

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E  
ATUÁRIA  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

**CARLOS HENRIQUE SOARES CARVALHO**

**CONTRATOS DE IMPACTO SOCIAL EM PROGRAMAS DE SAÚDE:  
UMA ANÁLISE SOBRE SUA UTILIZAÇÃO NO ENFRENTAMENTO  
DO HIV/AIDS NO ESTADO DO AMAZONAS**

**São Paulo  
2022**

**CARLOS HENRIQUE SOARES CARVALHO**

**CONTRATOS DE IMPACTO SOCIAL EM PROGRAMAS DE SAÚDE:  
UMA ANÁLISE SOBRE SUA UTILIZAÇÃO NO ENFRENTAMENTO  
DO HIV/AIDS NO ESTADO DO AMAZONAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, do Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Profa. **Dra. Graziella Maria Comini**

Versão corrigida

São Paulo  
2022

**Prof. Dr. Carlos Gilberto Carlotti Junior**  
Reitor da Universidade de São Paulo

**Prof. Dr. Fábio Frezatti**  
Diretor da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária

**Prof. Dr. João Maurício Gama Boaventura**  
Chefe do Departamento de Administração

**Prof. Dr. Eduardo Kazuo Kayo**  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Administração

Catálogo na Publicação (CIP)  
Ficha Catalográfica com dados inseridos pelo autor

Carvalho, Carlos Henrique Soares .  
CONTRATOS DE IMPACTO SOCIAL EM PROGRAMAS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE  
SOBRE SUA UTILIZAÇÃO NO ENFRENTAMENTO DO  
HIV/AIDS NO ESTADO DO AMAZONAS / Carlos Henrique Soares  
Carvalho. - São Paulo, 2022.  
160 p.

Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo,  
2022. Orientador: Graziella Maria Comini.

1. Parceria público-privada. 2. Contrato administrativo . 3.  
Organização não-governamental. 4. Empreendedorismo social . I.  
Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia, Administração e  
Contabilidade. II. Título.

## Folha de Avaliação

Nome: CARVALHO, Carlos Henrique Soares

Título: Contratos de impacto social em programas de saúde: uma análise sobre sua utilização no enfrentamento do HIV/aids no Estado do Amazonas.

Tese apresentada à Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adele Schwartz Benzaken

Instituição: Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosa Maria Fischer

Instituição: Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária –FEA/USP

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Paulo César Diniz de Araújo

Instituição: Universidade do Estado do Amazonas - UEA

Julgamento: \_\_\_\_\_

Aos meus filhos Aurora e Bento,  
sempre farei tudo por vocês.

Aos meus pais,  
pelo amor incondicional.

À minha amada Analice,  
por todo apoio nos momentos mais  
necessários.

À minha orientadora Graziella,  
Pelo seu acolhimento e confiança durante esse  
trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de chegar até aqui, e aproveito para agradecer, *in memoriam*, a todos aqueles que infelizmente foram vitimados pela pandemia que atravessou nossas vidas, mas que certamente ficariam orgulhosos de ver a finalização dessa caminhada, como minhas queridas Dany e Lucilene e nosso companheiro Manoel Terceiro.

Agradeço a minha família, por toda rede de apoio e suporte que me foi dada durante essa jornada, permitindo que eu me dedicasse aos estudos, mesmo em tempos tão turbulentos para todos.

Aos meus pais e meus sogros, que não mediram esforços para que nada nos faltasse e nem aos nossos filhos, mesmo quando estive distante.

Agradeço a profa. Graziella Comini, que além de ser exemplo de humanidade, compreensão e confiança, nos inspira ao apontar caminhos para o desenvolvimento de uma sociedade mais justa e sustentável, com o entusiasmo necessário aos grandes líderes das mudanças. Estendo o agradecimento a todos os companheiros do Ceats, em especial profa. Rosa Maria Fischer, a quem tive a honra de conhecer e é sempre motivo de admiração e respeito, ao participar de suas aulas e debates.

Agradeço a todos os professores da FEA, que contribuíram imensamente na minha formação acadêmica, abrindo novos horizontes a serem explorados, em especial, agradeço aos professores Moacir de Miranda Oliveira Júnior, Eduardo Kazuo Kayo, Kavita Hamza, Andres Veloso, Jacques Marcovitch e Roberto Sbragia.

Ao apoio da coordenação e suporte da Universidade do Estado do Amazonas, nas figuras do professor Paulo César Diniz de Araújo e de Ana Paula Alves.

Aos companheiros de Dinter, presentes em todos os momentos, e sem deixar ninguém para trás, nos viradões de final de semana, nas jornadas em São Paulo e a qualquer momento dispostos a ajudar nos grupos de *Wahtsapp*. Parceiros que levo para a vida.

A todos os companheiros da Fiocruz, que sempre me ajudaram e incentivaram, principalmente aqueles que disponibilizaram parte do seu tempo para participar dessa pesquisa, meu muito obrigado.

Agradeço também a todos os entrevistados, ainda que anonimamente, contribuíram com valioso material de estudo que fundamentou essa tese.

Um especial agradecimento à minha companheira, esposa, amiga e maior incentivadora, Analice, que esteve sempre ao meu lado ao longo dessa jornada, vivenciando tão intensamente todos os momentos, que entendo sua aflição com relação a prazos e a conclusão desse trabalho.



***“Sem esmorecer para não desmerecer.”***

*(Oswaldo Cruz, apud IOC, 2017)*

## RESUMO

CARVALHO, C.H.S. (2022). *Contratos de Impacto Social em Programas de Saúde: Uma Análise Sobre sua Utilização no Enfrentamento do HIV/Aids no Estado do Amazonas*. (Tese de Doutorado). Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A literatura acadêmica registra que há muito tempo existe algum grau de cooperação entre o setor público e os entes privados. As crises econômicas e a adoção de políticas de austeridade fiscal como solução, obrigaram os governos a reduzirem os gastos públicos, o que criou condições para o avanço da participação do setor privado. Nesse contexto, e com raízes em princípios da *New Public Management*, surge o modelo de Contrato de Impacto Social. Em 2021, já eram 227 projetos assinados, em 35 países, com recursos estimados de US\$ 547 milhões. Apesar da carência de novas fontes de financiamento para serviços públicos, e o histórico de realizações conjuntas entre governo, mercado e terceiro setor no país, não há nenhum CIS em execução no Brasil. Este estudo propõe compreender as razões para isso, e tem como objetivo geral identificar os fatores críticos para a adoção do modelo de Contrato de Impacto Social em ações de resposta ao HIV/aids no Estado do Amazonas. Para isso, essa tese faz uma análise da experiência brasileira na resposta ao HIV/aids e quais as condições seriam necessárias para a adoção de um CIS com esse propósito. Na busca da compreensão desse fenômeno, a estratégia adotada foi a realização de pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, com 17 representantes de grupos de atores usualmente envolvidos em um CIS: governo, investidor, intermediário, OSC e órgãos de controle. Os resultados encontrados apontam que os fatores críticos são o desconhecimento do modelo; a falta de pessoal qualificado para trabalhar com contratos desse modelo, nas OSCs e no setor público; a possibilidade de conflito de interesses entre os atores; e a necessidade de garantia de financiamento das atividades. Como resposta a esses fatores, foram propostas intervenções com o objetivo de criar condições mínimas para o desenvolvimento dos primeiros CIS, entre elas o desenvolvimento de uma base conceitual comum; oferta de cursos de capacitação e trilhas de aprendizagem de competências comportamentais para os gestores; produção de toolkits; concepção de plano de gestão da mudança; formação de comitês de governança com a participação de representantes dos beneficiários e órgãos de controle; presença de um intermediário e limitação da atuação do investidor; acesso a financiamento via fundos filantrópicos, agências internacionais de cooperação, investidores de impacto e emendas parlamentares. Dessa forma, a principal contribuição dessa tese foi o desenvolvimento de um *framework* de fatores facilitadores para uso do CIS em políticas de HIV/aids. A conclusão a que se chega é que, superados os fatores limitadores, o modelo de Contrato de Impacto Social é aplicável em ações de resposta ao HIV/aids no Estado do Amazonas e demais Estados do Brasil.

**Palavras-chave:** Contrato de Impacto Social. Política de HIV/aids. Parceria Público Privada.

## ABSTRACT

CARVALHO, C.H.S. (2022). *Social Impact Bonds in Health Programs: An Analysis of Their Use in Combating HIV/AIDS in the State of Amazonas*. (Tese de Doutorado). Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Academic literature records that for a long time there has been some degree of cooperation between the public sector and private entities. The economic crises and the adoption of fiscal austerity policies as a solution forced governments to reduce public spending, which created conditions for the advancement of private sector participation. In this context, and with roots in New Public Management principles, the Social Impact Bonds contract model emerges. In 2021, there were already 227 projects signed, in 33 countries, with resources estimated at US\$ 547 million. Despite the lack of funding sources for public services, and the history of joint projects between the government, the market, and the third sector in the country, no CIS is running in Brazil. This study aims to understand the reasons for this, and its general objective is to identify the critical factors for the adoption of the Social Impact Bonds in actions to response to HIV/AIDS in the State of Amazonas. For that, this thesis proposes study the Brazilian experience with response to HIV/aids, and what conditions are necessary for the adoption of a SIB with this purpose. In the search for understanding this phenomenon, a strategy was developed to carry out a qualitative, exploratory, and descriptive research. Semi-structured interviews carried out the data collection with 17 representatives of groups normally involved in a SIB: government, investor, intermediary, CSO, and the organs of official control. The results found indicate that the critical factors are the lack of knowledge about the model; the lack of qualified personnel to work with contracts of this model, between the public agents and the third sector; the possibility of conflict of interests between the actors; and the need to guarantee the financing of activities. In response to these factors, interventions were proposed with the aim of creating minimum conditions for the development of the first SIB, including the development of a common conceptual basis; offering training courses and behavioral skills learning trails for managers; production of toolkits; creation of the change management plan; establishment of a governance committee with users and organs of official control; presence of an intermediary and limitation of the investor's performance; access to funding via parliamentary funding, amendments and cooperation funds, social impact investors. Thus, the main contribution of this thesis was the development of a framework of facilitating factors for the use of SIB in HIV/AIDS policies. The conclusion is that, once overcome the limiting factors, the Social Impact Bond is applicable in actions to combat HIV/AIDS in the State of Amazonas and other States in Brazil.

**Keywords:** Social Impact Bond. HIV/AIDS Policy. Public-private partnership.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Agente Indígena de Saúde (AIS) em uma aldeia Marubo .....	32
Figura 2- Testagem de HIV em Indígena Yanomami .....	34
Figura 3 – Notícias sobre a chegada da nova doença ao Brasil.....	35
Figura 4 - Confirmação dos primeiros casos de Aids em Manaus .....	36
Figura 5 - Os três eixos para ações de prevenção propostos por Mann.....	40
Figura 6 - Total de OSCs no Brasil .....	59
Figura 7 - OSCs por área de atuação .....	60
Figura 8 - Fluxo de funcionamento de um Contrato de Impacto Social .....	63
Figura 9 – Esquema de relações em um CIS gerenciado .....	67
Figura 10 - Estratégia de pesquisa da tese.....	84
Figura 11 – Fatores críticos para adoção do CIS em HIV/aids .....	129
Figura 12 – Framework de facilitadores para uso do CIS em políticas de HIV/aids .....	135
Tabela 1- Distribuição de CIS segundo a classificação de renda e IDH dos países.....	70
Tabela 2- Distribuição de CIS por área de atuação .....	70

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Relação de médicos por mil habitantes .....	31
Quadro 2 – Intervenções para prevenção combinada do HIV .....	41
Quadro 3– Marco regulatório federal das contratualizações .....	58
Quadro 4 - Atores e suas atribuições em um CIS .....	66
Quadro 5 - Roteiro das entrevistas semiestruturadas.....	85
Quadro 6 - Aspectos positivos e negativos dos CIS .....	87
Quadro 7 - Entrevistas com gestores do setor público .....	88
Quadro 8 - Entrevistas com os investidores .....	89
Quadro 9 - Entrevistas com prestadores de serviços - OSCs .....	90
Quadro 10 - Entrevistas com representantes dos Tribunais de Contas.....	91
Quadro 11 – Codificação estrutural e pergunta norteadora.....	93
Quadro 12– Codificação estrutural e categorização .....	94
Quadro 13– Categorização e codificação dos dados coletados .....	95
Quadro 14 - Síntese da análise dos dados coletados nas entrevistas .....	123

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretrovirais
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CIS	Contrato de Impacto Social
COVID-19	Doença causada pelo vírus SARS-CoV-2
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NPM	<i>New Public Management</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organizações Sociais
OSC	Organizações da Sociedade Civil
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPP	Parceria Público-Privada
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
SIB	<i>Social Impact Bond</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCU	Tribunal de Contas da União
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

## SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....	11
LISTA DE QUADROS .....	12
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	13
1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA .....	20
1.2 OBJETIVO GERAL.....	22
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
1.4 JUSTIFICATIVA .....	22
1.5 ESTRUTURA DA TESE .....	23
2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	25
2.1 O CONCEITO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE .....	25
2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	27
2.3 O FINANCIAMENTO DO SUS.....	28
2.4 CARACTERIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE NO ESTADO DO AMAZONAS.....	30
2.5 A EPIDEMIA DE HIV/AIDS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA .....	34
2.6 ESTRATÉGIAS DE RESPOSTAS À EPIDEMIA DE HIV/AIDS.....	39
2.7 A AGENDA 2030 E O COMBATE À EPIDEMIA .....	45
2.8 CONTRATUALIZAÇÃO NA SAÚDE.....	47
3 GESTÃO PÚBLICA E OS CONTRATOS DE IMPACTO SOCIAIS.....	49
3.1 MODELOS DE GESTÃO PÚBLICA E A REFORMA GERENCIAL DO ESTADO.....	49
3.1.1 Do Patrimonialismo à Burocracia brasileira.....	49
3.1.2 A New Public Management e a Reforma Gerencial no Brasil.....	51
3.1.3 Críticas ao Modelo Gerencial e Perspectivas para o Futuro.....	54
3.2 A GESTÃO PÚBLICA VOLTADA PARA RESULTADOS .....	55
3.3 OS MODELOS DE CONTRATUALIZAÇÃO COM O ESTADO .....	56
3.4 UMA VISÃO GERAL SOBRE CONTRATOS DE IMPACTO SOCIAL.....	62
3.5 HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DO USO DOS CONTRATOS DE IMPACTO SOCIAL.....	67
3.6 CRÍTICAS AO MODELO DE CONTRATO DE IMPACTO SOCIAL .....	73
3.7 O CONTRATO DE IMPACTO SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO.....	75
3.8 AS EXPERIÊNCIAS DE CIS NO BRASIL .....	77
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	81
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA .....	81
4.2 ESTRATÉGIA DE PESQUISA .....	83
4.3 COLETA DE DADOS .....	84
4.4 ANÁLISE DOS DADOS .....	91
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	96
5.1 CONHECIMENTO E CAPACIDADE DE DESENVOLVER E ATUAR NO CIS .....	96
5.2 CONFIANÇA NAS INSTITUIÇÕES.....	101
5.3 ADERÊNCIA A MODELOS DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADO .....	104
5.4 INTERESSES, CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES DO GOVERNO.....	108
5.5 INTERESSES, CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES DOS INVESTIDORES .....	113
5.6 ESPECIFICIDADES PARA ATUAÇÃO NO SUS E COM HIV/AIDS .....	119
5.7 SÍNTESE DOS RESULTADOS DA ANÁLISE .....	123
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	125
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	138
7.1 CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA .....	141
7.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS.....	141
REFERÊNCIAS .....	144
APÊNDICE .....	157

## 1 INTRODUÇÃO

O conjunto de responsabilidades do Estado frente as demandas da sociedade é objeto constante de discussão acadêmica e política em diversos países, mas assume posição de destaque em momentos de crises econômicas ou, como na história recente, situação de emergência sanitária, exemplificada pela pandemia de COVID-19, quando a demanda crescente por serviços e pela efetivação de direitos sociais geram debates a respeito de três dimensões do governo: econômica, social e administrativa (BRESSER-PEREIRA, 2015; LEITE, 2019; MATIAS-PEREIRA, 2012), que definem (ou redefinem) o papel do Estado.

Das ideias de um Estado mínimo propostas por Adam Smith, aos conceitos de *Welfare State*, ou Estado do Bem-Estar Social, surgidos após a Segunda Guerra Mundial, observa-se um movimento gradual de redução da execução direta dos serviços pelo Estado, em busca de modelos que adotem práticas gerenciais ou a participação de outros atores na entrega de soluções efetivas para o cidadão. (MAZUR, 2018; POLLITT & BOUCKAERT, 2011)

O modelo Weberiano de gestão pública, burocrático e autor referenciado e distante das necessidades dos cidadãos (SECCHI, 2009), abre caminho para a Teoria da *New Public Management* (Nova Administração Pública) e suas variações, surgidas após as crises de financiamento que acometem países de todos os níveis de desenvolvimento, e da revolução digital, que criou formas de controle e participação social (BRESSER-PEREIRA, 2015; MAZUR, 2018; POLLITT & BOUCKAERT, 2011).

O foco na maneira como o governo deve executar seus serviços, permite o surgimento de novas formas de relacionamento em estruturas pós-burocráticas profundamente influenciadas pelo debate em torno do modelo gerencial. Leite (2019) e Osborne e Gaebler (1994) já defendiam que um dos eixos para reinventar o governo deveria ser catalisar a ação dos setores público, privado e voluntário, por meio de incentivos à adoção de parcerias com o setor privado e Organizações da Sociedade Civil, as OSCs.

Essa complementariedade dos serviços públicos pelo setor privado fora prevista pela Constituição de 1988 e a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que cria o Sistema Único de Saúde - SUS, ao estabelecer que compete aos municípios e, supletivamente, aos estados, gerir e executar serviços públicos de atendimento à saúde da população, e ambos podem recorrer, de maneira complementar, aos serviços ofertados pela iniciativa privada, quando os serviços de saúde da rede pública forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial



necessária. (BRASIL, 1990)

A impossibilidade de atendimento da demanda e as novas crises econômicas fizeram com que o governo passasse a formalizar e a adotar novos modelos de contratação de serviços privados, como as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), as Cooperativas de Serviços, Serviços Sociais Autônomos, Fundações de Apoio e as Parcerias Público-Privada (PPP). (MATIAS-PEREIRA, 2012)

Criadas para dar maior autonomia financeira e flexibilidade de gestão, as OS encontraram na área da saúde um campo fértil para crescimento. Apesar de ser uma estratégia ainda adotada por muitos gestores públicos, a utilização de OS na área da saúde pública recebe cada vez mais atenção dos órgãos de controle, que no exercício de suas atividades de fiscalização, encontram de forma frequente a ausência de procedimentos de acompanhamento, avaliação ou controle instituídos de forma sistemática, bem como a falta de análise crítica dos resultados obtidos pelas OS (VIEIRA, 2016).

A atuação das OS também é alvo de críticas por acadêmicos e OSCs que atuam na área de transparência de gastos, principalmente por causa de suspeitas de irregularidades, como desvios de recursos públicos e superfaturamento de compras. (TRAVAGIN, 2017; SALOTI, 2019)

Dentre as novas formas de gerir um sistema híbrido de saúde, que envolva recursos públicos e privados, destaca-se a proposta dos *Social Impact Bonds* – *SIB*, que podem ser traduzidos para **Contratos de Impacto Social** – **CIS**, que buscam unir contratações públicas de prestadores de serviços sociais, com investimentos privados, condicionados ao atingimento de resultados sociais e bônus por sucesso. Existem diversas variações de modelo de estruturação dos CIS, mas no final, todos convergem para a transferência do risco do setor público para outras partes envolvidas, com financiamento das atividades iniciais por meio de capital privado.

Os CIS são um conjunto de contratos que envolve o governo, investidores e prestadores de serviços. Os investidores fornecem o capital de giro para que os prestadores de serviços possam iniciar as intervenções em um grupo social, que será o público-alvo dentro da sociedade. O risco financeiro fica com os investidores, que serão remunerados pelo governo, conforme os resultados das ações. Se os resultados entregues são melhores, maior o pagamento do governo e o retorno dos investidores, e assim o governo não corre o risco de pagar por algo que não atinja os resultados esperados. (FRASER; LAGARDE; MAYS; TAN, 2018; GUSTAFSSON-WRIGHT; GARDINER; PUTCHA, 2015)

De uso recente, esse modelo surgiu no Reino Unido, em 2010, quando a OSC *Social Finance* organizou um arranjo de contratos assinados com o governo, que visavam abordar a alta taxa de reincidência entre os prisioneiros condenados de curta duração. Até fevereiro de 2022, já haviam sido lançados 227 CIS em 35 países ao redor do mundo, com um investimento aproximado de US\$ 547 milhões e mais de 950 mil pessoas alcançadas diretamente pelas ações (GO LAB, 2022).

Informações extraídas do banco de dados do Go Lab (2022), mostram que a dimensão de emprego e capacitação profissional tem sido predominante, o que representa 28% dos projetos lançados, seguidos por crianças e bem-estar familiar com 19%; saúde 16%; moradia 15%; educação 13%; justiça criminal 7%; redução da pobreza 1% e; meio ambiente e agricultura 1%.

Na área de saúde, os 35 contratos implementados movimentam recursos na ordem de US\$ 83 milhões, ou cerca de 15% do total de recursos investidos em CIS, e atuam sobre problemas de diferentes especialidades médicas - no Congo, Mali e Nigéria, um programa do Comitê Internacional da Cruz Vermelha procura transformar a forma como serviços vitais para pessoas com deficiência são financiados em países atingidos por conflitos. A *Overseas Private Investment Corporation*, investirá US\$ 2 milhões na prevenção da cegueira em Camarões, para fornecer até 18.000 operações de catarata. O *Cancer and Work Health Impact Bond*, na Holanda, ajudará os funcionários que estão em fase de recuperação ou se recuperaram do câncer, a voltar a trabalhar de maneira mais rápida e bem-sucedida. Na Índia, o Contrato de Impacto Utkrisht visa reduzir a mortalidade materna e neonatal. No Reino Unido, a Elton John AIDS *Foundation* organizou um *Social Impact Bond* para reduzir drasticamente a transmissão do HIV no sul de Londres (GO LAB, 2022).

O direito à saúde, hoje assegurado parcial ou totalmente em diversos países do mundo, é garantido pelos sistemas de saúde, organizados das mais diversas formas (com cobertura mais ou menos universal, ou se mais ou menos financiado pelo Estado) e influenciados por um conjunto de fatores políticos, econômicos e sociais próprios de cada sociedade.

Nos sistemas universais, geralmente o Estado é o executor dos serviços de saúde, de modo que a rede hospitalar e ambulatorial é quase totalmente de propriedade estatal, os profissionais de saúde são funcionários públicos e o sistema é financiado por impostos. (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016)

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu que a saúde é direito de todos e dever do Estado, e cria, assim, as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores do mundo, por adotar os princípios da universalização, equidade e integralidade, ou seja, o

acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação e a atenção integral à saúde, desde a gestação e por toda a vida, para cerca de 145 milhões de pessoas que dependem do Sistema como único meio de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

A gestão de um sistema com essa complexidade poderia ser beneficiada com a adoção de soluções inovadoras como o CIS, mas faltam estudos acadêmicos a respeito. Devido ao recente desenvolvimento e aplicação desse modelo de gestão, poucos casos foram finalizados e estudados adequadamente (FRASER *et al.*, 2018).

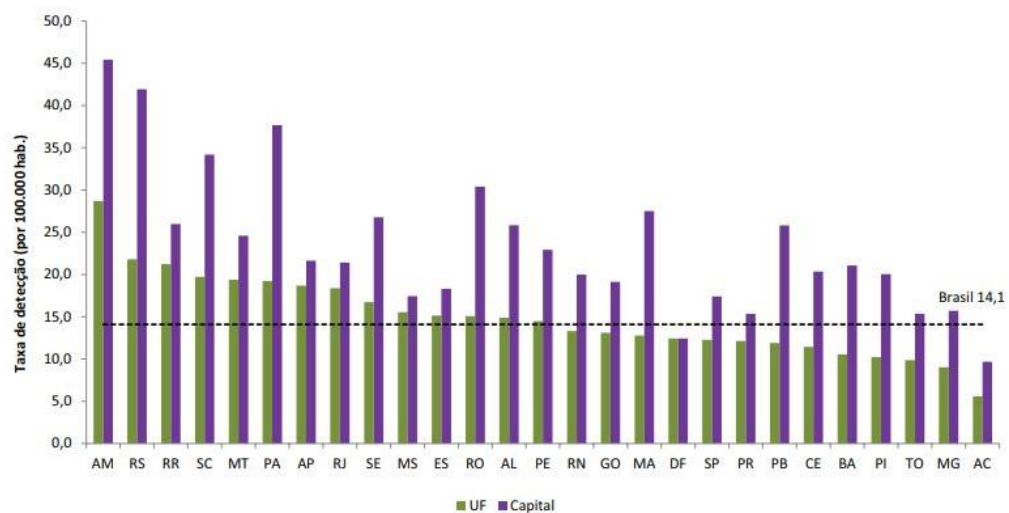
Um grave problema de saúde e umas das principais causas de morte, apresentado ao mundo em 1981, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids, na sigla em inglês), continua como um dos principais desafios para todos os sistemas de saúde. Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS - UNAIDS (2022), os dados mais recentes, até o ano de 2020, sobre a epidemia de aids no mundo mostram que:

- 37,7 milhões de pessoas [30,2 milhões – 45,1 milhões] estavam vivendo com HIV em 2020;
- 28,2 milhões de pessoas estavam acessando o tratamento com antirretrovirais em 2021. Em 2010, 7,8 milhões [6,9 milhões – 7,9 milhões] tinham esse acesso;
- 1,5 milhões de novas pessoas [1 milhão – 2 milhões] foram infectadas com HIV em 2020;
- Mulheres e meninas foram responsáveis por 50% de todas as novas infecções em 2020;
- 79,3 milhões de pessoas [55,9 milhões – 110 milhões] foram infectadas com HIV desde o início da epidemia;
- 36,3 milhões de pessoas [27,2 milhões – 47,8 milhões] morreram de HIV ou doenças relacionadas desde o início da epidemia.
- Em 2020, cerca de 680 mil [480 mil – 1 milhão] pessoas morreram de doenças relacionadas à aids em todo o mundo, em comparação com 1,9 milhão [1,3 milhão – 2,7 milhões] de pessoas em 2004 e 1,3 milhão [910 mil – 1,9 milhão] de pessoas em 2010
- Estudos da Inglaterra e da África do Sul descobriram que o risco de morrer por COVID-19 entre as pessoas com HIV era o dobro da população em geral.

- UNAIDS estima que US\$ 29 bilhões serão necessários na resposta à aids em 2025.

No Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico de HIV/aids de 2021, de 1980 até junho de 2021, foram registrados 688.348 (65,8%) casos de aids em homens e 356.885 (34,2%) em mulheres. **O Estado do Amazonas tem a maior taxa de detecção de aids no país, de 28,7 casos por 100 mil habitantes em 2020, e apenas no período de 2007 a 2020, quando houve acentuação desse crescimento, o número de pessoas infectadas com o vírus HIV cresceu quase 30 vezes no Estado** (Gráfico 1). “A cidade de Manaus apresentou taxa de 45,4 casos por 100 mil habitantes, em 2020, valor bem superior ao da taxa do Amazonas e 3,2 vezes maior que a taxa média do Brasil” (BRASIL, 2021, p. 14)

Gráfico 1 – Taxa de detecção de aids (por 100.000 hab.), segundo UF e capital de residência (2020).



Fonte: Boletim Epidemiológico de HIV/aids, (BRASIL, 2021).

Além da preocupação com as taxas de infectados, destaca-se negativamente a taxa de mortalidade, em especial no Amazonas. Do total de 360.323 óbitos por aids registrados no Brasil no período entre 1980 e 2020, 4.980 foram no Amazonas. Em 2020, quando analisada a mortalidade por UF, doze delas apresentaram coeficiente padronizado igual ou superior ao nacional, que foi de 4,0 óbitos por 100 mil habitantes: Rio Grande do Sul (7,2 óbitos/100 mil hab.), Pará (7,0), **Amazonas (6,7)**. Para efeito de comparação, São Paulo possui taxa de 3,1 (óbitos/100 mil hab.) e Minas Gerais, de 2,4 (óbitos/100 mil hab.). (BRASIL, 2021)

A abrangência de serviços cobertos pelo SUS é ampla e gratuita, e inclui todo tratamento do HIV/aids, que possui altos custos. O Sistema é financiado por uma combinação de recursos: públicos, advindos dos orçamentos dos governos Federal, Estadual e Municipal; e recursos privados, que incluem os planos de saúde pagos pelas famílias e pelos empregadores. Parte da população depende exclusivamente do SUS para atendimento médico, enquanto outra parcela utiliza os planos privados ou efetua gastos diretos com serviços de saúde. (OCDE, 2021)

No entanto, para tratamentos complexos e com medicações muito caras, como câncer, essa parcela da população que é atendida com recursos privados, retorna ao SUS para obter o atendimento gratuito. Em tempos de desemprego crescente e queda na renda da população, verifica-se também esse movimento de migração para o SUS. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, aponta que para equacionar esse problema, será necessário aumentar os recursos públicos aplicados e aumentar a eficiência e o desempenho do sistema de saúde brasileiro, e conseqüentemente, pensar em modelos de gestão e intervenções inovadoras. (OCDE, 2021)

### 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

O SUS, desde a sua criação em 1988, já previa a participação de atores privados na prestação conjunta de serviços públicos, como forma de complementar a oferta para a sociedade. O Sistema também prevê que a União é responsável pela formulação das políticas nacionais, e a execução deve ser descentralizada, a cargo dos estados, municípios, OSCs e iniciativa privada.

Entre seus princípios básicos declarados, está a equidade, que diz respeito à saúde enquanto direito de todos, e que o Estado deve tratar de maneira diferenciada os “desiguais”, e adotar soluções personalizadas e adequadas para cada região ou público. Outro princípio basilar do SUS é a participação social, que deve existir tanto durante a formulação das políticas, quanto no controle da execução destas.

Para dar conta da demanda por serviços de saúde em localidades tão dispersas e distintas, o governo se utiliza da celebração de convênios com OSCs, prefeituras e universidades, como no caso da prestação de certos serviços médicos em comunidades ribeirinhas da Amazônia.

O surgimento da epidemia de HIV/aids no Brasil, na década de 80, quase ao mesmo tempo que a criação do SUS, marca uma nova fase na formulação de políticas públicas. A

participação da sociedade, por meio das OSCs, pesquisadores, instituições religiosas, academia, profissionais de saúde e da mídia, pressionou o governo a ouvir o que eles tinham a dizer e a apresentar propostas de trabalho conjuntas, que mais tarde colocariam o Brasil como referência em políticas de resposta à epidemia. (GRANGEIRO *et al.*, 2006; MONTEIRO; VILELA, 2009).

A estratégia adotada pelo governo estabelece como prioritária a ação de fortalecimento das OSCs nas ações de prevenção às IST/aids, por meio da promoção de articulação política, técnica e financeira. Essa prática também foi reforçada e exigida pelo Banco Mundial, ao condicionar a liberação de vultuosos recursos, que financiaram as primeiras campanhas nacionais de resposta ao HIV/aids, à maior participação de atores da sociedade organizada e a apresentação de metas e resultados. (LEITE, 2019; MAZUR, 2018)

Esse posicionamento assumido pelo Banco Mundial e outros organismos internacionais, ao indicar que o Estado exerça um papel mais direcionador e fiscalizador, em busca de novas formas de envolver a sociedade civil e o mercado na execução dos serviços públicos, e diminuir a influência dos aspectos políticos de governar, estava em consonância com os princípios da Teoria da *New Public Management*, que orientava os movimentos reformistas à época. (LEITE, 2019; MAZUR, 2018)

Os Contratos de Impacto Social, surgidos em 2010, são um modelo de prestação de serviços públicos, através da contratação de atores da sociedade civil organizada, financiados por investidores da iniciativa privada, sob a orientação de prioridades de políticas públicas definidas pela Estado. Com um desenho inovador de colaboração transversal, projetado para financiar programas sociais por meio de recursos captados com a iniciativa privada, e executados por OSCs, e ao atrelar pagamento e retorno do investimento à apresentação de resultados positivos, os CIS aparecem como uma alternativa promissora e que rapidamente tem se espalhado por diversos países. (GUSTAFSSON-WRIGHT *et al.*, 2015)

Muitos são os pontos de convergência entre o modelo de gestão pública brasileira, pós-reformas com foco na *NPM*, e as políticas de resposta ao HIV/aids adotadas no país, com o que preconiza a discussão sobre o modelo de CIS, como a maior participação de OSCs na execução de políticas públicas; a adoção de estratégias de intervenção inovadoras; a alocação de capital privado para o financiamento dessas políticas e o pagamento por resultado. (GRANGEIRO *et al.*, 2006; GUSTAFSSON-WRIGHT *et al.*, 2015; MONTEIRO; VILELA, 2009)

A revisão da literatura que sustenta essa tese não encontrou evidências robustas que relacionem as características dos Contratos de Impacto Social com as necessidades

identificadas no programa brasileiro de resposta ao HIV/aids. Assim apresentada a situação, emerge o problema que motivou a realização dessa pesquisa: é possível utilizar o modelo de contrato de impacto social na política governamental de resposta à epidemia de HIV/aids no Brasil e, mais especificamente, na Região Amazônica?

## 1.2 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste trabalho é identificar os fatores críticos para a adoção do modelo de Contrato de Impacto Social em ações de resposta ao HIV/aids no Estado do Amazonas.

## 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivos específicos, apresentam-se:

- a) Analisar a experiência internacional e nacional no campo dos Contratos de Impacto Social;
- b) Identificar, na perspectiva dos atores envolvidos, fatores determinantes para adoção dos Contratos de Impacto Social nas políticas públicas de resposta ao HIV/aids;
- c) Propor ações facilitadoras do uso do modelo de Contrato de Impacto Social na área de políticas públicas de saúde para o HIV/aids no Estado do Amazonas.

## 1.4 JUSTIFICATIVA

Ao responder esses objetivos, a pesquisa pretende gerar contribuições acadêmicas e práticas com seus resultados. A principal contribuição teórica é a expansão da compreensão do fenômeno da utilização de Contratos de Impacto Social como mecanismos que forneçam soluções a problemas sociais para os quais o setor público não atende ou atende de forma parcial.

Outra contribuição é demonstrar de que forma esse modelo de contratação pode ser configurado para setor de saúde, que por sua complexidade envolve sempre números vultuosos de recursos financeiros, humanos e estruturas necessárias.

Espera-se ainda expandir o conhecimento a respeito da situação de saúde das pessoas vivendo com HIV/aids e seus problemas na região Amazônica, que por suas particularidades, necessita de soluções diferenciadas e direcionadas para suas demandas, e para tal, essa pesquisa procura contribuir com a apresentação de conhecimento básico, para estudos futuros e a formulação de políticas públicas.

No campo prático, uma vez que a literatura existente já evidencia o estado da arte sobre CIS no cenário internacional, com casos de sucesso e insucesso relatados, espera-se contribuir com um referencial de estudo e apresentação de condições para aplicação na realidade brasileira e em um grave problema de saúde pública, e permitir que os formuladores de políticas e empreendedores sociais possam se organizar adequadamente para as possíveis mudanças, caso se confirme a viabilidade de uso da ferramenta.

## 1.5 ESTRUTURA DA TESE

Esta tese está estruturada em 6 capítulos, apresentados a seguir:

**1 INTRODUÇÃO:** a Introdução apresenta o contexto, a temática a ser abordada, o problema de pesquisa, os objetivos a serem atingidos, a justificativa e estrutura da Tese.

**2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL:** aqui é tratado o conceito de saúde; a caracterização do Sistema Único de Saúde – SUS; a situação da epidemia de HIV/Aids no Brasil e no Amazonas e; as especificidades encontradas no sistema de saúde pública n Região Amazônica.

**3 REFERENCIAL TEÓRICO:** nesse capítulo, é apresentada a base teórica que sustenta os conceitos utilizados, como reforma do Estado; *New Public Management*; Contratualização e por fim, a literatura a respeito de Contratos de Impacto Social.

**4 METODOLOGIA:** esse capítulo apresenta as estratégias de pesquisa aplicadas, com objetivo de responder à pergunta de investigação, e emprega para isso, métodos e procedimentos adequados ao fenômeno estudado, evidenciando as maneiras pelas quais ele pode ser observado, o tratamento dos dados e como foram realizadas as análises e proposições, ao basear-se nos objetivos propostos.

**5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS:** apresenta os dados coletados e analisados, bem como as evidências coletadas na fase de entrevistas. São apresentados trechos transcritos, e suas relações com o referencial teórico.



**6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:** apresenta as principais constatações, de forma sintética, e encaminhamentos sugeridos pelo autor, que possibilitem o enriquecimento teórico do tema.

**7 CONSIDERAÇÕES FINAIS:** nesse capítulo, são apresentados os resultados dos objetivos condutores dessa pesquisa e as conclusões finais, bem como as limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras.

## 2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Esse capítulo apresenta o conceito de assistência à saúde pública no Brasil, descreve suas características, a forma como está estruturado o Sistema Único de Saúde e seu funcionamento. Por meio de revisão da literatura, aborda ainda os principais problemas do setor e discussões a respeito, para então fazer a ligação com o objeto de estudo da pesquisa, ao analisar as características do setor de saúde no Estado do Amazonas e o histórico e a situação atual do HIV/aids e ações de controle adotadas pelo governo brasileiro.

### 2.1 O CONCEITO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A Organização das Nações Unidas – ONU, considera que saúde é um direito inalienável e fator necessário para o desenvolvimento da sociedade, e que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica, que deve ser encarada como um bem coletivo e obrigação dos governos promovê-la. (SCLIAR, 2007)

Segundo Scliar (2007), o conceito de saúde não tem o mesmo significado para todas as pessoas, por conseguinte, depende da conjuntura social, econômica, política e cultural e a forma como cada um se relaciona com esses fatores. Apesar disso, a Organização Mundial de Saúde – OMS, ao tentar criar uma uniformização, estabeleceu um conceito de saúde, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), que estabelece saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. (SCLIAR, 2007)

Apesar das críticas que esse conceito recebe (CZERESNIA; de FREITAS, 2009; SCLIAR, 2007; SEGRE; FERRAZ, 1997) não cabe neste trabalho discutir o caráter positivista de tal definição ou a falta de amplitude para outros aspectos subjetivos sobre o que seria bem-estar, mas apresentar a influência sobre a formulação de políticas públicas, em especial no caso brasileiro.

Os avanços da medicina e aumento da expectativa de vida da população fazem com que as discussões sobre saúde e assistência à saúde estejam entre as principais prioridades dos governantes, em todos os níveis de formulação de políticas públicas. Condição essencial para o desenvolvimento de todas as outras dimensões em nossa vida, estar bem de saúde exige além do autocuidado, um sistema de oferta de produtos e serviços capaz de atender a todas as necessidades e a todos.

A moderna assistência médica e a prática da saúde pública como a conhecemos hoje, remontam o início do século XX, quando novos conhecimentos foram adicionados ao rol daqueles já existentes na saúde. Países mais desenvolvidos economicamente começam a estruturar sistemas de assistência baseados no papel de estado provedor de *welfare state* (MALIK; VECINA, 2016), e dois foram os modelos predominantes: o modelo de seguridade social e o modelo de serviço nacional de saúde.

O modelo de seguridade social engloba as funções de previdência social (aposentadorias e pensões), assistência social (aos desempregados e desvalidos) e, assistência médica. Nesse modelo, a assistência é universal e o financiamento parte dos empregados, empregadores e estado, permitida a participação privada, além da estatal, na prestação dos serviços. Esse modelo funciona bem em sociedades próximas do regime de pleno emprego e/ou com boas redes de proteção aos desempregados. (MALIK; VECINA, 2016)

O outro modelo, de serviço nacional de saúde, tem assistência universal, o financiamento parte do orçamento público e a participação privada acontece nos serviços menos complexos, de atenção primária, sob regulação do estado. O melhor exemplo de sistema desse tipo é o *National Institutes of Health*, no Reino Unido. (MALIK; VECINA, 2016)

Antes do SUS, a saúde pública era para poucos no Brasil. Até o final do século XIX, hospital era o lugar onde os pobres iam morrer e quem tinha mais recursos, recebia os médicos em casa. O Estado era responsável por questões mais gerais, controle da situação sanitária, segregava os loucos, tuberculosos e hansenianos pobres e promovia algumas ações para grupos específicos, como mães e crianças. Quem era empregado, possuía atendimento pelas caixas e institutos de assistência, cobertos por iniciante sistema de previdência social; aos demais, restava o apoio das Santas Casas, mantidas por meio da caridade. (MALIK; VECINA, 2016)

Instituído pela Constituição Federal de 1988 e posteriormente regulamentado pela Lei nº 8.080, que ficou conhecida como Lei Orgânica da Saúde, o Sistema Único de Saúde – SUS, estabeleceu o acesso universal e gratuito para toda a população, sem qualquer pré-requisito. Ressalta-se que 70% da população brasileira depende exclusivamente do SUS como único meio de acesso aos serviços de Saúde, e, portanto, o potencial de usuários estimados é de cerca de 140 milhões de pessoas, que faz dele um dos maiores e mais complexos sistemas de assistência à saúde no mundo. (MALIK; VECINA, 2016)

## 2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O sistema de saúde brasileiro é constituído por três setores: setor público, o setor privado e o setor de saúde suplementar. No setor público, os serviços são financiados e providos pelo Estado; no setor privado (com fins lucrativos ou não), os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e no setor de saúde suplementar, entram os planos de saúde e seguros saúde. Esses setores devem atuar de forma complementar, e as pessoas devem utilizá-los de acordo com a facilidade de acesso a cada um ou condições de pagamento.

O Sistema Único de Saúde – SUS, teve origem nas lutas do movimento de reforma sanitária, com o intuito de ampliar e facilitar o acesso aos serviços de saúde para toda a sociedade. O setor público atual foi estruturado com a criação do SUS em 1988. O texto da Constituição Federal de 1988 foi considerado um grande avanço social na área de assistência à saúde, ao estabelecer que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988. p. 118).

Com isso, o Estado passa a ser responsável pelos serviços de saúde para toda a população. Anteriormente, apenas os trabalhadores de carteira assinada e que contribuía para o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal, criado em 1977, tinham atendimento médico. Os desempregados e sem condições financeiras, dependiam de instituições religiosas e de caridade, como as Santas Casas de Misericórdia (ASENFI, 2010).

O novo sistema estabelecido pela Constituição se apoiava nas diretrizes da OMS para universalização e para garantir a sua operacionalização, favoreceu a descentralização das ações, que deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: Governo Federal, estaduais e municipais. A União é a maior responsável por financiar o sistema, e historicamente, fica com metade dos gastos totais. Além disso, cabe a União a função de formular políticas nacionais, e a execução fica a cargo dos estados, municípios, OSCs e iniciativa privada. (BRASIL, 1988; 1990)

O município é o principal responsável pela gestão e prestação dos serviços de saúde à sua população, mas devidos as enormes diferenças socioeconômicas existentes entre os municípios brasileiros, é facultada a possibilidade de o gestor pactuar com outros municípios

da região e com o gestor estadual. Essa possibilidade estabelecida pelas normas vigentes, abre espaço para que sejam adotadas configurações alternativas na prestação do serviço, onde o mais importante é a assistência estar disponível à população e não quem a executa. (BRASIL, 1988)

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) estabeleceu também os princípios básicos que orientam o SUS: a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação social. Cabe esclarecer que a equidade aqui diz respeito à saúde enquanto direito de todos, e que o Estado deve tratar de maneira diferenciada os “desiguais”, e se for preciso, destinar mais recursos para os mais carentes. Essa interpretação abre caminho para a adoção de soluções personalizadas para um mesmo problema, a depender do contexto ou público-alvo, algo que pode ser alcançado com a utilização dos Contratos de Impacto Social.

