

Parceria público-privada para a prestação de serviços não assistenciais na atenção primária à saúde de Belo Horizonte

Cristina Maria da Paz Oliveira Martins

Mestra em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência - UFMG

Carla Jorge Machado

Doutora pela Johns Hopkins University

Professora no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG

Resumo

O aumento do investimento na infraestrutura da atenção primária à saúde (APS) é crucial para que se alcance uma atenção resolutiva e de qualidade. Logo, urge a necessidade de buscar formas de financiamento que não venham na contramão do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, que não requeiram a entrega de ações assistenciais ao setor privado, mas que constituam formas de delegar as ações não assistenciais, visto que o SUS não precisa desenvolver *expertise* nesse campo. Este artigo versa sobre a parceria público-privada (PPP) como alternativa de financiamento dos serviços não assistenciais. Tem por objetivo apresentar e analisar a legalidade, a adequação e o atendimento dos requisitos legais relativos ao Projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde, cujo propósito foi a reestruturação dos espaços físicos, equipamentos e mobiliários, assim como dos serviços não assistenciais, nos 147 centros de saúde, nos 7 laboratórios e em 1 central de material esterilizado do Município de Belo Horizonte. O referencial teórico pertinente, o estudo tece os fatos, as interpretações e as recomendações que respaldaram e embasaram a construção desse projeto. Analisa-se o contexto que propiciou a implementação das PPP no âmbito internacional e no ordenamento jurídico brasileiro, avaliando em detalhe os requisitos específicos para a contratação na referida modalidade, sob a luz do Edital n. 008/2011, bem como seu impacto positivo na prestação/disponibilização do serviço público de qualidade.

Palavras-chave parceria público-privada; infraestrutura; atenção primária à saúde.

Abstract

Increased investment in the primary health care (PHC) infrastructure is key to achieving a problem-solving, good-quality health care. So, it is urgent to seek forms of funding that do not come against the Brazilian National Health System (SUS), that is, which do not require assigning health care actions to the private sector, but that constitute ways of delegating non-care actions, as the SUS does not need to pursue expertise in this field. This article addresses the public-private partnership (PPP) as an alternative to funding non-care services. It aims at introducing and analyzing the legality, adequacy, and compliance with legal requirements related to the Primary Health Care Infrastructure Qualification Project, whose purpose was restructuring physical spaces, equipment, and furniture, as well as non-care services, in the 147 health care centers, in 7 laboratories, and in 1 sterilized material center of Belo Horizonte City, Minas Gerais, Brazil. Relying on the pertinent theoretical framework, the study weaves the facts, interpretations, and recommendations that supported and assisted the construction of this project. The context that led to the deployment of PPPs in the international scene and in the Brazilian legal system is analyzed, by evaluating in detail the specific requirements for contracting in the said modality, in the light of the Public Notice No. 008/11, as well as its positive impact on the provision/delivery of a good-quality public service.

Key words public-private partnership; infrastructure. primary health care.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, reconhecidamente, uma das maiores conquistas do povo brasileiro nos últimos 30 anos, por se revelar a política pública mais inclusiva desde a redemocratização. A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), todo cidadão brasileiro tem direito à atenção à saúde de forma integral e gratuita. Garante ainda o direito à reabilitação, à promoção e à proteção da saúde implicando em ações e serviços federais, estaduais e municipais. A organização sanitária se baseia na universalização do cuidar, ficando sua consolidação aos cuidados da esfera municipal (Brasil, 2011).

Para Piola, a saúde no Brasil havia permanecido fora da agenda da sociedade e do governo até então. Na maior parte desse tempo, a questão sanitária manteve-se circunscrita à corporação médica e às entidades religiosas. A presença do Estado só era percebida episodicamente, como, por exemplo, no caso de epidemias e de catástrofes naturais. No cotidiano, cada família, na medida de suas possibilidades, cuidava de si mesma. Aos desvalidos restava a caridade, em geral conduzida por instituições de caráter religioso, como as “Santas Casas” (Piola et al., 2008: p.43).

Com a descentralização e a conseqüente municipalização dos serviços de saúde, em 1991 o Estado de Minas Gerais, junto com a Secretaria de Estado de Saúde (SES) e o Município de Belo Horizonte, celebraram entre si um convênio visando à descentralização executiva das unidades de saúde, para garantir a resolutividade do sistema local de saúde com vistas à consolidação do SUS. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, a municipalização é entendida como a transferência para o município do poder de gestão dos serviços de saúde, até então centrados nos órgãos estaduais e federais sediados em seu território, com vistas à construção de um novo modelo de atenção à saúde.

Para a política de saúde, em particular, esse quadro é extremamente importante, porque, dentre outros pilares na configuração e na constituição do SUS, destaca-se o da descentralização para as instâncias subnacionais, principalmente para as municipalidades. O processo de descentralização implementado, na área de saúde, envolve não apenas a transferência de serviços, mas também de poder e recursos, em direção às esferas locais (Piola et al., 2009: p.32).

O repasse dos imóveis de saúde sob a tutela do estado ao município se deu por comodato. Essa modalidade traz em seu bojo limitações que coíbem qualquer tipo de intervenção para a melhoria da infraestrutura. As benfeitorias porventura realizadas não seriam reembolsáveis, cabendo referência ao artigo 584 do Código Civil: “o comodatário não poderá jamais recobrar do comodante as despesas feitas com o uso e gozo da coisa emprestada” (Contrato de comodato, 2011: p.3).

