



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

***A ESCOLHA DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA PARA GESTÃO  
HOSPITALAR NA BAHIA: Atores, interesses e estratégias***

**Salvador  
2019**

**LAÍSE REZENDE DE ANDRADE**

***A ESCOLHA DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA PARA GESTÃO HOSPITALAR NA  
BAHIA: Atores, interesses e estratégias***

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto

**Salvador  
2019**

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

A553e Andrade, Laíse Rezende de.

A escolha de parceria público-privada para gestão hospitalar na Bahia: atores, Interesses e estratégias / Laíse Rezende de Andrade. -- Salvador: L.R. Andrade, 2019.

175 f.

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto.

Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Parcerias Público-Privadas. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Gestão Hospitalar, 4.

Ciclo de Políticas Públicas

I. Título.

CDU 614.2



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



LAÍSE REZENDE DE ANDRADE

*A escolha de parceria público-privada para gestão hospitalar na Bahia: atores, interesses e estratégias em 11/06/2019.*

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 11 de junho de 2019.

Banca Examinadora:

Profa. Isabela Cardoso de Matos Pinto – Orientadora  
Instituto de Saúde Coletiva - UFBA

Prof. Ademir Arthur Chioro dos Reis  
Escola Paulista de Medicina – UNIFESP

Profa. Monique Azevedo Esperidião  
Instituto de Saúde Coletiva – UFBA

Profa. Márcia Teixeira  
ENSP/FIOCRUZ

Prof. Luis Eugenio de Souza  
Instituto de Saúde Coletiva - UFBA

Salvador

2019

***À memória de Beatriz Campos Rezende,***

***Melhor Avó do Mundo!***

*por ter me ensinado sobre a beleza do canto dos pássaros e das cigarras, a direção dos ventos que fazem chover e, desde cedo, a arte de duvidar e de “preparar o pulo antes de saltar”.*

## AGRADECIMENTOS

As forças misteriosas do Universo por me acolherem em todos os momentos de dúvida, cansaço e por me concederem a energia necessária para a longa trilha da construção de uma tese.

A minha orientadora querida, Isabela Cardoso, primeiro por aceitar o convite de me orientar e principalmente pela delicadeza e cuidado com que me ajudou a percorrer o caminho da pesquisa.

A minha companheira de jornada na vida, Adelina Sanches e a meus filhos queridos Malu e Tom por me lembrarem que a Vida é o Maior de todos os Projetos!

Aos colegas do grupo de pesquisa dos eixos Gestão Hospitalar e Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pelos debates, afeto e escuta ao longo do doutorado.

A Catharina Matos, pelo incentivo e discussões desde o nascimento da ideia de fazer o doutorado.

As professoras e professores que aceitaram o convite de participar da banca desse doutorado.

As amigas queridas do trabalho Luciana Alves, Izabelle Pinto, Marcele Paim e Camila Nunes pelo apoio e compreensão da divisão do meu tempo nas disciplinas e escrita da tese.

Aos colegas, professoras e professores, funcionárias e funcionários do ISC que me ajudaram a me tornar pesquisadora.

A Creuza, pela generosidade do apoio na formatação da tese e suas referências.

A minha mãe e irmã pelo gosto e exemplo de estudo.

*“... é preciso ter força, é preciso ter raça, é preciso ter gana sempre...”*

*É preciso ter manha, é preciso ter graça, é preciso ter sonho sempre...”*

*Milton Nascimento*

*“Cantar e cantar e cantar a beleza de ser um eterno aprendiz...”*

*Gonzaguinha*

## **BREVE APRESENTAÇÃO DA AUTORA**

Sou formada em psicologia pela UFBA, sanitária pelo ISC/UFBA e fiz o Mestrado profissional em Gestão do trabalho e Educação na Saúde na ENSP/FIOCRUZ. No mestrado estudei o modelo Fundação Estatal, com foco na proposta de gestão do trabalho dessa para equipes de saúde da família da Bahia. No mundo do trabalho, iniciei minha trajetória pelo DEGES/SGETS/Ministério da Saúde entre (2004-2007), posteriormente atuei na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), onde tive a oportunidade de trabalhar na Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (2007-2008), na Diretoria de Atenção Básica (2008-2009). Na sequência participei da implementação da Fundação Estatal Saúde da Família-BA, atuando de (2009-2011). De (2011-2012) na Escola de Formação Técnica do SUS e, desde então, atuo na Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia/SESAB como coordenadora na coordenação de integração da educação com o trabalho na saúde na rede estadual.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 01: Principais características dos modelos de gestão hospitalar, apresentados pelos entrevistados, como alternativas para gestão do Hospital do Subúrbio

Quadro 02: Breve histórico da constituição da Parceria Público- Privada do Hospital do Subúrbio, na Bahia

Quadro 03: Definitions and examples of PPP arrangements

Quadro 04: Diversidade contratual das PPPs na Saúde do Estado da Bahia, 2019

Quadro 05: Distribuição de risco entre concessionária e poder concedente para parceria da PPP do Hospital do Subúrbio

Quadro 06: A Parceria Público – Privada do Hospital do Subúrbio em funcionamento



## LISTA DE SIGLAS

BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social  
BM – Banco Mundial  
CES - Conselho Estadual de Saúde  
CID - Cooperação Internacional para o Desenvolvimento  
DGE – Diretoria Geral  
FMI - Fundo Monetário Internacional  
GASEC – Gabinete do Secretário  
IFC- Institucional Finance Corporation  
OECD - Organization for Economic Co-Operation and Development  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
ONU - Organização das Nações Unidas  
O.S. – Organizações Sociais  
PCdoB - Partido Comunista do Brasil  
PGE – Procuradoria Geral do Estado  
PPP – Parceria Público-Privada  
PT- Partido dos Trabalhadores  
TIR – Taxa Interna de Retorno  
RH – Recursos Humanos  
SAFTEC - Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia  
SESAB – Secretaria de Saúde  
SEFAZ – Secretaria da Fazenda  
SUS – Sistema Único de Saúde  
VFM – Value for Money

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde, fruto de um amplo processo de luta, capitaneado pela concepção político-ideológica do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira foi desde o seu início combatido pelas forças políticas hegemônicas que defendiam a ampla participação do setor privado na gestão, atenção e financiamento da saúde. Nesse contexto perene de disputas, novos modelos de gestão apresentaram-se como capazes de resolver velhos problemas da gestão em saúde, tais como a gestão de pessoas, infraestrutura, propagando-se como possuidores de modos de gestão inovadores. Um desses modelos, o de Parceria Público-Privada (PPP) vem sendo fomentado pelo Banco Mundial através de consultorias em diversos países do mundo e, no Brasil, vem ganhando espaço no setor saúde. No contexto de crise crônica, caracterizado pela baixa capacidade de financiar novas estruturas, associado as restrições da lei de responsabilidade fiscal, o Estado da Bahia ampliou seu escopo de utilização de modelos de gestão, aderindo ao modelo PPP para a gestão hospitalar. Diante disso, a questão que orientou a pesquisa foi porque e como foi adotado o modelo PPP para gestão hospitalar no SUS? Com objetivo de analisar os processos de tomada de decisão e incorporação desse modelo para gestão hospitalar na Bahia. O detalhamento da trama desenrolada no processo decisório apoiou-se no quadro teórico constituído pelo modelo do Ciclo de Políticas Públicas e da Teoria de Jogos de Poder de Matus; em revisão bibliográfica e; em entrevistas com atores-chaves no processo de decisão. A pesquisa apontou as dificuldades da gestão hospitalar em saúde, debateu vantagens e desvantagens dos modelos de gestão para enfrentamento desses problemas e concluiu que determinantes não apenas financeiros, mas político e ideológicos marcaram o processo de decisão acerca do modelo no Estado, que teve como fomentador e consultor, para desenho e viabilização do projeto, o braço direito do Banco Mundial, o *International Finance Corporation*.

Palavras chaves: Sistema Único de Saúde, Parceria Público-Privada, Gestão Hospitalar, Ciclo de Políticas Públicas

## ABSTRACT

The Unified Health System, the result of a broad process of struggle, led by the political-ideological conception of the Movement for Brazilian Sanitary Reform has been opposed by the hegemonic political forces that defended the broad participation of the private sector in management, attention and financing of health. In this perennial context of disputes, new management models presented themselves as capable of solving old problems of health management, such as people management, infrastructure, and propagating themselves as having innovative management modes. One of these models, the Public-Private Partnership (PPP), has been promoted by the World Bank through consultancies in several countries around the world and in Brazil has been gaining space in the health sector. In the context of chronic crisis, characterized by the low capacity to finance new structures, associated with the restrictions of the fiscal responsibility law, the State of Bahia extended its scope of use management models and adhered to the PPP model for hospital management. In view of this, the question that guided the research was why and how was the PPP model for hospital management adopted in SUS? With the purpose of analyzing the processes of decision making and incorporation of this model for hospital management in Bahia. The detailing of the plot unfolded in the decision-making process was based on the theoretical framework constituted by Public Policy Cycle and Power Games Theory; in bibliographical review and; interviews with key players in the decision-making process. The research pointed out the difficulties of hospital management in health, discussed the advantages and disadvantages of management models to address these problems and concluded that determinants not only financial, but political and ideological marked the decision process about the model in the State, which had as a promoter and consultant, for design and feasibility of the project, the right arm of the World Bank, the International Finance Corporation.

Key-words: Unified Health System; Public-Private Partnership; Hospital management; Public Policy Cycle

## SUMÁRIO

Introdução	1
1. Estado da arte da produção científica das parcerias público-privadas no Brasil e no mundo	7
1.1 Principais características das PPPS realçadas na literatura mundial	16
1.2 As PPPS no Brasil e na gestão hospitalar	21
2 Elementos teórico-metodológicos	27
2.1 Elementos teóricos	27
2.2 Metodologia	32
2.2.1 Técnicas de produção de dados	33
2.2.2 Plano de análise	36
3. Dimensão político - temporal das parcerias no Brasil	37
3.1 Polissemia conceitual na articulação público-privado	40
4. Gestão hospitalar no estado da Bahia: problemas referidos pelos atores chaves	43
5. Papéis e interesses dos atores governamentais e não governamentais na escolha do modelo PPP para gestão hospitalar na Bahia	47
5.1 História do processo decisório da escolha do modelo PPP para gestão hospitalar do subúrbio	48
5.2 Papel e interesses dos atores invisíveis na viabilidade da alternativa PPP para gestão hospitalar	50
5.3 E o parceiro privado: qual interesse teria?	55
5.4 O processo decisório	57
6. As alternativas de modelos de gestão hospitalar para rede estadual do SUS na Bahia	64
6.1 História da gestão hospitalar na Bahia: Mix de modelos	65
6.2 Gestão por organização social: Por que não?	70
6.3 A alternativa escolhida: gestão por PPP	72
7 Processo de negociação em torno da alternativa Parceria Público - Privada para gestão hospitalar do subúrbio	80

7.1 Movimentação dos grupos de pressão em torno da alternativa PPP para gestão hospitalar	83
7.2 O “Humor Regional” em torno das Parcerias Público-Privadas na Bahia	91
7.3 Instâncias de aprovação do modelo PPP na saúde	92
8. O resultado da decisão: o contrato da sesab com o Consórcio Prodal Saúde	97
8.1 Um pouco da história dos momentos “Pré Contrato” da PPP do Hospital do Subúrbio	98
8.2 Características do contrato de Parceria Público-Privada	102
8.3 “Vantagens” do contrato único	107
8.4 Desafios atuais da gestão da PPP do Hospital do Subúrbio	122
9. A gestão do trabalho no modelo PPP	125
10. O futuro das PPPS da saúde na Bahia	132
11. Referencias	149
Apêndice I – Roteiro de entrevista	157
Apêndice II – Matriz de análise da produção científica	158
Apêndice III– Matriz de análise de documentos	158
Apêndice IV – Matriz de análise das entrevistas	158
Anexos I - Manifestação de interesse do Banco do Nordeste em financiar o projeto PPP do Hospital do Subúrbio	159
Anexos II - Manifestação de interesse do IFC em financiar o projeto PPP do Hospital do Subúrbio	160
Anexos III- Manifestação de interesse do BNDES para financiar o projeto PPP do Hospital do Subúrbio	162

## INTRODUÇÃO

A reforma no setor saúde brasileiro começou a tomar forma em meados da década de 1970, estruturando-se durante a luta pela redemocratização. Fruto do crescimento de amplo movimento social que reuniu movimentos de base, população de classe média e sindicatos. A concepção política e ideológica desse Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) defendia a saúde como uma questão social e política, a ser discutida no espaço público (PAIM et al, 2011).

O Movimento da Reforma cresceu e fez alianças com parlamentares progressistas, gestores municipais da saúde e outros movimentos sociais e, em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito ampliado da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente (1987-88), durante a Assembleia Nacional Constituinte, o MRSB e seus aliados garantiram a aprovação da reforma, apesar da oposição do setor privado poderoso e mobilizado. Portanto, simultaneamente a essa reforma, as empresas de saúde se reorganizavam para atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do governo e consolidando os investimentos no setor privado (PAIM et al, 2011).

Para Paim et al, (2011) um dos desafios brasileiros é sua dimensão continental e suas desigualdades regionais e sociais, pois trata-se de uma república federativa com território de 8,5 milhões de quilômetros quadrados, o que representa 47% da América do Sul. Seu sistema político é composto por diversos partidos e três níveis autônomos de governo e 5.570 municípios. Além disso, o Brasil vem passando por grandes transformações políticas, econômicas, demográficas e sociais e o seu sistema de saúde é constituído por uma variedade de organizações públicas e privadas, estabelecidas em diferentes períodos históricos.

Atualmente o Brasil possui uma população de mais de 208,4 milhões de habitantes, sendo o quinto país mais populoso do planeta (IBGE, 2019).

Apesar desses desafios, após mais de duas décadas de existência, o SUS tem muitos resultados a celebrar, tais como universalidade; criação e implementação de programas de atenção; ampliação de ações de prevenção a doenças; descentralização das responsabilidades, atribuições e recursos para estados e municípios e criação de espaços de pactuação bipartite e tripartite (CARRERA, 2014).

No entanto, para Menicucci (2010) há ainda outros desafios, pois, a própria definição do direito à saúde no texto constitucional, permite notar o quanto essa noção foi sendo restringida no processo de implementação da reforma sanitária, passando quase a se referir apenas à garantia de assistência à saúde de forma universal e igualitária. A autora lembra que o contexto político, ideológico e financeiro era bastante desfavorável e exigiu um esforço hercúleo para implantar uma reforma que se caracterizou como uma situação de ruptura e continuidade, explicável em razão da confluência de fatores que favoreceram a inovação institucional com o legado das políticas de saúde prévias, que limitaram a possibilidade de mudança. Para a autora:

Ao limitar a reforma ao setor público e garantir liberdade à iniciativa privada, interferindo apenas no setor privado quando prestando serviços sob a responsabilidade estatal, a Constituição consagrou a dualidade do sistema de atenção à saúde no Brasil, composto por um segmento público e outro privado. Com a ausência de dispositivos constitucionais regulatórios do setor privado, garantida em razão do poder de veto dos representantes dos interesses do mercado de saúde, a legislação encobriu a segmentação, de forma que a universalização e a igualdade se transformaram em meta objetivos sem correspondência na estrutura institucional. O caráter segmentado da assistência à saúde, que caracteriza a trajetória brasileira formalizou-se, assim, nas próprias decisões consagradas na Constituição, aparentemente de forma paradoxal aos objetivos da reforma global pretendida pelos seus promotores (MENICUCCI, 2010, p. 188).

Portanto, em termos legais, o embate entre alternativas distintas, de dois conjuntos de atores, contemplou as duas propostas que se confrontaram durante o processo constituinte sendo designados de ‘privatista’ versus ‘estatista’ (MENICUCCI, 2010).

