: um balanço

Ao se fazer um balanço dos quatro primeiros anos de implementação do GPRA, verifica-se que foram poucos os casos observados de melhora expressiva na performance das agências.

Nesse período, o que ficou mais evidente foram os desafios enfrentados pelas agências no caminho para a mudança do foco administrativo proposto pelo GPRA:

- conseguir definir missões claras e objetivos estratégicos consistentes, dentro de um contexto de ações governamentais fragmentadas ou superpostas;
- medir seus desempenhos, especialmente quando a participação do Governo Federal é difícil de ser delimitada;
- gerar informações referentes a resultados, necessárias para o estabelecimento de metas e monitoramento do progresso alcançado;
- introduzir e disseminar uma cultura organizacional favorável à orientação para resultados;
- vincular seus planos estratégicos ao orçamento.

Em resumo, as entidades públicas americanas ainda não estão preparadas para responder a pergunta fundamental do GPRA: que resultados estão sendo conseguidos?

Essa constatação leva-nos a outra questão, vital para a própria sobrevivência da iniciativa em questão: como conciliar o longo prazo de maturação inerente a uma reforma cujo foco são os resultados com a necessidade de mostrar efeitos positivos que mantenham a motivação dos administradores públicos?

Ao estabelecer, no próprio texto da lei, um prazo mais longo para a sua implementação, o Congresso estava reconhecendo a necessidade de tempo para alguma visibilidade de seus efeitos. Nesse meio tempo, o GPRA depende de que a administração por resultados se mantenha dentro da agenda nacional de prioridades administrativas e que continue sendo visto como instrumento efetivo de implementação.

Somente esses dois fatores parecem garantir o empenho do Congresso e dos gerentes públicos na continuidade efetiva do GPRA.

6. Conclusão

Esse artigo procurou descrever o atual estágio de implementação do GPRA na administração pública norte-americana, sem nenhuma pretensão de esgotar um assunto tão amplo e complexo.

Pode-se concluir, à luz dos fatos expostos, que nesses primeiros anos de implantação foram trabalhados apenas os fundamentos básicos da *Performance Measurement*, como um estágio obrigatório, o que se consistiu na definição das missões e no estabelecimento de objetivos e metas pelas agências governamentais.

Os principais problemas encontrados até agora estão, basicamente, ligados às particularidades desse estágio inicial da avaliação, institucionalizado pela Lei de Resultados em um projeto-piloto (*Performance Plans and Reports*).

O projeto-piloto relativo à flexibilidade gerencial (*Managerial Accountability and Flexibility*) não apresentou resultados positivos, enquanto que o referente ao orçamento direcionado aos resultados (*Performance Budget*), em virtude do prazo mais longo previsto na Lei, sequer foi implementado.

Os próximos cinco anos serão decisivos para a consolidação ou o malogro do GPRA, pois se esgotam os prazos legais para sua efetiva implantação, entendidos como razoáveis pelo Congresso que os aprovou.

Não se pode esquecer também que o GPRA, enquanto iniciativa do Legislativo, estará competindo com o NPR, formulado pelo Executivo, em termos de agenda política e administrativa, uma vez que os paradigmas distintos, orientadores das concepções dos dois programas, tendem a eliminar a complementaridade que o objetivo comum de melhorar a administração pública poderia conferir-lhes.

Ironicamente, apenas a geração e a visibilidade de resultados positivos pelos diferentes atores, ao longo do processo, podem garantir a manutenção do apoio político, financeiro e técnico ao GPRA junto às agências governamentais e ao Congresso.

Os indícios fornecidos (a) pelo consenso histórico acerca da busca de resultados pelo governo, (b) pelo potencial de benefícios contido nas propostas do GPRA, e (c) pelos primeiros efeitos positivos decorrentes de sua implementação sugerem que o GPRA não é um mero modismo administrativo e sim uma resposta às necessidades prementes da sociedade por um governo melhor e que, a despeito de todas as dificuldades, dará uma contribuição significativa ao gerenciamento da máquina pública americana.

Por último, entendemos que a experiência do GPRA nos Estados Unidos guarda algumas lições importantes para o Brasil, num momento em que estamos debatendo a nossa reforma do Estado, e que são as seguintes:

- a melhoria das ações governamentais depende, fundamentalmente, da correta avaliação de seus efeitos, não em termos de *inputs*, mas de *outputs* e *outcomes*;
- o processo de avaliação é complexo e demanda um longo período de implementação;
- a atuação integrada do Executivo e Legislativo é primordial para o sucesso de um programa de reformas que melhore não só o desempenho, mas a *accountability* de um governo.

