



Universidade de Brasília (UnB)
Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão Pública (FACE)
Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais (CCA)
Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis (PPGCont)
Especialização em Contabilidade e Finanças Públicas Municipais (CFPM)
Professor Dr. Abimael de Jesus Barros Costa

Lennon de Amorim Carrijo

**IMPACTO DOS CONTRATOS DE GESTÃO EM SAÚDE NOS GASTOS PÚBLICOS DO
DISTRITO FEDERAL**

Brasília, DF
2024

Professora Doutora Márcia Abrahão Moura

Reitora da Universidade de Brasília

Professor Doutor Enrique Huelva Unternbäumen

Vice-Reitor da Universidade de Brasília

Professor Doutor Diêgo Madureira de Oliveira

Decano de Ensino de Graduação

Professor Doutor José Márcio Carvalho

Diretor da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de
Políticas Públicas

Professor Doutor Sérgio Ricardo Miranda Nazaré

Chefe do Departamento de Ciências Contábeis e Atuarias

Professor Doutor Abimael de Jesus Barros Costa

Coordenador do Curso de Especialização em Contabilidade e Finanças Públicas
Municipais

LENNON DE AMORIM CARRIJO

IMPACTO DOS CONTRATOS DE GESTÃO EM SAÚDE NOS GASTOS PÚBLICOS DO
DISTRITO FEDERAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Ciências Contábeis e
Atuariais (CCA) da Faculdade de Economia,
Administração, Contabilidade e Gestão Pública
da Universidade de Brasília como requisito à
conclusão do curso de Especialização.

Orientador:
Prof. Nara Cristina Ferreira Mendes

Brasília, DF
2024

LENNON DE AMORIM CARRIJO

IMPACTO DOS CONTRATOS DE GESTÃO EM SAÚDE NOS GASTOS PÚBLICOS
DO DISTRITO FEDERAL/LENNON DE AMORIM CARRIJO—Brasília, 2024. 61.

Orientador(a): Nara Cristina Ferreira Mendes

Trabalho de Conclusão de curso (Monografia - Especialização) – Universidade de
Brasília, 1º Semestre letivo de 2024.

Bibliografia.

1. XXXX 2. XXXX 3. XXXX 4. XXXX I. Departamento de Ciências Contábeis e
Atuariais da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da
Universidade de Brasília. II. Título.

CDD –

LENNON DE AMORIM CARRIJO

IMPACTO DOS CONTRATOS DE GESTÃO EM SAÚDE NOS GASTOS PÚBLICOS DO
DISTRITO FEDERAL

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia e outros) apresentado ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais (CCA) da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão Pública da Universidade de Brasília como requisito à conclusão da Especialização...., aprovado pela seguinte comissão examinadora:

Prof. Dr. Nara Cristina Ferreira Mendes
Orientador
Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais
Universidade Brasília (UnB)

Prof. Lucas Oliveira Gomes Ferreira
Examinador
Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais
Universidade de Brasília (UnB)

Brasília, (2024)

AGRADECIMENTOS

Dedico esse trabalho ao meu filho, Alexander, que nasceu assim que comecei os meus estudos de especialização, sua chegada foi o combustível extra para o foco e a dedicação empenhados nesse estudo.

Agradeço também ao apoio técnico e científico da professora orientadora Nara Cristina Ferreira Mendes que, sem dúvidas, foi crucial para que o resultado desse trabalho fosse executado com a qualidade esperada.

RESUMO

Diante do cenário cada vez mais complexo no qual a saúde pública no Brasil se encontra, governos locais se mostram empenhados em adotar medidas para o enfrentamento de situações caóticas como superlotação, falta de atendimento entre outros. Dessa forma, o Governo do Distrito Federal adotou contratos de gestão para auxiliar o poder público na administração de algumas de suas unidades de saúde. A prerrogativa de falta de transparência nos recursos destinados a essas organizações resulta no questionamento se elas conseguem prestar o serviço de saúde de maneira eficiente e se otimizam os gastos respeitando os recursos no qual recebem. O resultado se mostrou positivo, uma vez que as metas contratuais estabelecidas pelo governo foram em sua maioria alcançadas, o que consequentemente, possibilitou numa otimização dos gastos tendo em vista a variação pequena em que os recursos repassados tiveram entre o período estudado.

Palavras-chave: CUSTOS; GESTÃO PÚBLICA; SAÚDE; TRANSPARÊNCIA.

ABSTRACT

Faced with the increasingly complex scenario in which public health in Brazil finds itself, local governments are committed to adopting measures to combat chaotic situations such as overcrowding, lack of care, among others. Therefore, the Government of the Federal District adopted management contracts to assist the public authorities in the administration of some of their health units. The prerogative of lack of transparency in the resources allocated to these organizations results in the questioning of whether they are able to provide the health service efficiently and whether they optimize spending while respecting the resources they receive. The result was positive, since the contractual goals established by the government were mostly achieved, which consequently made it possible to optimize expenses taking into account the small variation in which the resources transferred had between the period studied.

Keywords: COSTS; PUBLIC MANAGEMENT; HEALTH; TRANSPARENCY

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
SUMÁRIO	9
LISTA DE TABELAS E QUADROS	10
LISTA DE FIGURAS.....	11
1. INTRODUÇÃO	12
1.1. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS.....	15
1.2. JUSTIFICATIVA DE PESQUISA	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1. ORIGEM DO CONTRATO DE GESTÃO	16
2.2. CONTRATOS DE GESTÃO NA SAÚDE PÚBLICA	17
2.3. CAPTAÇÃO DE RECURSOS E SUAS FONTES	19
2.4. CUSTOS E DESPESA	21
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	23
3.1. RECEITA.....	23
3.2. CUSTOS	23
3.3. RESULTADO OPERACIONAL	25
3.4. MODELO ESTATÍSTICO	25
4. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	27
4.1. METAS QUANTITATIVAS	27
4.2. RECEITA E PREÇO MÉDIO DE VENDA.....	30
4.3. CUSTOS	32
4.4. RESULTADO OPERACIONAL	35
4.5. RESULTADOS DO MODELO ESTATÍSTICO	36
4.6. TESTES DE SIGNIFICÂNCIA	42
4.7. TESTES DE RAIZ UNITÁRIA	45
5. CONCLUSÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS	54

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 - Objetos Financiáveis por tipo de despesa.	20
Quadro 2 - Custos Fixos e Variáveis.....	24
Tabela 1 - Metas Quantitativas Contrato 076/2019 - ICIPE (2022 e 2023)	32
Tabela 2 - Metas Quantitativas Contratos de Gestão IGESDF (2022 e 2023)	28
Tabela 3 – Metas quantitativas realizadas dos contratos de gestão ICIPE (2022 e 2023).	28
Tabela 4 – Metas quantitativas realizadas dos contratos de gestão IGESDF (2022 e 2023)...	29
Tabela 5 - Repasse do Contrato de Gestão – ICIPE (2022 e 2023).....	30
Tabela 6 - Repasse dos Contratos de gestão - IGESDF (2022 e 2023)	30
Tabela 7 - Preço médio de venda Contrato de Gestão – ICIPE (2022 e 2023)	31
Tabela 8 - Preço médio de venda Contrato de Gestão – IGESDF (2022 e 2023)	32
Tabela 9 - Custos totais dos contratos de gestão ICIPE (2022 e 2023).....	32
Tabela 10 - Custos totais dos contratos de gestão IGESDF (2022 e 2023).....	33
Tabela 11 - Custo Médio por Unidade de Saúde - ICIPE (2022 e 2023)	33
Tabela 12 - Custo Médio por Unidade de Saúde - IGESDF (2022 e 2023)	34
Tabela 13 - Resultado operacional líquido por Unidade de Saúde – ICIPE (2022 e 2023)	35
Tabela 14 – Resultado operacional líquido por Unidade de Saúde – IGESDF (2022 e 2023)	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Resultados do teste F - Cenário 1 (2022).....	42
Figura 2 - Resultados do teste F - Cenário 1 (2023).....	43
Figura 3 - Resultados do teste F – Cenário 2 (2022).....	43
Figura 4 - Resultados do teste F – Cenário 2 (2023).....	44
Figura 5 - Resultados do teste F - Cenário 3 (2022).....	44
Figura 6 - Resultados do teste F - Cenário 3 (2023).....	45
Figura 7 - Resultado do Teste ADF - Cenário 1 (2022)	46
Figura 8 - Resultado do Teste ADF - Cenário 1 (2023).	47
Figura 9 - Resultado do Teste ADF - Cenário 2 (2022).	48
Figura 10 - Resultado do Teste ADF - Cenário 2 (2023).	49
Figura 11 - Resultado do Teste ADF - Cenário 3 (2022).	50
Figura 12 - Resultado do Teste ADF - Cenário 3 (2023).	51

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, os indicadores relacionados a saúde pública no Brasil têm sido alvos de extrema preocupação quando se relaciona os valores gastos para a manutenção dos serviços, contratação de profissionais, infraestrutura, investimentos entre outros. Cada vez mais, tem-se uma demanda crescente vinculada ao atendimento de saúde seja ela ambulatorial ou de assistência hospitalar devido a fatores geográficos como aumento da população dos grandes centros urbanos, problemas sazonais causados por doenças tropicais que fazem com que a estrutura de saúde pública presente não suporte a quantidade demandada para atendimento, além do sucateamento da atual estrutura, causando dificuldades enormes e, consequentemente exigindo uma quantidade de recursos públicos considerável para que seja realizado o investimento na manutenção ou na criação de novas estruturas para atendimento em saúde pública.

Nesse sentido, os governos vêm buscando novas alternativas para tentar amenizar a situação quase caótica da saúde pública no Brasil, dentre elas está o modelo de contrato de gestão no qual é o instrumento firmado entre o poder público e entidades do terceiro setor qualificadas como Organizações Sociais, com objetivo de formar parceria entre as partes para fomento e execução de atividades públicas não exclusivas.

De acordo com Cunha e Aith (2022), a regulamentação que está por trás desse modelo está representada pela Lei nº 9.637/1998 criada na esfera federal e reproduzida nas esferas estadual e municipal – nesse último caso, por meio da Lei Municipal nº 14.132/2006, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 52.858/2011. Basicamente, a Lei nº 9.637/1998 criou uma titulação inexistente até então, a Organização Social (OS), concedida a pessoas jurídicas de direito privado, e um novo instrumento de parceria entre poder público e privado, o contrato de gestão. A concessão do título de organização social propicia benefícios similares aos de títulos de utilidade pública, mas vai além e possibilita que a celebração de contrato de gestão seja integrada pela cessão de servidores públicos a instituição gestora e também a permissão de uso de bens públicos.

Diante desse cenário, surge uma abordagem chamada de Nova Gestão Pública, que se estabelece diante de um cenário de críticas ao modelo burocrático da administração pública clássica, aliado com novas exigências econômicas, políticas e sociais colocadas para o Estado. O objetivo dessa Nova Gestão Pública é flexibilizar a gestão e aumentar a prestação de contas da administração pública pela contratualização de resultados, propor a instituição de

mecanismos de pactuação de metas, indicadores e instrumentos de acompanhamento e de cobrança claramente definidos possibilitando maior controle por parte do Estado e da sociedade. Dessa forma, a gestão por resultados tem sido destacada como abordagem tipicamente marcada na busca por eficácia, efetividade e eficiência na gestão dos serviços e na construção de políticas públicas (DITTERICH *et al.* 2012).

Esse modelo de gestão propõe veicular a implantação de uma gestão pública por objetivos, ou seja, um eixo central de um competente sistema de planejamento e controle da implantação de políticas públicas (ANDRÉ, 1999). Nesse sentido, o contrato de gestão passa uma ideia de efetividade através da busca pelo resultado que a sociedade espera, também traz o pensamento de eficácia através do planejamento político e institucional e por último, traz a eficiência, usando com economia, zelo e dedicação os bens os recursos públicos (André. 1999).

Diante da situação grave na qual a saúde pública do Distrito Federal se encontrava no ano de 2017, segundo Fonseca *et al.* (2019), o Governo do Distrito Federal, buscando estudar e implementar modelos alternativos para implementação de políticas de saúde para melhorar a oferta e a qualidade dos serviços de saúde prestados para a sociedade, encontrou um novo modelo jurídico-administrativo que fosse, simultaneamente próximo do poder público e, de outro lado, autônomo, eficiente e flexível.

O resultado desse processo de busca se deu na criação do modelo de contrato de gestão instituído através do serviço social autônomo, onde se esperaria conferir autonomia as unidades de saúde, no âmbito da regionalização e da descentralização da saúde do Distrito Federal, além do aperfeiçoamento na prestação dos serviços.

Ainda na esfera do Governo do Distrito Federal, a Secretaria de Saúde buscou nessa alternativa, amenizar a grave situação em que a saúde pública segundo Fonseca *et al.* (2019) estava passando, sendo por conta dos suprimentos de materiais médico-hospitalares, prestação de serviços de suporte, inclusive manutenção de equipamentos médicos e também pela gestão de pessoas, sendo inclusive agravado pela situação fiscal-orçamentária na qual o país passava entre os anos de 2014 e 2016.

Dentro da realidade apresentada, o Governo do Distrito Federal através de sua Secretaria de Saúde (SES-DF) buscou implementar novos modelos jurídico-administrativos que fossem, simultaneamente próximos do poder público e, por outro lado, fossem autônomos, eficientes e flexíveis (FONSECA *et al.* 2019). Como resultado, contratos de gestão foram formulados, sendo dois deles ativos no exercício de 2024, sendo eles:

- **Contrato de Gestão 001/2018** – Instituto Hospital de Base (IHB), criado através da Lei nº 5.899/2017, sendo o IHB uma pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, regulada por meio de contrato de gestão, sob a forma de serviço social autônomo. Posteriormente, através da Lei nº 6.270/2019, o modelo do contrato de gestão foi ampliado, sob a justificativa de situação de emergência na saúde pública do Distrito Federal, então IHB deu lugar ao Instituto de Gestão estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), acrescentado o Hospital de Base do DF (HBDF), a uma rede de unidades junto com o Hospital Regional de Santa Maria (HRSM), mais 13 (treze) Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) espalhadas pelo Distrito Federal;
- **Contrato de gestão nº 076/2019** – Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada (ICIPE) associação de direito privado, sem fins econômicos e lucrativos, regido por Estatuto próprio e pelas disposições legais que lhe são aplicáveis. O ICIPE é o responsável pela unidade Hospital da Criança de Brasília (HCB), criado sob tutela do Decreto Distrital nº 29.870, de 27 de outubro de 2011.

Todos os 2 (dois) contratos supracitados estipulam valores que são repassados pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal as devidas organizações sociais, conforme o artigo 12 da lei nº 9.637/1998 que estabelece a destinação dos recursos a título de fomento às atividades sociais, sendo esses recursos repassados mensalmente de acordo com o exercício vigente e os termos contratuais válidos acordados entre as partes, bem como as metas contratuais estipuladas que são variadas, divididas em metas quantitativas e qualitativas. A primeira estipula a quantidade dos serviços prestados dentro das unidades de saúde, de acordo com os critérios preestabelecidos contratualmente, já a segunda mede o desempenho médico-assistencial, o alcance dos objetivos da organização juntamente com os princípios de eficiência e eficácia administrativa.