Outro princípio importante de se destacar é a participação social, que deve existir tanto durante a formulação das políticas, quanto no controle da execução destas. A sociedade pode exercer o controle social por meio de participação nas Conferências da Saúde, que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis federativos - União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e onde são formuladas as diretrizes e macro políticas de saúde e; através dos Conselhos de Saúde, onde são discutidas a implementação e execução das políticas (BRASIL, 1990).

Essa forma de controle, por meio de conselhos com a participação de membros da sociedade civil, foi bastante estimulada pela Reforma do Aparelho do Estado de 1995 (BRASIL, 1995), com o objetivo de promover maior *accountability* dos gestores, e essa responsabilização e transparência é um dos pilares do modelo de Contratos de Impacto Social.

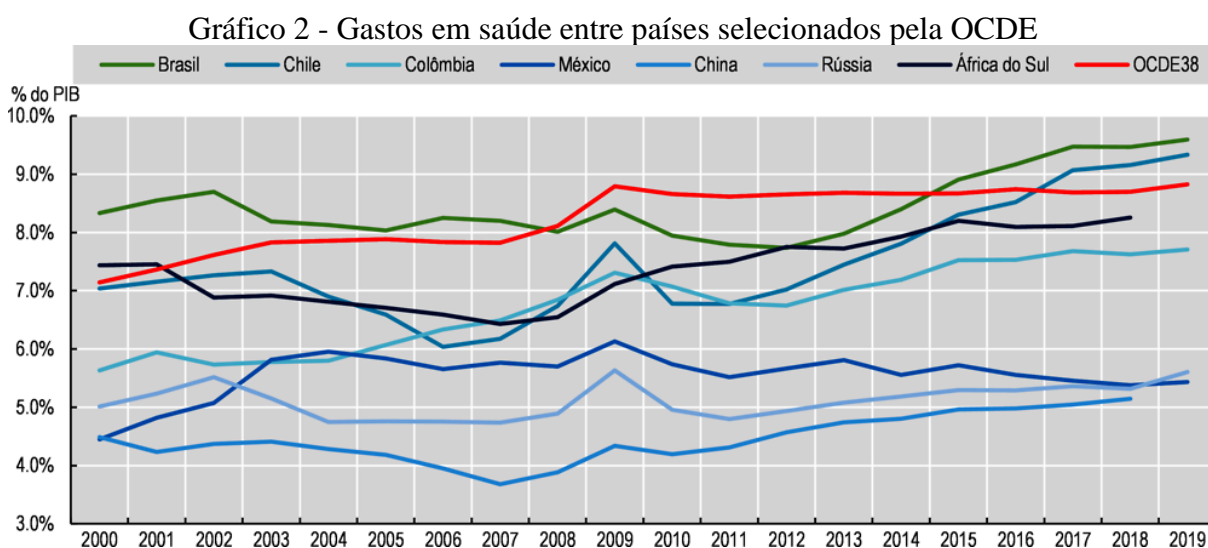
Na teoria, o SUS é uma política pública perfeita: os instrumentos de planejamento e participação popular previstos; o modo como se organiza e descentraliza as ações e; a universalidade do público-alvo que pretende atingir, e serve de modelo para países que discutem seus próprios sistemas de saúde. Na prática, o SUS enfrenta graves problemas de gestão e financiamento (MENDES; FUNCIA; MARQUES, 2016).

### 2.3 O FINANCIAMENTO DO SUS

O financiamento dos sistemas de saúde é um problema em quase todos os países. No Brasil, desde a implantação do SUS em 1988, foram testados diversos mecanismos de financiamento para o setor, inclusive com a criação de impostos exclusivos para tal fim, como a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, a CPMF, cujo objetivo era

financiar melhoramentos na rede pública de saúde. No entanto, o volume de recursos repassados efetivamente para o SUS sempre esteve abaixo do necessário para atender a toda população, de forma integral. (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007)

Em 2019, o Brasil destinou 9,6% do PIB à saúde, valor superior aos observados no Chile (9,3%), Colômbia (7,7%) e México (5,4%), e superior à média da OCDE (8,8%). No entanto, o gasto público com saúde equivale a 3,9% do PIB, e o restante é pago por meio de planos de saúde privados (2,9% do PIB) ou gastos diretos das famílias (2,4% do PIB). Denota-se que o Brasil tem altos gastos com saúde, mas a participação do setor público é baixa. (OCDE, 2021)



Fonte: OCDE (2021).

Segundo projeções da OCDE, a proporção entre gastos com a saúde e o PIB no Brasil aumentará ainda mais até 2040, até atingir 12,6% do PIB, mesmo no cenário mais favorável; e o aumento esperado dessa proporção será maior no Brasil do que na maioria dos países da OCDE. Essas projeções consideram o rápido envelhecimento da população e aumento das doenças crônicas e obesidade (OCDE, 2021).

Diante desse cenário, a OCDE aponta quatro opções possíveis para atender às necessidades crescentes de financiamento da saúde no Brasil: aumentar os gastos públicos com a saúde sem reduzir os gastos em outras áreas, o que aumenta os gastos totais do governo; priorizar os gastos com a saúde, e reduzir orçamento de outras áreas; depender mais de gastos privados; encontrar ganhos de eficiência no setor da saúde (OCDE, 2021).

A qualidade dos gastos e dos serviços prestados também é alvo de insatisfação dos usuários. Pesquisa do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA, feita com

usuários do sistema, apontam que as queixas mais frequentes são: a falta de médicos (58,1%), a demora no atendimento em postos, centros de saúde ou hospitais (35,4%) e a demora para conseguir uma consulta com especialistas ou realização de exames (33,8%). (IPEA, 2011)

## 2.4 CARACTERIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE NO ESTADO DO AMAZONAS

Uma forma de entender a situação de saúde de determinada população é estudar as condições sociais e econômicas da região. Esse entendimento de que a situação de saúde está ligada e é diretamente influenciada pelas condições de vida e trabalho da população recebe a denominação de Determinantes Sociais da Saúde – DSS (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Assim, entender a conjuntura econômica e social é essencial para explicar a situação de saúde da região.

Amazônia Legal é a denominação que recebe a região que abriga cerca de 60% da Floresta Amazônica em território brasileiro, que abrange os Estados do Amazonas, Amapá, Mato Grosso, oeste do Maranhão, Pará, Rondônia, Roraima, Acre e Tocantins, compreendidos em uma área de 5.033.072 Km<sup>2</sup>, o que corresponde a 61% do território brasileiro (IBGE, 2021).

A população dessa região passou de 8,2 milhões em 1972 para 28,1 milhões de habitantes em 2020, o que representa 13% da população brasileira. A densidade demográfica na região é ainda baixa: 5,6 habitantes por km<sup>2</sup>. O Estado do Amazonas sozinho possui uma extensão territorial que corresponde ao tamanho da França, Espanha, Suécia e Grécia somados, e a densidade demográfica é de 2,7 habitantes por km<sup>2</sup> (IBGE, 2021).

A assistência à saúde é prejudicada pela baixa oferta de equipamentos e profissionais na região. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde registra 368.900 estabelecimentos em todo o país, sendo que o Amazonas possui apenas 2.795 estabelecimentos, o que o posiciona na 23<sup>a</sup> posição no ranking nacional (DATASUS, 2022).

Outro dado que demonstra a desigualdade entre as regiões do Brasil é a distribuição de médicos pelo país, como mostra o quadro 1. A rede existente no Norte é insuficiente para atender a população e os governantes enfrentam dificuldades para reter trabalhadores da saúde, principalmente nos municípios de pequeno porte (GARNELO; SOUSA; LIMA, 2017). Segundo o DataSus (2022), são 4.977 médicos para atender uma população estimada de 4.269.995 habitantes (IBGE 2021).

Quadro 1- Relação de médicos por mil habitantes

<b>Relação de médicos por mil habitantes nas regiões do Brasil, nas capitais e no interior, e relação capitais/interior – Brasil, 2013</b>				
<b>Regiões</b>	<b>Total</b>	<b>Capital</b>	<b>Interior</b>	<b>Razão capitais/interior</b>
Norte	1,0	2,5	0,4	6,3
Nordeste	1,2	4,1	0,4	10,3
Centro-Oeste	2,0	3,5	1,3	2,7
Sudeste	2,6	5,4	1,7	3,7
Sul	2,0	7,1	1,3	5,4

Fonte: Silveira; Pinheiro (2014).

Ao separar os números da capital e municípios do interior, o Estado do Amazonas agrupa os municípios com menor número de médicos por habitantes de todo o país, com razão de 0,19 médico por mil habitantes (SCHEFFER, 2020).

O Estado do Amazonas possui ainda segmentos populacionais que são comuns na região Amazônica, como a população indígena e a população ribeirinha, que possuem necessidades e características tão específicas que representam um verdadeiro desafio aos gestores dos sistemas de saúde. A Amazônia Legal concentra ainda cerca de 180 povos indígenas, o que totaliza uma população de aproximadamente 306 mil indivíduos, com 168,7 mil somente no estado do Amazonas, que possui a maior população autodeclarada indígena do Brasil (IBGE, 2012).

Ao respeitar o princípio da equidade e da universalização, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, incorporado ao SUS e organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. Esse subsistema adequa os princípios do SUS de descentralização, hierarquização e regionalização ao subsistema de saúde indígena e evidencia a necessidade de diferenciação na organização do sistema público para atender às especificidades da atenção intercultural em saúde. (LIMA, 2009)

Um exemplo dessa necessidade de diferenciação para a saúde indígena foi a criação da figura do Agente Indígena de Saúde – AIS, que são jovens indígenas indicados pelas aldeias e que recebem formação específica para acompanhar o tratamento de doentes sem que eles tenham que se deslocar para a cidade. Também são responsáveis pelo monitoramento de doenças frequentes, como infecção respiratória, diarreia e malária, e estimulam o uso tratamentos da medicina ocidental, sem abandonar o uso de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não. (LIMA, 2009)



Figura 1- Agente Indígena de Saúde (AIS) em uma aldeia Marubo



Fonte: Unesco (2012).

Outro grupo populacional importante que faz parte dessa diversidade cultural da região são os ribeirinhos. Denomina-se população ribeirinha o grupo de pessoas que vivem em áreas rurais, às margens de rios e lagos na Amazônia brasileira, e distribui-se em uma área geográfica com cerca de 5.020.000km<sup>2</sup>. No Estado do Amazonas, cerca de 20,1% da população ainda reside em área rural (IBGE, 2021).

De origem miscigenada (indígenas, nordestinos e migrantes de outras regiões), essas pessoas vivem sujeitas a ação direta dos Determinantes Sociais de Saúde, como baixa escolaridade, ausência de saneamento e condição econômica precária, além doenças infecciosas da região (GAMA *et. al.*, 2018).

Dados de um inquérito de saúde realizado com ribeirinhos residentes na zona rural do município de Coari, mostram que apesar de estar a apenas 363 km distante da capital Manaus, o acesso ao município pela via fluvial demora de 9 a 30 horas de viagem e, por via aérea uma hora, mas a custos elevados. A maioria das comunidades não possui telefone público em funcionamento (87,5%), não tem energia elétrica fornecida pela distribuidora local (75%), e 83,3% não dispõe de meio de transporte (lancha) para uso comunitário. (GAMA *et al.*, 2018; GARNELO *et al.*, 2014)

A dificuldade de acesso e comunicação faz com que essa população procure se automedicar, para não ter que se deslocar até a sede do município. O uso de remédios

alopáticos é elevado, em contrapartida, o uso de fitoterápicos é muito baixo, o que pode ser sinal de desinformação (GAMA *et al.*, 2018).

A imensa extensão territorial e as dificuldades de locomoção e comunicação, resultam em baixa atratividade dos profissionais de saúde e de investimentos privados em equipamentos de saúde, representando um desafio aos gestores. Para dar conta da demanda por serviços de saúde em localidades tão dispersas e distintas, o governo celebra convênios com OSCs, prefeituras e universidades, como no caso da prestação de serviços oftalmológicos no Amazonas:

(...) a Funasa tem o privilégio de fazer parcerias com entidades de reconhecida capacidade que atuam no Terceiro Setor. Um exemplo de instituição que se enquadra nesse perfil é a Organização Não Governamental Expedicionários da Saúde. Criada em 2003, a ONG leva medicina especializada às populações indígenas da Amazônia. O trabalho dos Expedicionários da Saúde complementa os programas de atenção aos índios, evitando a necessidade de deslocamento, custoso e traumático, do doente e sua família até centros urbanos. Com o apoio também das Forças Armadas, a organização monta em plena selva um centro cirúrgico móvel capaz de prestar os mais diversos tipos de procedimentos. A mais recente expedição foi realizada em abril deste ano, na região do Alto Solimões, no oeste do estado do Amazonas, onde foram realizados mais de 1.250 atendimentos entre cirurgias de catarata, pterígio (tecido carnoso que cresce sobre a córnea) e hérnia, além de atendimentos pediátricos e de clínica geral. (LIMA, 2009, p. 55)

Com essas especificidades logísticas, estruturais e culturais, é compreensível que os indicadores de saúde apontem dados negativos quando comparados à média nacional. É o caso das ações de controle do vírus HIV, que em função da dimensão e condições físicas tão adversas, diferencia o curso de qualquer ação que se realize no Amazonas das ações realizadas em outras regiões do país. (BENZAKEN *et al.*, 2017; GARNELO *et al.*, 2014)

Figura 2- Testagem de HIV em Indígena Yanomami



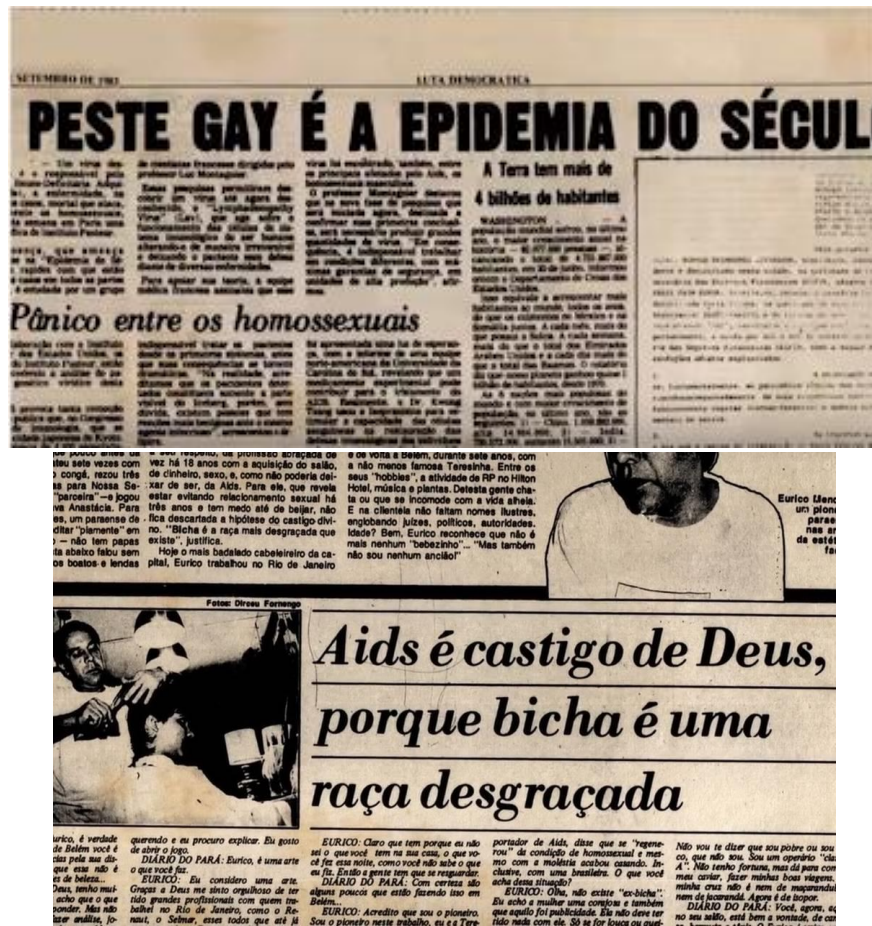
Fonte: Acervo do autor (2015).

## 2.5 A EPIDEMIA DE HIV/AIDS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA

Os primeiros casos de aids foram registrados em 1981, quando os Centros de Controle de Doenças (CDC), dos Estados Unidos, relatam um número elevado de pacientes jovens, do sexo masculino, homossexuais, sem doenças pré-existentes e que começam a apresentar sintomas como febre, inchaço nos gânglios, sistema imunológico enfraquecido e sarcoma de Kaposi, um tipo de câncer comum mais comum em pessoas idosas, tendo como desfecho a morte dos pacientes. (IOC, 2017)

Logo começaram a chamar a nova doença de câncer dos homossexuais (figura 3), peste gay ou doença dos 5 H - Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos (além dos EUA, Haiti e África Central apresentam os primeiros casos da infecção), Heroinômanos (usuários de heroína injetável), *Hookers* (profissionais do sexo em inglês). (IOC, 2017)

Figura 3 – Notícias sobre a chegada da nova doença ao Brasil



Fonte: Jornal Luta Democrática (1983).

Em 1982, a doença recebe o nome de aids, sigla em inglês para síndrome da imunodeficiência adquirida. O HIV, sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana, foi isolado pela primeira vez em 1983; e pode ou não se desenvolver e causar a aids. Em 1987, são registrados os primeiros casos do Amazonas, na cidade de Manaus (figura 4). (GRANGEIRO *et al.*, 2006; GRECO, 2016; PINTO, 2007)

Figura 4 - Confirmação dos primeiros casos de Aids em Manaus



Fonte: Jornal A Crítica, 19 de março de 1987, acervo do Instituto Durango Duarte (2021).

O número de infecções aumentou exponencialmente e ganhou o mundo, e não se restringia mais a determinados segmentos da sociedade, já eram conhecidos casos de transmissão heterossexual e por transfusão de sangue. Junto, vieram os problemas de estigmatização, a violência contra determinados grupos e o medo generalizado. Alguns hospitais públicos se recusavam a atender pacientes “aidéticos”. O movimento de pessoas famosas, que passam a assumir que possuem a doença, como Cazuzu, Betinho, Henfil, Michel Foucault, dá uma cara a doença e cria o sentimento de que a sociedade precisa se mobilizar de alguma forma. (GRANGEIRO *et al.*, 2006; GRECO, 2016; IOC, 2017; PINTO, 2007)

No Brasil, os autores (INGLESI *et al.*, 2006; SOLANO, 2000), citam 4 fases na história de respostas à epidemia pelo governo. A primeira, quando surgem os primeiros casos em 1981, é marcada pelo medo, discriminação e ausência de ações governamentais. Segundo Solano (2000), somente as secretarias de saúde dos Estados mais afetados, como São Paulo, adotaram alguma ação relacionada ao HIV/aids.

A ausência de uma liderança nacional fez surgir movimentos organizados, principalmente nos grupos mais afetados, e formação das primeiras organizações não governamentais voltadas aos infectados e ao controle social das ações governamentais, como relata o trecho de Inglesi *et al.* (2006):

Conscientes da gravidade da situação, os integrantes de grupos homossexuais começaram a oferecer apoio a essas pessoas, abrigando-as em suas casas. Um exemplo de ações desse tipo foi o surgimento do Palácio das Princesas – local mantido por um travesti chamado Brenda Lee, que foi o germe, no Brasil, das casas de apoio a pessoas com Aids. Posteriormente, o

local foi renomeado de Casa de Apoio Brenda Lee e, hoje, é apoiado pelo governo do estado de São Paulo. (INGLESI *et al.*, 2006, para. 15º)

A criação do Programa Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde, marca o início da segunda fase, que vai até 1990, marcado pela elaboração de normas técnicas e políticas nacionais de saúde, como resposta ao número crescente de programas estaduais e municipais voltados ao tema. Esse período coincide também com a criação do SUS, em 1988, e o Ministério da Saúde passa a oferecer medicamentos para o tratamento das pessoas vivendo com HIV/aids. (GALVÃO, 2000; MATTOS, 2000; MONTEIRO; VILELA, 2009)

A terceira fase corresponde ao período de 1990 a 1992, de enorme turbulência política com o impeachment do presidente Collor, caracterizado pela ausência de diálogo entre o governo federal e a sociedade civil organizada, com embates entre o Programa Nacional de DST e Aids e outros setores envolvidos. A reorganização do Programa, em 1992, marca o início da quarta fase, onde o governo federal volta a ter articulação com os estados e municípios, com as OSCs e organismos internacionais, com destaque para o Banco Mundial. (GALVÃO, 2000; MATTOS, 2000)

Na década de 90, o Banco Mundial torna-se o principal financiador das ações de respostas ao HIV/aids. O objetivo do Banco era ter maior influência nos processos de reformas neoliberais que estavam em curso, ao apresentar propostas de políticas de saúde em que haveria maior participação dos entes não governamentais na prestação de serviços e redução da participação dos Estado no financiamento dos sistemas. (GALVÃO, 2000; MATTOS, 2000; MONTEIRO; VILELA, 2009)

O primeiro empréstimo foi concedido no valor de US\$ 160 milhões, pagáveis em 15 anos, com contrapartida do governo brasileiro de US\$ 90 milhões, e atingiu o total de US\$ 250 milhões aplicados no combate ao HIV/aids durante 5 anos, no chamado Plano Aids 1. (GALVÃO, 2000; MATTOS, 2000)

Em 1998, em uma nova rodada, foram emprestados mais US\$ 165 milhões do Banco Mundial, e a contrapartida do governo federal de US\$ 135 milhões, totalizando mais US\$ 300 milhões para o Plano Aids II. (GALVÃO, 2000; MATTOS, 2000)

Em 2002 foi celebrado novo financiamento, para o chamado Plano Aids III, no valor de US\$ 100 milhões do Banco Mundial e mais US\$ 100 milhões de contrapartida do Governo Federal. Em 2010, foram mais US\$ 67 milhões, para o Projeto Aids-SUS. (GALVÃO, 2000; MATTOS, 2000; MONTEIRO; VILELA, 2009)

A principal consequência dessa injeção de recursos do Banco Mundial foi o estímulo às parcerias entre o governo e atores de fora da esfera governamental, como estratégia de

alcançar grupos marginalizados e de difícil acesso para as políticas públicas. Uma das razões do sucesso do Programa Nacional de DST e Aids, reconhecido internacionalmente, foi justamente a participação da sociedade civil organizada, no controle social das ações do governo, e na prestação de serviços descentralizada, como observa Monteiro e Vilela (2009):

Sem negar a importância dos empréstimos do Banco Mundial para o fortalecimento das políticas de combate à aids, é imprescindível sempre recordar que a resposta à aids no Brasil é muito anterior ao primeiro projeto financiado pelo Banco. Também é preciso ressaltar que, desde a sua origem, ela esteve baseada em dois eixos fundamentais, que foram a demanda e a participação dos movimentos sociais organizados e a contribuição de técnicos especializados e comprometidos com a construção de um sistema de saúde que assegurasse o sistema universal de saúde para todos. A ação conjunta desses dois eixos permitiu que o primeiro empréstimo do Banco Mundial fosse apropriado sem que, com isso, o governo se afastasse de suas premissas. Ao contrário, o governo brasileiro aproveitou a oportunidade para lançar as bases do mais inovador programa de distribuição gratuita de medicamentos anti-retrovirais para os doentes (MONTEIRO; VILELA, 2009, p. 35)

Assim, as políticas de respostas à epidemia de HIV/aids introduzem importantes mudanças e discussões no campo de formulação de estratégias e entrega serviços. Presente desde o início da luta contra a aids, a participação mais inclusiva e o diálogo constante com a sociedade e comunidade científica destoam dos outros programas governamentais, de todas as áreas, inclusive dentro da saúde. (MATTOS, 2000)

Por outro lado, inova-se também na forma de financiamento das atividades do governo e das OSCs, com os recursos abundantes do Banco Mundial e sua condicionalidade de liberação atrelada a resultados. Iniciada nos anos 80, essa nova modalidade de financiamento do Banco Mundial consistia em conceder crédito para os países executarem suas políticas públicas, mas obrigava o devedor a atender uma série de mudanças nas políticas econômicas e fiscais, em um contexto de austeridade fiscal e ideais liberais na economia. (LAZARINI, 2021; RIZZOTO; CAMPOS, 2016; MATTOS, 2000)

No entanto, essa relação nem sempre foi harmoniosa. Ao mesmo tempo que se configurou como a principal fonte de financiamento das atividades do Programa Nacional, os empréstimos junto ao Banco Mundial submetiam o governo e as OSCs à pressão ideológica defendida pelo banco, por vez antagônica aos princípios do SUS. (LAZARINI, 2021; MATTOS, 2000)

Enquanto o Banco Mundial pregava que o foco deveria ser a prevenção, vigilância epidemiologia e assistência apenas ao mais pobres, o governo brasileiro defendia a universalização dos serviços, por meio da assistência médica integral e distribuição gratuita

de medicamentos para todos, em conformidade com as diretrizes do SUS, recém-criado, mas conflituosa com o posicionamento do Banco Mundial, que defendia que os pacientes com aids deveriam pagar por seus medicamentos, da mesma forma que paciente de outras doenças. (MATTOS; TERTO JR.; PARKER, 2001; MONTEIRO; VILELA, 2009)

Kadri (2015), observa que os recursos emprestados pelo Banco Mundial, traziam também ideais do liberalismo econômico, que causaram mudanças no perfil das OSCs que atuavam na área. Além da criação e formalização de várias organizações, para captar os recursos que eram oferecidos, os editais de seleção de projetos conduziam as atividades desenvolvidas pelas OSCs para o encontro de seus objetivos governamentais. De certa forma, o recurso oriundo da iniciativa privada, silenciou as críticas e o papel político das organizações do terceiro setor envolvidas.

## 2.6 ESTRATÉGIAS DE RESPOSTAS À EPIDEMIA DE HIV/AIDS

As primeiras respostas à epidemia de HIV/aids no mundo trabalharam com o pressuposto de que era necessário direcionar esforços para os grupos de risco, segmentos da sociedade que estariam mais propensas a ter ou adquirir a doença. Isso foi importante, em um primeiro momento, do ponto de vista epidemiológico, mas resultou no aumento do preconceito a essas pessoas, ao responsabilizá-las pela epidemia, sem considerar as determinantes e condicionantes sociais (BRASIL, 2017).

Essa abordagem passou a ser substituída pelo modelo proposto pelo epidemiologista Jonathan Mann, nos anos 90, que preconizava um conjunto de ações relacionadas a um dos 3 eixos estratégicos, conforme representados pela Figura 5. (BRASIL, 2017)



Figura 5 - Os três eixos para ações de prevenção propostos por Mann



Fonte: Brasil (2017).

A abordagem mais recente rompe essa barreira entre prevenção e tratamento, e passa a adotar o conceito de prevenção combinada, definido pela UNAIDS (2010) como:

Programas baseados em evidências, que utilizam uma combinação de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, priorizados para atender às necessidades atuais de prevenção de HIV de indivíduos e comunidades em particular, de modo a ter o maior impacto sustentado na redução de novas infecções (UNAIDS, 2010, p. 08)

A prevenção combinada é o arranjo de diferentes estratégias de prevenção, definidas conforme os seus níveis de aplicação para responder necessidades de determinados grupos populacionais e formas de transmissão do HIV específicos. Intervenções estruturais, que mire as condições sociais, econômicas, culturais e legais que afetam a vida do indivíduo e a sua capacidade de tomar decisões, devem ser inseridas no planejamento de programas de HIV/aids, como forma de aumentar sua eficácia. (BRASIL, 2017; HANKINS; DE ZALDUONDO, 2010; UNAIDS, 2010)

Programas eficazes de prevenção, tratamento e apoio do HIV/aids, inserem na sua agenda de discussão a equidade de acesso, inclusão, tratamento de estigmas, discriminação, determinantes sociais e sexuais da infecção, realização de justiça social e implementação de

facilitadores sociais, o que inclui o apoio à programas liderados pela comunidade. (BRASIL, 2017; DE LAY *et al.*, 2021)

A prevenção pode ser classificada quanto ao nível da sua aplicação, categorizada como no nível comunitário e social, ou no nível individual. Na primeira, a estratégia é aplicada no contexto de uma determinada população vulnerabilizada, assim definida pelo poder público. Na segunda, no nível individual, quando se caracteriza como uma “estratégia adotada por um indivíduo para se prevenir do HIV, ao combinar diferentes ferramentas ou métodos (ao mesmo tempo ou em sequência), conforme sua atual situação, risco e escolhas” (BRASIL, 2017).

Quanto à natureza das abordagens para prevenção do HIV, elas são classificadas em três tipos: a comportamental, a biomédica e a estrutural, com as respectivas ações sintetizadas no Quadro 2. A abordagem comportamental engloba ações que possibilitam um maior acesso às informações fidedignas, o que permite uma percepção melhor sobre os riscos de exposição ao HIV. (BRASIL, 2017; HANKINS; DE ZALDUONDO, 2010)

Quadro 2 – Intervenções para prevenção combinada do HIV

INTERVENÇÕES	AÇÕES
Biomédicas	Métodos de barreira; Imunização; Tratamento para todos os casos diagnosticados de HIV; Tratamento para outras ISTs; Ações de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP); Ações de Profilaxia Pós- Exposição (PEP)
Comportamentais	Orientações em relação a testagem; Oferta de aconselhamento; Oferta regular da testagem; Cuidado em saúde às pessoas que vivem com HIV; Redução de danos
Estruturais	Diminuição das desigualdades socioeconômicas; Estabelecimento de normas e marcos legais; Fomento do protagonismo e empoderamento; Divulgação de informação; Fortalecimento das estruturas do SUS

Fonte: Brasil (2017).

Geralmente estas ações objetivam a mudança no comportamento da pessoa, e do grupo social ou da comunidade em que ela está inserida, como o incentivo ao uso de preservativos, incentivo à testagem, comunicação e educação entre pares, aconselhamento sobre HIV/aids e outras IST, além do trabalho feito para vinculação e retenção nos serviços de saúde (HANKINS; DE ZALDUONDO, 2010).

Já as ações de abordagem estrutural se voltam para fatores e condições socioculturais que favorecem a vulnerabilidade de determinados grupos sociais à infecção do HIV. Como exemplo de ações deste tipo de abordagem, tem-se o combate ao sexismo e LGBTfobia, e a qualquer outro tipo de preconceito, bem como a promoção e defesa dos direitos humanos. (BRAZIL, 2017)

Quando se fala em abordagem biomédica, trata-se de ações de fornecimento de barreiras antirretrovirais (ARV) ou físicas que diminuam a possibilidade de infecção pelo vírus. As barreiras físicas, também trabalhadas como intervenções biomédicas clássicas, consistem na distribuição de preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante. Já as intervenções biomédicas, que consistem no uso de medicamentos antirretrovirais são: Tratamento como Prevenção - TcP, a Profilaxia Pós-Exposição – PEP, e a Profilaxia Pré-Exposição – PrEP. (BRASIL, 2017)

A estratégia mundial definida pela UNAIDS para o período de 2016-2021, previa a eliminação da transmissão do HIV de mãe para filho. A transmissão vertical (da mãe para o seu filho) é a principal via de infecção pelo HIV na população infantil. As intervenções devem ser feitas durante os estágios gestacionais iniciais, onde as taxas de transmissão vertical do HIV podem variar entre 15% e 45%, mas é possível reduzir para menos de 2% esse modo de transmissão por meio da administração de antirretrovirais tanto para a mãe quanto para o filho em todas as etapas que a transmissão possa ocorrer (OPAS, 2016).

Em junho de 2021, na Assembleia Geral das Nações Unidas, os Estados Membros acordaram com a Declaração Política sobre HIV e Aids: "Acabar com as Desigualdades, acabar com a AIDS". Dessa forma, a estratégia global para a AIDS, no período de 2021 a 2026, estará voltada a (UNAIDS, 2021):

- a) Maximizar o acesso equitativo e igualitário a serviços e ações de testagem, prevenção, tratamento e cuidado em HIV;
- b) Romper barreiras para alcançar resultados sobre HIV (incluindo promoção dos Direitos humanos e da igualdade de gênero);
- c) Integração da temática do HIV em sistemas de saúde e de proteção social.

A política brasileira de respostas ao HIV/aids reconhece que nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente para reduzir novas infecções e que diferentes fatores de risco de exposição, transmissão e infecção operam, de forma dinâmica, em diferentes condições sociais, econômicas, culturais e políticas. (BRASIL, 2017)

No Brasil, a estratégia adotada pelo Governo Federal, desde a criação do Programa Nacional de DST Aids, foi o modelo de assistência integral, que anos depois se mostrou a mais acertada, e serviu de referência para outros países (MONTEIRO; VILELA, 2009).

Outro eixo de sustentação do Programa Nacional de DST Aids foi a utilização dos conceitos de publicização de parte das ações, ao adotar mecanismos de financiamento, critérios de elegibilidade e seleção as OSCs que poderiam receber recursos. A primeira versão da Política Nacional de DST Aids, publicada em 1999, estabelecia como diretrizes (MONTEIRO; VILELA, 2009):

**a) Articulação com Organizações Não-Governamentais**

- Fortalecimento das ONG nas ações de prevenção de DST/aids, por meio da promoção de articulação política, técnica e financeira, preservando as características de colaboradores críticos da política pública de saúde, que se estabelece por meio de permanente interlocução.

**b) Estratégias**

- Apoio político, técnico e financeiro às ações da sociedade civil voltadas para a prevenção das DST/aids;
- Fortalecimento da estrutura institucional para a execução das ações de prevenção;
- Fortalecimento dos movimentos sociais, possibilitando-se respostas mais efetivas ao controle da epidemia;
- Promoção da sustentabilidade e da descentralização, favorecendo-se a inclusão de parceiros locais, de forma a se garantir a continuidade das ações.

**c) Procedimentos**

- O processo se dá por meio de concorrência pública, de âmbito nacional, realizada anualmente, quando são selecionadas por um Comitê Diretivo Externo, em vista de critérios definidos por essa coordenação, as propostas encaminhadas por instituições da sociedade civil que tenham como objetivo a redução do impacto decorrente da epidemia.

No Amazonas, essa orientação de trabalho conjunto entre o governo e sociedade foi melhor representado pelo AMAZON AIDS, projeto executado pela UNAIDS. O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) tem como objetivo erradicar a doença, a discriminação e as mortes relacionadas e HIV/aids, e para isso une os esforços de

11 organizações da ONU, a saber: ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNODC, ONU Mulheres, OIT, UNESCO, OMS e Banco Mundial. (BENZAKEN; DÍAZ BERMÚDEZ; MACEDO, 2010; UNAIDS, 2017)

O projeto teve início em 2008 e foi uma abordagem inovadora para a época, hoje adotada pela UNAIDS como resposta à epidemia em todo o mundo. Em vez de conceber o país como um todo unitário, foi necessário adaptar as ações para as questões e desafios locais, no que foi chamado de abordagem de atuação local. (UNAIDS, 2017)

Um desses desafios foi justamente o diagnóstico tardio, especialmente de indígenas e ribeirinhos que habitavam áreas muito remotas, às vezes à distância de dois ou três dias de viagem de barco até os centros urbanos maiores. A demora no diagnóstico favorece a disseminação do vírus e que a doença se desenvolva para estágios mais avançados, não sendo possível evitar a morte do paciente por enfermidades oportunistas. (BENZAKEN *et al.*, 2010)

A escolha do Estado do Amazonas se justificou pela alta taxa de infecção até então, que era 83% superior à média brasileira, o que o torna um dos pontos de atenção do combate à epidemia no Brasil. Um dos resultados do programa foi justamente dar visibilidade às dimensões da doença numa região distante e esquecida. Antes do AMAZONAIDS, praticamente todos os casos notificados de aids do Amazonas eram registrados em Manaus. (BENZAKEN *et al.*, 2010)

Como exemplo de ação customizada para as especificidades da região, foram produzidos álbuns seriados, com desenhos feitos pelos próprios indígenas da etnia tikuna, intitulados “Como Identificamos as Doenças Sexualmente Transmissíveis?” – “*Nhuacu nuu taquai gema dawe ngewewa tuna ueu?*”, traduzidos para a sua língua, onde são representadas situações do dia a dia das comunidades, para uso dos agentes multiplicadores indígenas, em ações de educação na região do Alto Solimões (BENZAKEN *et al.*, 2010)

Em estudo que determinou a prevalência de HIV e sífilis entre populações indígenas, realizado com 45.967 indivíduos, em comunidades remotas no Estado do Amazonas e Roraima, foi identificada a prevalência de sífilis de 2,23% em homens, 1,51% em mulheres e 1,52% em gestantes, taxas altas quando comparadas com a prevalência geral no Brasil de 0,85%, no mesmo período. Em localidades mais isoladas, como o Vale do Javari, extremo norte do país e fronteiro com Peru e Colômbia, foram identificadas prevalência de sífilis de 1,39% e de 3,38% para HIV, enquanto a taxa nacional de prevalência em HIV, no período, era de 0,4%, ou seja, 8 vezes maior. (BENZAKEN *et al.*, 2017)

O desafio de executar programas de prevenção e tratamento à essas populações, inclui questões bem diversas, como abordar a exploração ilegal de recursos naturais e o tráfico de

drogas na região; e a diversidade de línguas faladas, os hábitos sexuais e o uso de preservativos. Outro ponto que diferencia a execução de um programa sob essas condições, é a necessidade de capacitar os profissionais de saúde e adequar os materiais utilizados, que devem ter linguagem simplificada; inclusão de estudos de casos ou questões identificadas no campo de trabalho, de forma a aumentar a identificação; criação de fichas técnicas e protocolos; nivelamento do conhecimento dos profissionais de saúde a respeito do contexto indígena. (BENZAKEN *et al.*, 2017)

Apesar da proposta de universalidade do SUS e da atenção crescente aos problemas da região, como indica os recursos financeiros destinados à execução do programa Amazonaids, os serviços prestados pelo governo ainda são insuficientes para romper barreiras nesse atendimento à segmentos populacionais tão específicos da região, como os ribeirinhos e indígenas. Questões como disponibilidade, serviços de saúde culturalmente sensíveis, acomodação, acessibilidade e aceitabilidade, são cruciais no desenvolvimento de intervenções e devem ser trabalhadas de forma direcionada para cada grupo. (BENZAKEN *et al.*, 2017)

## 2.7 A AGENDA 2030 E O COMBATE À EPIDEMIA

O combate à epidemia de aids faz parte também da chamada Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, uma iniciativa da ONU em que os países signatários se comprometeram a adotar medidas para promover o desenvolvimento sustentável 2030, e é composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas, que são integrados e indivisíveis, e equilibram as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental. (UNAIDS, 2018)

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que antecederam os ODS, foram frutos de uma série de cúpulas multilaterais realizadas durante os anos 1990 sobre o desenvolvimento humano. Entre eles, um tratava especificamente sobre a aids, o ODM 6, que estabelecia o combate a aids, malária e outras doenças como prioritários. (UNAIDS, 2018)

Na Agenda 2030, as ações de prevenção e resposta à aids, estão permeadas entre diversos objetivos, dentre os quais destaca-se duas metas: a meta 3.3, que espera até 2030, acabar com as epidemias de aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis. Destaca-se ainda a meta 17.17, que busca incentivar e promover parcerias públicas, público-privadas e com a sociedade civil, a partir da experiência das estratégias de mobilização de recursos dessas parcerias, onde se encaixariam os CIS. (UNAIDS, 2018)

Como proposta de ação para a Agenda 2030, a UNAIDS definiu como meta acabar com a aids como uma ameaça à saúde pública, com a redução de 90% na incidência e mortalidade por HIV até o ano de 2030, em comparação com o ano de referência de 2010 (DE LAY *et al.*, 2021).

Para isso, a UNAIDS estimava a necessidade US\$ 26 bilhões em investimentos em programas de prevenção e tratamento, mas o que se observou nos últimos anos é um decréscimo de recursos destinados aos países de baixo e médio desenvolvimento, com fundos disponíveis na ordem de US\$ 19,9 bilhões (DE LAY *et al.*, 2021).

Para manter a meta de eliminar a aids até 2030, a UNAIDS estabeleceu metas intermediárias para o ano de 2025, e reconheceu as diferenças na situação epidemiológica entre os países e reforçou a necessidade de focar em serviços de prevenção e tratamento centrados nas pessoas e “que alcancem todas as populações necessitadas, usando locais e abordagens apropriadas para a prestação de serviços, com foco especial em populações e subpopulações específicas que não foram alcançadas com abordagens tradicionais utilizadas para encontro” (DE LAY *et al.*, 2021, para. 14°).

A nova estratégia pede que os esforços sejam focados especialmente as pessoas em maior risco e pessoas marginalizadas—mulheres e meninas jovens, adolescentes, profissionais do sexo, pessoas trans, pessoas que injetam drogas, gays e outros homens que fazem sexo com homens. A Unaid (2021), propôs que os países alcancem coberturas de 95% para cada subpopulação de pessoas que vivem com e sob risco aumentado de HIV, sendo elas:

- 95% de mulheres acessando tratamento e serviços de saúde sexual e reprodutiva;
- 95% de serviços para eliminação da transmissão vertical;
- 95% das pessoas em tratamento com supressão de carga viral;
- 95% das pessoas com HIV conhecendo seu status sorológico;
- 95% das pessoas que conhecem seu status iniciem o tratamento;
- 95% usem prevenção combinada.

O grupo de trabalho que norteou as recomendações da UNAIDS apontou que os programas nacionais devem adotar novas abordagens para aceitação do tratamento; introduzir novos medicamentos e aprimorar a cadeia de distribuição desses medicamentos; abordar as barreiras estruturais e sociais; atacar as comorbidades do envelhecimento; aumentar a

testagem e garantir que os positivados sigam o tratamento, e; promover a melhoria contínua na prestação dos serviços. (DE LAY *et al.*, 2021)

## 2.8 CONTRATUALIZAÇÃO NA SAÚDE

A nova perspectiva de relacionamento do Estado com outros atores, na prestação de serviços públicos, a partir das reformas com ideários da *NPM* na década de 90, firmou-se como uma tendência em todos os setores, inclusive da saúde. É a partir da mudança dos sistemas de saúde dos países europeus que se introduz a separação funcional entre o financiamento e a prestação direta de serviços, esta última mediada por contratos entre compradores e prestadores. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015; LEITE, 2019)

O processo de conceder maior autonomia de gestão em troca da entrega de determinados resultados pactuados previamente, geralmente ao atrelar recursos financeiros a avaliação de desempenho, recebe a denominação de “contratos de gestão”, “contratos de resultados” ou, ainda, “contratualização de resultados”, a variar conforme os atores e/ou legislação envolvida, mas todos compartilham da estratégia de gestão orientada por resultados, mecanismos de aferição de desempenho e incentivos vinculados à produtividade e à eficiência. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015; LEITE, 2019)

Como consequência, verificou-se à diversificação da legislação sobre organizações prestadoras de serviços de saúde, com a criação e regulamentação de: Organizações Sociais (OS), Lei n.º 9.637 de 15 de maio de 1998; e, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Lei n.º 9.790 de 23 de março de 1999, que ao lado de Fundações Públicas – regulamentadas pelo Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, buscavam respostas aos limites impostos pela legislação às áreas sociais. (DI PIETRO, 2017)

A Organização Mundial de Saúde – OMS (OCDE, 2021), aponta que a contratualização é uma alternativa estratégica para mudança da lógica de alocação de recursos centradas nas necessidades dos serviços, modificada para uma alocação voltada para as prioridades dos usuários. A OCDE (2021) considera ainda a contratualização como uma das políticas de *NPM* mais comumente utilizadas por seus países membros, que buscam utilizar atores privados e unidades descentralizadas para elaborar, gerir e implementar políticas públicas.

Em pesquisa realizada com gestores, secretários de saúde e trabalhadores do SUS, a Fiocruz (2018) identificou as principais dificuldades no que se refere aos processos de contratualizações de serviços e resultados no âmbito de suas unidades.



