

**FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO  
ESCOLA DE GOVERNO PROFESSOR PAULO NEVES DE CARVALHO  
ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, PLANEJAMENTO E  
GESTÃO GOVERNAMENTAL**

**VICTOR CARVALHO LULA**

**O USO DA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA COMO AUXÍLIO NA  
IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: O caso da Atenção Primária de  
Belo Horizonte**

**Belo Horizonte**

**2023**

**VICTOR CARVALHO LULA**

**O USO DA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA COMO AUXÍLIO NA  
IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: O caso da Atenção Primária de  
Belo Horizonte**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Administração Pública, Planejamento e Gestão Governamental da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Administração Pública.

Orientador: Eduardo Cerqueira Batitucci

**Belo Horizonte**

**2023**

L955u

Lula, Victor Carvalho.

O uso da parceria público-privada como auxílio na implementação de políticas públicas: o caso da Atenção Primária de Belo Horizonte [manuscrito] / Victor Carvalho Lula. – 2023.

[14], 79 f. : il.

Monografia de conclusão de Curso (Especialização em Administração Pública, Planejamento e Gestão Governamental) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2023.

Orientador: Eduardo Cerqueira Batitucci

Bibliografia: f. 60-67

1. Saúde Pública - Belo Horizonte (MG). 2. Parceria Público-Privada (PPP) - Atenção Primária à Saúde (APS) - Belo Horizonte (MG). 3. Políticas Públicas - Belo Horizonte (MG). 4. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Batitucci, Eduardo Cerqueira. II. Título.

CDU 614(815.11)

**Ao meu irmão, que sempre estará vivo em meu coração.**

## RESUMO

Este trabalho objetivou investigar o uso de parceria público-privada como ferramenta auxiliar para a implementação da política pública de saúde, por meio da rede de atenção primária, na cidade de Belo Horizonte e verificar a forma como isso ocorre. Foi realizada uma entrevista com uma gerente de um Centro de Saúde incluído na parceria, e aplicado um questionário nos usuários desse mesmo CS, de forma a verificar a percepção dessas pessoas sobre a Parceria e sua influência sobre a qualidade do serviço de saúde ofertado. A partir dos dados obtidos, ficou evidente a melhoria na qualidade do atendimento médico, porém, foram percebidos também alguns pontos negativos como a falta de comunicação do poder público juntamente à população sobre a mudança de localidade dos postos, sobre a existência da parceria público privada, o que ela é e quais os serviços envolvidos na parceria.

**Palavras-Chave:** Parceria Público-Privada. Saúde Pública. Concessão. Atenção Primária. Parceria Público-Privada na área da saúde.

## **ABSTRACT**

This study aimed to investigate the use of public-private partnership as an auxiliary tool for the implementation of public health policy, through the primary care network, in the city of Belo Horizonte and to verify how this occurs. An interview was conducted with a manager of a Health Center included in the partnership, and a questionnaire was applied to the users of the same HC, in order to verify the perception of these people about the Partnership and its influence on the quality of the health service offered. From the data obtained, it was evident the improvement in the quality of medical care, however, some negative points were also perceived, such as the lack of communication of the public power with the population about the change of location of the health centers, about the existence of the public-private partnership, what it is and what services are involved in it.

**Keywords:** Public Private Partnership. Healthcare. Public Health. Concession. Primary Care. Public Private Partnerships in Healthcare.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa da Distribuição dos Centros de Saúde de Belo Horizonte.....	45
Figura 2 – Análise das respostas referentes à primeira pergunta do questionário....	52
Figura 3 – Análise das respostas referentes à segunda pergunta do questionário. ...	53
Figura 4 – Análise das respostas referentes à terceira pergunta do questionário.....	54
Figura 5 – Análise das respostas referentes à quarta pergunta do questionário.....	54

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACE</b>	Agentes de Combate às Endemias
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>ADCT</b>	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
<b>ALMG</b>	Assembleia Legislativa de Minas Gerais
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BA</b>	Bahia
<b>CAPs</b>	Caixas de Aposentadorias e Pensões
<b>CCMS</b>	Centro Cultural do Ministério da Saúde
<b>CDS</b>	Conselhos Distritais de Saúde
<b>CF/88</b>	Constituição Federal de 1988
<b>CIB</b>	Comissão Intergestora Bipartite
<b>CIT</b>	Comissão Intergestora Tripartite
<b>CMB</b>	Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos
<b>CMBH</b>	Câmara Municipal de Belo Horizonte
<b>CME</b>	Centro de Materiais e Esterilização
<b>CNRS</b>	Conselho Nacional da Reforma Sanitária
<b>CNS</b>	Conferência Nacional de Saúde
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>COPASA</b>	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
<b>CPMF</b>	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>DF</b>	Distrito Federal
<b>EMEIs</b>	Escolas Municipais de Educação Infantil
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>FGP</b>	Fundo Garantidor de Parcerias Público-Privadas
<b>Fiocruz</b>	Fundação Oswaldo Cruz

<b>GO</b>	Goiás
<b>IAPs</b>	Institutos de Aposentadoria e Pensões
<b>IFC</b>	International Finance Corporation
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>Ipea</b>	Instituto de Pesquisa Econômica
<b>LAI</b>	Lei de Acesso à Informação
<b>LDO</b>	Lei de Diretrizes Orçamentárias
<b>LOPS</b>	Lei Orgânica da Previdência Social
<b>MESP</b>	Ministério da Educação e Saúde Pública
<b>MG</b>	Minas Gerais
<b>MPS</b>	Ministério da Previdência Social
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NOAS</b>	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
<b>NOBs</b>	Normas Operacionais Básicas
<b>OECD</b>	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>OS</b>	Ordem de Serviço
<b>PBH</b>	Prefeitura de Belo Horizonte
<b>PFI</b>	Private Finance Initiative
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PND</b>	Política Nacional de Desestatização
<b>POP</b>	Procedimentos Operacionais Padrão
<b>PPPs</b>	Parcerias Público-Privadas
<b>PR</b>	Paraná
<b>SC</b>	Santa Catarina
<b>SEPLAG</b>	Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais
<b>SESP</b>	Serviço Especial de Saúde Pública

<b>SIAFI</b>	Sistema Integrado de Administração Financeira
<b>SIDOR</b>	Sistema Integrado de Dados Orçamentários
<b>SP</b>	São Paulo
<b>SPE</b>	Sociedade de Propósito Específico
<b>SUDS</b>	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>Transpes</b>	Transporte Pesados Minas S.A.
<b>UBS</b>	Unidades Básicas de Saúde
<b>UMElS</b>	Unidades Municipais de Ensino infantil
<b>VFM</b>	Value for Money

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BRASILEIRA .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1</b>	<b>A saúde pública antes do SUS .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2</b>	<b>O Sistema Único de Saúde – SUS .....</b>	<b>20</b>
2.2.1	Dificuldades iniciais na implementação do sistema .....	21
2.2.2	O SUS: a política, seus princípios e níveis de atenção .....	23
<b>3</b>	<b>AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS .....</b>	<b>26</b>
<b>3.1</b>	<b>Parceria Público-Privada: contexto do surgimento e conceitos .....</b>	<b>26</b>
3.1.1	Concessão administrativa e concessão patrocinada .....	28
3.1.2	Remuneração do parceiro privado e aporte de recursos pelo Poder Público.....	29
<b>3.1.2.1</b>	<b><i>Contraprestação .....</i></b>	<b>29</b>
<b>3.1.2.2</b>	<b><i>Aporte de recursos pelo Poder Público .....</i></b>	<b>29</b>
<b>3.2</b>	<b>A legislação sobre o tema e sua evolução .....</b>	<b>30</b>
<b>3.3</b>	<b>Parceria público-privada: vantagens e desvantagens .....</b>	<b>31</b>
3.3.1	Vantagens das Parcerias Público-Privadas.....	31
3.3.2	Desvantagens das Parcerias Público-Privadas.....	32
<b>4</b>	<b>O CASO DA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE BELO HORIZONTE .....</b>	<b>34</b>
<b>4.1</b>	<b>Atenção Primária à saúde: conceito e funcionamento .....</b>	<b>34</b>
4.1.1	PPPs na área da saúde.....	35
<b>4.2</b>	<b>O cenário de PPPs na cidade de Belo Horizonte .....</b>	<b>36</b>
4.2.1	As PPPs em atividade na capital.....	36
4.2.2	A PBH ativos .....	37
<b>4.3</b>	<b>A Parceria Público-Privada da Atenção Primária de Belo Horizonte: histórico de implementação e escopo do projeto .....</b>	<b>39</b>
4.3.1	Condições e formas de aferição do valor da Contraprestação Mensal Efetiva e a recomposição do equilíbrio econômico-financeiro da concessão.....	41
<b>4.3.1.1</b>	<b><i>Aferição do valor da Contraprestação Mensal Efetiva .....</i></b>	<b>41</b>
<b>4.3.1.2</b>	<b><i>A recomposição do equilíbrio econômico-financeiro da concessão ...</i></b>	<b>41</b>
<b>4.3.1.3</b>	<b><i>Alterações realizadas no contrato após assinatura .....</i></b>	<b>43</b>

<b>4.3.1.4</b>	<b><i>Execução do contrato</i></b> .....	<b>45</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>49</b>
<b>6.1</b>	<b>PPP da Atenção Primária em Belo Horizonte: implementação na prática</b> .....	<b>49</b>
6.1.1	Percepção das equipes e usuários dos Centros de Saúde sobre as mudanças trazidas pela parceria, suas vantagens e possíveis desvantagens.....	50
<b>6.1.1.1</b>	<b><i>Influência da parceria na qualidade do atendimento médico</i></b> .....	<b>50</b>
<b>6.1.1.2</b>	<b><i>Influência da parceria em relação a estrutura física e processos</i></b> .....	<b>53</b>
<b>6.2</b>	<b>Perspectiva para futuras Parcerias Público-Privadas no município de Belo Horizonte</b> .....	<b>57</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>58</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>60</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O acesso à saúde, gratuito, igualitário e universal, foi uma garantia criada pela Constituição Federal de 1988 (CF/88). A Constituição coloca como um dever do Estado a oferta da saúde por meio de políticas públicas que promovam, protejam e recuperem a saúde da população brasileira. Além de estabelecer esses pontos, a CF também determinou o “como fazer”, com a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, que veio a ser regulamentado dois anos depois por meio da Lei 8.080/90.

Além de gratuito, igualitário e universal, foi definido pela CF que as ações e serviços públicos de saúde deveriam ser hierarquizados e descentralizados. A hierarquização do SUS, regulamentada somente na Lei 8.080/90, se refere à organização dos serviços por nível crescente de complexidade, tendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como a porta de entrada do SUS (Atenção Primária). As Unidades de Pronto Atendimento, hospitais e demais unidades de atendimento, de média complexidade, integram o nível secundário e, por fim, no nível terciário, estão os hospitais de grande porte, atendendo casos de alta complexidade. A atenção deste estudo será voltada para o nível primário de atenção à saúde.

A descentralização do SUS diz respeito à redistribuição de recursos, decisões e responsabilidade entre as três esferas: federal, estadual e municipal, com as competências de cada uma definida. A coordenação da Atenção Primária, conforme definição da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, é competência das Secretarias Municipais de saúde, que conferem viabilidade à execução de políticas federais, estaduais e municipais de saúde.

Alguns fatores, como a falta de corpo técnico qualificado, falta de estrutura e limitações orçamentárias, dificultam o cumprimento, pelos municípios, dos deveres estabelecidos na Constituição e na Lei do SUS. O estereótipo criado em torno da saúde pública como um sistema ineficaz, onde pacientes esperam horas para serem atendidos e há escassez de médicos e leitos para atendimento, se deve a essas limitações enfrentadas pelos municípios, que, então, passam a buscar formas de mitigar esses problemas. Dessa forma, alguns municípios, entre eles o de Belo Horizonte, viram as Parcerias Público-Privadas (PPPs) como uma ferramenta possível.

Segundo Marçal Justen Filho, a

[...] parceria público-privada é um contrato organizacional, de longo prazo de duração, por meio do qual se atribui a um sujeito privado o dever de executar obra pública e (ou) prestar serviço público, com ou sem direito à remuneração, por meio da exploração da infraestrutura, mas mediante uma garantia especial e reforçada prestada pelo Poder Público, utilizável para a obtenção de recursos no mercado financeiro. (JUSTEN FILHO, 2005, p. 549).

Diante do exposto, a pesquisa buscou responder a seguinte pergunta: “De que forma a parceria público-privada da Atenção Primária auxilia na implementação da política pública de saúde na cidade de Belo Horizonte?”.

Assim, procurou-se com este trabalho investigar o uso de Parceria Público-Privada (PPP) como ferramenta auxiliar para a implementação da política pública de saúde, por meio da rede de Atenção Primária, na cidade de Belo Horizonte e verificar como isso ocorre.

Os objetivos específicos visam:

- a) Verificar como se deu o percurso de implementação da PPP da Atenção Primária em Belo Horizonte;
- b) Verificar e elencar as vantagens e possíveis desvantagens da PPP em questão;
- c) Analisar dados qualitativos em relação à percepção dos gestores e pacientes dos Centros de Saúde (CS) sobre as mudanças trazidas pela parceria;
- d) Esboçar a perspectiva de futuro das PPPs na cidade de Belo Horizonte.

Conforme mencionado, é dever do Poder Público oferecer um serviço de saúde de qualidade para a população, porém, muitas vezes isso não é uma tarefa fácil. Fatores importantes, já exemplificados neste capítulo, tal qual o orçamento limitado do Poder Público, fazem as Parcerias Público-Privadas surgirem como uma alternativa para viabilizar a implementação de políticas públicas diante dos cenários expostos anteriormente.

O estudo possui relevância ao trazer luz sobre o papel da PPP na implementação da política pública de saúde na cidade de Belo Horizonte, atraindo atenção para o tema, além de verificar a eficácia do modelo, suas vantagens e desvantagens. Assim, é possível a utilização do presente estudo como ponto de partida para outros com temáticas semelhantes, de forma a verificar a efetividade das outras PPPs vigentes no município, além da possibilidade de servir como uma das

fontes de embasamento, pelo Poder Público, para a realização de melhorias no modelo.

Este trabalho é composto por 7 capítulos, sendo o primeiro esta introdução. No segundo capítulo será abordado, de forma breve, o histórico da saúde pública brasileira, desde o Brasil Colônia até a criação do Sistema Único de Saúde, além do detalhamento de alguns aspectos do Sistema em questão. Logo depois, no terceiro capítulo, serão abordados o contexto de surgimento das Parcerias Público-Privadas, os conceitos envolvidos, a legislação sobre PPP, além das vantagens e desvantagens acerca do tema.

No quarto capítulo, será visto o histórico de implementação da PPP da Atenção Primária de Belo Horizonte e detalhes contratuais e de execução do projeto. Depois, no quinto capítulo, será detalhada a metodologia utilizada neste trabalho, e, no sexto, os resultados obtidos na entrevista com a gerente de um Centro de Saúde (CS) e com o questionário aplicado aos usuários desse mesmo CS. Por fim, no sétimo capítulo, as considerações finais serão feitas.

## 2 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BRASILEIRA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública de saúde que teve a sua criação possível a partir da Constituição Federal de 1988. Além de estabelecer que a saúde é um direito de todos, sendo a sua oferta um dever do estado, a CF/88 também estabeleceu, em seu art. 198º, o que seria mais tarde definido como o SUS.

Foi somente a partir da promulgação da Lei 8.080/90, no dia 19 de setembro de 1990, que o SUS foi regulamentado.

### 2.1 A saúde pública antes do SUS

A saúde pública brasileira remonta ao início da colonização do país quando, no século XVI, foram criadas, pela Igreja Católica, as Santas Casas de Misericórdia. Segundo a Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB), a primeira Santa Casa do Brasil foi construída em 1543, no povoado do Porto de São Vicente, primeira vila brasileira, hoje conhecida como a cidade de Santos. Além de ter sido a primeira Santa Casa do país, também foi o primeiro hospital aqui construído.<sup>1</sup> As Santas Casas foram, durante décadas, a única opção de tratamento de saúde para aqueles que não tinham dinheiro. Elas surgiram em Portugal, em 1498, com a missão de cuidar, principalmente, daqueles marginalizados pela sociedade, dando, não somente, assistência à saúde, mas também acolhimento.

Em 7 de fevereiro de 1808, foram criados pelo Conselho Ultramarino Português, órgão do Estado português que controlava as colônias, os cargos de físico-mor e cirurgião-mor, responsáveis por zelar pela saúde da população que aqui residia. Apesar disso, os baixos salários e os perigos existentes desestimulavam a vinda desses médicos, como escreve Bertolli Filho (2008):

Os poucos médicos e cirurgiões que se instalaram no Brasil encontraram todo tipo de dificuldades para exercer a profissão. Além do imenso território e da pobreza da maior parte dos habitantes, que não podiam pagar uma consulta, o povo tinha medo de submeter aos tratamentos. Baseados em purgantes e sangrias, esses tratamentos em geral enfraqueciam os pacientes e causavam a morte daqueles em estado mais grave. Em vez de recorrer aos médicos formados na Europa, a população colonial, rica ou pobre, preferia utilizar os

---

<sup>1</sup> Alguns autores alegam que a Santa Casa de Olinda seria o primeiro hospital fundado no Brasil, porém a teoria é refutada por historiadores com base em documentos oficiais da época.

remédios recomendados pelos curandeiros negros ou indígenas. (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 6).

Bertolli Filho (2008) também realça que, com a chegada da família real portuguesa em 1808, centros de formação de médicos foram construídos no país, por ordem real. Dessa forma, o país passou a ter profissionais brasileiros formados, que foram substituindo, aos poucos, os médicos estrangeiros. No final do século XIX, ainda durante o Império, o Poder Público se concentrou na criação de uma estrutura de saneamento básico no país, principalmente na capital, Rio de Janeiro, para combater epidemias e melhorar a higiene das cidades e sua população.

Nos primeiros anos da República, a saúde da população continuou sob grande enfoque, já que epidemias e a falta de saneamento básico, apesar dos esforços anteriores, continuaram sendo problemas no país. A participação do Estado na saúde deixou de ser pontual, não se limitando somente aos surtos epidêmicos. Foram realizadas obras públicas para expansão da canalização de esgoto, em especial no Rio de Janeiro, e campanhas de combate a epidemias de doenças, como a febre amarela e varíola. Segundo a Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, em 1903, o Brasil era assolado por uma epidemia de febre amarela, e foi nessa época que Oswaldo Cruz foi nomeado para a Diretoria Geral de Saúde Pública, iniciando uma forte campanha no combate ao mosquito transmissor da doença e outras medidas de contenção da sua disseminação.

Em 1904, foi aprovada pelo Congresso, uma Lei que reinstaurava a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola, pois, apesar de ser considerada obrigatória para crianças desde 1837, e para adultos desde 1846, o imunizante não teve sua produção em massa iniciada antes de 1884, conforme a Fiocruz (2005). Aqueles que se recusassem a tomar a vacina podiam ser multados, e a comprovação de vacinação era exigida em diversas ocasiões, como matrícula em escolas, contratação em empregos e até para se casar. A obrigatoriedade teve grande rejeição, principalmente por opositores do então presidente, Francisco de Paula Rodrigues Alves, que criaram a Liga Contra Vacina Obrigatória (GAGLIARDI; CASTRO, [20--?]).