Dentro dessas premissas é possível identificar se os serviços prestados pelas organizações sociais estão de acordo com o que contrato estabelece, estabelecendo um efeito comparativo entre o modelo de contrato de gestão sendo gerido pelo mercado privado ou o modelo convencional no qual o estado é responsável por toda cadeia de produção da saúde como um bem público.

O modelo do contrato de gestão em saúde pública é um assunto que é de certa forma

recente na esfera das finanças públicas, dentro disso, as organizações sociais passam por diversas críticas tanto dentro como fora do meio político tendo em vista o estereótipo que é passado pela ausência de transparência e de controle de como os recursos estão sendo aplicados, uma vez que, as organizações são de natureza privada e possuem regimento próprio para contratações de pessoal e de insumos.

Segundo André (1999), existem diversos casos de insucessos do uso do contrato de gestão, como foi o caso do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), criado na década de 1990 pela Prefeitura Municipal de São Paulo, ocasionado pela transferência a iniciativa privada a gestão dos serviços de saúde no município, no qual as organizações sociais eram remuneradas por usuários em potencial (número calculado com base na população de determinada localidade), independentemente se prestavam ou não os serviços à população, bem como também ignoravam a participação social (controle público) na gestão em saúde.

No caso do Distrito Federal, Nascimento (2011) analisa o caso do Hospital Regional de Santa Maria, que anteriormente ao IGESDF era administrado por outra organização social, na qual a causa do seu insucesso, na época, se deu pela falta de transparência aliada a fragilidade de mecanismos de controle, prejudicando a parceria com o Governo do Distrito Federal.

Segundo o autor, o principal motivo para a parceria infrutífera não era o modelo do contrato de gestão em si, e sim a escolha do parceiro (entidade) para gerir o patrimônio público cedido pelo Estado.

1.1. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Buscando estudar as consequências da adoção do modelo de contrato de gestão, o objetivo deste trabalho visa analisar o impacto que esse modelo traz aos cofres do Estado, identificando se as organizações sociais conseguem prestar o serviço de saúde, otimizar os custos e observar a limitação orçamentária existente que, de certa forma causa reflexos na prestação do serviço de saúde qualidade para a sociedade de forma geral.

A partir dos dados financeiros colhidos dos relatórios de prestação de contas entre os anos de 2022 e 2023, juntamente com as metas estabelecidas por esses instrumentos em conjunto com a Secretaria de Saúde do DF (SES/DF), foi verificado se dentro do exercício entre 2022 e 2023, as organizações sociais conseguiram otimizar os custos e também foi analisado com base nos resultados encontrados, se o recurso público empregado pelo governo para a gestão da saúde pública está sendo utilizado de forma com que o serviço prestado pelo contrato consegue ser eficiente e representar um menor gasto para os cofres públicos. Seguindo essa perspectiva, foi observado se o custo por paciente evolui ao longo do tempo dentro dos

parâmetros dos indicadores econômicos e se esse custo retorna de maneira positiva para o atendimento dos usuários do sistema.

O presente trabalho buscou o impacto que os contratos de gestão em saúde exercem sobre as despesas em saúde do Governo do Distrito Federal (GDF). Inicialmente, buscou-se compreender o impacto que eles exercem sobre as finanças públicas do Distrito Federal através do repasse e do custo que as organizações dispõem para realizar a gestão das unidades de saúde presentes dentro dos contratos, mostrando dentro do orçamento público, o montante anual gasto pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal para manter os contratos de gestão.

1.2. JUSTIFICATIVA DE PESQUISA

Compreender o cenário da saúde pública no Brasil é um desafio que envolve várias áreas do conhecimento, inclusive a área de finanças públicas afinal. Sobre esta temática, percebeu-se que existem poucos estudos específicos dentro da área do conhecimento em questão. Nesse sentido, é importante entender as novas modalidades de gestão que já vêm sendo aplicadas no país com o objetivo de melhorar os indicadores assistenciais de saúde para a população que carece de um serviço de qualidade há bastante tempo.

Dessa forma, trazer o modelo de contrato de gestão significa analisar de forma coerente e criteriosa a maneira com que o recurso público está sendo empregado no intuito de trazer mais uma opção de estudo acadêmico para o tema e também levar o conhecimento de forma simples e argumentativa sempre buscando aprimorar a base de experiência sobre o assunto não só para o autor mas também para os leitores.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. ORIGEM DO CONTRATO DE GESTÃO

Em um contexto histórico, os contratos de gestão são modelos que remetem ao século XX, segundo o estudo do consultor John Nellis (1989), os contratos de gestão surgiram na França com os nomes de contrato de programa, contrato de plano e contrato de serviços, e foram inventados e aplicados nos anos 70 e nos anos 80 com oito grandes empresas públicas, todas elas empresas estatais ou de economia mista, primeiramente sendo a Companhia nacional de Eletricidade e a Ferrovia Nacional do estado Francês.

Segundo Nellis (1989) foram definiram objetivos e quantificadas metas de desempenho financeiro para as empresas durante o período de cinco anos do contrato. O acordo sobre os

objetivos foi alcançado por meio de um processo de negociação entre o governo e a gerência. A ideia básica era que, se as metas fossem acordadas e claramente definidas, o governo poderia aliviar *a priori* seus severos controles, fornecendo à gerência autonomia para aumentar a eficiência e avaliar a empresa com base no cumprimento ou não das metas estabelecidas (NELLIS, 1989 p. 5).

Esse modelo foi entendido como uma importante estratégia de melhoria da eficiência e da efetividade do setor público inserindo-se no arcabouço das espécies de contrato de gestão (RODRIGUES, 2016 p. 11). Nesse sentido, a prática foi expandida para países da África como Senegal, Marrocos, Nigéria, Tunísia, Madagáscar, Congo, Gâmbia e também América Latina e Ásia como México, Argentina, Índia e Bangladesh.

André (1999) menciona o exemplo da Coreia do Sul que se destacou no gerenciamento por contratos de gestão, aplicando em todas as estatais do país, sob a supervisão de um órgão interministerial.

O Bando Mundial passou a apoiar o processo em 50 empresas em 10 diferentes países. Já no caso do Brasil, a Ferrovia Paulista (Fepasa) recebeu apoio para a implantação desse instrumento, inclusive condicionando a concessão de suporte financeiro (ANDRÉ, 1999 p. 2).

Ainda no Brasil, contratos de gestão No Brasil, contratos de gestão já foram aplicados à empresa Vale do Rio Doce (1991-1996), à Petrobrás (1994-1996), às 25 empresas estatais do governo paulista (1992-1995) e a apenas uma entidade não empresarial, a Fundação das Pioneiras Sociais, atualmente gestor da Rede SARAÍ (em vigor desde 1991) (ANDRÉ, 1999 p.3).

Nellis (1989) menciona que as experiências com modalidades como os contratos de gestão com empresas proporcionaram historicamente, de acordo com as experiências estudadas nos anos 70 e 80, uma maior clareza nas relações da empresa com o Estado, além de maior transparência na especificação de objetivos e metas de governo nos campos de atuação das empresas, havendo autonomia na política de pessoal, controle de preços e tarifas, e consequentemente de indicadores de desempenho físico e financeiro e ainda o aperfeiçoamento de sistemas de contabilidade e de auditoria.

2.2. CONTRATOS DE GESTÃO NA SAÚDE PÚBLICA

A referência principal ao mencionar os modelos de contrato de gestão na área da saúde é a de que todos eles seguem os princípios norteados pelo SUS, afinal a prestação do serviço de saúde por meio dessa modalidade de contrato, prevê o provimento de saúde gratuita e de qualidade para o usuário. Segundo Krüger e Reis (2019), nos fundamentos do sistema único de

saúde (SUS) a saúde é um direito de cidadania, um bem social, gratuito, coletivo e público. Um dos mais importantes argumentos que os autores trazem é que a saúde não é somente a ausência de doença, e sim uma mercadoria tratada como “*empresarialização dos serviços*” (Krüger; Reis., 2019 p. 4).

Nesse sentido, Krüger e Reis (2019) mencionam que, para os defensores da administração gerencial o Estado não é competente, seus trâmites burocráticos são morosos, ineficientes, sofrem ingerências políticas e não está imune aos ciclos eleitorais. Assim, os autores nos fazem pensar que, se faz necessária a adoção de estratégias para amenizar a situação cada vez mais grave na qual a população se encontra em termos de acesso à saúde no Brasil.

Diante de uma dicotomia entre o ser humano e a pessoa humana, Sizek (2011) traz a ideia de que menos custo gera maior eficiência, o que embora em termos econômicos seja bastante racional, não quer dizer que os objetivos estejam sendo atingidos em sua plenitude, portanto, é necessário que todas as variáveis sejam pensadas para que a descentralização do provimento total da saúde pelo estado, possa ser a melhor forma de melhorar a gestão da saúde no Brasil.

Krüger e Reis (2019) mencionam que, no que cabe ao SUS, é possível destacar que o sistema não nasceu 100% público, dentro da constituição federal de 1988, posto que os artigos 197 e 199 preveem a execução de serviços do SUS por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado:

Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 199 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988)

Dentro do arcabouço constitucional, o estado brasileiro criou o instrumento legal que permite a criação das organizações sociais, sendo essas instituições privadas, geridas pelas normas do direito privado e sem fins lucrativos, que podem realizar contratos com o Estado para a execução e gestão de serviços, como por exemplo, serviço assistencial de saúde. A lei nº 9.637/1998 prevê que os contratos de gestão discriminarão as atribuições, responsabilidades e obrigações entre o poder público e a organização social, sendo está sujeita aos princípios da

legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e sujeita à metas estipuladas a serem atingidas diante dos respectivos prazos de execução, juntamente com critérios de avaliação de desempenho mediante indicadores de qualidade e produtividade.

Ainda dentro do escopo legal, o texto prevê que a organização social deve prestar contas ao órgão ou entidade do poder público signatária e supervisora do contrato, no qual terá os relatórios analisados por comissão de avaliação, indicada por autoridade supervisora da área correspondente, composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação (BRASIL, 1998, art. 8).

2.3. CAPTAÇÃO DE RECURSOS E SUAS FONTES

Teixeira (2021) ressalta que os contratos de gestão não podem ser interpretados como uma carta branca para que as organizações se achem afastadas de seguir as regras do regime público. As instituições não podem ser utilizadas como espaços onde a corrupção, o favorecimento pessoal e o nepotismo ganhem lugar, uma vez que o regime público alcança essas organizações na medida em que recebem incentivos e recursos públicos.

Seguindo essa premissa, é necessário que a captação de recursos e suas fontes sejam claras para que seja evidenciada a transparência, a responsabilidade e a governança com os recursos públicos. De acordo com a Cartilha de apresentação de propostas ao Ministério da Saúde (2017), o Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera federal.

Dentro da esfera dos recursos provenientes da assistência à saúde, as fontes de captação descrevem uma série de atividades possíveis para a geração de recursos tanto aos entes governamentais quanto aos entes não governamentais, como por exemplo as organizações sociais sem fins lucrativos, existem três principais fontes de recursos que podem ser:

Recursos governamentais, próprios ou transferidos¹
Renda gerada pela venda de serviços.
Recursos captados através de doações (de indivíduos ou instituições).

A captação de recursos não está restrita somente as três principais fontes citadas acima, no que diz respeito a otimização dos recursos existentes, a conquista de novas parcerias e obtenção de fontes alternativas de financiamento que podem ser:

¹ No caso do ente governamental ele pode receber o recurso através de unidade orçamentária, respeitando a Lei de orçamento Anual (LOA). Quando o ente é não governamental, os recursos serão destinados como repasse a título de fomento pelo contratante, de acordo com o que foi estabelecido em contrato.

Recurso de Programa/Ação: possibilidade de cadastramento de propostas de projetos mediante programas previamente elencados pelo ente público concedente.

Recurso de Emenda Parlamentar: possibilidade de elaboração de plano de trabalho com objetivo de captar recursos para despesas de capital como construção de unidade de saúde, ampliação ou aquisição de equipamentos.

Ainda segundo a Cartilha de Apresentação de propostas ao Ministério da Saúde (2017), os recursos alocados no FNS destinam-se ainda às transferências para os estados, o Distrito Federal e os municípios, a fim de que esses entes federativos realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde, bem como investimentos na rede de serviços e na cobertura assistencial e hospitalar, no âmbito do SUS.

A captação dos recursos pode ser utilizada conforme estabelecimento nos elementos de despesa relacionados no quadro da página seguinte:

Quadro 1 - Objetos Financiáveis por tipo de despesa.

Objetos Financiáveis por tipo de despesa	
Capital	Custeio
(Investimento)	(Corrente)
Construção de Unidade de Saúde	Manutenção de Unidade de Saúde
Ampliação de Unidade de Saúde	Reforma de Unidade de Saúde
Aquisição de Equipamentos / Material Permanente	Capacitação de Recursos Humanos
	Estudos e Pesquisas

Fonte: Cartilha para Apresentação de Propostas ao Ministério da Saúde – 2017 (com adaptações).

As despesas de custeio estão relacionadas a manutenção das unidades de saúde, para que elas estejam em pleno funcionamento de acordo com os normativos e padrões regulamentados pelos órgãos fiscalizadores, os grupos como a capacitação de recursos humanos, basicamente incluem despesas com pessoal.

Já a manutenção e reforma de unidade de saúde incluem aquisição de insumos, serviços relacionados a manutenção de bens e equipamentos, limpeza e conservação, atendimento, vigilância entre outros.

As despesas de capital estão relacionadas a construção de unidades de saúde, aquisição de equipamentos, ampliação de unidades de saúde, sendo ela responsável pelo aumento do patrimônio público.

Os repasses do Ministério da Saúde podem ser realizados por meio de Transferências Fundo a Fundo, Convênios, Contrato de Repasse, Termo de Execução Descentralizada e Aplicações Diretas.

2.4. CUSTOS E DESPESA

A sociedade encontra grandes desafios para apurar os custos no setor público, Barbosa *et al.*, (2023) alertam sobre a dificuldade de conhecimento do governo e da sociedade por não saberem o custo dos serviços públicos, o que reflete na eficiência da administração pública.

Barbosa *et al.*, (2023) menciona a estrutura normativa que trata do Sistema de Informação de Custos do Setor Público, estabelecendo a conceituação, o objeto, os objetivos e as regras básicas para mensuração e evidenciação dos custos no setor público, que está parametrizada pela Norma Brasileira de Contabilidade Técnica (NBC T 16.11), alterada em 2013 pela Resolução CFC n.º 1.437.

Apesar do normativo, aponta-se fragilidades em não estabelecer prazo para a implementação e o desenvolvimento de sistema de custos no setor público, fato corrigido pelo CFC através da Norma Brasileira de Contabilidade Técnica aplicada ao Setor Público que trata de custos no setor público (NBC T SP 34), estabelecendo diretrizes e padrões a serem observados na implementação do sistema de custos, tratando de critérios para geração da informação de custos, como instrumento de governança pública, e apontando para o importante papel do gestor na adoção efetiva de modelos de gerenciamento de custos (BARBOSA *et al.*, 2023, p. 2)

O desafio de apuração de custos no setor público ainda necessita de bastante implementação, os autores mencionam que existe um longo caminho a ser percorrido dentro da esfera pública a fim de atingir os objetivos traçados.