Notas

- ¹ Os governos nos anos 80/90 — Reagan (1981-1989) e Bush (1989-1993) — sob uma ótica inteiramente fiscal, já haviam implementado esforços programáticos no sentido de alterar o padrão de intervenção do Governo Federal na economia e na sociedade americana, cujas ações estavam centradas no controle austero das finanças, descentralização, desregulamentação e devolução de autoridade para os governos locais (Rezende, 1998, p. 96).
- ² Esse posicionamento reflete a tensão estrutural que existe no sistema de governança americano entre o Executivo, com tendências descentralizadoras e autônomas, e o Legislativo, defensor da centralização e do controle.
- ³ Segundo o Banco Mundial, *accountability* significa fazer os governantes responsáveis (*accountable*) perante os governados, tipicamente através da possibilidade de se contestar o poder político (*World Bank*, 1994, p. 12).
- ⁴ Segundo Henderson Jr., os conceitos articulados pelo GPRA eram advogados pela *National Academy of Public Administration*.
- ⁵ O *Office of Management and Budget* é o órgão central do orçamento no âmbito do Poder Executivo.
- ⁶ *Stakeholders*: grupos ou indivíduos direta ou indiretamente afetados pela busca dos objetivos institucionais de uma organização (Apud: Stone, J. e Freeman, R. Edward, [1992]).
- ⁷ Embora o mesmo termo em inglês, *Performance Budget*, seja utilizado no GPRA, as acepções são diferentes.
- ⁸ A *General Electric Company*, em 1954, já havia utilizado elementos da APO no seu movimento em direção à descentralização da tomada de decisões, em nível gerencial.
- ⁹ ZBB havia sido aplicado na *Texas Instruments* e no estado da Geórgia quando Carter era governador (Graham, 1994: 232).
- ¹⁰ Max Weber foi pioneiro em apontar a falta de integração entre política e administração no Estado moderno, ocasionada pelo contraste, distinção ou tensão entre a racionalidade substantiva, na busca de interesses da política, e a racionalidade instrumental-formal do exercício da autoridade pela burocracia (Martins, 1997: 46).
- ¹¹ *Outcomes* podem ser expressos como sendo os propósitos das atividades do governo; *outputs* são os bens e os serviços produzidos; e *inputs* os recursos utilizados para a produção dos *outputs* (Carvalho, 1997: 18).
- ¹² Encontramos exemplos da aplicação de contratos de gestão na França e na Nova Zelândia.

- ¹³ “A pesquisa na área de avaliação prosperou em larga escala no período pós-guerra, em face do desenvolvimento de métodos estatísticos e de pesquisa aplicáveis ao estudo dos problemas e processos sociais e das relações interpessoais” (*Apud*: Rossi e Freeman, 1993: 11)
- ¹⁴ Mais adiante, veremos como a fragmentação e superposição das atividades das agências estão afetando o GPRA.
- ¹⁵ Robert K. Merton, autor de *Social Theory and Social Structure*, estudou as disfunções da burocracia.
- ¹⁶ A principal responsabilidade do GAO é dar apoio ao Congresso por meio de seus serviços, principalmente as auditorias e avaliações(estudos) dos programas e atividades federais. O GAO entra em ação em resposta às solicitações do Congresso.
- ¹⁷ *United States General Accounting Office. Managing for Results: The Statutory Framework for Improving Federal Management and Effectiveness*. Washington, 1997: 7.
- ¹⁸ Segundo Martins (1997: 48), na poliarquia presidencialista americana verifica-se a integração competitiva entre política e administração, ou seja, o Congresso influencia e compete com a administração.
- ¹⁹ De maneira geral, o conceito de *outcome* ainda não é difundido em toda a administração pública americana, nem mesmo para os gerentes públicos.
- ²⁰ Os esforços para a redução das despesas orçamentárias têm um potencial conflitante com o GPRA, pois freqüentemente resultam em perda de capacidade técnica das agências, principalmente na forma de pessoal especializado. Num ambiente de restrição orçamentária, as agências não têm como atender às exigências adicionais do GPRA de obtenção de dados sobre o resultado de suas atividades, que passam a competir diretamente, em termos financeiros, com os destinados às avaliações de programas.
- ²¹ Nesse tópico, o GPRA concorre diretamente, com o NPR, pois as agências podem conseguir flexibilizações de procedimentos administrativos muito mais facilmente, participando dos *reinvention labs* implementados pelo NPR.
- ²² *Omnibus Taxpayer Bill of Rights* contido no *The Technical and Miscellaneous Revenue Act of 1988*.
- ²³ Os estados não estão medindo certas condições ambientais específicas ou ainda registram-se diferenças nas unidades de medida utilizadas, o que dificulta a análise.