Assim, ao longo destas três décadas, investiu-se muito pouco nessas unidades. A infraestrutura das unidades básicas de saúde (UBS) não se expandiu – pelo contrário, foi-se deteriorando. Pestana e Mendes (2004) sinalizam que essa situação também decorreu da banalização dos serviços ofertados pela atenção primária à saúde (APS), como cuidados de baixa complexidade, reforçando a visão de que esse nível de assistência atende à população menos favorecida e pode ser oferecida em espaço físico improvisado. Isso vai na contramão dos países comprometidos com a universalização da saúde que realizaram fortes investimentos em infraestrutura, recursos humanos, tecnologia e medicamentos para o primeiro nível de atenção. Ao longo dos últimos anos, atingimos cobertura de pelo menos 50% da população brasileira e surgiram fatores importantes para a melhoria das condições de vida dos indivíduos mais pobres, mas eles não se expandem rapidamente, devido às iniquidades na distribuição geográfica da infraestrutura e dos recursos humanos de saúde (Brasil, 2014a).

A partir desse marco, em conformidade com a legislação, a Prefeitura de Belo Horizonte passou a administrar os 29 centros de saúde do Estado e os 7 do Instituto

Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e construiu outros 40 centros de saúde, totalizando 135 unidades.

Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), as experiências na aplicação das estratégias da APS ensinam que, para obter o impacto almejado, mostra-se necessário fortalecer o primeiro nível de atenção, para aumentar sua capacidade de resposta e torná-lo fator central da integração dos serviços de saúde (Brasil, 2014a).

No entanto, os mecanismos de financiamento para novas instalações e/ou reformas e aquisição de equipamentos, os valores monetários insuficientes e as inúmeras exigências e contrapartidas obrigatórias têm sido apontados como problemas cotidianos pelos gestores de saúde (Farquharson & Ellis, 2010).

Orçamento participativo

Pensando no fortalecimento da democratização do Estado, o orçamento participativo (OP) foi instituído a partir de 1993, na administração de Patrus Ananias, então Prefeito de Belo Horizonte. O OP tem por objetivo proporcionar visibilidade e transparência ao processo orçamentário, criando um espaço de discussão de demandas e de negociação de interesses sociais, onde se garante formalmente a participação de associações, movimentos sociais e cidadãos, visando à interação com o processo decisório sobre a alocação de recursos do município. Trata-se de uma forma de democracia direta, que, por sua vez, favorece a democracia representativa (Alvarenga & Dias, 2010).

Para Alvarenga e Dias (2010), a participação popular é uma forma de manifestação democrática, por meio da qual a sociedade compartilha a responsabilidade da gestão da cidade com a administração pública, recorrendo a instrumentos específicos para alcançar maior eficiência. A participação popular busca acúmulo de forças no enfrentamento ao modelo prescrito por um Estado considerado perverso. Significa criar resistência à exclusão social e catalisar ações, potencializando-as para a ampliação do acesso a bens e ao consumo coletivo (Takamatsu, 1996).

Partindo dessa premissa, a população, observando os trâmites legais, aprova a cada 2 anos em plenárias, em média, 4 obras na área da saúde que devem sofrer algum tipo de intervenção, além da construção, reconstrução, reforma ou ampliação de unidades. Após aprovação da proposta pelo Poder Público, mediante a liberação da verba, a obra é licitada nos termos da Lei n. 8.666/1993. Entretanto, vale ressaltar que tal verba é fomentada pelos cofres públicos por meio de Recursos Orçamentários do Tesouro (ROT).

O financiamento do sistema de saúde

Segundo Mendes e Marques:

A disputa por recursos financeiros para uma política universal da saúde no Brasil se tornou muito mais intensa a partir do final dos anos 1980. Se há algum tempo atrás ainda se tinha a crise fiscal e financeira do Estado Desenvolvimentista brasileiro como o principal obstáculo à saúde pública, atualmente o principal inimigo é o grande capital financeiro e seus efeitos no corte dos recursos para a área social, em geral, e para a saúde, em particular (Mendes e Marques, 2009: p.842).

Nesse contexto, no Brasil, a política macroeconômica dos anos 1990 e 2000, e mais recentemente a do Governo Lula, determinam as difíceis condições de financiamento do SUS e da Seguridade Social, instituídas pela CF/1988. Fica evidente, nessa relação, que a prioridade atribuída ao capital financeiro não só inviabiliza um crescimento econômico, mas, também, a garantia de financiamento para as áreas sociais, principalmente a saúde pública brasileira (Mendes & Marques, 2009).

Entende-se que, no Brasil, a dominação financeira sustenta a persistência de uma política econômica que subordina o social no país.

É notória a deficiência financeira e a morosidade do sistema no que tange às relações com o setor da saúde. Historicamente, o financiamento público da saúde no Brasil tem sido fortemente dependente de recursos federais. Em 1980, por exemplo, o financiamento federal correspondia a 75% do gasto público total (Mendes & Marques, 2009).