Segundo Teixeira (2021), o aumento da eficiência e diminuição dos custos deve ainda ser o norteador para a defesa dos contratos de gestão, por isso, acredita-se que eles podem contribuir para uma Administração Pública mais eficiente.

Dentro do setor privado, o conceito de custo está estritamente ligado a contabilidade, necessitando compreensão e interpretação das demonstrações contábeis, principalmente dentro da Demonstração de Resultado de Exercício (DRE) e do Balanço Patrimonial (CAMARGOS; GONÇALVES, 2004). Nesse sentido, é relevante que seja possível distinguir o conceito de custo e de despesa, no qual segundo Bruno *et al* (2002), custos são todos os gastos relativos a bens ou serviços utilizados na produção de outros bens ou serviços e estão diretamente relacionados aos fatores de produção, no sentido de que só se têm custos durante a fabricação do bem ou a prestação do serviço, já as despesas são todos os gastos consumidos, direta ou indiretamente na obtenção de receitas após a fabricação, ao contrário dos custos, a despesa não está associada à produção, mas sim à venda.

Após a conceituação, a classificação dos custos pode ser realizada de duas formas, conforme dispõe a Introdução à Gestão de Custos em Saúde (BRASIL, 2013, p. 34):

Custos fixos: são os custos que não se alteram quando se modifica o volume produzido, levando em consideração a capacidade instalada e o período de tempo estipulado, mesmo que não haja produção, existirá dispêndios a serem realizados (ex.: mão de obra indireta, seguros, serviços de vigilância e segurança).

Custos variáveis: são os custos quando o valor se altera ou sofre oscilação dentro da produção do bem ou do serviço da organização (ex.: mão de obra direta, matéria-prima, materiais diretos).

Ao classificar os tipos de custos, é necessário conceituar a metodologia aplicada na apuração dos custos de maneira contábil. Leone (2000) conceitua o custeio por absorção como aquele que faz debitar ao custo dos produtos, todos os custos da área de fabricação, sejam eles definidos como diretos ou indiretos, fixos ou variáveis, de estrutura ou operacionais. Assim, passam a integrar o valor contábil dos produtos elaborados tanto os custos que são variáveis, quanto os fixos.

De acordo com o documento Introdução à Gestão de Custos em Saúde (2013), ao apurar os custos, no que tange à Gestão Hospitalar no setor público, após estudos e experiência com o desenvolvimento, reconhece-se a importância do arcabouço do custeio por absorção para ser aplicado. A concepção de que os produtos fabricados e/ou serviços prestados devem absorver os custos é coerente com a legislação e com a gestão, tanto estratégica quanto operacional (BRASIL, 2013 p.44).

Conforme a norma brasileira de contabilidade NBC/TSP nº 34 de 18 de novembro de 2021 estabelece em seu objetivo 37, quando for relevante a atribuição dos custos indiretos recomenda-se adotar o custeio por absorção parcial ou integral (custeio pleno).

Após a fundamentação do olhar na perspectiva dos custos, fica evidente que se deve adotar sistemas de gestão eficientes que oferecem ferramentas para identificar, analisar e gerenciar os recursos da melhor forma. Dessa forma, é possível atingir a prestação de serviços de qualidade com os recursos disponíveis, apesar da limitação orçamentária imposta restrita, seja ela pelo repasse financeiro que o governo realiza, ou pela receita oriunda de atendimentos tendo como parâmetro o sistema de saúde privado.

Olhando para a estrutura de saúde pública, é preciso destacar que os custos em saúde vêm crescendo ao longo do tempo, do ponto de vista público, segundo Gomes e Borgert (2024), entre 2004 e 2021, os custos com saúde, de forma generalizada, aumentaram em 137,93% sendo que o ano onde o custo foi maior se deu no ano de 2020, em virtude da pandemia de COVID-19. Portanto, a necessidade de cada vez mais buscar eficiência dos custos na saúde pública passa

a ser prioridade, tendo em vista que os recursos são finitos e limitados.

Em resumo, a gestão eficiente de custos na saúde pública envolve a análise criteriosa dos custos, a busca por eficiência nos processos e a transparência na alocação de recursos, contratos bem gerenciados e sistemas de informação robustos são essenciais para alcançar esses objetivos e melhorar os indicadores de eficiência e eficácia da gestão pública.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para atender os objetivos propostos, esta pesquisa utilizou a técnica de análise de custos no sistema de custeio por absorção em consonância com a NBC T SP 34, sendo ferramenta importante para análise e tomadas de decisão. A apuração desses custos, análise e a gestão do comportamento da produção da organização é fundamental para construção de um modelo estatístico que permeia o estudo, uma vez que, é testada a sua significância estatística.

3.1. RECEITA

Além da apuração dos custos, o estudo traz a forma na qual a receita se comporta através de uma função receita que já é determinada através do repasse realizado as organizações sociais.

De acordo com Souza (2018), a função receita está ligada ao faturamento bruto de uma entidade, dependendo do número de vendas de determinado produto. Primeiramente, determinou-se o produto sendo o serviço assistencial de saúde, e a receita definiu-se como o repasse anual previsto nos contratos de gestão de saúde, consequentemente, ela é a variável de venda relacionada ao produto provido que no caso é o serviço de saúde prestado pelas organizações sociais.

Determinou-se a função receita dos contratos de gestão como:

$$RT = P_m \times q_a$$

Sendo P_m o preço unitário do serviço de saúde por paciente vendido para o contratado e q_a a quantidade (número de “vendas”) de procedimentos realizados pelas unidades de saúde de acordo com as metas contratuais quantitativas estabelecidas.

3.2. CUSTOS

A função de custos dos contratos de gestão segue a parâmetro de função custo no setor privado. Segundo Souza (2018) a função custo está relacionada aos gastos efetuados por uma organização na produção ou aquisição de algum produto. O custo pode possuir duas partes: uma fixa e outra variável. Podemos representar uma função custo usando a seguinte expressão:

$$CT = CF + CV$$

Sendo CT o custo total, CF representando o custo fixo e CV o custo variável.

Com base nos relatórios anuais de gestão das organizações contratadas, vinculadas com os dados presentes na plataforma APURASUS, ferramenta desenvolvida pelo Ministério da Saúde para auxiliar no processo de apuração e gestão de custos em distintas Unidades de Saúde do SUS, os dados dos custos totais foram separados entre custos fixos e custos variáveis, de acordo com grupos de despesas sendo:

Quadro 2 - Custos Fixos e Custos Variáveis

Custos Fixos	Custos Variáveis
Custo com Pessoal	Despesas Gerais
Contratos de Prestação de Serviços	Material de Consumo
Despesas de água e energia	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Feita a separação dos custos, vinculou-se a mensuração dos valores apurados com a quantidade realizada de fato das metas quantitativas contratuais, sendo esses valores corroborantes com os indicadores de produção hospitalar levantados pelas organizações sociais contratadas.

Através desses números, é possível calcular o custo médio da produção hospitalar por paciente, o custo médio segundo Varian (2006) possui a função custo médio que mede o custo por unidade de produção, sendo o custo total sobre a quantidade total de metas quantitativas realizadas pelas unidades que compõem os contratos de gestão, sendo:

$$C_{\text{médio}}(q_a) = \frac{CT}{q_a}$$

Onde $C_{\text{médio}}(q_a)$ é o custo médio por paciente por unidade de saúde, q_a é a quantidade total de meta quantitativas realizadas por unidade e CT é o custo total unitário de cada estabelecimento de saúde.

Essa expressão pode ser melhor apresentada se a função custo médio, que mede a custo por unidade de produção for representada da seguinte forma:

$$\frac{CT}{q_a} = \frac{CF}{q_a} + \frac{CV}{q_a}$$

Sendo:

$$C_{\text{médio}}(q_a) = CF_{\text{médio}}(q_a) + CV_{\text{médio}}(q_a)$$

Onde $C_{\text{médio}}(q_a)$ representa o custo total médio, $CF_{\text{médio}}(q_a)$ representa o custo fixo médio e o $CV_{\text{médio}}(q_a)$ custo variável médio (Varian, 2006, p. 395–396).

Ao analisar pelo ponto de vista de custo médio volta-se ao princípio da economicidade, onde de maneira prática, quanto maior a produção do bem seja ele produto ou serviço, dados os custos fixos constantes, consegue-se diminuir o custo total, o que mostra o domínio tecnológico em relação ao que está sendo produzido, sendo esse um ponto muito importante na análise de custo.

3.3. RESULTADO OPERACIONAL

Para evidenciar o resultado operacional com mais relevância para a apreciação da situação econômica das organizações sociais, utilizou-se o resultado operacional. Segundo Assaf Neto (2012), a Demonstração do Resultado do Exercício (DRE) ilustra de maneira esquematizada os resultados, apresentando o lucro ou prejuízo em um período de tempo.

Essa demonstração pode retratar o efeito das decisões das organizações sobre o desempenho de suas atividades e também, pode ser usada para a análise do custo e benefício do contrato de gestão. Segundo a sua natureza, conforme as classes de custos e receita, respeitando os normativos, conforme o modelo do CPC (2011) de DRE sendo:

I - a receita bruta das vendas e serviços, as deduções das vendas, os abatimentos e os impostos; II - a receita líquida das vendas e serviços, o custo das mercadorias e serviços vendidos e o lucro bruto; III - as despesas com as vendas, as despesas financeiras, deduzidas das receitas, as despesas gerais e administrativas, e outras despesas operacionais; IV – o lucro ou prejuízo operacional (...)

De acordo com Pires (2021), o modelo de gestão adotado pelas organizações sociais com contrato de gestão no Distrito Federal é o de serviço social autônomo, sem fins lucrativos, ou seja, o resultado operacional seria zero, observando nem lucro, nem prejuízo, atingindo melhora na gestão dos recursos públicos.

Dessa forma, o resultado operacional é um indicador importante que trará o impacto dos custos sobre a repasse recebido, se o resultado for positivo, indica que as organizações sociais conseguem otimizar o gasto público, caso contrário, o modelo de gestão deve ser revisto para que seja otimizado.

3.4. MODELO ESTATÍSTICO

Consolidando as informações presentes em cada tabela descrita dentro dos procedimentos metodológicos, foi gerada uma base de dados estatística para compreender se os valores apurados dentro dos parâmetros de cálculos observados são estimadores confiáveis de análise quantitativa de dados.

A partir da base estatística mencionada, criou-se um modelo de análise de dados em

painel que relaciona o repasse do contrato de gestão com os custos totais, a produtividade, o custo médio com o preço de venda e o resultado operacional². Dentro desse modelo, utilizou-se regressão linear simples para explicar a correlação entre custos mediante 3 (três) cenários distintos.

O modelo buscou analisar as variáveis em diferentes cenários nos anos de 2022 e 2023, sendo:

Cenário 1: Relação entre custo total e receita - $CT = \beta_0 + \beta_1 RT + e$;

Sendo CT o custo total por unidade, β_0 e β_1 parâmetros de distribuição e RT a receita (repasse) total por unidade e e o erro de medida.

Cenário 2: Relação entre custo médio e preço de venda - $Cmédio(q_a) = \beta_0 + \beta_1 P_m + e$;

Sendo $Cmédio(q_a)$ o custo médio por unidade, β_0 e β_1 parâmetros de distribuição e P_m o preço de venda e e o erro de medida.

Cenário 3: Relação entre resultado operacional e custo total - $R_o = \beta_0 + \beta_1 CT + e$;

Sendo CT o custo total por unidade, β_0 e β_1 parâmetros de distribuição e R_o o resultado operacional total por unidade e e o erro de medida.

Após ajuste do modelo, analisou-se os resultados e seus coeficientes, e também foram realizados testes de Fisher (teste F) com intervalo de confiança de 95% para determinar significância estatísticas dos modelos.

Ao final, durante a apuração dos erros de medida (resíduos) dos modelos supracitados, realizou-se testes de raiz unitária (Teste de Dickey-Fuller aumentado - ADF) para determinar se as variáveis possuem comportamento estocástico, ou seja, estacionário. Após a realização dos testes, pode-se concluir que as variáveis dos modelos estão correlacionadas e essa correlação não é coincidência.

Diante de tal cenário, interpretou-se os valores para compreender o impacto dos cenários anteriormente mencionados e assim, evidenciar de maneira empírica a relação entre os custos

² A apuração do resultado seguiu a diferença entre o preço de venda unitário e o custo médio unitário, através desse valor, foi calculado multiplicando a quantidade realizada das metas quantitativas contratuais de cada unidade de saúde pertencente ao modelo.

do contrato de gestão e sua aplicabilidade dentro da esfera da saúde pública no Distrito Federal.

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1. METAS QUANTITATIVAS

As metas quantitativas estabelecidas nos contratos de gestão sofrem mudanças ao longo do tempo, elas são embasadas através de indicadores de performance hospitalar e também de acordo com a capacidade instalada de cada unidade de saúde, finalidade da unidade, entre outros. Para definir, o valor das metas contratuais quantitativas foi definido o relatório anual de gestão de cada contrato e utilizado os parâmetros de controle de acordo com o relatório, sendo cada unidade de saúde apresentando suas metas quantitativas.

A tabela 1 mostra a unidade de saúde Hospital da Criança de Brasília (HCB) e suas metas contratuais do ano de 2022 e 2023, unidade atualmente gerida pelo Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada (ICIPE).

Tabela 1 - Metas Quantitativas Contrato 076/2019 - ICIPE (2022 e 2023)

Tipo de Procedimento	Unidade	
	HCB - Hospital da Criança de Brasília	
	Meta de 2022	Meta de 2023
Assistência Ambulatorial	466.698	470.432
Assistência Complementar Essencial	59.011	59.482
Cirurgias em regime de hospital Dia	737	743
Consultas médicas de especialidades	91.932	92.667
Exames de Bioimagem	16.966	17.099
Exames Laboratoriais	271.025	273.198
Exames por métodos gráficos	9.538	9.614
Procedimentos Especializados	17.489	17.629
Assistência Hospitalar	20.469	20.493
Cirurgias	2.949	2.973
Diárias de Cuidados Paliativos	1.512	1.512
Diárias de UTI	10.260	10.260
Saídas Hospitalares	5.712	5.712
Transplantes	36	36
Total Geral	487.167	490.925

Fonte: Relatório anual de gestão - ICIPE (2022 e 2023).

Os dados mostram as metas nos quais a unidade de saúde necessita cumprir de acordo com o que foi estabelecido dentro do contrato de gestão celebrado.

A tabela 2 mostra as metas contratuais do ano de 2022 e 2023 dos Hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) geridas pelo Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF).