Referências bibliográficas

- ARAÚJO, Valdeí. (1997), *A reforma administrativa francesa: da crise da função pública a uma nova racionalidade da ação coletiva, uma difícil transição*. Brasília: ENAP.
- CAMARGO, Heloísa Tartarotti. (1992), “O aprimoramento da prestação de contas do Governo através da fiscalização e avaliação: um estudo comparativo entre Canadá, Estados Unidos e Brasil”. *Revista de Informação Legislativa*, n. 114, p. 503-548. Brasília: Senado Federal.
- CARVALHO, Wagner. (1997), “A reforma administrativa da Nova Zelândia nos anos 80-90: o controle estratégico, eficiência gerencial e *accountability*”. *Revista do Serviço Público*, v. 48, n. 3, p. 5-36. Brasília: ENAP.
- GIACOMONI, James. (1989), *Orçamento Público*. São Paulo: Atlas.
- GRAHAM, Cole Blease. (1994), *Para administrar a organização pública*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- KETTL, Donald F. (1998), "A revolução global: reforma da administração do setor público", in: PEREIRA, Bresser & SPINK, Peter, (orgs.), *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. p.75-122. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas..
- MARTINS, Humberto Falcão. (1997), "Burocracia e a revolução gerencial – a persistência da dicotomia entre política e administração". *Revista do Serviço Público*, v. 48, n.1, p. 43-80. Brasília: ENAP.
- PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. (1997), "A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle". *Cadernos do MARE da Reforma do Estado*, v. 1. Brasília: MARE.
- RAMOS, Marcelo de Matos. (1997), "Contratos de gestão: instrumentos de ligação entre os setores do aparelho do Estado". *Revista do Serviço Público*, v. 48, n.2, p. 81-100. Brasília: ENAP.
- REZENDE, Flávio Cunha. (1998), "Clinton e a Reinvenção do Governo Federal". *Revista do Serviço Público*, v. 49, n.1, p. 93-140. Brasília: ENAP.
- SILVA, José Afonso da. (1973), "Orçamento Programa no Brasil". *Revista dos Tribunais*. São Paulo.
- UNITED STATES GENERAL ACCOUNTING OFFICE. (1997), *GPRA: Managerial Accountability and Flexibility Pilot Did Not Work As Intended*. Washington, DC.
- _____. (1994), *Managing for Results: State Experiences Provide Insights for Federal Management Reforms*. Washington, DC.
- _____. (1997), *Managing for Results: Using GPRA to Assist Congressional and Executive Branch Decisionmaking*. Washington, DC.
- _____. (1997), *Managing for Results: Prospects for Effective Implementation of the Government Performance and Results Act*. Washington, DC.
- _____. (1997), *Managing for Results: Enhancing the Usefulness of GPRA Consultations Between the Executive Branch and Congress*. Washington, DC.
- _____. (1997), *Managing for Results: Regulatory Agencies Identified Significant Barriers to Focusing on Results*. Washington, DC.
- _____. (1997), *Managing for Results: Using the Results Act to Address Mission Fragmentation and Program Overlap*. Washington, DC.
- _____. (1995), *Managing for Results: Experiences Abroad Suggest Insights for Federal Management Reforms*. Washington, DC.
- _____. (1997), *Managing for Results: Analytic Challenges in Measuring Performance*. Washington, DC.
- _____. (1998), *Managing for Results. An Agenda To Improve the Usefulness of Agencies Annual Performance Plans*. Washington, DC.
- _____. (1997), *Managing for Results: The Statutory Framework for Improving Federal Management and Effectiveness*. Washington, DC.
- _____. (1997), *Managing for Results: Critical Issues for Improving Federal Agencies Strategic Plans*. Washington, DC.
- _____. (1998), *Managing for Results: Measuring Program Results That Are Under Limited Federal Control*. Washington, DC.
- _____. (1997), *Performance Budgeting: Past Initiatives Offer Insights for GPRA Implementation*. Washington, DC.
- _____. (1998), *Performance Measurement and Evaluation: Definitions and Relationships*. Washington, DC.
- _____. (1998), *Program Evaluation: Agencies Challenged by New Demand for Information on Program Results*. Washington, DC.
- _____. (1997), *The Government Performance and Results Act: Governmentwide Implementation Will be Uneven*. Washington, DC.