Em que pese a União cumprir a determinação constitucional de gastos mínimos com ações e serviços públicos de saúde, o governo brasileiro ainda gasta pouco nessa área em comparação a países desenvolvidos: diante de outros países que têm sistemas universais de saúde, nota-se claramente que o percentual do PIB do Brasil e os valores gastos estão muito aquém, o que evidencia o subfinanciamento do SUS, que ocorre desde a sua criação (Brasil, 2009, 2014a).

Além disso, o investimento feito de forma errada, sem planejamento e objetivos adequados, e o desperdício são fantasmas que assombram tanto o sistema público quanto o privado. [...] A verdade é que se gasta cada vez mais e gasta-se mal. O mais grave é que essa história vem gerando sempre o pior dos desfechos: nenhum impacto significativo na melhoria da saúde da população (Brasil, 2014a, p. 35).

Investir em promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, acesso e ambiência, visando ao bem-estar social, é um ponto crítico e isso não será cumprido sem o compromisso dos governantes com a saúde, junto com um sistema de financiamento eficiente, pois:

Temos pela frente dois grandes desafios: tornar os gastos com saúde mais eficientes com uma fiscalização mais rígida e mecanismos de controle mais efetivos; e encontrar novas fontes de financiamento frente à escassez de recursos públicos discricionários (que não possuem destinação específica). Fica aqui uma crítica à excessiva rigidez orçamentária brasileira: onde tudo é prioritário, nada é prioritário (Gomes, 2012: p.7).

Portanto, urge a necessidade de reverter o quadro de subfinanciamento que tem caracterizado a saúde pública nas três últimas décadas e consolidar formas inovadoras de financiamento que visem ao crescimento da rede pautado no compromisso social.

Financiamento federal

Até 1997 não havia subdivisão dos recursos transferidos para estados e municípios, o que passou a ocorrer a partir de março de 1998, com a edição da Portaria GM/MS n. 2.121, com a implantação do piso da atenção básica (PAB) e a separação dos recursos para o financiamento da atenção básica e para o financiamento da assistência de média e alta complexidade ambulatorial. Vale destacar que, enquanto os recursos do PAB fixo são transferidos com base no valor *per capita*, o valor do PAB variável depende da adesão do município a programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2003).

A Lei Orgânica da Saúde, em seu art. 33, estabelece que os recursos financeiros do SUS sejam depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde. A essa modalidade se deu o nome de *transferência fundo a fundo*, que se caracteriza pelo repasse dos recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, observadas as condições de gestão, a qualificação e a certificação aos programas e incentivos do MS e os respectivos tetos financeiros. Os recursos financeiros destinam-se a prover as despesas correntes e de capital do MS, seus órgãos e suas entidades integrantes do SUS, as transferências para a cobertura de ações e serviços de saúde a ser executadas de forma descentralizada pelos estados e municípios e o financiamento destinados à melhoria da capacidade instalada de unidades e serviços de saúde do SUS (Brasil, 2003).

Os Fundos de Saúde, instituídos no âmbito de cada estado, do Distrito Federal e dos municípios, são considerados fundos especiais, conforme a definição da Lei n.

4.320/1964. Suas receitas são especificadas e vinculadas à realização de objetivos e serviços determinados, no caso, as ações e os serviços públicos de saúde. A transferência de recursos fundo a fundo destinados à execução de ações e serviços de saúde depende da habilitação de estados e municípios a uma das condições de gestão estabelecidas pelas normas operacionais (Brasil, 2003).

Estudo apresentado à Câmara Técnica do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS, 2011) e documento do Ministério Público Federal (2009), seguindo a Resolução n. 322 do CNS, demonstrou que, em determinados anos, a União e parte dos estados e municípios não teriam aplicado o mínimo exigido pela EC 29. Como se não bastasse essa perda, ainda existem outros vazamentos. Todo ano, parte dos valores empenhados é transferida para ser paga nos anos seguintes. Entretanto, só o MS cancelou R\$ 2,6 bilhões dos restos a pagar do SUS de 2000 a 2008 (Piola et al., 2012). Tal procedimento, lançamento de despesas como restos a pagar e posterior cancelamento de uma parte, também ocorre nas contas do SUS de estados, Distrito Federal e municípios. Assim, os recursos públicos para o SUS, apesar de apresentarem crescimento não tão discreto, continuam não sendo suficientes para melhorar substantivamente a qualidade dos serviços prestados pelo sistema público (Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], 2012).

Investir na promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, acesso e ambiência visando o bem estar social, é um ponto crítico e não será atingido sem o compromisso dos governantes com a saúde, juntamente com um sistema de financiamento eficiente, pois:

Temos pela frente dois grandes desafios: tornar os gastos com saúde mais eficientes com uma fiscalização mais rígida e mecanismos de controle mais efetivos; e encontrar novas fontes de financiamento frente à escassez de recursos públicos discricionários (que não possuem destinação específica). Fica aqui uma crítica à excessiva rigidez orçamentária brasileira: onde tudo é prioritário, nada é prioritário. (Piola, 2012: p.10)

Portanto, urge a necessidade reverter o quadro de subfinanciamento que tem caracterizado a saúde pública nas duas últimas décadas e consolidar formas inovadoras de financiamento que visem o crescimento da rede pautado no compromisso social.

Programa de requalificação de unidades básicas de saúde

Observando as premissas do SUS, o MS definiu a UBS como:

[...] a porta de entrada preferencial do SUS em que são executadas ações de prevenção e reabilitação de doenças e a saúde nas comunidades. [...] A UBS desempenha um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade e é instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem (Brasil, 2014b).