Assim, o sistema de saúde brasileiro foi sendo formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público e privada financiada sobretudo por recursos privados. Cabe destacar ainda que historicamente, as políticas de saúde estimularam o setor privado no Brasil e promoveram a privatização da atenção à saúde, seja por meio de credenciamento de consultórios médicos, remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas, hospitais, ou ainda mediante incentivos às empresas de planos e seguros de saúde. Desse modo, o subsistema privado de saúde se imbrica com o setor público oferecendo serviços terceirizados pelo SUS, serviços hospitalares e ambulatoriais pagos por desembolso direto, medicamentos, planos e seguros de saúde privados (PAIM *et al*, 2011).

Atualmente 54% do gasto em saúde acontece no setor privado, que atende apenas a 25% da população. O SUS, exclusivamente responsável por 75% da população, além de realizar serviços para toda a sociedade conta com apenas 46% dos recursos. No entanto, em recente relatório, o Banco Mundial (BM) sugere que o Brasil teria gasto excessivo com a saúde (9,3% do PIB), sem assinalar que parcela desse recurso se destina aos estratos mais ricos da população (CAMPOS, 2018).

Ironicamente, vale destacar, que o relatório do Banco Mundial (2017) leva o título de “Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil”. A questão não debatida é para quem sobrepesaria esse “ajuste justo” para uma saúde pública já massacrada com os limites de gastos impostos pela Emenda Constitucional nº 95/2016.

O referido relatório do BM afirmou que a atenção hospitalar é ineficiente com base em indicadores de produtividade, não considerando o conjunto de benefícios em relação ao acesso e inclusão de pessoas. Segundo Campos (2018), o conceito de efetividade na perspectiva pública deve considerar a inclusão social como um dos indicadores para compor a noção de que a política, os gastos públicos e a prestação de serviço devem ter impacto no bem-estar das pessoas. Para esse autor, a racionalidade economicista presente no relatório do BM não leva em conta o direito à saúde ou possíveis mudanças no modelo de gestão e de cuidado dentro do espaço público.

No que tange a atenção hospitalar, atualmente no Brasil tem-se 6.687 hospitais (incluindo especializados, gerais e hospitais dia), sendo que 653 desses encontram-se na Bahia. O quantitativo de estabelecimentos caracterizados como hospital geral nesse Estado, em 2018, foi de 465 hospitais. Já o número total de leitos de internação hospitalar no Brasil é de 433.686, desses 299.365 mil são leitos SUS e 92.438 encontram-se no Nordeste (BRASIL, 2019).

No entanto, a oferta de leitos hospitalares financiados pelo setor público não tem sido suficiente. De acordo com último levantamento realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), nos últimos oito anos, mais de 34,2 mil leitos de internação foram fechados na rede pública de saúde. A Bahia foi o Estado, de todo o Nordeste, que mais sofreu perdas de leitos de internação SUS desde 2010. Segundo o relatório, o número caiu de 25.132 para 23.216, exatos 1.916 a menos (CFM, 2018).

Soma-se a isto os desafios da assistência hospitalar, comuns em outros sistemas de saúde no mundo, a exemplo do controle de custos, aumento da eficiência, garantia da



qualidade da atenção e segurança do paciente, provisão de acesso a cuidados abrangentes e coordenação com a atenção básica. Situação agravada pelas influências de grupos de interesse do setor privado na regulação do SUS (PAIM *et al*, 2011).

Além disso, não se pode perder de vista que os hospitais são considerados um dos tipos mais complexos de organizações presentes na sociedade por seus objetivos ambíguos, natureza de suas atividades, uso de tecnologia múltipla e complexa, poder compartilhado e pluralidade de profissionais que neles atuam (MINTZBERG, 2007).

É no hospital que, segundo Nogueira (1994), evidenciam-se os interesses dos usuários, que demandam assistência das mais variadas formas; dos trabalhadores da saúde, que buscam sustento e boas condições de trabalho; interesses dos acionistas em se tratando de hospital privado, que objetiva o lucro; interesses da rede de fabricantes e distribuidores de insumos e das empresas seguradoras e planos de saúde que estabelecem uma relação comercial com os hospitais e, finalmente, os interesses dos poderes formalmente constituídos na gerência hospitalar e no governo, que têm nos objetivos técnicos e no alcance de metas programáticas da política de saúde o seu foco.

Portanto, pensar em modelos de gestão hospitalar implica considerar a diversidade de interesses, eventualmente conflitantes, existentes nessa instituição complexa, além de considerar as questões relacionadas à gestão do trabalho, da clínica e da educação permanente de profissionais com variadas experiências e expectativas sobre o cuidado ao usuário/família e sobre o trabalho em saúde.

Para ajudar na compreensão da forma como os gestores brasileiros estão pensando a gestão hospitalar, buscou-se um olhar atento para a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), pois ela explicita as diretrizes para a organização hospitalar nas Redes de Atenção, tais como: viabilizar parcerias com o setor privado; estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão; realizar o monitoramento e avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual de gerenciamento hospital; definir, monitorar e avaliar a contratualização da atenção hospitalar (BRASIL, 2013).

Alguns elementos chamam atenção nesta Política, pois ela aponta como critérios de priorização para a contratualização, que o gestor leve em consideração a prioridade dos hospitais públicos, em seguida os de direito privado sem fins lucrativos, que prestam 100% dos seus serviços ao SUS; os hospitais de direito privado sem fins lucrativos que

prestam o mínimo de 60% dos seus serviços ao SUS; demais hospitais privados sem fins lucrativos e por último os hospitais privados com fins lucrativos (BRASIL, 2013).

Pode-se inferir deste critério de priorização da PNHOSP que o contrato de gestão, advindo desta contratualização, seria o instrumento que regula e orienta o gerenciamento da unidade hospitalar pública. Ao mesmo tempo, a Política não cita os novos modelos de gestão, a exemplo das parcerias público-privada (PPP).

Entendendo política de saúde como resposta (ação ou omissão) do Estado às demandas sociais de indivíduos e coletividades, faz-se necessário, no caso da gestão hospitalar em pauta, a investigação das razões da escolha de um determinado modelo como resposta para os desafios da gestão hospitalar na Bahia.

Observou-se, através da revisão de literatura, que mesmo sendo um modelo em ascensão, as buscas por conteúdos relacionados às PPPs na gestão hospitalar apresentaram reduzida produção acadêmica no Brasil. A escassez da produção aponta para relevância da investigação proposta neste projeto de tese, pois, urge a ampliação do debate e da produção científica no país sobre tema/organização que tem se ampliado no cenário nacional e mundial.

Cabe destacar que a revisão da produção científica permitiu identificar a existência de estudos prévios nas áreas da administração, economia e direito, acerca do modelo PPP para hospital no Brasil, a exemplo da dissertação de Carrera (2014). No entanto, essa dissertação não teve como foco abordar questões centrais relativas ao campo da saúde coletiva, tais como a análise do processo histórico, político, econômico e mundial relacionados ao modelo e sua relação com os desafios de implementação do SUS. Também não utilizou referencial teórico que subsidiasse a análise da complexidade do processo da escolha dos modelos de gestão e atenção na saúde.

Diante da lacuna identificada na revisão de literatura faz-se necessário, portanto, ampliar o debate sobre a compreensão dos interesses dos diversos atores envolvidos direta e indiretamente, as estratégias por eles utilizadas e os determinantes culturais, políticos, ideológicos e econômicos que permearam o processo de decisão e delinearão o modelo PPP para a gestão hospitalar na Bahia.

O pressuposto dessa tese é que a escolha do modelo PPP foi fundamentada em quatro questões centrais: econômica, política, jurídica e ideológica. Pois, o modelo precisaria responder a: necessidade de recursos financeiros que atendessem à agenda

político-governamental de expansão dos serviços hospitalares na Bahia e a demanda de contratação de trabalhadores de forma que não ultrapassasse o limite prudencial da Lei de Responsabilidade Fiscal. Além disso, a escolha foi orientada por um posicionamento ideológicas dos gestores e governantes acerca da relação público-privada, sendo o setor privado entendido como mais qualificado para a gestão de um novo hospital. Essa lógica uniu dois polos de interesses, o público, que precisava de financiamento e o privado que buscava o lucro na prestação do serviço.

Diante do exposto, constituiu-se como questão central da pesquisa: Porque e como foi adotado o modelo de Parceria Público-Privada (PPP) para gestão hospitalar no SUS?

Toma-se como objetivo geral dessa tese: Analisar os processos de tomada de decisão e incorporação do modelo PPP para gestão hospitalar na Bahia no período 2007 a 2017. Sendo os objetivos específicos:

- ✓ Analisar o processo de escolha do modelo PPP na gestão hospitalar do SUS na Bahia;
- ✓ Identificar o papel e interesses dos atores envolvidos no processo de pré decisão e decisão acerca do modelo PPP para gestão do Hospital do Subúrbio na Bahia.
- ✓ Identificar elementos do contrato que se relacionam com os argumentos de defesa e interesses dos atores envolvidos no processo de decisão.

A tese está estruturada em dez capítulos. O primeiro apresenta a revisão de literatura relativa às parcerias público-privadas na literatura nacional e internacional, com destaque para suas experiências em outros países e para as categorias analíticas realçadas na literatura mundial, além de elencar experiências brasileiras relativas ao modelo PPP. O segundo capítulo explicita a escolha do quadro teórico que apoiou o estudo e detalha os procedimentos metodológicos utilizados na análise de documentos, entrevistas e da revisão de literatura. O terceiro capítulo lança luz sobre a polissemia conceitual utilizada por diversos atores no que se refere a articulação público-privado, incluindo o debate da constituição e uso de parcerias desde a criação do Brasil. O quatro capítulo apresenta os problemas da gestão hospitalar no Estado da Bahia que são apontados como geradores da busca de um novo modelo de gestão para hospitais. O quinto capítulo analisa os papéis e interesses dos atores governamentais e não governamentais na escolha do modelo PPP para gestão hospitalar na Bahia desde os estágios pré decisórios, descrevendo a trama que se desdobrou em distintos jogos de poder que povoaram esses momentos e viabilizaram a

escolha da Parceria para o Hospital do Subúrbio. O sexto capítulo detalha vantagens e desvantagens de cada modelo, elencando seus principais defensores e opositores e apresentando as razões para exclusão de outras alternativas de modelos de gestão, além de destacar a histórica utilização e diversidade de modelos aplicados à saúde no Estado da Bahia. O sétimo capítulo descreve e analisa a movimentação dos grupos de pressão em torno da alternativa PPP para gestão hospitalar, bem como as bases do processo de negociação entre atores governamentais e não governamentais, incluindo suas relações com organismos internacionais de fomento ao modelo PPP. O oitavo capítulo apresenta o resultado desse processo de negociação e os elementos contratuais que foram estabelecidos entre o governo e o consórcio vencedor, apontando sua relação com o processo de negociação e com a revisão de literatura. Também destaca as vantagens desse tipo de contrato e os desafios dessa modalidade de gestão. O nono capítulo destaca os dissensos existentes a cerca da gestão do trabalho no modelo PPP, destacando os pontos de vista ideológicos e pragmáticos delineados nas entrevistas, através de críticas dos opositores do modelo e valorização da flexibilidade da gestão do trabalho pelos defensores. O décimo capítulo apresenta a atualidade do debate acerca do futuro do modelo PPP no Estado da Bahia.

## **1 ESTADO DA ARTE DA PRODUÇÃO CIÊNTIFICA DAS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NO BRASIL E NO MUNDO**

Investigar as razões de escolha das parcerias público-privadas no campo da gestão hospitalar do SUS, requer um alargamento do olhar para relações históricas que vem se desenvolvendo no Brasil, bem como deste com o resto do mundo, marcadamente com organizações multilaterais de fomento como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional-FMI.

Assim, fez-se necessário pesquisar também experiências de PPPs em outros países para identificar eventuais correlações ou distinções entre as características desses modelos internacionais e o modelo escolhido para a Bahia, no Brasil.

Para tanto, realizou-se revisão de literatura que foi composta por dois momentos: 1- levantamento de descritores, através dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), relativos às Parcerias Público-Privadas, no qual foram encontradas palavras-chave em

espanhol, inglês e português; o momento 2 - correspondeu às buscas nas bases de dados BVS, Medline, Scielo, Webofscience e Lilacs, combinando os seguintes descritores: Parcerias Público-Privadas AND administração hospitalar; Parcerias público-privadas AND gestão hospitalar; *Public-Private Partnerships AND hospital management*; *Public-Private Partnerships AND hospital administration*.

No total foram encontrados 170 artigos. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, exclusão e retirada das repetições de textos foram selecionados 42 artigos e, depois da leitura dos resumos foram selecionados 29 artigos para leitura na íntegra.

Os critérios de exclusão foram artigos com temáticas relacionadas a organizações sociais, saúde suplementar, consórcio, que tratavam de PPPs em outras áreas que não são da saúde/hospitalar, tais como PPP e bioética, PPP para produção e pesquisa de medicamentos, prevenção de doenças, imunização, PPP para educação, atenção primária, controle de tuberculose, obesidade infantil, problemas nutricionais, saneamento básico, profissionalização em organizações de cuidado, melhoria no acesso a medicamentos, avaliação da qualidade do cuidado, artigos que comparavam hospitais públicos e privados, planejamento familiar, telemedicina, controle de hepatite, treinamento de médicos, aplicação de PPP para doenças tropicais, tratamento de câncer, epidemia de meningite, tratamento de malária, tuberculose, doenças raras, ampliação de centros de psico-trauma, testagens de HIV, além de artigos não disponíveis na íntegra.

Os critérios de inclusão foram eleger artigos que tratavam de PPPs relacionadas à saúde e a área hospitalar, além dos que debatiam razões da escolha do modelo jurídico institucional PPP e elementos relacionados a sua regulação, compartilhamento de riscos, *value for money*, governança e o papel do Estado nesta escolha. A leitura dos artigos selecionados também trouxe novas referências bibliográficas em seu bojo, que foram aproveitadas para a revisão de literatura.

Os artigos selecionados apresentaram debates sobre PPPs em países de diferentes continentes: Africano: Lesoto; Europeu: Espanha, França, Itália, Portugal, Reino Unido, Irlanda, Holanda, Dinamarca, Alemanha, Moldova; Asiático: China, Irã, Uzbequistão, Índia; bem como na América do Norte: EUA e Canadá, América Latina: Brasil, Chile, América Central: México e; Oceania: Austrália (BACHELET, 2014; BARROS; GIRALT, 2009; CABRAL, 2016; CARRERA, 2014; CRUZ; MARQUES, 2011; DARVISH *et al*, 2006; FERNANDEZ *et al*, 2014; GERARD, 2009; XU *et al*, 2010;

THAMER; LAZARRINE, 2015; CAPELLARO; LONGO, 2011; LOPEZ *et al*, 2008; PETERSEN, 2011; SALVATORE, 2013; SILVA, 2006; MCINTOSH *et al*, 2015; MCKEE, 2006).

Os principais conteúdos abordados nos artigos referem-se as influência de organismos internacionais no espraiamento do modelo pelo mundo; variedade de modelagem de projetos de PPP; justificativas para utilização dos modelos, qualidade e conteúdo dos contratos; compartilhamento de risco; regulação; eficiência do financiamento privado e performance da parceria; modelos organizacionais e modelos de PPP para hospitais e para o setor saúde; associação das PPPs às reformas de Estado e administrativas, além da correlação das PPPs com a ideia de modernização, inovação e ampliação de acesso a serviços (LOPEZ, 2008; COSTA, 2010; LIMA; COELHO, 2015; FERRO, 2015).

No que tange a crescente participação de atores privados nos processos de decisão das organizações multilaterais e dos Estados nacionais, Almeida (2017) defende que essa é uma variável extremamente relevante, capaz de alterar as relações de poder na formulação e implementação de políticas. Segundo a autora, esse fenômeno mundial aumentou muito nas últimas décadas gerando reflexos no setor saúde através de políticas e estratégias internacionais e nacionais que reforçam a difusão da agenda privatizadora e influenciam sua implementação.