A implementação do *Government Performance and Results Act* na administração pública dos EUA

Carlos Alberto Sampaio de Freitas

O presente artigo objetiva descrever e analisar o processo de implementação do *Government Performance and Results Act* (GPRA), lei aprovada pelo Congresso dos Estados Unidos em 1993, destinada a melhorar a administração pública daquele país por intermédio da orientação da ação governamental para a obtenção de resultados.

A primeira parte define e descreve o GPRA em termos de estrutura, fases e objetivos. Segue-se uma tentativa de associação do GPRA às iniciativas passadas de reformas orçamentárias voltadas para a melhoria dos resultados da ação governamental. A terceira parte focaliza os referenciais teóricos do GPRA, relacionando-os às experiências semelhantes desenvolvidas no mundo e nos Estados Unidos, em termos de problemas observados.

Finalmente, a última parte sintetiza as perspectivas atuais, os problemas enfrentados e resultados atingidos, a partir do GPRA, nos seus quatro primeiros anos de implementação.

La implementación del *Government Performance and Results Act* en la administración pública de los EUA

Carlos Alberto Sampaio de Freitas

El presente artículo objetiva describir y analizar el proceso de ejecución del *Government Performance and Results Act* (GPRA), ley aprobada por el Congreso de los Estados Unidos de América del Norte en 1993, destinada a mejorar la administración pública de aquel país en conformidad con la orientación de la acción gubernamental para la obtención de resultados.

La primera parte define y describe el GPRA según su estructura, fases y objetivos. Síguese una tentativa de asociación del GPRA con las iniciativas pasadas de reformas presupuestárias volvidas para una mejoría de los resultados de la acción gubernamental. La tercera parte tiene como foco las referencias teóricas del GPRA relacionadas con las experiencias análogas desarrolladas nel mundo, en los Estados Unidos e a los problemas observados.

Por fin, la última parte sintetiza las perspectivas actuales, los problemas enfrentados e los resultados logrados partiendo del GPRA en los quatro primeros años de su ejecución.

The implementation of the *Government Performance and Results Act* within the U.S. Federal administration

Carlos Alberto Sampaio de Freitas

This article describes and analyses the implementation process of the *Government Performance and Results Act* (GPRA), approved by the US Congress in 1993 with the intention of improving the United States public administration by driving its focus to the government results.

The first part describes the GPRA in terms of structure, stages and objectives. An association of the GPRA with the last federal budget reforms driven by results follows it. The third part focus the theoretical benchmarks of the GPRA and compares it with similar initiatives found in the United States and in the world.

The last part of the article presents today perspectives, the observed problems and the results of the GPRA after its four first years of implementation.

Carlos Alberto Sampaio de Freitas, pós-graduado em Avaliação de Políticas Públicas pela UFRJ e Analista de Finanças e Controle Externo do Tribunal de Contas da União

Resenha

As possibilidades da política: idéias para a reforma democrática do Estado

Wilma Peres Costa

RSP

Revista do
Serviço
Público

Ano 50
Número 3
Jul-Set 1999

“O possível sempre resulta de diversas tentativas de atingir o impossível”. A célebre afirmativa weberiana é incorporada não apenas no título mas também no espírito de *As possibilidades da política*, título sugestivo que Marco Aurélio Nogueira atribuiu a seu novo livro, lançado no início do ano de 1999 pela Editora Paz e Terra. O livro é formado por um conjunto de ensaios (seis ao todo), apresentados originalmente como parte do Concurso de Livre Docência no Departamento de Política, Antropologia e Filosofia da Universidade Estadual Paulista. O trabalho também elabora a rica experiência do autor, que faz parte dos quadros da Fundação do Desenvolvimento Administrativo, no campo da administração pública, tema que perpassa quase todos os ensaios.

Diferentemente de outros trabalhos acadêmicos que não conseguem atingir um público mais amplo de leitores, o tratamento erudito dos temas não se faz em prejuízo da elegância e da clareza do texto. Assim é que a transformação do Estado brasileiro a partir de 1930 e a sua crise são analisadas em uma chave teórica que promove o diálogo entre a tradição marxista e weberiana, valendo-se especialmente das contribuições de Weber, Barrington Moore Jr., Norberto Bobbio, Domenico Losurdo e, sobretudo, de Antonio Gramsci. Muito terão a aprender com esse livro os estudantes de ciências humanas que buscam uma visão progressista e atualizada do debate da ciência política sobre o tema da crise do Estado e sobre o Estado brasileiro em particular.