Tabela 2 - Metas Contratuais Contratos de Gestão IGESDF (2022 e 2023)

Tipo de Procedimento	Unidades					
	Hospital de Base do Distrito Federal		Hospital Regional de Santa Maria		Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	
	Meta de 2022	Meta de 2023	Meta de 2022	Meta de 2023	Meta de 2022	Meta de 2023
Assistência Ambulatorial	3.122.414	3.122.426	720.726	720.734	1.431.000	1.431.000
Acolhimento com Classificação de Risco	220.897	220.897	99.913	99.913	715.500	715.500
Atendimento de Urgência na Atenção Especializada	220.897	220.897	99.913	99.913		
Atendimento médico e de Urgência com Observação até 24H					715.500	715.500
Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico)	32.106	32.112	36.250	36.252		
Consultas médicas de atenção especializada	264.924	264.924	48.714	48.720		
Procedimentos Média e alta complexidade (MAC)	2.383.590	2.383.596	435.936	435.936		
Assistência Hospitalar	27.068	27.068	33.615	33.764		
Diárias de UTI Adulto - Tipo II			7.764	7.764		
Diárias de UTI Infantil - Tipo II			1.915	1.915		
Diárias de UTI Neonatal - Tipo II			2.856	2.856		
Internações Cirúrgicas	10.267	10.267	4.092	4.089		
Internações Cirúrgicas Obstétricas			2.052	2.052		
Internações Clínicas	16.741	16.741	11.123	11.123		
Partos			3.813	3.965		
Transplantes	60	60				
Total Geral	3.149.482	3.149.494	754.341	754.498	1.431.000	1.431.000

Fonte: Relatório Anual de Gestão - IGESDF (2022 e 2023).

Os dados mostram as metas nos quais as unidades de saúde necessitam cumprir de acordo com o que foi estabelecido dentro do contrato de gestão celebrado.

Através dos dados contidos nos relatórios de gestão das organizações sociais contratadas pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, buscou-se a quantidade efetiva realizada das metas quantitativas contratuais. Na tabela 3 fica evidenciado o quantitativo dos procedimentos assistenciais realizados de 2022 e 2023 pelo Hospital da Criança de Brasília (HCB).

Tabela 3 – Metas quantitativas realizadas dos contratos de gestão ICIPE (2022 e 2023).

Tipo de Procedimento	Unidade	
	HCB - Hospital da Criança de Brasília	
	Realizado de 2022	Realizado de 2023
Assistência Ambulatorial	501.525	557.868
Assistência Complementar Essencial	60.403	67.775
Cirurgias em regime de hospital Dia	749	904
Consultas médicas de especialidades	77.591	82.199
Exames de Bioimagem	19.572	24.454
Exames Laboratoriais	312.613	353.415
Exames por métodos gráficos	9.701	9.157
Procedimentos Especializados	20.896	19.964
Assistência Hospitalar	21.774	25.258
Cirurgias	2.998	3.274
Diárias de Cuidados Paliativos	1.533	2.367
Diárias de UTI	11.800	12.454
Saídas Hospitalares	5.432	7.135
Transplantes	11	28

Total Geral	523.299	583.126
--------------------	----------------	----------------

Fonte: Relatório anual de Gestão - ICIPE (2022 e 2023).

Analisando o cumprimento das metas quantitativas contratuais, dentro dos anos de 2022 e 2023, o ICIPE superou as metas estabelecidas durante o período mencionado.

A tabela 4 evidencia o quantitativo dos procedimentos assistenciais realizados de 2022 e 2023 pelas unidades de saúde geridas pelo Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF).

Tabela 4 – Metas quantitativas realizadas dos contratos de gestão IGESDF (2022 e 2023)

Tipo de Procedimento	Unidades					
	Hospital de Base do Distrito Federal		Hospital Regional de Santa Maria		Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	
	Realizado de 2022	Realizado de 2023	Realizado de 2022	Realizado de 2023	Realizado de 2022	Realizado de 2023
Assistência Ambulatorial	2.112.145	2.667.667	1.142.435	1.337.400	1.659.179	2.186.887
Acolhimento com Classificação de Risco	98.520	123.208	124.891	131.893	633.987	848.334
Atendimento de Urgência na Atenção Especializada	103.821	119.443	113.102	124.230		
Atendimento médico e de Urgência com Observação até 24H					1.025.192	1.338.553
Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico)	82.050	184.098	66.834	87.902		
Consultas médicas de atenção especializada	233.133	269.273	30.690	43.701		
Procedimentos Média e alta complexidade (MAC)	1.594.621	1.971.645	806.918	949.674		
Assistência Hospitalar	23.893	24.804	42.202	46.437		
Diárias de UTI Adulto - Tipo II			11.048	12.288		
Diárias de UTI Infantil - Tipo II			0	0		
Diárias de UTI Neonatal - Tipo II			4.621	4.205		
Internações Cirúrgicas	9.723	11.021	5.831	6.788		
Internações Cirúrgicas Obstétricas			2.444	2.747		
Internações Clínicas	14.113	13.716	14.445	16.444		
Partos			3.813	3.965		
Transplantes	57	67				
Total Geral	2.136.038	2.692.471	1.184.637	1.383.837	1.659.179	2.186.887

Fonte: Relatório anual de Gestão IGESDF (2022 e 2023).

O IGESDF na sua totalidade, cumpriu as metas quantitativas no Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), sendo o HRSM conseguindo cumprir as metas na parte assistencial e ambulatorial. As UPAS de maneira geral, cumpriram as metas quantitativas em todos os anos mencionados, porém no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) não foram cumpridas as metas estabelecidas do ponto de vista assistencial, e também de assistência ambulatorial.

Os valores das metas quantitativas realizadas é o parâmetro do cálculo da quantidade q_m de procedimentos realizados pelas unidades de saúde de acordo com as metas contratuais quantitativas estabelecidas, o valor de q_m foi calculado com base nos números de 2022 e 2023.

4.2. RECEITA E PREÇO MÉDIO DE VENDA

Através da estipulação de q_m , calculou-se o preço unitário do serviço de saúde por paciente P_m , utilizando os valores estipulados dos repasses oriundos dos contratos de gestão como os valores de receita total RT .

A tabela 5 apresenta os dados dos repasses anuais de 2022 e 2023 do contrato de gestão 076/2019 da unidade Hospital da Criança de Brasília (HCB).

Tabela 5 - Repasse do Contrato de Gestão – ICIPE (2022 e 2023)

Unidade	Total 2022	Total 2023
HCB - Hospital da Criança de Brasília	R\$ 287.496.378,19	R\$ 316.817.112,79
Total Repasse CG 076/2019	R\$ 287.496.378,19	R\$ 316.817.112,79

Fonte: Relatório anual de Gestão - ICIPE (2022 e 2023).

Os dados indicam os valores mensurados da receita total que compõem o parâmetro de cálculo do preço de venda P_m do serviço de saúde por paciente vendido para o contratado da seguinte forma:

$$P_m = \frac{RT}{q_a}$$

Sendo RT o repasse total do contrato de gestão e q_a a quantidade realizada das metas quantitativas contratuais já mencionada anteriormente.

A tabela 6 apresenta os dados dos repasses anuais de 2022 e 2023 do contrato de gestão das unidades de saúde geridas pelo Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF).

Tabela 6 - Repasse dos Contratos de gestão - IGESDF (2022 e 2023)

Unidade	Total 2022	Total 2023
Hospital de Base do Distrito Federal	720.898.300,08	720.898.300,08
Hospital Regional de Santa Maria	379.961.496,60	387.636.266,48
UPA Ceilândia	32.677.520,88	32.677.520,88
UPA Núcleo Bandeirante	35.896.217,88	35.896.217,88
UPA Recanto das Emas	31.515.318,72	35.641.849,98
UPA Samambaia	28.010.506,32	28.010.506,32
UPA São Sebastião	28.245.533,64	32.372.064,90
UPA Sobradinho	33.114.463,92	33.114.463,92
UPA Ceilândia II	24.551.790,96	24.551.790,96
UPA Paranoá	24.551.790,84	24.551.790,84
UPA Gama	24.551.790,84	24.551.790,84
UPA Riacho Fundo II	24.551.790,84	24.551.790,84
UPA Vicente Pires	24.551.790,84	24.551.790,84
UPA Planaltina	24.551.790,84	24.551.790,84
UPA Brazlândia	24.551.790,84	24.551.790,84
Total	1.462.181.894,04	1.478.109.726,43

Fonte: Relatório Anual de Gestão – IGESDF (2022 e 2023).

Os dados indicam os valores mensurados da receita total que compõem o parâmetro de cálculo do preço de venda P_m do serviço de saúde por paciente vendido para o contratado da seguinte forma:

$$P_m = \frac{RT}{q_a}$$

Sendo RT o repasse total do contrato de gestão e q_a a quantidade realizada das metas quantitativas contratuais já mencionada anteriormente.

O resultado encontrado em P_m será o valor que o contratante, especificamente nesse caso a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) desembolsa aos contratados para cada paciente que procura uma das unidades de saúde pertencentes aos contratos de gestão por ela celebrados, em caso de metas quantitativas realizadas, a SES/DF junto com a organização irá faturar a receita com base na quantidade de metas realizadas.

A tabela 7 evidencia os valores encontrados de P_m sendo eles, o desembolso médio feito pelo contribuinte a cada procedimento realizado dentro da unidade de saúde Hospital da Criança do Distrito Federal (HCB).

Tabela 7- Preço médio de venda Contrato de Gestão – ICIPE (2022 e 2023)

Organização	ICYPE	
Unidade	Preço de Venda 2022	Preço de Venda 2023
HCB - Hospital da Criança de Brasília	R\$ 549,39	R\$ 543,31
Total Geral	R\$ 549,39	R\$ 543,31

Fonte: Elaborado pelo Autor

O preço médio de venda do Hospital da Criança do Distrito Federal (HCB) é elevado pois a unidade de saúde é especializada em procedimentos de média e alta complexidade dentro do público infantil, o que justifica seu valor ser discrepante em relação as unidades geridas pelo IGESDF, destaca-se também a redução no preço de venda em 2023 em relação a 2022.

A tabela 8 evidencia os valores encontrados de P_m sendo eles, o desembolso médio feito pelo contribuinte a cada procedimento realizado dentro da unidade de saúde sob gestão do IGESDF.

Tabela 8 - Preço médio de venda Contrato de Gestão – IGESDF (2022 e 2023)

Organização	IGESDF	
Unidade	Preço de Venda 2022	Preço de Venda 2023
Hospital de Base do Distrito Federal	R\$ 337,49	R\$ 267,75
Hospital Regional de Santa Maria	R\$ 320,74	R\$ 280,12
UPA Ceilândia	R\$ 186,12	R\$ 144,74
UPA Núcleo Bandeirante	R\$ 282,82	R\$ 240,53
UPA Recanto das Emas	R\$ 234,30	R\$ 182,95
UPA Samambaia	R\$ 171,40	R\$ 164,06
UPA São Sebastião	R\$ 159,45	R\$ 132,61
UPA Sobradinho	R\$ 271,11	R\$ 192,34
UPA Ceilândia II	R\$ 175,08	R\$ 133,09
UPA Paranoá	R\$ 196,13	R\$ 165,68
UPA Gama	R\$ 217,59	R\$ 160,03
UPA Riacho Fundo II	R\$ 230,54	R\$ 173,02
UPA Vicente Pires	R\$ 331,95	R\$ 183,67
UPA Planaltina	R\$ 229,68	R\$ 169,82
UPA Brazlândia	R\$ 261,54	R\$ 198,31
Total Geral	R\$ 3.605,95	R\$ 2.788,71

Fonte: Elaborado pelo autor.

O preço médio de venda das Unidades de Pronto Atendimento, seguiu a média entre elas sofrendo diminuição entre os anos de 2022 e 2023, já nas unidades de saúde hospitalares, tanto o HBDF e o HRSM sofreram redução no preço de venda graças a melhora na produção hospitalar, uma vez que o repasse não sofreu alteração entre 2022 e 2023.

4.3. CUSTOS

As tabelas 9 representa os custos totais da unidade de saúde Hospital da Criança de Brasília (HCB).

Tabela 9 - Custos totais dos contratos de gestão ICIPE (2022 e 2023)

Organização	ICIPE	
Unidade	Custo de 2022	Custo de 2023
HCB - Hospital da Criança de Brasília	R\$ 294.290.519,26	R\$ 323.225.657,60
Total Geral	R\$ 294.290.519,26	R\$ 323.225.657,60

Fonte: Relatório de Gestão ICIPE (2022 e 2023).

Entre 2022 e 2023, nota-se um aumento do custo total para a unidade de saúde. Na tabela 10 está representado os custos totais das unidades de saúde geridas pelo Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF).

Tabela 10 - Custos totais dos contratos de gestão IGESDF (2022 e 2023)

Organização	IGESDF	
Unidade	Custo de 2022	Custo de 2023
Hospital de Base do Distrito Federal	R\$ 721.062.619,59	R\$ 744.020.664,41
Hospital Regional de Santa Maria	R\$ 389.273.260,22	R\$ 429.012.427,63
UPA Ceilândia	R\$ 34.721.828,60	R\$ 35.951.197,67
UPA Núcleo Bandeirante	R\$ 28.570.811,05	R\$ 29.730.476,62
UPA Recanto das Emas	R\$ 28.085.243,75	R\$ 33.299.406,80
UPA Samambaia	R\$ 28.475.050,08	R\$ 29.354.253,47
UPA São Sebastião	R\$ 28.038.219,28	R\$ 33.505.599,14
UPA Sobradinho	R\$ 26.677.609,82	R\$ 28.648.044,73
UPA Ceilândia II	R\$ 22.070.506,94	R\$ 21.767.524,00
UPA Paranoá	R\$ 18.847.795,87	R\$ 22.141.032,40
UPA Gama	R\$ 18.694.850,03	R\$ 22.041.823,25
UPA Riacho Fundo II	R\$ 18.960.067,71	R\$ 21.761.189,62
UPA Vicente Pires	R\$ 19.619.747,59	R\$ 23.004.329,32
UPA Planaltina	R\$ 18.746.376,23	R\$ 21.423.284,38
UPA Brazlândia	R\$ 18.289.362,11	R\$ 19.968.936,73
Total Geral	R\$ 1.420.133.348,87	R\$ 1.515.630.190,17

Fonte: APURASUS

Entre 2022 e 2023, em termos gerais, as unidades geridas pelo IGESDF sofreram aumento dos custos totais, salvo o caso da UPA de Ceilândia II que sofreu uma redução de 1,39% nos custos totais.

Dentro da esfera de custo e dos parâmetros já explanados, calculou-se o custo médio por paciente de cada unidade de saúde, a tabela 11 evidenciou o custo médio por unidade de acordo com as expressões matemáticas do custo médio que é o custo total sobre a quantidade de metas quantitativas realizadas. Essa expressão abaixo evidencia o valor de fato que as organizações desembolsam para realizar os procedimentos nas unidades de saúde por cada paciente atendido.

$$C_{\text{médio}}(q_a) = \frac{CT}{q_a}$$

A tabela 11 mostra os valores de custo médio encontrados na organização social ICIPE entre 2022 e 2023.

Tabela 11 - Custo Médio por Unidade de Saúde - ICIPE (2022 e 2023)

Organização	ICIPE	
Unidade	Custo Médio de 2022	Custo Médio de 2023
HCB - Hospital da Criança de Brasília	R\$ 562,38	R\$ 554,30
Total Geral	R\$ 562,38	R\$ 554,30

Fonte: Elaborado pelo autor.