O principal resultado foi a dificuldade geral de compreensão de gestores e técnicos acerca do processo de contratualização, não apenas em relação à natureza jurídica e às especificidades de cada um dos modelos já praticados no SUS, mas também sobre a diferenciação conceitual e metodológica entre a contratualização e a contratação; e as formas de parceria do Poder Público e entidades privadas e de contratação de serviços no mercado. (FIOCRUZ, 2018)

Ainda sobre as principais dificuldades apontadas na pesquisa, destaca-se a falta de pessoal adequado e estáveis nos órgãos para conduzir as políticas públicas de saúde. Há ainda falta de qualificação profissional e restrições remuneratórias, principalmente nos municípios menores. Em contrapartida, quase a totalidade dos secretários de saúde manifestou interesse em investir na capacitação de seus quadros em relação aos processos de contratualização. (FIOCRUZ, 2018)

### 3 GESTÃO PÚBLICA E OS CONTRATOS DE IMPACTO SOCIAIS

O capítulo 3 apresenta inicialmente as discussões a respeito do papel do Estado e os paradigmas de mudança de um modelo de administração pública burocrático para um modelo gerencial, dentro de uma perspectiva de mudanças orientadas principalmente pela Teoria da *New Public Management*.

Em seguida são discutidas as formas de contratualização de serviços públicos com outros atores que não o Governo, até chegar ao modelo de Contrato de Impacto Social e sua proposta de prestação de serviços públicos, financiados por outros *stakeholders* que não o Estado, como uma alternativa dentro da proposta de reforma da gestão pública, na forma de atendimento das demandas da sociedade.

#### 3.1 MODELOS DE GESTÃO PÚBLICA E A REFORMA GERENCIAL DO ESTADO

Os teóricos da administração pública, no passado, estudavam os fatos administrativos apenas dentro da realidade do seu país, inseridos em um contexto político e organizacional próprio e, portanto, com propostas de soluções que nem sempre se aplicavam à outras realidades. O advento da globalização obrigou os acadêmicos a aproveitar o maior volume de informações disponíveis sobre as outras nações, seus problemas e soluções e a repensar a gestão pública, sem tecer generalizações baseadas em estudos de uma realidade restrita, e a utilizar a técnica do método comparativo na teoria organizacional, política e economia. (MATIAS-PEREIRA, 2012)

A literatura acadêmica dispõe de registros em artigos e estudos sobre as experiências de reforma da administração pública internacional e brasileira, e de forma geral, os autores concordam em alguns pontos: existem três modelos predominantes de administração pública (patrimonialista, burocrática e gerencial); os novos modelos não substituem totalmente o modelo anterior (modelo de ondas) e; os resultados geralmente ficam aquém do esperado pelos reformistas. (BRESSER-PEREIRA, 2015; DIAS; MATOS, 2012; PINHO; SACRAMENTO, 2015).

##### 3.1.1 Do Patrimonialismo à Burocracia brasileira

O uso do termo patrimonialismo encontra referências em obras alemãs do século XIX sobre teorias políticas, mas sua popularização na sociologia e posterior adequação para

denominar um modelo de administração pública se deve a Max Weber, para quem a dominação patrimonial é legitimada por uma autoridade sacralizada, internalizada e aceita por seus súditos. Esse modelo de dominação está presente na formação do Estado Nacional, com a vinda família portuguesa e posteriormente, na Proclamação da República. (CAMPANTE, 2013)

Uma das principais características desse modelo é a ausência de limites entre a propriedade pública e a propriedade privada, onde o controle e o uso são exclusivos do governante. Outra importante característica é a necessidade de centralização do poder, para assim exercer o poder de forma pessoal, o que se torna extremamente complexo em nações de extenso território, como no caso brasileiro. Ao se delegar o poder, o mandatário político perde o controle absoluto e abre espaço para que os servidores a quem delegou assumam esse papel localmente e ameacem sua dominância (PINHO; SACRAMENTO, 2015).

A tendência à corrupção, a razão baseada na subjetividade, os fundamentos personalistas do poder e a não profissionalização do corpo técnico, levam o modelo patrimonialista a serem altamente ineficientes no uso dos recursos disponíveis. Como resposta a isso, Weber propõe um modelo racional-legal baseado na burocracia (CAMPANTE, 2013).

No modelo burocrático, o poder se origina das normas, das instituições formais, e não do perfil carismático do líder ou da tradição. Como forma de combater a ineficiência do modelo patrimonialista, estabelece como norma a formalidade, a impessoalidade e o profissionalismo. (BRESSER-PEREIRA, 2015)

Derivado da preocupação central de eficiência organizacional, o modelo weberiano se preocupa mais em “como as coisas são feitas” e com a obediência estrita às prescrições formais das tarefas. Isso implica em prover serviços padronizados aos destinatários, e garantir um tratamento igualitário, o que permitiria um ganho de eficiência na prestação de serviços em massa, ao passo que desconsidera as demandas individuais. (BRASIL, 1995; BRESSER-PEREIRA, 2015; LEITE, 2019; PINHO; SACRAMENTO, 2015)

No Brasil, essa transição do modelo patrimonialista para o burocrático tem como marco principal a criação do DASP – Departamento de Administração do Serviço Público, em 1938 durante o governo de Getúlio Vargas, que teve entre as principais realizações: ingresso ao serviço público por meio de concurso, classificação e definição de cargos de forma uniforme, padronização do sistema de compras do Estado. Algumas dessas alterações continuam em vigor até os dias atuais, e geram discussões entre grupos que defendem sua manutenção e os que são favoráveis a mudanças. (BRESSER-PEREIRA, 2015; DIAS; MATOS, 2012)

Apesar de prevalecer desde então como o modelo dominante na administração pública brasileira, o modelo burocrático conviveu lado a lado com práticas patrimonialistas, até que começaram a ser adotadas medidas que flexibilizariam a gestão, como o Decreto-Lei 200 de 1967 e o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, do governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1995, que introduz práticas de gestão da iniciativa privada no setor público. Surge aí mais um modelo a influenciar a forma como o Estado se organiza e provém seus serviços, sem que qualquer um dos modelos anteriores tenha sido totalmente superado, com utilização de forma concomitante (BRASIL, 1995; BRESSER-PEREIRA, 2015).

### **3.1.2 A *New Public Management* e a Reforma Gerencial no Brasil**

Como consequência da forte recessão econômica e pressão do movimento sindical no final dos anos 70, o governo de Margaret Thatcher no Reino Unido teve que adotar uma série de medidas que visavam a austeridade fiscal e reformulação na forma de prestação de serviços públicos. Esse foi o ponto de partida para que outros países como Austrália, Nova Zelândia e, posteriormente, Estados Unidos, adotassem medidas semelhantes (GRUENING, 2001).

A necessidade de reformas na administração pública entrava definitivamente na agenda dos principais países da OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, que reúne países de elevado PIB e Índices de Desenvolvimento Humano – IDH (GRUENING, 2001; OCDE, 1995).

Esse novo paradigma para a administração pública recebeu a denominação de *New Public Management - NPM* (GRUENING, 2001; OCDE, 1995), ou sua versão em português de “Nova Gestão Pública - NGP”, que viria a influenciar diversos movimentos reformistas ao redor do mundo, a saber:

[...] Os exemplos dessas iniciativas de reforma incluem o Programa de Melhoria da Gestão Financeira (1984) e o Gerenciamento de Programas e Orçamentação (1988) na Austrália; *Public Service 2000* (1989) e *Public Service Reform Act* (1992) no Canadá; Iniciativa de Gestão Financeira (1982) e os Próximos Passos (1988) no Reino Unido; o *State Sector Act* (1988) e o *Public Finance Act* (1989) na Nova Zelândia; a Comissão de Graça (1984) e a *National Performance Review* (1993) nos EUA; Programa de Modernização do Setor Público (1983) e Setor Público no Ano 2000 (1991) na Dinamarca; e Modernização da Organização e Funcionamento da Administração Pública (1991); Programa de Modernização Administrativa (1992) na Grécia; a Política Fundamental da Reforma Administrativa (1982) no Japão; Renovação do Serviço Público (1989) na França, Projeto de Gestão Administrativa (1988) na Áustria, Funcionalidade e Eficiência da

Administração Pública (1990) na Itália, e Plano de Opções Principais (1992) em Portugal. (HAQUE, 2004, p. 35)

A reforma do Estado deve ser entendida sob o enfoque de como o governo executa suas atividades, e não porque ou para quem; a preocupação passa a ser em regular ou promover o desenvolvimento econômico e social. As ideias da *NPM* tornaram-se um “padrão ouro” a ser seguido (HUGHES, 2003; OSBORNE e GAEBLER, 1994), e pregava a redução do tamanho do Estado (ideia resgatada do Liberalismo clássico); a adoção de mecanismos empresariais no governo; preferência por terceirizar ou contratar fora; a ideia de que era melhor descentralizar e privatizar, cabendo a Administração Pública o papel de direcionar e fiscalizar os serviços, e não os executar diretamente. (MOTTA, 2013; OSBORNE E GAEBLER, 1994)

Outra característica da *NPM* é o foco no cliente-cidadão, que considera suas singularidades e necessidades individuais; e o foco no desempenho e resultados, com a utilização maciça de metas e indicadores de desempenho, prática então comum no meio empresarial e relacionada com a eficiência (BRESSER-PEREIRA, 2015).

No Brasil, a discussão sobre eficiência do Estado é antiga, antes mesmo do movimento de expansão internacional da *NPM*, já havia a necessidade em tornar o Estado mais flexível, e como mostra Schwartzman (1984), essa preocupação ficou expressa durante o regime militar, com a edição do Decreto-Lei 200, em 1967:

[...] delegar ao máximo o poder de decisão para os órgãos de linha e preferir sempre a contratação de setores e companhias privadas para a execução de suas políticas. Segundo este modelo, os órgãos administrativos deveriam se limitar a funções quase que exclusivamente normativas e de supervisão, enquanto o setor privado passaria a ter um papel cada vez maior em todas as ações realmente executivas do governo. As duas premissas implícitas no projeto são, primeiro, a de que o Estado é sempre um executor incompetente, e que o setor privado pode fazer o mesmo que ele de forma mais eficaz e barata; e segundo, que é impossível legislar em detalhe a atuação dos órgãos de linha da administração pública. (SCHWARTZMAN, 1984, p50)

Nesse período surge a Administração Pública Indireta, com a proposta de que o privado é mais eficiente que o Estado, e cria formas jurídicas para a prestação de serviços públicos, como as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas e sociedades de economia mista. Essa foi considerada a primeira reforma rumo a uma administração pública gerencial (BRESSER-PEREIRA, 2015; MATIAS PEREIRA, 2012).

A segunda grande reforma do Estado foi implementada em 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE)

concebido pelo ministro Bresser-Pereira incorporava abertamente os princípios da *NPM* e visava a transição de um sistema patrimonialista e assistencialista para um novo modelo que adotasse práticas gerenciais, noções de qualidade, produtividade, resultados e maior *accountability* (BRESSER-PEREIRA, 2015; MATIAS PEREIRA, 2012).

Orientada para o cidadão, o conjunto de mudanças introduzidas com a Reforma alteraram também a estrutura administrativa do Estado. Foi dada ênfase a descentralização e delegação de atividades. O Estado deixa de ser o executor e passa a ter o papel de fiscalizador. São criadas agências reguladoras, agências autônomas e organizações sociais e instituído o processo de publicização, onde as atividades classificadas como não exclusivas deveriam ser exploradas pelo terceiro setor:

(...) a descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Chamaremos a esse processo de “publicização” (BRASIL, 1995, p. 12-13).

Apesar de citar a burocracia como uma das causas da crise que atingia o Brasil no início dos anos 90, o Plano Diretor também reconhece a necessidade mantê-la em setores do chamado Núcleo Estratégico do governo, como forma de garantir a segurança e eficácia das medidas ali adotadas (ANDREWS, COMINI; VIEIRA, 1999; BRESSER-PEREIRA, 2015). Mais uma vez se confirma a coexistência de diferentes modelos de administração pública.

Os governos posteriores, de Luís Inácio Lula da Silva, Dilma Roussef e Michel Temer, continuaram com o modelo de transferência de atividades do setor público para o setor privado, através de privatizações, concessões, parcerias com organizações da sociedade civil e de políticas de cooperação e consórcios.

Outra importante característica herdada da Reforma de 1995 e que foi mantida é o ajuste fiscal, que estabelece metas para inflação e gastos públicos, cujos marcos são a sanção da Lei de Responsabilidade Fiscal durante o governo Lula e a Emenda Constitucional n.º 95, conhecida como a PEC do Teto dos Gastos Públicos, que em 2017 estabeleceu o congelamento de gastos públicos, inclusive em saúde, por 20 anos. Nesse período, somente poderá haver aumento de gastos em uma área se houver corte em outra, descontadas as taxas de crescimento econômico e demográficas (MARIANO, 2017).

### 3.1.3 Críticas ao Modelo Gerencial e Perspectivas para o Futuro

Apesar da aparente hegemonia como modelo teórico da moderna administração pública, a *NPM* sofre críticas por não conseguir entregar tudo aquilo à que se propunha. Em muitos casos, observou-se um aumento da burocracia e controle justamente para ordenar a desejada descentralização (KIRKPATRICK; ACKROYD; WALKER; 2005).

Análises das reformas ocorridas, também mostraram que a ênfase no controle continuou como ponto central dos governos, até como forma de preservação de poder dos grupos políticos estabelecidos. Os ganhos de eficiência também foram limitados pela forma pouco ágil como o Estado se move frente às necessidades de mudança, o que torna ilusória a tentativa de igualar as práticas de gestão empresariais por parte do governo. (SECCHI, 2009)

A busca por melhores resultados não veio acompanhada por bônus, como na iniciativa privada, o que gerou descontentamento entre os servidores que se sentiram mais pressionados, sem uma contrapartida. (MOTTA, 2013)

A pressão exercida por agências e órgãos de crédito internacionais pela adoção de práticas da *NPM* em países menos desenvolvidos e com sistemas culturalmente mais burocratizados, ocasionou uma crise de legitimidade dos governantes que a adotaram, e deixou para os sucessores, como “herança”, o receio de implantar mudanças mais profundas (HAQUE, 2004).

Ao respeitar as características inerentes ao setor público, as novas práticas de governança apontam para um futuro em que o Estado exerce um papel mais direcionador e fiscalizador, ao buscar novas formas de envolver a sociedade civil e o mercado na execução dos serviços públicos, e assim diminuir a influência dos aspectos políticos no ato de governar (MOTTA, 2013).

Ainda assim, a adoção de um modelo de administração pública que atenda as demandas da sociedade, cada vez mais consciente do seu poder e participativa, passa pela adoção de alguns princípios da *NPM*, mesmo que não na sua totalidade. O paradigma da nova administração pública não deve ser encarado como uma solução para todos os males, mas um caminho a ser trilhado, em busca de ferramentas e métodos que considerem as necessidades da sociedade e entreguem serviços e produtos de qualidade, com eficiência e eficácia. (MOTTA, 2013)

### 3.2 A GESTÃO PÚBLICA VOLTADA PARA RESULTADOS

No início do século XX, com estruturas e dinâmicas menos complexas quando comparadas ao momento atual, tanto no governo quanto na sociedade, o Estado exercia um papel mais intervencionista, sem diálogo com os interlocutores da sociedade civil na formulação e execução das políticas públicas. No Brasil, um exemplo foi a política de vacinação obrigatória, comanda por Oswaldo Cruz, que apesar de comprovar uma medida acertada, culminou com a Revolta da Vacina em 1904. (DIAS; MATOS, 2012)

A pressão por melhores condições de vida e o início do diálogo com a sociedade e suas demandas, leva a um Estado que assume cada vez mais a prestação de serviços nas áreas de educação, saúde, habitação e assistência social, em um modelo que avançou mais rapidamente na Europa e ficou conhecido como Estado de Bem-Estar Social (BRESSER-PEREIRA, 2015; DIAS; MATOS, 2012; MATIAS-PEREIRA, 2012).

As crises econômicas da década de 70 produziram efeitos que mudaram os rumos políticos nas maiores economias de então, e levaram à vitória de Margareth Thatcher no Reino Unido e Ronald Reagan no Estados Unidos. Um dos principais efeitos dessas mudanças foi a mudança de orientação de uma gestão voltada para um Estado-Provedor para um modelo que pregava a redução do tamanho do Estado e ganhos de eficiência e utilização de mecanismos de mercado, propondo um modelo de Estado Mínimo (BRESSER-PEREIRA, 2015; MATIAS-PEREIRA, 2012).

O papel do Estado volta a ser questionado com maior frequência a partir da segunda metade da década de 90 e a implementação das chamadas reformas de segunda geração. Com a redução do Estado, diminuição das despesas públicas e aumento das demandas da sociedade, cada vez mais organizada e que luta por melhores condições, não se pregava a volta de um Estado Provedor, mas também não era sustentável o modelo de Estado Mínimo (DIAS; MATOS, 2012; MATIAS-PEREIRA, 2012).

No Brasil, essas reformas se concretizaram com Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, de 1995, que pregava uma gestão orientada por resultados, em substituição de um modelo de gestão voltado para os processos. A adoção do modelo de planejamento governamental instituído pelo Plano Plurianual, estruturado na gestão de programas de médio e longo prazo, introduz a atuação por objetivos, sob a perspectiva da sociedade que cobra os resultados (BRESSER-PEREIRA, 2015; DIAS; MATOS, 2012).



### 3.3 OS MODELOS DE CONTRATUALIZAÇÃO COM O ESTADO

Na tentativa de realinhar as funções do Estado aos interesses difusos da sociedade, surgem novas formas de relacionamento entre os entes públicos e privados, atrelados à pagamentos variáveis, conforme os resultados acordados e entregues. Essa nova dinâmica exige maior esforço tanto do funcionalismo público quanto das organizações externas contratadas, antes exclusivas dos governos, em um processo de reinvenção dos governos, com uso das técnicas da *New Public Management* (DIAS; MATOS, 2012; OSBORNE; GAEBLER, 1994).

Esse movimento, central na Reforma de 1995, ganha força com os processos de contratualização que se seguiram, com as privatizações e concessões de serviços públicos. Não que isso fosse novidade na história do Brasil, vide as concessões ferroviárias no período imperial ao Barão de Mauá, ou a conversão da Fundação das Pioneiras Sociais em Serviço Social Autônomo, um dos primeiros contratos de gestão, que deu origem à rede de hospitais Sarah Kubistchek. (MALIK; VECINA, 2016)

As Organizações Sociais – OS, são introduzidas na gestão pública brasileira por meio do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, em 1995, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso. Ao classificar os serviços em núcleo estratégico, exclusivos, não exclusivos e produção para o mercado, o governo defendia a publicização dos serviços estatais, ao transferir a sua responsabilidade para as Organizações Sociais (OS), em um sistema de parceria entre Estado e sociedade, ao visar maior eficiência e qualidade (BRASIL, 1995).

Com a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, regulamentava-se o modelo de OS, que permite a uma organização do terceiro setor assumir a gestão de um serviço ou programa público não exclusivo do Estado. Segundo o Mapa de Contratualização de Serviços Públicos no Brasil, elaborado pela Escola Nacional de Administração Pública – Enap (2021), existem 541 contratos entre OS e setor público na área da saúde.

Outra forma de relação público-privado é a concessão, uma modalidade de contrato administrativo por meio do qual a Administração Pública concede ao particular a utilização de determinado bem público, segundo a sua destinação específica. Pode ser firmada como concessão de direito real ou apenas pessoal. Geralmente é firmada com prazo determinado, por longo período. (ENAP, 2021)

A Parceria Público Privada – PPP, regulamentada pela Lei n.º 11.079, de 30 de dezembro de 2004, é um contrato de prestação de serviços de médio e longo prazo (de 5 a 35

anos) firmado pela Administração Pública com valor mínimo de 10 milhões de Reais, e não é permitida sua utilização para a celebração de contratos que tenham por objeto único o fornecimento de mão-de-obra, equipamentos ou execução de obra pública. (BRASIL, 2004)

A terceirização é a delegação, pela Administração Pública à terceiros, através de contratos regidos pela Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, da execução de obras e serviços, de forma que a organização direciona sua estrutura e força produtiva à sua atividade-fim, como por exemplo, a terceirização de mão de obra ou serviço de limpeza e manutenção. (DI PIETRO, 2017; BRESSER-PEREIRA, 2015)

Os convênios são acordos firmados por entidades públicas, ou entre estas e particulares, para a realização de objetivos de interesse comum das partes. No convênio existe uma mútua colaboração, e não se fala de preço e remuneração. (DI PIETRO, 2017).

O Contrato de Gestão, celebrado com Organização Social (OS); e Termo de Parceria, celebrado com Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), se diferenciam do convênio, até então o principal instrumento celebrado entre o poder público e entes privados, pela contratualização de resultados, com metas e indicadores mensuráveis, com foco nos resultados, enquanto o convênio se detinha ao controle a posteriori das cláusulas acordadas. (DI PIETRO, 2017)

O serviço social autônomo é uma modalidade de atuação conjunta e cooperada entre o Poder Executivo e entidade civil sem fins lucrativos na realização de atividades não privativas de Estado e, especialmente, no provimento de serviços de interesse público diretamente ao cidadão. Essas entidades são, em geral, associações civis organizadas por confederações nacionais de trabalhadores para a prestação de serviços não gratuitos direcionados para público específico, ou seja, para atendimento aos empregados das empresas que tributam. (DI PIETRO, 2017)

Ao considerar todas as modalidades, a Enap (2021) aponta 121 contratos de concessão; 63 parcerias público-privadas; 82 contratos de prestação de serviços; 784 contratos de gestão e 4.119 termos de colaboração ou fomento. No total, são 5.169 instrumentos celebrados e em vigor no Brasil ao final de 2021. O Quadro 3 apresenta o marco regulatório que rege esses instrumentos e as relações entre os atores, a nível Federal.

Quadro 3– Marco regulatório federal das contratualizações

<b>Instrumento</b>	<b>Lei/Decreto Federal</b>
Serviço Social Autônomo	Lei nº 11.080/04 Lei nº 10.668/03 Lei nº 12.897/13 Lei nº 13.958/19 Lei nº 14.002/20
Concessão Comum	Lei nº 8.897/95 Lei nº 9.074/95 Lei nº 11.284/06
PPP	Lei nº 11.079/04
Organizações Sociais	Lei nº 9.637/98
Marco Regulatório OSC	Lei nº 13.019/14

Fonte: Enap (2021).

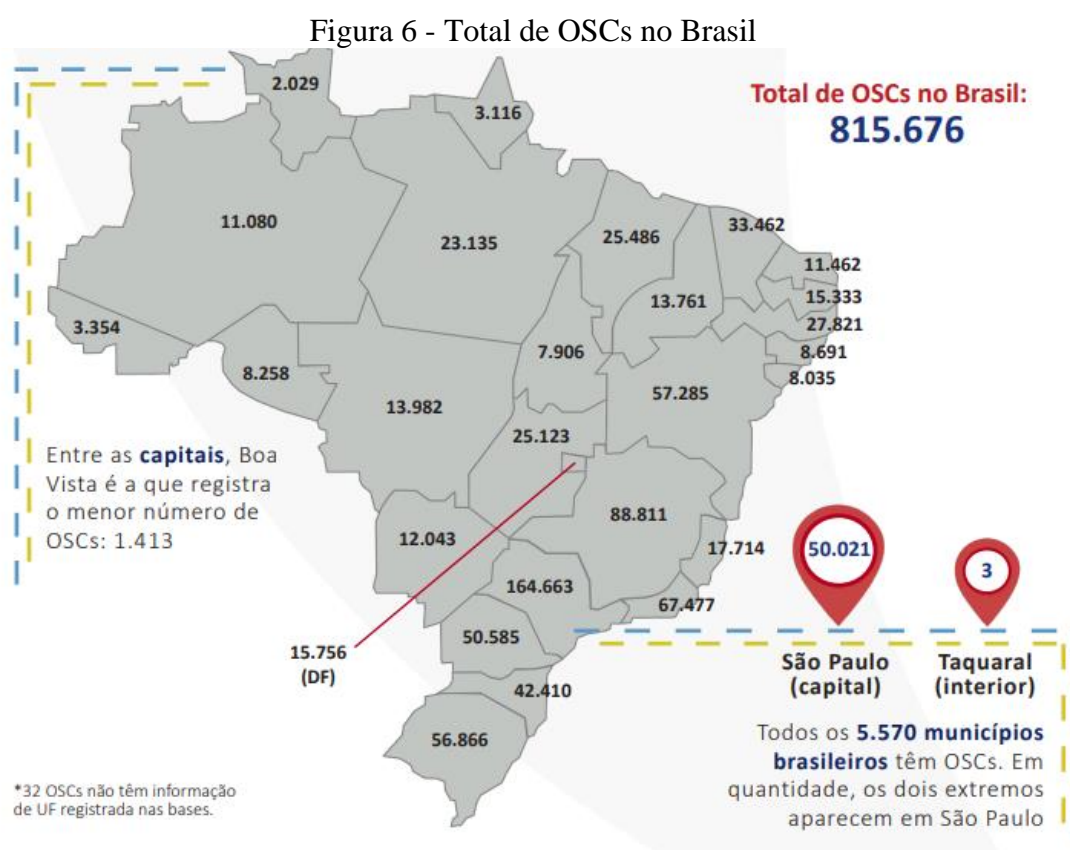
No Amazonas, a Lei Estadual nº 3.582/10 regulamenta a relação com os Serviços Sociais Autônomos; a Lei Estadual 3.363/08 o funcionamento das PPP e; a Lei Estadual 3.900/13 a relação com as Organizações Sociais. No Estado, existem 3 PPPs, onde 2 são na área de saúde, no valor de R\$ 232 milhões; 4 contratos de prestação de serviços; 8 contratos de gestão, com 6 na área da saúde; e 6 termos de colaboração e fomento. Com a Prefeitura de Manaus, há uma Parceria Público-Privada, para a construção e manutenção de Unidades Básicas de Saúde, pelo período de 18 anos, no valor de R\$ 1,3 bilhão. (ENAP, 2021)

O marco regulatório das OSCs, como ficou conhecida a lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014 (BRASIL, 2014, art. 2º), define como organização da sociedade civil as seguintes organizações:

- a) *Entidade privada sem fins lucrativos que não distribua entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados, doadores ou terceiros eventuais resultados, sobras, excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, isenções de qualquer natureza, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplique integralmente na consecução do respectivo objeto social, de forma imediata ou por meio da constituição de fundo patrimonial ou fundo de reserva;*
- b) *As sociedades cooperativas previstas na Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999; as integradas por pessoas em situação de risco ou vulnerabilidade pessoal ou social; as alcançadas por programas e ações de combate à pobreza e de geração de trabalho e renda; as voltadas para fomento, educação e capacitação de trabalhadores rurais ou capacitação de agentes de assistência técnica e extensão rural; e as capacitadas para execução de atividades ou de projetos de interesse público e de cunho social;*
- c) *As organizações religiosas que se dediquem a atividades ou a projetos de interesse público e de cunho social distintas das destinadas a fins exclusivamente religiosos.*

Esse marco estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil, e visa regular a crescente participação dessas organizações nas políticas públicas de Estado. (BRASIL, 2014)

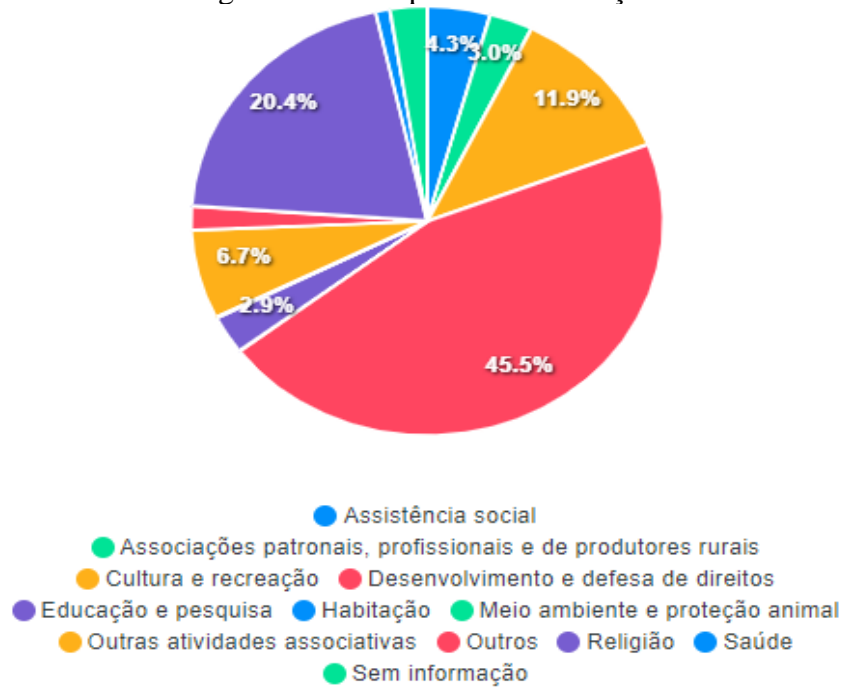
A figura 6 apresenta o total de OSCs registradas no Brasil, até 2020, o que demonstra que elas estão presentes em todos os municípios do país. Do total de 815.676 OSCs registradas, 1.114 são OSs e 7.046 são OSCIPs. Entre as OSCs em atividade no Brasil, 22 mil (2,7%) receberam recursos federais entre 2010 e 2018, com repasse total de R\$ 118,5 bilhões nesse período, o equivalente a 0,5% do orçamento anual da União. (IPEA, 2020)



Fonte: IPEA (2020).

Ao segmentar por área de atuação, é possível constatar o predomínio de atuação nas áreas de desenvolvimento e defesa de direitos e cultura e recreação. A área da saúde tem cerca de 1,2% de representação, conforme figura 7 (IPEA, 2020).

Figura 7 - OSCs por área de atuação



Fonte: IPEA (2020).

A Constituição de 1988 deixa claro que apenas o aparato estatal é insuficiente, e que novos modelos jurídicos e administrativos são necessários para atender o princípio de universalização da saúde, ao estabelecer a previsão de organização em rede e participação da iniciativa privada na prestação dos serviços (BRASIL, 1988)

Apesar do enorme avanço na utilização desses modelos, ainda há gargalos e desafios a serem superados na contratualização na área da saúde. Malik e Vecina (2016) afirmam que a Reforma do Estado, aprovada na Constituição de 1988, para a saúde, não cabe no aparelho do Estado, o que torna necessária à sua expansão para os entes privados por meio da contratualização.

Os modelos de gestão fazem parte da agenda de discussão do SUS, constantemente pressionado por novas tendências e desafios por um lado, e estrangulado por modelos limitados ou inseguros, por outro. No entanto, os problemas mais frequentes no gerenciamento de contratos por resultados são: metas e indicadores mal elaborados; objetivos mal definidos; falhas no monitoramento e ausência de sanções para metas não cumpridas; maior influência na elaboração dos contratos de resultados das organizações contratadas do que de seus órgãos supervisores; baixa capacitação dos gestores de contratos (BRESSER-PEREIRA, 2015; DIAS; MATOS, 2012; MALIK; VECINA, 2016).

Apontamentos dos órgãos de controle apontam o esgotamento dos modelos de autarquias e fundações, especialmente em relação à gestão orçamentária, pessoas e compras; uso inadequado dos modelos jurídico-administrativos de terceirização de serviços para contratar mão-de-obra para as secretarias de saúde; criação de Oscip ou OS exclusivamente para intermediar a contratação de mão de obra para o órgão público; falta de planejamento e comprovação de que a contratação de serviços é mais vantajosa que a execução própria pelas secretarias de saúde; indícios de abuso nos preços de serviços prestados e falhas ou ausência de avaliação da satisfação do usuário final (DIAS; MATOS, 2012; MALIK; VECINA, 2016; SANTOS, 2006).

Malik e Vecina (2016) e Ibanez *et al.* (2001) analisam as estruturas jurídicos-institucionais e modelos de gestão para serviços de saúde no Brasil e apresentam premissas e parâmetros para a discussão de modelos mais eficientes na prestação desses serviços, a saber os principais:

- a) **Autonomia** – principal atributo de qualquer modelo que almeje mais eficiência e qualidade na prestação do serviço. Mais autonomia, mais eficiência, menos controle, menos subordinação a um poder central (MINTZBERG, 1995; MOTTA, 1991; MOTTA, 1997; apud MALIK; VECINA, 2016). Maior autonomia confere maior poder de decisão ao prestador do serviço, mais próximo dos problemas vivenciados no dia a dia, e maior responsabilização pelos resultados;
- b) **Governança** – maior transparência e tomada de decisões compartilhadas, deve conter um sistema de prestação de contas e mecanismos de escuta das demandas da sociedade;
- c) **Profissionalização** – a gestão deve ser conduzida por especialistas, que se identifiquem com o serviço, devidamente formados e com expertise no problema a ser resolvido;
- d) **Eficiência** – adoção de soluções com a melhor relação custo-benefício, adoção de sistemas de indicadores de desempenho da gestão e prática da melhoria contínua da qualidade;
- e) **Subordinação à política de saúde do nível de governo em que a organização se inserir** – trata de garantir que os objetivos e metas estão alinhados e inseridos em um sistema maior, com o cuidado de não se perder em um controle cartorial;

- f) **Legalidade** – é necessário que a lei que for criar novos modelos deixe claro as diferenças que propõe das soluções já existentes, cujos limites são instituídos em função do seu objetivo.
- g) **Capacidade de Controle** – os novos mecanismos devem permitir que o Estado fiscalize de fato o que está sendo feito com o dinheiro público, tanto do ponto de vista da execução quanto dos resultados. Os órgãos de controle atuam quase que exclusivamente na fiscalização dos meios e não dos resultados.

### 3.4 UMA VISÃO GERAL SOBRE CONTRATOS DE IMPACTO SOCIAL

O mercado de investimentos sociais cresce ano após ano, movimentado por investidores que esperam que os investimentos gerem retornos financeiros associados a geração de valores sociais e/ou ambientais. Segundo a OCDE (2019), em 2018, o valor estimado movimentado por esse mercado foi de US\$ 218,1 bilhões, e mais da metade desse valor, investidos em países emergentes. Com o surgimento desse mercado, foram criados também mecanismos inovadores de financiamento de atividades dirigidas a demandas sociais, como os *Social Impact Bonds* (OCDE, 2019).

Também conhecido como "*Pay for Success Bonds*" nos Estados Unidos, ou como "*Social Benefit Bonds*" na Austrália, o Contrato de Impacto Social é um mecanismo inovador de financiamento de serviços públicos, que envolve governos e OSCs na prestação de serviços com impacto social mensurável (LANZ; DAMASCENO; MACEDO, 2016; OCDE, 2019).

Essa nova forma de enfrentar problemas sociais visa minimizar os pontos fracos que as abordagens tradicionais adotadas pelos governos já demonstraram na prática (ARENA *et al.*, 2016; GUSTAFSSON-WRIGHT *et al.*, 2015).

Por meio de um contrato, o governo acorda em reembolsar os investidores privados se, e somente se, as metas de resultados previamente definidas forem atingidas. Esse esquema também envolve uma OSC que irá prestar o serviço, uma auditoria externa e, geralmente, um intermediário que ligas todos esses atores. É uma grande mudança em relação ao que se costuma verificar na relação tradicional entre governo e terceiro setor, onde o dinheiro é dado antecipadamente pelo governo, sem garantia de retorno dos resultados ou responsabilização em caso de fracasso (ARENA *et al.*, 2016; GUSTAFSSON-WRIGHT *et al.*, 2015).

Apesar da palavra "*bonds*" significar em sua tradução literal títulos com valor financeiro de retorno fixado, que inclusive pode ser comercializado em bolsas de valores, os CIsS não assumem esse sentido tradicional, mas funcionam sim como uma espécie de acordo

de "pagamento por sucesso" entre agências governamentais, investidores e provedores de serviços (OCDE, 2019; SHAH & COSTA, 2013).

Os CIS empregam elementos dos contratos de pagamento por sucesso e também dos modelos de parcerias público privadas, as PPPs, mas se diferencia ao providenciar o financiamento dos serviços previamente, antes dos resultados serem alcançados. Além disso, os CISs focam nos resultados de médio e longo prazo (*outcomes*), enquanto os outros modelos contabilizam os *outputs* – resultados imediatos. (GUSTAFSSON-WRIGHT *et al.*, 2015)

Esse modelo de contratação também se diferencia das PPPs ao focar nos fatores humanos, em intervenções geralmente preventivas e que envolvem a coordenação de vários atores, em contraposição à prioridade por obras de infraestruturas, e aplica conceitos da gestão privada para o atingimento dos objetivos. (GUSTAFSSON-WRIGHT *et al.*, 2015; PENDEVEN, 2019; OCDE, 2019)

As organizações de prestação de serviços geralmente fornecem uma intervenção, que o governo paga com juros somente se esta for bem-sucedida. A vantagem mais clara para os governos é que os investidores privados - em vez dos contribuintes - assumem os primeiros desembolsos e os riscos associados ao financiamento de intervenções inovadoras, ou sem histórico suficiente (WARNER, 2013). O fluxo básico de funcionamento de um CIS está representado na Figura 8.

Figura 8 - Fluxo de funcionamento de um Contrato de Impacto Social



Fonte: Sitawi (2018).



Os CIS estão em uso também por países onde os governantes e legisladores são hesitantes em testar soluções inovadoras em áreas que já são atendidas de forma “tradicional”. Dessa forma, eles aplicam a solução a um pequeno grupo, sob a forma de CIS, e se não der certo, o dinheiro dos contribuintes não é gasto. Por outro lado, se a aplicação for exitosa, certamente eles terão mais apoio popular para ampliar a iniciativa, e utilizar recursos do orçamento do governo para escalonar a solução (BALIGA, 2013).

O objetivo dos CIS é impulsionar o setor não governamental, ao investir recursos que ataquem as causas profundas dos problemas sociais, ao custo de uma fração dos gastos públicos com o tratamento desses problemas em sua fase mais aguda, ao criar ciclos de gastos públicos mais eficientes, com economia para os contribuintes e melhores resultados sociais (KATZ; BRISBOIS; ZERGER; HWANG, 2018).

A estrutura de um Contrato de Impacto Social varia bastante em termos de atores envolvidos, regras, processos e duração, mas basicamente há 4 atores principais sempre presentes na estrutura: o investidor que entrará com o capital; o financiador dos resultados, que em geral é o governo, mas também podem ser entidades filantrópicas, quando o mecanismo recebe o nome de “*Development Impact Bond – DIB*”; o intermediário, que fica responsável por levantar o capital e promover o acordo entre os envolvidos. Estes podem ser instituições financeiras, incubadoras ou aceleradoras, dentre outros; e o prestador de serviço, em geral são Organizações da Sociedade Civil com expertise na área (GUSTAFSSON-WRIGHT *et al.*, 2015; LANZ; DAMASCENO; MACEDO, 2016).

Os CISs se diferenciam das formas já adotadas em contratos que envolvam avaliação e mensuração de resultados por dois motivos: eles podem ser interrompidos se os mecanismos de avaliação não funcionarem adequadamente (e dessa forma, fica o governo impossibilitado de pagar pelos resultados); e todos os atores envolvidos - o governo, o intermediário, os investidores - são incentivados a se interessar pela avaliação produzida (BALIGA, 2013; LIEBMAN, 2011; WARNER, 2013).

Essa é outra peculiaridade dos CISs, que na verdade são um conjunto de contratos entre diferentes organizações, sem concorrência entre potenciais fornecedores e que resulta na criação compartilhada de uma política social inovadora (GUSTAFSSON-WRIGHT *et al.*, 2015; PENDEVEN, 2019).

Para funcionar, o CIS deve alinhar os interesses de todos os *stakeholders*, a saber:

- a) **Governo** - deve contratar serviços e remunerar investidores baseado em resultados sociais; estar alinhado ao programa de governo, que só pagará por resultados positivos. Caso os resultados sejam negativos ou nulos, não há dispêndio do governo.
- b) **Intermediários e/ou Fundos e Fundações filantrópicas** – devem estabelecer parcerias com o governo que garantam a escalabilidade de intervenções exitosas por meio de investidores, e liberar recursos para aplicações em novas soluções. Devem analisar e quantificar desafios, oportunidades e recomendar soluções.
- c) **Investidores Sociais** – é quem deve financiar a solução. Espera o retorno financeiro atrelado a impacto social positivo, com a oportunidade de aumentar o envolvimento com a comunidade, com garantia de pagamento (condicionado ao atingimento de metas de resultados pelo contratado).
- d) **Prestadores de serviços sociais ou Operadores** – é quem presta serviços sociais aos beneficiários do programa, e o CIS garante um fluxo estável de capital de giro de forma antecipada, o que resolve um dos maiores desafios dos provedores de serviços sociais de qualquer porte, que é a captação de recursos.

Além desses atores principais, a adoção de um Contrato de Impacto Social movimentava muitos outros players, direta ou indiretamente, como pode ser verificado no Quadro 4, adaptado da pesquisa de Gustafsson-Wright *et al.* (2015) com 38 CIS em execução pelo mundo:

Quadro 4 - Atores e suas atribuições em um CIS

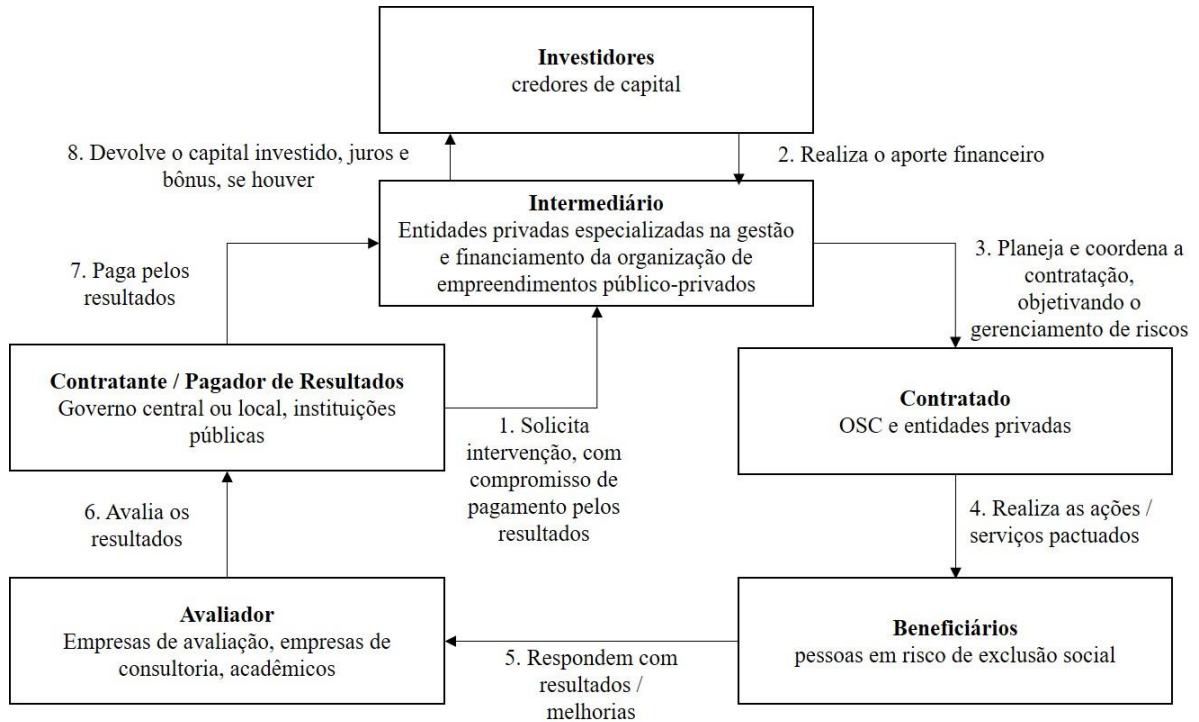
<b>ATOR</b>	<b>ATRIBUIÇÃO</b>	<b>QUEM PODE EXERCER O PAPEL</b>
<b>Prestador de Serviço</b>	Prover os serviços necessários, de acordo com a intervenção pactuada, pode ter maior ou menor flexibilidade na escolha das ações	Organização da Sociedade Civil, cooperativas, empresa social sem fins lucrativos ou com fins lucrativos
<b>Investidor</b>	Fornecer capital aos prestadores de serviços antecipadamente ou ao longo da duração do contrato. Possível arranjo: Empresas de propósito específico – SPV, para gerenciar o capital e conduzir o gerenciamento de desempenho	Pessoa física, <i>trusts</i> , fundação, gestor de investimento de impacto, banco comercial, cooperativa de crédito, entidade sem fins lucrativos, agência governamental
<b>Intermediários</b>	Estruturar o contrato, identificar e gerenciar parceiros, levantar capital, receber pagamentos de resultado e pagar investidores	Organização da Sociedade Civil, banco comercial, gestor de investimento de impacto, agência governamental, fundação
<b>Pagadores de Resultados</b>	Pagar pelos resultados, determinar as métricas dos resultados e os termos de reembolso	Governo, Agência governamental, fundação, agência de desenvolvimento
<b>Avaliadores</b>	Avaliar os resultados do programa	Empresa de avaliação independente, instituição de pesquisa, universidade, agência governamental
<b>Validadores</b>	Atua junto ao Intermediário, com a função de validar o rigor do modelo de avaliação dos resultados	Empresa de avaliação independente, instituição de pesquisa, universidade, agência governamental
<b>Advogados</b>	Aconselhar sobre a estrutura do negócio, representar vários atores envolvidos no negócio	Escritório Jurídico
<b>Prestadores de Assistência Técnica</b>	Aconselhar financiadores de resultados (governos) e prestadores de serviços sobre o <i>design</i> e a implementação do acordo	Organização da Sociedade Civil, universidade, agência de desenvolvimento, consultoria especializada

Fonte: Gustafsson-Wright *et al.* (2015), adaptado pelo autor.