A interrogação que move o livro, entretanto, está longe de ser acadêmica, inserindo-se no coração mesmo da crise contemporânea: se a

Wilma Peres
Costa,
professora do
Departamento
de História e
Política
Econômica
do Instituto de
Economia da
UNICAMP

política é um instrumento que permite aos homens “tentar o impossível para ganhar forças de realizar o possível e ir além”, qual é a política que nos permitiria superar o descrédito da política, o niilismo e o fatalismo que acompanham a crise do Estado capitalista em tempos de globalização?

Nesse tema, os interlocutores do debate situam-se no campo da esquerda brasileira em busca de caminhos para uma forma renovada de “fazer política”. Leandro Konder, Carlos Nelson Coutinho e Luiz Werneck Vianna são os principais parceiros do debate, todos eles egressos de um doloroso (e pouco profícuo) processo de renovação das práticas da esquerda brasileira nas últimas décadas. Assim, “pensar o Estado”, nesse livro, é tarefa que se faz com o intuito de “pensar a práxis política”, enigma que nos interroga depois da derrocada do socialismo real e dos descaminhos dos partidos e organizações de esquerda.

Marco Aurélio Nogueira trilha, em busca de chaves para a discussão, diversos caminhos distintos e entrelaçados: o primeiro, que podemos chamar de histórico, presente no mais longo dos ensaios, procura analisar o alcance e os limites das transformações do Estado brasileiro após a Revolução de 1930. O segundo ensaio prossegue nesse padrão, elegendo uma temática específica e analisando-a em profundidade: procura-se entender a natureza da administração pública herdada em 1945 e acompanhar suas metamorfoses até a Nova República. A perspectiva histórica é incorporada aqui, sobretudo, como uma maneira de sublinhar as continuidades, ou melhor as reiterações, o caráter bifronte do Estado brasileiro, entre a dimensão racional-legal e a burocrático-patrimonial. A discussão da administração pública enquanto dimensão crucial da democratização do Estado é retomada de forma brilhante no quarto ensaio, que complementa, de certa forma, o segundo, ao perceber no corpo mesmo do Estado e de seus agentes um espaço privilegiado de ação política.

O terceiro ensaio é o mais diretamente político, enfocando o processo eleitoral e partidário a partir da primeira eleição democrática após o regime militar. Desenha-se nesse ensaio, talvez o mais “angustiado” de todo o conjunto, a perversidade da trajetória das forças de esquerda, a partir da implosão do centro democrático que possibilitou a vitória de Fernando Collor. Os dois últimos ensaios descrevem uma espécie de *tour de force* teórico, com o resgate, ao mesmo tempo erudito e contundente, das noções que, no campo do pensamento marxista, têm ajudado a compreender a especificidade da dinâmica política entre nós: “revolução burguesa”, “via prussiana”, “revolução passiva”, “revolução pelo alto”, “transformismo”, são os conceitos-chave com os quais Marco Aurélio procura aclarar as razões do nosso subdesenvolvimento político.

Irão se enganar, portanto, os que esperarem qualquer menção a coisas como “custo Brasil” ou “reengenharia” por trás da expressão

“reforma do Estado”. A reforma de que aqui se trata não é aquela que temos acompanhado, assustados, pelos jornais — a “Reforma da Previdência”, a “Reforma Administrativa”, a “Reforma Tributária”. Marco Aurélio não está interessado no “custo do Estado, mas no seu sentido”. Sua preocupação é com os caminhos para organizar a sociedade, para habilitá-la a resgatar o Estado do privatismo e do patrimonialismo que fizeram sempre, do “progresso”, o irmão siamês do “atraso” em nosso país. Nesse sentido, também, esse livro é uma forma de ação política, embora ele não ofereça respostas nem contenha um programa de ação. Ele conclama as forças da cultura ao engajamento, ao abandono do niilismo e do irracionalismo. Essa é a sua maneira de buscar o impossível para obter o possível: resgatar o potencial transformador da ação política no coração gelado do mundo hiper-reificado do neo-liberalismo e da globalização.

A *Revista do Serviço Público* é uma publicação da ENAP Escola Nacional de Administração Pública, voltada para a divulgação e debate de temas relacionados ao Estado, à Administração Pública e à gestão governamental. Procurando o aprimoramento permanente da revista, tanto no seu conteúdo quanto na apresentação gráfica, pedimos aos nossos colaboradores a observação das normas abaixo descritas.