Essa agenda privatizadora teria sido construída segundo três dinâmicas que contribuíram para emergência e fortalecimento das PPPs, vinculadas a mudanças no contexto da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID) e da ajuda externa: 1) construção político-ideológica da pobreza como objeto das políticas internacionais incentivadas pelo Banco Mundial; 2) o descrédito nas agências da Organização das Nações Unidas (ONU), consideradas inefetivas e pesadas e cuja comunidade de doadores defendeu que o desenvolvimento seria alcançado com uma relação mais equilibrada entre o Estado, o mercado e o “terceiro setor”. No caso da Organização Mundial da Saúde (OMS) foi questionada sua capacidade de liderança setorial e o protagonismo de novos atores nessa arena internacional, como o Banco Mundial, impulsionando o debate sobre a sua reforma e; 3) difusão da ideia de que a complexidade dos problemas globais a serem enfrentados exigiria a participação de todos os atores, públicos e privados (ALMEIDA, 2017).

Coaduna com essa compreensão Whitfield (2010) ao destacar o poder de adaptação econômica que o modelo PPP conseguiu em distintos ambientes econômicos, políticos e legais de diferentes países da Europa, América do Norte, Austrália, Rússia, China, Índia e Brasil.

Para compreender melhor esse cenário mundial, recuperou-se um pouco da história da constituição de parcerias em outros países e observou-se que desde 1973 o governo inglês passou a experimentar parcerias com o setor privado como alternativa à dificuldade de obtenção de capital público para a realização de grandes obras, resultante do impacto da crise do petróleo que gerou déficits crescentes nos cofres públicos e forçou a busca por alternativas de investimentos de grande porte por parte dos Estados Nacionais. Desde então, o “*Private Finance Initiative*” (PFI<sup>1</sup>) tem sido usado em mais de vinte setores da economia inglesa. Os Ministérios ingleses que mais utilizam esse modelo contratual são o Ministério dos Transportes (22% do total de projetos), Saúde (16%) e Educação (16%) (SEMEIA, 2015).

Entre 1998 e 2004, os gastos públicos com PPP atingiram 11% do investimento público no Reino Unido. É notável o pioneirismo inglês em realizar reformas para reduzir a intervenção do Estado na economia, transformando seu papel em regulador e flexibilizando a sua gestão. Exemplo disto foram as reformas institucionais do governo Thatcher nos anos 1980 que revisou os papéis do Estado e da iniciativa privada, reduzindo as atribuições do primeiro, transformando e flexibilizando a gestão por meio do *New Public Management* (SEMEIA, 2015).

Esse paradigma do *New Public Management* inspirou, no Brasil, a Reforma Gerencial de 1995, que incentivou a construção de modelos organizacionais mais flexível ou pluralismo institucional; gestão para resultados e novas formas de *accountability*. Isso se traduziu na criação de diversos modelos institucionais e organizacionais na provisão de serviços públicos (CARRERA, 2014).

No caso do Reino Unido, o modelo de Parcerias Público-Privadas (PPPs) surgiu em 1992, composto por um rol de ações envolvendo capital privado nos investimentos

---

<sup>1</sup> Através das *Private Finance Initiative* (PFI), o poder público inglês contrata a compra de serviços em longo prazo. As PFI financiam infraestrutura, serviços de manutenção e apoio nos hospitais (serviços conhecidos como ‘bata cinza’), mediante contratos de arrendamento, além de reformas e construções, não apenas em hospitais. O modelo inglês de PPP não envolve serviços clínicos (‘bata branca’), entretanto, em outros países, as PPP englobam ambos serviços (bata cinza e branca), como por ex. em Portugal e na Espanha (Almeida, 2017).

em infraestrutura, especialmente em obras e gestão de serviços públicos. As justificativas apresentadas para a utilização do modelo são a melhoria na disponibilidade de serviços públicos, compartilhamento de riscos, eficiência do setor privado na gestão, o aumento da eficiência orçamentária do Estado, a melhoria na governança e o aumento dos investimentos em serviços públicos (BARBOSA; MALIK, 2015).

Para Manica (2016) a principal característica do modelo inglês de PPPs na área da saúde se refere à delimitação dos serviços envolvidos que não alcançam os serviços médicos ('bata branca<sup>2</sup>'), razão pela qual o modelo é conhecido como 'bata cinza', referência aos serviços de construção, equipamentos e apoio operacional. Esse modelo é o mais difundido por todo o mundo.

Em Portugal, o programa de parcerias foi instituído em 2002 com a regulamentação de modelos de investimento e gestão de unidades hospitalares. No entanto, a imprecisão na administração de riscos, impactos orçamentários imprevistos, atrasos nos cronogramas dos projetos compuseram a maioria dos problemas enfrentados pela iniciativa (BARBOSA; MALIK, 2015).

O programa português de parcerias público-privadas no setor saúde atualmente contempla dois grandes modelos. No primeiro, de modo semelhante à experiência inglesa, o objeto da parceria restringe-se à construção e gestão do edifício hospitalar, sendo que a gestão dos serviços assistenciais é mantida pelo Poder Público. No segundo modelo, a estruturação da parceria envolve dois contratos distintos: um para construção e administração do edifício hospitalar, em regra por um prazo de 30 anos; e outro para a gestão dos serviços médicos, em regra pelo prazo de 10 anos. Nesse segundo modelo, tem-se uma dupla contratualização: um contrato para o desenvolvimento e operação de infraestrutura ('bata cinza') e outro contrato para a gestão dos serviços propriamente de saúde ('bata branca') (MANICA, 2016).

Na Espanha, a primeira PPP no setor de saúde teve início com a construção e gestão do Hospital de Alzira, em Valência, inaugurado em 1999. O objeto contratual englobava a construção do hospital e a gestão dos serviços clínicos e não clínicos, durante o prazo de 10 anos, com possibilidade de renovação por até 15 anos. Ocorre que, por

---

<sup>2</sup> As modelagens de PPP na saúde variam e podem envolver ou não serviços clínicos assistenciais. A literatura distingue esses modelos como bata branca e bata cinza. Para Almeida (2017) a bata cinza refere-se à infraestrutura, serviços de manutenção e apoio nos hospitais, tais como gestão predial e administrativa e a bata branca é descrita como a modelagem que inclui serviços clínicos e atendimento médico aos usuários.



razões e inviabilidade financeira do projeto, o contrato foi rescindido antecipadamente no ano de 2003, sendo substituído por um segundo contrato, que incluiu no mesmo ajuste tanto os serviços ‘bata cinza’ quanto os serviços ‘bata branca’. Essa modelagem de Parceria Público-Privada ficou conhecida como ‘modelo Alzira’, replicado com êxito em diversas experiências do Programa de Saúde de Madrid (MANICA, 2016).

No Chile, a implantação de hospitais construídos e operados pela iniciativa privada começou a ser estruturada durante entre 2000 e 2006 em consequência do sucesso do modelo na construção e manutenção de estradas (BARBOSA; MALIK, 2015).

Na Itália, segundo Civittilo (2014), as PPPs foram introduzidas como legislação em 1998 através da Lei Merloni. Este autor avalia a introdução de PPPs no país como uma prática recente em que de 2002 a 2012 tiveram sua adoção ampliada.

Segundo Fernandez *et al*, (2014), no seu nascedouro, as PPPs foram utilizadas em diversos setores de infraestrutura, em grande parte do continente Europeu, nos Estados Unidos e na América Latina. Atualmente a maior concentração destes contratos públicos ocorre nos setores de saúde, saneamento básico, prisões, rodovias e escolas. No âmbito da construção e gestão hospitalar os autores afirmam que no velho continente há um grande número de países que utiliza essa modalidade contratual para a construção e gestão das atividades hospitalares como, por exemplo, Espanha, Itália e Portugal e outros se concentram apenas no processo de construção, bem como, a Alemanha e a França. De modo geral, destacam-se o Reino Unido, Itália, Espanha e Portugal como países europeus com grande intensidade no uso de contratos do tipo de PPP.

A revisão de literatura também trouxe, como novidade no campo das parcerias, a composição de consórcio ou *mix* de companhias para administrar uma PPP e a necessidade de os formuladores de políticas avançarem na avaliação da utilização do modelo tendo em vista os impactos no desempenho hospitalar (GERARD, 2009). Destaca-se também artigo relacionado ao papel dos *stakeholders* (CABRAL, 2016) e os desafios das parcerias referentes à transparência, governança, governabilidade e gestão (CRUZ, 2011; MARQUES, 2011; THAMER; LAZARRIN, 2015).

Preocupações com a capacidade de o parceiro público elaborar projetos de PPP que atendam a seus interesses; negociar contratos; garantir uma efetiva distribuição de risco com o privado; acompanhar o desempenho da PPP, no que tange a qualidade dos

serviços prestados; além das implicações financeiras da parceria também foram questões abordadas nos artigos (DARVISH *et al*, 2006; MCINTOSH *et al*, 2015).

Alguns artigos retrataram ou citaram revisões de literatura acerca das PPPs descrevendo estudos que compararam modelos de PPP entre países e hospitais de mesmo perfil com gestão PPP e gestão pública (PLATZ *et al*, 2016; ACERETE, 2011; WHITFIELD, 2010). Dois estudos, um do Chile e outro da Itália (BACHELET, 2014; CAPELLARO; LONGO, 2011) mencionaram as razões da escolha do modelo, sugerindo que este tema fosse aprofundado para ampliar o entendimento da ampliação do modelo PPP pelo mundo e no campo da saúde.

Para Bachelet (2014) as razões por que alguns governos decidiram avançar em políticas de concessões na área social são principalmente dois: pragmático e ideológico. O pragmatismo devido à necessidade de resolver lacunas no investimento hospitalar em curto espaço de tempo e o ideológico porque acreditam que o setor privado está mais qualificado a fazer uma gestão eficiente.

A revisão de literatura também permitiu identificar quão vasta é a variabilidade conceitual assumida por diferentes autores acerca do modelo parcerias público privadas ao redor do mundo. As configurações, entendimento e utilização das PPPs variam entre país, bem como no interior destes. Por isto, entende-se como importante trazer algumas definições utilizadas por estudiosos da área e organizações multilaterais.

Segundo Civittilo (2014, p. 142), a Comissão Europeia, por exemplo, distingue dois tipos de PPP:

PPP of a purely contractual nature, where the partnership is based solely on contractual links and may fall within the scope of European Directives on public procurement; PPPs of an institutional nature. These PPPs involve cooperation within a distinct entity and may lead to the creation of an ad hoc entity held jointly by the public sector and the private sector or the control of a public entity by a private operator.

Ainda conforme este autor, o *World Bank* (2003, p. 142) entende que:

PPP refers to arrangements, typically medium to long term, between the public and private sectors whereby part of the services or works that fall under the responsibilities of the public sector are provided by the private sector, with clear agreement on shared objectives for delivery of public infrastructure and/or public services.

A *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD), por seu turno, define PPP *as a long term agreement between the government and a private*

*partner where the service delivery objectives of the government are aligned with the profit objectives of the private partner (CIVITTILO, 2014).*

Portanto, as compreensões sobre PPP referem-se tanto a um novo tipo de governança que substitui métodos contratuais tradicionais para serviços públicos, através do fomento à competitividade, quanto ao entendimento de que PPP é uma nova expressão para o gerenciamento público que inclui, para isto, organizações privadas para prover serviços de saúde. Outros autores ainda descrevem PPP como uma associação de elementos estruturantes, a saber: divisão de riscos entre os parceiros, durabilidade da cooperação e envolvimento e esforço mútuo para a consecução dos objetivos propostos.

PPPs are a big container of many families. It is not a simple matter to judge whether PPPs are (1) the next chapter in the privatization story; (2) another promise in our ongoing attempts to better define and measure public sector service performance; (3) a renewed support scheme for boosting business in difficult times; or (4) a language game camouflaging the next frontier of conquering transaction merchants, legal advisors, and merchant bankers pursuing fat commissions (HODGE; GREVE, 2007, p. 548).

Hodge e Greve (2007) também afirmam que *Public-private partnerships are enjoying a global resurgence in popularity, but there is still much confusion around notions of partnership, what can be learned from our history with partnerships, and what is new about the partnership forms that are in vogue today.*

*In Canada PPPs there being described in such terms as the memorable phrase “Problem, Problem, Problem”. On the other side of the coin, PPPs have been dubbed a “marriage made in heaven” by other commentators who appreciate the allure of better-defined and controlled services through tight contracts (HODGE; GREEVE, 2007, p. 549).*

Buse e Harmer (2004) sugerem que as PPPs representam outro veículo para atores poderosos exercerem sua influência e satisfazerem seus próprios interesses. Os autores afirmam que aqueles que governam parcerias constituem uma elite não representativa e definem a agenda de saúde global conforme sua conveniência além de gerarem enquadramento acerca do discurso da saúde de tal forma que moldam nossos pensamentos, e compreensão dos problemas de saúde globais. Por fim, concluem que *the concept of partnership is constructed through a dominant discourse as ‘natural’, inevitable, and as ‘win-win.’ Partnerships are, therefore, considered desirable solutions*

*to global health crises. Afirmam esses autores que no geral, as PPPs seem to have at least two dimensions. The first dimension is finance: How are public and private actors engaged financially in PPPs? The other dimension is organizational: How tightly organized are public actors and private actors?*

Para Cappellaro e Longo (2011) *PPPs have long been considered as the form of provision able to maximise the gains deriving from private production, while preserving the collective goals of the public realm. However, these hybrid solutions may be rather difficult to design and implement, due to the heterogeneous - and potentially conflicting - missions, goals, organizational cultures and legal frameworks adopted by the partners.*

Almeida (2017) reitera que na literatura não há uma definição consensual acerca do termo PPP. Segundo a autora o fato de os entes públicos e privados serem chamados de parceiros esconde atrás de uma pretensa uniformidade, as diferenças de status, objetivos e interesses.

Para Barbosa e Malik (2015), a PPP envolve diversas abordagens das relações entre Estado e iniciativa privada, incluindo-se o controle privado de empresas estatais, a venda de serviços públicos em mercados abertos e outros modelos em que a capacidade financeira privada é utilizada para exploração comercial dos ativos do governo.

Hodge e Greve (2007) afirmam que as PPPs se materializam em cinco diferentes “famílias de parcerias”: 1- Cooperação institucional para produção conjunta e partilhada de riscos; 2 - Contratos de infra-estrutura de longo prazo, que enfatizam especificação de resultados em contratos de longo prazo como na Inglaterra com os *Private Finance Initiative projects*; 3 - Redes de políticas públicas, em que os relacionamentos das partes interessadas são enfatizados; 4 - Sociedade e comunidade civil de desenvolvimento; 5 - Relacionados a renovação urbana como é o caso dos EUA.

Mckee *et al*, (2006) incrementam ainda mais as definições citando os seguintes arranjos para hospitais que incluem modelos de PPP: 1 - Franchising: autoridade pública contrata uma empresa privada para gerenciar hospital existente; 2 - DBFO (*design-build-finance-operate*), através do qual o consórcio privado projeta instalações com base em requisitos da autoridade pública, constrói, financia o custo de capital e opera as instalações; 3 - BOO (*build, own, operate*): a autoridade pública compra serviços por período fixo (ex: 30 anos), após o qual a propriedade permanecerá do fornecedor privado; 4 - BOOT (*build-own-operate-transfer*): autoridade pública compra serviços por período

fixo e a propriedade é revertida para a autoridade pública após este período; 5 - BOLB (*buy, own, lease back*): o contratado privado constrói o hospital que passa a ser alugada e administrada pela autoridade pública; 6 - *Alzira Model*: o contratado privado constrói e opera o hospital, com contratos que preveem provisão de assistência a uma população definida.