Além da oposição política, a população também se opôs à vacinação, sobretudo, por desconhecimento do que era a vacina e sua ciência, e pelo temor de que suas casas fossem ser frequentemente invadidas, já que os agentes de saúde tinham autorização para entrar nas casas, visando vacinar a população. No dia 10 de

novembro de 1904, começou o movimento que ficou conhecido como A Revolta da Vacina, com manifestantes tomando as ruas e confrontando a polícia. Em seus cinco dias de duração, a revolta resultou em muita destruição, além de 945 presos, 110 feridos e 30 mortos, segundo o Centro Cultural do Ministério da Saúde, CCMS (A REVOLTA, 2005). A Lei de obrigatoriedade da vacinação foi revogada no dia 16 de novembro, com a vacinação só tendo maior adesão em 1908, quando o Rio de Janeiro passou pela mais intensa epidemia de varíola de sua história, fazendo com que a população buscasse a vacina de forma espontânea (A REVOLTA, 2005).

Em 1923, por meio da Lei Elói Chaves, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que possibilitavam o acesso à assistência médica para os assegurados e marcavam o início da previdência social do país. As CAPs foram transformadas, no primeiro governo de Getúlio Vargas, nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), tendo uma grande diferença do CAPs: enquanto as Caixas eram organizadas e financiadas pelas empresas e seus trabalhadores, sem contribuição do Estado em sua administração ou financiamento, os IAPs eram organizados pelo Estado, sendo vinculados a todos os trabalhadores de algumas categorias, e não às empresas. Ainda assim, a assistência médica continuava sendo realizada de forma excludente, já que somente os trabalhadores formais residentes de áreas urbanas possuíam acesso ao benefício (SILVA; SILVA, 2011).

Outro marco importante para a saúde pública brasileira, foi a instituição das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) em 1937, com a primeira sendo realizada em novembro de 1941. Realizadas a cada 4 anos, elas são reuniões em que representantes das esferas municipal, estadual e federal avaliam a política pública de saúde e propõem novas diretrizes para a execução da política.

Também na Era Vargas, foi criado, em 1942, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), por meio de um acordo entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos da América (EUA). Nesse período, estava ocorrendo a Segunda Guerra Mundial, e a criação do SESP visava, inicialmente, levar saneamento básico e assistência médica para as regiões de produção de matérias-primas essenciais para a guerra, como a região amazônica, onde era produzida borracha (KIRSH, [20--?]).

Até 1953, o Ministério da Saúde (MS) era unificado com o da Educação, com a existência do Ministério da Educação e Saúde Pública (antigo MESP). Foi somente neste ano que o Ministério da Saúde foi criado, mas a pasta contava com pouquíssima verba durante a década de 50, tornando sua atuação pouco eficiente. Apesar disso,

três campanhas de vacinação contra a malária foram realizadas pelo Ministério da Saúde entre 1958 e 1965 e, apesar do governo dizer que a doença estava quase erradicada devido à eficácia das campanhas, a diminuição nos casos foi pequena, levando a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a atuar diretamente no combate à malária no país, a partir da década de 70 (BERTOLLI FILHO, 2008).

Bertolli Filho (2008) relata também, em seu livro “História da saúde pública no Brasil”, a interferência do clientelismo na política de saúde pública:

Além das dificuldades técnicas e operacionais do Ministério da Saúde, outro fenômeno que interferia na política oficial de saúde era o clientelismo: os partidos ou os líderes políticos trocavam ambulâncias, leitos hospitalares, profissionais da saúde e vacinas - muitas vezes em números bem superiores à demanda de uma região - por votos e apoio nas épocas eleitorais. Ao mesmo tempo, outras áreas permaneciam totalmente sem assistência médico-sanitária. Com esse tipo de interferência política, importantes projetos de saneamento eram interrompidos, além de ser constante a substituição dos ministros da saúde. Nas duas primeiras décadas de atuação, essa pasta teve 19 titulares [...]. (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 40).

Com o aumento no número de segurados e as quase sempre precárias medidas de administração dos IAPs, a qualidade do serviço prestado pelos Institutos decaiu bastante. A participação do setor privado começou a ser substancial na saúde, a partir do momento em que algumas empresas, insatisfeitas com o atendimento dos Institutos, firmaram convênios com empresas particulares que prestavam serviços médicos aos seus funcionários (SILVA; SILVA, 2011).

No início da década de 60, ocorreram algumas mudanças importantes na Previdência. Em 1960, foi sancionada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que unificou a legislação dos IAPs e incluiu benefícios como auxílio-natalidade, auxílio-funeral e o auxílio-reclusão.

Com o golpe militar de 1964, a verba do Ministério da Saúde, que vinha aumentando desde o início da década, foi drasticamente reduzida. O foco do governo era direcionado aos Ministérios, diretamente relacionados à segurança e desenvolvimento econômico, como o dos Transportes e o da Indústria e Comércio. Políticas de saúde coletiva, como tratamento de água e esgoto, elementos vitais na prevenção de epidemias, quase não recebiam investimento do Ministério e, com isso, os casos de doenças como meningite, malária e dengue subiram. Quando epidemias dessas doenças ocorriam, a disseminação da informação logo era censurada pelas

autoridades, de forma a manter a aparência de que tudo estava em sua completa normalidade (BERTOLLI FILHO, 2008).

Foi somente com uma epidemia de meningite, ocorrida no inverno de 1974, que o Ministério da Saúde admitiu que o país estava diante de uma pandemia, mas negando qualquer relação desta com as condições de vida precárias da população. Diante do aumento do número de casos fatais, verbas foram destinadas para uma campanha de vacinação contra a meningite, realizada até 1977, quando consideraram que a doença estava sob controle. O número de casos e de mortes foi mantido em sigilo pela ditadura, não se sabendo esses dados com exatidão até hoje.

Em 1966, foi criado, a partir da união de todos os Institutos de Aposentadoria e Pensões, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O atendimento continuava restrito aos contribuintes da previdência e seus dependentes. Segundo Bertolli Filho (2008), o INPS adotou um modelo administrativo que priorizava a contratação de serviços particulares já que, pela Constituição de 1967, o Estado deveria apoiar as atividades privadas, tendo a sua atuação apenas de forma complementar aos serviços de saúde privados. Convênios foram firmados com 2300 dos 2800 hospitais, existentes na época no país, para que atendessem aos segurados do INPS.

Alguns anos depois de sua criação, o INPS passou por uma grave crise financeira devido a fatores como aumento de demanda e fraudes realizadas pelos hospitais privados, gerando prejuízos. Com isso, a estrutura do INPS foi revista, levando à separação dos serviços previdenciários dos de saúde. A previdência continuou sob responsabilidade do INPS e a saúde passou a ser atribuição do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS. O INAMPS ficou responsável por medidas destinadas à cura de doenças de seus contribuintes, enquanto o Ministério da Saúde tinha suas ações voltadas à vigilância sanitária e controle de endemias. Como visto, a saúde continuou sendo excludente, levando ao surgimento, no fim dos anos 70, do movimento pela reforma sanitária, um movimento importante para o surgimento, mais tarde, do Sistema Único de Saúde (SILVA; SILVA, 2011).

O movimento pela reforma sanitária (ou movimento sanitário), composto por cientistas, médicos, partidos políticos de esquerda, técnicos de saúde, universitários e usuários dos serviços de saúde, se opôs ao sistema de saúde da época, considerado por eles como extremamente excludente. O movimento tinha uma visão que favorecia a saúde coletiva, já que o ambiente em que o indivíduo vive é um dos

fatores determinantes na sua saúde e, além disso, defendiam a criação de um sistema de saúde universal que não excluísse ninguém, independentemente da sua ocupação, cor, gênero e outros fatores.

Foi realizada, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) com a participação de aproximadamente 4000 pessoas ligadas ao movimento sanitário. O relatório final da Conferência influenciou na implementação do SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde e sistematizou o que viria a se tornar, dois anos depois, o Sistema Único de Saúde – SUS (SILVA; SILVA, 2011).

O SUDS representou o momento de transição para o SUS, com a transferência dos serviços realizados pelos INAMPs para os estados e municípios. Segundo o arquivo “Programa Multiplica SUS - curso básico sobre o SUS” (2007):

O SUDS pode ser percebido como uma estadualização de serviços. Seu principal ganho foi a incorporação dos governadores de estado no processo de disputa por recursos previdenciários. Contudo a estadualização, em alguns casos, levou à retração de recursos estaduais para a saúde e à apropriação de recursos federais para outras ações, além de possibilitar a negociação clientelista com os municípios. (BRASIL, 2007, p. 37).

## **2.2 O Sistema Único De Saúde – SUS**

A VIII CNS resultou na criação, pelo governo federal, do Conselho Nacional da Reforma Sanitária – CNRS. Ele tinha como atribuições a formulação de sugestões para a reforma da saúde, sistematizando e aprofundando as propostas do relatório da VIII CNS. Além do CNRS, também foi criada a Plenária Nacional de Saúde, que reuniu parlamentares, sindicatos, entidades profissionais, partidos políticos e outros grupos de interesse para fazer avançar a reforma sanitária por meio da discussão do tema e interlocução e pactuação com o Congresso Nacional, visando a inserção das propostas do movimento sanitário na nova constituição que estava em discussão (BRASIL, 2006).

Pela primeira vez, uma Constituição Brasileira incluía uma seção que se dedicava inteiramente à saúde. Aprovada em 1988 pela Assembleia Nacional Constituinte, a nova Constituição Brasileira incorporou grande parte das propostas oriundas da VIII CNS, representando uma vitória para o movimento sanitário (BRASIL, 2007).

A seção da saúde faz parte do capítulo sobre a seguridade social, que compreende “um conjunto integrado de iniciativas dos Poderes Públicos e da

Sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL,1988). Sendo assim, foram unidas as políticas da previdência social, contributiva (ou seja, só se beneficiam dela aqueles que contribuem de alguma forma para a previdência), e as políticas da saúde e da assistência social, ambas distributivas, isto é: não é necessária contribuição prévia para se beneficiar delas. Isso se deu tal qual o art. 194º da CF e seus incisos, que versam sobre os objetivos da seguridade social:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento, identificando-se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social;

(BRASIL, 1988, art. 194).

### 2.2.1 Dificuldades iniciais na implementação do sistema

Apesar do avanço de conceitos como a universalidade, descentralização, e a participação direta da população na formulação e execução das políticas, essas ações não eram autoaplicáveis, ou seja, dependiam de regulamentação por leis ordinárias posteriores. Assim sendo, os conflitos relacionados aos avanços aprovados na CF não cessaram com a sua promulgação, já que, segundo Pereira (2002, p. 37), a forma genérica como vários desses avanços foram tratados na Carta Magna “abriu brechas para que o poder constituído, especialmente o Executivo Federal, se eximisse de responsabilidades quanto à integralização e efetivação do Sistema, sob a alegação de ausência de leis.”

Pereira (2002) também ressalta que as políticas de direito social tiveram o seu reconhecimento dificultado, com o Executivo e o Legislativo postergando deliberadamente a aprovação das leis que normatizariam tais avanços, por representarem “a possibilidade de ruptura desses avanços com os tradicionais

esquemas de barganha populista e de patronagem política, os quais mantêm velhas oligarquias no poder e inibem a extensão da cidadania” (PEREIRA, 2002, p. 38). Foi somente em setembro de 1990 que foi aprovada a primeira Lei de regulamentação do SUS, a Lei 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde ou Lei do SUS. Porém, o excesso de vetos presidenciais em artigos da Lei, por motivos já explicitados, e agravados pela onda neoliberalista que vinha ganhando mais força por todo o mundo, levou à promulgação, também em 1990, da Lei 8.142, complementar à primeira em questões relativas ao financiamento e controle da política de saúde (PEREIRA, 2002).

Tendo em vista que as ações de saúde, antes realizadas pelo INAMPS, passaram a ser realizadas pelo Ministério da Saúde, o Instituto foi integrado à estrutura do Ministério em 1990, com sua lógica de financiamento e alocação dos recursos, entretanto, sendo mantida no SUS. A manutenção da lógica de financiamento de uma Instituição que prestava assistência somente aos seus segurados na forma de financiamento do SUS, caracterizado pela prestação de assistência à saúde de forma universal (ou seja, para todas as pessoas do território brasileiro, independentemente de sua ocupação ou quaisquer outros fatores), gerou desigualdade na divisão de recursos entre os Estados (RODRIGUEZ NETO, 1998).

A CF/88 estabeleceu que as ações de seguridade social deveriam ser financiadas por recursos da União, Estados, Distrito Federal (DF) e municípios, além dos recursos provenientes de contribuições sociais. No âmbito federal, os recursos seriam divididos entre as três integrantes da seguridade social: saúde, previdência e assistência social. A saúde receberia, por determinação no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), 30% dos recursos do orçamento total da seguridade, excluindo o seguro-desemprego, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias, LDO (BRASIL, 2011). Esse percentual não foi cumprido em 1990 e 1991, devido ao crescimento dos gastos com aposentadorias e pensões pela Previdência Social, culminando na utilização de porcentagens maiores por essa pasta em detrimento das outras duas (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016).

A crise no mercado de trabalho formal, a partir dos anos 90, fez com que as contribuições diminuíssem, não sendo mais suficientes para o pagamento dos benefícios da previdência. Dessa forma, os valores provenientes de contribuições à previdência, anteriormente uma das fontes de financiamento para a política de saúde, deixaram de ser repassados pelo Ministério da Previdência Social (MPS), passando a ser usados apenas para pagar os benefícios previdenciários (BRASIL, 2011). O

cenário em questão dificultou o financiamento das ações de saúde, fazendo o SUS passar por dificuldades. Em busca de soluções para o problema, a União tomou medidas como a criação da CPMF, Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, em 1996, cuja arrecadação seria destinada exclusivamente ao financiamento da saúde (o que foi alterado mais tarde, com a previdência também se beneficiando). A CPMF se tornou uma das principais fontes de custeio do MS, chegando a representar em torno de 30% do total dos recursos destinados ao Ministério da Saúde pela União durante a sua existência (1997-2007), segundo dados do Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) e Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR), compilados pelo Instituto de Pesquisa Econômica, Ipea.

Mesmo com a promulgação das duas leis em 1990, os princípios do SUS: universalização, equidade e integralidade, apresentaram dificuldades na sua operacionalização, devido à complexidade do Sistema e a novidade que ele representava. Com isso, foi necessária a elaboração das NOBs – Normas Operacionais Básicas, instrumentos mais detalhados que serviram para orientar a implantação e operacionalização da política de saúde, conforme detalha Preuss (2018):

A NOB e a [Norma Operacional de Assistência à Saúde] NOAS estabelecem as diretrizes para a operacionalização do SUS, detalhando a legislação da saúde, e têm como tarefa consolidar o exercício das funções de gestão e do gerenciamento da instituição que disponibiliza os serviços aos seus habitantes. São definidas pelas Comissões Intergestora Tripartite e (CIT) e Intergestora Bipartite (CIB), promovendo o processo de descentralização, determinando mecanismos para a transferência automática de recursos federais aos estados e municípios e fortalecendo os processos de gestão compartilhada entre as esferas.  
(PREUSS, 2018, p. 326).

### 2.2.2 O SUS: a política, seus princípios e níveis de atenção

O SUS consiste em uma política pública de saúde que proporciona acesso gratuito, universal e integral a todas as pessoas em território nacional. O acesso à saúde proporcionado pela política independe da nacionalidade, condição socioeconômica, local de residência, ocupação e qualquer outro fator que, antes, poderia ser considerado um impeditivo para o acesso à saúde pública. O SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde no Brasil.

Anteriormente entendida como “Estado de não doença”, a saúde pública se restringia à cura de doenças, sem ênfase em prevenção. Essa lógica deu lugar à relação da saúde com a qualidade de vida, composta por diversos pontos além da ausência de doença, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2000).

O SUS é regido por princípios, divididos entre doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários, os valores-base do SUS, incluem a universalidade, a integralidade e a equidade (BRASIL, [201-]):

- Universalidade: o SUS deve ser acessível a todos, independentemente de renda ou localização;
- Integralidade: o sistema deve abranger todas as etapas de cuidado, desde a prevenção até o tratamento e reabilitação;
- Equidade: o SUS busca garantir o acesso igualitário à saúde, de acordo com a necessidade de cada um, de forma a diminuir as desigualdades.

Os princípios organizativos do SUS, que visam organizar a operacionalização, incluem a descentralização e comando único, a participação popular, e a regionalização e hierarquização (BRASIL, [201-]):

- Descentralização e Comando Único: as responsabilidades e recursos são compartilhados entre os níveis federal, estadual e municipal, onde cada uma das esferas age de forma autônoma, de acordo com a legislação;
- Regionalização e Hierarquização: a organização dos serviços deve ser feita em níveis crescentes de complexidade e dispostos em uma área geográfica delimitada, para oferecer à população o acesso desde os serviços de saúde básicos até os mais complexos;
- Participação Popular: a comunidade deve ser envolvida na gestão do sistema, garantindo a representatividade e a transparência.

O SUS é composto por três níveis de atenção à saúde: a atenção básica (ou primária), a atenção especializada e a atenção hospitalar.

Segundo o MS, atenção básica (ou primária) é o primeiro nível de atenção do SUS (“porta de entrada”) e é composta por UBS, também chamadas postos de saúde

ou Centros de Saúde (CS). Ela é responsável por prestar cuidados primários à população, incluindo atendimento às doenças comuns, vacinação, orientação sobre saúde sexual e reprodutiva, além de acompanhamento de pacientes com doenças crônicas. A atenção básica também é responsável por prevenir e identificar problemas de saúde da comunidade e encaminhar os pacientes para os níveis de atenção mais avançados, se necessário.

Também segundo o MS, a atenção especializada é o segundo nível de atenção do SUS e é composta por consultórios médicos, centros de especialidades, laboratórios de análises clínicas e outras unidades de saúde especializadas. Ela é responsável por prestar cuidados a pacientes com doenças específicas, como hipertensão, diabetes, câncer, entre outras. Esses pacientes são encaminhados pela atenção básica para a atenção especializada, quando preciso.

Por fim, a atenção hospitalar é o terceiro nível de atenção do SUS e é composta por hospitais públicos e privados conveniados. Ela é responsável por prestar cuidados a pacientes que necessitam de tratamentos mais complexos, como cirurgias, internações e outros procedimentos hospitalares. A atenção hospitalar também inclui unidades de urgência e emergência, responsáveis por atender pacientes com condições graves e imediatas (BRASIL, 2022).

Os três níveis de atenção à saúde do SUS são complementares e trabalham juntos para garantir acesso universal e igualitário à saúde para todos os cidadãos brasileiros.

### 3 AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS

Oferecer os direitos básicos garantidos à população em um país de dimensões continentais, e com mais de 200 milhões de habitantes, certamente é um desafio. Dificuldades de orçamento e logística, além da *expertise* insuficiente, em algumas áreas, são algumas das limitações enfrentadas pelo Poder Público. Dessa forma, as Parcerias Público-Privadas (PPPs) surgem como uma das alternativas para que o Estado consiga garantir os direitos da população previstos na CF/88.

#### 3.1 Parceria Público-Privada: contexto do surgimento e conceitos

O modelo de Parceria Público-Privada utilizado no Brasil é baseado na lógica do *Private Finance Initiative* (PFI), modelo que surgiu no Reino Unido em 1992 como uma opção para a implementação de projetos de infraestrutura em cenários de restrições financeiras e fiscais, aliviando a pressão nas finanças públicas (EIB<sup>2</sup>, 2005).