Foi constatado diminuição do custo médio apurado entre os anos de 2022 e 2023 no Hospital da Criança de Brasília (HCB), mesmo apresentando aumento dos procedimentos

realizados entre esses anos. Analisando o custo médio levantado pelas unidades de saúde, destaca-se o alto custo do Hospital da Criança do Distrito Federal (HCB), o que é justificado pois a unidade de saúde realiza tratamentos de média e alta complexidade (MAC) o que acaba elevando o custo médio.

A tabela 12 mostra os valores de custo médio encontrados no IGESDF em 2022 e 2023.

Tabela 12 - Custo Médio por Unidade de Saúde - IGESDF (2022 e 2023)		
Organização	IGESDF	
Unidade	Custo Médio de 2022	Custo Médio de 2023
Hospital de Base do Distrito Federal	R\$ 337,57	R\$ 276,33
Hospital Regional de Santa Maria	R\$ 328,60	R\$ 310,02
UPA Ceilândia	R\$ 197,77	R\$ 159,24
UPA Núcleo Bandeirante	R\$ 225,11	R\$ 199,22
UPA Recanto das Emas	R\$ 208,80	R\$ 170,93
UPA Samambaia	R\$ 174,24	R\$ 171,93
UPA São Sebastião	R\$ 158,28	R\$ 137,25
UPA Sobradinho	R\$ 218,41	R\$ 166,40
UPA Ceilândia II	R\$ 157,39	R\$ 117,99
UPA Paranoá	R\$ 150,57	R\$ 149,41
UPA Gama	R\$ 165,68	R\$ 143,67
UPA Riacho Fundo II	R\$ 178,03	R\$ 153,35
UPA Vicente Pires	R\$ 265,27	R\$ 172,10
UPA Planaltina	R\$ 175,37	R\$ 148,18
UPA Brazlândia	R\$ 194,83	R\$ 161,30
Total Geral	R\$ 3.135,92	R\$ 2.637,31

Fonte: Elaborado pelo autor.

As unidades de saúde geridas pelo IGESDF apresentaram diminuição no custo médio entre 2022 e 2023, sendo que o Hospital de Base do DF (HBDF) e o Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) possuem um custo médio maior pois exercem assistência hospitalar como cirurgias e diárias de UTI, assim como consultas assistenciais e procedimentos de média e alta complexidade, que fazem o custo médio ser maior em relação as unidades de pronto atendimento (UPA).

Após o levantamentos dos dados, princípios de contabilidade de custos foram utilizadas para análise dos números levantados, sendo o custeio por absorção o método utilizado, tendo em vista que, numa análise de prestação de serviço de saúde, os custos serão apropriados no resultado quando o serviço é prestado, ou seja, quando ele é vendido através do quantitativo de metas contratuais realizadas, tendo em vista que os custos de produção são transferidos ao resultado na proporção em que são vendidos, os custos fixos unitários variam na razão inversa da quantidade de unidades produzidas. Com o aumento do volume de produção, ocorre a redução do custo fixo unitário (SOARES; GABRIEL, 2019).

4.4. RESULTADO OPERACIONAL

Em consonância com a norma brasileira de contabilidade NBC/TSP nº 34 de 18 de novembro de 2021 que dispõe sobre estabelecer as diretrizes e padrões a serem observados na implementação do sistema de custos, tratando de critérios para geração da informação de custos, como instrumento de governança pública, apontando para o importante papel do gestor na adoção efetiva de modelos de gerenciamento de custos, levantou-se o resultado operacional, de acordo com as unidades de saúde.

A tabela 13 ilustra o resultado operacional líquido do Hospital da Criança de Brasília (HCB).

Tabela 13 - Resultado operacional líquido por Unidade de Saúde – ICIPE (2022 e 2023)

Organização	ICIPE	
Unidade	Resultado de 2022	Resultado de 2023
HCB - Hospital da Criança de Brasília	-R\$ 6.794.141,07	-R\$ 6.408.544,81
Total Geral	-R\$ 6.794.141,07	-R\$ 6.408.544,81

Fonte: Elaborado pelo autor.

Da análise da Tabela 13, observou-se que o resultado operacional líquido do Hospital da Criança de Brasília mostrou-se negativo, indicando um prejuízo líquido em 2022 e 2023, sendo que nesses exercícios, os dados se mantiveram relativamente parecidos, mostrando que a instituição necessita de revisão dos valores repassados para buscar o reequilíbrio econômico. Os altos custos operacionais que a unidade de saúde pode ser o motivo responsável pela causa do resultado operacional negativo.

A tabela 14 ilustra o resultado operacional líquido do IGESDF por unidade de saúde gerida pelo instituto. Aqui fica evidenciado a discrepância entre os anos de 2022 e 2023 no que compete as unidades do Hospital de Base do DF (HBDF) e do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM).

Dessa forma, as unidades de saúde do HBDF e HRSM influenciaram de forma muito significativa no resultado operacional do IGESDF, sendo necessária revisão do repasse realizado para essas unidades, uma vez que os custos totais sofreram aumento entre 2022 e 2023.

Tabela 14 – Resultado operacional líquido por Unidade de Saúde – IGESDF (2022 e 2023)

Organização	IGESDF	
Unidade	Resultado de 2022	Resultado de 2023
Hospital de Base do Distrito Federal	-R\$ 164.319,51	-R\$ 23.122.364,33
Hospital Regional de Santa Maria	-R\$ 9.311.763,62	-R\$ 41.376.161,15
UPA Ceilândia	-R\$ 2.044.307,72	-R\$ 3.273.676,79
UPA Núcleo Bandeirante	R\$ 7.325.406,83	R\$ 6.165.741,26
UPA Recanto das Emas	R\$ 3.430.074,97	R\$ 2.342.443,18
UPA Samambaia	-R\$ 464.543,76	-R\$ 1.343.747,15
UPA São Sebastião	R\$ 207.314,36	-R\$ 1.133.534,24
UPA Sobradinho	R\$ 6.436.854,10	R\$ 4.466.419,19
UPA Ceilândia II	R\$ 2.481.284,02	R\$ 2.784.266,96
UPA Paranoá	R\$ 5.703.994,97	R\$ 2.410.758,44
UPA Gama	R\$ 5.856.940,81	R\$ 2.509.967,59
UPA Riacho Fundo II	R\$ 5.591.723,13	R\$ 2.790.601,22
UPA Vicente Pires	R\$ 4.932.043,25	R\$ 1.547.461,52
UPA Planaltina	R\$ 5.805.414,61	R\$ 3.128.506,46
UPA Brazlândia	R\$ 6.262.428,73	R\$ 4.582.854,11
Total Geral	R\$ 42.048.545,17	-R\$ 37.520.463,74

Fonte: Elaborado Pelo Autor.

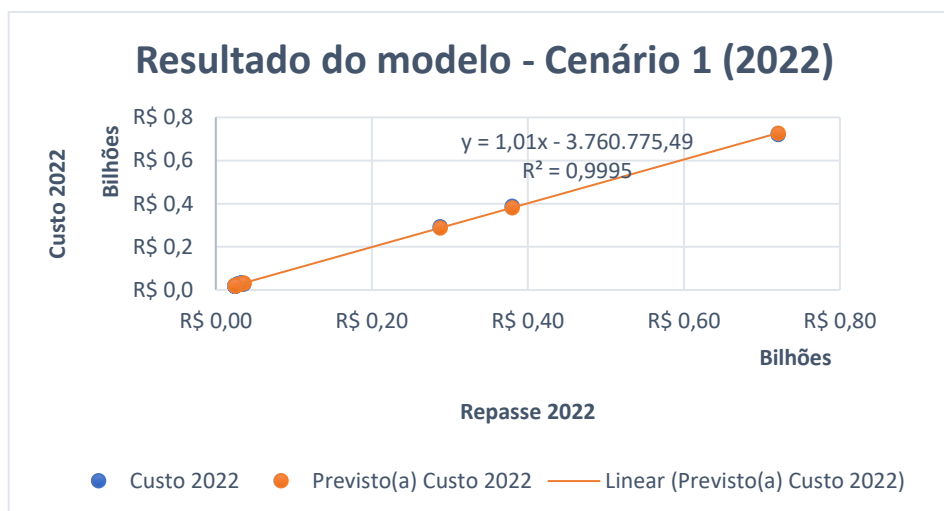
Os valores das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de Brazlândia, Ceilândia II, Gama, Núcleo Bandeirante, Paranoá, Planaltina, Recanto das Emas, Riacho Fundo II, Sobradinho e Vicente Pires contribuíram para que o resultado operacional de 2022 tivesse um lucro líquido, pois o custo médio das UPA's se mostrou baixo perante o preço de venda, o que contribuiu para o resultado operacional positivo em 2022.

Dentro da perspectiva que os dados se mostram, é necessária a revisão dos valores repassados as organizações, uma vez que os custos aumentaram entre os anos de 2022 e 2023. Porém, vale destacar que o custo médio entre os anos se mostrou decrescente, graças a implementação no número de atendimentos que as unidades de saúde conseguiram realizar.

Os dados até aqui apresentados formam a base estatística que está evidenciada no modelo de regressão linear que, irá evidenciar estatisticamente o impacto que os contratos de gestão exercem sobre o gasto público.

4.5. RESULTADOS DO MODELO ESTATÍSTICO

Diante dos cenários mencionados, os resultados dos modelos de regressão linear estão relacionados de acordo com a cronologia exposta pelos cenários já mencionados, o gráfico 1 mostra os resultados do cenário 1 no ano de 2022:

Gráfico 1 – Resultado do modelo de regressão linear – Cenário 1 (2022)

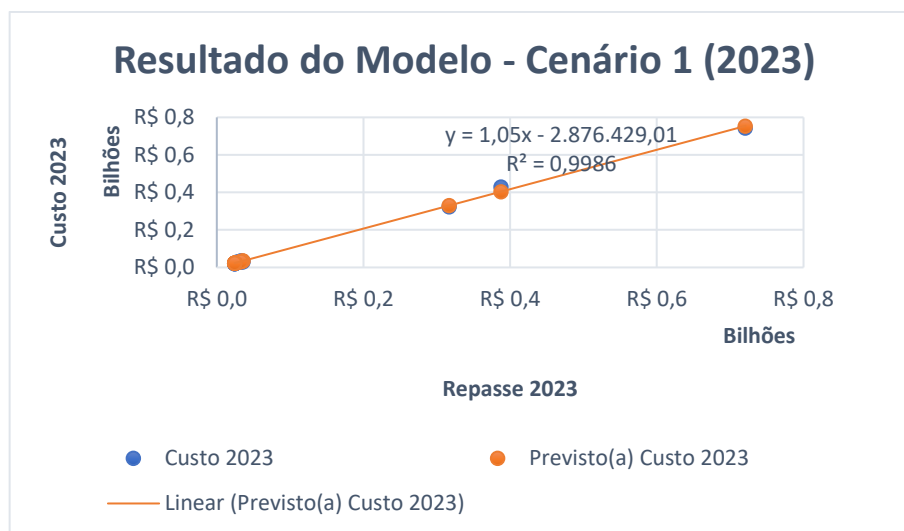
Fonte: Elaborado pelo autor.

De acordo com o modelo do cenário 1, no qual mostra a relação entre custo e receita, sendo RT a receita (repasse) total anual por unidade e CT o custo total anual por unidade, o índice de correlação se mostrou condizente com a pergunta proposta, sendo $R^2 = 0,99$, indicando uma correlação forte entre receita total e custo total.

Uma vez associado o custo com a receita, o gráfico mostra linha de tendência positiva, indicando que quanto maior o repasse realizado, maior será o custo total.

A equação do modelo calculada de ano de 2022 está identificada por $y = 1,01x - 3760775,49$, sendo x representando o valor da receita total RT e y representando o valor do custo total CT . O modelo mostra que a variável custo está sendo impactada em 1% se a receita for aumentada em uma unidade, o resultado traz a ideia de que o valor que é repassado aos contratos de gestão em 2022 impacta significativamente no custo total, entendendo que as organizações contratadas se baseiam no valor repassado para realizar seu orçamento.

O gráfico 2 mostra os resultados do modelo do cenário 1 no ano de 2023:

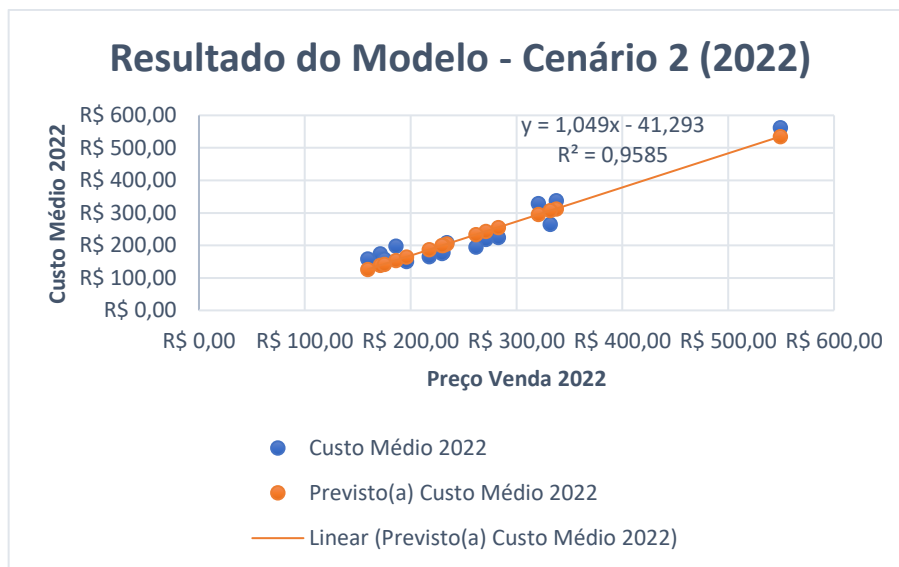
Gráfico 2 – Resultado do modelo de regressão linear – Cenário 1 (2023)

Fonte: Elaborado pelo autor.

A equação do modelo calculada de ano de 2023 está identificada por $y = 1,05x - 2876429,01$, sendo x representando o valor da receita total RT e y representando o valor do custo total CT . O modelo mostra que a variável custo está sendo impactada em 5% se a receita for aumentada em uma unidade, o resultado traz a ideia de que o valor que é repassado aos contratos de gestão em 2023 impacta significativamente ainda mais no custo total, uma vez que os custos aumentaram de um ano para o outro.

De acordo com Diez, Barr e Rundel (2016), o gráfico que mostrar tendência linear ascendente relativamente forte, em que a variação nos dados ao redor da linha é menor, mostra a força do relacionamento entre as variáveis, corroborada pelo valor de R^2 alto.