Buscando sanar os entraves relativos à estrutura física de UBS, em 2011 foi constituído pelo MS o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS). Trata-se de propostas que visam a contribuir para a estruturação e o fortalecimento da atenção básica e para a continuidade de mudança de modelo de atenção à saúde no país, indicando a melhoria da estrutura física das unidades de saúde como facilitadora para a mudança das práticas das equipes de saúde (Brasil, 2014b).

A Portaria n. 2.206, de 14 de setembro de 2011, cujo componente é a reforma dos Centros de Saúde, tem como valor máximo R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais) cuja metragem seja superior a 293,28 m². Já a Portaria n. 2.394, de 11 de outubro de 2011, cujo componente é a ampliação, tem o valor máximo de R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais). E a Portaria n. 340, de 4 de março de 2013, que define o componente construção de novas unidades de saúde, tem como parâmetro máximo uma UBS porte IV, destinada e apta a abrigar, no mínimo, 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica, sendo o repasse de R\$ 773.000,00 (setecentos e setenta e três mil reais) (Portaria n. 2.206, 2011).

Diante deste cenário podemos inferir que os recursos repassados para o município não contemplam as necessidades reais da rede de atenção primária. É sabido que a construção de uma unidade para abrigar 2 ESF são necessários pelo menos 9 consultórios, dois por equipe e cinco para o apoio, sendo necessário uma infraestrutura de pelo menos 750m². No site da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, podemos encontrar o valor estimado deste investimento, em R\$ 2.730.616,85 (PBH, s.d).

Parceria Público-Privada

É sabido que o setor público não deve, necessariamente, ter *expertise* em todos os seguimentos de serviços e que o setor privado é mais eficiente do que o setor público em diversas atividades.

Ao analisar o art. 197 da CF/1988 fica claro que os serviços de apoio e infraestrutura podem ser geridos por parceiro privado, ou seja, o serviço não assistencial. A prestação de tais serviços é dever inafastável do Estado, tendo os indivíduos o direito subjetivo de usufruí-los, não afastando, assim, a possibilidade da participação do setor privado.

O sistema de saúde brasileiro passou por várias modificações no decorrer de sua história e, atualmente, apresenta-se como um projeto ousado que propõe ser universal, descentralizado, regionalizado, hierarquizado e equânime (Berto, 2012). Apesar do progresso advindo do SUS, observa-se a existência de descompassos gerenciais e funcionais que inviabilizam a estratégia de eficiência do modelo (Berto, 2012).

Nesse sentido, a reforma do Estado reconhece que muitas das dificuldades que enfrenta podem ser superadas por meio da colaboração com os particulares. As parcerias são as fórmulas modernas para superar a ineficácia estatal em determinados setores (Mendes & Marques, 2009).

As PPP foram regulamentadas no Brasil pela Lei n. 11.079/2004, que instituiu normas gerais para a licitação e contratação de PPP no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

O Estado de Minas Gerais, já vislumbrando as vantagens da PPP para qualificar o serviço público, antecedeu a lei federal publicando, em 16 de dezembro de 2003, a Lei Estadual n. 14.868, que instituiu e estabeleceu normas específicas de licitação e contratação dos projetos a ser executados no âmbito de PPP. Em 14 de janeiro de 2005, o município de Belo Horizonte, por meio da Lei Municipal n. 9.038, também estabeleceu regras para esta nova modalidade de “financiamento” de serviços públicos.

Por sua amplitude, o tema vem suscitando estudos, pesquisas e debates em diferentes setores da sociedade brasileira preocupados em compreendê-la, com vistas a encontrar soluções de enfrentamento para o financiamento de infraestrutura.

A PPP é uma modalidade de concessão administrativa ou patrocinada que traz em seu bojo uma abordagem inovadora para a administração pública. Melhora a oferta da quantidade e qualidade na prestação do serviço, seja na realização de obras de infraestrutura ou na prestação de serviços, para otimizar a performance dos setores envolvidos: público e privado (Brito & Silveira, 2005; Moraes, 2006). As parcerias podem ser celebradas de no mínimo de 5 (cinco) e 35 anos no máximo. E, o valor do investimento, não pode ser inferior a vinte milhões. Estabelece também, a repartição de riscos e a constituição de um fundo garantidor, aumenta a confiança do mercado, e a constituição de uma Sociedade

de Propósito Específico (SPE), específica para o empreendimento. Vincula o valor da contraprestação a indicadores de qualidade e disponibilidade dos serviços, e mantém o controle das ações e serviços através da gestão do contrato (Portugal e Prado, 2007). Constituem uma abordagem inovadora de gestão pública, seja para a realização de obras de infraestrutura, seja para a prestação de serviços públicos, visando otimizar a performance de ambos os setores público e privado (Medici, 2011).

Essa modalidade de concessão começou a ser elaborada e utilizada com mais vigor a partir dos anos 1990, como mecanismo para financiar o investimento público necessário para a manutenção e /ou ampliação de suas atividades, sem impactar o processo de dívidas públicas (Moraes, 2006), visto que a totalidade dos recursos para alavancar a empreitada provém do parceiro privado.