## 1.1 PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DAS PPPs REALÇADAS NA LITERATURA MUNDIAL

Para além da curiosa variabilidade de entendimento acerca do uso das PPPs, a revisão de literatura também permitiu ratificar a hipótese de que pesquisar sobre as PPPs torna imprescindível analisar interesses, atores e o exercício dos poderes. Afinal, as PPPs introduziram novos atores, geraram recursos adicionais na arena internacional da saúde e criaram novas oportunidades para que o setor privado exerça poder de influência sobre organizações do setor público, ao estabelecer normas e padrões para áreas específicas.

Ao analisar a política das PPPs em saúde é possível observar como essas alteraram a distribuição relativa do poder entre as organizações, entre setores público e privado, e entre o Norte e o Sul globais (BUSE; HAMER, 2004).

Afinal, o espaço de debate e avaliação das PPPs é ocupado por diferentes grupos de interesse, tais como advogados, consultores, banqueiros, empresas de construção civil, empresas jurídicas especializadas no tema, entre outros.

Segundo Hodge e Greeve (2009), os governos também estiveram entre os mais ardentes defensores, através de ministros e gestores responsáveis por finanças. No entanto, as altas expectativas sobre a formação de PPPs têm muitas vezes resultado em formas inadequadas de interação entre o setor público e organizações privadas.

Por outro lado, Buse e Harmer (2004) consideram a possibilidade de o poder nas PPPs ser exercido para incentivar a melhoria da responsabilidade social e das práticas das burocracias públicas; para ampliar a tomada de decisão de grupos marginalizado, como organizações da sociedade civil e; de forma mais geral, para promover a boa governança em saúde. Ressalvam que há uma importante omissão no debate acerca das PPPs afirmando que no nível global o conceito de poder é tratado apenas como uma das

características pela literatura. Para esses autores, a omissão é surpreendente porque questões de poder estão no coração de muito do que é controverso sobre PPPs.

Portanto, o debate sobre a adesão às PPP seria fundamentalmente o de quem tem o poder, autoridade e legitimidade para estabelecer os padrões de conduta corporativa. Ademais, em alguns casos estudados por Buse e Hamer (2004) o parceiro privado estava em posição de monopólio em relação a um produto ou serviço, ou seja, o setor público não tinha alternativa de escolha de outra empresa. Concluem esses autores que apesar da sua natureza política, as parcerias não foram investigadas explicitamente sendo o estudo do poder nas PPPs "globais", em particular, merecedor de um exame mais minucioso.

Atualmente os governos estão entrando em relações comerciais de longo prazo com parceiros privados, através de contratos mais sofisticados e de grande alcance nunca antes experimentados. Os enormes compromissos financeiros feitos pelos governos em nome dos cidadãos fazem essas investigações acerca das PPPs ainda mais importantes. Exemplos disso são os projetos de infraestrutura que envolvem muitas formas de arranjos contratuais (HODGE; GREEVE, 2007).

Em relação ao desempenho e custo efetividade foi encontrado estudo de McIntosh *et al*, (2015) informando que embora as implicações financeiras das PPPs tenham sido analisadas, poucos estudos examinaram o impacto das parcerias nos resultados do desempenho clínico. Os autores compararam duas unidades hospitalares, uma gerenciada pelo governo de Lesoto, na África, e outra administrada por PPP utilizando medidas quantitativas para avaliarem a capacidade, utilização, qualidade clínica e resultados dos pacientes. Também realizaram entrevistas com informantes-chave para ajudar a explicar as diferenças de desempenho. Segundo os autores, o estudo demonstrou que a unidade gerenciada por PPP forneceu mais serviços de melhor qualidade e obteve ganhos significativos em resultados clínicos, em comparação com a gerenciada pelo governo. Concluíram que as PPPs de atenção à saúde podem melhorar o desempenho hospitalar e explicar as diferenças nos desfechos clínicos através de mudanças nas práticas de gestão e liderança.

Nesse caso, cabe interrogar se na unidade hospitalar, com gerencia governamental, fossem implementadas as referidas mudanças na prática de gestão e liderança se haveria também melhoria no desempenho a partir dessa “inovação”. Pois,

disso poderia inferir-se que mais que a escolha do modelo de gestão, os gestores tem que se preocupar com as práticas profissionais que neles se desenvolvem.

Além disso, outros estudos trazem elementos contraditórios, como os debatidos por Platz *et al*, (2016) que referem estudos de caso de PPPs no Canadá envolvendo escolas, pontes e estações de tratamento de água para serviços sociais e alimentos hospitalares onde concluiu-se que as alegações de redução de custos e fornecimento eficiente de serviços através de PPPs, para economizar dinheiro dos contribuintes e beneficiar os consumidores, foram rotuladas como afirmações ideológicas. Os estudos apontaram que os projetos de PPP eram mais caros de construir e financiar, forneciam serviços de menor qualidade e eram menos acessíveis em comparação com projetos construídos e operados publicamente.

Outra questão abordada nos artigos de revisão foi a inovação, apontada como uma característica típica das PPPs. Segundo Lopez (2008) o potencial de inovação tecnológica não está presente nos sistemas públicos tradicionais. O autor sugere que para trazer a inovação tecnológica ao setor público, as PPPs podem ser usadas para permitir que as ideias inovadoras do setor privado viabilizem essa colaboração. No entanto, ressalva que na maioria dos casos, o retorno esperado do investimento da inovação direciona a tecnologia para os mercados consumidores e provavelmente essas inovações não ingressam no setor público no curto prazo. Ao atribuir ao setor público a ‘necessidade’ de reconhecer o valor e recompensar a inovação tecnológica sugere que para isso o público preste apoio financeiro a empresas privadas

A solução aparentemente simples apontada pelo autor destoa das dificuldades financeiras do setor público que inclusive são utilizadas como razão para a constituição de PPPs.

Além disso, Mckee *et al*, (2006) analisam como questão crucial das PPPs os custos. Tomando para análise o modelo PFI britânico que deve conter o custo para a autoridade de saúde, transferindo o risco para os contratados, esses autores afirmam que na prática, os títulos corporativos utilizados para financiar negócios do PFI são pior avaliados do que os títulos do governo.

Sobre o compartilhamento do risco, característica aclamada pelos defensores das PPPs, cabe destacar a compreensão do quanto esse compartilhamento também beneficia o parceiro privado visando atraí-lo para um “ambiente de negócios” mais

seguro. Conforme Lima e Coelho (2015) a proposta de alocar de forma objetiva os fatores de riscos associados à construção e ao funcionamento de equipamentos públicos entre o setor estatal e o setor privado no Brasil, buscando mitigar tais fatores de riscos, antes eminentemente estatais tem a intenção de criar ambiente de negócios mais seguro para o aporte de capitais da iniciativa privada ao financiamento de infraestrutura.

Por outro lado, Platz *et al*, (2010) servem-se do relatório da agência de classificação *Standard and Poor's*, que descobriu que os investidores em PPPs enfrentam um risco relativamente “benigno” e que as cláusulas de penalidade pela não entrega de serviços pelos parceiros privados são pouco rigorosas. Esse estudo questionou se os riscos estavam realmente sendo transferidos para os parceiros privados nesses projetos.

Observa-se, portanto, que o compartilhamento de risco nas PPPs também requer mais estudos, considerando as diferentes modelagens que a parceria pode assumir, o contexto econômico do país ou localidade onde se estabelece e os serviços a serem prestados pelo parceiro privado. Ou seja, a análise do risco nas parcerias é mais complexa do que a simples listagem de seu compartilhamento constante no contrato.

No que tange a regulação, essa é tratada nos artigos como mais um dos desafios das PPPs. Para Cardoso *et al*, (2017) ainda é necessário avançar em ações de regulação integrada para um Sistema Nacional de Saúde. Isso significa um passo adiante na construção da reforma sanitária, pois implica ações dirigidas tanto ao SUS como ao segmento privado, contratado ou não pelas operadoras de planos de saúde, ou seja, ações regulatórias direcionadas ao conjunto dos componentes essenciais e aos resultados do sistema de saúde como um todo.

Afinal, historicamente há incongruências dos objetivos dos setores público e privado, pois, as corporações do setor privado buscam maximizar seus lucros o que, provavelmente, produz incompatibilidades com a garantia de acesso universal a serviços públicos com o grau de qualidade requerido.

Exemplo disso é trazido por Whitfield (2010) que examinou o crescente mercado secundário de investimentos em PPP, afirmando que se compram e vendem escolas e hospitais como commodities em um “supermercado global”.

O mesmo autor cita também que encontrou casos de técnicas fraudulentas de avaliação na relação custo-benefício e manipulações na transferência de risco, de modo que as PPPs parecessem superar a provisão pública tradicional. O autor ainda frisou que



as PPPs minam a democracia reduzindo sistematicamente a responsabilidade, a capacidade e o poder do Estado (WHITFIELD, 2010).

Para Hodge e Greeve (2009), as evidências acerca da PPP ser uma melhor opção ainda estão pouco claras, pois os estudos por eles encontrados apresentam desenhos avaliativos pobres. Eles analisaram estudos acerca de um dos mais exaltados objetivos dos defensores das PPPs, o *Value for money*<sup>3</sup> – VFM e encontraram evidências divididas: dos 22 artigos, 11 afirmaram haver VFM nos contratos analisados, 9 afirmaram não haver e dois registraram incerta na existência de VFM. Por isso, os autores afirmam ser necessário investir na pesquisa do tema para melhorar a confiabilidade desses achados.

A Lei brasileira de PPP, no seu art. 10º, condiciona a abertura da licitação à demonstração da conveniência e oportunidade da contratação, mediante identificação das razões que justifiquem a opção pela forma de parceria público-privada. No entanto, embora essa exigência legal se aproxime do conceito de análise do *Value for Money*, amplamente difundida no exterior, os governos brasileiros ainda carecem de metodologias aplicáveis ao contexto nacional (PPPBRASIL, 2013).

Esse princípio da vantajosidade representa a busca, pela administração pública, através da análise das propostas apresentadas nos procedimentos licitatórios, da obtenção da melhor relação custo-benefício nas suas contratações. Segundo Filho (2012) não se trata apenas da busca pelo menor desembolso financeiro, mas de assegurar que os procedimentos licitatórios garantam que os recursos públicos sejam alocados da maneira mais eficiente possível, ponderando-se as prestações recebidas do particular com os encargos assumidos pelo Estado. Neste aspecto, a “vantajosidade” está intimamente ligada aos princípios da eficiência e da economicidade.

Portanto, a revisão de literatura demonstra que entender as razões da escolha do modelo PPP requer também a investigação dos aspectos contratuais, do *Value for Money*, compartilhamento de riscos e recursos financeiros envolvidos. Afinal, estes deveriam ser elementos importantes para a tomada de decisão acerca de um modelo de gestão hospitalar.

---

<sup>3</sup> *Value for money* é um conceito sobre custo-benefício dos investimentos a serem realizados, onde se considera não apenas o pagamento do preço mínimo na aquisição de bens e serviços, mas também a vantagem para o ente público de uma correta alocação de risco, além de ganhos com novas tecnologias e prazos mais otimizados (CAONI, 2016). O procedimento para demonstração do Value for Money é baseado em análises que comparam os custos ou pagamentos a serem realizados pelo setor público para a construção e operação de um projeto sob diferentes métodos de aquisição (modelos de contrato).

## 1.2 AS PPPS NO BRASIL E NA GESTÃO HOSPITALAR

Visto a amplitude e complexidade da inserção do modelo PPP ao redor do mundo observa-se, através da legislação brasileira, um movimento de continuidade e aproximação, entre diferentes governos brasileiros, com a iniciativa privada na perspectiva de implantação de novas modalidades de relação do público com o privado. Toma-se como primeiro exemplo a Constituição Federal que permite, em seu Art. 175, a prestação de serviços públicos sob regime de concessão ou permissão. Na década de 90, o governo Collor, através da Lei 8.031/1990 criou o Programa Nacional de Desestatização com objetivos de reordenar a posição estratégica do Estado na economia, transferindo a responsabilidade à iniciativa privada. Na mesma década, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) promulgou-se a Lei 9.074/1995 que definiu quais serviços e obras públicas, de competência da União, se sujeitariam ao regime de concessão ou de permissão, além de estabelecer o prazo das concessões e permissões em vinte e cinco anos, prorrogável por dez anos. Dois anos depois, no mesmo governo FHC editou-se a Lei 9.491/1997 que instituiu o Programa Nacional de Desestatização tendo como um de seus objetivos o fortalecimento do mercado de capitais e como objeto de desestatização as empresas, inclusive instituições financeiras, controladas direta ou indiretamente pela União.

Em 2004, o governo Lula promulgou a Lei 11.079/2004 que instituiu normas gerais para licitação e contratação de PPP no âmbito da administração pública. Na sequência, o mesmo governo publicou o Decreto 5.385/2005 que instituiu o Comitê Gestor de Parceria Público-Privada Federal – CGP com as competências de elaborar e enviar ao Congresso e Tribunal de Contas da União o relatório anual de desempenho de contratos de PPP. Em 2016, um mês após assumir a presidência da república, Temer criou o Programa de Parcerias de Investimentos – PPI, no âmbito da Presidência da República, destinado à ampliação e fortalecimento da interação entre o Estado e a iniciativa privada através da Lei 13.334. Menos de um ano depois estabeleceu, através da Lei 13.448/ 2017, as diretrizes para prorrogação e relicitação dos contratos de parceria.

Nota-se, portanto, que independente do governo e partido político, a ‘desestatização’ de alguns serviços foi sendo reiterada no campo legislativo ao longo de

mais de 20 anos, se considerado o marco da Constituição Federal de 1988 que criou o SUS.

Um dos argumentos acerca da utilização dessas ‘estratégias políticas’ para atrair investimentos privados na economia, principalmente no setor de infraestrutura, foi a queda no investimento público. Segundo Semeia (2015), na década de 90, os investimentos totais caíram para 20,4% e desses 2,7% eram investimentos públicos, chegando a apenas 1,8% do PIB entre 2000 e 2003. A diminuição dos recursos públicos e as restrições ao endividamento do Estado são apontados como elementos que corroboraram para mecanismos híbridos de investimento em obras públicas, como as PPP.

Barbosa e Malik (2015) também afirmam que foi em virtude da insuficiente capacidade do Estado em investir em infraestrutura que se iniciou um ciclo de proposições de PPP envolvendo diversos setores econômicos. Exemplificam que entre 2005 e 2010 foram iniciados 36 procedimentos para implantação de PPPs nos níveis federal e estaduais em áreas como estradas, irrigação, centrais de atendimento público, estádios esportivos, saneamento básico e centros logísticos.

Segundo Pereira (2015) há mais de 80 PPPs assinadas no Brasil e uma grande página em branco para ser preenchida na medida em que os desafios vinculados à gestão desses contratos ainda não estão escritos e formalizados. O autor destaca que durante o período acima referido, a única experiência de implantação de PPP em saúde ocorreu em 2010, com a implantação do Hospital do Subúrbio em Salvador- Bahia.

A inspiração da legislação brasileira, conforme Almeida (2017) teria vindo das PFI inglesas, e os procedimentos contratuais assemelhando-se ao do modelo espanhol.

Para compreender como este modelo se estabeleceu no Brasil cabe explicitar que a concepção de PPP vigente envolve o estabelecimento de relação contratual entre poder público e parceiro privado em um âmbito diferente daquele utilizado nos contratos administrativos previstos pela Lei no 8.666 (BRASIL, 1993).

A lei 11.079/2004, em seu Art. 4º elenca as diretrizes a serem seguidas na contratação de PPPs: eficiência no cumprimento das missões de Estado e no emprego dos recursos da sociedade; respeito aos interesses e direitos dos destinatários dos serviços e dos entes privados incumbidos da sua execução; indelegabilidade das funções de regulação e de outras atividades exclusivas do Estado; responsabilidade fiscal na

celebração e execução das parcerias; transparência dos procedimentos e das decisões; repartição objetiva de riscos entre as partes; sustentabilidade financeira e vantagens socioeconômicas dos projetos de parceria (BRASIL, 2004).