Os Contratos de Impacto Social podem ainda ser classificados de acordo com o ator escolhido para assinar o contrato com o pagador dos resultados. Se o prestador de serviço firma contrato direto com o pagador dos resultados (em geral o governo), diz-se que é um CIS de estrutura direta. Se o pagador dos resultados firma contrato com o investidor, chama-se de estrutura intermediada e, por último, se o pagador dos resultados firma contrato com o intermediário, denomina-se estrutura gerenciada, a mais comumente utilizada (GUSTAFSSON-WRIGHT *et al.*, 2015).

Tais características afetam diretamente o relacionamento entre os atores, e consequentemente a forma jurídica de relação entre eles. A figura 9 representa o esquema de relações entre os atores em um CIS de estrutura gerenciada.

Figura 9 – Esquema de relações em um CIS gerenciado



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

### 3.5 HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DO USO DOS CONTRATOS DE IMPACTO SOCIAL

A primeira experiência internacional na adoção de um Contrato de Impacto Social foi no Reino Unido, quando em 2010 a ONG *Social Finance* propôs um modelo de contrato ao Ministério da Justiça para reduzir a reincidência de ex-presidiários do sexo masculino que cumpriram penas de prisão curtas (menos de 12 meses). A intervenção, chamada de *One Service*, foi financiada pelo fundo estruturante *Big Lottery Fund*, que celebrou um acordo com o Ministério da Justiça daquele país para pagar um retorno aos investidores se as metas de redução de reincidências fossem alcançadas. (ANDERS; DORSETTE, 2017; NICHOLLS; TOMKINSON, 2013)

A taxa média de reincidência de presos liberados após penas curtas, de até 12 meses, era de 63%. A caracterização desses reincidentes apontava que eles cometiam em média 43 crimes e chegavam a ser condenados até 7 vezes. O custo estimado dessas reincidências para

o Governo do Reino Unido era de 15 bilhões de Libras Esterlinas. O objetivo do programa era baixar em pelo menos 7% a taxa de reincidência, por meio da reinserção social desses ex-detentos. O prazo para execução do projeto era de 7 anos e o valor investido de 5 milhões de Libras Esterlinas (ANDERS; DORSETTE, 2017; WARNER, 2013; ALBERTSON *et al.*, 2018; NICHOLLS; TOMKINSON, 2013).

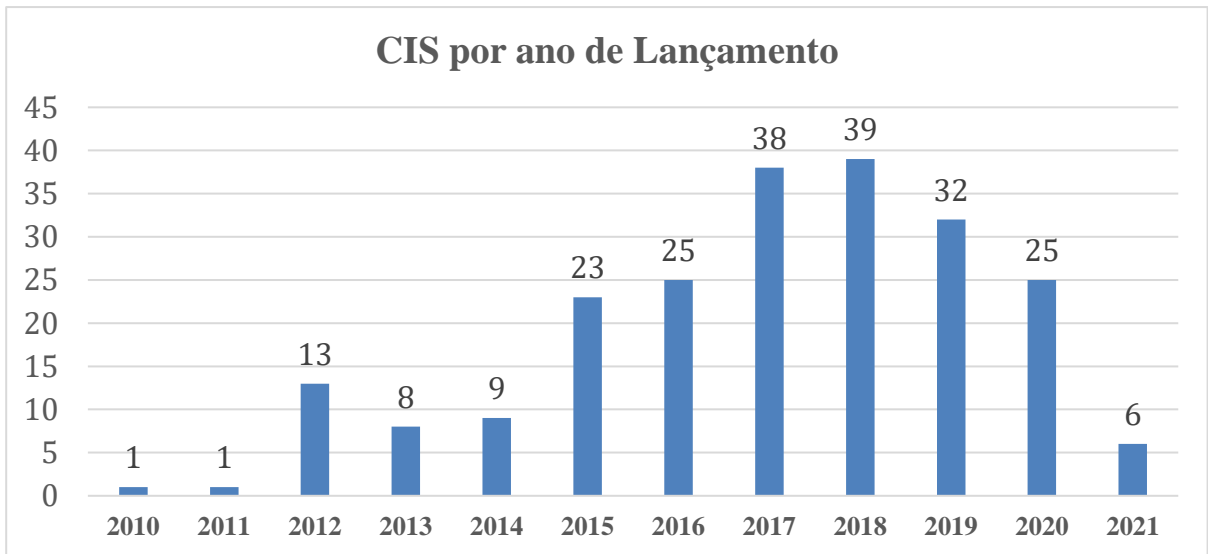
Em 2017, o Ministério da Justiça anunciou que a redução de reincidentes no período foi superior ao registrado no grupo de controle, e somente então o Governo pagou os 17 investidores que realizaram o aporte inicial de 5 milhões de Libras Esterlinas, devolveu o valor inicial e mais um acréscimo de 3% ao ano (ALBERTSON *et al.*, 2018; ANDERS; DORSETTE, 2017; WARNER, 2013).

Passados mais de 10 anos desde o lançamento do primeiro CIS, já eram mais de 227 projetos de contratos de impacto social assinados até fevereiro de 2022, em diferentes estágios, espalhados por 35 países, com recursos estimados de US\$ 547 milhões e cerca de 950 mil pessoas como público-alvo. Quanto a distribuição geográfica, são 151 na Europa, 31 na América do Norte, 16 na Oceania, 15 na Ásia, 8 na África e 6 na América do Sul. A média de usuários atingidos por projetos é de 411 e o tempo de duração médio dos contratos de 50 meses (GO LAB, 2022).

Ao aprofundar o olhar nesses dados descritivos, verifica-se que 180 estão em andamento ou implementação e 47 finalizados. A nação que mais possui contratos é o Reino Unido, com 89 contratos, seguidos por Estados Unidos, com 27, os Países Baixos, com 17 e Portugal com 16. (GO LAB, 2022).

Quanto ao ano de lançamento, houve um pico de crescimento, no intervalo de 2015 a 2018, com redução em seguida. Não há dados a respeito das causas, mas há de se considerar os impactos da situação da emergência sanitária de Covid-19 e sua agenda prioritária em todos os governos, que paralisaram diversos projetos. (GO LAB, 2022).

Gráfico 3– CIS por ano de lançamento



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Ao comparar os projetos lançados por país com a classificação por renda, adotada pelo Banco Mundial (WORLD BANK GROUP, 2022), que classifica os países de acordo com o valor da renda média per capita, observa-se uma grande concentração em países de maior renda.

Para que não haja distorção, uma vez que apenas a renda não reflete as condições de vida da sociedade, classificou-se também essa distribuição de CIS por país relacionada ao Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, que avalia saúde, educação e renda, o que o torna mais apropriado quando se quer medir o desenvolvimento social, conforme o PNUD (2022):

*“O conceito de Desenvolvimento Humano também parte do pressuposto de que para aferir o avanço na qualidade de vida de uma população é preciso ir além do viés puramente econômico e considerar outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana”.*  
(PNUD, 2022, para. 2º)

Assim, foi possível verificar que a concentração de CIS segue alta também quando se utiliza o IDH como critério de categorização, como mostra a Tabela 1.

Além da concentração de projetos em países de alto desenvolvimento e renda, percebe-se também a diferença das áreas de intervenção. Enquanto nos países de alta renda ou desenvolvimento há uma concentração de CIS nas áreas de Emprego e Capacitação Profissional e Crianças e Bem-Estar Familiar, nos países em desenvolvimento ou baixa renda, os projetos estão concentrados na área da saúde.

Tabela 1- Distribuição de CIS segundo a classificação de renda e IDH dos países

<b>Classificação por Renda</b>	<b>Número de Projetos</b>	<b>Percentual</b>
País de alta renda	199	88%
País de renda média-elevada	13	6%
País de renda média-baixa	12	5%
País de baixa renda	03	1%
<b>Classificação por IDH</b>	<b>Número de Projetos</b>	<b>Percentual</b>
Muito Alto	204	90%
Alto	15	7%
Médio	4	2%
Baixo	4	2%

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Segundo Gustafsson-Wright *et al.* (2015), essas diferenças se explicam pela agenda de prioridades dos países mais pobres, que incluem problemas básicos como acesso a água limpa, saneamento, desnutrição, cirurgias de catarata, que já não são mais problemas prioritários em países mais ricos.

A concentração dos CIS em países de maior renda e desenvolvimento, bem como o perfil das intervenções por setor, reflete na classificação geral dos CIS por áreas de aplicação, apresentada na Tabela 2. Há maior concentração em Emprego e Capacitação Profissional (65 projetos) e Crianças e Bem-Estar Familiar (42 projetos). Outra possível explicação para essa concentração é o fato dessas áreas acomodarem projetos mais curtos, de rápida execução e resultados, o que significa também avaliações mais rápidas e menor tempo de retorno do investimento para os financiadores (TORTORICE *et al.*, 2020).

Na sequência, em terceiro lugar, está a área da Saúde, com 35 projetos e cerca de U\$S 83 milhões investidos. Essa área teve seu primeiro CIS contratado em 2015, e desde então manteve-se como uma das áreas que mais lançou projetos no período de 2017 a 2020 (TORTORICE *et al.*, 2020).

Tabela 2- Distribuição de CIS por área de atuação

<b>ÁREA</b>	<b>Número de Projetos</b>
Emprego e Capacitação Profissional	65
Crianças e Bem-Estar Familiar	42
Saúde	35
Moradia	33
Educação	30
Justiça Criminal	17
Redução da Pobreza	3
Agricultura e Meio Ambiente	2

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Dentro da área de saúde, há apenas um CIS específico para resposta ao HIV, chamado *Zero HIV Social Impact Bond*, lançado em 2017 em Londres, Reino Unido, ainda em execução. Organizado pela *Elton John AIDS Foundation*, o programa teve como alvo pacientes com HIV e pessoas nos grupos de alto risco para HIV, e ofertou intervenções inovadoras, junto com OSCs e o governo, para aumentar a testagem de HIV em grupos de alto risco, bem como melhorar o acesso ao tratamento do HIV e retenção em cuidados que são especificamente direcionados para a população alvo. (GO LAB, 2022; STANWORTH, 2020)

Como resultado, o programa espera aumentar o número de diagnósticos positivos de HIV (diminuir a subnotificação) e aumentar o número de pacientes que retornam ao tratamento ao abandoná-lo em algum momento. Trata-se um bom exemplo de uso de indicadores de impacto social, em vez de indicadores meramente quantitativos (GO LAB, 2022; STANWORTH, 2020).

No desenvolvimento do CIS, a *Elton John AIDS Foundation* realizou um estudo de custo-efetividade, baseado em suposições sobre os custos prováveis de tratamento para o HIV e a probabilidade de transmissão do vírus pelos dois grupos que estão em maior risco de infecção na Grande Londres, que são homens que fazem sexo com homens (HSH) e homens afrodescendentes. Esses dois grupos são responsáveis por 85% de todas as novas infecções na região. O estudo calculou que a detecção e tratamento de cada nova infecção resultaria em uma economia para o sistema de saúde de pelo menos GBP 12.000 (Libras Esterlinas) por pessoa, e potencialmente até GBP 62.000 por infecção evitada. (STANWORTH, 2020)

Ainda em execução, a avaliação intermediária realizada por Stanworth (2020), aponta que um dos diferenciais desse CIS é o papel de liderança assumido pela *Elton John AIDS Foundation*. Ao mesmo tempo em que se comprometeu a pagar pelos resultados ao final do período estipulado, caso as metas sejam alcançadas, a Fundação também faz parte do grupo de investidores que fez o aporte inicial para começar as atividades, confiando no sucesso do modelo.

Os avaliadores questionaram então se não seria melhor a *Elton John AIDS Foundation* assumir todo o financiamento da intervenção, e a resposta foi que, em um modelo tradicional de pagamento por resultados, todo o investimento inicial teria partido dela, e que não seria possível atingir o mesmo volume de recursos. Além disso, eles acreditam que, conforme os resultados forem surgindo, os outros investidores irão manter ou aumentar os financiamentos, permitindo que a Fundação pare de investir recursos próprios e a intervenção tenha sustentabilidade financeira. (STANWORTH, 2020)



A definição da intervenção apropriada e dos provedores de serviços são apontadas como as atividades mais importantes no estágio inicial de um CIS. Em alguns casos, o intermediário pode realizar, por conta própria, prospecção de mercado em um setor ou região específica, identificar os problemas e os prestadores de serviços disponíveis. Essa abordagem deve ser utilizada com cautela, e analisar se o problema realmente precisa utilizar esse mecanismo, ou se poderia ser resolvido com as abordagens tradicionais. Evita-se assim sair em busca de um problema para uma solução pronta. (GUSTAFSSON-WRIGHT *et al.*, 2017)

Um aspecto importante identificado por Gustafsson-Wright *et al.* (2017), nos contratos celebrados nos países em desenvolvimento, é que eles são iniciados ou pelo pagador de resultados (em geral o governo), agência de cooperação ou fundação; ou impulsionados por intermediários, que também podem desempenhar um papel de liderança no início de um vínculo de impacto, identificar intervenções e prestadores de serviços apropriados.

Segundo Tortorice *et al.* (2020), que utilizam dados reunidos do *Social Impact Bond Global Database* e que avaliou 131 projetos, a média de investimento em um CIS é de US\$ 3,8 milhões, mas com uma grande variação entre os projetos, que vão de US\$ 100 mil o de menor valor, até US\$ 30 milhões no maior projeto identificado. Os projetos de maior valor estão concentrados nos Estados Unidos, que também possui a maior média de prazo de execução, de 6,5 anos, frente a média global de 4,5 anos.

Cabe ainda destacar que o número de usuários dos serviços em um CIS costuma ser baixo, com média de 411 usuários por projeto. Essa média foi calculada com base nos dados disponíveis de 199 projetos, onde 35 projetos apresentam o número real e atualizado de usuários e outros 164 utilizam projeções de número de usuários atendidos. (GO LAB, 2022)

Entre os principais desafios no desenho e implementação do CIS em países em desenvolvimento envolvem perda de controle sobre uso dos recursos; gestão orçamentária; instabilidade institucional ou de pessoal; e o alinhamento de interesses. (GUSTAFSSON-WRIGHT *et al.*, 2017)

O governo, quando no papel de pagador de resultados, deve estar pronto para abrir parte do controle que ele detém sobre o orçamento e como ele vai ser gasto, e permitir que os prestadores de serviços tomem decisões sobre as especificidades das intervenções. Outro risco que envolve o orçamento, diz respeito aos tempos de pagamentos. No geral, os ciclos orçamentários são anuais, e os CIS são projetados para a entrega de resultados no médio e longo prazo, sem o desembolso inicial. (GUSTAFSSON-WRIGHT *et al.*, 2017)

Dessa forma, o governo deixa de gastar no presente, em função da intervenção do CIS, e esse recurso que deveria subsidiar o pagamento do investidor quando as metas fossem

atingidas, passa a sofrer pressão para aplicação em outras áreas. O risco é a pressão que o orçamento sofrerá quando chegar o momento de reembolsar os gastos do CIS. Uma maneira de mitigar esse risco é a adoção dos chamados Veículos de Propósito Especial, um arranjo jurídico que cria uma espécie de poupança para pagar os resultados em anos futuros. (CARE; DE LISA, 2019; GUSTAFSSON-WRIGHT *et al.*, 2017)

Outro desafio é a instabilidade das condições de sustentação para um CIS, mais frequente em países em desenvolvimento. As mudanças podem ocorrer rapidamente, provocadas pelos ciclos eleitorais ou mudança de pessoas chaves nas instituições, o que resulta na perda de apoio ou conhecimento acumulado. Vale destacar o desafio do alinhamento de interesses entre os atores, por vezes divergentes. A estruturação de um mecanismo complexo como o CIS deve envolver práticas de governança e transparência, e permitir que todos os envolvidos participem ativamente das fases iniciais. (FRASER *et al.*, 2018; GUSTAFSSON-WRIGHT *et al.*, 2017)

### 3.6 CRÍTICAS AO MODELO DE CONTRATO DE IMPACTO SOCIAL

A constante adequação do modelo de aplicação e a falta de um conceito único, conferem aos defensores dos CIS, a flexibilidade necessária para adequar os benefícios propagados às necessidades específicas ou ideologias políticas das partes interessadas (ARENA *et al.*, 2016; FRASER *et al.*, 2018). Essa característica de se moldar aos mais diversos contextos e interesses, também confere críticas ao modelo. Assim, a literatura acadêmica evidencia diferentes narrativas conceituais para o que é o CIS, em alguns casos, contraditórias.

Usualmente descrito como um modelo de contrato do tipo “ganha-ganha” para o governo, investidores e prestadores de serviços, os principais benefícios para os defensores do modelo seriam:

- Transferência do risco ao setor privado (GIACOMANTONIO, 2017; MULGAN *et al.*, 2011);
- Incentivo à inovação na prestação de serviços públicos (EDMISTON; NICHOLLS, 2018; GUSTAFSSON-WRIGHT *et al.*, 2015);
- Foco em intervenções de caráter preventivo (GUSTAFSSON-WRIGHT *et al.*, 2015);

- Economia de recursos do governo e melhores resultados nos serviços prestados (EDMISTON; NICHOLLS, 2018; AZEMATI *et al.*, 2013);
- Aumento da colaboração entre os atores e aprimoramento da accountability (KATZ *et al.*, 2017).

No outro extremo, as críticas ao modelo são:

- Uma das críticas mais comuns relacionadas ao CIS são os altos custos de transação, relacionados principalmente a fase de desenho e implantação do contrato. Principalmente nas primeiras experiências, as rodadas iniciais costumam ser longas, até que se chegue ao alinhamento de interesses, e envolve a presença de intermediários e consultorias, que demandam gastos extras, quando comparado às formas tradicionais de prestação de serviço (MAIER; MEYER 2017, NEYLAND, 2018; TAN *et al.*, 2015);
- Perda do sentido público e mercantilização de serviços sociais, ao enxergar as pessoas como produtos que podem render lucro para investidores privados. Seria a venda de serviços sociais. A entrada de um financiador privado pode, também, retirar a autonomia das OSCs, que passam a seguir a agenda proposta pelo financiador dos serviços (CHIAPELLO, 2015; DOWLING, 2017; HAJER, 2019; WARNER, 2013);
- Incentivo a prática de seleção do “cliente”, conhecida como *creaming* e *parking*. *Parking*, quando os sujeitos que irão receber a intervenção e que sejam mais difíceis ou exijam mais recursos, não são atendido e são colocados de lado. *Creaming*, quando são selecionados sujeitos mais fáceis para receber as intervenções, e assim atingir os resultados pactuados, evitando os casos mais complicados e/ou que exijam mais recursos (BROCCARDO *et al.*, 2019; EDMISTON; NICHOLLS, 2018; HAJER, 2019);
- Os contratos firmados até o momento, em sua maioria, não financiam propostas altamente inovadoras (e potencialmente mais arriscadas), a preferência dos investidores é por alternativas tradicionais e já testadas. Por outro lado, se há bastante evidência de sucesso da intervenção, é mais interessante para o Governo executar de forma tradicional e direta, gastando

menos. (EDMISTON; NICHOLLS, 2018; FRASER *et al.*, 2018; HAJER, 2019);

- Não há evidências de que os CISs entregam melhores resultados em comparação aos formatos tradicionais de prestação de serviços (FRASER *et al.*, 2018).

Apesar da aparente disputa entre estudos “prós” e “contras”, o número de Contratos de Impacto Social não para de crescer ao redor do mundo, bem como as publicações acadêmicas que trazem uma abordagem menos extremista, e mais atenuada dos aspectos positivos e negativos (HAJER, 2019).

Com as avaliações de casos finalizados, começa a surgir evidências de que os CIS estão cumprindo suas metas e pagando os investidores, no entanto, também é cada vez mais evidente que possuem custos de transação bastante elevados, quando comparados a outras formas de contratualização, o que lhe torna eficiente, porém, mais caro de executar (HAJER, 2019).

Assim, uma possível explicação para o seu crescente uso, é a possibilidade de o governo, mesmo sem dispor de recursos suficientes no presente, utilizar os investidores e entregar resultados para a população (HAJER, 2019).

### 3.7 O CONTRATO DE IMPACTO SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO

O Projeto de Lei - PL do Senado Federal nº 338, de 2018, de autoria do Senador Tasso Jereissati, é a formalização de uma agenda legislativa para dar maior visibilidade e segurança jurídica para os Contratos de Impacto Social (TROMBKA; RODRIGUES, 2021).

O PL estabelece que o CIS é um “acordo de vontades por meio do qual uma entidade pública ou privada, com ou sem fins lucrativos, se compromete a atingir determinadas metas de interesse social, mediante o pagamento de contraprestação do poder público, condicionada à verificação, por agente independente, do atingimento dos objetivos”, além de definir também como será feita a seleção do contratado e os elementos necessários ao contrato e à matriz de riscos e responsabilidades. (BRASIL, 2022; SILVA, 2021)

Os principais pontos de inovação no projeto são (CERQUEIRA; LETELIER, 2021):

- Duração de até 10 anos;
- Pagamento após aferição por avaliador independente;

- Modelo de concorrência (menor preço ou maior impacto, ou seja, possibilidade de escolha do concorrente que sinalize “maior impacto social ou ambiental”)
- Criação de SPE - Sociedade de Propósito Específico - como contratada – podendo substituir prestador (es);
- Permite cessão fiduciária dos recebíveis como em estruturas de financiamento.

O projeto foi apresentado por entender-se necessário sanar dois problemas para a implementação eficiente dos CIS no Brasil: primeiramente, a falta de arcabouço jurídico, que dê maior segurança e estabilidade ao instrumento; e em segundo lugar, a necessidade de prover maior segurança aos possíveis investidores, ao excluir a responsabilidades solidária quanto aos problemas em esferas trabalhistas e tributárias causados pelas instituições executoras do CIS. (SILVA, 2021; TROMBKA; RODRIGUES, 2021)

O PL foi aprovado pela Comissão de Assuntos Econômicos em dezembro do mesmo ano, e encaminhado para análise da Secretaria de Apoio à Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, e foi incluída na pauta da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania – CCJC, somente um ano depois. À época, foi programado pela CCJC uma Audiência Pública, que até o momento não foi realizada, devido às mudanças na agenda do Senado em resposta ao combate à Covid-19 (BRASIL, 2022).

Silva (2021) analisou a proposta de emenda à Constituição da República (PEC nº 32/2020), enviada pelo Governo Federal, ao Congresso Nacional, que chama atenção por propor um dispositivo sobre novos instrumentos de cooperação, o que poderia abranger os Contratos de Impacto Social, que dessa forma, estariam incorporados à Constituição brasileira.

Art. 37-A. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão, na forma da lei, firmar instrumentos de cooperação com órgãos e entidades, públicos e privados, para a execução de serviços públicos, inclusive com o compartilhamento de estrutura física e a utilização de recursos humanos de particulares, com ou sem contrapartida financeira. (SILVA, 2021, p. 45)

Apesar de não existir ainda nenhuma legislação específica para CIS aprovada, as dificuldades ou restrições existentes não inviabilizam a sua aplicação. Em uma tentativa de desenvolver um CIS voltado para a educação no Estado de São Paulo, com suporte do Banco Mundial, a consultoria em direito público Sundfeld Advogados, apresentou 3 opções de contratação de um CIS, utilizando a legislação existente: a) contrato de prestação de serviços, por meio da Lei n.º 8.666, de 1993; b) concessão administrativa, nos termos da Lei n.º

11.079/2004; c) termo de colaboração com organização da sociedade civil (OSC), a partir da Lei n.º 13.019, de 2014. (SILVA, 2021)

A primeira opção, mais conhecida e utilizada pelos gestores públicos, permite que o objeto seja a própria prestação do serviço, porém exige detalhes da forma como a intervenção será realizada, definidos previamente, o que afasta a possibilidade de o prestador de serviço readequar as atividades, conforme os resultados alcançados e a necessidade. (SILVA, 2021)

A concessão administrativa, utilizada em PPPs, permite o pagamento atrelado ao alcance de resultados previamente acordados, no entanto, é mais complexa e exige investimento mínimo de R\$ 10 milhões, o que limita sua utilização a intervenções de maior porte.

E por fim, o modelo de celebração de colaboração com OSC, que permite ajustes na forma que a intervenção será realizada, a qualquer momento. Porém, seu vínculo é mais frágil (e o Governo pode rescindir o contrato a qualquer tempo), o que aumenta a análise de riscos, realizadas pelos investidores. (SILVA, 2021)

### 3.8 AS EXPERIÊNCIAS DE CIS NO BRASIL

Em 2019, o Ministério da Economia licitou um projeto piloto, que tinha com objeto a empregabilidade de jovens desempregados, em quantidade igual ou superior a 8% em comparação ao grupo de controle, por meio de qualificação profissional para 800 (oitocentos) jovens. (SILVA, 2021; OLIVEIRA, 2020)

Realizado através de um pregão eletrônico em que participaram 12 empresas, trata-se de uma versão simplificado do CIS, onde o Governo contrata diretamente a instituição executora para realizar a intervenção. (SILVA, 2021; OLIVEIRA, 2020)

Sobre este contrato específico, é importante trazer luz à algumas questões de sua estrutura de formalização que podem ser consideradas inovadoras para contratos comuns de prestação de serviços, mas próprios da metodologia CIS, e outras que podem ser vistas como naturais a processos comuns de prestação e serviços, mas podem atuar também como entraves para uma aplicação eficiente dos CIS. (SILVA, 2021; OLIVEIRA, 2020)

A solução inovadora apresentada nesse contrato, no âmbito do Governo Federal, foi a proposição de pagamento por resultado, em parcela única, somente ao final dos serviços, mediante a avaliação, por entidade própria para esta finalidade, dos resultados alcançados.

Ainda, o Termo de Referência desta contratação também previa o pagamento variável, conforme o resultado alcançado pelo prestador de serviço. (SILVA, 2021; OLIVEIRA, 2020)

Contudo, o planejamento desta contratação não previu a possibilidade de um agente intermediador, e toda a documentação foi planejada para um CIS de estrutura direta, o que exigia do executor da intervenção, conhecimento especializado no objeto do contrato, bem como o fato de não poder realizar subcontratação superior à 25% do serviço contratado; ainda, este modelo de contrato também apresentou uma vedação importante que poderia inviabilizar sua execução, ou ainda a participação de agentes financiadores, ao determinar como vedação a utilização daquele contrato para qualquer operação financeira. (SILVA, 2021; OLIVEIRA, 2020)

No entanto, o projeto piloto não seguiu adiante, sendo paralisado em 2020, devido a pandemia de Covid-19, que trouxe dificuldades extras para que a empresa contratada pudesse cumprir com seu cronograma (SILVA, 2021).

Ainda que não tenha sido implementado, e, portanto, sem resultados para avaliar, o projeto foi alvo de críticas, principalmente pelo seu desenho e como as atividades, e informações, estavam divididas entre os atores envolvidos (OLIVEIRA, 2020).

Oliveira (2020) salienta ainda que o principal problema identificado foi influência dos atores privados no desenho da política pública e a consequente assimetria de informações, o que permitiria uma configuração do modelo de contratação que favorecesse a diminuição do risco assumido pela parte contratada.

Para que pudesse ser feita a avaliação dos impactos da intervenção, o edital previa a inscrição de, no mínimo, o dobro de candidatos sobre o número de vagas ofertadas (2000 inscritos para as 800 vagas ofertadas), mas não estabelecia os critérios de seleção desses candidatos. (OLIVEIRA, 2020)

Assim, uma seleção enviesada poderia facilitar o fenômeno de “*cream e parking*”, onde “*cream*” é a prática de priorizar indivíduos que potencializam o sucesso da intervenção e “*parking*”, evitar os indivíduos com características que implicam em um maior investimento para o alcance do objetivo da intervenção. Dessa feita, a contratada poderia selecionar indivíduos que fossem mais fáceis, mais baratos ou mais propensos a conseguirem um emprego, e assim garantir o atingimento de metas e pagamentos. (CARTER; WHITWORTH, 2015; OLIVEIRA, 2020)

Outra experiência brasileira com o modelo de CIS foi lançada em 2016, pelo Estado de São Paulo, com aporte financeiro do BID e apoio da Insper Metricis, voltado para a educação. O objetivo do CIS era a redução das taxas de evasão escolar da Secretaria de

Educação do Estado de São Paulo, com intervenções em 122 escolas da Região Metropolitana de São Paulo, trabalhando com adolescentes em situação de vulnerabilidade social. (LAZZARINI, 2020; SILVA, 2021)

Após consulta realizada a uma consultoria jurídica, o modelo de contratação escolhido foi por meio da Lei nº 8.666/93, por meio de licitação, na modalidade concorrência. Em dezembro de 2017, foi aberta Consulta Pública, sendo disponibilizadas as minutas do Edital de Licitação, do Contrato e do Termo de Referência. Nesse momento, surgiram críticas de representações de classe, como do Sindicato dos Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo – APEOESP, que acusou o governo de utilizar os alunos em um experimento social e negar verbas para o grupo de controle, em um processo disfarçado de privatização do ensino. (LAZZARINI, 2020; SILVA, 2021)

A pressão contrária ao CIS cresceu e em março de 2018, o então Secretário de Educação de São Paulo, solicitou o arquivamento do processo. (SILVA, 2021)

Também em São Paulo, em 2019, a Fundação Casa, responsável por aplicar medidas socioeducativas a menores infratores, propôs a contratação de OSC para executar ação de impacto social com até 300 adolescentes egressos de medidas socioeducativas de internação, internação sanção e semiliberdade, moradores da Zona Leste ou Zona Norte de São Paulo, seguindo o modelo de CIS. (CERQUEIRA; LETELIER, 2021; SILVA, 2021)

Diferente do caso da Secretaria de Educação, nesse projeto foi proposta a contratualização utilizando o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil, com assinatura de Termo de Fomento entre a Fundação e a OSC a ser escolhida. Entretanto, após duas chamadas públicas desertas, a Fundação abandonou o projeto. (SILVA, 2021)

O Governo do Ceará, com apoio da Sitawi e aporte financeiro do BID, desenvolveu em 2018 um estudo de viabilidade do projeto de Atendimento Pós-Hospitalar, cujo objetivo é reduzir o tempo de hospitalização de pacientes crônicos de longa permanência, que representam mais de 60% dos custos de internação nas unidades hospitalares, e como consequência, diminuir a taxa de ocupação de leitos (SITAWI, 2019).

Não foi possível encontrar informações a respeito do desfecho, mas segundo SILVA (2021, p. 17): “Aparentemente, aquele governo optou por lançar o projeto como parceria público-privada na modelo concessão administrativa de prestação de serviço público.”.

Ainda em 2018, a Sitawi, em conjunto com o Governo do Pará e o Instituto do Homem e Meio Ambiente da Amazônia, estudo de análise de aderência da questão de regularização fundiária ao modelo de Contrato de Impacto Social, ao analisar dimensões como Problema e Métrica de Sucesso; População Alvo; Lacunas e Soluções; Prestadores de



Serviços; Benefícios Sociais e Econômicos; Condições Legais; e Condições Políticas, formando uma base de conhecimento que poderá levar à estruturação de um CIS sobre o tema (SITAWI, 2019).

Em Mato Grosso do Sul, a experiência de pagamento por resultados foi iniciada pela Secretaria de Educação (Seduc-MT), que realizou audiência pública para a contratação de empresa especializada para o fornecimento do Sistema Estruturado de Ensino, que inclui desde o fornecimento de materiais didáticos pedagógicos, até a capacitação de profissionais da educação. Apesar de tomar como base o modelo de Contrato de Impacto Social, com métricas de performance associadas à impactos sociais, a forma de contratação se diferencia dos CISs tradicionais e o processo de licitação está sendo realizado seguindo a Lei nº 8.666/93. (CERQUEIRA; LETELIER, 2021)

Diante do exposto, percebe-se que a maior parte das experiências com CIS não passou da fase de prospecção e desenho da estrutura, com exceção das iniciativas no Estado de São Paulo, que chegaram a fase de licitação dos serviços, mas sem finalizar o certame, e do Ministério da Economia, apesar, de ser considerado um “CIS incompleto”, que contratou o prestador de serviço, mas foi paralisado pelos efeitos da pandemia e revogado.

É possível constatar, em suma, que o CIS começa a ocupar espaço na agenda dos formuladores de políticas públicas, impulsionado principalmente pelas atividades de discussão e divulgação custeados pelo BID, mas que ainda falha na operacionalização (como os mecanismos de governança e comunicação do CIS Educação de São Paulo) e receio da iniciativa privada (como nos exemplos da Fundação Casa e do Estado do Ceará). (LAZZARINI, 2020; SILVA, 2021; SITAWI, 2019)

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A adoção de CIS avança por diversos países, e ainda que a motivação para isso seja diversa, faz-se necessário examinar o que já foi feito, as lições aprendidas e os desafios identificados, para então discutir a utilização do modelo na realidade brasileira.

Os fatores de sucesso e os elementos críticos para a adoção dos CIS ainda não tem suas variáveis e relações bem definidos e sistematizados na literatura, e constituem o ponto de partida para a formulação de teorias que expliquem esse fenômeno. A teoria serve para indicar os fatos observados e prever os ainda não observados; indicar lacunas no conhecimento, da mesma forma que fatos e relações ainda não explicados satisfatoriamente (MARCONI; LAKATOS, 2021).

Assim, a tese aqui apresentada, busca identificar elementos que possam ser uma barreira e preencher lacunas do conhecimento sobre a possível utilização dos CIS no Brasil, apoiada pelas teorias construídas com a experiência observada nos outros países.

Para a produção do conhecimento científico, existem diferentes enfoques teóricos, epistemológicos e metodológicos, e deve ser aplicado o mais adequado à questão estudada. Nessa tese, busca-se o diálogo entre a teoria existente, ainda que incipiente e baseada em experiências em outros contextos sociais, econômicos e culturais, e os fatos do campo de estudo aqui delimitado.

Esse capítulo apresenta a classificação da pesquisa, quanto a sua abordagem e também as estratégias de pesquisa aplicadas, com o intuito de responder à pergunta de investigação, e para isso, emprega métodos e procedimentos adequados ao fenômeno estudado, em busca de evidenciar as maneiras pelas quais ele pode ser observado, o tratamento dos dados e como foram realizadas as análises e proposições, sempre relacionado aos objetivos propostos.

### 4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A pesquisa pode ser classificada de diferentes maneiras, a partir de vários critérios. Quanto a abordagem, essa pesquisa se classifica como qualitativa, quando o pesquisador procura verificar um fenômeno por meio da observação e estudo do mesmo, caracterizado pela tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, no lugar de produzir resultados quantitativos de características ou comportamentos, e pela hierarquização das ações de descrever,

compreender, explicar o fenômeno, e buscar relação entre o local e o global (DIAS; GAMA, 2019; RICHARDSON, 1999).

Cada vez mais aceito na área da saúde e das ciências sociais, a pesquisa qualitativa sofreu muitas críticas por se distanciar do modelo de estudo randomizado controlado, que se converteu no padrão-ouro de investigação científica no século XX. Seu foco em objetos de natureza subjetiva; a não neutralidade do pesquisador; a defesa de que não existe verdade absoluta e universal, são alvos de fortes críticas dos modelos positivistas que domina as chamadas *hard sciences*. (BOSI, 2007; LAKATOS; MARCONI, 2021)

No entanto, sendo a ciência uma produção humana, resultante de relações sociais, o conhecimento é fruto de uma dialética entre o sujeito e o fenômeno em estudo. O método qualitativo então ganha maior importância no século XXI, que pela sua complexidade e transversalidade nas áreas do saber, exige ao lado do desenvolvimento das soluções técnicas, a visão do componente humano, domínio dos estudos qualitativos. (BOSI, 2007)

Esse método também é recomendado para estudos que trabalham com material discursivo ou outras formas linguagem, como dados visuais, e cujo objeto de pesquisa, por sua natureza, nem sempre pode ser descrito na forma de respostas numéricas, valores absolutos, frações, proporções ou frequência de distribuição (FLICK, 2009). Assim é a natureza da pergunta que essa tese se propôs a responder.

Outra característica dessa abordagem é a maior liberdade ao pesquisador, que primeiramente faz a coleta de dados a fim de poder elaborar a “teoria de base” (MARCONI; LAKATOS, 2021). No entanto, não admite regras precisas como hipóteses e variáveis antecipadas, e as teorias aplicáveis deverão ser empregadas no decorrer da investigação, segundo Mason (2017).

De forma geral, a pesquisa qualitativa parte de questões mais amplas, que vão se definir à medida que se desenvolve o trabalho. Muitas características da pesquisa qualitativa estão presentes nesse estudo: uso de contextos cotidianos em que os atores estão envolvidos, em detrimento de condições experimentais; coleta de dados de forma pouco ou não-estruturada, ao partir de questões mais amplas até especificá-las mais; menor preocupação com a demonstração estatística das relações entre as variáveis e maior entendimento do papel delas no fenômeno (ARONSON, 1995; GODOY, 1995; MASON, 2017).

Quanto aos objetivos e características específicas, esse estudo se classifica como exploratório e descritivo. Recomenda-se a pesquisa exploratória quando há pouco conhecimento produzido sobre o assunto pesquisado. Ao considerar o surgimento recente dos contratos de impacto social na agenda de discussões de políticas públicas, a pesquisa

exploratória foi o primeiro passo a ser dado em busca de respostas ao problema de pesquisa, ao delinear o campo de trabalho, mas sem demonstrar ou explicar o fenômeno (LEÃO, 2016; SEVERINO, 2017).

Também se classifica como descritiva, porque para entender o fenômeno, foi necessária a correta descrição do contexto em que ele foi estudado, com dados precisos, em busca da descrição de características de populações ou fenômenos e a correlação entre variáveis. Nesse tipo de pesquisa, além do registro e descrição, há também análise e interpretação dos fenômenos, e suas relações com seu funcionamento no presente (MARCONI; LAKATOS, 2021).

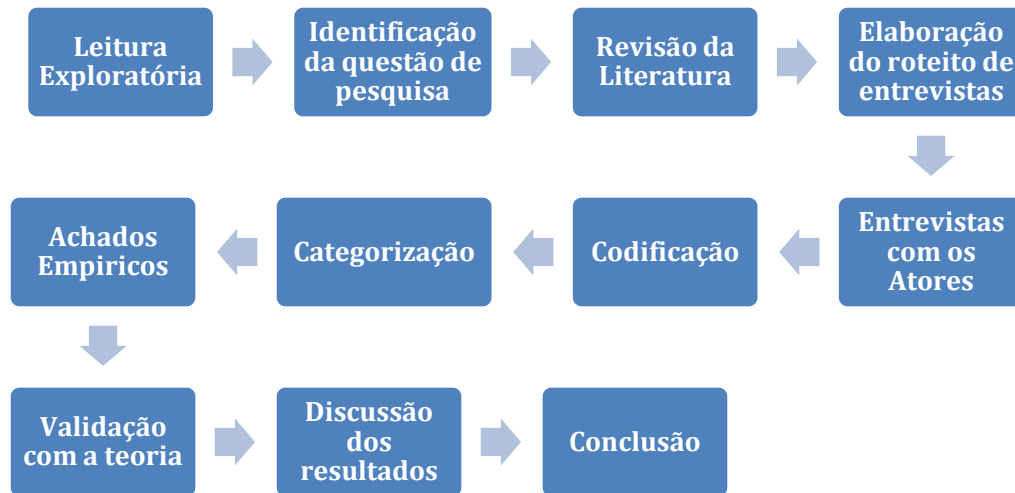
Ao se falar em avaliação de pesquisas qualitativas, é necessário considerar as diferenças da abordagem positivista, aplicada em pesquisas quantitativas, para a pós-positivista. Enquanto na primeira se utiliza os critérios de validade interna, validade externa, confiabilidade e a objetividade, Lincoln e Guba (1985) propõem a adoção de quatro critérios – credibilidade, transferibilidade, dependabilidade e confiabilidade, que uma vez observados, devem garantir a confiabilidade dos resultados de pesquisas ao usar métodos qualitativos.

Ainda sobre a qualidade em pesquisas qualitativas, Yin (2016) estabelece que para construir a confiança e a credibilidade um estudo qualitativo, é necessário cumprir 3 requisitos: transparência, ou seja, o pesquisador deve descrever e documentar seus procedimentos, para que outros possam analisar e tentar compreender o caminho que foi percorrido; metodicidade, quando significa seguir um conjunto ordenado de procedimentos de pesquisa, ainda que se deixe espaço adequado para descobertas e considerações de eventos não previstos e; a fidelidade às evidências, onde o objetivo é fazer os participantes descreverem seus próprios processos de tomada de decisão, e a linguagem é valorizada como a representação da realidade, mas as palavras não podem ser aceitas literalmente, mas sim apresentar evidências que corroborem com essas colocações.

## 4.2 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

O objeto em estudo deve ser o determinante para a escolha do método, e não o contrário. O sujeito deve ser visto dentro de sua vida cotidiana, portanto o campo de estudo não pode ser reproduzido em laboratório, sob condições controladas (FLICK, 2009). A pesquisa qualitativa concentra-se na variedade de perspectivas sobre um mesmo assunto, a partir dos significados sociais e subjetivos atribuídos pelos atores pesquisados. Para atingir seus objetivos, a estratégia de pesquisa apresenta-se resumida na Figura 10.

Figura 10 - Estratégia de pesquisa da tese



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

#### 4.3 COLETA DE DADOS

Para atingir os objetivos deste estudo, tanto fontes secundárias (da revisão de literatura) quanto primárias (coletados através de entrevista semiestruturada) foram usadas para avançar na compreensão do fenômeno e para permitir triangulação, e assim garantir a qualidade da pesquisa e evitar considerações falsas.

A coleta de dados para a revisão da literatura foi feita por meio de bancos de dados on-line, como Scopus, *Google Scholar* e Portal de Periódicos da Capes. Foi consultado ainda banco de dados destinado a projetos de contratos de impacto social, organizado e mantido pela OSC *Government Outcomes Lab – Go Lab*, centro de pesquisa e políticas da *Blavatnik School of Government*, Universidade de Oxford, Reino Unido. Complementarmente, foram utilizados livros e relatórios para a coleta de dados secundários na área da saúde e gestão, apresentados na bibliografia ao final desse trabalho.