Normas para os colaboradores

1. Os artigos, sempre inéditos no Brasil, devem conter em torno de 25 laudas de 20 linhas de 70 toques.
2. Os originais devem ser encaminhados ao editor, em disquete, em programa de uso universal, com uma cópia impressa. Usar apenas as formatações-padrão.
3. Cada artigo deve vir acompanhado de um resumo analítico em português, espanhol e inglês, de cerca de 150 palavras, que permita uma visão global e antecipada do assunto tratado.
4. Na primeira página do artigo, deve constar informação sobre formação e vinculação institucional do autor (em até duas linhas).
5. Notas, referências e bibliografia devem vir ao final do artigo, e não ao pé da página. Notas e referências, sendo o caso, devem vir devidamente numeradas.
6. Além de artigos, a revista receberá comunicações, notas informativas, notícias e relatórios conclusivos de pesquisas em desenvolvimento, com até 15 laudas. Resenhas de livros, em torno de 4 laudas, devem conter uma apresentação sucinta da obra e eventuais comentários que situem o leitor na discussão.
7. Os trabalhos que se adequarem à linha temática da revista serão apreciados pelo conselho editorial, que decidirá sobre a publicação com base em pareceres de consultores *ad hoc*.
8. Os originais enviados à *Revista do Serviço Público* não serão devolvidos. A revista compromete-se a informar os autores sobre a publicação ou não de seus trabalhos.

Convite a resenhadores

A *Revista do Serviço Público* convida todos os interessados em remeter resenhas de trabalhos publicados no Brasil e no exterior sobre Estado, Administração Pública e gestão governamental.

As resenhas devem ser originais e não exceder a cinco laudas datilografadas em espaço duplo com 20 linhas de 70 toques, e devem apresentar de modo sucinto a obra, com comentários que situem o leitor na discussão apresentada.

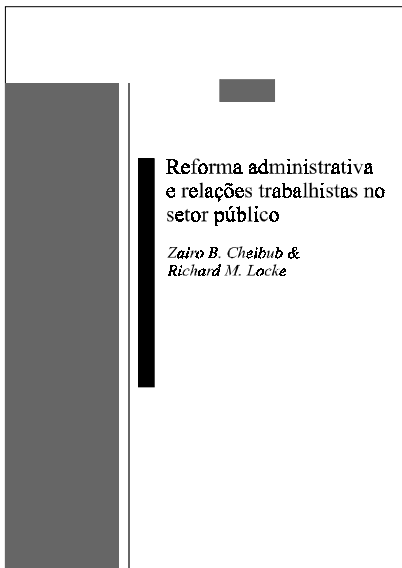
As resenhas devem ser enviadas em português, sem notas de rodapé, contendo o título completo e subtítulo do livro, nome completo do autor, local de publicação, editora e ano de publicação, bem como uma breve informação sobre a formação e vinculação institucional do resenhador (em até duas linhas), acompanhadas do respectivo disquete.

Nota aos editores

Pedimos encaminhar à *Revista do Serviço Público* exemplares de livros publicados, a fim de serem resenhados. Os resenhadores interessados receberão cópias dos livros enviados.

Conheça a série ***Cadernos ENAP***

Nos Cadernos ENAP são publicados relatórios atuais de pesquisa e documentos de governos sobre temas relacionados ao Estado, à administração pública e à gestão governamental.



Cadernos ENAP nº 18 **Reforma administrativa e relações trabalhistas no setor público**

*Zairo B. Cheibub &
Richard M. Locke*

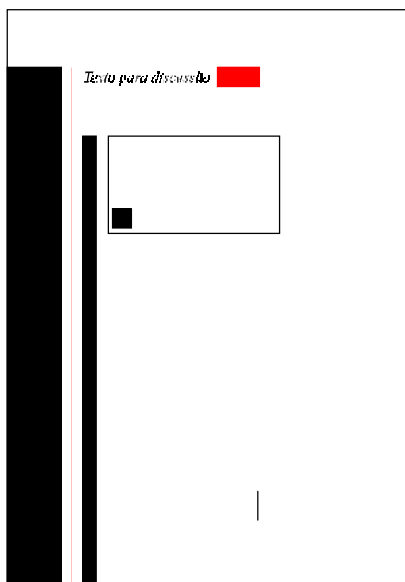
Texto que compreende uma análise das relações entre o governo e os sindicatos/associações de servidores públicos, ao longo do processo de reforma administrativa implementada no governo FHC; e também uma abordagem dos casos italiano e americano, em situações semelhantes.