Atualmente, essa modalidade está consolidada ou em desenvolvimento em alguns países, dentre eles: Austrália, Áustria, Bélgica, Brasil, Bulgária, Canadá, Chile, Itália, Japão, Coreia, México, Peru, Portugal, Polônia, Rússia, EUA e Reino Unido (Grã-Bretanha e Irlanda do Norte) (Farquharson & Ellis, 2010; Moraes, 2006).

As modalidades decorrentes de PPP consistem em contratos de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa. De acordo com a legislação:

Art. 2º Parceria público-privada é o contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa.

§ 1º Concessão patrocinada é a concessão de serviços públicos ou de obras públicas de que trata a Lei n. 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, quando envolver, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado (Lei n. 11.079, 2004).

Isto é, a contraprestação pela oferta do serviço público pelo parceiro privado será composta de duas fontes: por meio de tarifação do serviço, onde o usuário paga, e de complementação pelo Poder Público (Berto, 2012; Farquharson & Ellis, 2010; Lei n. 11.079, 2004; Portaria n. 2.206, 2011; Sundfeld, 2006). Isso gera ganho de qualidade e eficiência, além da economia.

A legislação define, ainda, a concessão administrativa:

Art. 2º [...]

§ 2º Concessão administrativa é o contrato de prestação de serviços de que a Administração Pública seja a usuária direta ou indireta, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens (Lei n. 11.079, 2004).

Essa modalidade prevê que a parceria não seja exclusiva para a construção de infraestrutura física, pois está intimamente atrelada ao fornecimento de equipamentos, mobiliários e insumos, assim como a manutenção e a operacionalização dos serviços (Berto, 2012; Farquharson & Ellis, 2010; Lei n. 11.079, 2004; Portaria n. 2.206, 2011; Sundfeld, 2006).

A PPP é utilizada em setores como: transportes, educação, saúde, defesa, lazer, logística, tecnologia da informação e tratamento de resíduos, dentre outros (Farquharson & Ellis, 2010). Ela é empregada para atender às demandas de grandes investimentos de capital do governo sem comprometer ou impactar o orçamento público. O montante investido será amortizado durante o tempo do contrato, podendo variar de 5 a 35 anos (Berto, 2012; Farquharson & Ellis, 2010; Lei n. 11.079, 2004; Portaria n. 2.206, 2011; Sundfeld, 2006). Outro ponto forte da PPP é que os contratos são regidos com base nos produtos de um projeto (Farquharson & Ellis, 2010).

Para a implantação de uma PPP é necessário executar vários passos, visando o levantamento das premissas para a elaboração do certame. Nesta perspectiva podem ser destacados os estudos técnicos, como a mensuração e projeção da demanda, projeto operacional, indicadores de desempenho e programa de investimento. Também é necessário o estudo minucioso de vantagens econômicas para o público, viabilidade econômico-financeira, modelo econômico-financeiro, modelo de negócio, estrutura de financiamento, e análise de risco. Tão importantes quando estes estudos são os estudos jurídicos e a modelagem jurídica que irão embasar a elaboração do edital e contrato (Portugal & Prado, 2007). Para trazer mais transparência ao processo é mandatório a ampla publicidade dos documentos e estudos construídos durante o processo e a realização da audiência pública.

Durante o período de preparação dos ativos do projeto, o parceiro privado não recebe qualquer contraprestação da administração pública (Berto, 2012; Farquharson & Ellis, 2010; Lei n. 11.079, 2004; Portaria n. 2.206, 2011; Sundfeld, 2006; Zanchim, 2014). Isto é, o parceiro só começa a receber o valor da contraprestação após a entrega do serviço com 100% de sua capacidade instalada.

Um dos pontos inovadores da Lei n. 11.079/2004 é o fato de que o pagamento da contraprestação pública está atrelado a indicadores de desempenho:

Art. 6º [...]

§ 1º O contrato poderá prever o pagamento ao parceiro privado de remuneração variável vinculada ao seu desempenho, conforme metas e padrões de qualidade e disponibilidade definidos no contrato (Lei n. 11.079, 2004).

Portanto, espera-se que o parceiro aprimore seus processos, seu pessoal, suas ferramentas, seus equipamentos e as tecnologias utilizadas na prestação dos serviços e

que mantenha o padrão de excelência durante todo o tempo previsto de concessão (Berto, 2012; Farquharson & Ellis, 2010; Lei n. 11.079, 2004; Portaria n. 2.206, 2011; Sundfeld, 2006).

Na estrutura de remuneração de uma PPP, segundo o art. 8º da Lei n. 11.079/2004, merece destaque o fato da legislação permitir que a Administração Pública ofereça garantia de pagamento da contraprestação devida ao parceiro privado. Assim, na hipótese de Administração Pública não honrar os compromissos assumidos, o parceiro privado poderá executar a garantia prestada (Berto, 2012; Farquharson & Ellis, 2010; Lei n. 11.079, 2004; Portaria n. 2.206, 2011; Sundfeld, 2006), tornando o investimento mais seguro. Isso atrai empresas consolidadas no mercado nacional e internacional, refletindo de forma positiva no valor da proposta financeira apresentada pelos interessados, pelo baixo risco de não recebimento da contraprestação.

Enfim, a PPP traz em seu bojo algumas características da terceirização e da privatização, mas difere delas porque envolve a cooperação entre o governo e o setor privado para implantar projetos e prover os serviços associados. A PPP constitui uma opção para requalificar a infraestrutura, ampliar a oferta de serviços e propiciar acesso de qualidade tanto aos países desenvolvidos como aos em desenvolvimento.