Para coleta de dados primários, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Para Lakatos e Marconi (2021), a entrevista pode ser considerada o instrumento por excelência da investigação social, e tem por objetivo principal a obtenção de informações do entrevistado, sob determinado assunto ou tema, que permita estabelecer a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação (BAUER; GASKELL, 2017).

As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, definidas em um roteiro previamente definido, porém flexível. O pesquisador deve conduzir a entrevista em um contexto semelhante a uma conversa informal, ao deixar o entrevistado a vontade para

falar o que acha sobre o assunto. Não há uma conduta ou comportamento único do entrevistador, que deve se atentar aos sinais do entrevistado e se esforçar para deixá-lo à vontade para falar. O entrevistador pode intervir para dirigir a discussão para o assunto que o interessa, para complementar as perguntas (RUSSO; DA SILVA, 2019).

Para o desenvolvimento das entrevistas, o primeiro passo foi o desenvolvimento de um referencial teórico relacionado à questão central desta pesquisa. Dessa forma, foi possível identificar conceitos e temas centrais a serem abordados, que permitiram a definição do roteiro (ou tópico guia) das entrevistas, apresentado no Quadro 5. (BAUER; GASKELL, 2017; MINAYO, 2012)

Quadro 5 - Roteiro das entrevistas semiestruturadas

<b>Tema Central</b>	<b>Questões levantadas nas entrevistas</b>
Satisfação com a prestação de serviços públicos	Entender como o(a) entrevistado(a) avalia o desempenho de sua instituição, e o que pode ser melhorado.
Experiência com parcerias público-privadas	Avaliar o nível de experiência e satisfação do(a) entrevistado(a) com outras formas de contratualização e financiamento entre público-privado.
Conhecimento sobre CIS	Avaliar se o(a) entrevistado(a) possui conhecimento prévio sobre o modelo de CIS e qual nível de aprofundamento.
Percepções sobre o modelo básico apresentado	O que o(a) entrevistado(a) considera como potencial benefício, incentivo, risco ou barreira ao uso do CIS em sua área de atuação. Apresentação de exemplos hipotéticos.
Aplicabilidade à área da Saúde	Identificar a percepção do(a) entrevistado(a) quanto aplicação do modelo na área da saúde e HIV/aids.

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

O roteiro de perguntas continha perguntas comuns a todos os entrevistados e um número menor de perguntas específicas para cada grupo. O guia foi utilizado como um roteiro básico ao pesquisador, para que não houvesse esquecimento de nenhum tema, e não como questionário propriamente dito. Após as primeiras entrevistas realizadas, identificou-se a necessidade de suprimir alguns questionamentos, como o pedido de sugestão de indicadores de impacto social, e adicionar outros, como o papel dos órgãos de controle, com o intuito de melhorar o entendimento do entrevistado e consequente qualidade das respostas.

Os temas e perguntas facilitam a estruturação da entrevista de uma forma que seja possível garantir que os mesmos pontos foram abordados com todos os respondentes, mas o

pesquisador tem a liberdade alterar o roteiro da forma que achar mais apropriada (BAUER; GASKELL, 2017; LEGARD *et al.*, 2003; MINAYO, 2012).

Assim, a principal modificação diz respeito à questão do uso de indicadores e possíveis exemplos de respostas ao HIV/aids. Devido a diversidade de formação e área de atuação dos respondentes, esse exemplo demasiadamente específico, não era adequadamente compreendido e por vezes resultava na percepção de incômodo por parte dos entrevistados, ao não saber responder.

Ao prever a possibilidade do (a) entrevistado (a) desconhecer o modelo de CIS, e para poder capturar o seu sentimento em relação ao primeiro contato com o tema, foi elaborado seguinte enunciado conceitual sobre o que são os CIS, apresentado a todos que disseram não saber ou não ter conhecimento suficiente para opinar:

“Os Contratos de Impacto Social ou *Social Impact Bonds* são um mecanismo de contratação e pagamento de agentes privados, que fica responsável pela prestação de serviço de interesse social. O pagamento está condicionado ao atingimento de metas de impacto social. Caso as metas não sejam atingidas, o agente privado arca com todos os custos sem nenhum pagamento do Governo, e transferir assim o risco de fracasso para o agente privado. Todo custo inicial da operação é financiado com recursos privados, não sendo necessário nenhum desembolso do Governo nessa etapa. O processo de estruturação e execução deve ser monitorado e avaliado por um auditor externo”. (Elaborado pelo autor)

Ao considerar que o objetivo central dessa pesquisa é identificar fatores críticos para utilização do CIS no Brasil, na área de HIV/aids, foram apresentados pontos positivos e pontos negativos aos entrevistados, que refletem características ou consequências do uso desse mecanismo de financiamento e execução de políticas públicas, coletados na revisão de literatura. (ALBERTSON *et al.*, 2018; COOPER *et al.*, 2016; DISLEY *et al.*, 2015; FRASER *et al.*, 2018; GUSTAFSSON-WRIGHT *et al.*, 2015; MULGAN *et al.*, 2011; SINCLAIR *et al.*, 2021; WARNER, 2013, 2015)

Apresentados inicialmente na forma de tópicos categorizados em Positivos e Negativos (Quadro 6), onde o entrevistado deveria apontar qual teria mais peso na sua decisão de adotar ou não esse modelo na sua área, após as duas primeiras entrevistas, optou-se por apresentá-los de forma misturada, de forma a tentar reduzir o pré-julgamento que o significado das categorias poderia ter sob suas respostas.

Quadro 6 - Aspectos positivos e negativos dos CIS

<b>Aspectos Positivos</b>	<b>Aspectos Negativos</b>
Canalização de recursos privados para resolver problemas públicos	Altos custos de transação
Potencial de produzir e testar soluções inovadoras	Perda do sentido de “público” na prestação dos serviços
Transferência de risco do ente público para o agente privado	A governança envolve os entes públicos, os prestadores de serviços, investidores e intermediários, mas deixa pouco espaço para os beneficiários participarem das decisões
Abordagens customizadas aos problemas de grupos específicos da população	Dificuldade de escalar a nível nacional
Adoção de mecanismos de mercado na resolução de problemas sociais	

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

A fase seguinte à elaboração do roteiro (ou tópico guia), foi a seleção dos entrevistados. Diferente dos métodos de abordagem quantitativa, é melhor empregar o termo seleção de entrevistados, em vez de amostragem, que remete a pesquisa de opinião e levantamentos que se utilizam de amostras estatísticas da população. Não se deseja aqui contar a quantidade de opiniões semelhantes, mas sim explorar o que há entre as diferentes opiniões sobre o assunto em questão. (BAUER; GASKELL, 2017)

Também não foi feita uma delimitação prévia do número de respondentes, total ou por grupos. Segundo Minayo (2017, p.10), “(...) uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo”. *Corpus* de pesquisa muito grandes, no entanto, podem resultar em uma quantidade excessivamente grande de textos extraídos das entrevistas para serem analisadas, com risco de perda de informações importantes no relatório escrito. Este limite, por pesquisador, ficaria em torno de 15 a 25 entrevistas individuais (BAUER; GASKELL, 2017).

Segundo Lakatos e Marconi (2021), nessa modalidade, o pesquisador está interessado na opinião de determinados elementos da população, e se dirige àqueles que pela função desempenhada, cargos que exercem, experiência ou prestígio social que possuem, podem exercer influência sobre a opinião dos demais.

A construção de um CIS requer o alinhamento de diversos grupos de atores, com cada qual com seus objetivos e motivações, bem como estão inseridos em contextos diferentes. Assim, a seleção de participantes foi feita de forma intencional e por conveniência. Em



atenção às limitações impostas pela pandemia de Covid-19, principalmente na disponibilidade das pessoas, buscou-se fontes por proximidade ou acessibilidade, de forma intencional.

Com base nas leituras prévias, o pesquisador procurou representantes de cada um dos principais núcleos envolvidos na concepção de um CIS: governo, prestador de serviço (OSC), investidor, intermediário. Um quinto grupo foi adicionado, após as primeiras entrevistas apontarem como importante *player* na execução de um CIS no Brasil, os órgãos de controle.

Para os entrevistados que representam o governo, foram utilizados como critérios: que estivesse, no momento da entrevista, exercendo função de comando superior ou estratégico ou que tivesse experiência prévia em tais funções, preferencialmente na área da saúde e, de diferentes Estados, organizações e nível federativo (federal, estadual e municipal).

Foram convidados a participar 15 gestores de organizações públicas, dos quais 08 efetivamente participaram das entrevistas. Para os entrevistados desse grupo, foi utilizado o código GOV, conforme Quadro 7.

Quadro 7 - Entrevistas com gestores do setor público

Participante	Função	Experiência	Organização	Duração
GOV1	Diretor Regional de Unidade - Amazonas	Doutor em Biologia; pesquisador na área da saúde; dirigente de órgão público	ICT pública, federal, na área da saúde	26 minutos e 22 segundos
GOV2	Vice-Diretor de Unidade - Bahia	Doutor em Gestão; expertise em finanças e controle, planejamento	ICT pública, federal, na área da saúde	40 minutos e 58 segundos
GOV3	Gestora de Núcleo de Inovação Tecnológica – NIT – Minas Gerais	Bacharel em direito e administração; vice-diretora de unidade regional de ICT; gestão de recursos da saúde	ICT pública, federal, na área da saúde	51 minutos e 41 segundos
GOV4	Assessor de Planejamento – Distrito Federal	Economista; experiência com gestão da saúde; secretário municipal de saúde; diretor do Ministério da Saúde	ICT pública, federal, na área da saúde	33 minutos e 21 segundos
GOV5	Especialista em compras públicas para inovação – Distrito Federal	Doutor em Política Científica e Tecnológica; consultor ad hoc da ONU para políticas de inovação; políticas de inovação, compras públicas	Escola de Governo – capacitação do funcionalismo público	53 minutos e 21 segundos
GOV6	Diretor de Unidade de Pesquisa e Fabricação de Insumos para Saúde – Rio de Janeiro	Doutor em Gestão de Tecnologia e Inovação; diretor de unidades de pesquisa	Instituição de pesquisa, inovação, desenvolvimento tecnológico e produção de vacinas, kits para diagnóstico e biofármacos	48 minutos e 58 segundos
GOV7	Coordenador Municipal de IST - Amazonas	Não informado	Departamento responsável pelas ações de controle de	52 minutos e 49 segundos

GOV8	Secretário Municipal de Saúde - Amazonas	Administrador; gestor municipal de recursos da saúde	ISTs no município. Secretaria Municipal de Barreirinha, interior do Amazonas	41 minutos e 02 segundos
------	------------------------------------------	------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Para representar o grupo dos investidores, utilizou-se como requisito para escolha, ter experiência como gestor de fundo financeiro que trabalhe com investimentos privados na área de impacto social. Foram feitos contatos com 6 indivíduos, dos quais 3 aceitaram participar das entrevistas, apresentadas no Quadro 8.

Quadro 8 - Entrevistas com os investidores

Participante	Função	Experiência	Organização	Duração
INV1	CFO empresa privada - Amazonas	Engenheiro Civil; atuação com gestão de riscos, <i>compliance</i> , ética, governança	Grupo empresarial do segmento varejista; <i>fintech</i> ; investimentos de impacto social; internet; faturamento anual de R\$ 2,5 bi.	46 minutos e 59 segundos
INV2	Diretor Executivo de Fundo de Investimentos	Engenheiro, com mestrado em inovação e políticas públicas pelo MIT	Gestora de investimentos em energia renovável; habitação e direitos de propriedade; educação; economia circular aplicada; florestas, agricultura e biodiversidade.	46 minutos e 42 segundos
INV3	Diretor de Programas	Mestre em Recursos Florestais; experiências em políticas públicas (governo federal); trajetória na área socioambiental; gestor de Investimento Social Privado	OSC de investimento de impacto	48 minutos e 44 segundos

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

A escolha dos entrevistados que pudessem representar o núcleo dos prestadores de serviços, foi feita com base nos critérios de atuação na área de resposta ao HIV/aids, e ativa no momento da entrevista. Foram acessados 3 respondentes, sendo 2 de OSC de atuação nacional, com atividades no Estado do Amazonas e 1 uma OSC de atuação internacional em 45 países, com atividades no Estado do Amazonas. A caracterização e duração das entrevistas são apresentadas no Quadro 9.

Quadro 9 - Entrevistas com prestadores de serviços - OSCs

Participante	Função	Experiência	Organização	Duração
OSC1	Diretora Regional da OSC - Brasil	Médica, Consultora da OMS e OPAS na área de IST/HIV/aids; Consultora OPAS; Dirigente de órgão no Ministério da Saúde	OSC com atuação internacional no combate do HIV/aids	49 minutos e 03 segundos
OSC2	Representante local de OSC - Amazonas	Representante local de OSC; consultora regional da UNESCO	OSC que atua na promoção do fortalecimento das pessoas positivas para o vírus HIV	52 minutos e 49 segundos
OSC3	Ativista de OSC - Amazonas	Farmacêutico; ativista em grupos de defesa de pessoas vivendo com HIV	OSC que atua na promoção do fortalecimento das pessoas positivas para o vírus HIV	52 minutos e 49 segundos

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

As leituras prévias sobre os CIS apontam o pioneirismo e liderança da Sitawi Finanças do Bem, uma organização social de interesse público (OSCIP) que atua no desenvolvimento de soluções financeiras para impacto social e na análise da performance socioambiental de empresas e instituições financeiras.

Desde 2015, trabalha no desenvolvimento do ecossistema de CIS no Brasil, ao divulgar o modelo, realizar eventos de discussão, e prestar assessoramento a governos e investidores interessados na sua utilização. Em 2019, organizou a 1ª Chamada Sitawi de Contratos de Impacto Social, que tinha como objetivo buscar no setor público projetos com alta aderência ao modelo de implementação como Contrato de Impacto Social (CERQUEIRA; LETELIER, 2021).

Dessa forma, na análise do pesquisador, é quem se credencia, até o momento, a atuar de como intermediário de um CIS, na integralidade de suas funções como gestor de fundos de recursos privados, organizador e “conector” de todos os outros atores, sendo, portanto, escolhido como representante desse núcleo por intencionalidade e acessibilidade. A entrevista foi realizada com seu fundador e *CEO*, e teve duração de 16 minutos e 11 segundos.

Após as primeiras entrevistas, emergiu dos dados coletados a necessidade de se ouvir também os órgãos de controle externo do setor público, mais especificamente dos Tribunais de Contas, da União e dos Estados.

Essas organizações têm a missão de fiscalizar os recursos públicos e aprimorar mecanismos de governança, accountability e o combate à corrupção. Foram entrevistados dois representantes, conforme descrito no Quadro 10. O critério de escolha foi o de acessibilidade. Foram feitos convites à 4 representantes, sendo que 2 aceitaram participar das entrevistas.

Quadro 10 - Entrevistas com representantes dos Tribunais de Contas

Participante	Função	Experiência	Organização	Duração
TC1	Chefe do Departamento de Auditoria em Saúde do Tribunal de Contas - Amazonas	Bacharel em Direito; experiência em auditoria de contas públicas em saúde	Tribunal de Contas estadual	1 hora, 54 minutos e 18 segundos
TC2	Chefe do Departamento de Análise de Transferências Voluntárias - Amazonas	Economista; experiência em auditoria de contas públicas e transferências voluntárias	Tribunal de Contas estadual	1 hora, 54 minutos e 18 segundos

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

As entrevistas foram realizadas no período de novembro de 2020 a janeiro de 2022, e devido as circunstâncias da pandemia de COVID-19 durante a coleta de dados, foram conduzidas à distância, com auxílio de softwares de comunicação de voz e vídeo pela internet, como *ZOOM* e *Microsoft Teams*, com exceção dos entrevistados GOV7, GOV8, OSC2 e OSC3, que com a flexibilização das medidas de isolamento e distanciamento em função da COVID-19, a partir de outubro de 2021, aceitaram realizar presencialmente.

As entrevistas foram agendadas previamente e ao iniciar, foi solicitada autorização para gravação, e informado que se tratava da coleta de dados para fins acadêmicos, sem juízo de valor ou respostas certas ou erradas. Todos autorizaram a gravação, que posteriormente serviu de base para as transcrições literais das entrevistas.

Foi informado aos respondentes que seria mantido o anonimato quanto ao seu nome, organização e respostas, que seriam discutidas apenas com a orientadora do pesquisador. Alguns informaram permitir a divulgação do seu nome, mas por escolha do autor, se manteve a codificação dos respondentes e suas respectivas organizações no texto final, com exceção do representante do grupo dos Intermediários, apontado como caso único.

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Assim como a construção do roteiro deve ser guiada pelo problema de pesquisa e no objetivo da investigação, a análise dos dados coletados também deve ser teoricamente orientada (BAUER; GASKELL, 2017). Para Creswell (2015), a análise na pesquisa qualitativa é constituída de preparação e organização dos dados (textos transcritos, imagens, áudios), para então executar a redução dos dados aos temas por meio de um processo de codificação e condensação dos códigos, para apresentar os resultados na discussão e

conclusão. É um conceito semelhante ao defendido por Yin (2016), para quem a análise de dados qualitativos ocorre em 5 fases: compilar, decompor, recompor, interpretar e concluir.

A primeira fase significa então uma transcrição de qualidade e bem detalhada, para organizar as informações e transformar os dados brutos em textos de fácil leitura e análise (MILES; HUBERMAN; SALDAÑA, 2018). No entanto, identificar ideias e evidências em meio a uma grande quantidade de dados brutos pode ser tarefa muito difícil, e por isso, as análises qualitativas costumam adotar o processo de codificação. (BAUER; GASKELL, 2017)

Na pesquisa qualitativa, código é uma palavra ou frase curta que, simbolicamente, confere um atributo que representa a essência ou significado de um conjunto de dados coletados. Para Gibbs (2009) a codificação é a forma como se define sobre o que se tratará os dados em análise.

Uma das técnicas de elaboração dos códigos é a Codificação por Ciclos, proposta por Saldaña (2013). Nesse método, o processo de análise dos dados ocorre em dois ciclos de codificação e uma etapa intermediária. No primeiro ciclo, os códigos são definidos pelo uso de uma ou mais das 25 categorias apresentadas pelo autor. Esse primeiro ciclo pode ser derivado da revisão da literatura ou da leitura inicial dos dados coletados, sendo também chamada de codificação dedutiva.

O segundo ciclo parte dos resultados do primeiro ciclo, após o processo intermediário de tematização dos dados, e visa classificar, priorizar, integrar, sintetizar, abstrair, conceitualizar ou construir teorias. Esse processo também é chamado de codificação indutiva. (MILES *et al.*, 2018; SALDAÑA, 2013)

Para esse processo de codificação por ciclos, foi utilizado o *software* ATLAS.ti 22, como ferramenta auxiliar de decomposição e análise dos dados, para facilitar a codificação e, por consequência, possibilitar melhor visualização e interpretação do corpus da pesquisa. O uso de softwares de análise de dados qualitativos permite que o pesquisador organize mais facilmente os seus dados, conte com ferramentas automatizadas de estabelecimento de padrões e frequência, e mantenha assim o foco no seu objetivo.

Segundo Saldaña (2013), a codificação é o elo crítico entre a coleta de dados e a sua explicação de significados. Dessa forma, o primeiro ciclo ou codificação inicial de dados qualitativos serve para fazer uma análise, avaliação e interpretação dos significados do material coletado, ao relacionar com diferentes temas e ideias.

Essa etapa compreendeu a leitura geral do material coletado e transcrito, com a sistematização de 17 documentos, que receberam as iniciais dos grupos a que pertenciam, seguido por um numeral que indica a ordem em que foi coletado. Esse material foi então

inserido no *software* ATLAS.ti, em seguida pela extração das unidades básicas de análise, para destacar todas as palavras, frases e trechos curtos que merecem atenção como evidências relacionadas aos propósitos da pesquisa, e para isso, utilizou-se a ferramenta de citação do *software*. A partir desses segmentos, iniciou-se o primeiro ciclo de codificação.

Para o primeiro ciclo, foi utilizada a abordagem de codificação estrutural, também conhecida como código baseado na pergunta, por atribuir uma frase conceitual ou conteúdo que se relaciona a um tópico ou pergunta do roteiro de pesquisa (GIBBS, 2009; SALDAÑA, 2013). Foram gerados 8 códigos, apresentados no Quadro 11.

Quadro 11 – Codificação estrutural e pergunta norteadora

<b>Codificação Estrutural</b>	<b>Pergunta Norteadora</b>
Modelos atuais de financiamento e prestação de serviços	Quais alternativas existentes hoje para financiamento e prestação de serviços públicos?
Relacionamento entre os entes públicos e privados	Como você avalia a experiência no relacionamento público-privado?
Conhecimento prévio sobre CIS	Qual o conhecimento prévio sobre o modelo de CIS
Dúvidas sobre o modelo apresentado	Quais os principais questionamentos a respeito do modelo de CIS?
Riscos envolvidos	Quais os principais riscos identificados na análise prévia do(a) entrevistado(a)?
Aplicabilidade nas políticas de HIV/aids	É possível aplicar o modelo nas políticas de HIV/aids?
Adequação do modelo segundo o grau de inovação e risco	O modelo é mais bem utilizado em propostas inovadoras e com maior risco, ou em propostas mais conservadoras, retorno garantido?
Motivação para adoção do modelo	Qual característica do modelo tem maior peso na avaliação do(a) entrevistado(a)?
Aplicação na área da Saúde	Qual a reação do(a) entrevistado(a) quanto a possível aplicação do modelo na área da saúde?

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Saldaña (2013) afirma que a codificação estrutural talvez seja mais adequada para transcrições de entrevistas do que outros dados, como notas de campo geradas por pesquisadores. Nesse método, além da codificação inicial, o pesquisador já categoriza inicialmente o corpus de dados para examinar as semelhanças, diferenças e relacionamentos dos segmentos comparáveis.

A abordagem de codificação estrutural pode ser utilizada em quase todos os estudos qualitativos, sendo mais apropriada para aqueles que possuem diversos participantes, roteiros estruturados ou semiestruturados ou, estudos exploratórios, para obter uma lista de tópicos ou tema mais abrangente. (SALDAÑA, 2013)

Ao final do processo inicial de codificação, os códigos que emergiram do material analisado foram submetidos ao processo de codificação transitória, que segundo o modelo proposto por Saldaña (2013), serve para realizar uma reanálise dos dados e categorizar, a partir da classificação desses códigos.

Para o ciclo de transição aplicou-se o mapeamento de códigos (SALDAÑA, 2013), conjunto completo de códigos que é reorganizado em uma lista selecionada de categorias, e que se condensa em temas ou conceitos centrais do estudo. O Quadro 12 apresenta as categorias criadas e os códigos a que estão relacionadas.

Quadro 12– Codificação estrutural e categorização

<b>Codificação Estrutural</b>	<b>Categorias</b>
• Modelos atuais de financiamento e prestação de serviços	Contexto Geral
• Relacionamento entre os entes públicos e privados	
• Conhecimento prévio sobre CIS	Conhecimento do Modelo de CIS
• Dúvidas sobre o modelo apresentado	
• Riscos envolvidos	Percepções sobre o CIS
• Motivação para adoção do modelo	
• Adequação do modelo segundo o grau de inovação e risco	
• Aplicação na área da Saúde	Aplicabilidade à área de HIV/aids
• Aplicabilidade nas políticas de HIV/aids	

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

A codificação axial busca reunir dados que foram divididos ou fracionados durante o primeiro ciclo da análise, ao reorganizar o conjunto de dados em um novo arranjo, criar significados, verificar sinônimos, remover redundâncias e determinar os códigos mais representativos (MILES et al., 2018).

Essa foi a metodologia adotada no processo de codificação secundária, que resultou nos códigos axiais descritos no Quadro 13.

Quadro 13– Categorização e codificação dos dados coletados

<b>Codificação Estrutural</b>	<b>Categorias</b>	<b>Codificação Axial</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelos atuais de financiamento e prestação de serviços</li> <li>• Relacionamento entre os entes públicos e privados</li> </ul>	Contexto Geral	Aderência a modelos de parceria Público-Privado
		Confiança nas Instituições
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento prévio sobre CIS</li> </ul>	Conhecimento do Modelo de CIS	Conhecimento e capacidade de desenvolver/atuar no CIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dúvidas sobre o modelo apresentado</li> <li>• Riscos envolvidos</li> <li>• Motivação para adoção do modelo</li> <li>• Adequação do modelo segundo o grau de inovação e risco</li> </ul>	Percepções sobre o CIS	Interesses, condições ou restrições do Governo
		Interesse, condições ou restrições dos Investidores
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação na área da Saúde</li> <li>• Aplicabilidade nas políticas de HIV/aids</li> </ul>	Aplicação na área de HIV/aids	Especificidades para atuação no SUS e/ou com HIV/aids

Fonte: elaborado pelo autor (2022).

A segunda fase de codificação foi então aplicada na análise das entrevistas e, com o auxílio do software ATLAS.ti, novos trechos das falas foram relacionados aos códigos axiais gerados, em busca de evidenciar a compreensão dos atores sobre os CISs e sua aplicabilidade, no contexto brasileiro e mais especificamente, em programas de respostas ao HIV/aids.



## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados das dezessete entrevistas realizadas, transcritas e codificadas, com o intuito de alcançar os objetivos da pesquisa. Para isso, buscou-se a relação entre os dados coletados, tendo como base as categorias e códigos gerados, e a pergunta problema da pesquisa, em conformidade com o referencial teórico apresentado.

Os entrevistados possuíam conhecimento e experiência em diferentes áreas, e as perguntas procuraram externar seus pensamentos a respeito da viabilidade, condições e implicações do uso de Contratos de Impacto Social no Brasil.

Nesta etapa da pesquisa, após a análise inicial do corpus de dados e o agrupamento em 4 categorias (Contexto Geral; Conhecimento do Modelo de CIS; Percepções sobre o CIS; Aplicabilidade à área de HIV/aids), apresenta-se os resultados interpretados dos conjuntos de análise, representadas pelos códigos axiais, e suas relações, e para isso, utilizou-se o apoio de replicações literais das falas dos entrevistados. A interpretação dos resultados, frente às evidências do referencial teórico, será apresentada no capítulo seguinte, de discussão dos resultados.

### 5.1 CONHECIMENTO E CAPACIDADE DE DESENVOLVER E ATUAR EM UM CIS

Um ponto crucial para discutir as barreiras que o CIS pode ter no Brasil é o desconhecimento quase unânime entre os representantes do Governo (inclusive os representantes dos Tribunais de Contas) e os possíveis provedores de serviços, as OSCs. Com exceção do entrevistado GOV6, que afirmou ter conhecido o modelo durante o período que morou na Inglaterra, todos os outros afirmaram desconhecer esse mecanismo ou apenas “ouviu falar”.

A falta de compreensão sobre os CIS, com seus pontos positivos e negativos, e as habilidades e conhecimentos necessários para estruturar e/ou atuar em um contrato desse tipo, dificulta o debate e a possibilidade de que os tomadores de decisão, tanto no governo quanto na iniciativa privada, optem por escolher esse caminho, em vez de modelos já conhecidos de contratualização ou mesmo a prestação direta do serviço.

Isso fica claro quando, logo após apresentar a descrição básica de funcionamento de um CIS, surgem discursos de desconfiança e descrédito com o modelo, como evidenciado nas falas dos entrevistados do grupo do Governo, a seguir:

***Eu acho muito complexo, não é? Isso no Brasil, o investidor privado arcar com todos os recursos e depende do serviço, não é, depende do serviço. Porque a população vai ser atendida diretamente no SUS. Como você vai separar quem foi para o SUS e como vai ser? Isso é muito difícil. Muito difícil.*** (GOV1)

*E eu acho que a proposta é interessante, é, mas **eu acho que temos que ter todas as cautelas possíveis, não é?** Para evitar a distorção desse impacto.* (GOV2)

***É uma ideia interessante, mas eu acho que a gente ainda tem que construir outras coisas antes de implementar,** para que ela realmente alcance o seu objetivo, porque implementar por implementar, mas se realmente a realidade da população vai mudar em função desse tipo de modelo de administrar, enfim, aí já é uma outra questão muito mais complexa [...] **Então, eu acho que a administração pública, em si, não está preparada,** pelo menos, olhando a administração estadual e municipal aqui no Amazonas, não sei a nível federal, mas eu não acho que... risco muito elevado de implementar esse processo aqui dentro, agora [...] **Atualmente não tem condições, a administração pública não está estruturada para isso.** Claro, eles não estão pensando nisso, talvez, se isso for algo que esteja no planejamento governamental, seja qual nível for, talvez avance, para se preparar para isso. Para os mecanismos que hoje já existem, já não existe estrutura, quanto mais para um desse, que deixaria totalmente as mãos do parceiro privado, por assim dizer.* (TC1)

Foi possível identificar nas falas as possíveis razões para essa reação inicial, tanto entre representantes do governo quanto dos investidores entrevistados. A que mais se destaca é a ausência de pessoal qualificado na gestão pública, tanto para pensar e discutir modelos de inovação na prestação dos serviços, quanto para operar um CIS.

*Eu penso que não saber do que se trata é um entrave absurdo. **Então, falta capacitação dos servidores em modelos de negócios, em possibilidades modernas contratuais, que podem ser usadas no serviço público.** Então, a gente tem uma falta de investimento em ações de ponta. Então, você pode capacitar o servidor com vários cursos, mas esses cursos, de verdade, não alcancem o interesse, por exemplo, de um contrato de extrema relevância para a administração pública. **Então, a falta de conhecimento é um entrave...** então, a gente precisa realmente ter um corpo técnico que atenda a necessidade do país, que não adianta, a gente não vai chegar a lugar nenhum com cientistas brilhantes, mas que não conseguem fazer o processo de compra de um reagente de um medicamento porque a gestão não consegue entender como funciona aquilo ali. Então, essa é uma questão que eu acho importante a gente considerar e trazer uma reflexão maior nos nossos meios.* (GOV3)

*É uma crítica que eu tenho inclusive aos órgãos de controle, que estão, na verdade, amarrados pela legislação, a gente sabe disso. Mas eles visam muito os processos e pouco ao resultado. Então eu sou sempre a favor de a gente buscar novos modelos, novas técnicas que privilegiem o resultado - e principalmente o resultado de longo prazo, como eu falei antes, sempre resultados que não sejam puramente resultados quantitativos, sejam resultados, como você falou, que gerem impactos futuros, inclusive, mais duradouros. Eu acho que essa é a forma mais moderna e mais inteligente de se trabalhar hoje em dia. (GOV6)*

O gestor GOV5 aponta que seriam três os principais entraves para adoção desse modelo na gestão pública brasileira:

*Eu tenho percebido que a qualificação para executar essas coisas mais elaboradas tem sido um gargalo significativo. Mesmo na minha área, em que a tendência é ter uma qualificação melhor, que é ciência, tecnologia e inovação. Então, de cara isso me parece ser desafiador para a qualidade do pessoal que está no serviço público de maneira geral, dos operadores. E principalmente dos operadores na área social. Um grande desafio aí é entender esses conceitos [...] os operadores operam em uma caixa muito fechada. Que é caixa que diz o seguinte: o que é público, é público; o que é privado, é privado. E qualquer lucro ou apropriação do público pelo privado é maléfica para a sociedade e deve ser evitado a todo custo. Eles são muito bem formados nisso. Mesmo quando eles percebem a existência de outras caixinhas, mesmo que as leis estejam no mesmo nível hierárquico, eles optam por permanecer nessa caixinha. Então: essas outras caixinhas? Eu entendi que tem lei de inovação, entendi que tem lei dos contratos de impacto social. Entendi tudo isso, muito legal. Mas isso aqui é a jurisprudência brasileira e eu fui treinado e formado nisso, nessa caixinha. Então tem o terceiro ponto, que apesar de serem bem formados, eles são bem formados em uma caixinha. E eles ou ignoram, ou desprezam – não no sentido pejorativo, mas não consideram outras caixinhas, outras possibilidades legais para operar aquilo [...] E tem um terceiro ponto. Então: baixa qualificação, diferença na qualificação dos operadores do direito, e o terceiro é o desconhecimento completo dos operadores do direito da existência desses modelos. Quando digo que eles são super qualificados é no sentido de saber como é um processo, como instruir um processo, o que supostamente é uma boa gestão. Parece antagônico e paradoxal o que eu estou dizendo: eles são super qualificados, mas desconhecem. Não. Eles são super qualificados nesse amálgama brasileiro do direito quadrado da 8.666. São super qualificados nisso. Essas novas legislações, e aí você coloca legislação de inovação, legislações sociais e tal, PPP e PPI, eles têm desconhecimento [...] Mas, acredito que deve ser testado. Devemos começar a utilizar. Isso não é desculpa para não fazer. Só vamos fazer coisas simples? Não, eu discordo. Existem núcleos de excelência que podem utilizar, como é o caso de contratos mais complexos do ponto de vista da inovação. Não tem nenhum problema fazer esse tipo de*

*contrato se você considerar a capacidade de execução. Mas hoje eu não vejo nenhuma chance de uma completa difusão desses contratos pelo lado da capacitação interna do Estado.* (GOV5)

Essa preocupação dos entrevistados reflete o risco político associado à adoção dos CIS, conforme explicitado por Lanz, Damasceno e Macedo (2016), que apontam a limitada capacidade dos agentes do Estado de lidarem com essa nova estrutura, que exigirá habilidades para estabelecer metas de desempenho, estimar os custos prováveis de intervenções e do financiamento necessário para atingi-las e saber calcular as taxas de sucesso de desempenho necessárias para atrair investidores.

O risco decorre então da possível dependência do governo de agentes externos (intermediários ou consultorias), o que possibilita o conflito de interesse, caso esses mesmos agentes prestem serviços para os investidores e/ou prestadores dos serviços (LANZ; DAMASCENO; MACEDO, 2016). A percepção da falta de gente capacitada como um possível entrave também foi compartilhada pelos investidores, como destaca o entrevistado INV3:

*Eu acho que tem essa dimensão, eu acho que tem uma dimensão de um risco técnico, ou seja, os órgãos envolvidos têm real capacidade técnica de implementar o instrumento? Eu estou partindo do princípio em que o intermediário implementador, sim, eventualmente a universidade vai fazer uma avaliação, sim, mas, e o ente público envolvido, tem total capacidade? Aí eu não estou falando diretamente do ente, mas a equipe técnica envolvida tem condições de operar? Eu acho que aí também tem um ponto de atenção, sobretudo se a gente desce para os municípios [...] se der certo o mecanismo e a gente tiver uma chuva de contratos de impacto social no Brasil, provavelmente a gente não vai ter implementadores aptos a rodar, a dar conta dessa demanda. Então, a gente tem hoje organizações preparadas, aptas para rodar esse tipo de instrumento? Eu acho que não, eu acho que nós temos também um gap de ecossistema e musculatura no ecossistema para dar conta, e isso eu acho um ponto muito comum. [...] Aí, a gente vai se deparar com uma situação, estou falando de Manaus, da prefeitura de Manaus, por exemplo, dependendo da pasta, não tem tanta capacidade técnica, tem limitações nesse tipo de arranjo.* (INV3)

Dessa maneira, foi possível observar que a discussão do modelo de CIS no Brasil, ainda está restrita ao meio acadêmico e aos operadores do mercado financeiro, como mecanismo inovador de financiamento, em paralelo com a prestação de serviços públicos. Também foi possível identificar o principal temor dos atores ao serem apresentados pela primeira vez ao esquema de funcionamento do CIS: a falta de recursos humanos capacitados.

Uma questão que emergiu das entrevistas com os gestores públicos, com destaque para o entrevistado GOV5, analista de políticas públicas em uma Escola de Governo, é a possível dicotomia dos órgãos de controle, em especial os Tribunais de Contas, que cada vez se qualificam e se especializam mais, mas com o objetivo de manter o *status quo*, de enquadrar as inovações em modelos de gestão nos moldes tradicionais, e o que ficar de fora, deve ser evitado. Como efeito, incluiu-se no rol de entrevistados 2 representantes de Tribunais de Contas, como explicitado no Capítulo 3.

Os órgãos de controle, por tradição, têm uma postura de se manifestar somente no final do contrato, na fase de recomendações, para devolução de recurso ou penalização de responsáveis (RADAELLI; DE AZEVEDO; DÍAZ, 2021).

Nas entrevistas com os auditores de contas públicas do Tribunal de Contas do Estado do Amazonas, surge essa autocrítica do papel desempenhado e da imagem dos órgãos de controle frente aos gestores e às inovações:

*Eu acho que é uma visão distorcida, é um visão tradicional do órgão de controle, a tendência não é mais essa, a tendência, realmente, é o órgão de controle ser mais parceiro do que carrasco, até porque isso facilita, como é que eu poderia dizer, facilita o gestor aceitar a sugestão do órgão de controle e talvez eles fiquem pensando, a ideia é avaliar... eu posso ser punido por uma aplicação inadequada do recurso, vai ser inadequada se ele não cumprir o papel dele, por isso que eu estou falando, se ele se estruturar bem para poder colocar esse modelo em execução, o modelo vai dar certo, pode dar certo e se não der certo, ele não vai pagar, a princípio, se ele não vai pagar. Então, ele pode ser cobrado por ter escolhido um modelo que ele não se planejou adequadamente e ao final acabou não dando certo, não funcionando [...] Mas é razoável eles pensarem assim porque também a mudança de visão nas contas não é tão antiga, ela é atual, essa visão mais voltada para resultados e que o resultado só acontece quando o órgão de controle trabalha junto com o gestor, é recente, ela não é muito antiga, de fato. Havia, realmente, um temor de que o recurso fosse aplicado de maneira ilegal ou ilegítima, mas nesse modelo eu acho que é até uma proteção[...] é que você escolher uma organização social para se livrar de um problema, não pode escolher esse modelo para se livrar de um problema. Então, o gestor tem que se aproximar mais do tribunal e talvez seja até uma deficiência que a gente também tenha que corrigir e abrir mais também o tribunal para os gestores para que essa visão seja desfeita e pelo menos mitigar. (TC1)*

*[...] como é feito hoje, você tem simplesmente o poder público repassando o dinheiro e o tribunal de contas ele fiscaliza após a execução desse projeto, que não tem como se fiscalizar efetividade, resultado, não tem como ser fiscalizar isso, você simplesmente verifica se a nota fiscal está em*

*conformidade com o plano de trabalho, ou seja, você não sabe se realmente esse recurso atingiu a ponta da linha, chegou ao beneficiário final [...] É o meu ponto de vista, é só com a experiência que eu tenho, porque hoje não tem como você saber se aquele recurso foi desviado, se você está diante de uma nota fiscal que ela realmente existe, mas será que esse produto ele foi de fato... chegou lá na ponta da linha? Será que quem... o beneficiário, nesse serviço, de fato, recebeu esse serviço? O tribunal de contas não tem como checar isso. Então, aqui a gente atesta com base na conformidade, a gente tem um sistema no estado que é SISCONG, ele faz uma crítica, ele pega a nota fiscal e compara com o plano de trabalho, se tiver ok, a gente nem... Não só daqui do estado do Amazonas, mas eu entendo que diversos outros estados, não se preocupa com o resultado, se preocupa simplesmente com conformidade de documentos [...] Hoje no governo federal você tem as transferências voluntárias, elas são controladas por um sistema de convênios que ele verifica, basicamente, a legalidade e a conformidade, a legalidade dos requisitos de celebração desse convênio que seria essa transferência e a conformidade da execução dessa transferência. Então, esse sistema, ele já te mostra as críticas e aí não tem nenhum lugar no sistema que você avalie resultado. Então, ele se aprimorou de tal forma nesse controle de conformidade que atuar em um outro controle seria um risco, você teria que fazer um caminho, eu não sei como que seria esse caminho, para poder abarcar uma forma de controle de resultados. É isso. (TC2)*

Essa mudança na forma de controle, ao sair da verificação de não conformidades para um modelo de avaliação de resultados, também é vista como um problema pela fala de TC1:

*[...] não sou contra em remunerar [sic] o investidor pelo investimento social que fez, mas eu acho que os mecanismos de controle do estado a nível federal já não é 100% garantido, por assim dizer, e quando a gente vai descendo a nível subnacional, a coisa vai ficando pior. Então, estabelecer um contrato nessa medida, hoje eu não sei se o país ou pelo menos o Amazonas estaria preparado. (TC1)*

## 5.2 CONFIANÇA NAS INSTITUIÇÕES

Além do desconhecimento do modelo de CIS, outro ponto que surgiu da análise das falas dos entrevistados é a questão da confiabilidade das instituições. O CIS é considerado um modelo complexo, justamente por envolver a participação de múltiplos atores, em diversos níveis e fases, com diferentes interesses, e uma de suas principais características é o compartilhamento do risco (CARE, RANIA; DE LISA, 2020). Assim, em processos colaborativos como esse, a confiança recíproca deve ser uma das premissas básicas.

No entanto, destaca-se entre as falas de representantes de todos os grupos, a desconfiança, advinda principalmente do medo de envolvimento de atos de corrupção por parte de um dos envolvidos.

*O ponto inicial. No Brasil o Estado não é confiável. O ponto inicial e final. Não é confiável, você pactua com o governo e ele muda as regras e não liga para você e você se lasca [sic]. (GOV1)*

*Qual a principal razão para esse modelo de contratação não seja viável? Eu acho que é aquilo que falei anteriormente: o grande risco de em relação a investimento que não tenha interessados e também essa questão que me preocupa muito, de que os resultados eles sejam, digamos assim, camuflados, não é? Sejam deturpados em relação a sua finalidade. (GOV2)*

*E além do financiamento, a gente tem um problema que não é só do Brasil, que é crônico, que é a corrupção. (GOV3)*

*Então nós temos um problema de origem, que é essa cultura da corrupção brasileira na administração pública. E aí qualquer mecanismo que facilite isso acaba sendo combatido. (GOV4)*

O temor também é voltado para as OSCs, que na visão de alguns entrevistados, além de estarem ligadas a escândalos de corrupção, possuem estrutura organizacional frágil e amadora:

*Hoje, se eu fosse gestor, eu fugiria de ONGs. Porque em um ambiente de pouca confiança... veja, tenha empatia pelo gestor: qualquer movimento fora da caixinha tem que ser muito bem executado, e tem que ser muito bem alinhado. Porque qualquer movimento fora, você será julgado como corrupto, ou como mau gestor e etcetera. Então, o modelo da OS me dá um pouco mais de controle sobre o que está acontecendo dentro da organização. O modelo da ONG me parece mais solto e mais fluído. Pode ser importante para resultados, mas é pior para garantia do gerente. (GOV5)*

*Cada ator ali está vendo os outros com algum nível de desconfiança, o governo, talvez os investidores, os investidores veem o governo, as ONGs, não sei. Então, tem um trabalho forte de gestão dessas partes relacionadas, para levar a amadurecer a confiança, para que você consiga tirar esse instrumento do papel. (INT)*

*Ter pessoas envolvidas com currículo ilibado, sem nenhum comprometimento em nenhum nível. Porque no Brasil uma das coisas que acho que tiram muito a credibilidade de qualquer organização e de qualquer proposta é ter líderes com passados sombrios, ou mesmo com*

*algum tipo de comprometimento na sua ficha limpa. Então, eu diria que talvez a principal característica seria essa. Lidar também com o próprio investidor que já tenha esse tipo de prática estabelecida, o que seria um facilitador. (OSC1)*

A capacidade do Estado de agir, com a velocidade que estruturas de gestão baseadas em modelos da iniciativa privada exige e a capacidade organizacional das OSCs, também foram apontadas nas entrevistas.