Para adquirir os Cadernos ENAP preencha e envie a ficha de solicitação de compras.

Conheça a série

Textos para discussão

Esta série divulga os artigos em fase de pré-publicação, dentro da temática relacionada ao Estado, Administração Pública e Gestão Governamental, com o objetivo de fomentar o debate direto entre o leitor e o autor.



Textos para discussão nº 33

agosto/1999

A imanência do planejamento e da gestão: a experiência de Curitiba

Luiz Carlos de Oliveira Cecilio

Carlos Homero Giacomini

Miguel Ostoja Roguski

Texto que analisa as relações entre sociedade civil, Estado e mercado nesse final de século, evidenciando o papel fundamental recentemente desempenhado pela sociedade civil nas transformações institucionais.

Para adquirir os Textos para discussão preencha e envie a ficha de solicitação de compras.

Cadernos ENAP *Números publicados*

- 18 *Reforma administrativa e relações trabalhistas no setor público*
Zairo B. Cheibub & Richard M. Locke — 1999
- 17 *Gerenciando a alta administração pública: uma pesquisa em países da OCDE*
Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico — 1999
- 16 *Flexibilidade na gestão de pessoal da administração pública*
OCDE — Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico — 1998
- 15 *O processo decisório da reforma tributária e da previdência social*
Marcus André de Melo & Sérgio Azevedo — 1998
- 14 *Gerência de recursos humanos no setor público: lições da reforma em países desenvolvidos*
Barbara Nunberg — 1997
- 13 *Reforma do Estado no setor de saúde: os casos da Catalunha, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos*
Samuel Husenman & Emili Sullà e outros — 1997
- 12 *Normas de conduta para a vida pública*
Lord Nolan — 1997
- 11 *A seguridade social no Brasil e os obstáculos institucionais à sua implementação*
Pedro César Lima de Farias — 1997
- 10 *O Impacto do modelo gerencial na administração pública*
Fernando Luiz Abrucio — 1997
- 9 *Progressos recentes no financiamento da previdência social na América Latina*
Manfred Nitsch & Helmut Schwarzer — 1996
- 8 *Reforma da Administração Pública e cultura política no Brasil*
Luciano Martins — 1997
- 7 *Reforma do Estado*
Evandro Ferreira Vasconcelos e outros — 1994
- 6 *Planejamento e orçamento*
Fábio Chaves Holanda e outros — 1994
- 5 *Recursos humanos no setor público*
Marcelo Viana Estevão de Moraes e outros — 1994
- 4 *A questão social no Brasil*
Marcos Torres de Oliveira e outros — 1994

- 3** *Gestão municipal e revisão constitucional*
Luíza Erundina de Souza e outros — 1993
- 2** *Cultura e memória na Administração Pública brasileira*
Iveraldo Lucena e outros — 1993
- 1** *Gestão de recursos humanos, relações de trabalho e direitos sociais dos servidores públicos*
Técnicos da ENAP e colaboradores — 1993

Textos para discussão

Números publicados

- 33 *A imanência do planejamento e da gestão: a experiência de Curitiba*
Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Carlos Homero Giacomini & Miguel Ostojá Roguski — agosto 1999
- 32 *Sociedade civil: sua democratização para a reforma do Estado*
Luiz Carlos Bresser Pereira — novembro 1998
- 31 *Custos no serviço público*
Marcos Alonso Nunes — outubro 1998
- 30 *Demissão por insuficiência de desempenho na reforma gerencial: avanços e desafios*
Marianne Nassuno — setembro 1998
- 29 *Reforma da previdência: negociações entre os poderes Legislativo e Executivo*
Marcelo James Vasconcelos Coutinho — agosto 1998
- 28 *Diagnóstico da situação da mulher na Administração Pública Federal*
Franco César Bernardes, Marcelo Gameiro de Moura & Marco Antônio de Castilhos Acco — julho 1998
- 27 *Capacitação de recursos humanos no serviço público: problemas e impasses*
Francisco Gaetani — junho 1998
- 26 *Análise de macroprocessos na Secretaria de Recursos Humanos do MARE: uma abordagem sistêmica*
Marcelo de Matos Ramos — maio 1998
- 25 *Desafios e oportunidades no setor de compras governamentais na América Latina e Caribe: o caso brasileiro*
Carlos César Pimenta — abril 1998
- 24 *Reconstruindo um novo Estado na América Latina*
Luiz Carlos Bresser Pereira — março 1998
- 23 *Reforma administrativa e direito adquirido*
Paulo Modesto — fevereiro 1998
- 22 *Utilizando a internet na administração pública*
Cláudio Seiji Sato — dezembro 1997
- 21 *Burocracia, capacidade de Estado e mudança estrutural*
Tereza Cristina Cotta — novembro 1997
- 20 *A reforma administrativa francesa: da crise da função pública a uma nova racionalidade da ação coletiva, uma difícil transição*
Valdei Araújo — outubro 1997
- 19 *Formação e capacitação na construção de um novo Estado*
Evelyn Levy — setembro 1997