Projeto de qualificação da infraestrutura da atenção primária à saúde

Buscando garantir a integralidade do cuidado com eficiência e qualidade, “para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, [...] e modificar favoravelmente o meio ambiente” (Primeira Conferência Internacional, 1986), de modo a fortalecer a rede de APS do Município de Belo Horizonte, o então Secretário de Saúde, Marcelo Teixeira, designou uma equipe de trabalhadores da rede para a construção do Projeto de Qualificação da Infraestrutura da APS. A conclusão dos trabalhos, após seguir todos os trâmites técnicos e legais, culminou na publicação do Edital n. 008/2011, cuja proposta jurídica foi alicerçada na concessão administrativa dos serviços não assistenciais de saúde, uma vez que “o modelo de parceria seria inviável se exigisse a substituição da força de trabalho já existente nas atividades de saúde” (Primeira Conferência Internacional, 1986).

A concessão administrativa de que versa o Edital n. 008/2011 foi autorizada pelo Poder Legislativo do Município de Belo Horizonte, por meio da Lei Municipal n. 10330/2011, em cumprimento ao que dispõe o art. 67, § 4º, da Lei Orgânica do Município de Belo Horizonte.

Paralelamente aos trâmites legais para preparar o escopo do projeto, realizou-se, *in loco*, o diagnóstico situacional da rede de APS, por uma empresa de engenharia e arquitetura especializada em edificações de saúde. Todo o processo foi acompanhado

pelo olhar atento da equipe do projeto, além de trabalhadores dos centros de saúde e membros do conselho local de saúde. Para tanto foram construídos diversos instrumentos de coleta de dados, fundamentados no Projeto Arquitetônico Anvisa RDC n. 50/2002, nos protocolos, nas normas e nos manuais disponibilizados pelo MS e pela Superintendência de Desenvolvimento da Capital (SUDECAP). Para validar os instrumentos foram feitos estudos preliminares com 9 UBS.

Ao mesmo tempo, utilizando os dados extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foram realizados estudos demográficos para averiguar a real necessidade de expansão da rede, com base no crescimento da população por área de abrangência, assim como a ocorrência de cornubação. Instrumentos utilizados para lançar a produção das UBS também foram analisados e a distância e barreiras geográficas percorridas pelo usuário para acessar a UBS, além de entrevistas individual com os gerentes dos diversos níveis de atenção à saúde, local, distrital e municipal.

Após a coleta, análise e interpretação dos dados foi elaborado o diagnóstico situacional, onde vislumbramos o seguinte cenário, que compôs o objeto do escopo da PPP: das 147 UBS do município, 79 deveriam ser reconstruídas, os 7 laboratórios, junto com as 8 centrais de material estéril, deveriam ser centralizados em uma única edificação, visando ao ganho de escala, e 21 novas UBS deveriam ser construídas.

O término dos estudos técnicos e o estudo econômico-financeiro culminou na elaboração do Edital n. 008/2011 (Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2011), sob o Processo n. 04-001.226/11-05, conforme os trâmites legais instituídos na Instrução Normativa do Tribunal de Contas da União (Instrução TCU) n. 52/2007. Ele é composto pelos seguintes volumes:

- Edital de Licitação;
- Anexo I – Contrato;
- Anexo IV – Diretrizes, Especificações e Cronograma para as Obras de Reconstrução, Reforma, Ampliação, Revitalização e Construção;
- Documento Complementar 01 – Rede;
- Documento Complementar de 1B a 1I, cada qual contendo o diagnóstico situacional das unidades de saúde por distrito sanitário;
- Documento Complementar 02 – Projeto;
- Documento Complementar 03 – Memorial;
- Documento Complementar 04 – CME e Laboratório;
- Anexo V – Especificações Mínimas dos Serviços;
- Anexo VI – Cronograma para Início dos Serviços e Regras de Transição;
- Anexo VII – Sistema de Mensuração de Desempenho e Cálculo da Contraprestação Pública;
- Anexo VIII – Relação dos Bens Reversíveis, sob Guarda da Concessionária ou

com Acesso a Ela Franqueado;

- Anexo IX – Condições Gerais da Garantia de Execução do Contrato pela Concessionária;

- Anexo X – Apêndice 1: Tabela dos volumes de Garantia de Pagamento da Contraprestação Pública;

- Anexo X – Apêndice 2: Contrato de Administração de Contas – Anexo ao Contrato de Concessão;

- Anexo X – Apêndice 3: Modelo de Fiança Bancária;

- Anexo XI – Diretrizes de Governança.

O edital foi submetido a consulta pública, mediante publicação na imprensa oficial, em jornais de grande circulação e em meio eletrônico e contém a justificativa para a contratação, a identificação do objeto, o prazo de duração do contrato e o valor estimado. Após o encerramento da consulta houve a audiência pública, em atendimento ao artigo 39 da Lei n. 8.666/1993, e na sequência ocorreu o processo licitatório (Lei n. 8.666, 1993).