*O que eu coloquei para você, não sei nem se é o entrave regulatório, mas a burocracia e a falta de pragmatismo e de praticidade mesmo na condução de todos os projetos que eu vejo e de investimento quando você fala do governo junto com a iniciativa privada. É muito burocrático, os prazos são muito longos, o processo decisório é muito longo. Você tem que sempre estar consultado várias instâncias. Então, o nível de confiança é muito baixo. (INV1)*

*Essas ONGs também são frágeis, são instituições que aparecem, desaparecem, as pessoas entram e saem. Você precisa de parceiros que tenham segurança de que vão trabalhar bem ao longo de todo o processo. Não é fácil. (INV2)*

*No papel, como você falou, parece um modelo bem azeitado, por assim dizer, mas eu vejo aqui alguns riscos ou coisas que estão ocultas que eu não tenho conhecimento, existe, mas eu não conheço ou que realmente não existe, por exemplo, se você está indo ao mercado, eu acho que o mercado precisa de controle, por que você deixar tudo nas mãos do intermediário que é uma pessoa alheia, a margem das instituições governamentais, e também dos investidores, que também são a margem das instituições governamentais e da ONG, a margem da instituição governamental... você tem que ter algum mecanismo de controle para verificar se esses impactos sociais propostos realmente alcançaram os objetivos. (TC1)*

Assim, denota-se que esses achados estão alinhados com as falas dos entrevistados, e constitui um fator de atenção a ser trabalhado entre os *stakeholders*, caso se deseje avançar na difusão do conceito e implementação de um CIS no Brasil.

Essa cultura de que os gestores são sempre corruptos e de que o mercado quer sempre tirar vantagens do Estado, não favorece a ação dos atores para sair da inércia e apostar em novo modelo, ao invés de tentar atender as demandas sociais com os modelos usuais.



### 5.3 ADERÊNCIA A MODELOS DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADO

Como já apresentado no Capítulo 3, a adoção de uma agenda de gestão por resultados na administração pública brasileira, impulsionada pela consolidação dos ideários da *NPM* na Europa nos 90 e aqui simbolizada pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, traz consigo o princípio da “separação entre a formulação de políticas e sua execução” proposto por Bresser-Pereira (2015), ao classificar os setores da máquina pública em 4 categorias: núcleo estratégico, responsável pela formulação das políticas; as atividades exclusivas do Estado, representadas pela atuação das agências autônomas; os serviços não exclusivos do Estado, como hospitais e universidades e; a produção de bens e serviços para o mercado, área na qual estavam as empresas que deveriam ser privatizadas.

Apesar de ter dominado a discussão das reformas a partir da década de 90, críticas quanto a sua aplicação e resultados no Estado brasileiro recaem sobre os modelos de governança propostos, baseados no já citado princípio da separação entre a formulação de políticas e sua execução, que não seriam compatíveis com as concepções tradicionais da gestão pública. Segundo Peci, Pieranti e Rodrigues (2008, p. 52), “A rede de governança modifica substancialmente as relações de poder entre o Estado e a sociedade, tornando-as mais fluidas e deslocando-as, de fato, para o setor privado e o terceiro setor (a governança pode ser confundida com o neoliberalismo)”.

Dessa maneira, surge espaço para a polarização entre quem defenda um Estado forte, provedor e com maior poder de intervenção, e outros que defendam uma maior descentralização do Estado e livre atuação de agentes privados (THAMER; LAZZARINI, 2015).

Os Contratos de Impacto Social surgem como uma proposta de viabilizar a atuação conjunta de mercado financeiro, terceiro setor e governo, na provisão de serviços de impacto social, em um arranjo colaborativo entre agentes públicos e privados. Enquadra-se, portanto, na ampla gama de modelos de contratualizações que derivam da relação público-privado na prestação de serviços públicos.

Se a confiança mútua aparece como requisito básico nessa construção colaborativa, a visão que o *stakeholder* tem em relação ao papel do Estado e como ele deve se relacionar com os outros setores, vai refletir também na maior ou menor aceitação da ideia de um contrato nos moldes de um CIS. Essa maior ou menor aderência a modelos de gestão compartilhada foi identificada a partir de falas que foram utilizadas como exemplo ou justificativa para determinada avaliação sobre o modelo de CIS apresentado:

*Eu acho que muitos grupos que atuam na iniciativa pública iriam falar isso (canalização) de recursos privados para resolver problemas públicos, isso é visto como um preconceito, eu sinceramente eu não vejo, eu acho que para mim é a solução do problema, para mim o impacto é resolver lá na frente, se uma pessoa está sendo bem atendida no sistema de saúde, se a pessoa está sendo bem atendida no quesito educação, para mim é o mais importante; porém, não se pode deturpar a finalidade.” (GOV2)*

*Eu acho que é importante que o país não delegue só à iniciativa privada. O desenvolvimento precisa ter um comprometimento público também e precisa ter esse compartilhamento de riscos. Também não vamos pensar que só o público vai fazer tudo, porque não vai fazer. Então esse compartilhamento é importante e eu acho que essa modalidade, nesse modelo do contrato de impacto social, pode trazer um desenvolvimento bastante importante, grande e rápido para diversas áreas nossas em que a área pública precisa dar resultados e não está dando. (GOV6)*

Foi mencionada a limitação da capacidade de ação do Estado, frente às restrições de recursos ou desafios logísticos e estruturais no Brasil, como destacado nas falas a seguir:

*Então, a proposta do governo é fazer essa prestação de serviço, apesar da gente saber que ele não tem condição de chegar em todos os lugares para dar essa garantia ao cidadão brasileiro, que é a saúde integral igualitária e financiada pelo Estado. (GOV3)*

*O poder público não vai poder desenvolver tudo, não vai poder fazer tudo, tem muita dificuldade com relação à legislação, muita falta de flexibilidade de se realizar determinadas coisas, o que acaba tornando o custo às vezes muito grande, quando poderia ser feito também pela iniciativa privada, desde que o fim público seja preservado. Acho que um trade-off aí tem que ser entendido [...] Tem coisas que não dá para fazer pela área privada, mas tem coisas que dá para fazer; o objetivo de ambos é sempre público, o fim tem que ser sempre o público [...] Então, eu sou, sim, realmente favorável. Eu acho que isso está evoluindo bastante e havia, sim, uma rejeição muito grande a este tipo de parceria, achando que você está privatizando. Não! É possível você fazer essas parcerias com a área privada e ter o benefício público - o importante é o objetivo final e você não descaracterizar o que você está fazendo. (GOV6)*

*Hoje a gente tem um modelo de organização não governamental que em alguns aspectos superam e muito a atuação do estado, porque a gente costuma ver só o lado nosso aqui da auditoria, do poder público, mas quando você se coloca no lugar da organização que está executando aquele serviço social, você vai ver que, de fato, o serviço chega na ponta da linha, talvez se o estado fosse executar não chegaria. Então, eu sou bem a favor dessas organizações pequenas, das organizações. (TC2)*

E a possibilidade usar mecanismo do mercado privado para produzir serviços públicos mais eficientes e com indicadores de impacto social, também foi citada pelos entrevistados:

*Não tem como o Estado sozinho avançar, dentro de uma estrutura capitalista, na cobertura de todas as necessidades sociais. Por tanto, um mecanismo que promova uma interação maior do Estado com o setor privado, **onde o setor privado possa colocar suas capacidades produtivas a serviço da solução de problema** precisa ser adotado - o maior exemplo disso: contratos de parceria público-privada, contrato de startup, onde você possa usar as regras da Lei de Inovação. (GOV4)*

*Acho que toda relação público-privado deve ser incentivada. Quanto mais modelos a gente testar, melhor. Eu sou o oposto daqueles que... eu quero testar coisas. O Estado precisa testar. **E em um país capitalista, quanto mais o Estado interagir com o privado, melhor.** Sempre levando em conta os princípios da administração pública, e principalmente as externalidades. **Sempre que a apropriação privada for menor que o benefício público, devemos estimular essa relação.** E aí é aquela eterna briga: a rigidez do Estado precisa ser substituída pela flexibilidade de alguma coisa. (GOV5)*

*Mas eu acho isso bem legal porque entra o setor privado que aposta naquilo não somente por exemplo, até por acreditar, porque eu acredito que o investidor acredita que aquilo é importante, mas porque ele também quer lucro. Então **usar o capitalismo a favor do social, eu acho isso bem interessante.** (OSC2)*

Apesar da predominância de manifestações positivas, há também quem se apresente mais cético quanto à possibilidade de êxito dessa relação:

*Avalio a experiência no sentido de que **ela é necessária, porém, insuficiente ainda. Não é adequada à dinâmica da pesquisa (em saúde).** Não é totalmente adequada à dinâmica da pesquisa. (GOV2)*

Outro ponto de restrição a esse tipo de contrato foi apresentado pelos entrevistados GOV2, GOV3 e GOV4, e diz respeito a discussão política do modelo e o risco de “privatização disfarçada” dos serviços públicos, como emerge do trecho a seguir:

*Primeiro, que eu acho que vai ter muita... **muitos entraves com relação à questão cultural.** Em relação a essa relação ao público privado e principalmente serviços públicos que dá um preconceito muito grande em relação a isso. Esse é o primeiro ponto. (GOV2)*

*Então, daqui para lá e de lá para cá, tem que ter um lastro que justifique todas as etapas dessa contratação e desse contrato, que é uma inovação e*

*que eu acho que pode trazer resultados positivos. Mas, quando a gente pensa que o Estado tem obrigação de fornecer e o outro só fornece se for pago, então essa questão da remuneração pode ser, eu estou achando que vai ser e pode ser um conflito.* (GOV3)

*O maior entrave é o mesmo que tem as outras modalidades, que é a base ideológica de sustentação do SUS, que se coloca contrário a você ter uma ação privada na prestação de serviço, em que pese o SUS já ter contratos de terceiros há muitos anos, desde a sua origem. A complementariedade do serviço público pelo serviço privado já é estabelecida constitucionalmente. Mas esse contrato vai ser bastante criticado por se tornar um novo modo de transferência do recurso público para um ente privado, mesmo que após a prestação do serviço.* (GOV4)

Por outro lado, o gestor GOV8 considera que:

*(sobre o risco de ser considerado uma forma de privatização ou mercantilização da saúde): Não, o importante seria as pessoas terem o problema resolvido, não importa por quem. Eu acho que quanto a essa parte a sociedade não iria se meter muito.* (GOV8)

O gestor GOV8 aponta que para a sociedade, a urgência de atendimento mínimo de suas demandas é o mais importante, mas convém ressaltar que ele é responsável pelos serviços de saúde em um município do interior do Amazonas, com cerca de 30.000 habitantes e IDH de 0,574, muito abaixo da média brasileira, que é de 0,765 (PNUD, 2022). Essa seria então a percepção de um caso muito específico e com demandas maiores do que a média nacional.

No entanto, esse também é o entendimento do gestor GOV6, para quem um dos pontos que devem ser trabalhados para a aceitação do modelo, é a opinião pública, e isso se faz por meio dos resultados entregues:

*Agora, do público de uma maneira geral, eu acho que a questão é o resultado. Se você tem um bom resultado, a opinião pública vai estar sempre favorável, ela vai se deixar levar inclusive... ela pode se levar por soluções... pode vir a aprovar soluções que não sejam soluções sustentáveis, soluções estratégicas para o Estado. Então essa discussão, o estratégico, o sustentável, a soberania tem que ser discutidos no Estado, no âmbito do Estado e do Congresso - do Executivo, do Congresso e do Judiciário. Mas a questão para a opinião pública é resultado. Então, toda essa discussão que é feita pelo Estado tem que estar levando em consideração o resultado para que o público seja atingido também, que essa é a maior preocupação do público.* (GOV6)

#### 5.4 INTERESSES, CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES DO GOVERNO

Uma condição primordial para que se avance no uso do CIS no Brasil é saber se há interesse suficiente por parte do governo, que garanta a adesão de todos os envolvidos. Apesar do potencial de trazer inovação e melhores resultados na prestação de serviços, o desconhecimento do modelo acarreta na falta de interesse dos stakeholders e, em última instância, no temor em tentar algo novo, como já identificado entre os entrevistados.

Assim, faz-se necessário entender o que os stakeholders valorizam como necessário para adotar o modelo, bem como o que despertou o interesse deles nesse primeiro contato. Da análise das entrevistas, foi possível capturar alguns fatores de destaque positivo. Também surgiram pontos que lhes parecem ser incompatíveis com o interesse público, ou que no mínimo merecem mais atenção.

Quando questionados sobre o que mais chamava atenção no modelo apresentado, e os pontos positivos e negativos ressaltados pela literatura internacional, as respostas apontam que os gestores estão interessados em propostas de intervenção inovadoras, em oposição a escolha de alternativas mais tradicionais e com mais evidências já conhecidas:

*Enfim, para mim o mais importante é a governança envolver os beneficiários para participar das decisões, **eu acho interessante esse potencial de produzir e testar soluções inovadoras**, eu diria que é o segundo ponto mais importante. (GOV2)*

*Então, a gente precisa **promover a inovação nos ambientes de gestão administrativa e trazer profissionalização** nesse sentido, a gente não pode querer tratar das ações modernas da ciência, da tecnologia com coisas do passado, a gente vai ter que mudar. Então, nesse sentido, eu acho que esse contrato é um negócio que me deu curiosidade. (GOV3)*

*O SUS tem muito a ganhar com a intensificação do **uso de tecnologias disruptivas de fronteira**. E esses contratos podem inserir essa exigência [...] Acho que de cara nós temos que **testar pilotos de diferentes problemas em diferentes populações**. Temos um problema de qualidade de acesso ao serviço. Temos pouquíssima incorporação de tecnologia. Por exemplo, o SUS é muito grande. O problema do SUS está na qualidade do acesso. E boa parte dessa qualidade dos serviços de acesso poderia ser melhorada com incorporação de tecnologia. E nesses serviços, no contrato teria que estar a exigência de aplicar as **tecnologias mais modernas**. (GOV5)*

*O potencial de produzir e **testar soluções inovadoras**. Essas são as coisas que a gente tem feito mais aqui, então são dois dos pontos, para mim, que são importantes. (GOV6)*

*Em primeiro lugar é você olhando de modo geral, você tem que acreditar que aquele projeto vai dar certo e dando certo automaticamente nós vamos resolver uma parte da situação. Como você está falando, **você só paga se a empresa contratada resolver aquele índice que nós temos, então eu acredito que qualquer governo, qualquer empresa que fizesse isso seria o ideal para ir lá e resolvermos.** (GOV8)*

***Eu apostaria na inovação porque se der errado não pagam. Então, o que pode acontecer é isso, ele ter feito o seu dever de casa, de maneira que aquele modelo não deu certo, porque não adianta também [...] ele precisa se organizar para que o modelo que ele escolheu funcione, deu resultado, o problema não é pagar, não é pagar pelo serviço que foi executado, agora, pagar para o serviço que foi executado e que apresentou resultado não tão bom quanto esperado, isso aí não tem problema nenhum, eu não vejo problema nenhum nisso.** (TC1)*

O auditor do TCE avalia ainda que, apesar de ser mais favorável a aplicação do modelo em intervenções inovadoras, ponderaria de acordo com o tamanho da intervenção:

*A depender do tamanho do programa, eu avaliaria pelo tamanho do programa. **Eu iria pela inovação, se fosse algo, se fosse em um programa de menor custo, eu iria para inovação, agora se fosse algo de dimensões mais elevadas, mais abrangentes, se o objeto fosse bem mais abrangente, eu iria naquilo que já está consolidado.** (TC1)*

A mesma lógica é apontada por GOV6, de que o posicionamento a favor de uma intervenção de formato tradicional de um lado ou mais inovador, depende da situação e contexto:

*Assim, **a gente precisaria de um caso concreto para avaliar, porque as respostas dependem muito da situação. Você pode, dependendo da história que você tem naquela abordagem, achar que: olha, eu não tenho mais como me basear nas abordagens convencionais aqui. Aqui eu preciso de uma coisa que, mesmo tendo um risco maior, eu não tenho alternativa, senão eu não vou ter resultado. Eu preciso correr um risco maior, com uma inovação mais profunda, mas em outras situações pode ser o contrário - então isso depende muito da situação; acho que a situação tem que ser avaliada, cada caso é um caso.** (GOV6)*

Ao surgirem evidências de que os gestores públicos estariam abertos a apoiar um CIS que se propusesse a testar intervenções inovadoras, foi perguntado aos investidores INV2 e INV3, a respeito de qual seria a preferência deles ao decidir investir em um CIS, se algo voltado para modelos já testados ou uma intervenção inovadora, e também o que eles acreditavam ser a preferência dos gestores públicos, para essas mesmas alternativas.

*Então, eu acho que, assim, você vai ter investidores para as duas coisas, mas eu acho que é mais uma questão interna do contratante do órgão público de definir se essa coisa inovadora que ele quer fazer, ele precisa pagar tão caro para isso, porque tem filantropia financiando essas coisas. Você pode ir numa [sic] Fundação Leman. Na área de educação, a Fundação Leman... até saúde. **Existe capital filantrópico para financiar essas coisas inovadoras.** Eu acho que que tem capital mais baratas. (INV2)*

***Mais tradicional**, porque é o CPF dele que está na reta no final do dia, do gestor, estão assinando ali, pareceres. Então, se ele não tiver o mínimo de garantia, aquilo é parte de um processo de inovação pública [...] **Então, infelizmente, a gente tem o contexto onde o baixíssimo risco, tudo muito preto no branco. Esse é um pouco do cenário que eu vejo do lado da administração pública.** [...] Acho que nesse caso, essa variável **muito pouco provável que a gente largue com contratos com risco muito maior, porque a tendência é começar com contratos muito feijãozinho com arroz**, para depois, quem sabe, ir trazendo pitadas de coisas um pouquinho mais inovadoras, talvez ainda tenha uma primeira geração de contratos de impacto social no Brasil muito feijãozinho com arroz, **talvez depois que quebrar essa resistência do órgão de controle, quem sabe, aí sim explorar um pouco mais outras possibilidades**, infelizmente, porque é triste constatar isso, mas é um pouco a minha sensação. (INV3)*

A mesma questão foi apresentada para o Intermediário:

*Engraçado, essa é uma boa pergunta, acho que para o gestor público, não sei, porque eu estou pensando em duas coisas, **para o gestor público, o próprio contrato já é uma mega incerteza, de fato, não precisa adicionar mais**, mas dito isso, a narrativa, ela de certa forma é mais fácil se é alguma coisa não foi feita em outro lugar, você não pode simplesmente: "mas, então não contrata, não faz esse contrato tão complicado, contrata esse serviço, igualzinho o que o cara fez lá e funcionou pra fazer aqui", que é meio falacioso, **mas no ponto de vista da narrativa, de explicação, de investimento de capital político, às vezes, é difícil você justificar uma iniciativa de processo**, mais difícil de justificar a iniciativa de processo do que iniciativa da inovação na intervenção, ou seja, não sei. (INT)*

Menos citada, a transferência de risco também esteve presente nas falas dos gestores públicos como um ponto positivo para o modelo:

***Mas é um modelo bastante interessante nesse sentido de compartilhamento de risco**, que fomenta a inovação, compartilhando os riscos e trazendo resultados de longo prazo, **trazendo resultados que tenham, realmente, impacto social.** Acho que essa ideia do impacto social é muito relevante quando você fala em resultado. **Ela tira o foco do curto prazo, ela bota o***

*foco também no longo prazo, que eu acho que é superimportante. Falta visão para a gente de longo prazo. Então eu acho que isso é uma das questões mais importantes aí, trazer esse foco do longo prazo. Impacto social nada mais é do que isso. (GOV6)*

*Então, quando você trabalha com o risco dividido em um primeiro momento, atribuído ao ente privado, esse escalonamento tem um risco menor de ser desvirtuado, mas é um desafio, que a gente precisa **também romper a questão do escalonamento**, talvez essas parcerias possam ajudar a gente a entender melhor esse tamanho de país, ou o tamanho de estado, quando a gente pensa no estado de Minas Gerais, com 823 municípios, você tem que começar a olhar para soluções que podem, de verdade, trazer informações e municiar o gestor público de informações de decisões que podem ser implementadas com benefício público. (GOV3)*

*a história de inovação, de investimento e de inovação no país é muito calcada no investimento público, no recurso público, mas existe um grande caminho ainda a ser trilhado pela iniciativa privada nessa área, e eu acho que nessa situação mais moderna, de compartilhamento, porque, no final das contas, o risco... **todo mundo tem dificuldade de assumir risco**. Realmente, a percepção de risco é complicada. Mas o compartilhamento do risco traz um benefício muito grande. Está todo mundo ali compartilhando os seus conhecimentos, compartilhando as suas capacitações e compartilhando o risco também. **Eu acho que isso só tem a beneficiar. Essa ideia de compartilhamento de riscos só tem a trazer benefícios para um processo como esse. Então, eu vejo com muito bons olhos. Mas a minha formação é em inovação, então eu acho que a gente sempre tem que buscar inovação, tentando melhorar os resultados. (GOV6)***

Além de ressaltar o que consideram atrativo nos CIS, os entrevistados apontaram os principais cuidados que precisariam ser adotados em um possível contrato nesse modelo. Essas seriam as condições necessárias de serem superadas.

***Isso vai soar como privatização [...]** O que precisa é **amarrar bem o prestador de serviço**. Vendo como funciona a gestão pública na prática, precisava **reduzir muito a assimetria de informação**. Mas, de maneira inteligente. Ficar exigindo emissão de nota fiscal não funciona. Uma redução da assimetria da informação através de coisas mais transparentes, relatórios anuais. Através de **transparência total e ampla**. A assimetria da informação, para mim, é a mais complicada. (GOV5)*

*E o que poderia estimular maior utilização desse instrumento eu acho **alguma experiência bem-sucedida**. Eu acho que aqui carecemos muito dessa coisa de experimentar, obter os primeiros resultados, colher uma laranja para depois colher os outros frutos, entendeu? Eu acho que o ideal seria realmente fazer um piloto, testar; e isso aí sim, poderia ser a maior evidência para que isso se transforme realmente numa política pública,*



*numa normativa que permita esse tipo de contratação. Mas a princípio eu acho superinteressante. (GOV2)*

*Eu acho que os cuidados são **instruções processuais robustas**. Então, a gente começa, qual a justificativa dessa contratação? Qual o objeto, a característica em que se pretende com essa contratação? Então, a partir daí é fazer um trabalho de lastro na contratação. **Você tem que ter um técnico capacitado**, você não pode ter um analista ou técnico que não saiba escrever, por exemplo, que não saiba pegar uma doutrina, pegar um texto e fazer uma avaliação crítica e usar aquilo como embasamento do seu processo, você vai ter que ter alguém que tenha capacidade de fazer uma boa associação processual. (GOV3)*

*Nessa **intermediação**. Eu acho que aí é o ponto mais sensível do processo, porque nós precisamos ter uma clareza maior a respeito de que tipo é esse intermediador, como é que esse intermediador contrata a operadora. Então eu acho que aqui é o ponto crítico. (GOV4)*

*E aí as **ONGs são muito tradicionais em termos de tecnologia**. Elas precisam dar essa evoluída no sentido de usar tecnologias mais modernas. E aí o investidor tem interesse, porque você vai estar aplicando uma tecnologia que vai reduzir muito o custo de gestão, e aí você vai ganhar dinheiro [...] Eu vejo muita possibilidade de atuar. Só que aí a **ONG vai ter que ser menos antiga, menos século XIX**, e vai ter que ser mais safá, mais esperta, mais ligada e antenada. Não tem nenhuma razão para as ONGs ficarem com esse trabalho muito de caridade. **Elas ainda estão muito fechadas nesse negócio de caridade, artesanato... a ONG tem que ser vista como uma startup social**. (GOV5)*

*Neste momento, o **modelo de organização social, para mim, é o preferível para operar esses modelos que você está fazendo**. Porque **organização social já tem uma competência de gestão e tem um filme menos queimado que a ONG**. O problema da OS é que ela exige um contrato de gestão que é muito pesado, e a ONG não, você pode fechar um contrato específico. É menos pesado. E rodar uma OS é muito mais difícil do que rodar uma ONG. Mas, por outro lado, ela dá muito mais poder para o Estado para gerir e controlar o processo. [...] **Este é um modelo que dá mais gerência para o Estado e evita problemas de desvios de recurso, ao custo de menor flexibilidade**. (GOV5)*

Outros aspectos foram destacados como barreiras ao desenvolvimento do modelo, com potencial de gerar conflitos ou mesmo impedir a celebração do contrato.

*Eu acho muito complexo, não é? Isso no Brasil, o investidor privado arcar com todos os recursos... [...] Para você ter um impacto social você vai medir isso durante quanto tempo? Um ano? É pouco. Dois anos? Continua sendo pouco. Três anos? Um pouco, chegando próximo, quatro anos? Cinco*

*anos seria o ideal. Teve eleição, mudou tudo, acabou tudo. Então quer dizer, esse é um gargalo grande aí. (GOV1)*

*E confesso, que quando você apresentou sobre os termos desse tipo de contrato **fiquei preocupado, de que esse grupo que executa a atividade ele possa ser pressionado pelo investidor para flexibilizar as condições para obter, claro, um resultado melhor** [...] E eu acho que a proposta é interessante, é. Mas eu acho que temos que ter todas as cautelas possíveis, não é? Para evitar a distorção desse impacto. (GOV2)*

*Canalizar recursos privados para resolver problemas públicos seria excelente, isso seria uma coisa favorável, **agora de que forma e a que preço e como isso pode acontecer que é um pouco complicado.** (GOV1)*

*Eu acho que para mim é a solução do problema, **para mim o impacto é resolver lá na frente**, se uma pessoa está sendo bem atendida no sistema de saúde, se a pessoa está sendo bem atendida no quesito educação, para mim é o mais importante; **porém, não se pode deturpar a finalidade. Eu fico muito preocupado porque as pessoas tendem, é o que eu falei, a monetarizar as coisas, e educação e saúde, por exemplo, para mim é uma coisa que essencialmente deveria ser desenvolvida pelo público.** (GOV2)*

*No caso de prestação de serviços, que parece ser mais esse objeto aqui, **a questão que pode ter conflito, seria o valor mesmo**, porque a gente precisa ter um processo, uma contratação muito amparada tecnicamente, muito subsidiada tecnicamente, para lá no final, você não ter um desejando, principalmente porque os recursos que foram investidos no início, o pagamento do Estado pode ser bem superior a esses recursos inicialmente investidos. **Então, até que ponto esse contrato é um contrato de interesse econômico?** (GOV3)*

*O maior entrave é o mesmo que tem as outras modalidades, que é a **base ideológica de sustentação do SUS**, que se coloca contrário a você ter uma ação privada na prestação de serviço, em que pese o SUS já ter contratos de terceiros há muitos anos, desde a sua origem. A complementariedade do serviço público pelo serviço privado já é estabelecida constitucionalmente. **Mas esse contrato vai ser bastante criticado por se tornar um novo modo de transferência do recurso público para um ente privado, mesmo que após a prestação do serviço.** (GOV4)*

## 5.5 INTERESSES, CONDIÇÕES OU RESTRIÇÕES DOS INVESTIDORES

Assim como deve haver condições mínimas de interesse do Governo, de forma a garantir a sustentação para criação e implementação de um CIS, por outro lado, é necessário ter quem banque os recursos necessários para iniciar a operação. Esse papel cabe aos

investidores, e de suas falas foi possível extrair as condições necessárias para que haja o interesse por esse mecanismo de financiamento no Brasil.

Do grupo dos investidores entrevistados, o único que não conhecia em profundidade o modelo de CIS era o INV1, que atua como executivo financeiro de um grupo empresarial do Amazonas, que faz aportes e investimentos em negócios sociais. INV2 é gestor de um fundo de investimento e INV3 tem longa experiência em fundos de investimentos e participou da discussão de um CIS no Ceará. Inclui-se aqui o Intermediário, cuja organização também administra recursos para investimentos sociais, além de ser um dos pioneiros na discussão de CIS no Brasil.

Quando questionado sobre sua experiência com CIS ou investimentos sociais, o entrevistado INV1 relatou que o grupo empresarial já atua no fomento de negócios sociais, e que o assunto faz parte da estratégia da empresa:

*Dentro da região a (nome da empresa) assume um protagonismo em termos de papel social, de empreendedorismo social. Ela quer gerar e fomentar empreendedores locais para que eles consigam desenvolver uma série de negócios, para que esses novos negócios possam trazer impactos na economia, na melhoria da qualidade de vida, no IDH, em todos os parâmetros relacionados ao crescimento e prosperidade do nosso estado [...] Naturalmente, filantropia, doação é algo que temos feito bastante. Então, somos uma empresa familiar, e dentro desse contexto de empresa familiar temos o conselho de família. Dentro desse conselho de família, todas as discussões de projetos incentivados que estejam ligados... o foco desses projetos incentivados é o desenvolvimento regional em temas que fazem parte da cultura e da realidade e da sociologia da região norte, principalmente da Amazônia Ocidental, e mais ainda do Amazonas.*  
(INV1)

Ao longo das entrevistas, surgem falas relacionadas à motivação ou condições necessárias para que o mercado financeiro no Brasil considere o CIS uma opção viável e comece a investir no modelo.

*O objeto principal, se você vai definir se vai fazer um CIS ou não, eu acho que parte de qual é o impacto social que você pretende. Se esse impacto social não é interessante, não está alinhado com a visão, com a missão, com os valores que você prega, isso já desestimula. Acho que isso vem em um primeiro patamar. Uma vez que isso está vencido, ok, aí vamos olhar. E são todos itens que você vai olhar: a taxa de retorno é interessante? Se ela for muito menor, ou se não está dentro daquilo que você coloca como*

*condição necessária para poder fazer qualquer tipo de investimento, é um fator de exclusão. Eu diria que é eliminatória. (INV1)*

*De um lado eu acho que a principal motivação dessa solução é a limitação da capacidade do governo, muitas vezes, de fazer a gestão e conseguir trazer resultados positivos quando faz algum tipo de investimento. Então ele usa o veículo do investidor privado, que tem essas competências, para trazer uma probabilidade de taxa de sucesso maior. E aí você consegue ter a otimização dos investimentos, mesmo saindo do governo, mas com resultados mais concretos e com muito mais chance de sucesso do que se ele fosse fazer diretamente esses investimentos. Acho um conceito muito legal, mas acho que ainda precisa de bastante maturidade para que possamos realmente praticar isso aqui no Brasil. (INV1)*

*Eu acho que começa com os investidores que estão acostumados com filantropia. Eu acho que começa como um pé dentro da filantropia. Então, o que vai acontecer é que esses contratos sociais vão captar ou adicionar o dinheiro que esses investidores investiam na filantropia, como testes. E funcionando, provando o resultado, pode sair gradualmente dessa caixinha da filantropia e ir para um mercado de capitais como um todo e ser uma alternativa de investimentos. (INV2)*

*Eu acho que quando chega no momento em que está tudo formalizado, com o Estado, com o implementador e, etc., me parece que a gente não viveu isso no Brasil, me parece, em teoria, que é a parte menos complicada, que é basicamente chegar para o investidor, garantido basicamente um retorno dele, que não haveria grandes problemas nesse aspecto. (INV3)*

Para começar um CIS, um entrevistado aponta que provavelmente é indispensável a participação de capital filantrópico, até que os primeiros contratos estejam implementados e com resultados positivos. Sua percepção é de que o capital filantrópico estaria mais “aberto” a erros e fracassos no começo, o que permitiria que o sistema se desenvolva e as pessoas aprendam a operar nele, ao mesmo tempo que motiva outros investidores a entrar.

*Tem que começar pequeno, experimentar, gerar dados concretos, terminar as operações, mostrar que foram bem-feitas do início ao fim, e na medida que as pessoas fiquem confortáveis, esse risco reputacional está sendo administrado, que efetivamente os processos sejam bem-sucedidos aí dos contratos, a coisa vai aumentando ao longo do tempo. (INV2)*

*Você está pegando contrato de impacto social no início, gente nova, formada pouco tempo atrás, que você tem dúvida, tudo isso dificulta a captação, porque o risco aumenta, do ponto de vista do investidor; filantropia é tranquila nessa questão. Então isso dificulta a captação. Então por isso eu acho que eu acho que os primeiros têm que ser*

*filantrópicos, o investidor tem que entrar: olha, se voltar alguma coisa, ótimo, porque você tem que construir todo esse ecossistema de prestadoras de serviços, intermediadores. E isso vai demorar uns 10 anos, talvez, mais. Aí sim, depois que você tem empresas robustas, que fazem entrega do serviço com qualidade, tal, que são provadas, você consegue captar a um custo competitivo. (INV2)*

***Então a minha sugestão seria começar com capital filantrópico, onde o capital filantrópico assumiria a função do Estado. Quer dizer: olha, então vamos implementar essa, essa, essa e essa metodologia, esse projeto, esse plano, por exemplo, neste segmento, nesta escola, neste hospital, nessa prisão, etcetera; vai haver o agente, vai haver o intermediário, vai ter a auditoria, etcetera, e, se der certo, o capital filantrópico paga o retorno. Então você vê que não tem Estado aí; o Estado está meio que entrando como parceiro, entrando só com benefícios, assim, não tem contratação... Eu iria por esse caminho, eu começaria por aí [sic] (INV2)***

Quanto as barreiras ou condições que não favorecem a criação do mercado de CIS no Brasil, os entrevistados apontam os principais riscos na sua opinião.

*Então, o que já nos inibe de pensar em definir se quero participar de um CIS ou não são essas questões que eu te coloquei: **insegurança jurídica, quem são esses atores envolvidos – porque acho que hoje tem um risco de reputação muito ruim, que está exatamente no item seguinte – e tem muita assimetria de informações**, eles não são muito transparentes. (INV1)*

*Olha, a principal barreira para nós foi a **habilidade do setor público, seja municipal, seja estadual, seja federal, de estruturar esse tipo de contrato**. A gente teve muita dificuldade - mesmo o Secretário de Educação querendo, ele não conseguiu mobilizar a máquina, do ponto de vista jurídico, para estruturar esse tipo de contrato. Eu acredito que essa foi a principal dificuldade. (INV2)*

*Vou te dizer o seguinte, experiência não especificamente em contrato de impacto social, mas em outras relações em que dependemos do governo. Por exemplo, linhas de financiamento, alguns aspectos em que a interface do outro lado é com o governo. **Sempre tudo é muito burocrático, muito instável, e a gente acaba fugindo desse canal exatamente porque queremos ter produtividade, a gente quer conseguir fazer as coisas acontecerem e etcetera. E as vezes os incentivos financeiros são bastante atraentes.** (INV1)*

*Bom, assumindo que a gente consiga colocar de pé um contrato de impacto social e você vá fazer uma jornada de captação de recursos para financiar esse contrato, eu não tenho menor dúvida de que as perguntas que irão surgir, do ponto de vista do risco do contrato em si, são se **esse contrato se sustenta ao longo do tempo; se, efetivamente, quando acontecer o***

*benefício, eu vou receber de volta o meu recurso, já que você tem mudança de governos, você tem mudança de estratégias, etceteras. Eu acho que essa é uma coisa que afugenta muito o investidor. Você tem o risco dos tribunais de contas de invalidarem esse tipo de contrato ou essa licitação. E você tem o risco reputacional.* (INV2)

Quanto ao retorno, todos são unânimes de que deve ter uma taxa mínima para começar a ser interessante, em função do risco, no entanto, esse mínimo parece variar bastante em função das experiências e alternativas de investimentos atuais de cada um.

*Acho que taxas de retorno de mercado ajustadas ao risco. Risco é uma palavra bastante ampla. Quando falamos em risco aqui, vai desde o risco regulatório... por exemplo, você fala em Amazônia hoje, estamos discutindo aqui de fazer projetos agroflorestais, que entendemos que é um caminho bastante importante para o desenvolvimento social, e que tem um lado empreendedor que pode gerar muito retorno. Isso esbarra em uma questão regulatória enorme. Então, o risco aqui é imenso. Acho que quando você tem um risco desse tamanho a taxa de retorno realmente tem que ser equivalente a esse risco.* (INV1)

*o contrato de impacto social, ele tipicamente tem uma relação desbalanceada de risco e retorno, é muito mais risco para um dado retorno. Então, quem vai ser o investidor natural disso é quem está investindo na causa, eventualmente quer algum retorno, mas ele não está, talvez ele tenha outros retornos não financeiros, associados que fazem a conta para fechar para ele, seja o retorno da causa em si, seja da inovação, seja de participar de uma estrutura como essa, o próprio resultado, pelo qual vai ser pago, para ele pode ser um retorno também, ou compor parte dos retornos [...] Acho que tem que ter uma taxa mínima que permita ter a conversa, mas se a conversa ficar só na taxa, a gente não vai criar um contrato de impacto social.* INT

*Toda vez que vamos fazer um projeto internamente, a gente sempre coloca uma taxa interna de retorno de 12%. Acreditamos que é uma tier que minimamente vale a pena para o acionista colocar dinheiro. Então, toda vez que eu vou analisar um projeto, se tem menos de 12%... como falamos aqui, todo projeto tem risco. Se você colocar um projeto em que você faz um estudo de viabilidade com uma taxa que vai te dar 12% de retorno, a probabilidade de isso não acontecer é muito alta. Então você tem que já saber que existem fatores que você não controla. E isso aqui, a chance de ser menor do que os 12% é bastante grande.* (INV1)

*Você tem uma coisa mais inovadora, que nunca foi feita, risco maior, você vai ter capital mais caro. Você tem uma coisa menos inovadora, risco menor, retorno menor. O que que é mais atrativo? Depende do perfil do investidor. Os dois são atrativos, os dois são atraentes em termos de risco-*

retorno. Se o investidor toma decisão só olhando retorno, ele está pensando errado - ele precisa pensar retorno e risco. **Então é difícil dizer o que é mais atraente; depende do perfil.** Estou imaginado que as duas coisas estão parametrizadas no mercado. (INV2)

**Agora, o que que o mercado está disposto a comprar para esse risco eu acho que é muito pouco. Por isso que talvez os contratos sejam tão pequenos, porque não existe demanda, interesse por contratos grandes. Então assim, na nossa experiência, vendo aí não contratos de impactos social, mas operações com debentures com uma cara filantrópica, debentures para financiar agricultura orgânica para o MST, debentures para financiar reformas de casas de favelas, etcetera, é muita conversa, muito interesse, mas quando chega na hora de assinar o cheque, pessoas de muito patrimônio assinam cheques de 200 mil reais, 250 mil reais. É pouco, é muito pouco.** (INV2)

Bom, o nosso fundo investe em empresas embrionárias com modelos de negócio ainda a serem provados. É um investimento de alto risco, onde nós nos tornamos sócios dessas empresas e, eventualmente, se a empresa for à frente e a gente conseguir retorno com o investimento, é o modelo do tipo venture capital, mas a gente procura, além do retorno comercial, alcançar transformar. **Então, hoje, eu não consigo investir capital, o meu custo de capital investido é 20% ao ano, para esse tipo de investimento.** Agora, um contrato de impacto social que tenha o Estado ou município com um bom rating, uma boa avaliação de risco, que esteja funcionando, ele deve conseguir pagar bem menos do que isso. (INV2)

Uma possível forma de diminuir o risco do investidor, é a criação de fundos garantidores, ao menos durante a fase de maturação do mercado. A ideia parece atraente e os entrevistados acreditam que isso possa ser um fator que impulse o mercado.

*Eu acredito assim: quanto mais atraente você tornar para o investidor, menos difícil vai ser com que as pessoas fiquem interessadas e efetivamente invistam. Do outro lado, você tem a ponta do Estado, do setor público, então ele precisa também estar disposto, estar autorizado - e aí entra até um pouco a questão reputacional, porque se o Estado dá condições muito favoráveis também ao investidor, ele não tem risco nenhum, ele começa a ser questionado: pô [sic], que tipo de relação você está oferecendo? E esse é um pouco o cerne da questão, eu acho que da dificuldade do Estado de fazer essas estruturas.* (INV2)

**Então, ela ajuda um pedaço da equação a parar de pé, que é o lado do investidor, talvez você tem que pagar um retorno menor, caso você tenha uma garantia de 80% de retorno do principal.** Então, eu tenho que te prometer menos ganho, se eu também te garantir menos perda. Então, acho que isso certamente ajuda. Agora, isso não diminui, por exemplo, o risco

*político para um prefeito, governador, gestor público, de fazer uma coisa nova. Então, ele trabalha sobre a parte da equação de risco, mas não tudo. (INT)*

*Eu acho que os elos mais complicados da história não são a estruturação de garantias com capital filantrópico ou o investidor, eu acho que o elo mais complicado é a habilidade do setor público contratar essa operação ao longo do tempo. Eu acho que se você tiver o setor público fazendo esse teste e juntar esses elementos de garantias, etcetera, parece-me que voa, parece-me que voa a história. (INV2)*

*Se isso for possível tecnicamente, juridicamente, economicamente, eu acho que teriam um passo chave nesse processo, sem dúvida. Tenho dúvidas sobre isso, se essa conta toda entra no arranjo do contrato e, portanto, ela vai ser rachada entre todos os investidores, ou se parte dessa conta entraria um pouco na conta do investimento público, sem nenhum retorno, e a parte do trabalho do Estado manter isto, porque se der certo, vai sair mais barato para a administração pública rodar dessa forma e atacar determinada questão social e ambiental, do que rodar da forma tradicional que eles já vinham fazendo. (INV3)*

## 5.6 ESPECIFICIDADES PARA ATUAÇÃO NO SUS E COM HIV/AIDS

Como o objetivo desse estudo foi entender se era possível aplicar o modelo de CIS em intervenções de resposta ao HIV/aids, foram destacadas falas dos entrevistados relacionadas a especificidades, dificuldades ou cuidados que se deva tomar ao discutir ações voltadas para a área da saúde, e mais restritamente, no cuidado e resposta ao HIV/aids.

De maneira geral, foi possível constatar que os relatos dos entrevistados se concentraram nas dificuldades de abordar o tema HIV/aids na sociedade e no mercado, e o que precisa ser feito para que as ações e serviços voltados para esse campo, sejam mais efetivas. O preconceito, como era de se esperar, é uma das barreiras, como se vê na fala da entrevistada OSC2: **“Todo mundo veste rosa, todo mundo veste azul, mas o vermelho, o vermelho já é perigo”**

Em alusão à cor do símbolo de solidariedade e de comprometimento na luta contra a AIDS, o laço vermelho, OSC2 expressa a dificuldade de levar o assunto para além das homenagens feitas em dezembro, quando se comemora o dia internacional de luta contra a aids. Um fator crítico a ser trabalhado, então, é a educação e conscientização da sociedade e possíveis investidores, o que pode ser um ponto positivo do modelo de CIS.



*Quando você traz um setor privado para financiar por exemplo projetos na pauta da HIV/aids e financiar na sociedade civil isso também vai trazer uma nova consciência para o investidor mesmo que naquele momento ele não esteja pensando nisso, ele esteja pensando só no lucro. Mas ele vai acabar por interesse financeiro, mesmo que seja só isso, se envolvendo e sendo educado também. (OSC2)*

*Então nós vivemos em uma sociedade que nega o direito das pessoas, que diz que ser homossexual é condenação para o inferno, que faz julgamento moral, então quem é que vai querer falar disso, qual é o hetero que vai querer falar disso. Qual é a empresa que vai querer falar disso? (OSC2)*

Esse ponto de vista também é compartilhado por OSC3, que ressalta a problemática de falta de espaço para discussão da doença:

*Começa que não se fala sobre o assunto, se não fala sobre o assunto esse assunto fica restrito a uma pequena população que somos nós que vivemos, então as pessoas que não estão nem aí ou aquelas mesmo que vivem isso elas querem fugir desse meio. [...] o primeiro passo seria abrir a escuta e a gente não tem esse espaço como foi bem colocado. (OSC3)*

*A nossa sociedade é totalmente falsa moralista e hipócrita. Não tem como falar de HIV/aids e você não falar de sexo. E não é papai e mamãe, não é o sexo heterossexual de homem e mulher, a gente tem que falar do sexo de todas as formas que pode vir a acontecer. E quando você falar de uma sociedade falsa moralista e hipócrita você não vai querer, como a gente está cansado de ver, nenhum empresário querer se atrelar porque eu vou estar financiando pessoas promiscuas, é esse o nome que ainda está ali alinhado ao HIV para essas pessoas por mais que ela tenha pessoas dentro do círculo dela e saibam que essas pessoas estão lá, ela fica com essa ressalva de que se ela investir nisso ela também faz parte disso, ela também é promiscua e logo ela não quer ser atrelada a isso, pelo menos com o HIV. (OSC3)*

Nessa mesma direção aponta OSC1, ao relatar situações vivenciadas e que por isso, considera essa ser a primeira dificuldade, encontrar um investidor que queira financiar algo relacionado ao HIV/aids.