Segundo o escritório de advocacia multinacional *Norton Rose Fulbright* (2020), as PPPs, no contexto inglês, se referem a uma variedade de colaborações entre o ente público e privado, tendo as PFIs como um de seus tipos, e se aproximando mais do modelo brasileiro devido a algumas especificidades, como a forma de financiamento e a necessidade de criação de uma Sociedade de Propósito Específico (SPE) para a gestão do projeto.

A crise econômica enfrentada pelo Brasil nos anos de 1980, com queda do Produto Interno Bruto (PIB), aumento da inflação e altíssimos níveis de dívida pública, abriu caminho para uma série de reformas, iniciadas na década de 90. Um desses esforços foi a criação da Política Nacional de Desestatização – PND, que teve como um de seus resultados a Lei 8.987, conhecida como a Lei das Concessões. O segundo artigo da referida Lei define a concessão de serviço público como

[...] a delegação de sua prestação, feita pelo poder concedente, mediante licitação, na modalidade concorrência ou diálogo competitivo, a pessoa jurídica ou consórcio de empresas que demonstre capacidade para seu desempenho, por sua conta e risco e por prazo determinado. (BRASIL, 1995, art. 2).

---

<sup>2</sup> European Investment Bank.

As concessões surgiram como uma forma de garantir a prestação dos serviços públicos mesmo em um cenário de restrições orçamentárias, já que os investimentos passavam a ser feitos pela Concessionária. Entretanto, as concessões tradicionais não conseguiram atender plenamente à demanda por melhoras na infraestrutura do país, conforme destacado por Pereira (2006):

As concessões tradicionais são utilizadas quando se trata de projetos economicamente viáveis, autossustentáveis do ponto de vista financeiro. Há casos em que implementação do projeto demanda o aporte de recursos fiscais, uma contraprestação da Administração Pública em caráter complementar ao montante arrecadado com a tarifa cobrada dos usuários. Isso ocorre quando a prestação de serviços ou a construção de obras de infraestrutura não for atraente para os agentes privados, devido à limitação dos ganhos passíveis de serem auferidos ou ao elevado nível dos riscos inerentes ao empreendimento. Nesses casos, têm lugar as parcerias público-privadas. (PEREIRA, 2006, p. 8).

Regulamentada em 2004, a partir da Lei 11.079, a Parceria Público-Privada consiste em uma modalidade especial de concessão, com o “objetivo de garantir o financiamento, a construção, a renovação, a gestão ou a manutenção da prestação” (PARCERIAS, [20--?]) de um serviço público, com ou sem execução de obra prévia. A definição legal é a seguinte: “Parceria público-privada é o contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa.” (BRASIL, 2004, art. 2). Nesse mesmo artigo, em seu terceiro parágrafo, o legislador delimita que a concessão comum, regida pela Lei 8.987/95, não constitui Parceria Público-Privada. A PPP e a concessão comum se diferenciam uma da outra por um simples detalhe: enquanto na primeira, há o repasse de valor ao parceiro privado pelo Poder Público para custeio do objeto do contrato, na concessão comum, esse custeio é feito através das tarifas cobradas dos usuários e pelas receitas “alternativas, complementares, acessórias ou de projetos associados” (BRASIL, 1995, art. 11), previstas na legislação, como a venda de espaços para publicidade. Além dessas receitas, o Estado pode, em alguns casos de concessão comum, complementar o valor arrecadado com as tarifas de subsídios, quando estes forem necessários para garantir a modicidade da tarifa, sem que a concessão se caracterize como uma PPP, apesar do tema ser alvo de debates no meio jurídico.

Ressalte-se, desde logo, que se reputa plenamente cabível que a remuneração do concessionário seja parcialmente custeada pelos cofres públicos, sem que isso exclua a configuração de uma concessão comum. (JUSTEN FILHO, 2016, p. 909).

Dessa forma, por se tratar de uma modalidade de concessão, as PPPs também são regidas pelas regras da Lei 8.987/95 e suas leis correlatas, com as regras da Lei da PPP servindo como complemento.

Assim como nas concessões tradicionais, as PPPs são adotadas em casos em que o Poder Público não possui recursos suficientes para a implementação de um projeto. Outros fatores, como conhecimento especializado insuficiente e falta de tecnologia para a gestão do projeto pelo Poder Público, também são levados em conta.

É importante frisar que a Lei 11.079/2004 veda, no Inciso III, § 4º do art. 2º, a celebração de contratos de Parceria Público-Privada “que tenha como objeto único o fornecimento de mão-de-obra, o fornecimento e instalação de equipamentos ou a execução de obra pública.” (BRASIL, 2004, art. 2). Isto posto, deve haver a integração de atividades distintas no contrato, como a elaboração de projeto, construção e operação do objeto de contrato. Entretanto, devido às particularidades dos projetos, as etapas sob responsabilidade do parceiro privado podem variar. Em alguns casos, por exemplo, a empresa privada pode ser responsável somente por adquirir equipamentos e realizar a manutenção e operação dos ativos, enquanto em outros projetos, pode ser responsável somente pela manutenção predial. (RADAR PPP, 2014).

### 3.1.1 Concessão administrativa e concessão patrocinada

A Lei da PPP divide as Parcerias Público-Privadas em duas modalidades específicas: concessão patrocinada e concessão administrativa. A concessão patrocinada é aquela em que, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários, existe a contraprestação pecuniária à SPE pela Administração Pública. A concessão administrativa, por sua vez, consiste no contrato de prestação de serviços em que a remuneração pelo serviço prestado pela SPE, com a administração pública sendo usuária direta ou indireta, é composta integral ou parcialmente (em casos de receitas alternativas geradas pela PPP, conforme disposto no art. 11º da Lei 8.987/95) por contraprestação paga pelo Poder Público, nas formas do art. 6º da Lei 11.079/2004, sem participação do usuário.

### 3.1.2 Remuneração do parceiro privado e aporte de recursos pelo Poder Público

#### 3.1.2.1 *Contraprestação*

A contraprestação, mencionada anteriormente, é uma particularidade das Parcerias Público-Privadas e consiste na remuneração pelos serviços prestados, além de uma forma de amortizar, durante todo o prazo da concessão, o valor investido pelo parceiro privado no projeto.

A contraprestação pode ser paga por meio das formas elencadas no art. 6º da Lei 11.079/2004, que são: (I) ordem bancária; (II) cessão de créditos não tributários; (III) outorga de direitos sobre bens públicos dominicais; e (V) outros meios admitidos em lei. O jurista José dos Santos Carvalho Filho (2018) destaca que

[...] a ideia de contraprestação pecuniária encerra dois sentidos: o primeiro é o que indica que o poder concedente efetuará o pagamento ao parceiro privado diretamente em dinheiro; o segundo reside em que o caráter de pecuniariedade pode ser indireto, vale dizer, pode a contraprestação ser efetuada através de mecanismo jurídico que, por sua vez, se converta ulteriormente em pecúnia. Este último é que é o sentido que se encontra no art. 6º da lei, que trata da matéria. Seja qual for a forma pela qual se apresente, porém, a contraprestação só pode ser efetuada quando já estiver disponível o serviço prestado pelo parceiro privado. Resulta daí que a antecipação do pagamento pode configurar improbidade administrativa (Lei n.º 8.429/1992). Por outro lado, sendo o serviço dividido em etapas, será lícito efetuar a contraprestação relativamente àquela que já se revelar frutífera pela Administração. Aqui, a contraprestação será parcial e corresponderá à parte do serviço que já tiver sido executada e disponibilizada para o poder concedente. (CARVALHO FILHO, 2015, p. 455-456).

Outro detalhe importante é que a contraprestação pode ser paga de maneira variável, com base em indicadores de desempenho previstos em contrato.

#### 3.1.2.2 *Aporte de recursos pelo Poder Público*

O aporte de recursos foi uma possibilidade incluída pela Lei 12.766/2012, que alterou a Lei 11.079, e consiste em um valor repassado pelo Poder Público ao parceiro privado, para complementar o investimento no objeto de contrato. Anteriormente, a figura do aporte não existia, fazendo com que o parceiro privado, na presença de um aporte, não fosse mais o responsável pela obtenção de todo o capital, fosse ele próprio ou de terceiros, necessário para a fase inicial do projeto e somente depois passando

a receber as contraprestações. Isso facilitou a realização de investimentos maiores, antes dificultados por problemas financeiros nos projetos. Além disso, a Lei 12.766/2012 cria um tratamento tributário diferenciado em relação ao aporte, conforme destaca Hendrick Pinheiro (2022):

Na prática, a Lei das PPPs cria um diferimento para tributar as receitas do aporte no momento da execução dos serviços, de forma a evitar que o concessionário tenha que adiantar recursos próprios para arcar com a tributação que, pela regra geral, incidiria antes do momento contratual em que começariam a fluir os recursos provenientes da própria prestação de serviços (provenientes de tarifas ou contraprestações), situação que elevaria o custo interno de capital do próprio projeto. (PINHEIRO, 2022).

A dissociação da contraprestação e do aporte de recursos é importante: o aporte não constitui remuneração do parceiro privado, não havendo qualquer relação com o desempenho deste, além de não serem incorporados como receita ou patrimônio do parceiro privado, sendo um investimento no objeto de contrato e revertido ao Poder Público ao fim do contrato (AMORIM FILHO; LEITE; CHAMBARELLI, 2015).

### **3.2 A legislação sobre o tema e sua evolução**

Antes mesmo da Lei 11.079/2004, os estados de Minas Gerais (MG), Santa Catarina (SC), São Paulo (SP), Goiás (GO), Bahia (BA), além do Distrito Federal (DF), já possuíam suas próprias leis referentes a Parcerias Público-Privadas, se fazendo valer da prerrogativa de exercitar plenamente sua competência legislativa concorrente na ausência de normativa federal sobre o tema. Com a promulgação da Lei Federal em 2004, os detalhes dessas leis estaduais contrárias ao disposto na Lei Federal tiveram sua eficácia suspensa.

No decorrer dos anos foram publicados Leis, Decretos e Resoluções sobre o tema pela União, com destaque para a Lei 12.766/2012 que, dentre outras mudanças, inseriu a possibilidade do aporte, e a Lei 13.529/2017 que, também dentre outras alterações, diminuiu o valor mínimo dos contratos de PPP de 20 para 10 milhões de reais.

### 3.3 PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA: VANTAGENS E DESVANTAGENS

#### 3.3.1 Vantagens das Parcerias Público-Privadas

Uma das principais vantagens das PPPs, se não a principal, é o compartilhamento de riscos entre as partes. Na concessão comum, os riscos são totalmente transferidos ao concessionário, conforme art. 20º, inciso III. A previsão do compartilhamento entre as partes é uma evolução em relação à concessão comum, já que, em alguns empreendimentos e se concentrados em somente uma das partes, os riscos podem inviabilizar a execução do projeto. Nas PPPs, os riscos são alocados de acordo com a capacidade e eficiência de cada uma das partes para o seu gerenciamento, conforme ressaltado por Fernando Vernalha Guimarães:

A busca pela maior eficiência no âmbito de um contrato como a PPP importará em alocar cada risco catalogado à responsabilidade daquela parte que consegue, a custos mais baixos do que a outra, administrar o risco. Se assim for feito, promove-se a redução do somatório de custos envolvidos na contratação, gerando-se ganhos de eficiência. (GUIMARÃES, 2017).

Esse ganho de eficiência nas PPPs, ao qual o autor se refere, é conhecido como *Value for Money* (VFM), um parâmetro que leva em consideração também os critérios de economia e eficácia. Ele é a forma que se avalia qualitativa e quantitativamente a capacidade de um projeto produzir ganhos nesses três critérios, visando um equilíbrio entre eles, sem poder ser definido apenas por um desses critérios de forma isolada (JACKSON, 2012). Segundo Pinheiro *et al.* (2015),

A expressão *Value for Money* (VFM) refere-se à relação entre custo e resultado, em termos de quantidade e qualidade dos projetos. Ou seja, considera que a melhor forma de contratação não é aquela que foca exclusivamente no preço, mas a que considera a aquisição dos produtos e/ou serviços certos, com a qualidade e quantidade adequadas, entregues na hora e local certos e pelo preço correto. (PINHEIRO *et al.*, 2015, p. 59).

Além disso, a iniciativa privada é vista como mais inovadora, e, portanto, mais propensa a inovações, do que o setor público, fato que pode levar a uma gestão mais eficiente do projeto. Outros fatores que podem acarretar mais eficiência nos projetos são a maior propensão, pelo parceiro privado, à inovação; a gestão mais flexível dos custos envolvidos no projeto pelo parceiro privado; a concentração de diversas fases

do projeto no parceiro privado; maior experiência e *expertise* do parceiro privado na área do projeto; entre outros (EFFICIENCY, [20--?]).

Como é possível notar, a eficiência se traduz, de forma simplista, em fazer o máximo possível com a utilização da menor quantidade possível de recursos (inclusive tempo), mas sem perder a qualidade do produto almejado (GRATERON, 1999).

Dessa forma, é possível que, algumas vezes, um projeto no modelo de PPP seja menos custoso do que seria se fosse executado no modelo de contratações tradicionais.

Outra vantagem das PPPs é que elas permitem que o governo financie grandes projetos sem um grande aumento da dívida pública. Como o pagamento ao parceiro privado é feito de forma parcelada, não há necessidade de recursos a curto prazo ou, nos casos em que há aporte, o investimento a curto prazo é substancialmente inferior comparado a execução do projeto unicamente pelo Poder Público, já que há, concomitantemente ao aporte de recursos pelo Poder Público, a realização de investimentos pelo parceiro privado.

### 3.3.2 Desvantagens das Parcerias Público-Privadas

Apesar de suas diversas vantagens, as Parcerias Público-Privadas também possuem suas desvantagens.

Segundo Delorenci (2015), uma das desvantagens da PPP é o grande espaço de tempo entre o início de seu planejamento e a sua execução, devido à necessidade de realização de estudos, possíveis alterações na legislação, consultas públicas, licitação e outros processos que podem demorar. Segundo o autor,

Essa necessidade dos contratos de PPPs faz com que muitas vezes os governantes os deixem de lado, com medo de começarem o projeto e o seu resultado só ser exposto em um governo seguinte que não seja o seu. (DELORENCI, 2005, p. 57).

Santana e Rodrigues Júnior (2006) ressaltam que as PPPs possuem muitas facilidades para o setor privado, com contratos demasiadamente flexíveis, repletos de garantias ao parceiro privado, destacando alguns pontos como a criação do Fundo Garantidor de Parcerias Público-Privadas (FGP), com a finalidade de ressarcir o parceiro privado em caso de inadimplência do poder concedente, e o fato deste fundo não poder ser objeto de contingenciamento orçamentário (ao contrário de diversas

políticas sociais, por exemplo), além de ser regido pelo direito privado. Ademais, em seu art. 7º, a Lei 11.079 fixa que somente após a disponibilização do objeto do contrato o parceiro privado poderá começar a receber as contraprestações, porém, o parágrafo único do mesmo artigo contraria o seu caput, facultando à Administração Pública o pagamento de contraprestação relativa à “parcela fruível” do objeto de contrato. Outro ponto destacado pelos autores, é a possibilidade do valor da contraprestação pública, nas concessões patrocinadas, ser superior a 70% da remuneração do parceiro privado, o que, mesmo com a necessidade de autorização legislativa para tal, é algo arriscado, pois, além de contrariar o princípio da concessão patrocinada, em que o Poder Público somente complementa a remuneração do parceiro privado, tornaria os projetos alvos fáceis para ações populistas, gerando gastos maiores ao Poder Público, conforme ressalta Sundfeld (2006):

Os serviços públicos econômicos (telecomunicações, energia, saneamento, transporte coletivo, rodovias pedagiadas etc.) geram valor econômico individualizado para seus usuários. Por isso, tem sentido que eles arquem com o custo respectivo, por meio da tarifa. As concessões de serviço público são viáveis justamente por isto: pela existência de usuários com interesse e capacidade econômica de fruir os serviços. [...] Os governantes populistas são muito sensíveis a essas pressões e, podendo, tenderão sempre a conter reajustes tarifários e criar isenções para segmentos de usuários, transferindo os ônus respectivos para quem não vota em eleição: os cofres públicos. (SUNDFELD, 2006, p. 56).

Por último, mas sem esgotar as desvantagens sobre o tema, é importante mencionar o risco de cobrança de tarifas altas ao usuário no caso de concessões patrocinadas. Como já exposto, inicialmente os objetos de projetos de PPP não são atrativos ao setor privado, pela sua complexidade e dificuldade em se tornarem lucrativos. Dessa forma, os usuários desses serviços podem ser penalizados com tarifas altas para que, juntamente com a contraprestação paga pelo Poder Público, o projeto possa ser lucrativo ao parceiro privado (SANTANA; RODRIGUES JÚNIOR, 2006).

## **4 O CASO DA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE BELO HORIZONTE**

Consoante descrito no terceiro capítulo, as Parcerias Público-Privadas podem ser uma boa alternativa para viabilizar a implementação de algum projeto pelo Poder Público. A Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), a partir da necessidade de promover melhorias nos centros de saúde que compõem a Atenção Primária à Saúde (APS) da cidade, optou pelo formato PPP para a construção (ou reconstrução, a depender da necessidade), manutenção e prestação dos serviços não assistenciais nos Centros de Saúde da capital, além da construção de um Centro de Materiais e Esterilização (CME) e um Laboratório para atendimento de toda a rede de Atenção Primária.

### **4.1 Atenção Primária à saúde: conceito e funcionamento**

Segundo definição,

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. (O QUE, 2023.)

Ela também se concentra em atender às necessidades de saúde dos indivíduos e comunidades, em vez de simplesmente tratar as doenças. Isso inclui a promoção de hábitos saudáveis, a prevenção de doenças e sua detecção precoce, e tratamento de problemas de saúde.

A Atenção Primária é a “porta de entrada” do SUS, fazendo atendimentos nos mais diversos casos, exceto naqueles de urgência e emergência. É possível, nas UBS, realizar consultas de rotina com clínicos gerais/médicos de família, exames laboratoriais, aplicar vacinas, retirar medicamentos prescritos, entre outros. Em caso de necessidade, é por meio da APS que o paciente recebe o encaminhamento para consultas com especialistas. Além disso, a Atenção Primária também é responsável pelo controle de endemias, desenvolvendo atividades de vigilância, prevenção e

controle de doenças por meio dos Agentes de Combate às Endemias (ACE). (BRASIL, 2022).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, PNAB, é responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde a organização, execução e gerência dos serviços e ações de Atenção Básica dentro de seus territórios, porém, o financiamento é feito de forma tripartite. A PNAB considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como termos equivalentes, definição também adotada nesta pesquisa.

A Política em questão tem como estratégia principal a expansão e consolidação da Atenção Primária a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Segundo definição do PNAB, ela

É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2017b).

A ESF funciona por meio das Equipes de Saúde da Família (ESF), equipes multiprofissionais que trabalham de forma integrada com foco na saúde da família e da comunidade. Conforme o MS, elas são compostas, no mínimo, pelo profissional médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família; pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem e pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Profissionais da odontologia também podem fazer parte de forma complementar.

#### 4.1.1 PPPs na área da saúde

Ainda são poucos os exemplos de Parcerias Público-Privadas brasileiras na área da saúde. Fernando Borges Mânica (2016) atribui essa escassez a diversos fatores, dentre eles, a complexidade dos contratos e os riscos envolvidos.