Destaca-se que no que se refere a vantagens socioeconômicas, a lei trata igualmente os dois entes público e privado. No entanto, para as políticas sociais em sua relação com o universo econômico a associação de vantagens para todas as partes não é o que a história vem demonstrando até a presente década.

Por outro lado, a legislação brasileira tem como características importantes a limitação de contratação de entidades sem fins lucrativos e requisitos de qualificação determinados por decretos específicos, onde:

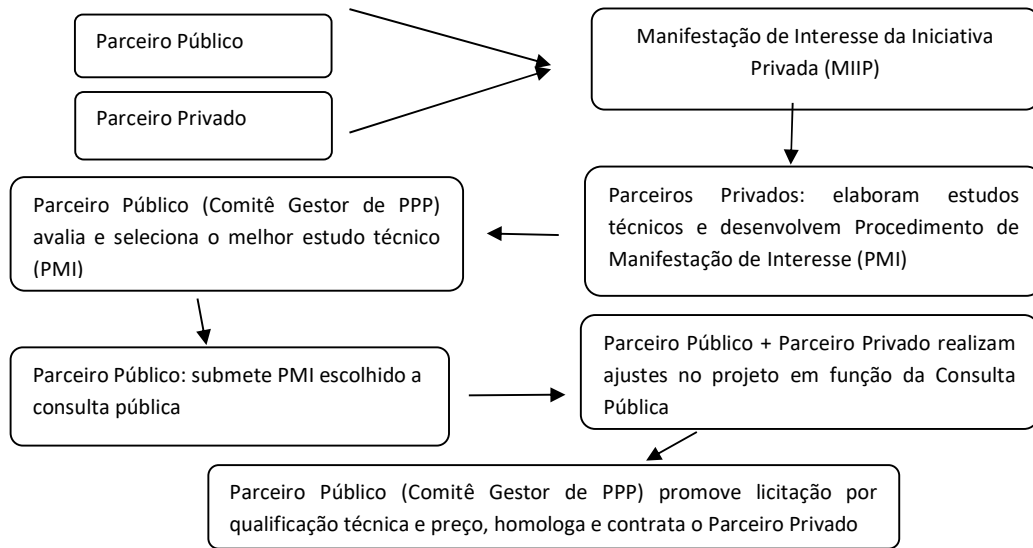
os contratos enfrentam no espaço dialógico do setor a concorrência entre defensores e detratores do modelo. Estes consideram que saúde constitui atividade indelegável à iniciativa privada, enquanto aqueles defendem uma flexibilização que permita ganhos de eficiência que beneficiem usuários finais (BARBOSA; MALIK, 2015, p. 1.150).

Assim, ocorre o desenvolvimento de uma relação contratual com a instituição de dois modelos de concessão que se diferenciam da concessão tradicional pelo aporte complementar de recursos do governo no custeio de atividades de prestação de serviços tarifados (concessão patrocinada) e pelo custeio integral dos serviços prestados pelo parceiro privado aos usuários finais (concessão administrativa) (BRASIL, 2004).

Para criação de uma PPP, a lei 11.079/2004 instituiu os seguintes procedimentos: a) instalação do Comitê Gestor da Parceria Público-Privada; b) criação de fundos garantidores das PPPs com natureza privada e patrimônio próprio, formado pelos valores, bens e direitos integralizados pelos quotistas, no caso os parceiros públicos (BRASIL, 2004).

A título de exemplificação delinea-se o processo de implementação de uma PPP no setor saúde abaixo.

### Ciclo de procedimentos necessários ao desenvolvimento e contratação de PPP



Fonte: Barbosa e Malik (2015).

Outros aspectos importantes devem ser considerados na proposição e seleção de projetos de PPP em saúde. Segundo Barbosa e Malik (2015) o modelo pode ser aplicado em setores em que os serviços possam ser definidos, medidos e avaliados, o que não ocorre em termos práticos nos hospitais. Nesse caso, ambos os parceiros enfrentam dificuldades na definição de projeto de referência para hospitais, posto que o setor ainda se caracteriza por um grau elevado de imprevisibilidade e variabilidade de processos. Em consequência torna-se comum na definição de papéis, responsabilidades e compartilhamento de riscos a separação nos projetos das atividades de apoio das propriamente assistenciais.

Para tanto, Barbosa e Malik (2015) sinalizam que a implantação de programas de PPP demanda a elaboração de estudos técnicos, projeções de demanda de serviços, projetos técnicos e econômico-financeiros que permitam aos gestores públicos a comparação com outras formas de investimentos nos setores. Também pressupõe elaboração de modelos de negócios e análises de riscos que viabilizem contratos juridicamente adequados, sob controle e conhecimento da sociedade, elaboração de editais e procedimentos licitatórios que atendam aos interesses do poder público e busquem conciliar os interesses dos parceiros privados e da sociedade.

Entre os principais requisitos a serem atendidos, conforme a lei, estão o estudo sobre conveniência e oportunidade da utilização do modelo, análise de necessidades, comparação com alternativas de contratação e justificativa da opção.

Dado o grau de complexidade que abrange o tema com suas possíveis assimetrias de informação e análise que envolvem os parceiros, a proposição de unidades de saúde por meio de PPP não deve prescindir de uma criteriosa avaliação da pertinência de sua implantação e das matrizes de risco e de responsabilidades dos atores envolvidos (CARRERA, 2014).

Principalmente no campo da saúde, essa complexidade dos projetos pode demandar dos parceiros privados, formuladores do procedimento de manifestação de interesse (PMI), o apoio de várias áreas de conhecimento: avaliação de perfis epidemiológicos e demográficos, projetos de arquitetura e de tecnologia para as unidades hospitalares, dimensionamento de trabalhadores, além de investimentos para organização jurídica de consórcio.

A complexidade também se apresenta na incompletude contratual dos projetos para área da saúde, a exemplo de dois regimes contratuais distintos: *bundling* (empresas são agregadas em um consórcio) e *unbundling* (firmas são contratadas separadamente) e examina-se qual é o mais adequado para a aplicação desta forma de PPP.

Fernandes *et al*, (2014) resumem a duas diferentes estruturas contratuais para utilização do modelo PPP para gestão de hospitais: a primeira consiste em reunir investimento e provisão de serviço dentro de um único contrato e a segunda mostra-se mais usual no setor saúde caracterizando-se por possuir dois diferentes contratos, um para o investimento e outro para a provisão de serviço.

No caso da PPP do Hospital do Subúrbio as empresas que ganharam a licitação se constituíram enquanto consórcio e o contrato é único para investimento e prestação de serviços, incluindo o atendimento assistencial de usuários.

Barbosa e Malik (2015) destacaram que no Brasil, a partir dessa experiência na Bahia, o setor privado passou a se interessar por projetos relacionados à saúde, especialmente em hospitais. As iniciativas ocorreram nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará, Mato Grosso, Espírito Santo, Rio Grande do Norte, Rondônia e no Distrito Federal. Além de nos municípios de Belo Horizonte, São Paulo, Sorocaba e Manaus. Nesse cenário de ampliação de PPPs na saúde, as autoras identificaram projetos,

em diferentes etapas do processo de proposição e contratação, para 36 hospitais, 328 unidades básicas de saúde, 04 centrais de diagnósticos por imagens, 04 centros de apoio logístico e 01 para indústria farmacêutica.

Para apresentar uma dimensão mais detalhada desta inserção do debate e implantação de PPPs no Brasil, Barbosa e Malik (2015) afirmam que dos 8 Estados que apresentaram propostas de PPP, entre 2010 e 2014, apenas a Bahia iniciou suas operações e o Amazonas estava em fase avançada de construção. Em São Paulo os contratos referentes aos três hospitais foram firmados e o do Ceará foi licitado. Ainda aguardavam licitação Rondônia e Espírito Santo. E nos casos dos Estados do Rio de Janeiro e Mato Grosso os processos foram interrompidos. No Distrito Federal houve suspensão do processo pelo Tribunal de Contas do DF. Ou seja, apenas 03 projetos avançaram, sendo que apenas um encontra-se em operação.

Em relação aos municípios, dos 04 projetos propostos, apenas o do Hospital de Belo Horizonte avançou. Ficando o de São Paulo interrompido na consulta pública, o de Sorocaba retomando chamamento e o de Natal aguardando autorização da Assembleia Legislativa. Como se pode observar nas situações descritas nos Estados e Municípios, do chamamento à implantação há um longo percurso que pode ou não resultar na efetivação da parceria.

Garofano (2015) elucida que a experiência recente demonstra que as PPPs no setor saúde estão concentradas na atenção terciária e cita como exemplos os Hospitais do Subúrbio, Metropolitano em Belo Horizonte, o Hospital Infantil de Vitória, a PPP de Hospitais do Distrito Federal, o Hospital de trauma de Natal, a PPP dos complexos hospitalares do Estado de São Paulo e a PPP do Hospital de Clínicas de Sorocaba.

Além da ampliação de projetos, estudos publicados pelo Observatório das Parcerias Público-Privadas - PPPBRASIL (2017) mostraram que tem aumentado o número de legislações acerca do modelo PPP em todos os níveis de governo no Brasil.

Segundo Garofano (2015), embora a complexidade dos projetos nesta seara seja um desestimulador para o interesse de empresas privadas no setor de saúde – especialmente em relação a outros setores da economia mais maduros, onde os riscos são mais conhecidos e o retorno mais garantido –, já existe no mercado quem enxergue com outros olhos, com foco na prestação dos serviços (e não puramente na construção de obras). Segundo o autor, essas empresas estudam o setor saúde a fim de buscar

mecanismos de melhoria da eficiência na prestação dos serviços, a custos mais baixos, com redução de despesas e, ao mesmo tempo, com aumento da qualidade e dos índices de atendimento e consequente redução dos indicadores de enfermidades e mortalidade.

Trata-se de uma equação desafiadora no campo da saúde, reduzir despesas aumentando os índices de atendimento. A assertiva do autor sobre a intencionalidade de empresários demanda mais aprofundamento dos estudiosos da economia e saúde coletiva, no que tange ao custo-efetividade de projetos sem perda da garantia da qualidade e integralidade do cuidado dos usuários e famílias.

Por outro lado, a despeito do manifesto interesse da iniciativa privada em investir no setor saúde, causam estranheza as dificuldades com que os atores envolvidos se defrontam para a consecução de contratos efetivos, considerando a capacidade de investimentos e atualizações existente no setor público e as possibilidades inerentes ao novo modelo (BARBOSA; MALIK, 2015).

Além das frequentes notícias sobre renegociações de contratos de PPP, há um ponto que vem ganhando destaque no debate público recentemente. O argumento, em resumo, é o seguinte: diante da crise fiscal, há um grande temor do poder público em estruturar gastos de longo prazo (PEREIRA, 2015). Então, como ficariam as PPPs nesse contexto?

Diante dessa revisão de literatura e considerando também o cenário político e econômico brasileiro, cabe reiterar a questão do por que governos escolhem um modelo que se propõe a trazer agilidade e flexibilidade a gestão, mas podem levar tanto tempo e enfrentam tantas dificuldades para sua conformação? E, particularmente o que motivou o governo do Estado da Bahia a escolher um modelo, que apesar de espraiado pelo mundo, guarda em seu entorno divergências teóricas sobre pontos centrais acerca de suas vantagens e desvantagens?

## **2 ELEMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS**

### **2.1 ELEMENTOS TEÓRICOS**

Os referenciais teóricos adotados para o desenvolvimento dessa tese são o modelo analítico do Ciclo da Política Pública de John Kingdon (1995) e a Teoria do Jogo Social



de Carlos Matus. Utilizou-se a estrutura teórica do Ciclo da Política Pública, desenvolvida por Kingdon, para a análise da etapa em que uma política pública é definida como prioritária na agenda governamental, ou seja, nos estágios de pré-decisão, focando a progressão de uma questão na agenda sistêmica difusa para a agenda governamental e, por fim, para o estágio de decisão.

Para analisar esse processo de produção das políticas públicas, Kingdon (1995) destaca a existência de três fluxos de atores e questões: o dos problemas, o das políticas (policies) e o da política (politics). No que tange ao primeiro fluxo, os problemas tornam-se conhecidos tanto pela pressão política, quanto por indicadores que permitem acessar a magnitude e necessidades de mudança. Outro mecanismo importante para evidenciar um problema pode ser uma crise real que o governo não pode ignorar, um desastre ou qualquer evento capaz de chamar a atenção das pessoas. O fluxo dos problemas é formado por informações sobre uma variedade de questões problemáticas e por atores que propõem diversas e conflitantes definições para os problemas. Para identificar o problema, esse estudo investigará se ocorreu ou não alguma crise no âmbito do sistema de saúde, por exemplo, na área da gestão hospitalar que tenha contribuído para dar visibilidade ao problema e caracterizá-lo como ponto de partida para o debate e entrada na agenda governamental da PPP, como alternativa de solução.

O segundo fluxo envolve aqueles que propõem soluções aos distintos problemas. No processo de formulação de alternativas, têm lugar vários atores e uma combinação complexa de fatores que conduzem um item para a agenda de decisão. Para alcançar o resultado da política alguns atores contribuem no processo com a sua popularidade política; outros com seus conhecimentos ou saberes específicos; alguns trazem seu senso pragmático de possibilidades; outros, suas habilidades de atrair atenção; e outros ainda, sua autoridade.

O terceiro fluxo, o da política, refere-se ao processo político no qual as propostas foram debatidas, desenhadas e aceitas, ou seja, a dinâmica e as regras dos eventos políticos, incluindo desde o debate da questão até as negociações e pressões envolvidas. Esse fluxo auxilia a compreender como se conseguiu a receptividade de uma comunidade política a uma nova ideia, frente a um conjunto de outras propostas. Esse fluxo agrega três elementos principais, a movimentação dos grupos de pressão, mudanças no âmbito

do legislativo e das secretarias, bem como a receptividade dos atores frente a proposta, denominada por Kingdon, como humor nacional.

Esses fluxos operam de maneira independente um do outro, contudo, em determinadas circunstâncias, normalmente associadas ao fluxo da política ou a questões e problemas externos ao sistema político que se tornam candentes, abrem-se “janelas de oportunidades” que podem dar a chance para que os policy entrepreneurs consigam acoplá-los, promovendo mudanças, muitas vezes drásticas, nas políticas públicas. Portanto, os empreendedores desempenham um papel fundamental unindo soluções a problemas; propostas a momentos políticos; eventos políticos a problemas. Sem eles a ligação entre os fluxos pode não ocorrer (FARIA, 2003).

Kingdon (2003) destaca que os empreendedores de políticas, assim como os de negócios, estão dispostos a investir seus recursos – tempo, energia, reputação, dinheiro – para promover uma posição em troca da antecipação de ganhos futuros na forma de benefícios materiais. Para o autor, esses atores influentes se dividem entre atores visíveis e invisíveis. Os primeiros possuem influência sobre a agenda governamental, a exemplo de chefes do executivo, indivíduos por ele nomeados para altos escalões da burocracia governamental, atores do poder legislativo, grupos de interesse, mídia e opinião pública. Já os atores invisíveis têm predominante influência na geração de alternativas, tais como servidores públicos, assessores de parlamentares, acadêmicos, pesquisadores e consultores. Os atores invisíveis possuem interesses diversos quanto seu trabalho, mas possui como ponto em comum o conhecimento em determinada especialidade, existe um ciclo de sustentação e aniquilação das ideias desenvolvidas pelos especialistas existindo uma dinâmica particular sobre as ideias que são consideradas.

O modelo de Kingdon tem se mostrado aplicável em diferentes sistemas políticos, para análises de períodos prolongados de tempo, exame de interações contemporâneas entre nações, delimitação das influências político-ideológicas na formulação das políticas públicas e do papel das novas administrações na abertura de uma janela política. Também possibilita explicitar a importância dos indicadores econômicos e sociais nas prioridades das ações de governos. Em linhas gerais, as contribuições do modelo dos múltiplos fluxos para a análise de políticas públicas podem ser divididas em quatro eixos: 1) estudo da macro política e sua influência nas políticas setoriais; 2) análise das influências das relações intergovernamentais e dos governos com a sociedade civil na formação da

agenda; 3) exame da atuação dos atores e empreendedores na implantação da política; 4) estudo dos processos decisórios dos governos locais e nacionais (GOTTEMS, 2013).