*Acho que é encontrar um investidor. Infelizmente, no Brasil essa área ainda é muito estigmatizada. Acho que esse é um bom exemplo nesse aspecto: eu procurei a [nome da empresa] para fazer um determinado investimento na área de HIV. A resposta foi: “nós não podemos trabalhar com doença. A nossa marca não trabalha com doença”. Então, imagina ainda por cima uma doença que é estigmatizada, que as pessoas discriminam, como HIV e DSTs. Então, a minha principal preocupação é encontrar os investidores. Porque você encontra muito ativista, encontra*

*muita gente que se propõe a fazer voluntariado nessa área. Mas, pessoas que tenham recurso financeiro para investir nisso, eu acho muito difícil.* (OSC1)

Ao ser questionado se haveria algum tabu, do ponto de vista dos investidores, para investir em áreas mais sensíveis da saúde, como HIV/aids, o entrevistado INV2 fica em dúvida:

*Eu não sei responder essa pergunta, Carlos. Não tenho opinião sobre isso. Eu não vou te confundir essa pesquisa, eu não sei. Não tenho um parecer sobre isso. [...] O que eu acho é o seguinte, que os investidores tomam essa decisão baseados em afinidade com o tema. Então tem investidor que está mais afinado ao tema da hanseníase, outros, vacinação. Mas eu não acho que seja um tabu... então não sei o que acontece, se você consegue captar mais capital com um do que com outro.* (INV2)

O Intermediário aponta que não há conflito, mas sim a necessidade de direcionar cada caso (ou CIS), para o investidor que já tenha ligação com a área, como dito por INV2.

*Então, esse ponto, ele se resolveu sozinho quando a gente já não está pegando, o conjunto dos investidores, que está pegando investidores muito específicos. Para esses investidores, o cara já está fazendo uma coisa nova, já está em lugares que ninguém está, (está) falando com presos, ou ex-detentos, HIV, aids, prostituição que seja, é a mesma pessoa que não tem problema com esses eventuais temas mais difíceis, é a mesma pessoa que potencialmente está interessado em um investimento que ele tem um dos balanços entre o risco e o retorno forte.* (INT)

No entanto, como apontado no referencial teórico, os CIS em saúde estão em 3º lugar no ranking de investimentos, e no caso brasileiro, um entrevistado aponta uma das possíveis causas que afasta os investidores sociais da área da saúde:

*Primeiro, que a percepção dos investidores sociais sobre o SUS é uma visão bastante limitada, eles enxergam o SUS como uma estrutura meramente estatal, eles não enxergam o SUS como um sistema híbrido, público-privado. Então, esse viés de percepção, ele tende a uma conclusão precipitada, de que bem ou mal, o Estado dá conta do SUS, vamos olhar para outros temas onde a gente pode, como investidor social, fazer a diferença, isso não é verdade. [...] Então, tem esse elemento, tem o elemento de que muita gente que está hoje na área de investimento social, é raro o profissional de saúde, é raro gente que viveu no mundo da Saúde. Então, não tem expertise técnica na área de saúde. Então, é mais uma turma que veio do campo da educação, do campo social, genericamente falando. Então, eles tendem a trazer esse background de outras áreas e não da área de saúde.* (INV3)

Também foram apontadas falhas nos programas e políticas públicas de resposta ao HIV/aids, que devem ser evitadas ou que poderiam ser solucionadas por meio do modelo apresentado.

***O (programa de) HIV/Aids não está implantado. Nós temos alguns programas que atingem, que ajudam, que detectam. Nós mandamos tudo para a capital dos outros centros. É um problema que é muito difícil porque as pessoas às vezes escondem da gente, escondem muito por mais que nós temos equipes de assistentes sociais que estão na casa e tentam convencer, temos alguns que estão em tratamento, vem para cá e voltam para lá para fazer tratamento. Outros não querem, desistem do tratamento. (GOV8)***

***A gente tem hoje basicamente um muro entre governo e sociedade civil, a gente não consegue um diálogo fluido por exemplo dentro da aids, alguns espaços de deliberação de consultoria da sociedade civil foram extintos, então você começa a retroceder aquilo que estava dando certo. (GOV7)***

***O que é inovador? O que a sociedade civil faz de inovador que o governo não faz? Conseguir falar na linguagem daquela população que precisa ser atingida. [...]Então quando você cria uma política pública baseada na bolha que você vive, você não vai alcançar as pessoas que estão fora dessa bolha, jamais e isso que é inovar, é você conseguir dialogar com quem precisa ser alcançado no mesmo nível que aquela pessoa, para ela sentir que é importante ela fazer parte daquilo. (OSC2)***

***Eu acho que uma das coisas que a gente discute muito e no movimento social é unânime é que governamental e institucionalmente, visa-se o biomédico. Temos exames, temos carga viral, CD4, essa parte biomédica e é deixado de lado a questão psicossocial. Ai quando a gente fala de psicossocial vem aquilo que acabaram de falar de morte social e a gente no estigma que é aquela marca de eu estou diagnosticado, eu vou morrer amanhã, não tenho mais vida e isso não é trabalhado. (OSC3)***

***Talvez o gestor nem conheça, nem tenha propriedade daquilo (problemas do programa atual de resposta ao HIV/aids), mas a sociedade civil se mune dessas informações e ela consegue ir longe, entendeu? Ai a gente pega alguns militantes que queiram militar, a gente sabe que isso vai muito da luta, todas essas questões, mas parece que eles se estagnaram ali. A gente viu que houve esvaziamento no governo Lula que toda a sociedade civil foi para dentro da gestão e a gente viu que esse esvaziamento do movimento social lá na base, não é? Não tiveram a necessidade nem a oportunidade de formar novas lideranças e a gente viu que isso está vindo agora no atual governo, que a gente precisou realmente se reinventar. Então eu acho que parte do pressuposto que a gente precisa se munir de informação. (GOV7)***

*Hoje quando a gente fala de HIV onde se falha é nisso, hoje não dá mais para ninguém morrer de aids, ninguém nem entrar no quadro de aids. Não tem por que, a gente tem medicamental [sic], você está com uma carga viral absurda e dentro de um mês você está no que a gente chama de indetectável, ou seja, o HIV torna-se intransmissível. Então a chave está aí, a pandemia, a epidemia estaria encerrada, mas você não trabalha o lado social, o lado mental que por exemplo a gente não consegue acessar uma rede de saúde mental que seja voltar para pessoas vivendo com HIV. A gente não tem um apoio social, eu acho que está falhando essa parte psicossocial, o biomédico. (OSC3)*

## 5.7 SÍNTESE DOS RESULTADOS DA ANÁLISE

Apesar do grande desconhecimento sobre CIS especificamente, os entrevistados demonstraram possuir experiência no debate sobre contratualização entre a administração pública e entes privados, e assim, foi possível identificar fatores que na sua visão, são cruciais para a viabilidade do modelo apresentado. Foi possível elaborar quadro síntese dos principais achados em cada categoria de análise, representado no Quadro 14, e a sua discussão e seus significados, estão descritos no capítulo 6.

Quadro 14 - Síntese da análise dos dados coletados nas entrevistas

<b>Categoria de Análise</b>	<b>Resultados</b>
<b>Aderência a modelos de parceria Público-Privado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento da incapacidade de o governo atender as demandas sozinho;</li> <li>• Foco deve ser nos resultados, não importa quem executa;</li> <li>• OSC tem maior interlocução com a sociedade e flexibilidade para agir;</li> <li>• Questão cultural (monetarização/privatização) como barreira para ampliar as parcerias.</li> </ul>
<b>Confiança nas Instituições</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temor de corrupção;</li> <li>• Desconfiança mútua entre os interessados.</li> </ul>
<b>Conhecimento e capacidade de desenvolver/atuar no CIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconhecimento sobre Contratos de Impacto Social;</li> <li>• Falta de pessoal capacitado no governo;</li> <li>• Estruturas de gestão e controle governamental inadequadas para contratos dessa natureza;</li> <li>• Insuficiência de OSC com capacidade de atender a demanda.</li> </ul>
<b>Interesses, condições ou restrições do Governo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial de promover e testar soluções inovadoras;</li> <li>• Soluções customizadas para diferentes segmentos da população;</li> <li>• Compartilhamento de risco como aspecto positivo;</li> <li>• Necessidade de transparência ampla para evitar assimetria de informação;</li> <li>• Risco de descontinuidade em função das eleições;</li> <li>• Risco de fraude na apuração dos resultados;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Custo de transação pode tornar o contrato inviável economicamente.</li> </ul>
<b>Interesse, condições ou restrições dos Investidores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de retorno mínima igual ou pouco abaixo da taxa de mercado para ser atraente;</li> <li>• Necessidade de alinhamento da intervenção com os valores da empresa;</li> <li>• Necessidade de capital filantrópico para iniciar o mercado;</li> <li>• Temor quanto à insegurança jurídica;</li> <li>• Burocracia estatal como barreira;</li> <li>• Contratos de menor valor e com intervenções menos inovadoras;</li> <li>• Fundo garantidor como estímulo aos primeiros contratos.</li> </ul>
<b>Especificidades para atuação no SUS e/ou com HIV/aids</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreira ideológica quanto à capital privado financiar atividades do SUS;</li> <li>• Necessidade de maior proximidade do executor dos serviços com o público-alvo;</li> <li>• Necessidade de um número maior de investidores sociais voltados para a área da saúde;</li> <li>• Dificuldade de associar empresas à temas sensíveis, como sexualidade e HIV/aids;</li> <li>• Pouca atenção ao lado da prevenção comportamental estrutural nas políticas de governo para HIV/aids.</li> </ul>

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2022).

## 6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A intenção desse capítulo é discutir os principais resultados da pesquisa, apresentados no Capítulo 5, à luz da literatura que serviu de base ao trabalho, e apresentar suas relações e fatores críticos, bem como as recomendações possíveis de serem extraídas, e responder ao problema de pesquisa, dentro das limitações do estudo aqui desenvolvido

O futuro dos CIS no Brasil ainda é incerto. Apenas duas tentativas, inconclusas até o momento, para implementar o modelo por aqui. Um projeto de lei parado no Senado Federal. Por qual motivo o mercado para os CIS não se desenvolveu? As evidências apontam para não apenas um, mas uma conjugação de fatores, que podem limitar esse desenvolvimento.

De modo geral, foi possível observar um alto nível de desconhecimento do CIS e seu funcionamento, com exceção de quem já atua no mercado de investimentos sociais. Essa parece ser a primeira barreira no caminho do desenvolvimento, no Brasil, desse nascente mercado.

Para os gestores públicos, os CISs são um novo tipo de contrato, para os quais não há processos definidos ou listas de verificação para utilização, especialmente sobre a melhor forma de incorporar os novos atores envolvidos na execução de políticas públicas. Também não há histórico de análise ou jurisprudência que norteie a avaliação dos processos nos órgãos de controle. São fatores que causam receio na adoção e desconfiança nos outros atores.

Essa visão temerária quanto ao que é inovador na gestão pública, foi apontada por Radaelli *et al.* (2021), que identificou o pensamento entre os gestores de que ser o primeiro, ser vanguarda, é visto como um risco que não compensa.

Não é possível afirmar que esse desconhecimento sobre CIS é efeito do receio de testar novas soluções, e que por isso os gestores tendem a buscar novas competências apenas dentro dos modelos tradicionais e já testados, em uma superespecialização “dentro da caixa”, como apontado pelo entrevistado GOV5, ao falar dos órgãos de controle; mas é possível relacioná-lo a outro grande desafio a ser enfrentado no desenvolvimento de um ecossistema favorável aos CIS, que é a necessidade de um corpo técnico mais bem capacitado na esfera governamental.

Em estudo realizado no Reino Unido, por meio de entrevistas qualitativas com os principais atores envolvidos no desenvolvimento dos primeiros nove CIS em saúde e assistência social na Inglaterra, as principais descobertas de Tan *et al.* (2015), relacionadas ao processo inicial de desenho e contratação, identificaram três obstáculos comuns no processo de negociação e desenho inicial de um CIS, a saber:

- a) A falta de casos anteriores que possam servir como referência;
- b) A necessidade de interagir com novos atores, como intermediários, advogados, especialistas em investimento social e investidores externos (privados ou socialmente motivados) e;
- c) Técnicos do governo que não estavam familiarizados com a contratação por resultados.

A falta de competências técnicas também esteve presente nas falas tanto de gestores quanto de investidores, o que sinaliza um potencial problema para o desenvolvimento das condições necessárias para uso dos CISs. Essa preocupação encontra amparo nos resultados apresentados por Radaelli *et al.* (2021), ao destacarem os desafios para inovar na gestão pública brasileira:

- a) Cultura institucional - ideias, crenças e representações de mundo que condicionam as ações dos atores e criam uma força inercial que não favorece a inovação;
- b) Falta de competências técnicas - a falta de gestão do conhecimento e de capacitação é vista como um dos maiores gargalos para inovar e envolve inovação, legislação, planejamento e gestão de projetos, casos concretos que sirvam de referência;
- c) Falta de alinhamento - Há muitos atores e órgãos envolvidos e a análise do processo acontece em cascata;
- d) Medo do controle - O “apagão das canetas” é uma expressão recorrente e associada ao medo dos gestores de serem mal interpretados e penalizados por iniciativas inovadoras.

Todos esses elementos estão alinhados às falas dos entrevistados, ao confirmar que esses medos atingem gestores, assessorias jurídicas, áreas de contratação e autoridades máximas dos órgãos. A desconfiança da boa-fé do gestor como intenção inicial; a punição que atinge a pessoa física (CPF) e; a cultura da auditoria finalística muito rígida, ao invés de um monitoramento concomitante com caráter preventivo, contribuem para esse medo de inovar (RADAELLI *et al.*, 2021).

Apesar do temor inicial com um modelo desconhecido, à medida que as características dos CIS eram mais exploradas, os gestores públicos demonstraram estarem abertos a considerar essa alternativa, principalmente se for para testar soluções inovadoras. De certa

forma, essa resposta foi inesperada, ao considerar como predominante a cultura de punição do erro, e não de estímulo a inovação (RADAELLI *et al.*, 2021).

Essa motivação inicial também foi identificada entre os pagadores de resultados na Inglaterra, no estudo de Tan *et al.* (2015), movidos pelo desejo de desenvolver serviços inovadores em resposta a problemas sociais difíceis. No entanto, os pioneiros que buscavam implementar um modelo inovador e não comprovado de atenção ao sistema de saúde e assistência social, enfrentaram mais barreiras para negociações bem-sucedidas. (TAN *et al.*, 2015)

A realidade observada é que as abordagens que envolvem programas de pagamento por resultados ou CIS, raramente financiam um novo programa cuja inovação esteja na criação de novas oportunidades de colaboração entre público e profissionais privados. No geral, a inovação fica restrita à forma de financiamento, sendo utilizada para expandir programas existentes ou aqueles possuam bases de evidências robustas quanto aos resultados (ARENA *et al.*, 2016; ROY *et al.*, 2017). Essa também foi a conclusão de Albertson *et al.* (2018):

Nem os programas de Pagamento por Resultados, nem CIS no Reino Unido foram fortemente associados à inovação no design de serviços. [...] Os CIS têm normalmente focado em aumentar ou estender o alcance de programas baseados em evidências e, como tal, fornecer apoio ao movimento para políticas e práticas baseadas em evidências. (p. 107, tradução nossa)

A estrutura de incentivos dos CISs é projetada para remunerar pelo sucesso, e isso reduz o espaço necessário ao potencial de fracasso exigido pela inovação e, portanto, pela experimentação. Os investidores sociais têm demonstrado maior aderência a CISs cujo desenho procura privilegiar projetos e iniciativas para as quais sua utilidade já foi testada, e há suficiente evidências demonstráveis do impacto para reduzir a incerteza e, portanto, o risco de retorno do investimento, tanto que “é provável que a inovação possa ser limitada àquelas intervenções para as quais uma métrica efetiva está disponível e que já foi 'experimentada e testada'” (ALBERTSON *et al.*, 2018, p. 28).

Um ponto central em contratos que envolvem diversos atores é o alinhamento de interesses, e a literatura sobre CIS demonstra que com esse modelo, não é diferente (CARÉ; DE LISA, 2019; HUCKFIELD, 2018; LOWE, 2018; MILLNER; MEYER, 2022). Desconfiança mútua, assimetria de informação e interesses potencialmente divergentes, confluem para configurar a presença da Teoria da Agência como elemento central na condução de Contratos de Impacto Social. (MAIER; MEYER, 2017)



O governo deseja transferir os riscos da intervenção, pagar menos e testar soluções inovadoras. O investidor quer receber seu investimento de volta, e para isso, prefere intervenções mais fáceis de atingir resultados, de menor risco. É necessário então reconhecer que em um CIS os interesses serão em parte convergentes e em outra parte, divergentes. (MAIER; MEYER, 2017)

Neste contexto, a adoção de CIS como estratégia de financiamento de políticas públicas, pode ter ainda uma consequência inesperada para os órgãos do terceiro setor, que podem tentar focar em atividades cujos resultados sejam mais atrativos ou fáceis de mensurar, para atrair investidores (DAVIDSON; HEAP, 2013). Esse risco é real e já foi apontado em estudos que avaliaram o papel das OSCs na resposta ao HIV/aids, financiadas pelos empréstimos do Banco Mundial, como aponta Inglesi *et al.* (2006):

Para as ONGs que incorporaram o tema da Aids em suas ações ou foram criadas em função do financiamento do Banco Mundial, a perda de autonomia é parcial e está focada nos editais do financiador, o qual tem regras e objetivos a alcançar e faz com que as ONGs tenham de se adaptar a essas regras. O governo também tem seus deveres com a população e suas obrigações com o financiador, no caso o Banco Mundial. A ONG que se propõe a receber financiamento tem de se submeter às regras do governo, que, por sua vez, deve ter como objetivo o que o financiador quer como produto final. (INGLESI *et al.*, 2006, p.10)

A transferência de risco, do governo para o investidor, tem um custo. Quanto mais alto o risco, maior o retorno esperado pelo investidor. Por outro lado, se o risco de executar e atingir os resultados esperados são baixos, não é vantajoso para o governo remunerar o investidor, mas sim executar por conta própria. (MAIER; MEYER, 2017; TAN *et al.*, 2015). Uma solução seria a participação de investidores de impacto, que aceitem menor retorno pelo risco, ou recursos de filantropia, sem a necessidade de retorno.

A utilização de capital filantrópico, nas primeiras experiências no Brasil, foi apontada por diversos entrevistados como um fator determinante para o avanço do modelo. Nesse sentido, foi possível identificar a existência de um fundo filantrópico específico para financiar ações de trabalhos com HIV/aids.

O Fundo Positivo, criado em 2014, tem como objetivo mobilizar recursos para financiar instituições que trabalham com o campo do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Ao reconhecer que centenas de OSCs trabalham com ações de prevenção, assistência e garantia dos direitos humanos das pessoas que vivem e convivem com HIV e com hepatites, e identificar que essas organizações enfrentam dificuldades financeiras e técnicas que comprometem a continuidade do seu trabalho social, o Fundo foi criado para apoiar as

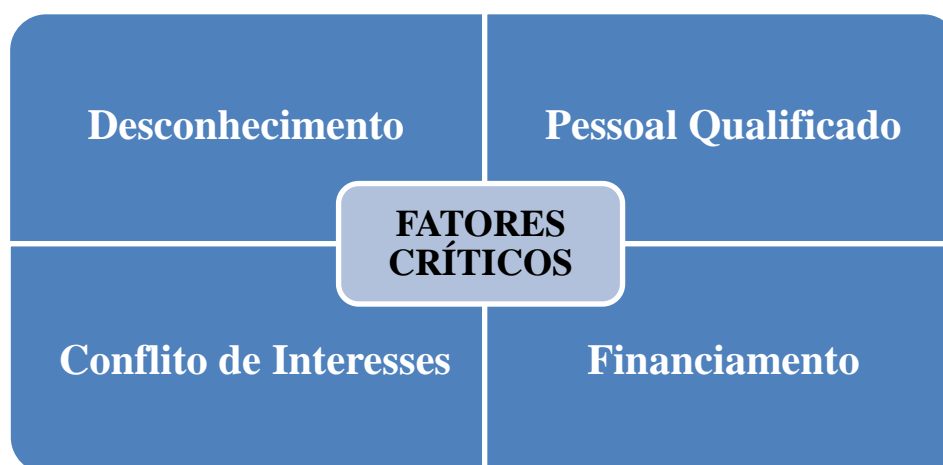
organizações que prestam serviços à sociedade, e não tem como propósito a oferta direta desses serviços à sociedade. Outros objetivos do Fundo são: financiar projetos para comunidades de base; ajudar na capacitação técnica das Organizações; fortalecer a atuação em parceria entre diferentes organizações; fomentar a necessidade de planejamento, monitoramento e avaliação de ações. (FUNDO POSITIVO, 2022).

Um diferencial desse fundo é que ele foi a primeira experiência brasileira de um fundo social privado a receber fomento de um órgão do Governo Federal, mais especificamente, do então chamado Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais, hoje conhecido como Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde. O repasse destes recursos às organizações é feito por meio de editais públicos, abertos à participação de organizações interessadas em todo o território nacional (FUNDO POSITIVO, 2022)

No Brasil, se por um lado há escassez de recursos do setor público para ampliar a cobertura de serviços, por outro, há experiência acumulada em parcerias público-privadas nas políticas de prevenção de HIV/aids, com a utilização de recursos de investidores, metas definidas pelo governo, resultados pactuados e execução dos serviços pelas OSCs da área.

Diante desse cenário, é possível afirmar que o modelo de Contrato de Impacto Social mostra-se interessante e possível, desde que superados os fatores críticos identificados ao longo desse estudo, a saber: o desconhecimento do modelo; a falta de pessoal qualificado; a possibilidade de conflito de interesses entre os atores; e a necessidade de garantia de financiamento das atividades (Figura 11).

Figura 11 – Fatores críticos para adoção do CIS em HIV/aids



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Uma vez identificados os fatores críticos para utilização do CIS em ações de HIV/aids, é viável apontar caminhos que criem condições de superá-los ou mitigá-los, ao ponto de tornar-se a adoção do modelo uma alternativa viável para o gestor público. Sem a pretensão de esgotar todas as possibilidades, esta pesquisa utiliza subsídios coletados na revisão da literatura, e a *expertise* do pesquisador, para fazer inferências e apontar os fatores facilitadores e as atividades necessárias para que o ecossistema de suporte a um CIS em HIV/aids, seja uma realidade.

O fator crítico de desconhecimento do assunto pelos principais *stakeholders*, e consequentemente, do modo de funcionamento de um CIS, limita o avanço em outras atividades necessárias para aplicação do modelo. Isso ficou evidenciado na tentativa inconclusa da Secretaria de Educação de São Paulo, ao receber críticas baseadas em uma visão distorcida do papel dos investidores e outros agentes privados na contratação (LAZZARINI, 2020).

Uma forma de mitigar esse fator crítico é trabalhar na formulação de uma base conceitual de referência, para uso no setor estudado, permitindo que todos estejam na mesma página ao sentar-se na mesa e discutir o que pode ser considerado ou não um indicador de impacto social, ou se o CIS será de estrutura direta, intermediada ou gerenciada, por exemplo.

Um exemplo de discordância de conceitos pode ser identificado na forma como diferentes pesquisadores categorizaram a experiência do Ministério da Economia no programa de empregabilidade para jovens. Enquanto Insper considera esse o primeiro Contrato de Impacto Social assinado no Brasil (INSPER, 2020), a Sitawi classifica a experiência como o primeiro Contrato de Pagamento por Resultado assinado pelo Governo, ele não seria um CIS por não prever a alocação do risco financeiro ao investidor, mas sim diretamente ao operador do programa, sendo na verdade uma versão simplificada do Contrato de Impacto Social (CERQUEIRA; LETELIER, 2021)

Essa proposta pode ser aplicada por meio de atividades da disseminação dos conceitos no meio acadêmico, intercâmbio de experiências com profissionais de outros países envolvidos com CIS e a realização de eventos para debater a temática.

A ampliação do debate no meio acadêmico está acontecendo de forma orgânica, por pesquisadores interessados em compreender esse fenômeno em expansão em outros países, como objetiva esta pesquisa, mas também pode ser estimulado por meio de chamadas e premiações específicas para trabalhos acadêmicos na área ou chamadas para publicações em periódicos temáticos.

O incentivo para que professores e alunos se envolvam em atividades de pesquisa relacionadas aos CISs tem potencial para aumentar o número de publicações acadêmicas a respeito, contribuindo para a formação repositórios de estudos de casos; revisões sistemáticas; formulação de conceitos; boas práticas e lições aprendidas, contribuindo assim para a divulgação do tema, com material voltado para a realidade brasileira.

A realização de eventos e intercâmbio de profissionais já ocorrem, como mostra Oliveira (2020), ao relatar eventos patrocinados pelo Banco Mundial, em conjunto com Insper e Sitawi, realizados na região Sudeste, trazendo pesquisadores e profissionais de organizações envolvidas em outros países para congressos e *workshops*. Faz-se necessária a continuidade desses eventos e ampliação para outras regiões do Brasil.

Esse movimento permitirá que o debate chegue a públicos ainda não atingidos, aumentando assim a possibilidade de inserção do tema na agenda política de outros atores nas esferas estaduais e municipais.

A ida de servidores públicos e/ou colaboradores de OSCs em visitas técnicas a outros países, para conhecer CISs em execução, contribuirá para posicionar internamente nas organizações, pessoas com legitimidade para realizar a *advocacy* dos CISs, ou, a avaliação crítica do modelo.

Outro fator facilitador é a promoção da qualificação técnica do pessoal para trabalhar com CIS. Gestores públicos, órgãos de controle e prestadores de serviços das OSCs precisam de capacitação específica para temas que são ainda pouco comuns no seu dia a dia, como cálculo de investimentos e taxa de retorno; forma de atuação de fundos de investimentos; prestação de contas; marketing; análise de custos de transação e dos serviços prestados, entre outros. A mesma lógica é aplicada às ferramentas e processos de monitoramento e controle, que devem mudar o foco das entregas no processo (*outputs*), para os resultados focados no beneficiário (*outcomes*).

Ao discutir a necessidade de pessoal qualificado para a área, o desenvolvimento de habilidades comportamentais é fundamental e deve ser incluído no escopo das trilhas de formação dos gestores públicos e de OSCs, que em um CIS precisam lidar com investidores, advogados, veículos de imprensa e organizações sindicais, entre outros.

Esses processos envolvem mudanças culturais, e esse foi um fator apontado pelos entrevistados como potencial empecilho para adoção do CIS. Também envolve barreiras ideológicas, que não podem ser ignoradas de forma alguma, sob o risco de críticas como as apontadas por Lazzarini (2020) no CIS em educação em São Paulo. Será necessária a

elaboração de planos de gestão da mudança e da comunicação, envolvendo todos os *stakeholders*.

Outra atividade essencial para mitigar a falta de pessoal qualificado, é criação de material de apoio, na forma de *toolkits*. Como não há casos prévios, que possam ser utilizados como exemplo, a criação de “caixas de ferramentas”, montadas por especialistas e que possam ser compartilhadas com qualquer um que deseje utilizá-las, como uma forma de encurtar o caminho para a adoção da inovação.

Um conjunto de guias e diretrizes criados por especialistas (escritórios de advocacia, consultorias, intermediários), que disponha de minutas de editais, acordos, contratos e outros documentos, que auxiliem os gestores, públicos e de OSCs, na utilização de um CIS. Essas ferramentas podem ajudar a elaborar estudos e documentos técnicos de qualidade, minimizar o risco de brechas contratuais, auxiliar nos processos de avaliação e controle, além de encorajar o gestor a adotar o modelo.

As estratégias de divulgação, oferta de oportunidades de capacitação e criação de material de apoio, podem ser definidas por grupo de trabalho específico, que envolva representantes do Ministério da Saúde, organismos internacionais (UNAIDS, por exemplo), intermediários (foram identificados por essa pesquisa Insper e Sitawi, até o momento), participantes dos fóruns de OSC/aids e, representantes de fundos filantrópicos e de investimento de impacto.

Outro ponto crítico apontado na literatura acadêmica é a assimetria de informação e o conflito de interesses. É esperado que esteja presente em um esquema de contratualização entre múltiplos atores, com interesses por vezes conflitantes. Assim, é pré-requisito que os envolvidos estejam suficientemente capacitados, para que possam iniciar o debate com os parceiros sobre a pretendida atuação conjunta.

Nas entrevistas realizadas, ressalta-se a preocupação com o risco de corrupção e o risco da barreira cultural de aceitar agentes privados sendo remunerados por prestarem serviços de impacto social. A percepção da sociedade quanto às vantagens e desvantagens do modelo, pode definir sua implementação ou não, conforme apontado por Silva (2021, p. 100): “Aparentemente, a sociedade civil organizada pode contribuir com o poder público ou impedir a efetiva implementação de parcerias, conforme o grau de clareza e transparência da proposta ou de ruído provocado”.

Uma estratégia para mitigar esses riscos é desenvolver estruturas de governança e *accountability* eficazes, de forma a garantir a conformidade dos padrões planejados. A

definição dessas estruturas impacta diretamente na avaliação de risco feita pelos investidores e, conseqüentemente, o quanto irão cobrar por isso. (STRID; RONICLE, 2021)

Assim, é fundamental a participação de 2 grupos nessas estruturas: os órgãos de controle e representantes dos beneficiários. Para os órgãos de controle, é fundamental que estejam presentes ainda na fase de desenho do projeto, sendo chamado para discutir soluções e suas implicações, e não apenas se fazendo presente ao final da contratualização, para fiscalização dos fatos ocorridos. Isso trará mais respaldo junto à opinião pública e diminuição da percepção de riscos junto a potenciais financiadores.

A inexperiência do poder público com contratos desse tipo e a falta de habilidade para lidar com a pressão pública, como identificado na tentativa paulista do CIS em educação, demonstram a necessidade de contar com o apoio da figura do intermediário, ainda que isso aumente os custos de transação.

O conflito de interesses deve ser gerenciado pela criação de mecanismos de controle (ou mecanismos de governança), que reduzam o risco de agência entre principal e agente, mas sem limitar demasiadamente o prestador de serviço.

Nesse sentido, diferentemente da *NPM*, que preconizava contratos detalhados de monitoramento, inspeção e controle de processos e resultados (Maier; Meyer, 2017), é preferencial investir em desenhos de CIS que valorizem as dinâmicas relacionais de longo prazo entre governo e prestador de serviço, e que não permitam relações desequilibradas entre investidor e prestador de serviço e/ou intermediário (por exemplo, permitir a troca de toda a equipe, unilateralmente).

Ao instituir comitês de governança, é fundamental incluir representantes dos beneficiários, garantindo que tenham voz e possam ter acesso a dados e informações, que permitam exercer o controle social. A participação dos beneficiários na discussão e desenho da intervenção, contribuirá para ter uma visão sistêmica do problema alvo da intervenção e evitar críticas de que o indivíduo que receberá os serviços seja visto apenas como uma mercadoria para o investidor.

No decorrer do contrato, deve-se priorizar a discussão sobre lições aprendidas e aprofundamento da colaboração, em vez da conformidade de processos. Isso será possível ao ampliar a participação dos beneficiários, promoção do aumento da confiança entre os parceiros e limitação da assimetria econômica nos processos de governança. (FRENCH *et al.*, 2022)

Tão importante quanto identificar os fatores facilitadores e desenvolver estratégias para aplicá-los, com o objetivo de chegar a fase de implementação e execução de um CIS, é garantir a sustentabilidade financeira dos processos em curso. Assim, é necessário apontar caminhos que possam ser trilhados na busca por recursos, que sustentem todas essas atividades de estruturação do ecossistema de Contrato de Impacto Social e, posteriormente, a execução de um contrato.

Como já citado anteriormente, um grande facilitador é a existência de um fundo filantrópico específico para apoiar OSCs que atuam com HIV/aids a se estruturarem. Atuando desde 2015, o Fundo Positivo pode assumir o protagonismo no financiamento das ações iniciais, ao utilizar sua estrutura e expertise adquirida nesse período e assim acessar os principais interessados.

Contudo, é necessário ampliar a arrecadação de receitas para que o Fundo possa subsidiar essas atividades, e um grande diferencial é justamente o precedente de aporte de recursos pelo Ministério da Saúde. Segundo o Portal da Transparência (BRASIL, 2022), o montante de recursos destinados para o atendimento da população e para prevenção, controle e tratamento de HIV/aids, outras infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais, é de R\$ 2,2 bilhões para o ano de 2022.

No ano de 2019, foi relançada no Congresso Nacional a Frente Parlamentar Mista de Enfrentamento às DST/HIV/AIDS, coordenada pela deputada federal Erika Kokay, e composta por 221 parlamentares, entre deputados federais e senadores. Convém lembrar que cada parlamentar tem direito a apresentar emendas parlamentares impositivas, de execução obrigatória, no valor de até R\$ 17,6 milhões, sendo obrigatoriamente 50% desse valor em gastos na saúde. Os 221 parlamentares da Frente têm direito então a R\$ 3,9 bilhões por ano. (AGÊNCIA SENADO, 2021)

A captação de recursos via emendas parlamentares é uma alternativa de financiamento das atividades, e pode ser direcionada para o Ministério da Saúde, Fundo Positivo ou outra OSC, com objeto da emenda destinando a aplicação para desenvolvimento dos CIS. Essa estratégia está relacionada à necessidade de ampliação do debate e inserção do tema na sociedade e na agenda política de discussões.

Existe a possibilidade de captar recursos de organizações internacionais de cooperação, como a UNAIDS e OPAS, e de OSCs que patrocinam atividades de capacitação, prevenção e pesquisa, como a Aids Healthcare Foundation -AHF, por exemplo, que em 2021 promoveu formação gratuita para OSCs que atuam com políticas relacionadas à HIV/Aids,

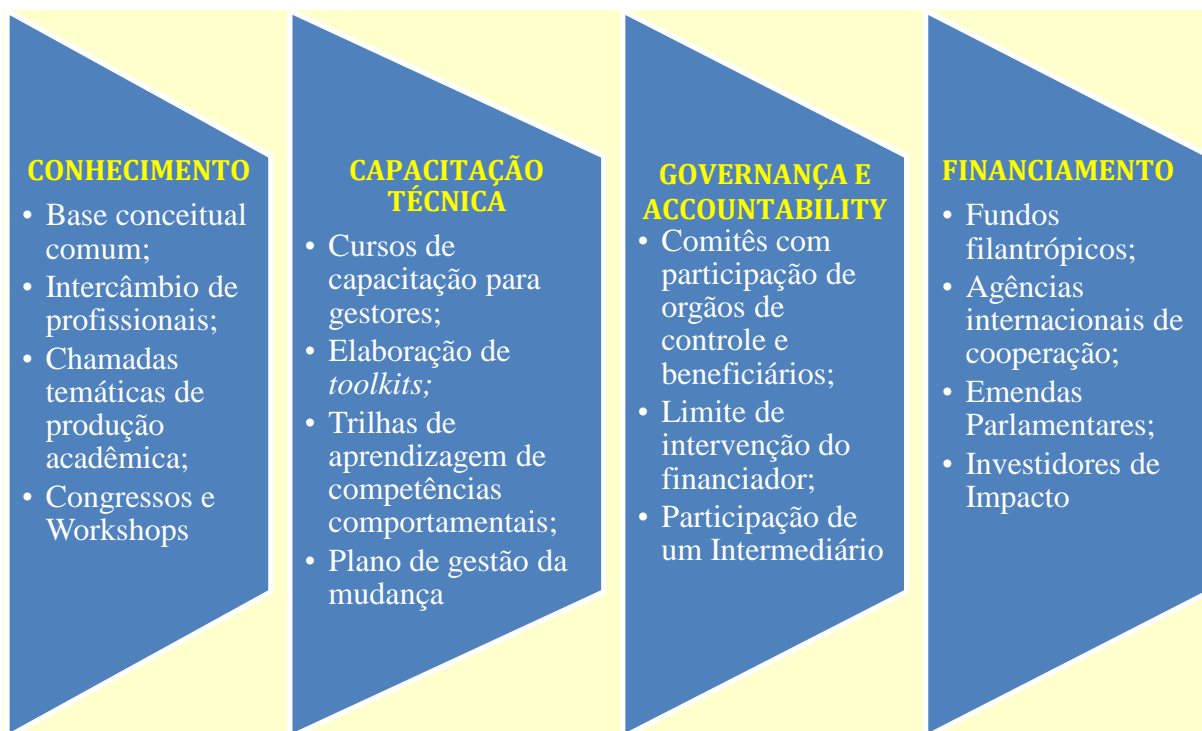
articulando, de forma integrada, conceitos, contextos e práticas relacionadas a mobilização de recursos (ABCR, 2021).

Também como exemplo, o Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos (UNOPS) e a UNAIDS, que ofertaram capacitação gratuita em elaboração de projetos, para 50 OCSs que atuam com pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV), população de rua, populações-chave para HIV e outros grupos vulneráveis. (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2021)

E por fim, a possibilidade de mobilizar investidores de impacto, onde o desafio será identificar aqueles cuja missão esteja alinhada ao aprimoramento de políticas públicas, saúde e atividades de resposta ao HIV/aids, constituindo um dos grupos de interesse em potencial, para posterior participação em um CIS.

A partir das considerações e recomendações apontadas, que respondem o problema de pesquisa que motivou essa tese, é apresentado como resultado o *Framework* de fatores facilitadores para uso do CIS em políticas de HIV/aids, representado na figura 12, que uma vez aplicado, permitirá a condução experimental de um CIS, aplicado à resposta ao HIV/aids, no Estado do Amazonas e, também, em outros Estados.

Figura 12 – Framework de facilitadores para uso do CIS em políticas de HIV/aids



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).



Com a realização das atividades propostas nessa estrutura, será possível vislumbrar as condições mínimas para habilitar a modalidade de contratualização por meio de Contratos de Impacto Social como uma opção aos gestores e entes privados interessados em participar da solução, além de contribuir para a orientação de estudos de viabilidade dessa modalidade em outras áreas e políticas.

Como forma de exemplificar e detalhar as ações propostas pelo *framework*, é possível simular a aplicação de um CIS a uma demanda específica na resposta ao HIV/aids. O rastreamento de sífilis e HIV, usando testes rápidos em populações remotas, realizado em 45.967 indígenas, apontou comunidades em que a prevalência de HIV era até 8 vezes maior que a média nacional (BENZAKEN *et al.*, 2017).

Ao se analisar os resultados por grupos populacionais menores, como vilas e comunidades, observa-se prevalências bem acima das médias nacionais, estaduais, municipais, ou nesse caso, por Distrito Sanitário Indígena. No entanto, não foi encontrada evidência de políticas públicas específicas para esse nível de estratificação da população.

Diante de todo o exposto, sugere-se aqui a intervenção por meio de um CIS, ou vários, onde o público-alvo seriam esses grupos/localidades menores, com diferenças nos serviços que respeitem e atendam as especificidades de cada local, como a comunidade de Belém do Solimões, localizada na cidade de Tabatinga, com 5 mil indígenas, atendidos pelo DSEI Alto Rio Solimões.

A intervenção seria focada em adaptar as estratégias da prevenção combinada, mais especificamente as estratégias de Tratamento como Prevenção; o uso de preservativos; e prevenção da transmissão vertical. Para isso, contaria com a participação de Agentes Comunitários de Saúde da própria comunidade, com material desenvolvido especificamente para a linguagem e crenças do povo Ticuna, envolvendo os pajés e caciques na elaboração deles.

A governança de um contrato desse tipo envolve diferentes atores exercendo o papel de principal na Teoria da Agência, a saber: Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI. Aqui, o principal interesse é reduzir a prevalência de HIV, ao menor custo possível.

O corpo técnico dessas estruturas é diversificado, como demonstrado nessa pesquisa, e o ponto inicial seria a discussão e disseminação interna dos conceitos de contratos de pagamento por resultado e contratos de impacto social; formas de contratualização e formulação de indicadores sociais de acompanhamento e controle. Essa ação poderia ser feita por intermédio da Universidade do Estado do Amazonas (que possui Centro de Ensino em

Tabatinga), realizando cursos de atualização e aperfeiçoamento; estimulando seus alunos de graduação e iniciação científica a pesquisarem sobre as condições locais e realizando um workshop, com a participação de profissionais de outras cidades.

Uma vez em andamento a etapa inicial de disseminação dos conceitos, pode-se partir para a discussão, envolvendo mais um ator nesse processo, com a seleção de uma organização que atue como intermediário. No processo de governança, esse intermediário pode assumir em um momento o papel de principal e em outro o de agente, dependendo das ações que estiverem sendo desenvolvidas e principalmente, a forma de remuneração estabelecida.

Nesse segundo momento, a organização que assumir como intermediário fica responsável por contratar equipes de especialistas que irão desenvolver os toolkits e o programas de capacitação para gestores e em competências comportamentais. Fica responsável também por elaborar um plano de gerenciamento das mudanças, incluindo plano de comunicação com público interno do Governo, investidores e população. É esperado que o intermediário apresente nessa fase um esboço conceitual do CIS, para análise principal (Governo).

No estágio atual, imagina-se que esses custos iniciais devam ser bancados pelo poder público, mas buscando desde o início a captação de recursos para expansão e continuidade das atividades, por meio de fomentos de agências internacionais e emendas parlamentares, visando a sustentabilidades dessa fase preparatória. Estima-se um período de ao menos 2 anos para conclusão dessa etapa.

Na próxima etapa, cabe ao intermediário prospectar provedores de serviços que atendam os requisitos estabelecidos no escopo da intervenção, definida no projeto-conceito. Ao mesmo tempo, deve identificar os grupos de interesse para compor um comitê de governança, que será incluído nas discussões das próximas etapas.

Como proposto, deve participar desse comitê representantes dos Tribunais de Contas da União e do Estado, desde o começo, atuando de forma orientativa, e não fiscalizatória. Recomenda-se ainda a participação de entidades que representam os interesses dos povos indígenas da região, como o Conselho Indigenista Missionário– CIMI, e a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB.

Deve-se então revisar o projeto-conceito, aprimorando e estabelecendo regras que mitiguem o conflito de interesses entre os atores estimulem a colaboração, e somente então procurar os agentes financiadores da intervenção em si, inserindo-os na discussão e definido o formato final de contratualização.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão de sistemas públicos de saúde, e em particular do SUS, é complexa e demanda constante avaliação de alternativas que permitam para melhorar a qualidade no atendimento dos seus usuários e garantir a sustentabilidade do modelo. A utilização mais eficiente dos recursos, a ampliação do financiamento das atividades e o estímulo à inovação, são preocupações constantes do gestor público nessa área.

Diante do tamanho do desafio, é crescente o uso de parcerias com o setor privado e organizações da sociedade civil, como forma de ampliar a oferta e benefícios para todas as partes envolvidas. Um exemplo de relacionamento público-privado, criado em 2010 no Reino Unido, é o Contrato de Impacto Social, e apesar de recente, já é utilizado em 35 países, nas mais diversas áreas, inclusive da saúde. No Brasil, onde a demanda por serviços públicos supera em muito a oferta, não há nenhuma experiência em andamento com o CIS.