No plano empírico, ainda que a Lei federal das PPPs já tenha completado mais de dez anos de existência, são escassas as experiências de sua aplicação em solo brasileiro, especialmente no setor de saúde. É possível detectar, como motivos de tal cenário, a insegurança jurídica quanto à constitucionalidade das parcerias na saúde, decorrem de fatores diversos, como a opção governamental adotada nos 14 últimos anos, a complexidade dos contratos e aos riscos envolvidos na avença, e a falta de exemplos exitosos de aplicação do modelo no Brasil. (MÂNICA, 2016, p. 13).

O primeiro empreendimento a ter seu contrato de concessão assinado foi o hospital do Subúrbio, em Salvador – BA. A concessão administrativa envolve tanto os serviços não assistenciais (“bata cinza”) e os serviços assistenciais (“bata branca”). Dentre as PPPs da área já em vigência, essa é uma das poucas que inclui os serviços não assistenciais no contrato. Além dela, somente as concessões administrativas do Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem em unidades de saúde do Estado da Bahia, e a de gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde do Hospital Municipal de Faxinal, no Paraná (PR), contam com serviços assistenciais dentre seus objetos. Mânica (2016) destaca a redução da complexidade do acordo como um motivo para que a maioria dos projetos se restrinjam à parte não-assistencial:

Além disso, a exclusão dos serviços clínicos do objeto dos contratos de concessão administrativa diminui a complexidade da avença, pois nessa hipótese a disciplina contratual e a engenharia econômico-financeira restringem-se à amortização do investimento e aos serviços de apoio. (MÂNICA, 2016, p. 26).

Além das três concessões citadas, até a data de término de escrita deste capítulo, somente outras 10 PPPs na área da saúde tiveram seus contratos assinados em todo o país, incluindo a PPP da Atenção Primária de Belo Horizonte (RADAR PPP, 2014).

## **4.2 O cenário de PPPs na cidade de Belo Horizonte**

A história das PPPs em Belo Horizonte se inicia em 2005 com a publicação da Lei Municipal 9.038, de 14/01/2005, que instituiu o Programa de Parcerias Público-Privadas “com função de disciplinar e promover a realização de Parcerias Público-Privadas no âmbito da Administração Pública, em áreas de atuação pública de interesse social ou econômico.” (BELO HORIZONTE, 2005).

### **4.2.1 As PPPs em atividade na capital**

A primeira PPP firmada pela PBH foi a PPP dos resíduos sólidos, assinada em 11/2008, que visa a prestação do serviço de disposição final de resíduos sólidos em aterro sanitário, além do tratamento dos resíduos provenientes da limpeza urbana da capital. A parceria tem um prazo de 25 anos.

Em março de 2012, foi assinado o contrato de concessão administrativa, com o prazo de 20 anos, para a construção do Hospital Metropolitano de Belo Horizonte, além da gestão e operação dos serviços não assistenciais prestados nesse.

A terceira PPP firmada pela PBH foi a PPP da Educação. O contrato, com duração de 20 anos, foi assinado em julho de 2012 e tem como objetivos a construção, operação, administração e gestão dos serviços não pedagógicos das Unidades Municipais de Ensino infantil – UMEIs e de 5 Escolas Municipais da capital mineira.

No segmento da saúde, foi assinado em fevereiro de 2016, o contrato da concessão administrativa, objeto deste trabalho, a PPP da Atenção Primária. Com duração de 20 anos, a Parceria tem como objeto a construção ou reconstrução de centros de saúde, além da prestação dos serviços não assistenciais e de infraestrutura nos postos em questão.

Também em 2016, em julho, foi assinado o contrato de concessão administrativa para a prestação de serviços na iluminação da capital, incluindo a operação, modernização, ampliação e manutenção da Rede Municipal de Iluminação Pública. A duração do contrato é de 20 anos.

#### 4.2.2 A PBH ativos

Com suas atividades iniciadas em março de 2011, a PBH Ativos é uma Sociedade de Economia Mista, ou seja, uma empresa constituída tanto por capital privado quanto público, que integra a Administração Indireta da Administração Pública da capital mineira. Segundo a PBH, a empresa tem como finalidade a complementação de políticas públicas, dando apoio ao Município “por meio da estruturação de operações financeiras, estruturação de projetos de parcerias, além de concessão de garantias para contratos de parcerias público-privadas.” (BELO HORIZONTE, [201-]).

O Decreto n.º 15.534, de 10 de abril de 2014, dispõe sobre as atribuições da PBH Ativos em relação às Parcerias Público-Privadas e concessões realizadas pela Prefeitura de Belo Horizonte. Além da concessão de garantias para os contratos, como mencionado, algumas outras atribuições da PBH Ativos são: coordenar e promover a colaboração entre a Administração Pública e a iniciativa privada, visando o interesse o público, especialmente estimulando as PPPs; planejar, desenvolver e coordenar atividades relacionadas às concessões e PPPs; promover articulações de

Parcerias entre o Poder Público, o setor privado e organizações da sociedade civil; acompanhar, monitorar e avaliar impactos das parcerias estabelecidas; coordenar projetos de PPPs e concessões que lhe forem designados; entre outras. (BELO HORIZONTE, 2014).

#### **4.3 A Parceria Público-Privada da Atenção Primária de Belo Horizonte: histórico de implementação e escopo do projeto**

Para que um serviço de saúde de qualidade seja prestado, não basta ter uma boa equipe de médicos e enfermeiros. A estrutura física do local de prestação do serviço, assim como os equipamentos necessários para o atendimento médico, são fatores fundamentais para que uma assistência de melhor qualidade seja prestada. Moreira *et al.* (2017) ressalta essa questão, afirmando

[...] que a estrutura física adequada e a disponibilidade de equipamentos e materiais, com os recursos necessários para a execução de ações em saúde e em correspondência quantitativa ao contingente populacional adscrito e suas especificidades, é de fundamental importância para organização dos processos de trabalho e atenção à saúde dos usuários, a fim de se oferecer uma assistência de melhor qualidade. (MOREIRA *et al.*, 2017, p. 2).

A presença de uma estrutura física de qualidade, mencionada por Moreira *et al.* (2017), não era realidade em vários dos postos de saúde em Belo Horizonte. Diante da necessidade de melhorias na Atenção Primária e as limitações impostas pelo orçamento público, a Prefeitura de Belo Horizonte deu início, em 2010, ao processo para que fosse feita a concessão administrativa à prestação dos serviços não assistenciais de apoio e infraestrutura da Rede de Atenção Primária à Saúde da capital, serviços que seriam precedidos, na primeira versão do Edital, publicada em 2011, por obras de reconstrução, reforma, ampliação, revitalização e construção de novas unidades.

O processo teve início em julho de 2010 com a contratação, pela PBH, da *International Finance Corporation* – IFC para a realização de estudos técnicos e assessoria para a estruturação e modelagem de uma Parceria Público Privada na Atenção Primária à Saúde do município.

No ano seguinte, foram realizadas audiências e consultas públicas para que a proposta fosse debatida com a população e, logo, a Câmara Municipal de Belo

Horizonte (CMBH) aprovou a Lei Municipal 10.330, de 15/12/2011, autorizando a contratação de parceiro privado para a prestação de serviços de apoio e infraestrutura à Rede de Atenção Primária à Saúde da capital mineira. Dessa forma, foi publicada, em 30/12/2011, a primeira versão do Edital de Licitação n.º 008/2011, celebrando o contrato de concessão administrativa

[...] para a prestação de serviços de apoio para a prestação de serviços não assistenciais de apoio e infraestrutura à Rede de Atenção Primária à Saúde do Município de Belo Horizonte, precedida de obras de reconstrução, reforma, ampliação, revitalização e construção de novas unidades. (BELO HORIZONTE, 2011).

O Edital previa a reconstrução de 58 unidades, ampliação e/ou reforma de outras 45, revitalização de 31, construção de um Laboratório e Central de Esterilização de Materiais, além de novos 34 centros de saúde, sendo 18 construídos pelo parceiro privado e as outras 16 pelo Poder Público. A prestação dos serviços não assistenciais das unidades também estava inclusa no Edital.

Após isso, houve a publicação de Edital retificado, em 27/12/2014, precedido de uma consulta pública realizada em junho do mesmo ano. O Edital retificado previa somente a reconstrução de 55 unidades e a construção de outras 22 novas unidades pelo parceiro privado, além do Laboratório e CME, com a prestação dos serviços não assistenciais sendo realizada pelo parceiro privado nas unidades em questão. A previsão de ampliação e/ou reforma de unidades, e a construção de 16 Centros de Saúde pelo Poder Público, além do repasse da prestação de seus serviços não assistenciais, foram excluídas do escopo do Edital.

A licitação ocorreu por meio de uma Concorrência Internacional e o critério de julgamento foi pelo menor valor da Contraprestação Anual Máxima a ser paga pelo Poder Público. Podiam participar da Licitação qualquer pessoa jurídica brasileira ou estrangeira, isoladamente ou em Consórcio (conjunto de pessoas jurídicas reunidas) formado por, no máximo, quatro empresas. O consórcio vencedor foi o Consórcio APS BH, formado, na época, pelas empresas Construtora Cowan S.A. e Construtora Norberto Odebrecht S.A., com um contrato de valor estimado em R\$2.040.128.053,92, considerando o somatório de R\$111.263.848,04, a ser percebido no caso de pagamento de contraprestação anual máxima durante os 20 anos de concessão, e o aporte de R\$52.000.000,00 feito pelo Poder Público, pago em parcelas após o recebimento e vistoria da obra de cada Centro de Saúde, Laboratório e Centro de Materiais e Esterilização.

O consórcio vencedor constituiu a Sociedade de Propósito Específico Saúde Primária BH S.A., com a assinatura do contrato pelas partes ocorrendo em 18 de fevereiro de 2016. Posteriormente, em 2020, o controle societário da SPE foi transferido para a empresa Transporte Pesados Minas S.A. (Transpes).

Os serviços não assistenciais inclusos no contrato foram, segundo Anexo V do Contrato de Concessão:

- Aquisição, instalação e manutenção de equipamentos necessários à operação dos Centros de Saúde, Centro de Materiais e Esterilização - CME, e Laboratório abrangidos pela PPP;
- Serviços relacionados a processos de engenharia e manutenção predial dos Centros de Saúde, CME e Laboratório abrangidos pela PPP;
- Serviços de Rastreabilidade (acompanhamento da movimentação de materiais ao longo da cadeia produtiva, desde sua origem) necessários à identificação de todos os instrumentais, artigos de assistência ventilatória e identificação visual no CME;
- Serviços de higiene, limpeza, jardinagem e controle de pragas necessários à operação dos Centros de Saúde, CME e Laboratório abrangidos pela PPP;
- Serviço de Central de Atendimento para atendimento dos Centros de Saúde, CME e Laboratório abrangidos pela PPP em questões relacionadas aos serviços prestados pela Concessionária;
- Serviço de portaria necessário à operação dos CS, CME e Laboratório abrangidos pela PPP;
- Serviço de vigilância eletrônica necessário à operação dos CS, CME e Laboratório abrangidos pela PPP.

Os serviços de rastreabilidade e portaria foram excluídos do escopo do contrato em aditivo assinado pelas partes em janeiro de 2020, por constatação da PBH de que esses serviços não seriam necessários.

Os Centros de Saúde abrangidos pelo contrato foram definidos com base em estudos realizados pela Prefeitura, analisando quais postos possuíam infraestrutura precária, os que funcionavam em imóveis alugados e a inadequação do espaço físico à alta demanda de atendimento.

#### 4.3.1 Condições e formas de aferição do valor da Contraprestação Mensal Efetiva e a recomposição do equilíbrio econômico-financeiro da concessão

##### 4.3.1.1 Aferição do valor da Contraprestação Mensal Efetiva

De acordo com previsão contratual, o primeiro pagamento da Contraprestação Mensal Efetiva seria realizado no mês subsequente ao do início da prestação dos serviços não assistenciais, e de forma proporcional ao número de unidades concluídas e em operação. O valor da Contraprestação Mensal Efetiva é definido a partir de cálculos realizados por um Verificador Independente, que avalia a prestação de serviço pela Concessionária a partir de indicadores de Disponibilidade e de Desempenho, relacionados, respectivamente, à infraestrutura disponibilizada pela Concessionária ao Poder Concedente para execução das atividades, e com a prestação dos serviços não assistenciais propriamente ditos. A avaliação é feita com base em verificações *in loco*, realizada por profissional do Verificador Independente, além de relatórios, documentos, registros em sistemas, pesquisas de satisfação, diligências conduzidas pelo Poder Concedente e em informações fornecidas pela própria Concessionária.

##### 4.3.1.2 A recomposição do equilíbrio econômico-financeiro da concessão

A Constituição Federal de 1988 prevê, em seu art. 37º, que os contratos administrativos devem possuir cláusulas que assegurem a manutenção das “condições efetivas das propostas” (BRASIL, 1988, art. 37). A Lei 8.666/1993 é mais detalhista quanto à questão:

Art. 65. Os contratos regidos por esta Lei poderão ser alterados, com as devidas justificativas, nos seguintes casos:

II – por acordo das partes:

d) para restabelecer a relação que as partes pactuaram inicialmente entre os encargos do contratado e a retribuição da administração para a justa remuneração da obra, serviço ou fornecimento, objetivando a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro inicial do contrato, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual. (BRASIL, 1993, art. 65).

Conseqüentemente, conforme ressaltado pela legislação, a relação entre contratado e contratante se mantém justa durante toda a duração do contrato, com os valores pagos ao contratado sendo ajustados.

Alguns dos fatos que levam à recomposição do equilíbrio econômico-financeiro na Concessão da Atenção Primária são: alteração substancial do resultado econômico da concessão, decorrente de modificação unilateral pelo Poder Concedente de especificações e obrigações previstas em contrato; ocorrência de eventos de força maior não cobertos pelos seguros ou coberturas mínimas previstas em contrato; alterações em tributos ou encargos legais que tenham repercussão direta nas receitas ou despesas da Concessionária, para mais ou para menos, com relação ao objeto de contrato; aumento na demanda pelos serviços não assistenciais igual ou superior a 20% sobre os limites estabelecidos em contrato; atraso ou omissão do Poder Concedente no cumprimento de suas obrigações que resultem em alteração substancial do resultado econômico da concessão; entre outros fatos previstos em contrato. Essas condições correspondem aos riscos assumidos pelo Poder Concedente na execução do contrato.

Segundo o contrato, os demais riscos deverão ser assumidos pela Concessionária, inclusive os seguintes: não obtenção de retorno econômico previsto em sua Proposta Comercial por força de fatores distintos aos riscos assumidos pelo poder concedente; constatação superveniente de erros ou omissões em sua proposta comercial; adequação de tecnologia empregada nas obras e serviços não assistenciais da concessão; eventual perecimento, destruição, roubo, furto, perda ou quaisquer outros tipos de danos causados aos bens vinculados sob sua guarda, não cobertos por seguro ou garantia do fabricante até limite anual determinado em contrato; aumento do custo de capital, inclusive os resultantes de aumentos das taxas de juros; variação das taxas de câmbio; riscos que devessem ter sido objeto de cobertura securitária, mas não o tenham sido, como resultado direto ou indireto de ação ou omissão da Concessionária; inflação superior ou inferior ao índice utilizado para reajuste da Contraprestação Anual Máxima, do Aporte e outros valores previstos em contrato; greves de seus empregados ou da interrupção, ou falha do fornecimento de materiais e serviços pelos seus contratados; eventual majoração nos custos de materiais, mobiliário e equipamentos, ou das estimativas de custos e despesas de prestação dos serviços, entre a data de apresentação da proposta comercial e efetiva aquisição dos mesmos; eventual erro da Concessionária nas projeções de

quantitativos necessários à execução de obras ou prestação dos serviços; o passivo ambiental causado após liberação dos terrenos e o planejamento empresarial, financeiro, econômico tributário e contábil da concessão e da Concessionária.

#### *4.3.1.3 Alterações realizadas no contrato após assinatura*

O contrato de concessão foi assinado durante a gestão do ex-prefeito Márcio Lacerda e, com a troca para a gestão de Alexandre Kalil, foi preciso um tempo maior para a análise das condições do contrato firmado na administração anterior. Acrescido a isso, após a assinatura do contrato, o Poder Público enfrentou dificuldades imprevistas para constituir as garantias públicas em favor da Concessionária previstas em contrato. Essas garantias são uma forma de assegurar o pagamento da Contraprestação Mensal e outras obrigações do Poder Concedente em favor da Concessionária, por meio de contratos de penhor sobre direitos atuais e futuros de conta bancária de titularidade do Poder Concedente, aberta especificamente para este fim, com recursos correspondentes a 25% da Contraprestação Anual Máxima; e direitos creditórios de titularidade do Poder Concedente e da PBH Ativos, conforme redação dada pelo terceiro aditivo contratual, sendo a sua constituição uma das condições para que o contrato ganhasse eficácia, ou seja, que ele tivesse a potencialidade de produzir os efeitos pretendidos.

Dessa forma, a PBH, após prorrogação do prazo (em comum acordo) para comprovação das condições para eficácia do contrato, decidiu dar eficácia parcial ao contrato a partir da assinatura de Contrato de Penhor de Direitos Creditórios, sobre Contas Bancárias e outras avenças, empenhando direitos de titularidade da PBH Ativos sobre o fluxo creditório da Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), de forma que ficasse autorizada a execução das obras do Centro de Saúde Cabana, CS que possuía maior urgência de construção. A eficácia parcial foi dada para que, enquanto as obras do CS Cabana fossem executadas, o Poder Público pudesse tomar as providências para constituição integral das garantias do contrato.

Além disso, foram excluídos do escopo do contrato a construção e prestação de serviços não assistenciais referente a 37 Centros de Saúde, restando somente 40 CS a serem construídos ou reconstruídos, além do Laboratório e CME. Dessa forma, o contrato teve o seu valor total estimado reduzido de R\$2.040.128.053,92 para R\$1.417.234.522,48.

Em um terceiro aditivo, as condições contratuais referentes às garantias foram alteradas, tendo em vista a indisponibilidade das garantias como originalmente previstas em contrato, devido ao longo período decorrido entre a assinatura do contrato e o aditivo em questão, além da crise econômica ocorrida no mesmo período. O contrato teve sua eficácia total dada em 21/01/2020, a partir da assinatura de Contrato de Penhor sobre todos os direitos atuais e futuros de contas bancárias de titularidade da Prefeitura e da PBH Ativos. A partir dessa data, teve início o prazo para entrega dos 40 CS previstos em contrato, além do Laboratório e Centro de Materiais e Esterilização. Outro ponto bastante importante deste aditivo, é a constatação quanto à vantajosidade da manutenção do contrato de concessão em detrimento de sua possível rescisão, algo que foi considerado após a troca da administração municipal. Foi constatado que os preços praticados pela Concessionária eram mais atrativos, por se manterem “dentro dos valores médios de mercado e abaixo dos valores praticados pela Administração para objeto análogo.” (BELO HORIZONTE, 2020, p. 3). Dessa forma, o contrato de concessão foi mantido.

O quarto Termo Aditivo visou a recomposição do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, decorrente da exclusão dos serviços de Portaria e Rastreabilidade ocorrida em Aditivo anterior. Nova recomposição foi realizada no sétimo Termo Aditivo, devido à alteração no *layout* do projeto arquitetônico dos CS e necessidade de adequação dos bens reversíveis para a composição dos Centros de Saúde.