Faria (2003) acrescenta, coadunando com a centralidade dada por Kingdon ao papel dos políticos, burocratas e grupos de interesses, que se deve considerar também a posição de força que desfrutam os mercados financeiros globais, as instituições financeiras internacionais e também os atores governamentais de atuação transnacional. Ele chama atenção para influência dos atores internacionais no momento atual de crescente tecnicização dos processos de formulação de políticas, o que tem implicado em um considerável grau de despolarização desses processos.

Como essa tese trata de um estudo de caso cuja análise requer articulação entre atores e processos de produção de políticas públicas na tomada de decisão, o modelo analítico de múltiplos fluxos de Kingdon apoiou a análise da questão de pesquisa, pois tomou como pontos centrais da investigação os momentos de “pré-decisão” e de “decisão” com relação aos problemas e políticas que constituem o objeto do processo decisório.

No que tange ao referencial Matusiano, a Teoria do Jogo Social, auxiliou na análise da questão da tese à medida que permitiu tomar o sistema social como um grande jogo, complexo, nebuloso e de final aberto, composto por diversos jogos individuais entrelaçados. Considerando que os participantes de uma decisão estão imersos em um grande jogo social que é constituído de luta pelo poder, competição, conflito e cooperação, este referencial auxiliou na análise dos poderes, interesses e estratégias utilizadas por cada ator para que a escolha do modelo de gestão hospitalar do Hospital do Subúrbio fosse uma PPP.

Para Matus (2005) atores disputam nove poderes dentro de um jogo e entre nove jogos (político, econômico, da vida cotidiana, pessoal, da comunicação, macro organizacional, dos valores, das ciências e da natureza).

Portanto, são muitos os atores e recursos envolvidos na decisão de um modelo e a Teoria do Jogo Social permitiu sintetizar alguns deles, a exemplo das variantes da categoria analítica poder e de seus respectivos atores sociais que participam do jogo social. Matus (2005) define assim os nove jogos:

a) Jogo político, onde se disputa e se distribui o poder político, civil e militar, cuja função é criar, concentrar e distribuir poder social.

b) Jogo macro organizacional, em que se estabelece apoio a todos os outros jogos através da ação coletiva, ou de organizações que geram uma disputa pelo poder burocrático e institucional.

Esses dois jogos, o político e o macro organizacional permitiram, por exemplo, analisar a existência ou não de recursos partidários e/ou da máquina burocrática do Estado na atuação da Secretaria de Administração do Estado da Bahia (SAEB), Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB), Secretaria da Fazenda (SEFAZ), Casa Civil, Assembleia Legislativa, Conselho Estadual de Saúde (CES), sindicatos, Tribunal de Contas e Ministério.

c) Jogo econômico, no qual é disputado e distribuído poder econômico, cuja função é produzir os bens e os serviços demandados pela população para satisfazer suas necessidades, distribuir a propriedade de bens econômicos, manter sobre regulação as principais variáveis econômicas e estabelecer as relações de intercâmbio com o mundo exterior. Muito frequentemente envolve bancos e se relaciona a capacidade econômica de fomento e expertise em determinado *business*;

d) Jogo da vida cotidiana, no qual se disputa um espaço nos modos de vida dos cidadãos comuns e distribui-se a qualidade de vida e o poder comunitário.

e) Jogo pessoal, no qual se disputa a liderança individual e se distribuem as recompensas pessoais. Exprime a luta individual pela realização de suas aspirações;

f) Jogo da comunicação, no qual se realiza apoio a todos os demais jogos no plano do entendimento e da comunicação entre os jogadores e se disputa a transparência, opacidade e controle da interação humana. Permitiu investigar sua influência acerca do modelo escolhido e seu eventual uso por gestores, bancos, governo em vocalização nos fóruns consultivos e deliberativos, sites governamentais, além da formação de opinião;

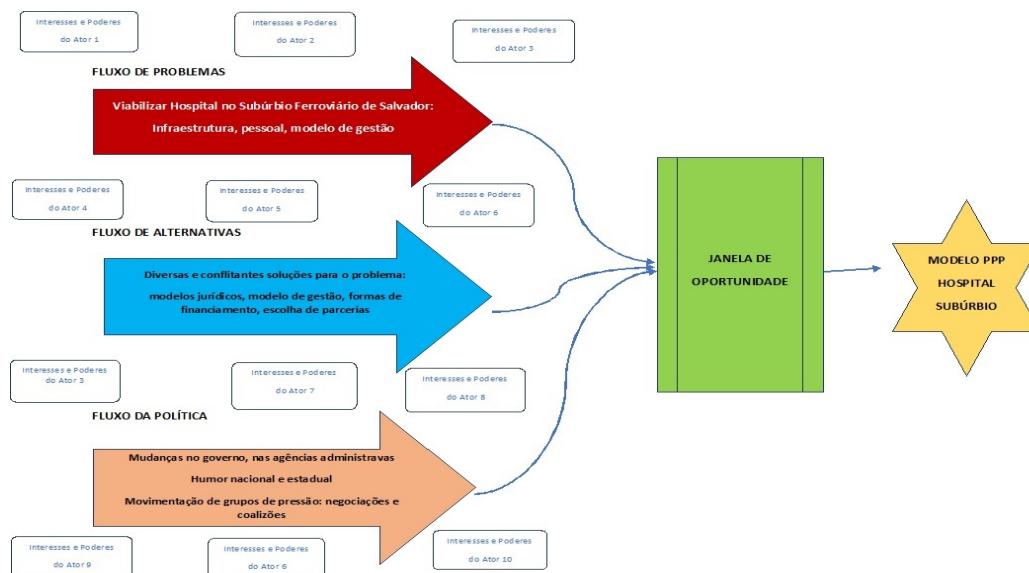
g) Jogo dos valores, expresso pelas crenças e ideologia a respeito da relação público privado dos atores envolvidos;

h) Jogo das ciências, que constitui o capital cognitivo contra o qual sacam os demais jogadores e no qual há uma disputa por espaço entre o conhecimento científico e as ideologias, os preconceitos e as crenças.

Essa trama dos atores e poderes no processo de produção das políticas públicas, baseada na Teoria do Jogo Social, dialoga intimamente com a terceira corrente de Kingdon, o processo político em torno das alternativas. A associação desses dois

referenciais teóricos permitiu investigar o processo de pré-decisão e decisão acerca do modelo PPP para gestão hospitalar na Bahia, pois auxiliou no mapeamento do campo de forças, identificação dos atores que estavam no processo decisório e quais interesses defendiam/disputavam. E, principalmente porque foi a PPP a alternativa escolhida.

Abaixo, segue o modelo teórico de análise que auxiliou a investigação da questão da tese, bem como nas respostas aos objetivos de analisar o processo político de incorporação e os determinantes da escolha do modelo PPP para gestão do Hospital do Subúrbio na Bahia. O modelo agregou as contribuições de Kingdon no que tange aos fluxos e também as de Matus através da importância atribuída aos interesses e poderes dos atores envolvidos no processo de produção de políticas públicas.



Fonte: Elaboração da autora

## 2.2 METODOLOGIA

Essa tese realizou um Estudo de Caso<sup>4</sup> (YIN, 2005) acerca do por que e como foi adotado o modelo de parceria público-privada (PPP) para gestão hospitalar do Hospital

<sup>4</sup> Para Yin (2005, p.32) "o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real" adequado quando "as circunstâncias são complexas e podem mudar, quando as condições que dizem respeito não foram encontradas antes, quando as situações são altamente politizadas e onde existem muitos interessados. A abordagem de estudo de caso não é um método propriamente dito, mas uma estratégia

do Subúrbio na Bahia. Buscou-se compreender e descrever os interesses dos atores envolvidos, o processo político e econômico nacional e internacional que determinaram o momento histórico de criação das PPPs na saúde e as motivações para a escolha do modelo na gestão hospitalar da Bahia.

### 2.2.1 TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS

Para produção dos dados foram realizados: a) mapeamento da produção científica nacional e internacional; b) pesquisa documental em decretos, leis, portarias, resoluções e diários oficiais do Estado da Bahia, além de sites oficiais das Secretarias de Saúde, Administração e Fazenda; c) entrevistas semiestruturadas com informantes-chave que participaram dos debates acerca da estruturação da PPP nas Secretarias da Fazenda, Secretaria da Saúde, representantes do Conselho Estadual de Saúde, da Procuradoria Geral do Estado (PGE), da Promédica Patrimonial e do *International Finance Corporation*<sup>5</sup> (IFC) do Banco Mundial.

Esses entrevistados ocupavam os respectivos cargos/funções no momento da decisão acerca do modelo PPP:

#### **Atores Governamentais:**

Órgão	Cargo	Sigla
Secretaria de Saúde	Secretário de Saúde	SESAB
Secretaria de Saúde	Superintendente	SESAB
Secretaria de Saúde	Diretora	SESAB
Secretaria de Saúde	Assessora jurídica	SESAB
Secretaria de Saúde	Assessora de comunicação	SESAB

---

de pesquisa (HARTLEY, 1994), que “pode ser utilizada de modo exploratório (visando levantar questões e hipóteses para futuros estudos, por meio de dados qualitativos), descritivo (buscando associações entre variáveis, normalmente com evidência de caráter quantitativo) e, mesmo, explanatório”.

<sup>5</sup> *International Finance Corporation* (IFC) é uma instituição global fundada em 1956 e de propriedade do Banco Mundial presente em 184 países-membros em todo o mundo, com sede em Washington DC, nos Estados Unidos da América. Esta empresa é responsável por promover o desenvolvimento econômico dos países através do setor privado. Os parceiros de negócios investem o capital através de empresas privadas nos países em desenvolvimento. Entre suas características é que os empréstimos são concedidos a longo prazo, bem como oferece a prestação de garantias e riscos de seus clientes e investidores (IFC, 2019).

<b>Procuradoria Geral do Estado da Bahia</b>	Procurador do Estado	PGE
<b>Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia</b>	Secretário Executivo da unidade PPP	SEFAZ

#### **Atores Não Governamentais:**

<b>Instituição ou instância de participação</b>	<b>Função</b>	<b>Sigla</b>
<b>Conselho Estadual de Saúde da Bahia</b>	Conselheira, representante dos usuários do SUS	CES
<b>IFC/Banco Mundial</b>	Chefe da área de consultoria, ao setor público em infraestrutura, no IFC Advisory Brazil na época da estruturação do hospital do subúrbio	IFC/Banco Mundial
<b>Promédica patrimonial</b>	Diretor Financeiro e Administrativo da Promédica, consórcio que assumiu a PPP do Hospital do Subúrbio	Promédica

Os entrevistados foram identificados na citação das entrevistas da seguinte forma: Superintendente SESAB, Diretora SESAB, Assessora GASEC, Assessora da Diretoria Geral da SESAB, Secretário Executivo da unidade PPP, Procurador PGE, Chefe IFC Advisory Brazil e Diretor Promédica.

A escolha dos entrevistados se deu através da leitura prévia de documentos técnicos nos sites governamentais que apresentavam nomes dos participantes e também através da técnica “*snowball*” ou “Bola de neve”. Essa técnica é uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto o “ponto de saturação”. O “ponto de saturação” é atingido quando os novos entrevistados passam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa. Portanto, a “Bola de Neve” é uma técnica de amostragem que utiliza cadeias de referência, uma espécie de rede (BALDIN; MUNHOZ, 2011).

Os primeiros participantes contatados na aplicação da pesquisa são as “sementes”, que devem ter conhecimento do fato acontecido. Esse mesmo indivíduo indicará outras pessoas de seu conhecimento para que também participem da amostra, esses são os

“filhos das sementes”. Para que se tenha uma amostra considerável, deve-se selecionar um número inicial de pessoas, que, preferencialmente, devem exercer certa liderança no espaço a ser estudado e que esses sejam de diversificados ramos de formação e atuação. A “Bola de Neve” prevê que o passo subsequente às indicações dos primeiros participantes no estudo é solicitar aos indicados informações acerca de outros membros da população de interesse para a pesquisa para, só então, sair a campo para buscá-los (BALDIN; MUNHOZ, 2011).

Uma vantagem do método é que utiliza cadeias de referência em redes sociais complexas. Em relação a possíveis desvantagens do método é que permite acesso a atores mais visíveis na população. Esse potencial de dar visibilidade a atores sociais específicos e relevantes dentro de suas comunidades, atribuído à técnica tem sido também considerado por pesquisadores da área de saúde pública (BALDIN; MUNHOZ, 2011)

Para essa tese, essa eventual desvantagem, não foi considerado como limitação, mas como fator de relevância, já que se pretendia acessar os líderes das comunidades em estudo. A técnica “Bola de Neve” também permitiu assegurar heterogeneidade, pois viabilizou indicações de informantes pertencentes a diversos grupos de atores governamentais e não governamentais que atenderam aos critérios de interesse da pesquisa.

No que tange aos aspectos éticos, essa tese seguiu as normas do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, segundo a resolução CNS nº 510/2016 que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi submetido a análise do Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. A participação no presente estudo foi voluntária, mediante concordância e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, podendo ser interrompida pelo entrevistado a qualquer momento, não envolveu riscos, benefícios diretos, despesas ou compensações financeiras aos entrevistados. Todos os cuidados éticos foram garantidos para confidencialidade das informações e anonimato dos participantes do estudo no momento da apresentação dos resultados e sua discussão.

O recorte temporal para este estudo foi de 2007 a 2017, onde foram considerados os períodos de pré decisão, resgatando o debate sobre as PPPs, passando pela decisão e constituição do primeiro projeto de PPP no setor saúde no Brasil (Hospital do Subúrbio –



Bahia), em 2010 e, estendeu-se até o período das atualizações da revisão de literatura e entrevistas.

No que tange a pesquisa documental foram analisados documentos oficiais nacionais e estaduais relacionados às legislações federal e estadual, tais como decretos, portarias, resoluções e diários oficiais, editais, contratos, documentos de consulta pública, termos aditivos, chamamentos públicos, dados do sistema de informação hospitalar, informações de *sites* oficiais das Secretarias de Saúde e Fazenda do Estado, artigos e demais documentos produzidos pelo *site* observatório de PPPs no Brasil. Os documentos estão referenciados ao longo da tese.

### 2.2.2 PLANO DE ANÁLISE

A análise de documentos e entrevistas teve como suporte dialógico as produções acadêmicas encontradas na revisão de literatura acerca da temática PPP na gestão hospitalar e o quadro teórico dessa tese é composto pela articulação da Teoria do Jogo Social de Matus e do Método dos Múltiplos Fluxo de Kingdon.

Para levantamento da produção científica foi elaborada uma matriz que organizou o conteúdo dos artigos encontrados (Apêndice II).

A análise documental foi realizada a partir da leitura dos documentos selecionados, considerando sua fonte, conteúdo e utilizando núcleos de sentido que permitiram dialogar com essas informações, as oriundas da revisão bibliográfica e das entrevistas de atores-chaves (Apêndice III).

Para as entrevistas utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (2009) com vistas à organização da análise; a codificação de resultados; as categorizações; inferências; e, por fim, a informatização da análise das comunicações. Segundo o referido autor para uma aplicabilidade coerente do método, de acordo com os pressupostos de uma interpretação das mensagens e dos enunciados, a análise de conteúdo deve ter como ponto de partida uma organização. As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos: 1. Pré análise; 2. Exploração do material; 3. Tratamento dos resultados: que incluiu inferência e interpretação. Esse percurso foi usado como orientador para as entrevistas dos atores.