Antes da pandemia de COVID-19, a UNAIDS já alertava que o fluxo de recursos necessários para atingir a meta de eliminar o HIV até 2030, em especial para os países em desenvolvimento, estava abaixo do previsto e seria insuficiente (DE LAY *et al.*, 2021). Como efeito da crise sanitária, a elevação da dívida pública e o aumento da inflação, dificultam ainda mais o financiamento da resposta brasileira ao HIV/aids, e a possibilidade de contar com recursos de investidores privados, por meio de CIS, pode ser uma alternativa altamente viável.

O propósito desse estudo foi avaliar as condições necessárias para aplicar o CIS em intervenções de resposta ao HIV/aids no Brasil. A estratégia escolhida foi a pesquisa qualitativa, por meio da análise da percepção de possíveis atores envolvidos em um contrato desse tipo, que a partir de suas vivências com os modelos de gestão hoje praticados, se manifestaram sobre as características do CIS, suas implicações, seus temores e pontos de destaque positivo.

Em relação ao objetivo específico de analisar a experiência internacional e nacional no campo dos Contratos de Impacto Social, a revisão da literatura evidenciou a predominância de uso do modelo em países de alta renda e desenvolvimento elevado, que possuem demandas sociais diferentes dos países de renda e desenvolvimento menores, onde ainda persistem demandas mais básicas e estruturais, que, em geral, necessitam de mais recursos e tempo.

Esse achado explica também a diferença do perfil das intervenções. Enquanto os países de maior renda apresentam um número maior de intervenções em áreas de Emprego e

Capacitação Profissional e Crianças e Bem-Estar Familiar, nos de menor renda já se percebe maior uso de CIS na área da saúde.

Quanto ao objetivo específico de identificar, na perspectiva dos atores envolvidos, fatores críticos para adoção dos Contratos de Impacto Social nas políticas públicas de resposta do HIV/aids, foram observados pontos tanto positivos como negativos entre os entrevistados.

O reconhecimento de que o setor público é incapaz de resolver todos os problemas sozinho e que o foco deve ser nos resultados, e não em que executará as atividades, foi o pensamento predominante entre os gestores. Para esse público, destaca-se também o potencial de testar soluções inovadoras, com menor risco ao governo, e a possibilidade customizar soluções para públicos específicos.

As entrevistas evidenciaram a falta de qualificação do seu pessoal, para poder trabalhar com novos modelos de contratualização, como o CIS, e o temor que sempre ronda o setor, que é a descontinuidade das soluções adotadas em função dos ciclos eleitorais e possíveis casos de corrupção.

Entre os fatores críticos para os investidores e OSCs, está a (des)confiança entre os envolvidos, que pode decorrer de interesses diversos entre os atores, o que coloca a necessidade de maior transparência nas informações e alinhamento da intervenção pretendida com a missão e os valores do prestador de serviço e do financiador, como limitador para a adoção do modelo de CIS.

Ao analisar a história do enfretamento do HIV/aids no Brasil e a estruturação do Sistema Único de Saúde no Brasil, o SUS, foi possível estabelecer conexões com exemplos de Contratos de Impacto Social propostos e/ou em execução. A principal é a participação social, por meio da prestação de serviços por organizações da sociedade civil.

Previsto na Lei n.º 8.080/90, que criou o SUS, a participação complementar dos serviços privados é fundamental na estruturação do sistema público de saúde, e as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos devem ter preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa participação ocorre por meio da contratualização, que usa da estratégia de gestão orientada por resultados, mecanismos de aferição de desempenho e incentivos vinculados à produtividade e à eficiência. Para efetivar essa estratégia, são utilizados marcos legais que regulam os Serviços Sociais Autônomos; as Organizações Sociais de Saúde; as Parcerias Público-Privadas; Oscips e as Organizações da Sociedade Civil Organizada. Apesar não ter legislação específica aprovada, apenas propostas, os Contratos de Impacto Social poderiam ser utilizados, com adaptações à legislação e ao marco regulatório brasileiro.

Ao avaliar as políticas de resposta ao HIV/aids no Brasil, é possível verificar que a estruturação do Programa Nacional, reconhecido internacionalmente como um exemplo de sucesso, se utilizou de ferramentas e estruturas que se assemelham às aplicadas no CIS.

Como exemplo, o financiamento das atividades do governo e das OSCs, com recursos de um investidor privado (empréstimos do Banco Mundial) e sua condicionalidade de liberação atrelada a resultados e por meio da publicização de parte das ações, ao adotar mecanismos de financiamento, critérios de elegibilidade e seleção as OSCs que poderiam receber recursos, em intervenções conjuntas, que envolviam diversos atores simultaneamente.

Convém ressaltar ainda o papel do governo como responsável por identificar as prioridades de ação, e a responsabilidade pela execução à cargo de OSCs, por terem mais expertise em grupos específicos. Esse é outro ponto que apontam a aproximação do modelo de CIS às necessidades identificadas no problema de pesquisa.

As diferenças culturais das populações que habitam a Região Amazônica, somados às dificuldades impostas pela extensão territorial e limitações de locomoção e comunicação, impõe a necessidade de customização das políticas públicas, o que nem sempre é feito, e o resultado são os indicadores de HIV/aids mais recentes, que se destacam de forma negativa no cenário nacional.

A literatura mais recente sobre CIS é mais cautelosa em apontar o modelo como solução para todos os problemas, mas caminha para um entendimento de que ele é um instrumento adequado para nichos específicos, com pagamentos voltados para resultados; que envolvam múltiplos *stakeholders* e tenham financiadores disponíveis (MAIER; MEYER 2017). Esse é o caso do HIV/aids, em que diferentes abordagens podem ser utilizadas em diferentes grupos e contextos e possuem fundos e investidores dispostos a contribuir com a meta de eliminação da doença até 2030.

Assim, é possível afirmar que, superados os fatores limitadores (desconhecimento, capacitação, conflito de interesses e financiamento), o modelo de Contrato de Impacto Social é aplicável em ações de resposta ao HIV/aids no Brasil. As propostas para que essa condição seja possível, respondem o estabelecido pelo objetivo específico de propor ações facilitadoras para o uso do modelo de Contrato de Impacto Social na área de políticas públicas de saúde para o HIV/aids no Brasil.

As principais ações necessárias para viabilizar sua utilização formam o *Framework* para uso do CIS em políticas de HIV/aids, e são: a construção de uma base conceitual comum; intercâmbio de profissionais envolvidos em CIS em outros países; chamadas temáticas de produção acadêmica com o tema; congressos e workshops sobre CIS em todos os

Estados; cursos de capacitação para gestores; elaboração de *toolkits*; trilhas de aprendizagem de competências comportamentais; plano de gestão da mudança

## 7.1 CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA

A principal contribuição da pesquisa é o desenvolvimento de um framework para uso do CIS em políticas de HIV/aids no Brasil. Assim, será possível aos formuladores de políticas públicas, analisar previamente os fatores críticos ao considerar a implementação ou não de CIS em determinado contexto.

Ao identificar os atores envolvidos e fatores limitadores, espera-se ampliar o debate sobre como as atividades são realizadas hoje na resposta ao HIV/aids e de que forma podem ser melhoradas ou tornar-se mais eficientes, seja por meio de CIS ou de modelos tradicionais, e estimular a participação de outros atores, como investidores privados.

A pesquisa realizada permitiu avançar no desenvolvimento teórico no campo dos Contratos de Impacto Social no Brasil, ainda incipiente e com poucos trabalhos voltados ao assunto. Evidencia o estado da arte no contexto brasileiro e registra as principais barreiras à utilização do modelo, de forma sistematizada e contextualizada.

Convém ressaltar que essa pesquisa não teve o objetivo de ser taxativa quanto a viabilidade de uso do CIS no Brasil, limitou-se a avaliar sua aplicação em uma determinada área e contexto específico. Problemas sociais são complexos e estão muito relacionados ao contexto em que estão inseridos (KIMMITT; MUÑOZ, 2019), não sendo possível tecer considerações generalizadas sobre o uso do modelo em outras áreas e circunstâncias diferentes.

Além da contribuição acadêmica, espera-se que os resultados encontrados permitam avançar no campo de práticas, com o aperfeiçoamento de pessoas e processos nas Organizações da Sociedade Civil, bem como dos gestores no setor público, e permita fortalecer a cultura da inovação, ao pensar em soluções para os problemas atuais.

## 7.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

Por ser um tema emergente no campo de conhecimento das parcerias público-privadas e investimentos de impacto social, sem nenhum exemplo em execução no Brasil, a análise exploratória conduzida nessa pesquisa não tem a pretensão de esgotar o tema. É natural,

portanto, que existam limitações, que possam ser superadas com o desenvolvimento de novas pesquisas teóricas e empíricas.

Sugere-se, portanto, pesquisas futuras que investiguem os fluxos decisórios e suas implicações sobre o desenvolvimento do ecossistema necessário para adoção dos CIS, em um contexto mais amplo, bem como é possível investigar essas mesmas questões de contexto aqui apresentadas, aplicadas à outras áreas de políticas governamentais.

A literatura existente ainda é muito limitada, quando se trata de explorar a temática dos CIS nos países em desenvolvimento. Dentre os poucos CIS finalizados no mundo, apenas um na América Latina. Essa limitação faz com que as condições locais para adoção do modelo sejam comparadas com estudos em países desenvolvidos, com diferentes contextos sociais, culturais, econômicos e políticos. Conforme avança a celebração (e finalização) de novos contratos em países em desenvolvimento, essas diferenças poderão ser estudadas em pesquisas futuras.

Convém destacar que as interpretações desse estudo foram baseadas em entrevistas com pessoas que atuam em diferentes tipos de organizações, identificadas como as principais envolvidas em um CIS, de acordo com a revisão da literatura. São opiniões individuais, que representam o seu pensamento nesse momento, em que o modelo ainda é desconhecido, e que está aberto a modificações, uma vez que as discussões se aprofundem na agenda pública.

A formulação de políticas públicas envolve, na sua etapa inicial, a definição da agenda governamental (priorização de recursos e discussão política) e a escolha de alternativas (estratégias que serão utilizadas). Assim, é importante entender os motivos e mecanismos que possam permitir a esse tema entrar na pauta do dia, enquanto outros não. Sugere-se então, estudos que possibilitem acompanhar a evolução desse pensamento ao longo do tempo, bem como as variáveis de influência sobre ele.

Não é possível afirmar, no momento, que esse modelo possua mais vantagens ou que seja o mais apropriado, apesar de indícios apontarem que, no campo de estudo definido pela delimitação da pesquisa, a área da saúde e mais especificamente, do HIV/aids, existem condições prévias que permitam aproveitar benefícios identificados em experiências internacionais.

O *framework* proposto tem como objetivo indicar as condições que facilitem a experimentação do modelo de Contrato de Impacto Social, aplicado a ações de resposta ao HIV/aids, e com isso apresentar a viabilidade e o valor percebido pelos *stakeholders* sobre o CIS. No entanto, não foi objetivo deste estudo chegar à conclusão que indique ser o modelo de CIS melhor ou pior, quando comparado às formas atuais de intervenções. Na literatura

acadêmica e não acadêmica internacional, esse debate é atual e ainda inconclusivo, mesmo em países que já o adotam há mais tempo e possuem projetos finalizados.

Há uma grande lacuna de trabalhos que façam a comparação do CIS com outros métodos de financiamento, para o mesmo serviço, e para o mesmo público-alvo. Portanto, somente com um caso concreto em execução para demonstrar, ou não, o valor incremental do uso de CIS.

Ainda assim, como também se demonstrou por meio da literatura acadêmica, o histórico do relacionamento entre o setor público e os agentes privados no Brasil, é permeado pela criação de novos modelos, visando corrigir falhas dos modelos mais antigos, mas que continuam sendo adequados e adotados em contextos específicos, servindo assim para ampliar o leque de opções à disposição dos envolvidos. Ainda a respeito, a literatura acadêmica aponta que uma das motivações mais comuns entre os *stakeholders* é o desejo de experimentar mudanças na forma como as políticas sociais são desenvolvidas, com o foco voltado para os resultados.

A inexistência de um caso concreto em execução no Brasil, limitou o estudo aos possíveis atores que estariam envolvidos na estruturação de um CIS, mas não avalia o mecanismo a partir da percepção dos usuários dos serviços. A partir da implementação do primeiro contrato, será possível realizar estudos comparativos da aceitabilidade e satisfação com os serviços prestados através das estruturas tradicionais e através de um CIS, e avançar no entendimento das diferenças e melhor adequação de cada modelo.



## REFERÊNCIAS<sup>1</sup>

- ALBERTSON, K. *et al.* **Payment by results and social impact bonds: Outcome-based payment systems in the UK and US.** Bristol: Policy Press, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/j.ctt21h4zbp>. Acesso em: 10 nov 2021.
- ALBUQUERQUE, M. S. V.; MORAIS, H. M. M.; LIMA, L. P. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, p. 1825-1834, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.11862014>. Acesso em: 10 out. 2021.
- ANDERS, J.; DORSETTE, R. **Peterborough social impact bond: final report on cohort 2 analysis.** UK: Ministry of Justice, 2017. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/final-results-for-cohort-2-of-the-social-impact-bond-payment-by-results-pilot-at-hmp-peterborough>. Acesso em: 17 de mar. 2022.
- ANDREWS, C. W., COMINI, G., VIEIRA, E. H. Continuities and change in Brazilian administrative reform. **International Journal of Public Sector Management**, vol. 12, n. 6, p. 482-500, 1999.
- ARENA, M. *et al.* Social impact bonds: Blockbuster or flash in a pan?. **International Journal of Public Administration**, v. 39, n. 12, p. 927-939, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01900692.2015.1057852>. Acesso em: 13 jan 2022.
- ARONSON, J. A pragmatic view of thematic analysis. **The qualitative report**, vol. 2, n. 01, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.46743/2160-3715/1995.2069>. Acesso em: 17 mar. 2022.
- ASENSI, F. D. **Indo além da judicialização: O Ministério Público e a saúde no Brasil.** ed. n. 01. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010.
- ABCR - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CAPTADORES DE RECURSOS. **Participe da formação gratuita: Mobilização de Recursos para OSCs – HIV/AIDS.** 2021. Disponível em: <https://captadores.org.br/noticias/participe-da-formacao-gratuita-mobilizacao-de-recursos-para-oscs-hiv-aids/>. Acesso em: 10 abr 2022.
- ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023:** informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2018. 68 p.
- AGÊNCIA SENADO. **Prazo para apresentação de emendas ao Orçamento 2022 é prorrogado para esta quarta.** 17 de novembro de 2021. Brasília: Senado Federal, 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/11/17/prazo-para-apresentacao-de-emendas-ao-orcamento-2022-e-prorrogado-para-esta-quarta>. Acesso em: 20 mar 2022.

---

<sup>1</sup> De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023)

AZEMATI, H. et al. Social impact bonds: lessons learned so far. **Community Development Innovation Review**, n. 01, p. 023-033, 2013.

BALIGA, S. Shaping the success of social impact bonds in the United States: Lessons learned from the privatization of U.S. prisons. **Duke Law Journal**, vol. 63, p. 437-479, 2013.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Editora Vozes Limitada, 2017.

BENZAKEN, A. S. *et al.* HIV and syphilis in the context of community vulnerability among indigenous people in the Brazilian Amazon. **International journal for equity in health**, v. 16, n. 1, p. 1-9, 2017.

BENZAKEN, A.; MACEDO, M.; DÍAZ BERMÚDEZ, X. P. O Plano Integrado da ONU em Apoio à resposta à Aids no Amazonas e na Bahia: uma experiência Inter programática e intersetorial de cooperação técnica. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 159-171, 2010. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/799/787>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F.J. (org). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2007.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 12 mai 2020.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Portal da Transparência. **Atendimento a população para prevenção, controle e tratamento de HIV/aids, outras infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br/programas-e-acoos/acao/4370-atendimento-a-populacao-com-medicamentos-para-tratamento-dos-portadores-de-hiv-aids-e-outras-doencas-sexualmente-transmissiveis?ano=2022>. Acesso em 12 abr 2022.

BRASIL. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. **Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública**. Brasília, 2004. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/111079.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/111079.htm). Acesso em: 20 mar 21.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 10 jun 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. ° 1.034 de 2010. **Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034\\_05\\_05\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010.html). Acesso em: 12 fev 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadores-as-e-gestores>. Acessado em: 10 jan 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2021>. Acesso em: 10 jan 2022.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Câmara da Reforma do Estado. Brasília, 1995.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 338, de 2018**. Dispõe sobre o Contrato de Impacto Social. Brasília, DF: Senado Federal, 2022. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/133946>. Acesso: 12 jan 2022.

BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Health and its social determinants. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CAMPANTE, R. G. Direitos sociais e justiça. In: Avritzer, L; Bignotto, N; Filgueiras, F; Guimarães, J; Starling, H. (Org.). **Dimensões Políticas da Justiça**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. p. 369-382.

CARÈ, R.; DE LISA, R. Social impact bonds for a sustainable welfare state: the role of enabling factors. **Sustainability**, v. 11, n. 10, p. 2884, 2019.

CARÈ, R.; RANIA, F.; DE LISA, R. Critical success factors, motivations, and risks in social impact bonds. **Sustainability**, v. 12, n. 18, p. 7291, 2020.

CARTER, E.; WHITWORTH, A. Creaming and parking in quasi-marketised welfare-to-work schemes: designed out of or designed in to the UK work programme?. **Journal of social policy**, v. 44, n. 2, p. 277-296, 2015.

CERQUEIRA, R.; LETELIER, L. **Contratos de impacto social: uma ferramenta de inovação para resultados sociais**. Rio de Janeiro: Sitawi, 2021.

CHIAPELLO, E. Financialisation of valuation. **Human Studies**, v. 38, n. 1, p. 13-35, 2015.

COOPER, C.; GRAHAM, C.; HIMICK, D. Social impact bonds: The securitization of the homeless. **Accounting, Organizations and Society**, v. 55, p. 63-82, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aos.2016.10.003>. Acesso em: 04 fev 2022.

CRESWELL, J. W. Revisiting mixed methods and advancing scientific practices. **The Oxford handbook of multimethod and mixed methods research inquiry**. p. 61–71. Oxford: Oxford University Press, 2015.

CZERESNIA, D.; DE FREITAS, C. M. (Ed.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

DATASUS - DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Informações em Saúde (TABNET) - DATASUS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>. Acesso em: 10 jan. 2022.

DAVIDSON, R.; HEAP, H. **Can social finance meet social need**. 2013. Disponível em: [https://issuu.com/tomorrowspeople/docs/can\\_social\\_finance\\_meet\\_social\\_need](https://issuu.com/tomorrowspeople/docs/can_social_finance_meet_social_need). Acesso em: 20 nov 2021.

DE LAY, P. R. *et al.* Ending AIDS as a public health threat by 2030: Time to reset targets for 2025. **PLoS medicine**, v. 18, n. 6, p. e1003649, 2021.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas**. 11. Ed. São Paulo: Editora Forense, 2017.

DIAS, R.; MATOS, F. **Políticas Públicas – Princípios, Propósitos e Processos**. São Paulo: Atlas, 2012.

DIAS, S.; GAMA, A. **Introdução à Investigação Qualitativa em Saúde Pública**. Edições Almedina, 2019.

DISLEY, E. *et al.* The payment by results Social Impact Bond pilot at HMP Peterborough: final process evaluation report. **Annual Review of Policy Design**, v. 7, n. 1, p. 1-20, 2019.

DOWLING, E. In the wake of austerity: social impact bonds and the financialisation of the welfare state in Britain. **New political economy**, v. 22, n. 3, p. 294-310, 2017.

EDMISTON, D.; NICHOLLS, A. Social Impact Bonds: The role of private capital in outcome-based commissioning. **Journal of Social Policy**, v. 47, n. 1, p. 57-76, 2018.

ENAP - ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. **Mapa da contratualização de serviços públicos no Brasil**. 2021. Comunitas, Brasília: Enap, 2021.

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Contratualização de desempenho institucional no SUS: resultados de pesquisa de opinião**. Fiocruz Brasília - Brasília, DF: Saberes, 2018.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2009.

FRASER, A.; TAN, S.; LAGARDE, M.; MAYS, N.. Narratives of promise, narratives of caution: A review of the literature on Social Impact Bonds. **Social policy & administration**, v. 52, n. 1, p. 4-28, 2018.

FRENCH, M. et al. Social impact bonds and public service reform: back to the future of New Public Management?. **International Public Management Journal**, p. 1-20, 2022.

FUNDO POSITIVO. **O Fundo Positivo**. 2022. Disponível em: <https://fundopositivo.org.br/o-fundo-positivo/>. Acesso em 15 abr 2022.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. São Paulo: Editora 34, 2000.

GAMA, A. S. M. *et al.* Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00002817, 2018.

GARNELO, L. *et al.* Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 158-172, 2014.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. O. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1225-1234, 2017.

GIACOMANTONIO, C. Grant-maximizing but not money-making: A simple decision-tree analysis for social impact bonds. **Journal of Social Entrepreneurship**, v. 8, n. 1, p. 47-66, 2017.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos: coleção pesquisa qualitativa**. Bookman Editora, 2009.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GO LAB - GOVERNMENT OUTCOMES LAB. **Impact Bond Dataset**. 2022. Disponível em: <https://golab.bsg.ox.ac.uk/knowledge-bank/indigo/impact-bond-dataset-v2/>. Acesso em: 10 abr 2022.

GRANGEIRO, A. *et al.* UNGASS-HIV/Aids: balanço da resposta brasileira, 2001-2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 5-8, 2006.

GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1553-1564, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.04402016>. Acesso em: 16 nov. 2021.

GRUENING, G. Origin and theoretical basis of New Public Management. **International public management journal**, v. 4, n. 1, p. 1-25, 2001.

GUSTAFSSON-WRIGHT, E. **Impact bonds in developing countries: early learnings from the field**. Washington DC: Brookings Centre for Universal Education, 2017.

GUSTAFSSON-WRIGHT, E.; GARDINER, S.; PUTCHA, V. **The potential and limitations of impact bonds: Lessons from the first five years of experience worldwide**. Washington DC: Global Economy and Development at Brookings, 2015.

HAJER, J. The national governance and policy context of social impact bond emergence: A comparative analysis of leaders and skeptics. **Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice**, v. 22, n. 2, p. 116-133, 2020.

HANKINS, C. A.; DE ZALDUONDO, B. O. Combination prevention: a deeper understanding of effective HIV prevention. **Aids**, v. 24, p. S70-S80, 2010.

HAQUE, M. S. New public management: Origins, dimensions, and critical implications. **Public administration and public policy**, v. 1, n. 1, p. 13-27, 2004.

HUCKFIELD, L. **The mythology of the social impact bond. In: Social Finance, Impact Investing and the Financialization of the Public Interest**. 2017. Hamburg University Press, 2018.

HUGHES, O. E. **Public Management and Administration**. Palgrave Macmillan, New York, 2003

IBAÑEZ, N. *et al.* Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 391-404, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200009>. Acesso em: 16 nov 2021.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Área territorial brasileira 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais: **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Características gerais dos indígenas no Censo Demográfico 2010** - resultados do Universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INGLESI, E. *et al.* **Implicações do financiamento do Banco Mundial para as respostas das ONGs e OSCs ao HIV/Aids no Sul e Sudeste do Brasil**. 2006. Instituto de Pesquisa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Social. Disponível em: <https://cdn.unrisd.org/assets/library/papers/pdf-files/inglesi-et-al-pp.pdf>. Acesso em: 10 out 2021.

INSPER. **Assinado o primeiro contrato de impacto social no Brasil**. 10 de março de 2020. Disponível em: <https://www.insper.edu.br/noticias/contrato-de-impacto-social-metricis/>. Acesso em: 21 nov 2021.

INSTITUTO DURANGO DUARTE. **Primeiros dois casos de aids confirmados em Manaus**. 2022. Disponível em: <https://idd.org.br/jornais/primeiros-dois-casos-de-aids-confirmados-em-manaus/>. Acesso em: 05 jan 2022.

IOC - INSTITUTO OSWALDO CRUZ. **A epidemia da aids através do tempo**. 2017. Disponível em: <https://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>. Acesso em: 10 set 2021.

IOC - INSTITUTO OSWALDO CRUZ. **Oswaldo inspira: 100 anos sem Oswaldo Cruz (1872-1917)**. 2017. Disponível em: <https://www.ioc.fiocruz.br/oswaldoinspira/>. Acesso em: 10 mai 2022.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **SIPS 2011 - Sistema de Indicadores de Percepção Social – Saúde**. 2011. Disponível em: [https://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24420&catid=120&Itemid=2](https://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=24420&catid=120&Itemid=2). Acesso em: 15 fev 22.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público em atividade no Brasil**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/201230\\_ri\\_perfil\\_organizacoes.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/201230_ri_perfil_organizacoes.pdf). Acesso em: 15 fev 22.

JORNAL LUTA DEMOCRÁTICA. **Peste Gay é a epidemia do século**. Disponível em: <https://revistaesquinas.casperlibero.edu.br/arte-e-cultura/cinema/documentario-reconta-a-historia-da-aids-no-pais/>. Acesso em: 26 set 2021.

KADRI, M. R.; SCHWEICKARDT, J. C. As Organizações da Sociedade Civil no enfrentamento à AIDS no Amazonas, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1331-1339, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.01272014>. Acesso em: 13 mar. 2022.

KATZ, A. S. *et al.* Social impact bonds as a funding method for health and social programs: Potential areas of concern. **American Journal of Public Health**, v. 108, n. 2, p. 210-215, 2018.

KIRKPATRICK, I. *et al.* The new managerialism and public service professions. **Hampshire: Palgrave Macmillan**, p. 43-44, 2005.

LANZ, L. Q.; DAMASCENO, P. A. M.; MACEDO, R. V. Q. Títulos e garantias de impacto social: adaptação do modelo para o Brasil. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro n. 46, p. 256-262, dez. 2016.

LAZARINI, W. S. *et al.* Políticas de saúde no Brasil: uma análise a partir dos projetos financiados pelo Banco Mundial durante os governos Lula e Dilma. **Saúde e Sociedade**, v. 30, 2021.

LAZZARINI, S. G. Contratos de Impacto Social na Rede Estadual de São Paulo: Nova Modalidade de Parceria Público-Privada no Brasil: Comentário. **Education Policy Analysis Archives**, v. 28, 2020.

LEÃO, L. M. **Metodologia do estudo e pesquisa: facilitando a vida dos estudantes, professores e pesquisadores**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

LEGARD, R.; KEEGAN, J.; WARD, K. In-depth interviews. **Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers**, v. 6, n. 1, p. 138-169, 2003.

LEITE, L. Q. **História da reforma gerencial do Estado de 1995**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: FGV, 2019. Disponível em <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/27464>. Acesso em: 12 nov 2021.

LIEBMAN, J. Social impact bonds. **A promising new financing model to accelerate social innovation and improve government performance**. Washington, DC: Center for American Progress, 2011.

LIMA, A. *et al.* **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de Saúde Indígena**. 2009. Disponível em: [http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf). Acesso em: 10 mar. 2020.

LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. G. **Naturalistic inquiry**. Sage, 1985.

LOWE, T. *et al.* The institutional work of creating and implementing social impact bonds. **Policy & Politics**, v. 47, n. 2, p. 353-370, 2019.

MAIER, F.; MEYER, M. Social impact bonds and the perils of aligned interests. **Administrative Sciences**, v. 7, n. 3, p. 24, 2017.

MALIK, A. M.; VECINA NETO, G. **Gestão em Saúde**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. V. **Técnicas de Pesquisa**. 9. Ed. São Paulo: Atlas S.A, 2021.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de investigações constitucionais**, v. 4, p. 259-281, 2019.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; CARRILLO ROA, A. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. In: **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. 2016. p. 260-260.

MASON, J. **Qualitative researching**. Sage, 2017.

MATIAS-PEREIRA, J. Curso de gestão estratégica na administração pública. **São Paulo: Atlas**, 2012.

MATTOS, R. A. **Desenvolvendo e oferecendo ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial**. 2000. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

MATTOS, R. A.; JUNIOR, V. T.; PARKER, R. G. **As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil**. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2001.

MAZUR, S.; KOPYCINSKI, P. **Public policy and the neo-Weberian state**. London, UK: Routledge, 2018.



MENDES, A.; FUNCIA, F. O.; MARQUES, R. M. **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Brasília, DF: ABRES**, p. 139-68, 2016.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M.; SALDAÑA, J. **Qualitative data analysis: A methods sourcebook**. Sage publications, 2018.

MILLNER, R.; MEYER, M. Collaborative governance in Social Impact Bonds: aligning interests within divergent accountabilities?. **Public Management Review**, v. 24, n. 5, p. 720-742, 2022.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista pesquisa qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MONTEIRO, A. L.; VILLELA, W. V. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Revista Psicologia Política**, v. 9, n. 17, p. 25-45, 2009. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519549X2009000100003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519549X2009000100003&lng=pt&tlng=pt). Acesso: 15 set. 2021.

MOTTA, P. R. de M. O estado da arte da gestão pública. **Revista de Administração de Empresas**, v. 53, n. 1, p. 82-90, 2013.

MULGAN, G. *et al.* **Social impact investment: the challenge and opportunity of social impact bonds**. London: The Young Foundation, 2011.

MUÑOZ, P.; KIMMITT, J. A diagnostic framework for social impact bonds in emerging economies. **Journal of Business Venturing Insights**, v. 12, p. e00141, 2019.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **ONGs brasileiras participam de formação gratuita em elaboração de projetos**. 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/156348-ongs-brasileiras-participam-de-formacao-gratuita-em-elaboracao-de-projetos>. Acesso em: 10 abr 2022.

NEYLAND, D. On the transformation of children at-risk into an investment proposition: A study of Social Impact Bonds as an anti-market device. **The Sociological Review**, v. 66, n. 3, p. 492-510, 2018.

NICHOLLS, A.; TOMKINSON, E. **The Peterborough pilot social impact bond**. Skoll Centre for Social Entrepreneurship/Pears Foundation Case Study, 2013.

OCDE - ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil**. OECD Publishing, Paris, 2021. Disponível em: [https://www.oecd-ilibrary.org/sites/f2b7ee85-pt/1/3/3/index.html?itemId=/content/publication/f2b7ee85-pt&\\_csp\\_=adb87b1bd21ed47953163bd891f6e9b2&itemIGO=oecd&itemContentType=book#section-d1e6147](https://www.oecd-ilibrary.org/sites/f2b7ee85-pt/1/3/3/index.html?itemId=/content/publication/f2b7ee85-pt&_csp_=adb87b1bd21ed47953163bd891f6e9b2&itemIGO=oecd&itemContentType=book#section-d1e6147). Acesso em: 10 jan. 2022.

OCDE - ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Governance in transition: public management reforms in OECD countries**. Paris: OECD Publishing, 1995.

OCDE - ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Social Impact Investment 2019: The Impact Imperative for Sustainable Development**. Paris: OECD Publishing, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/9789264311299-en>. Acesso em: 12 mar. 2021.

OLIVEIRA, L. T. de. Política de empregabilidade de jovens desempregados e contrato de impacto social: atores, narrativas e desenho. **Texto para discussão: Instituto Serzedello Corrêa**. Brasília: ISC/TCU, 2020

UNESCO - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. Is tēai vana Maruvo. **Falando sobre prevenção às DST/Aids e hepatites virais: Marubo**. Brasília: UNESCO, UNAIDS, 2012.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis**. 2016. Washington, D.C.: OPAS, OMS. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34077/CD552017-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 jan 2022.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. **Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público**. Brasil: Mh Comunicação, 1994.

PECI, A.; PIERANTI, O. P.; RODRIGUES, S. Governança e New Public Management: convergências e contradições no contexto brasileiro. **Organizações & Sociedade**, v. 15, n. 46, p. 39-55, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-92302008000300002>. Acesso em: 10 fev 2021.

PENDEVEN, B. L. Social impact bonds: A new public management perspective. **Finance Contrôle Stratégie**, n. NS-5, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/fcs.3119>. Acesso em: 12 mar 2021.

PINHO, J. A DE. G.; SACRAMENTO, A. R. S. Brazil: between the modern bureaucracy of Weber and resilient patrimonialism. **Management Research: The Journal of the Iberoamerican Academy of Management**, vol. 13, p. 140-159, 2015.

PINTO, A. C. S. *et al.* Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. **DST J Bras Doenças Sex Transm**, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007.

PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Desenvolvimento Humano e IDH**. 2022. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>. Acesso em: 12 mar 2022.

POLLITT, C.; BOUCKAERT, G. **Public Management Reform: A Comparative Analysis – New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State**. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2011.

RADAELI, V.; AZEVEDO, E.; DIAZ, K. **Modelo apoio a Compras Públicas de Inovação**. Whashington, D.C: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2021. Disponível em <https://publications.iadb.org/pt/modelo-de-apoio-compras-publicas-de-inovacao>. Acesso em: 12 nov. 2021.

RIBEIRO, J. A.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. **Divulga Saúde Debate**, v. 37, p. 21-43, 2007.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. de S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 263-276, 2016.

ROY, M. J.; MCHUGH, N.; SINCLAIR, S. Social impact bonds—evidence-based policy or ideology? In: **Handbook of social policy evaluation**. Edward Elgar Publishing, 2017.

RUSSO, R. de F. S. M.; DA SILVA, L. F. Aplicação de entrevistas em pesquisa qualitativa. **Gestão e Projetos: GeP**, v. 10, n. 1, p. 1-6, 2019.

SALDAÑA J. **The Coding Manual for Qualitative Researchers**. 2 ed. Jai Seaman, organizador. London: SAGE Publications Ltd.; 2013.

SALOTI, M. H. da S. *et al.* Organizações Sociais na atenção básica em saúde nas capitais da Região Sudeste do Brasil: uma análise crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.

SCHEFFER, M. *et al.* Demografia médica no Brasil 2020. **São Paulo: FMUSP, CFM**, p. 125, 2020.

SCHWARTZMAN, S. A abertura política e a dignificação da função pública. **Revista do Serviço Público**, vol. 2, p. 43-58 1984. Disponível em: <http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/index>. Acesso em: 10 mar 2019.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 347-369, 2009.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de saúde pública**, v. 31, p. 538-542, 1997.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

SHAH, S.; COSTA, K. Social impact bonds: **White house budget drives pay for success and social impact bonds forward**. Center for American Progress. 2013. Disponível em <https://www.americanprogress.org/article/white-house-budget-drives-pay-for-success-and-social-impact-bonds-forward/>. Acesso em: 12 jan. 2022.

SILVA, A. O. S. **Parcerias público-privadas de impacto social no Brasil: lições de tentativas inconclusas**. 2021. Tese de Doutorado. Escola de Administração de Empresas de

São Paulo, Faculdade Getúlio Vargas, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/31130>. Acesso em: 10 mar. 2022.

SILVEIRA, R. P.; PINHEIRO, R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia-Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 4, p. 451-459, 2014.

SINCLAIR, S.; MCHUGH, N.; ROY, M. J. Social innovation, financialisation and commodification: A critique of social impact bonds. **Journal of Economic Policy Reform**, v. 24, n. 1, p. 11-27, 2021.

SITAWI – FINANÇAS DO BEM. **Relatório anual 2018**. Rio de Janeiro: Sitawi, 2019.

SITAWI – FINANÇAS DO BEM. **Entenda a lógica do contrato de impacto social**. Rio de Janeiro: Sitawi, 2018. Disponível em: <https://www.sitawigov.org.br/entenda>. Acessado em: 8 jan 2019.

SOLANO, N. As organizações não-governamentais e a coordenação nacional de DST/AIDS. **Cadernos Abong**, v. 28, p. 75-130, 2000.

STANWORTH, N. **In depth review: the Zero HIV Social Impact Bond**. ATQ Consultants. 2020. Relatório técnico. Disponível em: [https://www.tnlcommunityfund.org.uk/media/insights/documents/EJAF-Zero-HIV-in-depth-review\\_FINAL.pdf?mtime=20201130131429&focal=none](https://www.tnlcommunityfund.org.uk/media/insights/documents/EJAF-Zero-HIV-in-depth-review_FINAL.pdf?mtime=20201130131429&focal=none). Acesso em: 10 jan 2022.

STRID, A. A.; RONICLE, J. Bonos de impacto social en América Latina: El trabajo pionero de BID Lab en la región: Lecciones aprendidas. **Inter-American Development Bank IDB Lab**, 2021. Disponível em: <https://publications.iadb.org/es/bonos-de-impacto-social-en-america-latina-el-trabajo-pionero-de-bid-lab-en-la-region-lecciones>. Acesso em: 20 mar 2022.

TAN, S. *et al.* An evaluation of social impact bonds in health and social care: interim report. **London: Policy Innovation Research Unit (PIRU)**, 2015.

THAMER, R.; LAZZARINI, S. G. Projetos de parceria público-privada: fatores que influenciam o avanço dessas iniciativas. **Revista de Administração Pública**, v. 49, p. 819-846, 2015.

TORTORICE, D. L. *et al.* **A Theory of Social Impact Bonds**. National Bureau of Economic Research, 2020.

TRAVAGIN, L. B. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 995-1006, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711501>. Acesso em: 13 nov. 2021.

TROMBKA, I.; RODRIGUES, J. Formação de agenda legislativa para os Contratos de Impacto Social: análise de um projeto de lei em tramitação. **Revista de Informação Legislativa: RIL**, Brasília, DF, v. 58, n. 231, p. 11-39, jul./set. 2021. Disponível em: [https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/58/231/ril\\_v58\\_n231\\_p11](https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/58/231/ril_v58_n231_p11). Acesso em: 20 out 2021.

UNAIDS - PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **A resposta à AIDS na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável: trabalho**

**conjunto, ganhos compartilhados.** 2018. Disponível em: <https://unaids.org.br/aids-ods/>. Acesso em 15 jan 2022.

UNAIDS - PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **Acabar com as desigualdades. Acabar com a AIDS. Acabar com as pandemias.** 2021. Disponível em: <https://unaids.org.br/2021/10/dia-mundial-da-aids-2021/#:~:text=A%20Estrat%C3%A9gia%20Global%20para%20AIDS,n%C3%BAcleo%20o%20fim%20das%20desigualdades>. Acesso em: 3 dez 2021.

UNAIDS - PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **Amazonaids: na fronteira de uma epidemia.** 2017. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/09/Amazonaids.pdf>. Acesso em: 20 abr 2021.

UNAIDS - PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections.** Geneva: UNAIDS, 2010. Disponível em: [https://www.unaids.org/en/resources/documents/2010/20101006\\_JC2007\\_Combination\\_Prevention\\_paper](https://www.unaids.org/en/resources/documents/2010/20101006_JC2007_Combination_Prevention_paper). Acesso em: 20 abr 2021.

UNAIDS - PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **Estatísticas.** Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. 2022. Acesso em: 10 mar 2022.

VIEIRA, J. P. T. de O. **Fragilidades dos mecanismos de controle das Organizações Sociais de Saúde no município do Rio de Janeiro.** 2016. Tese de Doutorado. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Rio de Janeiro, 2016.

WARNER, M. E. Private finance for public goods: social impact bonds. **Journal of economic policy reform**, v. 16, n. 4, p. 303-319, 2013.

WARNER, M. Profiting from public value? The case of social impact bonds. **Creating Public Value in Practice: Advancing the Common Good in a Multi-Sector, Shared-Power, No-One-Wholly-In-Charge World**, p. 143-160, 2015.

WORLD BANK GROUP. **How does the World Bank classify countries?.** 2022. Disponível em: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/378834-how-does-the-world-bank-classify-countries>. Acesso em: 10 fev. 2022.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim.** Porto Alegre: Penso Editora, 2016.

## APÊNDICE

### ROTEIRO DE ENTREVISTAS

#### A- Questões Gerais – Todos os entrevistados

1. Qual sua área de atuação?
2. Quanto tempo de experiência e sua trajetória na área da gestão pública/saúde/empresa/OSC?
3. Se pudesse atribuir uma nota, como você avaliaria o atendimento da população pela sua Instituição?
4. O que você sabe sobre Contratos de Impacto Social (*Social Impact Bonds*)?

“Os Contratos de Impacto Social ou *Social Impact Bonds* são um mecanismo de contratação e pagamento de agentes privados, que fica responsável pela prestação de serviço de interesse social. O pagamento está condicionado ao atingimento de metas de impacto social. Caso as metas não sejam atingidas, o agente privado arca com todos os custos sem nenhum pagamento do Governo, e transferir, assim, o risco de fracasso para o agente privado. Todo custo inicial da operação é financiado com recursos privados, não sendo necessário nenhum desembolso do Governo nessa etapa. O processo de estruturação e execução deve ser monitorado e avaliado por um auditor externo.”.

5. Estudos sobre as experiências com CIS em outros países destacam alguns pontos positivos e negativos na utilização desses mecanismos. Por favor indique a ordem de importância de cada um:
  - Canalização de recursos privados para resolver problemas públicos;
  - Perda do sentido de “público” na prestação dos serviços;
  - Potencial de produzir e testar soluções inovadoras;
  - Altos custos de transação;
  - Transferência de risco do ente público para o agente privado;
  - Abordagens customizadas aos problemas de grupos específicos da população;
  - Adoção de mecanismos de mercado na resolução de problemas sociais
  - Dificuldade de escalar a nível nacional
  - A governança envolve os entes públicos, os prestadores de serviços, investidores e intermediários, mas deixa pouco espaço para os beneficiários participarem das decisões

6. Nessa relação de governança do modelo, onde você acredita que possa haver pontos de conflito?
7. Quais os cuidados devem ser observados na adoção desse mecanismo? (a favor)
8. Qual a principal razão para que esse modelo de contratação não seja viável? Qual tipo de mecanismo poderia ser adotado para melhoria do atendimento? (contra)

### **B - Para representantes do governo**

1. Quando as disponibilidades são insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população, o SUS prevê a oferta complementar com serviços privados de assistência à saúde, por meio da contratação de Organizações Sociais, OSCIP, Cooperativas, Fundações de Apoio, Serviços Sociais Autônomos e PPPs. Você conhece essas formas de contratação e se sua Instituição se utiliza de alguma delas?
2. Avalie sua experiência com essas formas de contratação.
3. É possível definir indicadores de impacto social?
4. O monitoramento e auditoria de resultados deve ser realizado por um avaliador externo e independente. Qual sua recomendação quanto a escolha dos avaliadores e atividades de auditoria?
5. Entre uma intervenção que utilize abordagens e técnicas mais tradicionais, com mais dados de evidência do seu uso, ou outra que seja mais inovadora, e incerta, qual seria a sua indicação para atendimento via CIS?

### **C - Para Prestadores de Serviços – OSC**

1. Qual sua área de atuação?
2. A OSC que você representa atua em parceria com o poder público ou entes privados?
3. Como você avalia essa relação?
4. Quais os principais problemas na prestação de serviços pelo governo?
5. Como melhorar essa prestação de serviço?
6. Você escolheria uma abordagem inovadora, e com mais risco, ou uma mais tradicional, e maior certeza de sucesso?

**D - Para Investidores**

1. Qual o perfil do investidor que participaria de um Contrato de Impacto Social?
2. Como estimular o mercado a investir/começar no modelo?
3. Qual a taxa de retorno desejável?
4. Os investidores teriam problema a associar sua imagem a um programa de HIV/aids?
5. Qual a importância do intermediário?
6. O investidor está disposto a financiar uma proposta mais inovadora ou mais tradicional?
7. E do ponto de vista do Governo, o gestor público está mais aberto para uma proposta mais inovadora ou mais tradicional?

**E – Para Intermediários**

1. Qual o maior obstáculo para implementar um CIS no Brasil?
2. Qual o perfil do investidor que iniciará um CIS?
3. Qual o papel e importância do Intermediário?
4. Qual área mais propicia para CIS no Brasil?

**F – Para Órgãos de Controle / Tribunal de Contas**

1. Qual sua experiência com a relação entre público-privado?
2. Qual seria a vantagem do CIS?
3. O que acha da visão dos gestores e investidores dos órgãos de controle como obstáculo?