Um aporte extraordinário de recursos foi realizado pelo Poder Concedente com o sexto Termo Aditivo, acrescentando R\$22.224.309,22 ao montante do aporte, visando a geração de maior economicidade ao Contrato pela redução do valor da Contraprestação Anual Máxima.

Com a assinatura do oitavo Termo Aditivo, em março de 2022, foram incluídos mais 10 Centros de Saúde no escopo do Contrato de Concessão, devido à precariedade de suas infraestruturas. Falta de acessibilidade para pessoas com deficiência, instalações sanitárias inadequadas e falta de consultórios suficientes para todas as Equipes de Saúde eram alguns dos fatores que tornavam essas unidades incapazes de comportar os serviços de saúde de forma adequada. Diante disso, o valor do contrato passou a ser R\$1.648.605.078,33. Em novo Termo Aditivo, assinado em maio de 2023, outros 6 CS foram incluídos no escopo do contrato pelos mesmos motivos.

Figura 1 – Mapa da Distribuição dos Centros de Saúde de Belo Horizonte.



Fonte: Adaptado de Apresentação da SMSA<sup>3</sup>/PBH.

#### 4.3.1.4 Execução do contrato

As obras do CS Cabana, o primeiro a ser construído dentre os 56, se iniciaram em abril de 2019 após assinatura, pelo Prefeito Alexandre Kalil, de uma Ordem de Serviço – OS para a construção da nova sede do CS, no dia 29 de março daquele mesmo ano. A obra do Centro de Saúde foi entregue no dia 6 de janeiro de 2020, com o CS entrando em operação após 15 dias.

A partir da assinatura do Contrato de Penhor, que deu eficácia total ao contrato em 21 de janeiro de 2020, mesma data de entrada em operação do CS Cabana, iniciou-se o prazo para a construção dos demais CS. Dessa forma, as obras de outros 6 CS tiveram início ainda no primeiro semestre daquele ano, e de outros 15 no segundo semestre. As obras têm duração de 8 a 12 meses, prazo inferior ao que seria praticado pelo Poder Público, caso este assumisse a responsabilidade de realização das obras.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Secretaria Municipal de Saúde.

<sup>4</sup> Informação obtida com Assessoras do Núcleo de Parcerias Público-Privadas da Secretaria Municipal de Saúde.

Até a conclusão deste capítulo, 44 dos 56 Centros de Saúde, previstos em contrato, foram entregues à população. As obras de construção do Laboratório e Centro de Materiais e Esterilização ainda não foram iniciadas.

## 5 METODOLOGIA

Este capítulo apresenta a metodologia utilizada neste trabalho que tem como tema a utilização de Parceria-Público Privada como forma de melhoria da Atenção Primária à saúde de Belo Horizonte.

Para tanto, foi realizada uma pesquisa documental e bibliográfica, além de entrevistas com assessoras do Núcleo de Parceria Público-Privada da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e uma gerente de Centro de Saúde, para obtenção de dados importantes, tanto para a parte de referencial teórico, quanto para os resultados. Além disso, foi aplicado um questionário composto por cinco perguntas referentes ao CS, além de uma pergunta aberta de resposta opcional, elaborado pelo autor, com usuários do mesmo Centro de Saúde para entender a sua percepção quanto às mudanças trazidas pela PPP na qualidade do serviço ofertado pelo CS.

O tipo de pesquisa aqui adotado foi o descritivo, pois buscou apresentar as características da Parceria-Público Privada na Atenção Primária à saúde de Belo Horizonte, bem como as opiniões e impressões dos entrevistados sobre o tema. Segundo Gil, “As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.” (GIL, 2002, p. 42).

A abordagem utilizada neste trabalho foi a qualitativa, pois se baseou na análise interpretativa dos dados coletados por meio dos documentos e das entrevistas. A abordagem qualitativa permite ao pesquisador compreender os significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências e realidades.

O método utilizado foi o estudo de caso, pois se concentrou em um caso específico: a Parceria-Público Privada na Atenção Primária à saúde de Belo Horizonte. Segundo Yin (2005, p. 32), um estudo de caso “é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Isto é feito utilizando múltiplas fontes de evidência.

Utilizou-se de pesquisa documental, bibliográfica, aplicação de entrevista e questionários.

A pesquisa documental usou fontes primárias, ou seja, dados e informações que ainda não foram tratados analiticamente, sendo um importante complemento à pesquisa bibliográfica (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Foram utilizados

também documentos como relatórios, leis, Edital da Parceria, contrato e seus aditivos, além de outros documentos da Prefeitura de Belo Horizonte e órgãos competentes que versem sobre Parcerias Público-Privadas, saúde pública e a Parceria Público-Privada da Atenção Primária de Belo Horizonte.

A pesquisa bibliográfica se caracteriza por ser a leitura de livros, artigos acadêmicos, jornais ou qualquer outro material de cunho técnico, ou acadêmico com o propósito de fazer um apanhado sobre os temas abordados no trabalho. Neste estudo, foram consultados livros e artigos sobre Parceria Público-Privada, saúde pública, concessões e metodologia científica (SOUSA; OLIVEIRA; ALVES, 2021).

Foi realizada entrevista com a gerente do Centro de Saúde Santa Mônica, CS escolhido por estar no modelo de PPP há mais de 2 anos. O objetivo da entrevista foi coletar dados sobre a percepção de uma pessoa envolvida na operacionalização de um Centro de Saúde abrangido pela Parceria Público-Privada, levantando informações sobre a qualidade e a eficiência dos serviços prestados, bem como as possíveis vantagens e desvantagens da Parceria-Público Privada na Atenção Primária à Saúde na visão da gestora. A entrevista foi semiestruturada, isto é, seguiu um roteiro prévio de perguntas, mas permitiu ao entrevistador explorar outros aspectos relevantes que surgissem durante a conversa.

Além disso, um questionário foi aplicado com os usuários que frequentam o Centro de Saúde em questão, com utilização da ferramenta *Google Forms*. O questionário foi divulgado via *Facebook Ads* com base na localização do público-alvo (residentes do bairro Santa Mônica) se tratando, assim, de uma amostra por conveniência. A amostragem por conveniência consiste na seleção de uma amostra da população que esteja acessível (FREIRE, 2021).

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão analisados e discutidos os resultados das entrevistas realizadas com a gerente do Centro de Saúde Santa Mônica e com assessoras da Secretaria Municipal de Saúde, além do questionário aplicado junto aos usuários do Centro de Saúde em questão. Ademais, serão discutidos também dados obtidos por meio da Lei de Acesso à Informação – LAI, junto à Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

### 6.1 PPP da Atenção Primária em Belo Horizonte: implementação na prática

Conforme detalhado no capítulo cinco, o processo de implementação da PPP da Atenção Primária começou em 2011, com o lançamento de um Edital que não foi levado a frente. Segundo notícia do jornal Estado de Minas (2011), a expectativa da PBH à época era de que o contrato com a Concessionária vencedora da licitação fosse assinado no início de 2012, o que não ocorreu. Segundo a PBH, em informação obtida via solicitação pela Lei de Acesso à Informação – LAI, “o lapso temporal narrado se deu em razão do tempo necessário para estudo e revisão dos documentos e modelagem da concessão, conforme necessidade e demandas identificadas à época.” (informação escrita)<sup>5</sup>.

Dessa forma, um Edital retificado foi publicado em dezembro de 2014, com a expectativa de que os primeiros postos ficassem prontos no fim de 2015 (SILVA; CRUZ, 2014), porém, a assinatura do contrato com a Concessionária vencedora ocorreu somente no início de 2016 e, devido às dificuldades enfrentadas pela PBH em relação à constituição das garantias previstas em contrato e a mudança de gestão em 2017, o contrato só teve sua execução iniciada em abril de 2019, quando tiveram início as obras de construção do CS Cabana, no aglomerado Cabana do Pai Tomás.

Segundo informação obtida com a gerente do Centro de Saúde Santa Mônica, as equipes são comunicadas sobre a data de mudança do posto antigo para a nova unidade com aproximadamente um mês de antecedência, mas, desde antes desse prazo, são informados sobre a evolução das obras durante a realização das reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde (CDS).

---

<sup>5</sup> Informação obtida por resposta no portal da Prefeitura de Belo Horizonte através da solicitação do autor.

Isso aí a gente tinha reunião de distrito, né? Nossa diretora distrital tinha reuniões periódicas e sempre iam passando o cronograma pra gente. Por exemplo, “O centro de saúde Santa Mônica já está com 70% da obra. Então, já vamos começar a preparar para a mudança.” Quando faltavam, acho que 15 dias para mudança, não 15 dias, não. Com 1 mês a gente já sabia da data. “Olha, a provável data, 12 de abril.” (informação verbal)<sup>6</sup>.

É perceptível na fala da entrevistada que a PBH possui uma boa comunicação com as equipes dos Centros de Saúde, fazendo com que o processo de mudança do posto “antigo” para o novo ocorra sem muitos problemas. Por outro lado, conforme será abordado mais a frente, a comunicação da PBH com os usuários dos CS não é tão boa, causando confusão entre eles.

#### 6.1.1 Percepção das equipes e usuários dos Centros de Saúde sobre as mudanças trazidas pela parceria, suas vantagens e possíveis desvantagens

Esta pesquisa traz, como um de seus principais objetivos, a análise da percepção das pessoas diretamente impactadas pela PPP da Atenção Primária: a equipe e os usuários dos Centros de Saúde. Para atingir esse objetivo, conforme já mencionado, foi realizada uma entrevista com a gerente de um CS, além de aplicado um questionário aos usuários desse mesmo posto. Além disso, a perspectiva da equipe e usuários quanto às vantagens e possíveis desvantagens do modelo também foi ponto de atenção.

##### 6.1.1.1 *Influência da parceria na qualidade do atendimento médico*

Ao ser questionada se a implementação da PPP influenciou a qualidade do atendimento médico, a entrevistada argumenta que há influência na disponibilidade do serviço, fazendo uma comparação com a realidade da estrutura anterior do CS Santa Mônica:

Influencia na disponibilidade e conseqüentemente na oferta, né? De consultas, porque o número de salas que a gente tem é bem superior ao que a gente tinha na estrutura antiga, né? Então a gente não precisa fazer, por exemplo, um rodízio, mapa de sala com rodízio, então a gente consegue garantir um atendimento, vamos dizer,

---

<sup>6</sup> Depoimento obtido por meio de uma entrevista com a gerente de um CS integrante da PPP.

contínuo, sem interrupção por ausência, por exemplo, de um ambiente para atendimento. (informação verbal)<sup>7</sup>.

É possível perceber, a partir da fala da gerente, que as novas unidades construídas por meio da PPP comportam melhor as ESF, já que possuem a capacidade para abrigar 6 ESF cada uma.

A entrevistada também aborda um ponto bastante importante: os equipamentos médicos.

A questão, por exemplo, de qualidade também em termo de material biomédico, né? Porque cada consultório, ele é equipado com os equipamentos necessários. Sonar, os aparelhos de pressão, estetoscópio, oftalmoscópio. Tudo isso a gente tinha uma quantidade assim, um pouco reduzida, né? Então, por exemplo, era às vezes um sonar, tinha que dividir pros 5 médicos. Hoje, não, cada médico, cada enfermeiro tem um. Então isso agiliza e qualifica, com certeza, o atendimento. (informação verbal)<sup>8</sup>.

A disponibilidade de equipamentos necessários para a execução do atendimento médico, conforme abordado por Moreira *et al.* no capítulo anterior, é muito importante para que um atendimento médico de qualidade seja ofertado. Pedrosa, Corrêa e Mandú também discorrem sobre essa importância

Para a realização da prática na atenção básica é necessária, entre outras condições, a garantia de infraestrutura apropriada, com disponibilidade de equipamentos adequados, de recursos humanos capacitados e de materiais e insumos suficientes à assistência prestada. [...] A atuação dos profissionais depende fortemente dos equipamentos, edifícios e ferramentas disponíveis, de modo que carências a ela relacionadas podem comprometer o trabalho das equipes e os seus resultados. (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011, p. 58).

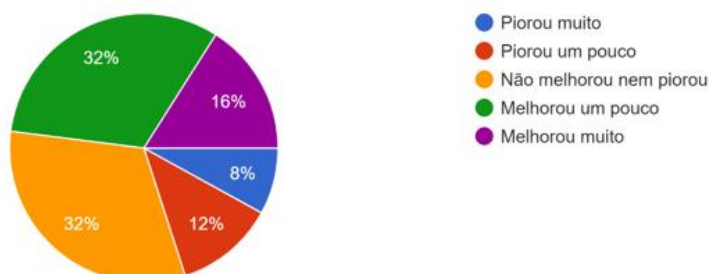
As melhorias ficam perceptíveis também ao analisar os números trazidos pelo questionário aplicado entre os usuários do CS Santa Mônica. Para 32% deles, o atendimento médico melhorou um pouco, e para outros 16%, o atendimento melhorou muito.

---

<sup>7</sup> Depoimento obtido por meio de uma entrevista com a gerente de um CS integrante da PPP.

<sup>8</sup> Depoimento obtido por meio de uma entrevista com a gerente de um CS integrante da PPP.

Figura 2 – Análise das respostas referentes à primeira pergunta do questionário.  
Qual a sua visão sobre a QUALIDADE DO ATENDIMENTO MÉDICO no ATUAL POSTO em relação ao ANTIGO Posto Santa Mônica?  
25 respostas



Fonte: questionário elaborado e disponibilizado pelo autor (2022).

Quase metade dos respondentes considera que houve alguma melhora no atendimento médico do CS, quando comparado ao atendimento na unidade anterior, enquanto somente 20% perceberam algum nível de piora. É importante frisar que a equipe médica do CS permaneceu a mesma, já que a parte assistencial continua sob responsabilidade do Poder Público, então é possível inferir que as mudanças trazidas pela PPP têm influência nessa melhoria.

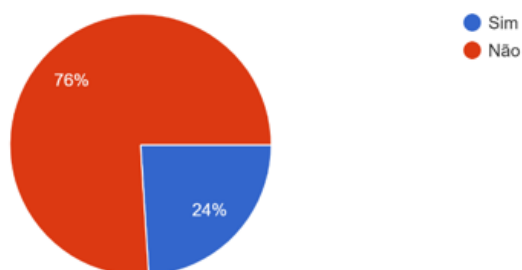
A entrevistada traz uma observação interessante quanto a essa divisão entre os serviços não assistenciais e os assistenciais, que não é compreendida pelos usuários, gerando insatisfação

Os usuários, logo quando a gente mudou e até hoje, para as pessoas que não têm tanto hábito, quando vem, eles sempre procuram a gerência para conversar, é porque quando eles veem estrutura nova, estrutura bacana, eles entendem que o RH também foi modificado. Então, por exemplo, eu não tenho pediatra. A vaga está aberta. A gente não conseguiu pediatra pra contratar. Eu não tenho ginecologista, não consegui ginecologista, então, quando eles chegam, a unidade que é uma unidade nova, estruturadinha, né? Eles subentendem se que as equipes estão completas, que está tudo completinho, redondo e às vezes esbarra nisso, né? (informação verbal)<sup>9</sup>.

O desconhecimento da população em relação à separação entre os serviços assistenciais e os não assistenciais é suportada pelos resultados do questionário.

<sup>9</sup> Depoimento obtido por meio de uma entrevista com a gerente de um CS integrante da PPP.

Figura 3 – Análise das respostas referentes à segunda pergunta do questionário.  
Você sabia que o atual posto foi construído e é administrado por meio de uma parceria público-privada?  
25 respostas



Fonte: questionário elaborado e disponibilizado pelo autor (2022).

Quando questionados se sabiam que a unidade de saúde foi construída e é administrada por meio de uma Parceria Público-Privada, 76% dos respondentes desconheciam tal fato. Um dos fatores que podem ter influenciado tal questão é a falta de diálogo da PBH com a população, conforme demonstrado em diversas reportagens publicadas em diversos veículos, entre eles os sites da CMBH e da Assembleia Legislativa de Minas Gerais – ALMG.

De acordo com relatos de moradores, nessas reportagens, as mudanças dos postos de saúde foram realizadas sem que a população fosse consultada, com alguns Centros de Saúde ficando distantes de suas localizações anteriores. Essa questão não foi observada nos resultados do questionário com os usuários do CS Santa Mônica, porém, foi bastante repercutida na mídia, sendo importante a sua menção. Ao ser questionada em relação à mudança de localização dos CS, a PBH, por meio de assessoras da Secretaria Municipal de Saúde, ressaltou que mesmo com a mudança de localização de alguns postos, todos eles permanecem dentro da sua área de abrangência, que não foi alterada pela PPP, pois depende de dados do censo.

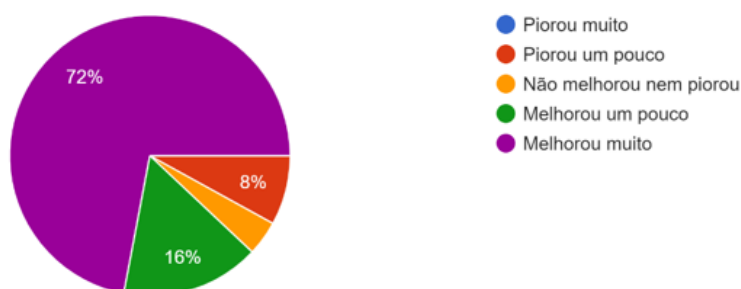
#### *6.1.1.2 Influência da parceria em relação a estrutura física e processos*

Outra questão abordada, tanto na entrevista com a gerente, quanto no questionário aplicado junto aos usuários, foi a influência da PPP em relação à estrutura física do CS e seus processos.

Ao serem questionados sobre a sua visão sobre a estrutura física do novo CS em relação ao antigo, 88% dos respondentes responderam que houve melhora, com 72% considerando que a estrutura física melhorou muito e os outros 16% que melhorou um pouco. Somente 8% consideram que houve alguma piora.

Figura 4 – Análise das respostas referentes à terceira pergunta do questionário. Qual a sua visão sobre a ESTRUTURA FÍSICA (sala de espera, consultórios, salas de vacina, etc) do ATUAL POSTO em relação ao ANTIGO Posto Santa Mônica?

25 respostas



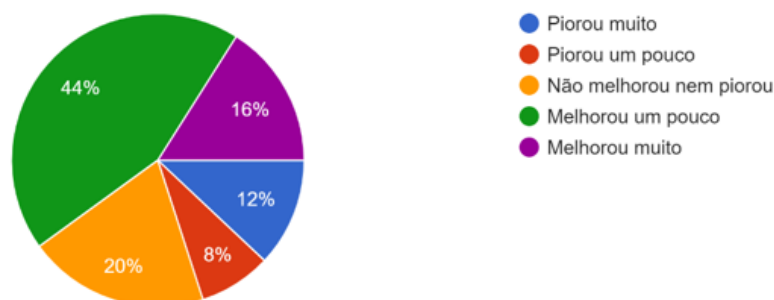
Fonte: questionário elaborado e disponibilizado pelo autor (2022).

A partir das falas da gerente, já aqui citadas, era possível perceber essa melhora na estrutura física dos postos, o que foi confirmado pelo resultado do questionário junto aos usuários. As novas unidades possuem plantas padronizadas, variando somente a quantidade de andares devido a peculiaridades de cada terreno.

Pressupõe-se que, com a existência de uma estrutura física de melhor qualidade, sem a necessidade de revezamento de consultórios e com os ambientes de circulação dos pacientes e área de consultórios com seus fluxos separados, os pacientes esperem menos para serem atendidos.