A primeira premissa do edital, quicá a mais importante, foi estabelecer que o parceiro privado será responsável exclusivamente pelos serviços não assistenciais de apoio e infraestrutura. Isto é, o parceiro privado não poderá, sob hipótese alguma, gerir as atividades-fim, ou seja, os serviços assistenciais. Encontra-se em consonância com o artigo 199, § 1º, da CF/1988, que infere que os serviços de “assistência à saúde” são passíveis de delegação à iniciativa privada somente em situações em que o Poder Público se mostrar incapaz de prestá-los diretamente, por meios próprios, mas apenas na medida da insuficiência e incapacidade deste, ou seja, de forma complementar, e não na qualidade de subcontratado, delegatário ou concessionário do serviço público (Constituição, 1988).

Vale ressaltar que os serviços não assistenciais que fazem parte do escopo do edital já são prestados por empresas terceirizadas. E a junção desses serviços em um único contrato prevê melhorias operacionais, ganho de escala e tende a ser menos onerosa. O prazo dessa outorga foi estabelecido em 20 anos (Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2011).

Além disso, em observância à Instrução TCU n. 52/2007, foi anexada ao processo a aprovação do edital da licitação pelo Colegiado Gestor de Parcerias (art. 14, inciso III, da Lei n. 11.079/2004), junto com todas as atas, os questionamentos, as comunicações e os esclarecimentos encaminhados aos licitantes participantes das consultas públicas. Funcionários do Tribunal de Contas da União (TCU) também estiveram presentes no momento da consulta pública.

A licitação se enquadrou na modalidade internacional, onde concorreram pessoas jurídicas brasileiras e estrangeiras que atenderam ao conjunto de exigências do edital.

O critério de julgamento do processo licitatório foi o de menor valor da contraprestação mensal, a ser pago pela Administração Pública, nos termos da alínea b do inciso II do art. 12

da Lei n. 11.079, de modo que os preços praticados no contrato sejam os mais vantajosos, sem prejuízo dos quesitos relativos às questões de qualificação.

O contrato ainda prevê o aporte de recursos em favor do parceiro privado para a realização de obras e aquisição dos bens reversíveis, como dispõe o art. 6º, § 3, da Lei n. 12.766/2012. Para tanto, foi elaborado um cronograma e os marcos para o repasse, que se dará na fase de investimentos do projeto e/ou após a disponibilização dos serviços. Tais repasses são importantes, pois diminuem o valor das contraprestações pagas ao longo do contrato.

O ganhador do certame, antes da assinatura do contrato, constituiu a Sociedade de Propósito Específico (SPE), como dispõe o art. 9º da Lei n. 11.079/2004.

A fiscalização da concessão será realizada pelo Poder Público, junto com um verificador independente, que incluirá o acesso incondicional às instalações e bancos de dados utilizados pela concessionária na execução do contrato. Deverá fornecer, ainda, relatórios com informações detalhadas sobre os serviços prestados (Anexo V). Mensalmente, deverá apresentar os contratos e as notas fiscais das atividades terceirizadas, os comprovantes de pagamentos de salários e demais obrigações trabalhistas. Assim como os demonstrativos contábeis e financeiros, acompanhadas do relatório de empresa de auditoria independente, obedecidas as exigências legais vigentes.

Os critérios para o cálculo do repasse da contraprestação são balizados por indicadores de desempenho, fórmulas e parâmetros definidores da qualidade do serviço preestabelecidos no edital (Anexo VII). A vinculação do valor da contraprestação ao desempenho busca incentivar o parceiro privado a executar adequadamente o objeto do contrato, uma vez que sua remuneração está diretamente atrelada ao seu desempenho. Assim, se o parceiro não alcançar as metas preestabelecidas para cada indicador, não fará jus ao repasse do valor total da contraprestação.

Considerações finais

Ainda são muitos os desafios a enfrentar para a consolidação de um sistema de saúde equânime, integral e universal. O grau de comprometimento e responsabilização de gestores locais é um fator de entrave para a efetiva implantação do modelo assistencial. No geral, o montante de recursos para o financiamento e a manutenção das UBS fica abaixo das necessidades reais dos municípios. O risco de iatrogenias por falta de equipamentos e insumos, somado a baixa remuneração e a precariedade da estrutura física das UBS, dificulta a fixação de profissionais.

Nesse contexto, grandes obstáculos estruturais foram intensificados por dificuldades conjunturais, refletindo-se nas condições de saúde da população, na capacidade social de

produção de serviços de saúde pública e na assignação de recursos públicos e privados para financiar as ações de saúde.

Como reza a cartilha da humanização dos serviços de saúde, é importante dar voz aos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde para compreender o modo do fazer. Tal escuta, junto com a aplicação do instrumento de diagnóstico situacional da infraestrutura, permitiu a identificação de possibilidades, necessidades, recursos e limitações da rede de APS do município de Belo Horizonte. Também foi possível identificar as necessidades sociais de saúde para a construção de uma proposta de intervenção pautada no compromisso com a ambiência e a melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Para alavancar o Projeto de Qualificação da Infraestrutura da APS foram avaliados diversos modelos de contratação para sua viabilização e operacionalização. De todas as alternativas avaliadas, a que trouxe melhor relação custo-benefício para a sociedade e para o Poder Público foi a PPP.

No início, esse projeto enfrentou resistências e obstáculos, especialmente no que se referia ao temor da privatização da saúde. O ganho de confiança decorreu de muitas apresentações e esclarecimentos durante a coleta de dados qualitativos, onde se desmistificou o tema, quebrando os preconceitos.