- 18 *Agências Executivas: estratégias de reforma administrativa*
Marcos Alonso Nunes — agosto 1997
- 17 *Controle interno e paradigma gerencial*
Sheila Maria Reis Ribeiro — julho 1997
- 16 *Novos padrões gerenciais no setor público: medidas do governo americano orientadas para o desempenho e resultados*
Bianor Scelza Cavalcanti & Roberto Bevilacqua Otero — junho 1997
- 15 *Cidadania e Res publica: a emergência dos direitos republicanos*
Luiz Carlos Bresser Pereira — maio 1997
- 14 *Gestão e avaliação de políticas e programas sociais: subsídios para discussão*
Francisco Gaetani — abril 1997
- 13 *As escolas e institutos de administração pública na América Latina diante da crise do Estado*
Enrique Saravia — março 1997
- 12 *A modernização do Estado: as lições de uma experiência*
Serge Vallemont — dezembro 1996
- 11 *Governabilidade, governança e capacidade governativa*
Maria Helena de Castro Santos — dezembro 1996
- 10 *Qual Estado?*
Mário Cesar Flores — novembro 1996
- 9 *Administração pública gerencial: estratégia e estrutura para um novo Estado*
Luiz Carlos Bresser Pereira — outubro 1996
- 8 *Desempenho e controle na reforma administrativa*
Simon Schwartzman — setembro 1996
- 7 *Brasil século XXI — A construção de um Estado eficaz*
Virginio Augusto Ferreira Coutinho & Maria Teresa Oliva Silveira Campos — agosto 1996
- 6 *A tecnologia da informação na reforma do Estado*
Ricardo Adolfo de Campos Saur — julho 1996
- 5 *Reforma administrativa e direito adquirido ao regime da função pública*
Paulo Modesto — outubro 1995
- 4 *Estado, aparelho do Estado e sociedade civil*
Luiz Carlos Bresser Pereira — outubro 1995
- 3 *Reflexões sobre a proposta da reforma do Estado brasileiro*
Gleisi Heisler Neves — outubro 1995
- 2 *A questão da estabilidade do serviço público no Brasil: perspectivas de flexibilização*
Érica Máximo Machado & Lícia Maria Umbelino — julho 1995
- 1 *A reforma do aparelho do Estado e a Constituição brasileira*
Luiz Carlos Bresser Pereira — maio 1995

Solicitação de publicações

Nome/Instituição: _____

CPF/CGC: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

UF: _____

CEP: _____

Telefone: _____

Fax: _____

e.mail: _____

Cartão de assinatura da RSP

Periodicidade: trimestral

Assinatura anual: R\$ 40,00

Número avulso: R\$ 12,00 Edição nº _____

Exemplar avulso anterior a 1997: R\$ 8,00

Cadernos ENAP

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11 12 13 14 15 16 17 18

Preço unitário: R\$ 10,00

Textos para discussão

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
31 32 33

Números 1 ao 5: R\$ 3,00

A partir do número 6: R\$ 5,00

Forma de pagamento *ver orientação no verso*

Cheque nominal

Ordem de pagamento

Nota de empenho

Forma de pagamento

- Cheque nominal à ENAP Fundação Escola Nacional de Administração Pública
- Ordem de pagamento (anexar cópia do comprovante de depósito) em nome da ENAP Escola Nacional de Administração Pública, através do Banco do Brasil S/A, Agência Ministério da Fazenda 3602-1, Conta Corrente: 170500-8 Depósito identificado (código - dv) finalidade: 11470211401002-2.
- Nota de empenho em nome da ENAP Escola Nacional de Administração Pública (anexar original). (UG:114702, Gestão: 11401)

ENAP — Escola Nacional de Administração Pública
Diretoria de Pesquisa e Difusão
SAIS — Área 2-A
70610-900 — Brasília, DF
Tel: (0XX61) 445 7095 / 445 7096 — Telefax: (0XX61) 245 6189
CGC: 00 627 612/0001-09
site: www.enap.gov.br
e-mail: publicacoes.enap@mare.gov.br