Figura 5 – Análise das respostas referentes à quarta pergunta do questionário. Qual a sua visão sobre o tempo de espera para atendimento no ATUAL POSTO em relação ao ANTIGO Posto Santa Mônica?

25 respostas



Fonte: questionário elaborado e disponibilizado pelo autor (2022).

Essa questão, conforme demonstrado acima, é suportada pela resposta dos usuários no questionário, porém, é divergente da visão da gerente que diz que, apesar de terem mais conforto durante a espera, o tempo de espera dos pacientes não foi afetado pelas mudanças trazidas pela Parceria.

Os usuários esperavam em pé, por exemplo, para um acolhimento que hoje se chama fale com equipe, ficavam todos em pé ou então escorado na parede. Hoje não. Eles podem ficar sentados, assistindo uma TV, um ambiente ventilado, claro. Coisa que não tinha antes, né? Mas o tempo assim, do processo de trabalho em si, não afetou muito no tempo. Afetou na organização, né? Isso afetou demais, assim a melhoria. Mas no tempo não. (informação verbal)<sup>10</sup>.

Apesar da melhoria perceptível na estrutura física, existem algumas reclamações, tanto da equipe, quanto dos usuários: como o tamanho dos consultórios e da sala de vacina, que são considerados pequenos pela gerente e sua equipe, além da questão do conforto térmico, reclamação constante dos usuários e das equipes do CS. Além disso, a gerente relatou que a sua equipe estava tendo dificuldade de adaptação aos processos, já que a parceria traz uma série de normas e padronização.

A equipe está tendo uma dificuldade, vamos dizer assim, em adaptar o modelo. Que a parceria pública privada, ela traz uma série de normas, né, de requisitos que a gente tem que seguir. Então, um exemplo simples: No outro centro de saúde, o pessoal tinha esse hábito, prega papel, prega o cartaz, é o negócio da dengue, prega ali, que virava aquela poluição visual, né? Aqui não. É uma regra. A gente não pode colar um papel na parede. Tudo tem que ser direcionado no quadro, né? E as vezes tem determinadas informações que a gente trabalha com muito fluxo, muito protocolo e eles sentem essa falta das colas, né? (informação verbal)<sup>11</sup>.

As “colas”, a que a entrevistada se refere, são os Procedimentos Operacionais Padrão – POP, e fluxogramas de processos para consulta dos funcionários que, apesar de serem disponibilizados em pastas, não são tão eficazes quanto se fossem “à vista”, ao melhor alcance da equipe.

Além das normas, a PPP traz uma padronização de processos para um melhor gerenciamento dos diversos Centros de Saúde atendidos e uma maior economia ao trabalhar com alguns serviços e produtos em escala.

É. Isso aí, realmente é bem burocrático, é tem determinadas coisas que ela é muito específica do centro de saúde, às vezes o centro de saúde lá do Barreiro, o perfil de população deles é diferente da abrangência aqui do Santa Mônica, então às vezes aqui eu preciso de

---

<sup>10</sup> Depoimento obtido por meio de uma entrevista com a gerente de um CS integrante da PPP.

<sup>11</sup> Depoimento obtido por meio de uma entrevista com a gerente de um CS integrante da PPP.

uma certa coisa que lá não precisa, mas aí a parceria ela não entende isso não. Ou é pra todo mundo ou não é. Tem que ter um padrão, né? Tem que ter uma formalidade padrão. Mas a grande maioria das coisas que a gente propôs, que foi a maioria dos centros de saúde, eles implementaram, né? Avaliam o custo, avalia essa coisa. (informação verbal)<sup>12</sup>.

Apesar da necessidade de padronização de processos para que o serviço seja escalável, também é necessário que as individualidades de cada CS sejam levadas em consideração para que o usuário e equipe sejam mais bem atendidos.

Ao ser questionada em relação à comunicação entre a Concessionária Saúde BH e a equipe do CS, a entrevistada relata que ela é muito centralizada na figura do gerente, pois é ele que faz a abertura de chamados e lida com outras questões diretamente com a SPE. Apesar disso, a gerente diz que a empresa é bastante solícita e atende aos chamados com rapidez.

A entrevistada relatou também uma preocupação de que a qualidade do serviço prestado pela SPE fosse diminuir conforme novos CS fossem inaugurados: “A gente até ficou preocupado, tipo assim, à medida que fosse inaugurando outras unidades PPP que ia dar gargalo, a gente ia ficar desassistido, mas não. Eles tão conseguindo.” (informação verbal)<sup>13</sup>.

Essa fala da gerente vai ao encontro da opinião de um dos respondentes do questionário que, utilizando de um espaço livre para deixar sua opinião no questionário, disse que “As melhorias realizadas foram boas, mas fico receosa com a parceria público-privada no sentido de mercantilizar o serviço público.” (informação escrita)<sup>14</sup>.

O receio da usuária em relação à mercantilização do serviço público pode ter relação com uma possível queda na qualidade do serviço em prol do lucro da empresa privada, porém, conforme relatado pela gerente, a qualidade do serviço se manteve mesmo com a abertura de mais unidades, e tende a se manter devido à remuneração da SPE ter uma parcela variável, dependente de seu desempenho em uma avaliação feita pelo Verificador Independente que leva diversos fatores de qualidade em questão, inclusive pesquisas de satisfação realizadas junto aos usuários. Dessa

---

<sup>12</sup> Depoimento obtido por meio de uma entrevista com a gerente de um CS integrante da PPP.

<sup>13</sup> Depoimento obtido por meio de uma entrevista com a gerente de um CS integrante da PPP.

<sup>14</sup> Depoimento obtido por meio de uma entrevista com a gerente de um CS integrante da PPP.

forma, é de interesse da SPE manter um padrão de qualidade no seu serviço para ser bem remunerada.

## **6.2 Perspectiva para futuras Parcerias Público-Privadas no município de Belo Horizonte**

A partir de questionamento via Lei de Acesso à Informação, a PBH Ativos respondeu que, no momento, há somente uma Parceria Público-Privada em planejamento na capital, contemplando os seguintes serviços de limpeza urbana: coleta, transporte e destinação dos resíduos domiciliar; limpeza e coleta das vias, logradouros e praças públicas; capina de vias, passeios, sarjetas dentre outros; limpeza de bueiros e sistemas de drenagem em geral; e coleta seletiva de materiais recicláveis. Dessa forma, os serviços em questão irão complementar a disposição final e tratamento de resíduos sólidos em aterro, previstos na PPP de Resíduos Sólidos, já em execução. Além disso, tendo em vista o aparente sucesso das PPPs da Atenção Primária, hospital metropolitano, Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI), gestão de resíduos e iluminação pública, é possível inferir que novos projetos serão realizados na capital.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral do trabalho foi investigar o uso de Parceria Público-Privada como ferramenta auxiliar para a implementação da política pública de saúde, por meio da rede de Atenção Primária, na cidade de Belo Horizonte, e verificar como isso ocorre.

A partir da revisão bibliográfica realizada, ficou constatado quão complexa a saúde pública brasileira é, o que torna a efetivação do direito de acesso à saúde um desafio. Em relação às Parcerias Público-Privadas, foi demonstrada também a complexidade do tema, que possui uma legislação relativamente recente, se comparada a outras modalidades de contratação, e como particularidades de cada projeto são determinantes quanto a modalidade de contratação a ser adotada (contrato de prestação de serviço, concessão tradicional de serviço público, concessão administrativa, concessão patrocinada, entre outros). A junção desses dois temas complexos acaba ocasionando em um baixo número de parcerias na área.

Com base na análise de documentos da PPP da Atenção Primária de Belo Horizonte, foi possível verificar o processo de implementação da PPP, desde a sua proposição em 2011: os percalços enfrentados durante o processo; e o fato de que, mesmo sendo um contrato de longo prazo (o que deveria dificultar influências decorrentes de trocas de administração), um dos fatores para a demora no início de execução do contrato foi a análise feita pela nova gestão da PBH, em relação às condições do contrato firmado pela gestão anterior. Restou demonstrada também a economicidade do projeto, conforme relatado anteriormente, já que os preços praticados pela Concessionária eram mais atrativos e abaixo dos valores praticados pela Administração Pública, caso ela fosse executar o projeto.

A partir da entrevista realizada com a gestora de um CS e da aplicação de questionário junto aos usuários do Centro de Saúde, ficou evidente a melhoria na qualidade do atendimento médico, com a disponibilidade de equipamentos necessários para o atendimento e uma estrutura física própria para o serviço prestado. Porém, foram percebidos alguns pontos negativos: a falta de comunicação do Poder Público juntamente à população sobre a mudança de localidade dos postos, sobre a existência da Parceria Público Privada, o que ela é e os serviços envolvidos nela. Tais aspectos geraram confusão em parte da população, que questiona a falta de médicos,

mesmo com uma nova unidade de saúde, e demonstra insatisfação em relação à mudança de localidade dos postos.

A padronização de processos e materiais possibilitam ganho de escala e redução de custos e tempo, fatores positivos da Parceria. Entretanto, é necessário que algumas particularidades de cada CS sejam levadas em conta para que a parceria atinja todo seu potencial.

Ao mesmo tempo que são necessários uma boa estrutura física, equipamentos, manutenção e outros fatores não assistenciais, para um atendimento médico de qualidade, esses fatores por si só não garantem a qualidade dos serviços assistenciais. As atividades não assistenciais geridas pela SPE têm influência nas atividades assistenciais geridas pela PBH, porém a qualidade final depende que cada um dos atores envolvidos faça a sua parte. Não há de se falar em promoção de melhorias na qualidade do atendimento médico por meio de mudanças na área não assistencial, se não há médicos suficientes para atender os usuários.

Para os futuros estudos que forem abordar a PPP da Atenção Primária de Belo Horizonte, sugere-se uma abordagem mais aprofundada sobre as vantagens e desvantagens trazidas pela PPP, na prática, já que com um maior tempo de implementação essas questões ficarão mais visíveis, e uma aplicação de questionários em maior número de usuários para melhor representação da realidade. É sugerido também maior detalhamento quanto à economicidade do modelo de PPP em relação ao modelo tradicional de execução nos outros CS não incluídos na parceria.

## REFERÊNCIAS

A REVOLTA da vacina. **Fiocruz**, Rio de Janeiro, 25 abr. 2005. Comunicação e Informação, Notícias. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-3>. Acesso em: 15 jan. 2023.

AMORIM FILHO, Manoel Henrique de; LEITE, Ligia Werneck Costa; CHAMBARELLI, Maria Amélia Pinheiro Pacheco. Parcerias público-privadas: uma classe de ativos para investimentos. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 251-309, dez., 2015. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/7101?mode=full>. Acesso em: 3 fev. 2023.

BELO HORIZONTE. **Decreto n.º 15.534, de 10 de abril de 2014**. Dispõe sobre atribuições relacionadas a projetos de concessão e de parceria público-privada no âmbito do município de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2014. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo-horizonte/decreto/2014/1553/15534/decreto-n-15534-2014-dispoe-sobre-atribuicoes-relacionadas-a-projetos-de-concessao-e-de-parceria-publico-privada-no-ambito-do-municipio-de-belo-horizonte>. Acesso em: 18 abr. 2023.

BELO HORIZONTE. **Lei n.º 9.038, de 14 de janeiro de 2005**. Dispõe sobre o programa municipal de parcerias público-privadas. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2005. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo-horizonte/lei-ordinaria/2005/904/9038/lei-ordinaria-n-9038-2005-dispoe-sobre-o-programa-municipal-de-parcerias-publico-privadas>. Acesso em: 15 abr. 2023

BELO HORIZONTE. **Lei n.º 10.330, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza a contratação, mediante processo licitatório, de parceiro privado para a prestação de serviços de apoio e infraestrutura à Rede de Atenção Primária à Saúde do Município de Belo Horizonte, nos termos do art. 67º, § 4º, da Lei Orgânica do Município. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2011. Disponível em: <https://pbhativos.com.br/concessoes-e-ppps-2/leis-e-decretos/>. Acesso em: 15 abr. 2023.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **3º termo aditivo assinado em 21/01/2020**. Belo Horizonte: PBH, 2020. *E-book*. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/controladoria/transparencia/documentos/PPP\\_atencao\\_basica/3%C2%BA%20Termo%20Aditivo%20assinado%20em%2021.01.2020\\_0.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/controladoria/transparencia/documentos/PPP_atencao_basica/3%C2%BA%20Termo%20Aditivo%20assinado%20em%2021.01.2020_0.pdf). Acesso em: 10 maio. 2023.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de qualificação da infraestrutura da atenção primária à saúde de Belo Horizonte caracterização do sistema atual**. Belo Horizonte: PBH, [201-?]. Disponível em: [http://www.pbh.gov.br/smsa/atencao\\_primaria/Documento\\_Complementar\\_01\\_Rede.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/atencao_primaria/Documento_Complementar_01_Rede.pdf). Acesso em: 10 fev. 2023.

BERTOLLI FILHO, C. História da saúde pública no Brasil. 4. ed. São Paulo: Ática, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O financiamento da saúde**. Brasília: CONASS, 2011. *E-book*. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2). Disponível em: [https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_2.pdf](https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_2.pdf). Acesso em: 28 jan. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. **Decreto n.º 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1923. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html>. Acesso em: 30 jan. 2023.

BRASIL. **Lei n.º 3.807, de 26 de agosto de 1960**. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Brasília, DF: Presidência da República, 1960. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L3807.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3807.htm). Acesso em: 3 fev. 2023.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 12 jan. 2023.

BRASIL. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. **Lei n.º 8.666, de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/banco-de-precos/legislacao/lei-no-8-666-de-21-de-junho-de-1993.pdf/view>. Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. **Lei n.º 8.987, de 13 de fevereiro de 1995**. Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da

República, 1995. Disponível em:  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8987cons.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8987cons.htm). Acesso em: 22 fev. 2023.

BRASIL. **Lei n.º 11.079, de 30 de dezembro de 2004**. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Brasília, DF: Presidência da República, 2004. Disponível em:  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm). Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. **Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm), Acesso em: 5 jul. 2023.

BRASIL. **Lei n.º 12.766, de 27 de dezembro de 2012**. Altera as Leis nº s 11.079, de 30 de dezembro de 2004, que institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública, para dispor sobre o aporte de recursos em favor do parceiro privado, 10.637, de 30 de dezembro de 2002, 10.833, de 29 de dezembro de 2003, 12.058, de 13 de outubro de 2009, 9.430, de 27 de dezembro de 1996, 10.420, de 10 de abril de 2002, 10.925, de 23 de julho de 2004, 10.602, de 12 de dezembro de 2002, e 9.718, de 27 de novembro de 1998, e a Medida Provisória nº 2.158-35, de 24 de agosto de 2001, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/Lei/L12766.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/Lei/L12766.htm). Acesso em: 8 abr. 2023.

BRASIL. **Lei n.º 13.529, de 4 de dezembro de 2017**. Dispõe sobre a participação da União em fundo de apoio à estruturação e ao desenvolvimento de projetos de concessões e parcerias público-privadas; altera a Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, que institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada na administração pública, a Lei nº 11.578, de 26 de novembro de 2007, que dispõe sobre a transferência obrigatória de recursos financeiros para a execução pelos Estados, Distrito Federal e Municípios de ações do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), e a Lei nº 12.712, de 30 de agosto de 2012, que autoriza o Poder Executivo a criar a Agência Brasileira Gestora de Fundos Garantidores e Garantias S.A. (ABGF). Brasília, DF: Presidência da República, 2017a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13529.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13529.htm). Acesso em: 10 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 26 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. *E-book*. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acesso em: 26 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Programa Multiplica SUS - curso básico sobre o SUS:** (re)descobrimo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. *E-book*. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0374\\_M.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0374_M.pdf). Acesso em: 25 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS:** histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série I. História da Saúde no Brasil). *E-book*. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao\\_do\\_SUS\\_2006.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf). Acesso em: 20 jan. 2023.

BRITO, B. M. B.; SILVEIRA, A. H. P. Parceria público-privada: compreendendo o modelo brasileiro. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 7-21, 2005. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/issue/view/38>. Acesso em: 10 fev. 2023.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**. 36. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2022.

DELORENCI, Victor Nuti. **Parcerias Público Privadas:** uma alternativa para o aumento de eficiência na gestão da saúde pública. 2015. Trabalho de conclusão de curso (Monografia em Ciências Econômicas) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/handle/11422/1040>. Acesso em: 20 mar. 2023.

EFFICIENCY and Effectiveness: PPP as a Potential Source of Higher Efficiency for Infrastructure Projects. **APMG International**, Buckinghamshire, [20--?]. What is PPP, The PPP Guide, PPP Introduction and Overview, When to Use PPPs. Disponível em: <https://ppp-certification.com/ppp-certification-guide/52-efficiency-and-effectiveness-ppp-potential-source-higher-efficiency>. Acesso em: 20 mar. 2023.

EIB PAPERS. Luxemburgo: EIB, v. 10, n. 1, jun., 2005. Disponível em: <https://www.eib.org/en/publications/eibpapers-2005-v10-n01>. Acesso em: 2 abr. 2023.

ESTRATÉGIA Saúde da Família. **GOV.BR**, Brasília, [202-?]. Ministério da Saúde, Acesso à Informação, Ações e Programas. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia>. Acesso em: 25 maio. 2023.

FREIRE, Sérgio Miranda. **Bioestatística básica**. Rio de Janeiro: Ed. do autor, 2021. *E-book*. Disponível em:

[https://www.lampada.uerj.br/arquivosdb/\\_book/bioestatisticabasica.pdf](https://www.lampada.uerj.br/arquivosdb/_book/bioestatisticabasica.pdf). Acesso em: 25 jun. 2023.

GAGLIARDI, Juliana; CASTRO, Celso. Revolta da Vacina. **Atlas.fgv.br**. Brasília, [20--?]. Atlas Histórico do Brasil. Disponível em: <https://atlas.fgv.br/verbetes/revolta-da-vacina>. Acesso em: 26 jan. 2023.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GORNA, Ania. Public-Private Partnership and the Private Finance Initiative. **Lexology**, Londres, 4 set. 2020. Artigos. Disponível em: <https://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=5f12ebda-1656-4d26-928f-47728f84e98b>. Acesso em: 5 abr. 2023.

GRATERON, Ivan Ricardo Guevara. Auditoria de Gestão: Utilização de Indicadores de Gestão no Setor Público. **Cadernos de Estudos**, São Paulo, n. 21, p. 1-18, maio/ago., 1999. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cest/issue/view/423>. Acesso em: 5 abr. 2023.

GUIMARÃES, Fernando Vernalha. Repartição de riscos nas Parcerias Público-Privadas. **Enciclopédia Jurídica da PUCSP**, São Paulo, 1 abr. 2017. Direito Administrativo e Constitucional. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/28/edicao-1/reparticao-de-riscos-nas-parcerias-publico-privadas>. Acesso em: 2 abr. 2023.

JACKSON, Penny. Value for money and international development: Deconstructing myths to promote a more constructive discussion. **OECD**, Paris, maio, 2012. Disponível em: <https://www.oecd.org/development/effectiveness/49652541.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2023.

KIRSH, Rosana. SESP: 75 anos de luta pela saúde pública. **PNSR em construção**, Belo Horizonte, 9 ago. [20--?]. Notícias. Disponível em: <https://pnsr.desa.ufmg.br/sesp-75-anos-de-luta-pela-saude-publica/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MÂNICA, Fernando Borges. Parcerias Público-Privadas no setor da Saúde: um panorama das concessões administrativas no Brasil e no mundo. *In*: AVANZA, Clenir Sani *et al.* (org.). **Direito da saúde em perspectiva: Judicialização, gestão e acesso**. Vitória: Editora Emescam, 2016. p. 215-252.

MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo. (org.). **Sistema de Saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: AbRes, 2016.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (org.). **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3).

MERELES, Carla. A história da saúde pública no Brasil e a evolução do direito à saúde. **Politize!**, Florianópolis, 23 abr. 2018. Ciência, saúde e tecnologia, História, Saúde. Disponível em: <https://www.politize.com.br/direito-a-saude-historia-da-saude-publica-no-brasil/>. Acesso em: 15 mar. 2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: MS, 2002. E-book. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf). Acesso em: 15 mar. 2023.

MOREIRA, Kênia Souto *et al.* Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 22, n. 2, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/issue/view/2322>. Acesso em: 25 maio. 2023.

O QUE é Atenção Primária? **GOV.BR**, Brasília, 25 jun. 2023. Ministério da Saúde, Composição, Sec. de Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/o-que-e-atencao-primaria>. Acesso em: 16 mar. 2023.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2023.

PARCERIAS Público-Privadas em Minas Gerais. **MG.gov.br**, Belo Horizonte, [20--?]. Secretaria de Planejamento e Gestão. Disponível em: <https://www.mg.gov.br/planejamento/pagina/planejamento-e-orcamento/parceria-publico-privada/parceria-publico-privada>. Acesso em: 10 mar. 2023.

PECI, A.; SOBRAL, F. Parcerias público-privadas: análise comparativa das experiências britânica e brasileira. *In: Cadernos EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 1-14, jun. 2007. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/21833/S1679-39512007000200011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 mar. 2023.

PEREIRA, Portyara A. P. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. **SER Social**, Brasília, n. 10, p. 33–56, jan./jun., 2002. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/12920](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12920). Acesso em: 26 jan. 2023.

PEREIRA, Carlos Eduardo de Queiroz. **Parcerias Público-Privadas: Novo modelo brasileiro de concessão de serviços públicos e novos desafios para o controle**. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Direito Público e Controle Externo) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/parcerias-publico-privadas-novo-modelo->

brasileiro-de-concessao-de-servicos-publicos-e-novos-desafios-para-o-controle.htm. Acesso em: 10 abr. 2023.

PINHEIRO, Armando Castelar *et al.* **Estruturação de projetos de PPP e Concessão no Brasil**: diagnóstico do modelo brasileiro e propostas de aperfeiçoamento. São Paulo: International Finance Corporation, 2015. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/7211>. Acesso em: 20 mar. 2023

PINHEIRO, Hendrick. Aportes em PPPs podem ter tratamento de subvenção para investimento? **Migalhas**, [s. l.], 13 out. 2022. Migalhas de Peso. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/375108/aportes-em-ppps-podem-ter-tratamento-de-subvencao-para-investimento>. Acesso em: 20 mar. 2023.

PPP Atenção Primária. **PBH Ativos**, Belo Horizonte, [202-?]. Concessões e PPPs. Disponível em: [https://pbhativos.com.br/concessoes-e-ppps-2/ppp\\_atencao\\_primaria/](https://pbhativos.com.br/concessoes-e-ppps-2/ppp_atencao_primaria/). Acesso em: 10 mar. 2023.

PREFEITURA aposta em parceria público privada para investir em saúde na capital. **ESTADO DE MINAS**, Belo Horizonte, 3 set. 2011. Gerais. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2011/09/03/interna\\_gerais,248587/prefeitura-aposta-em-parceria-publico-privada-para-investir-em-saude-na-capital.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2011/09/03/interna_gerais,248587/prefeitura-aposta-em-parceria-publico-privada-para-investir-em-saude-na-capital.shtml). Acesso em: 5 jul. 2023.

PREUSS, Lislei Teresinha. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálysis**, Santa Catarina, v. 21, n. 2, p. 324-335, maio/ago., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/1982-02592018v21n2p324>. Acesso em: 15 jan. 2023.

RADAR PPP. Guia Prático para Estruturação de Programas e Projetos de PPP. *In*: RADAR PPP. **Radar PPP**. Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <https://radarppp.com/biblioteca/guia-pratico-para-estruturacao-de-programas-e-projetos-de-ppp/>. Acesso em: 11 mar. 2023.

RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Incentivo a participação popular e controle social no SUS**: textos para Conselheiros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p.7-17. *E-book*. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/incentivo\\_sus.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/incentivo_sus.pdf). Acesso em: 5 fev. 2023.

SANTANA, Gilson Dantas; RODRIGUES JUNIOR, Hélio de Souza. As parcerias público-privadas: solução ou problema? **Primas: Dir. Pol. Pub. e Mundial**, Brasília, v. 3, n. 1, p.148-181, jan./jun., 2006. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/prisma/article/view/210>. Acesso em: 8 mar. 2023.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIRA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Rio

Grande, ano 1, n. 1, p. 1-15, jul., 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>. Acesso em: 25 jun. 2023.

SAÚDE era exclusividade de poucos antes do SUS. **Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde**, Brasília, Notícias, 30 anos Constituição Federal, 7 maio. 2018. Disponível em: <https://cnts.org.br/noticias/saude-era-exclusividade-de-poucos-antes-do-sus-parte-1/>. Acesso em: 25 maio. 2023.

SILVA, Andréa; CRUZ, Luana. BH terá 17 postos de saúde construídos com Parceria Público Privada (PPP). **ESTADO DE MINAS**, Belo Horizonte, 25 set. 2014. Gerais. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2014/09/25/interna\\_gerais,572755/bh-tera-17-postos-de-saude-construidos-com-parceria-publico-privada-ppp.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2014/09/25/interna_gerais,572755/bh-tera-17-postos-de-saude-construidos-com-parceria-publico-privada-ppp.shtml). Acesso em: 6 jul. 2023.

SILVA, Maria Patrícia da; SILVA, Adilson José da. **Gerência em saúde: políticas sociais e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2011.

SISTEMA único de saúde. **GOV.BR**, Brasília, [201-?]. Ministério da Saúde, Assuntos, Saúde de A a Z, S. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 10 mar. 2023.

SOUSA, A. S.; OLIVEIRA, S. O.; ALVES, L. H. A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos. **Cadernos da Fucamp**, Monte Carmelo, v. 20, n. 43, p. 64-83, mar., 2021. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2336>. Acesso em: 25 jun. 2023.

SUNDFELD, Carlos Ari. O arcabouço normativo das parcerias público-privadas no Brasil. **Revista do TCU**, n. 104, p. 53-61, abr./jun., 2005. Disponível em: <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/548>. Acesso em: 22 fev. 2023.

TEXTO PARA DISCUSSÃO: Financiamento Público da saúde: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea, jul, 2013. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD\\_1846.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf). Acesso em: 5 fev. 2023.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## **ANEXO – Transcrição da entrevista com a gerente de um CS integrante da PPP.**

Transcrição feita a partir de arquivo de áudio: Entrevista Gerente CS TCC.mp3.<sup>15</sup>

Victor:

O posto aqui ele inaugurou foi em 2021?

Entrevistada:

A obra foi entregue em 12 de abril De 2020, e ele começou exercício, né? Em 19/04/2021.

Victor:

you é gerente aqui tem quantos anos?

Entrevistada:

Eu iniciei em 2021.

Victor:

2021? Você teve experiência no posto anterior?

Entrevistada:

Tive como gerente adjunta.

Victor:

Ah sim, então já basta.

Entrevistada:

Adjunta não. Interina. É que eu era da UPA, vim pra cá como interina na época que ele era aqui, né era rua aqui de cima.

Victor:

É... Primeiro, na sua visão, a implementação dessa parceria privada influenciou na qualidade do serviço médico?

Entrevistada:

Influencia na disponibilidade e conseqüentemente na Oferta, né? De consultas, porque o número de salas que a gente tem é bem superior ao que a gente tinha na estrutura antiga, né? Então a gente não precisa fazer, por exemplo, um rodízio, mapa de sala com rodízio, então a gente consegue garantir um atendimento, vamos dizer, contínuo, sem interrupção por ausência, por exemplo, de um ambiente para atendimento. Não é? É. Isso ajudou demais. A questão, por exemplo, de qualidade também em termo de material biomédico, né? Porque cada consultório, ele é equipado com com os equipamentos necessários. Sonar, os aparelhos de pressão, esteto, otoscópio, oftalmoscópio. tudo isso a gente tinha uma quantidade assim, um pouco reduzida, né? Então, por exemplo, era às vezes um sonar, Tinha que dividir pros 5

---

<sup>15</sup> Disponível para consulta através de link compartilhável: [Entrevista Gerente CS TCC.mp3](#).

médicos. Hoje, não, cada médico, cada enfermeiro tem um. Então isso agiliza e qualifica, com certeza o atendimento.

Victor:

O número de médicos manteve, né?

Entrevistada:

É. A estrutura, o RH é o mesmo que era o anterior, 5 equipes.

Victor:

Sim, entendi. É... sobre o tempo de espera dos pacientes para poder ser atendido. Acabou influenciando de alguma forma por ter um processo mais definido?

Entrevistada:

Não. O tempo de espera, ele não. Ele acaba... não reduziu em nada. Pelo contrário. Com a demanda aumentada, né? A gente primeiro teve a questão da pandemia.

Victor:

Aham, a demanda cresceu.

Entrevistada:

Agora a gente, né, tá com essa epidemia de dengue. Então, com aumento da demanda, o tempo de espera, ele até aumentou. A gente tem que observar pra ver se se isso é sazonalidade mesmo, por esses motivos ou se é retomada mesmo do serviço, porque ficou muito tempo parado com a pandemia. Então as pessoas, agora que as pessoas estão retornando, né, com as questões de saúde. Então está um trecho um pouco nebuloso para a gente avaliar. O tempo de espera, por exemplo, para consulta, para agendamento eletivos, para agendamento, demanda espontânea. Eu, particularmente não notei diferença, sabe?

Victor:

Mas querendo ou não, aqui comporta melhor demanda do que o antigo.

Entrevistada:

Não. Comporta porque a gente tem, assim, portas separadas, não é? Então, por exemplo, eu tenho uma recepção muito mais ampla em termos de conforto nossa é outro, é vida na vida.

Victor:

Aham, é sim.

Entrevistada:

Os usuários esperavam em pé, por exemplo, para um acolhimento que hoje se chama fale com equipe, ficavam todos em pé ou então escorado na parede. Hoje não. Eles podem ficar sentados, assistindo uma TV, um ambiente ventilado, claro. Coisa que não tinha antes, né? Mas o tempo assim, do processo de trabalho em si, não afetou muito no tempo. Afetou na organização, né? Isso afetou demais, assim a melhoria. Mas no tempo não.

Victor:

Em relação aos usuários, você comentou, é, teve alguma coisa mesmo que no início ou até hoje, é... uma reclamação deles em questão da mudança do posto, alguma coisa nesse sentido?

Entrevistada:

Então. Os usuários, logo quando a gente mudou e até hoje, para as pessoas que não têm tanto hábito, quando vem, eles sempre procuram a gerência para conversar, é porque quando eles veem, estrutura nova, estrutura bacana, eles entendem que o RH também foi modificado. Então, por exemplo, eu não tenho pediatra. A vaga está aberta. A gente não conseguiu pediatra pra contratar. Eu não tenho ginecologista, não consegui ginecologista, então, quando eles chegam, a unidade que é uma unidade nova, estruturadinha, né? Eles subentendem se que as equipes estão completas, que está tudo completinho, redondo e às vezes esbarra nisso, né? Eu não tenho ginecologista, eu tenho que pedir uma rede de apoio, não tem pediatra, tem que mandar pra pra UFMG. Eu tenho que fazer um desvio de fluxo, vamos dizer assim, e isso gera uma certa insatisfação em termos assim da estrutura, a maior queixa que a gente tenha dos usuários é em relação à sala de vacina. A sala de vacina é bem menor do que a anterior, da antiga estrutura, né? E a espera, que é a sub espera ali, onde eles ficam aguardando. Não sei se você percebeu, né? Na hora que você chegou? É, não comporta. Né? Não comporta todo mundo, então fica aquele tumulto ali na frente da vacina, então eu tenho reclamações assim, diárias, diárias mesmo por isso. Porque a gente não consegue fazer uma organização de fila, a gente não... Cruza, né? O fluxo. Às vezes tá lotado. As pessoas não conseguem entrar para farmácia, então eles queixam muito dessa questão. De vacina, porque na Estrutura antiga era uma sala bem grande, bem ampla. É, não era tão, tão pequenininho. Então essa de reclamação, assim, de estrutura que eu me recorde usuário reclamar mais é, é isso mesmo, é aquele ambiente, vacina e farmácia.

Victor:

Aham, e de elogio tem algum destaque, alguma coisa nesse sentido?

Entrevistada:

Do usuário? Não. Eles elogiam. Todos que vem aqui, eles ficam muito encantados com a unidade, em relação ao que era. Você chegou a conhecer?

Victor:

Não, não, não.

Entrevistada:

Então, assim era uma casa antiga que não tinha essa luminosidade toda, então era um ambiente escuro, acaba que ficava meio assim carregado, né? Adaptado, uma casa adaptada para consultório. Então era um puxadinho de cá, um puxadinho ali. Não tinha uma cara de um serviço de saúde, né? De de qualidade, você ficava assim, nossa, né? As coisas mais antigas na cadeira, com o pé enferrujado. Aqui não, aqui é tudo muito novinho. Então assim, eles elogiam muito essa questão. Eles gostam muito de vir aqui. Usuário que vem a primeira vez, que às vezes é de outro centro de saúde, ele fica assim: como que eu faço pra mudar pra cá, né? Nossa, aqui é muito agradável. É tudo novinho, né? As pessoas merecem. Todo usuário, né? Merece ter essa sensação, né? De até mesmo, acho que de respeito ao atendimento com ele, não é?

Victor:

Em relação à equipe mesmo. Além de você, o que você escuta do dos médicos, das enfermeiras, da equipe em geral, tem alguma reclamação que destaca ou alguma questão que tenha mudado em relação ao processo, assim?

Entrevistada:

É... A equipe, ela... Ela está tendo uma dificuldade, vamos dizer assim, em adaptar o modelo. Que a parceria pública privada, ela traz uma série de normas, né, de requisitos que a gente tem que seguir. Então, um exemplo simples: No outro centro de saúde, o pessoal tinha esse hábito, prega papel, prega o cartaz, é o negócio da dengue, prega ali, que virava aquela poluição visual, né? Aqui não. É uma regra. A gente não pode colar um papel na parede. Tudo tem que ser direcionado no quadro, né? E as vezes tem determinadas informações que a gente trabalha com muito fluxo, muito protocolo e eles sentem essa falta das colas, né? Mais próximas ali. Eles questionam muito isso, de não ter um... O consultório ser um pouco... realmente o consultório, é pequeno. se vem um usuário com uma acompanhante fica difícil um pouco para movimentar, não é? É a queixa maior, nem é como queixa, é mais como sugestão, na época que o pessoal passou. Era assim: nossa, será que a gente não poderia, enquanto trabalhador, participar de uma comissão, por exemplo, para as próximas unidades PPP, para melhoria das próximas, para o que a gente ta vendo de Necessidade de adaptação. Então aí a gente explica para eles que a gente passa, a gente tem reuniões mensais com os gestores, com o fiscal do contrato, que é lá na Secretaria. Então a gente sempre leva as sugestões. Olha, o pessoal tá reclamando que o consultório ficou pouco. Tem consultório que não é acessível a uma cadeira de roda, então tem que olhar a largura da porta para as próximas unidades e eles vão, aí a própria empresa vem adequando, sabe? Vem adequando. Mas é isso, eu acho que é mais adaptação mesmo.

Victor:

Em questão de comunicação da equipe com o pessoal da parceria. É facilitada, tem alguma dificuldade?

Entrevistada:

A comunicação com o pessoal da SPE, que é a empresa, né? Ela é muito centralizadas no gestor, tipo assim: a equipe, o meu médico, meu enfermeiro, eles têm acesso? Tem. Porque os próprios funcionários da SPE, eles sempre estão aqui. Os supervisores, eles sempre vêm, faz visita técnica, eles são acessíveis. O pessoal quiser perguntar, quiser tirar alguma dúvida é bem tranquilo, mas, por exemplo, de abertura de chamado. Quebrou uma Cadeira. Então é muito centralizado no gerente, e aí eu designei 2 administrativos para me ajudar, porque a gente não fica na unidade de tempo todo, né? A gente tem uma agenda, às vezes externa e tal, para eles me ajudarem com esse chamado e com essa vistoria, porque a gente é assistente do fiscal de contrato, né? Então a gente fica sempre olhando, sempre ligando. A empresa, ela é muito solícita, sabe? Assim, atendem a gente muito bem, pessoal bem-educado. Dá uma devolutiva, tipo: "olha, vou conseguir fazer isso hoje ".Se não conseguir, eles te dão uma satisfação também: "não, mas já agendei para tal". É tudo muito monitorado, tudo é via, você não você não consegue fazer uma coisa de boca, você tem que abrir chamado formal.

Victor:

É, tem a central.

Entrevistada:

É. É legal. Né? Até mesmo pra ressaltar assim, da gente. Tem as avaliações. Então assim, esse detalhamento de avaliação a equipe, ela não não participa. Avaliação da chamada cadeira, geralmente é a gente que faz. Mas a empresa, ela tem, acho que trimestral ou semestral. Acho que trimestral. Vem uma pessoa e faz uma amostragem. Aí ela pega tanto o funcionário quanto usuário e ela faz uma amostragem de alguns quesitos pra saber da satisfação, como se fosse uma pesquisa como se fosse não, é uma pesquisa de de satisfação.

Victor:

Aham, uma pessoa da SPE mesmo?

Entrevistada:

Vem uma pessoa da SPE. Aí ela vem, é um formulário estruturado que eles têm. aí eles fazem comigo dos serviços, né? Como que tá Limpeza, jardinagem, mobiliário, aí a gente vai, vai pontuando, se tá bom, se não tá bom? Aí fazem esse mesmo questionário aleatório, com funcionários e com usuários. Aí eu acho que eles comparam. Né? E além dessa questão local, a gente tem um grupo de WhatsApp de todos os centros de saúde PPP com os gestores que a gente vai trocando também ideia: “ó, tive essa dificuldade. Você teve aí?” Pra gente ver se realmente a conduta está sendo única. De sugestão, se aquela sugestão vai ser bacana, não só pro Santa Mônica, porque para eu mudar uma coisa que tem que ser boa para todo mundo. Não é? Se não, eles não modificam, né?

Victor:

É bem padronizado mesmo.

Entrevistada:

E isso aí, realmente é bem burocrático, é tem determinadas coisas que ela é muito específica do centro de saúde, às vezes o centro de saúde lá do Barreiro, o perfil de população deles é diferente da abrangência aqui do Santa Mônica, então às vezes aqui eu preciso de uma certa coisa que lá não precisa, mas aí a parceria ela não entende isso não. Ou é pra todo mundo ou não é. Tem que ter um padrão, né? Tem que ter uma formalidade padrão. Mas a grande maioria das coisas que a gente propôs, que foi a maioria dos centros de saúde, eles implementaram, né? Avaliam o custo, avalia essa coisa.

Victor:

Você tem algum exemplo?