A categoria analítica central dessa tese é o processo político de negociação acerca do modelo de gestão hospitalar para o Hospital do Subúrbio, através da qual se buscou elucidar a diversidade de atores das comunidades políticas geradoras de alternativas para a agenda governamental (sujeitos governamentais, empreendedores, organismos internacionais, consultores, juristas e demais *stakeholders*); as relações entre poderes e esferas de governo; o papel das interações estratégicas na determinação das escolhas, considerando que as instituições estruturam a interação dos atores e influenciam a escolha de alternativas. Além de ter ajudado no mapeamento das motivações dos atores, suas articulações nos espaços intragovernamentais, na relação com a sociedade civil e mercado nos momentos de pré-decisão e decisão acerca do modelo PPP, conforme matriz de análise (Apêndice IV).

### **3 DIMENSÃO POLÍTICO - TEMPORAL DAS PARCERIAS NO BRASIL**

Para apresentar, de forma breve, a dimensão temporal acerca do surgimento das parcerias público-privadas no Brasil basta lembrar que a primeira estrada de ferro inaugurada em 1854 foi fruto de uma parceria entre o Império e Irineu Evangelista de Souza, o Visconde de Mauá. Para implantar grande parte da rede ferroviária brasileira, Dom Pedro II utilizou dispositivos contratuais entre os setores público e privado nos quais o Império se comprometia a garantir 7% de lucro em ouro ao parceiro privado, caso os termos do contrato fossem cumpridos. Essa modalidade contratual ficou conhecida como “Cláusula do Ouro” (SEMEIA<sup>6</sup>, 2015).

No campo da saúde, a configuração público-privada tem como um de seus marcos a Lei Elói Chaves, de 1923, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPS, responsáveis pelas aposentadorias, pensões e assistência médica. Em seguida, nas décadas de 1930-1940 estruturaram-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, por categoria profissional, sendo que o dos industriários já comprava serviço de terceiros (ELIAS, 2004).

---

<sup>6</sup> Semeia é uma organização sem fins lucrativos que fomenta parcerias entre o setor público, iniciativa privada e a sociedade civil. Trabalha com os governos federal, estadual ou municipal no apoio ao desenvolvimento projetos que visem inovar os modelos de gestão dos parques naturais e urbanos.

Essa configuração público-privada na saúde expressou o fortalecimento de sua mercantilização com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, em 1966, que implementou políticas voltadas para o setor privado da saúde. O Estado se reservou a função de organizar a clientela, financiar a produção de serviços e subsidiar o investimento privado para ampliar a capacidade instalada. Este processo sócio, político e histórico engendrou a privatização precoce no sistema de saúde brasileiro, estruturando a produção de serviços em moldes privados e lucrativos. Na América Latina esse fenômeno se iniciou apenas na década de 80 (ELIAS, 2004).

Cardoso *et al*, (2017) lembram que mesmo antes da Constituição Federal já existia um setor privado robusto, tanto no campo da prestação de serviços (parque hospitalar predominantemente privado), como no que tange ao seguro privado (seguradoras e operadoras de planos privados de saúde). Além disso, o “mercado” brasileiro é bastante atrativo ao complexo produtivo da saúde, tanto pela sua dimensão, quanto pelo predomínio do interesse privado em diferentes governos ao longo da história.

Corroborando com isto, Paim *et al*, (2011) relembra que, entre 1970 e 1974, foram disponibilizados recursos do orçamento federal para reformar e construir hospitais privados e a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas. Os subsídios diretos a empresas privadas, para a oferta de assistência médica a seus empregados, foram substituídos por descontos no imposto de renda, o que levou à expansão da oferta dos cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados.

Com a crise econômica de meados dos 1970 e a ascensão mundial da perspectiva político-ideológica neoliberal, capitaneados pelo Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), os ajustes macroeconômicos estruturais dos anos 1980 e as reformas setoriais a eles condicionadas abriram ainda mais espaço para o setor privado nas políticas públicas, com a supervalorização do mercado e da perspectiva empresarial, concomitantemente à desqualificação do Estado, das políticas sociais e da provisão de bens públicos, questionando-se a natureza pública de alguns bens (como a assistência médica). As PPP integraram essa dinâmica (ALMEIDA, 2017).

A reconfiguração de um ambiente externo povoado por crise econômica, com redefinições dos papéis de agências de fomento internacionais e surgimento de novos atores protagonistas produziram uma profusão ideológica em favor da difusão das

Parcerias Público-Privadas como a estratégia inovadora. Esse contexto produziu um terreno fértil para articulação com governos de muitos países que passavam por inúmeros ajustes para sobreviver à crise econômica.

Observou-se que o próprio termo Parceria Público-Privada ou PPP foi cunhado e popularizado nos anos 70, quando as ideias neoliberais começaram a questionar o paradigma keynesiano, anteriormente dominante, e o papel do Estado nesse contexto de frágil desempenho econômico. Em vez de atribuir o baixo desempenho econômico aos fracassos ou inadequações do mercado, atribuiu-se a ineficiência aos governos. Nesse contexto novas ideias, como a *New Public Management* (NPM), tornaram-se a nova moda e as PPPs foram frequentemente invocadas como alternativas aos serviços públicos burocráticos e às empresas estatais consideradas ineficientes (PLATZ *et al*, 2016).

Assim, enquanto a Reforma Sanitária batalhava pela desmercantilização da saúde, a Reforma do Estado, ancorada no Consenso de Washington, acelerou o processo de mercantilização, tendência mundial da Agenda Neoliberal. Para Elias (2004), a Reforma do Estado, no final da década de 90, esmaeceu a linha que separava o Estado do Mercado, incentivado por iniciativas internacionais de “parceria” que se constituíam desde este momento como sociedade entre os entes público e privado”.

Na saúde, o atual e pouco inovador receituário do Banco Mundial (2017) implica enfraquecimento e redução da amplitude do SUS, tanto em relação à cobertura populacional quanto aos serviços prestados. Segundo Campos (2018) trata-se de assegurar prioridade ao econômico em detrimento de desenvolvimento do humano e do ecológico. Para esse autor as recomendações do relatório do BM (2017) chegam a ser:

(...) insistentes e monótonas pela repetição: privatização, terceirização, parceria público-privada, descentralização com desregulação e fragmentação da rede, fim da gratuidade. Uma trajetória de se produzir um SUS restrito aos muito pobres, funcionando como se fosse mercado, sem a diretriz da solidariedade e a de assegurar direitos.

Segundo Santos (2018) a economia política vigente vem operando uma inversão de valores ao converter a universalidade e a gratuidade dos serviços em “resíduos históricos de regressividade e privilégios e ao evocar as parcerias público-privadas como arranjos superiores à administração direta estatal”.

A questão é que os sistemas públicos de saúde, implementados em vários países, constituíram espaços de não mercado dentro de economias capitalistas. Portanto, a sustentação dessas políticas depende de vários fatores como a construção de uma cultura diferente da que prevalece no mercado (CAMPOS, 2018).

A saúde, portanto, tomada como questão social e como um sistema organizado de serviços e ações apresenta inegável duplicidade, tanto conceitual quanto operacional, pois interagem tanto o indivíduo quanto o coletivo, tanto o Estado quanto o mercado, tanto a dimensão pública quanto a privada. Esta característica tem sido objeto de uma intensa disputa de interesses ideológicos, especialmente nas dimensões econômica e política. Disputa que, no caso brasileiro, vai constituindo uma cultura própria para cada um dos dois termos (público e privado) à medida que vão sendo estruturados dois sistemas de saúde: um público (estatal) e outro privado (SILVA, 2006).

### 3.1 POLISSEMIA CONCEITUAL NA ARTICULAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO

Diante do discurso neoliberal, que prescreveu como receita aos problemas sociais a desestatização da economia e privatização, foi-se alterando as relações entre Estado e Sociedade Civil. Para Ianni (2004) o Estado Mínimo compreenderia a reforma do Estado, a desestatização da economia, a privatização das empresas estatais, privatização da educação, da saúde, previdência, a redefinição das relações de trabalho e abandono do compromisso do Estado de Bem-Estar Social. Assim, segundo o autor, através do predomínio do projeto de capitalismo transnacional modificou-se os significados de “público” e “privado”, nacional e mundial, indivíduo e sociedade, povo e cidadania, democracia e tirania.

E essa ressignificação histórica dos termos e relações, estabelecidas entre o setor público e o privado, levaram a uma polissemia que permitiu um ofuscamento dos interesses envolvidos em seus diferentes usos.

Para Menicucci (2010) a relação entre os conceitos de público e privado devem ser tratados sob diferentes perspectivas e afirma que há variadas concepções sobre esses termos, dependendo do contexto histórico e analítico em que são utilizados. Isso se expressa também no campo da saúde, no qual a polissemia conceitual se manifesta, particularmente, quando não se limita ao escopo da atenção à saúde, mas na categoria

‘saúde’ de forma mais ampla. Esta é usada muitas vezes de forma reducionista para se referir exclusivamente à forma de oferta da assistência à saúde, seja pelo setor empresarial (privado), seja pelo setor público, o Estado.

Nessa perspectiva, novos modos alternativos de pensamento sobre parcerias estão sendo discutidos, tais como a substituição da nomenclatura parceria público-privada por interação entre público e privada, sugerindo que a linguagem não é neutra e que o termo "parceria" disfarça relações de poder desiguais entre instituições públicas e privadas, ou mesmo entre Sociedade Civil e setor privado (BUSE; HARMER, 2004).

Segundo Hodge e Greve (2007) há também uma série de pessoas que utilizam os termos "contratação" e "parceria público-privada" como intercambiáveis. Afirmam os autores que: *It seems fair to say that a number of governments have tried to avoid using the terms “privatization” and “contracting out” in favor of speaking about “partnerships.” That may be a part of a general trend within public management of needing to renew the buzzwords from time to time.*

Outra terminologia é a expressão ‘articulação público-privada’<sup>7</sup>, através da qual Eibenschutz (1996) destacou a existência de diferenças qualitativas incidentes sobre a trama que articula elementos públicos e privados nos sistemas de serviços de saúde de países periféricos, evidenciando os limites e a zona de intercessão entre essas duas grandes dimensões analíticas (SESTELO, 2017).

Segundo esse autor, a ideia de ‘articulação’ coloca foco na interface entre os processos econômicos e sociais no campo da saúde e, assim, permite escapar da narrativa que, não distinguindo qualitativamente o espaço público do privado, na prática, subordina o primeiro ao segundo, ou melhor, submete todos os aspectos da vida social à lógica da acumulação privada de capital (SESTELO, 2017).

Considerando que essa compreensão contempla aspectos fundamentais do campo da saúde como a relação entre a política, a econômica e o social, nessa tese será utilizada a expressão ‘articulação público-privada’ para definir a relação que envolve diferentes

---

<sup>7</sup> Expressão utilizada no II Seminário Latino Americano de Política Sanitária, promovido pela Associação Latino Americana de Medicina Social (ALAMES), em 1993 e posteriormente por Eibenschutz (1996) pretendendo criar espaço para determinar a complexidade e as especificidades na relação entre os serviços de assistência à saúde em países periféricos (SESTELO, 2017).

interesses, eventuais conflitos e acordos nem sempre equilibrados para o público e o privado.

Destaca-se que no campo específico da saúde no Brasil, o significado valorativo dos dois termos da dicotomia público-privado ainda orienta o debate entre os defensores da saúde enquanto direito, que criticam a ‘privatização do público’, em função da penetração de interesses privados na esfera governamental e, os que defendem uma ‘publicização do privado’, tendo como objetivo a garantia dos ‘interesses públicos’ no campo da saúde (MENICUCCI, 2010).

Adiciona-se a isto preocupações trazidas por Pahim (2009) ao afirmar que o foco analítico de algumas teorias que fundamentam o par regulação estatal-presença privada tem sido construída de forma a tomar a fronteira entre o público e o privado como um problema microeconômico. A autora ressalva que estas teorias não recusam necessariamente a dimensão política dos processos de privatização e estatização, mas restringem-se a um espaço de investigação “técnico” que por seu atributo apresenta-se como neutro, protegido de interferências de natureza política. Como consequência:

O debate teórico fica restrito à discussão dos comportamentos das diferentes instituições, do formato ideal das relações contratuais e dos mecanismos de incentivo e punição, deixando de lado as implicações sistêmicas associadas ao processo de mudança da configuração público *versus* privado no sistema de saúde (Pahim, 2009, p. 9).

Cardoso *et al.*, (2017) acrescentam que a natureza das instituições não esgota o debate, na medida em que comumente essa definição está associada tão somente à natureza jurídica das organizações que provêm as ações e serviços e não abrange dois aspectos fundamentais sobre o funcionamento de um sistema de saúde: a gestão (formulação e definição de políticas, macro e micro regulação, fiscalização e controle) e a operação cotidiana, relativa às escolhas e percursos que os usuários fazem pelos diferentes serviços. Os autores também destacam que o setor público e o privado coexistem no provimento, no financiamento, na demanda e na utilização dos serviços de saúde e que nesse contexto foram constatados problemas próprios dos sistemas com cobertura duplicada, impactos sobre a equidade, financiamento, produção, uso e acesso aos serviços de saúde.

Portanto, conclui-se que o termo tem sido plasticamente utilizado para acomodar interesses tanto através da produção teórica sobre as Parcerias Público-Privadas, como

pelo discurso de gestores que, ao escolherem determinado uso do termo, reduzem conflitos e objetivam seus interesses. Nesse cenário, rever estratégias, políticas e aguçar o olhar para o fenômeno antigo e crescente de interdependência entre o setor público e o privado na saúde desse país continental é outro grande desafio.

Essa síntese dos pontos de vistas de estudiosos da saúde coletiva, relativos aos acontecimentos históricos da relação público-privada no campo da saúde, deixaram claro que é longo o imbricamento dos setores públicos e privados na gestão, prestação de serviço e financiamento da saúde. Assim sendo, a polissemia que vem sendo difundida quanto ao que se designa por ‘articulação’, ‘relação’, ‘privatização’, ‘contratualização’ ou ‘parceria público-privada’ apresenta necessariamente os interesses dos atores em redefinir ideológica e culturalmente o que se entende e se pratica na relação desses setores no campo da saúde.

Inúmeras são as questões relativas à articulação público-privada na saúde e é nesse cenário que o modelo de gestão PPP desponta como objeto de investigação acerca dos interesses políticos, econômicos e ideológicos na sua inserção no setor saúde, particularmente na gestão hospitalar.

#### **4 GESTÃO HOSPITALAR NO ESTADO DA BAHIA: PROBLEMAS REFERIDOS PELOS ATORES-CHAVES**

Para analisar o processo de produção das políticas públicas, Kingdon (1995) destacou a existência de três fluxos de atores e questões: o dos problemas, o das políticas (*policies*) e o da política (*politics*). Segundo o autor, no fluxo dos problemas, esses tornam-se conhecidos tanto pela pressão política, quanto por indicadores que permitem acessar a magnitude e necessidades de mudança. Outro mecanismo importante para evidenciar um problema pode ser uma crise real que o governo não pode ignorar, um desastre ou qualquer evento capaz de chamar a atenção das pessoas. O fluxo dos problemas é formado por informações sobre uma variedade de questões problemáticas e por atores que propõem diversas e eventualmente conflitantes definições para os problemas.

Diante da variedade de questões problemáticas que orbitam o campo da saúde, vale destacar a diferença entre problemas e dificuldades. Para Kingdon (1995)



dificuldade pode ser definida como problema quando pessoas acreditam que algo deve ser feito para mudá-la. Os especialistas dentro e fora do governo avaliam e interpretam as dificuldades da gestão pública à luz dos seus valores ou através de comparações com situações semelhantes no mesmo país ou entre países. A partir daí, classificam essas dificuldades como problemas ou não, a depender dos resultados dessa comparação, definindo a área política que deve buscar soluções.