O principal motivo para a escolha da modalidade de contrato de PPP adveio das dificuldades financeiras que o Município de Belo Horizonte enfrentava para atender à demanda da rede de APS, pois, além das restrições financeiras para a construção de novas unidades, também era iminente o colapso das já existentes, tendo em vista a deterioração da infraestrutura. O projeto foi desenhado de modo a assegurar a maximização dos recursos e alavancar a rede no que concerne aos serviços não assistenciais e à estrutura física. A iniciativa pioneira do município apresenta potencial de replicação para outras cidades e estados brasileiros.

Nesse sentido, a percepção de sucesso da PPP firmada com o Município de Belo Horizonte para alavancar o Projeto de Qualificação da Infraestrutura da APS se mostra decisiva para fomentar outros empreendimentos no campo da saúde em outros municípios.

Não se pretende, aqui, defender a PPP como única solução para as questões relacionadas ao baixo financiamento da saúde e as limitações orçamentárias, mas compartilhar os possíveis caminhos para a melhoria da saúde pública no Brasil, sugerindo estratégias.

Enfim, este estudo é apenas um feixe de luz sobre a PPP e sua importância no que tange ao tema financiamento da infraestrutura de equipamentos públicos. Ainda há um universo a ser engendrado sobre o tema, tendo em vista sua complexidade, sua inovação e seus pontos polêmicos. Mas se espera ter elucidados alguns aspectos que rondam todas as pautas de discussão sobre o fato da PPP ser encarada, às vezes, como privatização da saúde.

Referências bibliográficas

- Alvarenga, J., & Dias, W. R. (2010). O orçamento participativo digital e a democracia participativa: um estudo de caso a partir da experiência de Belo Horizonte. *Revista Tecer*, 3(5), 159-163.
- Berto, A. M. (2012, maio). Parceria público-privada na gestão hospitalar: sob a ótica do usuário. In *Anais do 6o Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social*. São Paulo, SP.
- Brasil. (2003). *Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico* (3a ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). *O Sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
- Brasil. (2011). *O financiamento da saúde* (Coleção Para Entender a Gestão do SUS n. 2). Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
- Brasil. (2014a). *Caminhos da saúde no Brasil* (Conass Debate n. 2). Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
- Brasil. (2014b). *Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brito, B. N. B., & Silveira, A. H. P. (2005). Parceria público-privada: compreendendo o modelo brasileiro. *Revista do Serviço Público*, 56(1), 7-21.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988, outubro). Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Contrato de comodato*. (2011). Recuperado de <http://cesinha27a.wordpress.com/2011/08/05/contrato-de-comodato-e-o-emprestimo-gratuito-de-coisas-nao-fungiveis-perfaz-se-com-a-tradicao-do-objeto/>
- Farquharson, E., & Ellis, O. (2010). *Conceitos de projetos de PPP* (Manuscrito não publicado). São Paulo, SP: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2012). *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro, RJ: Autor.
- Gomes, L. S. A Lei Complementar nº 141/2012 e os investimentos da União em saúde. Orçamento público em discussão. Senado Federal – Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle. 2013. n. 06
- Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993*. (1993, junho). Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8666cons.htm
- Lei n. 11.079, de 30 de dezembro de 2004*. (2004, dezembro). Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Brasília, DF. Recupe-

rado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm

Medici, A. C. (2011). O papel das parcerias público-privadas na gestão e no financiamento do setor saúde. In P. Modesto, & L. A. P. Cunha, Jr. (Coords.). *Terceiro setor e parcerias na área de saúde*. Belo Horizonte, MG: Fórum.

Mendes, A., & Marques, R. M. (2009). O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 841-850.

Moraes, M. S. (2006, novembro). Aspecto do modelo brasileiro das parcerias público-privadas sob a luz da experiência britânica. In *Encontro de Administração Pública e Governança*. São Paulo, SP.

Pestana, M., & Mendes, E. V. (2004). *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte, MG: Secretaria da Saúde.

Piola, S. F., Servo, L. M., Sá, E. B., & Paiva, A. B. (2012). Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro (Número especial). *Análise Econômica*, 30, p. 9-33.

Piola, S. F. et al. (2009). *Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)* (Texto para Discussão n. 1391). Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Portaria n. 2.206, de 14 de setembro de 2011. (2011, setembro). Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. Brasília, DF. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2206_14_09_2011_rep.html

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. (2011). *Qualificação da infraestrutura da atenção primária à saúde de Belo Horizonte: Edital 008/11*. Belo Horizonte, MG: Autor.

Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. (1986, novembro). Carta de Ottawa. Ottawa, Canada.

Ribeiro, M., P. *Concessões e PPPs: melhores práticas em licitações e contratos*. Recuperado de <http://www.portugalribeiro.com.br/ebooks/concessoes-e-ppps/>

Sundfeld, C. A. (2006). *Fundamentos de direito público* (4a ed.). São Paulo: Malheiros.

Takamatsu, S. L. (1996). *Gestão pública participativa: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte* (Dissertação de Mestrado), Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, RJ.

Zanchim, K. (2014, maio). 10 anos da lei federal de parcerias público-privadas. In *Relatório do PPP Summit*. São Paulo, SP. Recuperado de <http://hiria.com.br/reports/PDF-Report-PPP-Summit-2014.pdf>