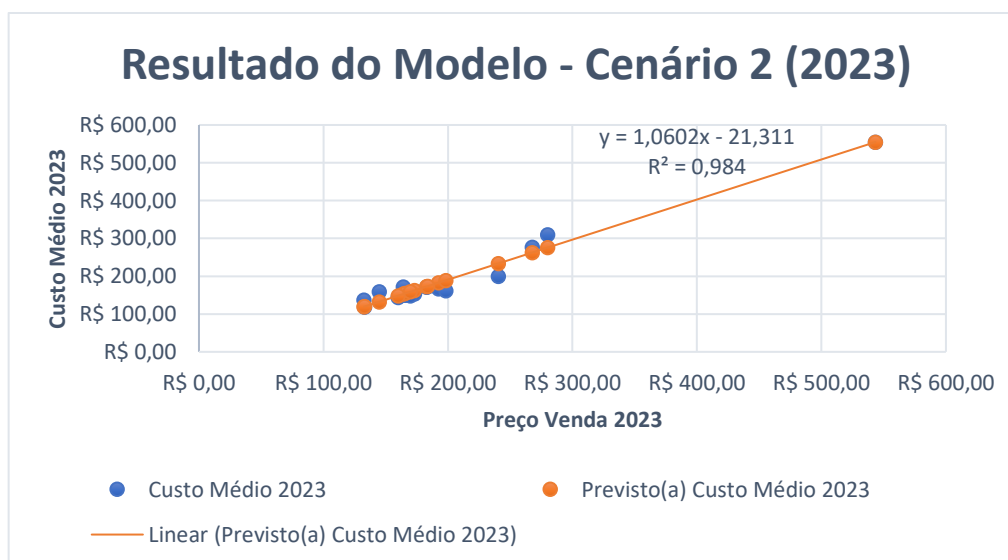
O gráfico 3 mostra o resultado da regressão linear no cenário 2 no ano de 2022:

Gráfico 3 – Resultado do modelo de regressão linear – Cenário 2 (2022)

Fonte: Elaborado pelo autor.

A equação do modelo calculada de ano de 2022 está identificada por $y = 1,049x - 41,293$, sendo x representando o valor da receita total P_m e y representando o valor do custo médio $C_{médio}$ (q_a). O modelo mostra que a variável custo médio está sendo impactada em 4,9% se o preço da venda for acrescentado em uma unidade, o resultado traz a ideia de que, caso haja mais atendimentos de pacientes nas unidades de saúde, o custo médio é impactado significativamente.

O gráfico 4 mostra o resultado da regressão linear no cenário 2 no ano de 2023:

Gráfico 4 – Resultado do modelo de regressão linear – Cenário 2 (2023)

Fonte: Elaborado pelo autor.

A equação do modelo calculada de ano de 2023 está identificada por $y = 1,062x -$

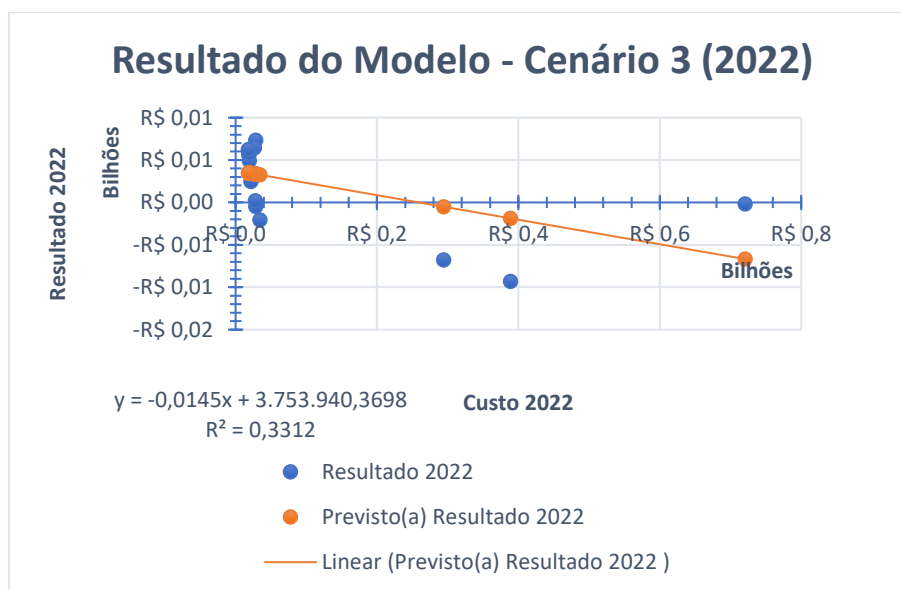
21,311, sendo x representando o valor da receita total P_m e y representando o valor do custo médio $C_{\text{médio}} (q_a)$. O modelo mostra que a variável custo médio está sendo impactada em 6,02% se o preço da venda for acrescentado em uma unidade, o resultado traz a ideia de que, aumentando mais atendimentos de pacientes nas unidades de saúde, o custo médio é impactado ainda mais em comparação ao ano de 2022.

As equações calculadas do modelo de 2022 e 2023 respectivamente identificadas por $y = 1,049p_m - 41,293$ e $y = 1,0602p_m - 21,31$ mostram que a variável custo médio sofreu variação entre 2022 e 2023, acrescentando um coeficiente linear menor devido ao custo médio anual de 2023 ser maior do que o 2022.

Ainda de acordo com Diez, Barr e Rundel (2016), o gráfico continua mostrando tendência linear ascendente relativamente forte, em que a variação nos dados ao redor da linha é menor, não tanto quanto no cenário 1, mas ainda mostra a força do relacionamento entre as variáveis, corroborada pelo valor de R^2 alto.

O gráfico 5 mostra os resultados do modelo de regressão linear levando em consideração o cenário 3 em 2022.

Gráfico 5 - Resultado do modelo de regressão linear - Cenário 3 (2022)



Fonte: Elaborado pelo autor.

A equação do modelo calculada de ano de 2022 está identificada por $y = -0,0145x - 3753940,3698$, sendo x representando o valor do custo total CT e y representando o valor do Resultado operacional líquido R_o . O modelo mostra que a variável custo total está impactando negativamente no resultado em 1,45%. Se o custo total for acrescentado em uma unidade, o resultado operacional sofre uma queda de 1,45% trazendo a ideia de que, o aumento dos custos

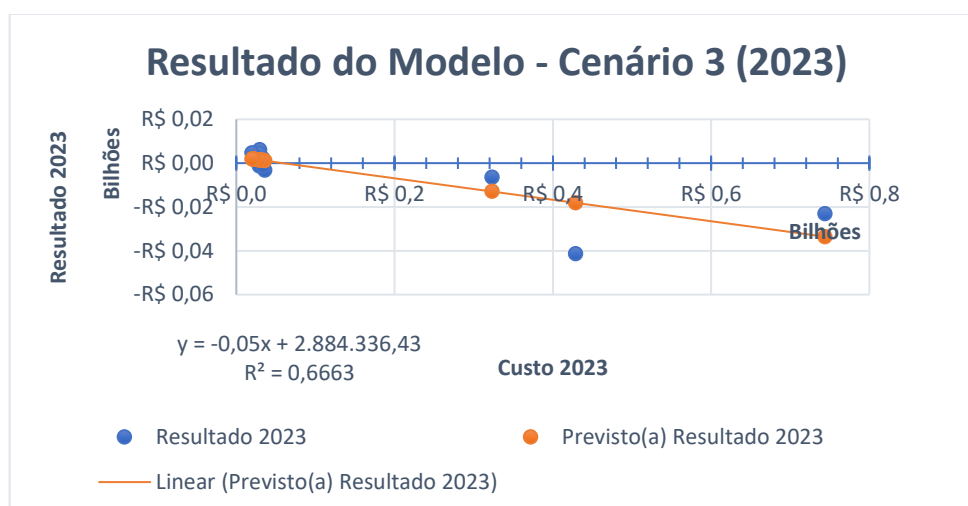
prejudica no resultado, sendo tudo mais constante.

Uma vez associado o custo total com o resultado, o gráfico mostra linha de tendência negativa, indicando que quanto maior o custo total, menor será o resultado do exercício do período analisado.

A linha de raciocínio se mostra válida de acordo com o modelo proposto, o resultado é explicado pelo custo total, porém o índice de correlação indica que a variável custo não é a única que explica o resultado, pois além do custo, a receita é importante uma vez que, ela influencia significativamente na variável dependente.

O gráfico 6 mostra os resultados do modelo de regressão linear levando em consideração o cenário 3 em 2023:

Gráfico 6 - Resultado do modelo de regressão linear - Cenário 3 (2023)



Fonte: Elaborado pelo autor.

A equação do modelo calculada de ano de 2023 está identificada por $y = -0,05x - 2884336,43$, sendo x representando o valor do custo total CT e y representando o valor do Resultado operacional líquido R_o . O modelo mostra que a variável custo total está impactando negativamente no resultado em 5%. Se o custo total for acrescentado em uma unidade, o resultado operacional sofre uma queda de 5% trazendo a ideia de que, o aumento dos custos prejudica no resultado, sendo tudo mais constante.

Uma vez associado o custo total com o resultado, o gráfico mostra linha de tendência negativa, indicando que quanto maior o custo total, menor será o resultado do exercício do período analisado.

A linha de raciocínio se mostra válida de acordo com o modelo proposto, o resultado é explicado pelo custo total, porém o índice de correlação indica que a variável custo não é a

única que explica o resultado, pois além do custo, a receita é importante uma vez que, ela influencia significativamente na variável dependente.

As equações calculadas do modelo de 2022 e 2023 respectivamente identificadas por $y = -0,0145x - 3753940,3698$ e $y = -0,05x - 2884336,43$ mostram que a variável custo total denominada em x sofreu variação entre 2022 e 2023, acrescentando um coeficiente linear menor devido ao custo total anual de 2023 ser maior do que o 2022.

4.6. TESTES DE SIGNIFICÂNCIA

Segundo Lins e Strapasson (2024), os testes de significância de Fisher (teste F) são comumente utilizados para definir se há significância entre os modelos de inferência estatística, sendo o teste de significância mensurado através do valor-p, calculado dentro do modelo e comparado com o valor de significância pré-estabelecido de acordo com o intervalo de confiança adotado, geralmente no valor de 0,05 ou 5%, diante desse cenário são realizadas duas hipóteses, sendo uma nula e a outra alternativa, podendo ser:

- H_0 : $\beta_1 = 0$; hipótese de que o modelo não seja significativo, caso o parâmetro β_1 seja igual à zero.
- H_1 : $\beta_1 \neq 0$; hipótese de que o modelo seja significativo, dentro do nível de confiança de 95%, caso o parâmetro β_1 seja diferente de zero.

Se o resultado for um valor-p menor que o valor de significância escolhido, rejeita-se a hipótese nula e o modelo é considerado estatisticamente significativo. Caso contrário, aceita-se a hipótese nula e o modelo se torna estatisticamente insignificante.

Considerando os cenários mencionados, testou-se a significância dos modelos considerando o nível de significância de 95% (valor-p 0,05), sendo assim, ao considerar o cenário 1 (Relação entre custo e receita), os valores obtidos formam as figuras 1 e 2 abaixo:

Figura 1- Resultados do teste F - Cenário 1 (2022).

RESUMO DOS RESULTADOS

Estatística de regressão	
R múltiplo	0,999782403
R-Quadrado	0,999564854
R-quadrado ajustado	0,999533772
Erro padrão	4253594,78
Observações	16

ANOVA

	gl	SQ	MQ	F	F de significação
Regressão	1	5,81857E+17	5,81857E+17	32159,11306	0,00
Resíduo	14	2,53303E+14	1,80931E+13		
Total	15	5,8211E+17			

	Coefficientes	Erro padrão	Stat t	valor-P	95% inferiores	95% superiores	Inferior 95,0%	Superior 95,0%
Interseção	-3.760.775,49	1.230.177,884	-3,057	0,009	-6.399.244,639	-1.122.306,339	-6.399.244,639	-1.122.306,339
Repasse 2022	1,01	0,006	179,330	0,000	1,002	1,026	1,002	1,026

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme a figura 1, o modelo que descreve a relação entre custo e receita no ano de 2022 apresentou o valor-p = 0,000, sendo menor que o valor de significância (valor-p 0,05), portanto, rejeitou-se a hipótese nula de que o modelo de 2022 não são estatisticamente significantes, automaticamente aceitando a significância do modelo apresentado.

Figura 2 - Resultados do teste F - Cenário 1 (2023)

RESUMO DOS RESULTADOS

Estatística de regressão	
R múltiplo	0,999336522
R-Quadrado	0,998673484
R-quadrado ajustado	0,998578733
Erro padrão	7788171,231
Observações	16

ANOVA

	gl	SQ	MQ	F	F de significação
Regressão	1	639307737162943000,00	639307737162943000,00	10539,96	0,00
Resíduo	14	849178555682299,00	60655611120164,20		
Total	15	640156915718626000,00			

	Coefficientes	Erro padrão	Stat t	valor-P	95% inferiores	95% superiores	Inferior 95,0%	Superior 95,0%
Interseção	-2.876.429,01	2.260.017,4444	-1,2727	0,2238	-7.723.684,3412	1.970.826,3174	-7.723.684,3412	1.970.826,3174
Repasse 2023	1,05	0,0102	102,6643	0,0000	1,0282	1,0721	1,0282	1,0721

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na figura 2 em 2023, o valor-p = 0,000 se mostrou menor do que o valor-p de significância 0,05, portanto, os modelos se mostraram estatisticamente significantes em nível de confiança de 95%.

Dentro do cenário 2, o modelo que descreve a relação entre Relação entre custo médio e preço de venda demonstrou os resultados com base nas figuras abaixo:

Figura 3 - Resultados do teste F – Cenário 2 (2022)

RESUMO DOS RESULTADOS

Estatística de regressão	
R múltiplo	0,958566101
R-Quadrado	0,91884897
R-quadrado ajustado	0,913052468
Erro padrão	30,97567127
Observações	16

ANOVA

	gl	SQ	MQ	F	F de significação
Regressão	1	152096,6276	152096,6276	158,5178347	0,000000005
Resíduo	14	13432,89095	959,4922106		
Total	15	165529,5186			

	Coefficientes	Erro padrão	Stat t	valor-P	95% inferiores	95% superiores	Inferior 95,0%	Superior 95,0%
Interseção	-41,29284619	22,98237307	-1,796718122	0,093981514	-90,58513401	7,999441626	-90,58513401	7,999441626
Preço Venda 2022	1,049004394	0,083317886	12,5903866	0,000000005	0,870305301	1,227703486	0,870305301	1,227703486

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme a figura 3, o modelo que descreve a relação entre custo médio e preço de venda no ano de 2022 apresentou o valor-p = 0,000, sendo menor que o valor de significância (valor-p 0,05), portanto, rejeitou-se a hipótese nula de que o modelo de 2022 não é estatisticamente significativo, automaticamente aceitando a significância do modelo

apresentado.

Figura 4 - Resultados do teste F – Cenário 2 (2023)

RESUMO DOS RESULTADOS

<i>Estatística de regressão</i>	
R múltiplo	0,984541896
R-Quadrado	0,969322745
R-quadrado ajustado	0,967131512
Erro padrão	19,38041947
Observações	16

ANOVA					
	<i>gl</i>	<i>SQ</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>F de significação</i>
Regressão	1	166152,2727	166152,2727	442,3641672	0,0000000001
Resíduo	14	5258,409225	375,6006589		
Total	15	171410,6819			

	<i>Coefficientes</i>	<i>Erro padrão</i>	<i>Stat t</i>	<i>valor-P</i>	<i>95% inferiores</i>	<i>95% superiores</i>	<i>Inferior 95,0%</i>	<i>Superior 95,0%</i>
Interseção	-21,31116092	11,56161954	-1,843267792	0,086560385	-46,1083686	3,48604676	-46,1083686	3,48604676
Preço Venda 2023	1,060194206	0,050407535	21,03245509	0,0000000001	0,952080797	1,168307615	0,952080797	1,168307615

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na figura 4 em 2023, o valor-p = 0,000 se mostrou menor do que o valor-p de significância 0,05, portanto, os modelos se mostraram estatisticamente significantes em nível de confiança de 95%.