Entrevistada:

Tenho. Por exemplo, esses quadros, esses quadros de aviso. Tinha alguns ambientes que não tinha esse quadro, algumas alas, mas que era extremamente necessário. Por exemplo: coleta, na planta original, não contemplava esse quadro de aviso na coleta, só que eu tenho os fluxos, eu tenho uns impressos que a vigilância sanitária exige que eu deixe visível para todo mundo, e não pode ser em pasta. Tem que ser visível mesmo no quadro. Então aí a gente argumentou, explicou da necessidade. Aí eles colocaram. Colocaram na vacina também. Vacina é um lugar que eu preciso da

informação na frente do técnico que está aplicando, até para eu mostrar para os pais. “Olha a validade, está vendo. Esse aqui é o informe, tal, é a nota técnica tal”. Vacina também eu preciso, fora os outros impressos que eu tenho que ter na porta, de temperatura, de controle, que tudo é vigilância que determina e a gente tem que cumprir. Então colocaram lá também. Agora a gente está pleiteando para observação, sabe? Porque para observação não foi contemplado, mas eu vou voltar a insistir nisso, que aí as meninas colam no computador... Aí começa a ficar feio, sabe?

Victor:  
Observação em que sentido?

Entrevistada:  
A observação eu preciso do quadro, por exemplo, com horário, diluição... Em caso de emergência os códigos. Código um, o que que é, quem que aciona... Alguns fluxogramas, telefones de contato que a gente fez aqui. Em pasta a gente já viu que não, não funciona, o pessoal não fica procurando, folheando. Tem que estar a vista, sabe? É isso. Uma coisa também, por exemplo, que foi pedida. Que você falou da questão tanto de usuário quanto do trabalhador, não é? É o conforto térmico, né?

Victor:  
Eu percebi isso.

Entrevistada:  
Olha que a gente, está num, num dia fresco. Né? Mas o controle térmico aqui, ele é bem complexo.

Victor:  
29°. É. Bem quente. Até porque a estrutura que eles usam, que é pré moldada e tal, tem essa questão.

Entrevistada:  
Então assim, é bem quente, é. Aí nós passamos isso, né? Lá pra Secretaria e tal. Eles fizeram um piloto em outro centro de saúde pra ver a alternativa que fosse melhorar para implementar em todas as unidades. Aí foram feitos alguns testes, mas parece que vai colocar ar-condicionado mesmo, sabe? Nas unidades, né? É questão, por exemplo, de toldo, que é uma reclamação de usuário, por exemplo. Não tem uma cobertura externa. Então, os usuários, eles queixam muito isso, quando por exemplo em época de chuva, essas coisas, eles não têm onde abrigar. Hoje por exemplo, aquela fila lá da da vacina, se tivesse chovendo.

Victor:  
E também fica debaixo do Sol, quando não está chovendo, né?

Entrevistada:  
É, dependendo. De manhã, o sol pega ali. Aí tem centro de saúde que à tarde, nessa parte de entrada o sol tá daquele jeito, né? Está sendo avaliado também.

Victor:  
Questão de manutenção predial, de ótimo a péssimo, como que você avalia?

Entrevistada:

A manutenção? Não...Eu acho assim que é muito boa, é, é ótimo. Em questões de prazo que eles atendem com rapidez os chamados, sabe? Sempre vem uma equipe, avalia. O supervisor chega, avalia o serviço também para acompanhamento, né?

Victor:

E limpeza?

Entrevistada:

A limpeza, mas é uma característica da categoria. Na hora que você está ajustando o processo, tem um turn over muito grande, muito grande. E aí vem uma pessoa, você tem que começar tudo de novo, né? A limpeza a gente tem 3 auxiliares de limpeza, aqui. 2 ficam de 7 às 16. E uma fica de 10 Às 19. Mas é um centro de saúde muito grande e com muitas minúcias. Então assim tem determinadas coisas, é... ventilador, janela, essas coisas que ainda fica muito assim a desejar. A gente chama, pontua. Pessoal melhora, às vezes troca uma pessoa ou outra, sabe? Mas a limpeza eu acho que é uma coisa que pode, pode melhorar. Sabe, é principalmente nas áreas que não são internas, nas áreas que tá dentro do centro de saúde, mas não é consultório, não é Ambiente de atendimento, né? É onde tem fluxo grande de pessoas, né? Então a gente vê muita coisa na entrada, na rampa, né? E ou eu priorizo limpeza aqui dentro ou lá fora. Eles têm a escala, tem tudo direitinho, mas a demanda de serviços de higienização ela é grande pro número que tem de funcionários.

Victor:

Aham, entendi. Instalação e manutenção de equipamentos e mobiliário.

Entrevistada:

A manutenção de mobiliário ela é o mesmo sistema da manutenção predial. O pessoal também atende bem rápido, bem tranquilo. A manutenção de equipamento já é com a engenharia clínica, né? Então eles têm um cronograma de manutenção preventiva, as corretivas também. Seguem direitinho, sabe? A empresa segue, traz os laudos. Não tenho nada ai queixar desta questão da manutenção até o momento. A gente até ficou preocupado, tipo assim, à medida que fosse inaugurando outras unidades PPP que ia dar gargalo, a gente ia ficar desassistido, mas não. Eles tão conseguindo.

Victor:

Até porque não é do interesse deles prestar um serviço ruim, porque se não eles recebem menos. Então eles têm que manter esse padrão para não perder dinheiro.

Entrevistada:

E eles tem muita essa preocupação, porque eles têm... Acho que no contrato tem os prazos estabelecidos que eles têm que dar um retorno. Então, assim vai chegando o prazo, eles ficam doidos. Liga: "Entrevistada, amanhã a gente tá aí.A gente pode ir no sábado...". Eles ficam bem, bem apertados, sabe bem.

Victor:

É, lavanderia e rouparia. Também está dentro do contrato.

Entrevistada:

Tá tranquilo, tranquilo.

Victor:

É, você já falou que você tem que abrir chamado com eles e tal. A questão dessa central de atendimento, né, a helpdesk, para todos os postos da PPP funciona bem?

Entrevistada:

Então, essa questão do helpdesk é uma coisa que a gente acredita que ela poderia ser melhorada, né? Que a única via de abertura é helpdesk via o telefone. E nem sempre... Às vezes é complicado, não é? Então, se a gente tivesse um aplicativo, um site pelo app.

Victor:

É ligação mesmo?

Entrevistada:

É ligação, você tem que fazer a ligação, aí atende um desses atendimentos automáticos. de gente, código da sua unidade, aí você digita. Né? “Digite um se for do centro de saúde Santa Mônica. Digite um para manutenção predial...” Porque às vezes, o que você precisa está lá no último item. Só nisso aí você já gastou 8 minutos, eu contei. Aí a menina vai anotar, aí você tem que ter o patrimônio. “A cadeira. Qual o patrimônio da cadeira?”. Tem que ter o patrimônio da cadeira se não não abre o chamado. Isso se eu tiver um aplicativo, por exemplo, a grande maioria tem, pelo menos os equipamentos biomédicos têm QR Code.

Victor:

Facilita, né?

Entrevistada:

Hoje todo celular tem. Então, por exemplo, se eu já colocasse o aplicativo, abrir o chamado, já lesse o QR Code... Isso que a gente passou pra eles nas reuniões, eu acho que a gente tá vivendo num mundo de tecnologia e a gente tem que lançar mão disso pra facilitar mesmo. Ali eles já iam ver a foto do que que está com problema, porque muitas vezes isso é uma dificuldade que eu tenho, a minha equipe tem de relatar um problema, principalmente, por exemplo, quando é predial. A gente não sabe como é que chama esse “Ah, é alisar, é marco? É descascada, descolado?”. Tem coisas que eles usam a palavra, termo técnico, que pra gente que não tem vivência de nenhuma obra em casa, você fica perdido.

Victor:

Não está no dia a dia.

Entrevistada:

Então eles têm dificuldade. “Mas eu não estou entendendo, para que que você quer abrir esse chamado. “. Aí eu mando no whatsapp deles. “Olha, eu vou te mandar uma foto aí, um vídeo pra vocês verem o que eu tô falando, que às vezes eu não tô sabendo expressar” Isso toma muito tempo. Então, se ele. fosse num aplicativo, num site que você pudesse fazer, ia ser muito, muito mais, viável sabe? Ali tem até um fluxograma. Que ali são as opções que você tem que digitar. Para manutenção do serviço “é telhado, é aquecimento solar.” Aí eu estou assim; “Aqui não tem aquecimento solar. Pra que que tem isso na... um item de solicitação.” É, então isso é um pouco

demorado, sabe? Várias vezes o sistema sai do ar, aí a gente fica sem acesso. E tem coisas, por exemplo: odonto, uma bomba, “a bomba da água da Odonto deu problema. “Eu tenho que fazer é na hora. Não dá para eu esperar o sistema voltar, né? Se não eu paro meu atendimento todo.

Victor:

Você já gasta 8 minutos, 8 minutos. Tá conseguindo entrar alguém pra instalar pra fora do ar?

Entrevistada:

Então, por exemplo, Eletro, né? O Eletro aqui. Eletro às vezes eu estou com um paciente com suspeita de infarto, eu preciso do equipamento ali. “Não tá dando, não tá dando”? É, ligo pro técnico. Eu preciso que o técnico resolva, que seja remoto, que ele venha aqui naquele momento. O tempo é vida para aquele paciente, né? Então, às vezes acontece isso. Eles comunicam, avisam. “Olha, o sistema está fora do ar. Pode mandar pro telefone tal.” Mas às vezes é um telefone, que geralmente é o celular da pessoa, do atendente, para vários centros de saúde e o número de chamados que a gente abre é muito grande. É muito grande. Porque são coisinhas pequenininhas, mas que a gente abre, a gente deve abrir aí no dia. ...4 a 5 chamados que a gente abre.

Victor:

Entendi, mas é mais coisa do dia a dia mesmo, cotidiano ou algum problema específico que é constante?

Entrevistada:

Não é, por exemplo: a Porta. A maçaneta da porta tá frouxa. É, você vai ver nos consultórios. Você já em algum consultório?

Victor:

Lá no Santa Amélia, só.

Entrevistada:

Como eles são pequenininhos, às vezes você vai arredar um móvel e a quina do móvel bate, e descasca aquela quina. Então, se a gente deixar isso, daqui a pouco o móvel não tem nem conserto. Então a gente sempre coloca. Teve uma época que deu infiltração aqui, foi um problema recorrente que agora, graças a Deus, eles conseguiram resolver, sabe? Mas demorou até achar o problema. Tinha uma infiltração aqui, não, não achava ela. E aí o piso estufou, a porta estufou... até eles acharem o que é. Daí fizeram um revestimento externo, toda essa área externa que aí parou. Mas esse, a gente teve que abrir chamado para a mesma coisa assim, várias, várias e várias vezes. Mas o resto é coisa corriqueira mesmo, sabe? Lâmpada que queimou, ventilador que não...Ele não regula, ele não desliga. Mas é coisa do dia a dia mesmo. Cifão de pia que soltou, né? Agora mesmo a gente tá com um banheiro reformando, você viu?

Victor:

Eu notei. Aham.

Entrevistada:

Porque trincou o piso, simplesmente o piso trincou. Não sei se deu ar na hora de instalar a cerâmica, aí trincou. E o outro, que tem chuveiro, que é do portador de necessidades especiais. Que a gente descobriu...Que na entrega a gente não observou isso. Um dia, que é raro os funcionários tomarem banho aqui, mas teve um dia que uma ia para o plantão a noite e resolveu tomar um banho aqui pra ir. Aí, na hora que ela abriu o chuveiro, que a gente nunca tinha aberto esse chuveiro. Na hora que ela abriu o chuveiro, a caída da água, ao invés dela cair no ralo, ela veio pro corredor. Então, foi quando a gente detectou. 2 anos depois, praticamente, da inauguração que a gente detectou esse problema com a caída. Aí nós fizemos testes em todos os banheiros que têm chuveiro. Que é o daqui e o vestiário lá de baixo e eles estavam com problema. Aí já consertou o lá debaixo, das zoonoses. Já trocou o piso, colocou nivelado com a caída certo, e agora fez o do masculino. Agora está fazendo o do feminino. Então tem coisas assim que às vezes a gente ainda vai descobrindo assim aos poucos.

Victor:

É.... o último desses itens aqui, se é ótimo ou péssimo. Vigilância eletrônica.

Entrevistada:

É boa. Ela tem áudio, tem vídeo. A gente tem acesso aqui. A minha dificuldade com eles é quando eu preciso falar com eles, porque os telefones que a gente tem disponível, às vezes a gente não consegue com tanta facilidade. É, então, por exemplo, tem o horário do centro de saúde fechar, é de 7 às 19. Muitas vezes a gente fica com o paciente retido aqui aguardando ambulância para transferência, então às vezes dá 8, 8 e meia e a gente tá aqui ainda. Eu preciso avisá-los para que eles não armem o alarme remotamente. Que quando a arma esse alarme remotamente, ensurdece todos nós aqui. É bem potente. Então é difícil. Às vezes a gente tem um pouquinho de dificuldade de falar com eles.

Victor:

Não é na mesma central da SPE não? É separado?

Entrevistada:

Não, não é. Esse chama GPS. Tem que ser na central do alarme mesmo. Aí, o que que eu faço quando eu tenho dificuldade de falar, eu aciono o pessoal da SPE. Eu falo: "olha, estou tendo dificuldade. Estou tentando falar lá desde tal hora. Eu preciso avisar lá pra não acionar o alarme." Eles falam que eles olham as câmeras antes de acionar, mas eles já acionaram o alarme comigo aqui dentro, assim, na sala de observação. Imagina, a maioria do ambiente fechado. Não, coitada, a paciente, está passando mal...

Victor:

Aham, não, ninguém merece. E ainda tem que aguentar barulho.

Entrevistada:

Mas aí você vai lá, por exemplo, a gente desarma aí para, mas é o susto que a pessoa toma, né?

Victor:

Que tem como prevenir.

Entrevistada:

Aí eles ligam, é. “Ah, que a gente armou remoto. Desarmou. O que tá acontecendo?”. Aí nesse dia eu fiquei até brava. “O que está acontecendo que eu estou tentando falar com vocês e não consigo. E vocês armaram o alarme com a gente aqui dentro. Mas só ocorreu uma vez só. Aconteceu uma vez só, mas essa dificuldade de falar com eles realmente é muito complicado.

Victor:

É... A questão que você mencionou da comunicação. A comunicação da prefeitura com vocês antes de mudar o posto. Teve uma boa comunicação falando: “Ah, vocês vão mudar tal dia”. Como que vai acontecer, como vai ser o processo.

Entrevistada:

Não, teve. Isso aí a gente tinha reunião de distrito, né? Nossa diretora distrital tinha reuniões periódicas e sempre iam passando o cronograma pra gente. Por exemplo, “O centro de saúde Santa Mônica já está com 70% da obra. Então, já vamos começar a preparar para a mudança.” Quando faltavam, acho que 15 dias para mudança, não 15 dias, não. Com 1 mês a gente já sabia da data. “Olha, a provável data, 12 de abril.”. Então a gente vai mudar nessa semana do dia 12 ao dia. Dia 12, acho que uma terça-feira a gente tinha mudar na quarta, quinta e sexta, 3 dias para mudança. E aí ficou naquela: “Pode ter algum atraso, pode não ter?” Pode, mas se tiver algum atraso, é de 1 dia. Então assim, avisaram com antecedência, a gente preparou e deu certinho, não teve atraso. A data que eles avisaram pra gente foi a data que a gente mudou.

Victor:

E durante esse processo, continuou atendendo lá?

Entrevistada:

O Santa Mônica ele foi um pouco diferente, porque na época que a gente mudou para cá, o centro de saúde em si não estava funcionando lá. Lá tinha virado uma unidade 24 horas. Que foi aquele boom de covid, aquela confusão toda. Então parou se de atender centro de saúde e a minha equipe começou a atender junto com outros médicos, a gente funcionava em 24 horas. Quando inaugurou, eu fiquei quase 2 unidades funcionando. Lá como unidade 24 horas, como se fosse UPA. E aqui veio uma equipe só. Veio só a equipe lilás. Eu fiquei com um médico, um enfermeiro, e um técnico de enfermagem. E eu ficava pra lá e pra cá. Então, assim, aí todo mundo vinha para cá, é o que eu te falei, achando que que estava completo, chegava aqui, tinha um médico. Nossa senhora, o povo faltava bater na gente. Mas aí a gente explicava que a equipe estava lá. Então a gente não conseguiu implementar, por exemplo, vacina logo que a gente mudou, a vacina ficou fechada, não funcionou, a farmácia ficou fechada. Não funcionou porque esses funcionários estavam todos na unidade 24h. O que que funcionava aqui? Essa médica que atendia a consulta eletiva e ela atendia aquelas coisas inadiáveis, tipo pré-natal, que ela tinha que fazer, não tinha jeito. Aqueles doentes crônicos que não tinha jeito, graves, né? Por exemplo, cardiopata grave, aí a gente fazia uma agenda para acompanhar esses pacientes, né? Era assim, era doído, que a gente tinha que escolher mesmo quem que a gente ia atender. Muitos não entendiam qual era o critério. Porque não tinha gente pra fazer isso, né? Aí depois, foi em julho. Nós ficamos abril, maio e junho trabalhando dessa forma. Aí que a gente começou a sentir mesmo, a ver como que seria essa dinâmica. Na época, nossa equipe ainda estava muito desfalcada, eu tinha só 3 médicos., sendo

que eu tenho 5 equipes, né? Aí, ao longo do tempo, a gente vai contratando. Hoje que a gente só tem esse déficit desses 2 profissionais. Para o pediatra e um ginecologista, né? Mas os outros profissionais, todos, graças a Deus, a gente tem, então aí deu movimento, todas as salas ocupadas, com gente trançando pra tudo quanto é lado, os grupos voltaram a funcionar, operacionalizar. Então hoje a gente vê um movimento grande em relação.

Victor:  
Médico você tem quantos mesmo?

Entrevistada:  
Eu tenho um médico por equipe, que é o médico da saúde da família. Então de equipe são cinco. Tenho uma médica de apoio que ela trabalha 4 horas por dia. Tem uma médica homeopata que é 4 horas por dia também. Tenho... aí, pediatra, estou com vaga aberta e ginecologia eu tô com vaga aberta. Aí tem os enfermeiros de equipe, mais 2 enfermeiros de apoio. É... 2 psicólogos, um assistente social, uma fonoaudióloga, um fisioterapeuta, um nutricionista. 6 agentes de endemia, que são das zoonoses. 20 ACS, as agentes comunitárias. 4 administrativos. Tem o pessoal da Odonto também, né? Três cirurgião dentista, mas cada cirurgião dentista com a sua assistente, né? A técnica de saúde bucal ou o auxiliar de saúde bucal. Aí anexo, eu tenho ainda a academia da cidade, que faz parte do centro de saúde, mas ela funciona num pedaço da antiga estrutura com as educadoras físicas. É isso, a equipe é bem grande, são 80,90, 95 pessoas.

Victor:  
Nossa, muita gente.

Entrevistada:  
É. 95 pessoas.

Victor:  
Acho que foi tudo. Foi tudo. Você tem alguma coisa que você queria acrescentar alguma coisa assim?

Entrevistada:  
Não. Tá tranquilo.

Victor:  
É isso mesmo. Muito obrigado, viu?

Entrevistada:  
Por nada, espero que tenha conseguido ajudar.

Victor:  
Conseguiu ajudar bastante.