Já no cenário 3, o modelo que descreve a relação entre Relação entre custo e resultado no ano de 2022 e 2023 demonstrou os resultados com base nas figuras abaixo:

Figura 5 - Resultados do teste F - Cenário 3 (2022)

RESUMO DOS RESULTADOS

<i>Estatística de regressão</i>	
R múltiplo	0,575505238
R-Quadrado	0,33120628
R-quadrado ajustado	0,283435299
Erro padrão	4192955,333
Observações	16

ANOVA					
	<i>gl</i>	<i>SQ</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>F de significação</i>
Regressão	1	1,21892E+14	1,21892E+14	6,933210901	0,019667214
Resíduo	14	2,46132E+14	1,75809E+13		
Total	15	3,68024E+14			

	<i>Coefficientes</i>	<i>Erro padrão</i>	<i>Stat t</i>	<i>valor-P</i>	<i>95% inferiores</i>	<i>95% superiores</i>	<i>Inferior 95,0%</i>	<i>Superior 95,0%</i>
Interseção	3753940,37	1202317,235	3,122254478	0,007493655	1175226,37	6332654,37	1175226,37	6332654,37
Custo 2022	-0,014470542	0,005495631	-2,633099106	0,019667214	-0,026257498	-0,002683585	-0,026257498	-0,002683585

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme a figura 5, o modelo que descreve a relação entre resultado operacional e custo total no ano de 2022 apresentou o valor-p = 0,000, sendo menor que o valor de significância (valor-p 0,05), portanto, rejeitou-se a hipótese nula de que o modelo de 2022 não é estatisticamente significativo, automaticamente aceitando a significância do modelo apresentado.

Figura 6 - Resultados do teste F - Cenário 3 (2023)

RESUMO DOS RESULTADOS

<i>Estatística de regressão</i>	
R múltiplo	0,81632516
R-Quadrado	0,666386766
R-quadrado ajustado	0,642557249
Erro padrão	7411576,452
Observações	16

ANOVA					
	<i>gl</i>	<i>SQ</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>F de significação</i>
Regressão	1	1,53615E+15	1,53615E+15	27,96476212	0,000114605
Resíduo	14	7,69041E+14	5,49315E+13		
Total	15	2,30519E+15			

	<i>Coefficientes</i>	<i>Erro padrão</i>	<i>Stat t</i>	<i>valor-P</i>	<i>95% inferiores</i>	<i>95% superiores</i>	<i>Inferior 95,0%</i>	<i>Superior 95,0%</i>
Interseção	2884336,426	2136968,579	1,349732726	0,198523076	-1699005,335	7467678,188	-1699005,335	7467678,188
Custo 2023	-0,048986108	0,009263335	-5,288171907	0,000114605	-0,068853986	-0,02911823	-0,068853986	-0,02911823

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na figura 6 em 2023, o valor-p = 0,000 se mostrou menor do que o valor-p de significância 0,05, portanto, os modelos se mostraram estatisticamente significantes em nível de confiança de 95%.

4.7. TESTES DE RAIZ UNITÁRIA

Os testes de raiz unitária têm como finalidade determinar se os modelos de regressão linear possuem tendência estocástica, ou seja, estacionários. Segundo Gujarati e Porter (2011), uma série é estacionária se sua média e sua variância são invariantes ao longo do tempo e o valor da covariância entre dois períodos depende somente do grau de defasagens entre as observações e não do período efetivo de tempo em que a covariância é calculada.

Silveira *et al* (2016) relata que a presença de tendência estocástica ou raiz unitária pode caracterizar não estacionariedade, fazendo com que as previsões se tornem mais imprecisas conforme o distanciamento do último ponto da amostra aumente, concluindo que modelos com tendência estocástica podem levar ao problema de regressão espúria, relação estatística existente entre duas variáveis, onde não existe nenhuma relação causa-efeito entre elas.

Nesse sentido, para testar se os modelos possuem raiz unitária, utilizou-se o teste ADF (Dickey-Fuller Aumentado), sendo a estatística de teste apresentada como:

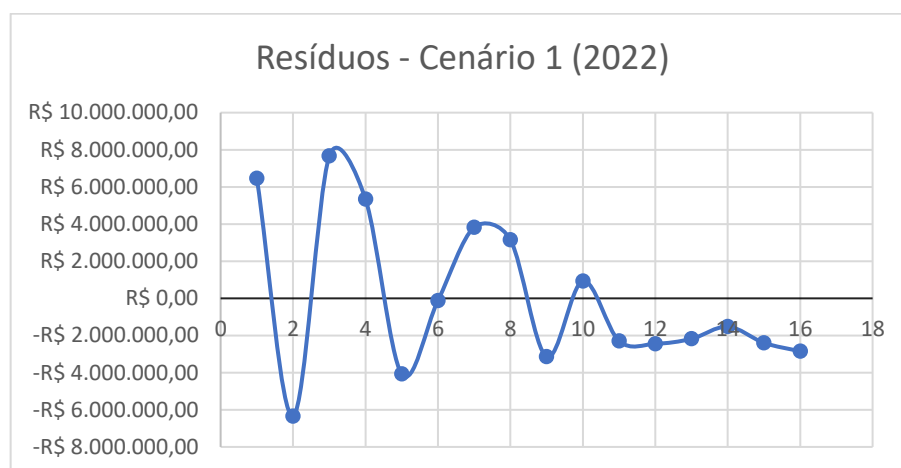
- H_0 : hipótese de que os modelos têm raiz unitária, portanto, não é estacionário;
- H_1 : hipótese de que os modelos não possuem raiz unitária, portanto, é estacionário;

Para que os modelos possam ser considerados estacionários, deve-se rejeitar a hipótese H_0 , concluído com 95% de significância que se trata de uma modelo de série estacionário, concluindo que existe relação causa-efeito entre as variáveis dos modelos.

Os comportamentos de resíduos dos modelos nos três cenários descrevem, a forma com que eles se comportam dentro da amostra levantada.

O gráfico 7 mostra os resíduos presentes no cenário 1 em 2022.

Gráfico 7 - Resíduos do Modelo - Cenário 1 (2022)



Fonte: Elaborado pelo autor

A figura 7 mostra o resultado do teste ADF para o modelo no cenário 1 em 2022.

Figura 7 - Resultado do Teste ADF - Cenário 1 (2022)

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on E

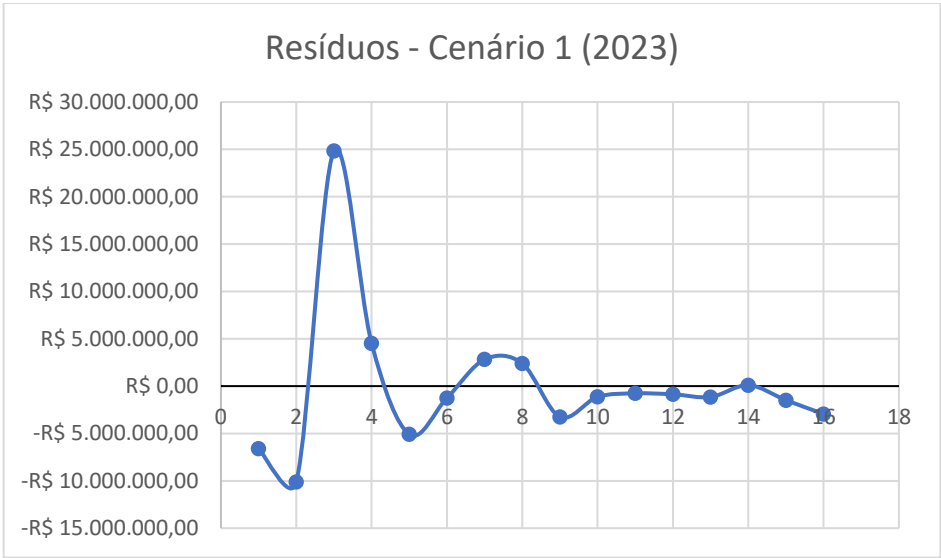
Null Hypothesis: E has a unit root		
Exogenous: Constant		
Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=3)		
	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-4.763909	0.0023
Test critical values: 1% level	-3.959148	
5% level	-3.081002	
10% level	-2.681330	
*MacKinnon (1996) one-sided p-values.		
Warning: Probabilities and critical values calculated for 20 observations and may not be accurate for a sample size of 15		
Augmented Dickey-Fuller Test Equation		
Dependent Variable: D(E)		
Method: Least Squares		
Date: 07/03/24 Time: 20:06		
Sample (adjusted): 2 16		
Included observations: 15 after adjustments		

Fonte: Elaborado pelo autor (Software Eviews)

O resultado do teste ADF aponta o valor de t-estatístico menor que o valor crítico de 5% de significância, portanto, rejeita-se a hipótese nula, concluindo que o modelo não possui raiz unitária e que, existe relação causa-efeito entre as variáveis estudadas.

O gráfico 8 mostra os resíduos presentes no cenário 1 em 2023.

Gráfico 8 - Resíduos do Modelo - Cenário 1 (2023)



Fonte: Elaborado pelo autor.

A figura 8 mostra o resultado do teste ADF para o modelo no cenário 1 em 2023.

Figura 8 - Resultado do Teste ADF - Cenário 1 (2023).

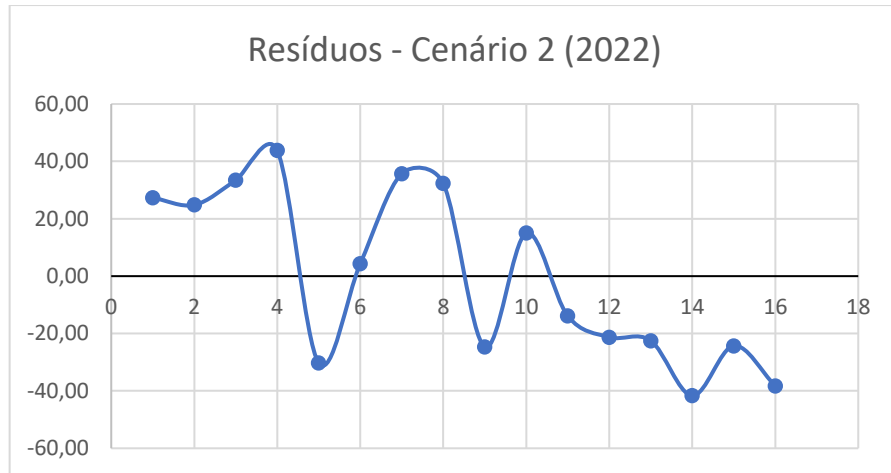
Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on D(RESIDUOS)

Null Hypothesis: D(RESIDUOS) has a unit root		
Exogenous: Constant		
Lag Length: 2 (Automatic - based on SIC, maxlag=3)		
	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-6.654025	0.0002
Test critical values: 1% level	-4.121990	
5% level	-3.144920	
10% level	-2.713751	
*MacKinnon (1996) one-sided p-values.		
Warning: Probabilities and critical values calculated for 20 observations and may not be accurate for a sample size of 12		
Augmented Dickey-Fuller Test Equation		
Dependent Variable: D(RESIDUOS,2)		
Method: Least Squares		
Date: 07/03/24 Time: 20:32		
Sample (adjusted): 5 16		
Included observations: 12 after adjustments		

Fonte: Elaborado pelo autor (Software Eviews).

O resultado do teste ADF aponta o valor de t-estatístico menor que o valor crítico de 5% de significância, portanto, rejeita-se a hipótese nula, concluindo que o modelo não possui raiz unitária e que, existe relação causa-efeito entre as variáveis estudadas.

O gráfico 9 mostra os resíduos presentes no cenário 2 em 2022.

Gráfico 9 - Resíduos do Modelo - Cenário 2 (2022)

Fonte: Elaborado pelo autor.

A figura 9 mostra o resultado do teste ADF para o modelo no cenário 2 em 2022.

Figura 9 - Resultado do Teste ADF - Cenário 2 (2022).

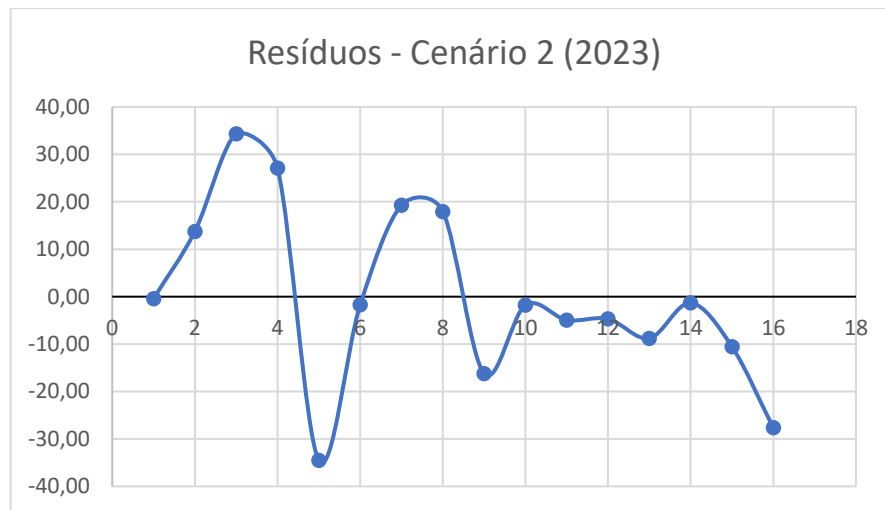
Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on D(RESIDUOS)

Null Hypothesis: D(RESIDUOS) has a unit root		
Exogenous: Constant		
Lag Length: 2 (Automatic - based on SIC, maxlag=3)		
	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-4.613632	0.0045
Test critical values: 1% level	-4.121990	
5% level	-3.144920	
10% level	-2.713751	
*MacKinnon (1996) one-sided p-values.		
Warning: Probabilities and critical values calculated for 20 observations and may not be accurate for a sample size of 12		
Augmented Dickey-Fuller Test Equation		
Dependent Variable: D(RESIDUOS,2)		
Method: Least Squares		
Date: 07/03/24 Time: 20:17		
Sample (adjusted): 5 16		
Included observations: 12 after adjustments		

Fonte: Elaborado pelo autor (Software Eviews).

O resultado do teste ADF aponta o valor de t-estatístico menor que o valor crítico de 5% de significância, portanto, rejeita-se a hipótese nula, concluindo que o modelo não possui raiz unitária e que, existe relação causa-efeito entre as variáveis estudadas.

O gráfico 10 mostra os resíduos presentes no cenário 2 em 2023.

Gráfico 10 - Resíduos do Modelo - Cenário 2 (2023)

Fonte: Elaborado pelo autor.

A figura 10 mostra o resultado do teste ADF para o modelo no cenário 2 em 2023.

Figura 10 - Resultado do Teste ADF - Cenário 2 (2023).

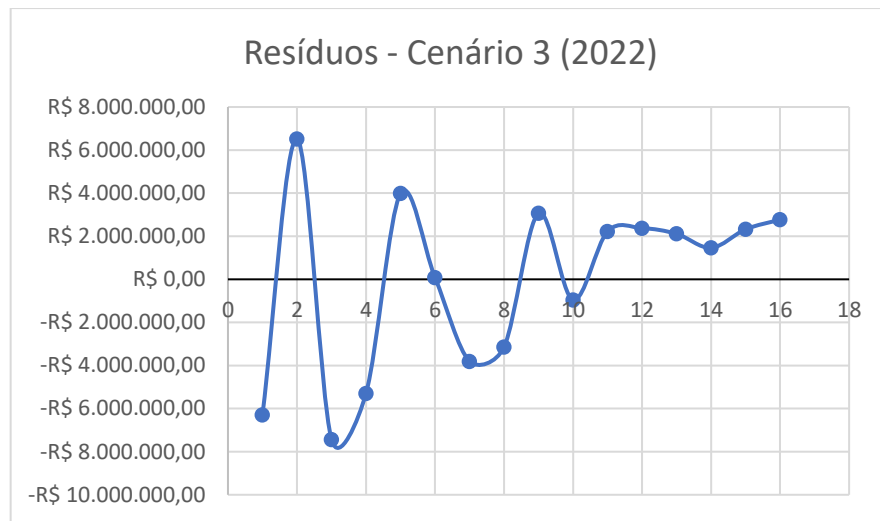
Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on D(RESIDUOS)

Null Hypothesis: D(RESIDUOS) has a unit root		
Exogenous: Constant		
Lag Length: 2 (Automatic - based on SIC, maxlag=3)		
	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-6.169012	0.0004
Test critical values: 1% level	-4.121990	
5% level	-3.144920	
10% level	-2.713751	
*MacKinnon (1996) one-sided p-values.		
Warning: Probabilities and critical values calculated for 20 observations and may not be accurate for a sample size of 12		
Augmented Dickey-Fuller Test Equation		
Dependent Variable: D(RESIDUOS,2)		
Method: Least Squares		
Date: 07/03/24 Time: 20:19		
Sample (adjusted): 5 16		
Included observations: 12 after adjustments		

Fonte: Elaborado pelo autor (Software Eviews).

O resultado do teste ADF aponta o valor de t-estatístico menor que o valor crítico de 5% de significância, portanto, rejeita-se a hipótese nula, concluindo que o modelo não possui raiz unitária e que, existe relação causa-efeito entre as variáveis estudadas.

O gráfico 11 mostra os resíduos presentes no cenário 3 em 2022.

Gráfico 11 - Resíduos do Modelo - Cenário 3 (2022)

Fonte: Elaborado pelo autor.

A figura 11 mostra o resultado do teste ADF para o modelo no cenário 3 em 2022.

Figura 11 - Resultado do Teste ADF - Cenário 3 (2022).

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on RESIDUOS

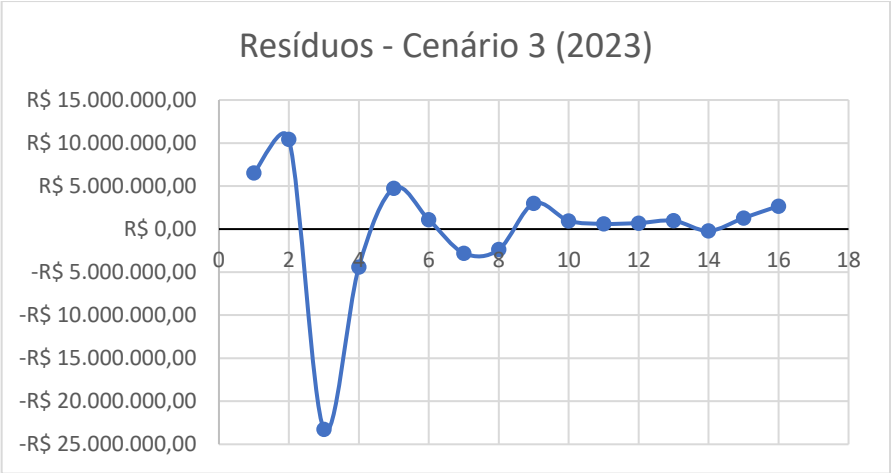
Null Hypothesis: RESIDUOS has a unit root		
Exogenous: Constant		
Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=3)		
	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-4.827962	0.0020
Test critical values: 1% level	-3.959148	
5% level	-3.081002	
10% level	-2.681330	
*Mackinnon (1996) one-sided p-values.		
Warning: Probabilities and critical values calculated for 20 observations and may not be accurate for a sample size of 15		
Augmented Dickey-Fuller Test Equation		
Dependent Variable: D(RESIDUOS)		
Method: Least Squares		
Date: 07/03/24 Time: 20:21		
Sample (adjusted): 2 16		
Included observations: 15 after adjustments		

Fonte: Elaborado pelo autor (Software Eviews).

O resultado do teste ADF aponta o valor de t-estatístico menor que o valor crítico de 5% de significância, portanto, rejeita-se a hipótese nula, concluindo que o modelo não possui raiz unitária e que, existe relação causa-efeito entre as variáveis estudadas.

O gráfico 12 mostra os resíduos presentes no cenário 3 em 2023.

Gráfico 12 - Resíduos do Modelo - Cenário 3 (2023)



Fonte: Elaborado pelo autor.

A figura 12 mostra o resultado do teste ADF para o modelo no cenário 2 em 2023.

Figura 12 - Resultado do Teste ADF - Cenário 3 (2023).

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on D(RESIDUOS)

Null Hypothesis: D(RESIDUOS) has a unit root		
Exogenous: Constant		
Lag Length: 3 (Automatic - based on SIC, maxlag=3)		
	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-4.135710	0.0110
Test critical values: 1% level	-4.200056	
5% level	-3.175352	
10% level	-2.728985	
*Mackinnon (1996) one-sided p-values.		
Warning: Probabilities and critical values calculated for 20 observations and may not be accurate for a sample size of 11		
Augmented Dickey-Fuller Test Equation		
Dependent Variable: D(RESIDUOS,2)		
Method: Least Squares		
Date: 07/03/24 Time: 20:29		
Sample (adjusted): 6 16		
Included observations: 11 after adjustments		

Fonte: Elaborado pelo autor (Software Eviews).

O resultado do teste ADF aponta o valor de t-estatístico menor que o valor crítico de 5% de significância, portanto, rejeita-se a hipótese nula, concluindo que o modelo não possui raiz unitária e que, existe relação causa-efeito entre as variáveis estudadas.

5. CONCLUSÕES FINAIS

Os contratos de gestão trouxeram maior flexibilidade para os governos locais no intuito de auxiliar os entes federativos na gestão dos bens públicos com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados, buscando otimizar a utilização dos recursos públicos.

Portanto, de acordo com o estudo realizado, os contratos de gestão presentes dentro do Governo do Distrito Federal buscaram ao longo de 2022 otimizar os custos de acordo com a dotação de receita (repasse) pactuado entre as partes. Em 2023, também foi possível realizar essa otimização, sendo a diminuição do custo médio e o aumento na produção hospitalar fatores preponderantes para que isso ocorresse, e assim conseguir atender mais pacientes.

O cenário para os exercícios posteriores se mostra preocupante pela tendência de aumento dos custos, caso o valor dos repasses não seja reajustado, corre-se o risco de as organizações sofrerem com piores indicadores de desempenho contábil e financeiro, prejudicando atendimento aos pacientes usuários das unidades de saúde.

Mesmo diante dessa realidade, as organizações conseguiram performar, em média, melhor em 2023 do que em 2022, tendo em vista a limitação de recurso público repassado, as unidades de saúde obtiveram produção hospitalar, em média melhor do que a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal estipulou.

Os modelos evidenciam estatisticamente a importância da otimização dos custos nos indicadores financeiros das organizações sociais, tanto o ICIPE quanto o IGESDF buscaram, de acordo com o modelo, utilizar o valor do repasse realizado para gerir as unidades de saúde com base nas metas quantitativas estipuladas, até mesmo em certo momento, superando essas metas.

Os testes de significância, de modo geral, mostraram que o impacto dos contratos de gestão em saúde no custo para as finanças públicas do Distrito Federal é positivo, uma vez que, as organizações que gerenciam as unidades de saúde buscaram otimizar o gasto público e com base no modelo estatístico, conseguiram obter resultados satisfatórios dentro do custo total e do valor repassado, do custo médio por paciente, além de conseguirem de certa forma, melhorar quantitativamente os atendimentos aos usuários da rede pública de saúde do Distrito Federal.

Os testes de raiz unitária mostraram que existe causalidade entre as variáveis estudadas permitindo com que os dados apurados indiquem, de certa forma robustez para evidênciação empírica do tema estudado.

Conclui-se que, apesar dos indicadores financeiros junto ao modelo estatístico apresentado se mostrarem significativos para explicar se os contratos de gestão buscam otimizar

os recursos públicos à ele designados, ainda é necessária a compreensão de questões relacionadas a unidades que superam e muito as metas quantitativas, como o caso do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM), unidade que possui um desempenho em atendimento hospitalar muito acima da meta estipulada, indicador esse que pode ser causado pela localização geográfica da unidade de saúde, contribuindo para a discrepância do resultado operacional do modelo estatístico e impactando na relação entre o repasse realizado e o custo em 2023.

Questões como o exemplo anterior, impactam de forma bastante significativa os custos para as finanças públicas do Distrito Federal, sendo necessário um estudo mais aprofundado acerca dessas situações, para compreender casos que envolvam discrepância de oferta e demanda hospitalar, aliados a conflitos de interesse entre regiões integradas de desenvolvimento econômico que, no caso do Distrito Federal, impactam significativamente o acesso à saúde pública e assim buscar otimizar ainda mais os recursos públicos envolvidos na área da saúde assistencial.

REFERÊNCIAS

- ANDRÉ, A. M. A efetividade dos contratos de gestão na reforma do estado. *Revista de Administração Pública*, v. 39. p. 42-52, 1999.
- ALVES, Bruna Luiza Silva., *Outros Resultados Operacionais: Uma Análise da Evidenciação na Demonstração do Resultado do Exercício*, p.4. 2018.
- ASSAF NETO, A., *Estrutura e análise de balanços – um enfoque econômico-financeiro*. São Paulo: Atlas. 2012.
- BARBOSA, E. D. S. et al. Custos no Setor Público: Um Estudo nos Normativos Contábeis. Congresso UnB de Contabilidade e Governança, Brasília, 10 Novembro 2023. 20 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Cartilha de apresentação de propostas ao Ministério da Saúde: 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Introdução à Gestão de Custos em Saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- Contrato de Gestão 076/2019 - Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Disponível em:<<https://www.saude.df.gov.br/contrato-de-gestao-n-o-076-2019-hospital-da-crianca-de-brasilia-jose-de-alencar-hcb/>>. Acesso em: 28 mai. 2024.
- Contratos de Gestão - Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/contratos-de-gest%C3%A3o1>. Acesso em: 18 mar. 2024.
- CUNHA, Ana Carolina Navarrete Munhoz Fernandes da; AITH, Fernando Mussa Abujamra. Contratos de gestão no SUS: possibilidades de efetivação do direito à saúde. *Revista Direito GV*, São Paulo, v. 18, n. 2, maio/ago. 2022.
- DIEZ, D. M.; BARR, C. B.; Cetinkaya-Rundel, M. **OpenIntro Statistics**. [S.l.]: CreativeCommons, 2012.

DITTERICH, R. G.; Moysés, S. T.; Moysés, S. J.. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 4, p. 615–625, abr. 2012.

FONSECA, H. L. P. D.; JÚNIOR, L. A. P. D. C. A criação do serviço social autônomo do Instituto Hospitalar de Base como novo modelo de gestão hospitalar do Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, , Belo Horizonte, p. 2053-2064, 2019.

GOMES, H. M. S., Borgert, A.. Custos da Saúde Pública no Brasil: Uma análise entre 2004 e 2021. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2024/Mar). Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/custos-da-saude-publica-no-brasil-uma-analise-entre-2004-e-2021/19140?id=19140>. Acesso em: 22 mai 2024.

Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria da Controladoria-Geral do Estado. Manual Contrato de Gestão e Termo de Parceria – Organizações Sociais de Saúde Versão 1.0, 2014. 55 p.

GUJARATI, D.N. and PORTER, D.C., 2011. *Econometria Básica-5*. AMGH Editora.

KRÜGER, T. R.; REIS, C.. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. *Serviço Social & Sociedade*, n. 135, p. 271–289, maio 2019.

ICIPE - INSTITUTO DE CÂNCER INFANTIL E PEDIATRIA ESPECIALIZADA. Relatório de Gestão 2022 - Contrato de Gestão SES-DF 076/2019. Disponível em: <https://www.hcb.org.br/arquivos/downloads/1_relato_rio_de_gesta_o_ano_2022.pdf>. Acesso em 28 mai 2024.

IGESDF - INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Prestação de Contas – IGESDF Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: <<https://igesdf.org.br/transparencia/prestacao-de-contas/>>. Acesso em: 28 mai. 2024.

Investimentos no SUS. Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/investimentos-no-sus/>. Acesso em 20 mai. 2024.

LEONE, George Sebastião Guerra. Custos: planejamento, implantação e controle. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

LINS, Bruna & STRAPASSON, Bruno. Teste de Significância de Hipótese Nula na Análise do Comportamento: Problemas e recomendações. 10.1590/SciELOPreprints.7933. 2024.

NELLIS, John R. *Contract Plans and Public Enterprise Performance*. Washington: World Bank, 1989.

PIRES, R. V. (2021). Monitoramento do Contrato de Gestão do Hospital de Base do Distrito Federal. Revista Debates Em Administração Pública – REDAP, 2(7). Recuperado de <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/redap/article/view/5927>.

SILVEIRA, A. G.; MATTOS, V. L. D. D.; KONRATH, A. C. Avaliação da Estacionariedade e Teste de Cointegração em Séries Temporais: O caso da Demanda de Energia Elétrica Residencial no Brasil. **RETEC**, Ourinhos, v. 9, n. 3, p. 75-79, Dezembro 2016.

SOUZA, Vanessa. (2018). “Matemática na Economia: Função Custo, Função Receita E Função Lucro.” www.academica.edu disponível em: https://www.academia.edu/39182467/Matem%C3%A1tica_na_Economia_Fun%C3%A7%C3%A3o_Custo_Fun%C3%A7%C3%A3o_Receita_e_Fun%C3%A7%C3%A3o_Lucro. Acesso em 15 Jun 2024.

TEIXEIRA, Carolina Lima. A eficácia da administração pública através dos contratos de gestão. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 06, Ed. 04, Vol. 04, pp. 83-95. abril. ISSN: 2448-0959, disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/lei/contratos-de-gestao>. Acesso em 18 Jun 2024.

VARIAN, H. R., Microeconomia: Conceitos Básicos. Tradução: Maria José Cyhlar Monteiro; Tradução: Ricardo Doninelli. 7ª. ed. [s.l: s.n.]. p. 395–396. 2006.