Para identificar os problemas que levaram ao debate do modelo para a gestão do Hospital do Subúrbio, esse estudo partiu da análise de documentos e das entrevistas dos atores-chaves que elencaram como principais problemas da gestão hospitalar pública na Bahia: a ausência de construção, por mais de vinte anos, de novas unidades hospitalares frente a dificuldade de investimento financeiros para obras; carência de serviços de urgência e emergência no bairro do Subúrbio Ferroviário e; dificuldade de contratação de pessoas por conta dos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Além disso, em algumas entrevistas ressaltou-se a necessidade de cumprimento da promessa de campanha do governador que apontava para ampliação do acesso a saúde e da rede hospitalar, portanto, eventual problema político caso não construísse novos hospitais. Esses elementos associados contribuíram para dar visibilidade ao problema e caracterizá-lo como ponto de partida para o debate e entrada na agenda governamental.

Para compreender o contexto de emergência do debate acerca da necessidade de um modelo de gestão para os novos hospitais estaduais, utilizou-se a entrevista do Secretário de Saúde, à época, que fez uma síntese da caracterização da rede hospitalar da SESAB no início do governo Wagner:

Em 2007 a rede hospitalar do Estado enfrentava muitos problemas. De um lado, um número significativo de unidades sob gestão direta que não tinham concurso há quinze anos. E tinha um monopólio de uma única cooperativa que por mais de dez anos era o único contratante de médicos para os hospitais da rede própria. A gente precisava de investimentos, recuperação física e equipamentos devido à grande defasagem tecnológica e ausência de um plano de carreira mais adequado para o conjunto dos servidores, tampouco tinha um plano de carreira para categoria médica. Existia ainda uma carência de investimentos na qualificação profissional, tanto especialização como de atualização. A rede sob gestão direta contava com hospitais de pequeno e médio porte que não tinham sido transferidos para os municípios. Tínhamos lacunas de quase duas décadas sem investimento em um novo hospital de urgência e emergência em toda a região metropolitana de Salvador. O último foi o HGE e antes dele foi o de Camaçari (Secretário de Saúde).

Segundo o Modelo analítico dos Múltiplos Fluxos de Kingdon, os atores tendem a ser convergentes no Fluxo de problemas, como se pode observar nos trechos de

entrevistas expostos por diferentes atores onde apontaram os principais problemas da gestão hospitalar no Estado da Bahia, tais como a gestão administrativa; insuficiência de oferta de leitos; gestão da assistência; superlotação; alto custo dos procedimentos; desperdício e ausência de planejamento na oferta de serviços. Uma das entrevistas ressalta a busca da SESAB para sanar essas questões desde a assunção da nova gestão em 2007.

Era muita dificuldade na gestão de leitos e havia superlotação, porque os nossos hospitais são de portas abertas, de urgência e emergência. Problemas relacionados à capacidade de gestão dos hospitais como alto custo dos procedimentos, desperdício, recursos que não eram bem controlados e acompanhados e os recursos financeiros repassados. Existia muita debilidade e dificuldade de gestão. Existia uma grande preocupação da gestão na ampliação da assistência, da oferta de serviço e melhorias dos indicadores de saúde do Estado (Superintendente SESAB).

Um dos problemas citados por todos os entrevistados refere-se exatamente às limitações da Lei de Responsabilidade Fiscal, cujos efeitos já incidiam nas unidades hospitalares existentes como se observa a seguir:

(...) Quando nós chegamos, a discussão com o secretário, no planejamento que fizemos para o PPA e as metas colocadas eram para ampliação de leitos da Bahia. Daí, veio à tona a discussão de como ampliar os leitos sem impactar na folha de pagamento de pessoal, na medida em que a lei de responsabilidade fiscal coloca um limite de 60% de despesas do orçamento com o pessoal e o governo já trabalhava com limite prudencial (Superintendente SESAB).

Havia informação da Secretaria de Administração que o Estado estava no limite prudencial de contratação de Recursos Humanos na área de saúde. É uma área intensiva em Recursos Humanos e com valores altos. Com essa preocupação, nós já sabíamos que não iríamos conseguir inaugurar cinco hospitais com modelo tradicional (Diretora SESAB).

A contratação de servidores públicos por concurso oneraria ainda mais as contas públicas. Nessa perspectiva do limite da LRF, se pensou em modelos alternativos de como se faria essa gestão (Assessora GASEC).

(...) Pra você ter uma ideia, se a gente fosse trabalhar apenas com o modelo de gestão direta, nós não teríamos aberto nenhum hospital, porque todas as unidades da rede própria sob gestão direta tinham déficit de pessoal (Secretário de Saúde).

(...) Nós optamos em utilizar modalidades de gestão indireta frente à barreira que a LRF impunha. A margem que nós tínhamos só permitia completar os quadros da gestão direta, melhorar os salários, implantar plano de carreira. Porque não era o número de trabalhadores, era massa salarial. Quando você melhora o salário também impacta. Com isso, tivemos a gestão indireta como um mecanismo (Secretário de Saúde).

Outros problemas ainda referidos foram a desestruturação do processo de trabalho, desassistência e problemas de desempenho.

Os nossos hospitais não são informatizados, não têm os processos muito bem definidos, estruturados (Assessora GASEC).

A gente tinha um problema de porta de entrada, de tempo de início de realização de exames, coisas que se refletem nos indicadores de desempenho para os hospitais (Assessora da Diretoria Geral da SESAB).

(...) era uma população de mais de um milhão de habitantes que não tinha nenhum serviço de saúde. Não existia UPA, nenhum serviço de urgência e emergência naquela região que é a entrada da cidade pela BR-324 (Assessora da Diretoria Geral da SESAB).

Além dos problemas específicos relacionados à gestão hospitalar, havia a dificuldade relacionada a finalização da construção e equipagem do hospital, além da definição do próprio dimensionamento desse, conforme refere o representante da SEFAZ:

(...) O Hospital do Subúrbio, à época, já contava com o convênio de repasse Federal do Fundo Nacional de Saúde para a sua construção, mas eles tinham dúvidas em função da própria localização de qual seria a melhor forma de gestão desse hospital? (Secretário Executivo da unidade PPP).

(...) Além da necessidade de ter os investimentos adicionais para equipar, aparelhar e definir o perfil epidemiológico do hospital, as especialidades e todo o perfil de atendimento e dimensionamento do hospital. Isso ainda estava prematuro. Tinha-se um projeto de arquitetura para esse hospital, mas ainda sem uma definição clara de como fazer (Secretário Executivo da unidade PPP).

### Algumas considerações

Observa-se que o conjunto das entrevistas realçou inúmeros problemas da gestão hospitalar, que conforme tratou Kingdon (1995), foram identificadas a partir de indicadores que permitiram acessar a magnitude e necessidades de mudança acerca dos problemas elencados. Havia, portanto, uma crise na gestão hospitalar do SUS na Bahia que se localizava tanto através dos problemas infra estruturais e tecnológicos, passando pela gestão do trabalho e chegando aos impactos disso na desassistência aos usuários.

Os problemas da gestão hospitalar destacados pelos entrevistados são comuns a muitos outros Estados Brasileiros e refletem o déficit de investimentos na área da saúde e nas políticas de gestão do trabalho e educação na saúde, são eles: incompletude da cobertura hospitalar no Estado, com conseqüente necessidade de ampliação do número e distribuição de novas unidades; defasagem tecnológica; falta de equipamentos; necessidade de melhorias na estrutura física; desperdício; dificuldade na gestão dos recursos financeiros; desestruturação do processo de trabalho; problemas de desempenho; dificuldades na gestão de leitos com conseqüente superlotação de algumas unidades de

urgência e emergência; ausência de planejamento na oferta de serviços; somada a ausência de carreira e de oferta de qualificação para os trabalhadores da Secretaria de Saúde.

No quesito déficit de pessoal e necessidade de construção de uma carreira para os servidores do SUS, a Lei de Responsabilidade Fiscal foi colocada como um dos grandes entraves da gestão, tendo em vista o teto com gastos em contratação de servidores públicos.

Portanto, a condição de crise na assistência se colocava frente a uma nova gestão iniciada em 2007. O novo governador eleito apresentara na sua campanha a pauta da saúde como uma de suas prioridades. Nesse momento, portanto, a pressão política na prestação de contas também viraria um fator de priorização do problema da gestão hospitalar na agenda governamental. Era preciso que a gestão se debruçasse sobre alternativas viáveis.

## **5 PAPÉIS E INTERESSES DOS ATORES GOVERNAMENTAIS E NÃO GOVERNAMENTAIS NA ESCOLHA DO MODELO PPP PARA GESTÃO HOSPITALAR NA BAHIA**

A identificação das contribuições e interesses dos atores envolvidos no processo de decisão acerca do modelo PPP para gestão do Hospital do Subúrbio é apresentado a seguir com base nas entrevistas realizadas e no quadro teórico que apoia essa análise.

Recorreu-se a Teoria do Jogo Social de Matus para analisar a participação dos atores nesse processo decisório o que permitiu tomar o Sistema Social, contexto e pano de fundo do processo de decisão, como um grande jogo, complexo, nebuloso e de final aberto, composto por diversos jogos entrelaçados. Essa Teoria permitiu explicitar que os participantes da decisão estavam imersos em um grande Jogo Social constituído de luta pelo poder, competição, conflito e cooperação. A teoria Matusiana ainda auxiliou na compreensão dos interesses e estratégias utilizadas pelos atores para que a escolha do modelo de gestão hospitalar do Subúrbio fosse uma PPP.

Para Matus (2005) os atores disputam nove poderes dentro de um jogo e entre nove jogos, sendo eles: político, econômico, da vida cotidiana, pessoal, da comunicação, macro organizacional, dos valores, das ciências e da natureza.

As entrevistas revelaram alguns desses jogos sociais descritos por Matus (2005), marcadamente os jogos político, macro organizacional, econômico, ciências, dos valores e da comunicação.

Já o modelo analítico do Ciclo de Política de Kingdon (1995) contribuiu ao colocar luz no que o autor considera o ponto central da investigação: os momentos de pré decisão e decisão com relação aos problemas e políticas que constituem o objeto do processo decisório, no caso dessa tese o modelo de gestão da PPP do Subúrbio.

O estágio de pré decisão é um momento em que as preferências dos atores são adaptadas à agenda governamental, envolvendo sucessivas tomadas de posição de diferentes atores. Esses atores participaram de uma trama de intenções e acordos, eventualmente com caráter conflituoso no que diz respeito aos objetivos, conteúdo das propostas, estratégias de ação e decisões tomadas. A seguir, explicita-se essa rica trama do processo decisório.

## 5.1 HISTÓRIA DO PROCESSO DECISÓRIO DA ESCOLHA DO MODELO PPP PARA GESTÃO HOSPITALAR DO SUBÚRBIO

Um dos pontos principais da teoria de Kingdon (1995) consiste no estudo das etapas anteriores à tomada de decisão acerca das políticas públicas, os estágios pré decisórios, no qual um momento oportuno se apresenta para a execução prática de uma ideia. Esta ideia só é possível de acontecer quando vários fatores possibilitam sua sustentação, construção e execução. É no momento de definição da agenda que os atores focalizam na dinâmica das ideias: concepções, interpretações e argumentações que explicam a formulação de determinada política pública.

Para bem compreender esse processo, levou-se em consideração a existência de diferentes tipos de participantes. Para Kingdon (2003) os participantes ativos do processo de determinação da agenda são classificados em dois grupos: a) atores governamentais (representantes do executivo, do legislativo e os servidores públicos) e b) os atores não-governamentais (especialistas, grupos de interesse, mídia e opinião pública, acadêmicos e partidos políticos).

No caso desse estudo, observou-se que a assunção de outro governo no Estado com suas respectivas mudanças na direção da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

permitiu que fosse colocado em evidência, na agenda governamental, o problema de acesso à assistência e também da gestão hospitalar. Conforme apontado no fluxo de problemas havia poucos hospitais com perfil de atendimento de urgência, tendo sido o HGE o último construído há 20 anos.

Portanto, ocupava o espaço de debates políticos a proposta de construção de novos hospitais estaduais. No caso do Hospital do Subúrbio, o nascedouro da proposta de seu modelo de gestão, segundo a Superintendente da SESAB se deu quando: *O secretário foi na Espanha e alguns outros países, como a Inglaterra. Ele conheceu esse modelo de parceria pública e privada para o serviço de saúde e trouxe essa proposta para equipe de gestão.*

Já o representante da SEFAZ, aponta o seminário realizado por sua instituição como o momento de sensibilização de todas as Secretarias do governo para a o modelo PPP.

(...) Nós chamamos, à época, vários especialistas do Brasil que com apoio do IFC vieram apresentar essa nova forma de contratação, considerando experiências internacionais e iniciais em alguns Estados brasileiros, com formuladores teóricos jurídicos e da parte econômica financeira. Chamamos todas as Secretarias do Estado. Nesse seminário estava o Secretário de Saúde e sua equipe, que acharam interessante o modelo. Demonstrado esse interesse, nós entramos em contato com o IFC e o BNDES, eles toparam fazer a modelagem do Hospital do Subúrbio (Secretário Executivo da unidade PPP).

O Secretário de Saúde reconhece o envolvimento de outras áreas do governo no processo de decisão acerca do modelo.

(...) a discussão do modelo da Secretaria de Saúde envolveu outras áreas do governo. Um processo que teve idas e vindas. A gente chegou a ter muitas conversas principalmente nessas áreas do Governo: Casa Civil, PGE, SEFAZ e a SESAB e, em alguns momentos, com o próprio Governador (Secretário da Saúde).

E descreve a relação entre atores governamentais e não governamentais na modelagem econômica do que seria o modelo PPP para o Hospital do Subúrbio, destacando o papel de consultoria do Banco Mundial.

(...) na época que nós fizemos a modelagem econômica, a gente contratou, via consultoria, um técnico do Banco Mundial que ia julgar a modelagem do projeto desde o dimensionamento de ambiência, equipamentos de pessoal, tudo foi feito pela equipe da SESAB. Mas, a modelagem econômica a gente contou com apoio externo (Secretário da Saúde).

Segundo Matus (2005), esse poder que o ator consultor tem no conhecimento do negócio caracteriza o seu lugar no jogo das ciências, que compõe o amplo Jogo Social onde se disputou poder e se fez alianças para a decisão do modelo PPP.

O lugar de consultoria do IFC no jogo das ciências, fortaleceu e apoiou a viabilização do desejo do empreendedor do projeto, pois, a expertise desse braço do Banco Mundial em parcerias público-privada, trouxe elementos positivos e defensáveis acerca do modelo PPP.

Kingdon descreve o consultor com um dos atores invisíveis, capaz de influenciar nas decisões governamentais. Coadunando com esse autor, em uma das entrevistas a Assessora SESAB afirma que a contratação da consultoria do IFC se deu porque a Secretaria precisava: “de uma marca imponente”, “tinha que ser um projeto com um carimbo muito forte pra dar o peso que a gente precisava”.

Portanto, resta clara que a força e peso do Banco Mundial foram utilizadas pela Secretaria para ampliar a importância do projeto, sendo essa consultoria internacional a portadora do passaporte para validação de um projeto que se anunciava inovador.

## 5.2 PAPEL E INTERESSES DOS ATORES INVISÍVEIS NA VIABILIDADE DA ALTERNATIVA PPP PARA GESTÃO HOSPITALAR

Observa-se que precede ao debate da PPP para a gestão da saúde, a existência de relações de fomento à Parcerias Público-Privadas entre o IFC/Banco Mundial e o BNDES. Segundo o Secretário Executivo das PPPs na Bahia, o interesse do Banco Mundial era desenvolver parcerias também na área de “infraestrutura social”. A tradução disso seria desenvolver projetos para além das estradas e estádios de futebol, por tanto, a saúde fazia parte dos interesses do grupo.

A contratação de consultorias de bancos nacionais e internacional para apoiar a modelagem e análise jurídica do modelo foi feita pela SEFAZ, com participação da PGE.

(...) eu participei de toda a modelagem e concepção do projeto. Como é que ocorreu a escolha desse modelo PPP? Quando assumimos a Secretaria Executiva, entramos em contato com o BNDES e o Banco Mundial, eles tinham acabado de constituir uma *facility* da IFC com o BNDES. O IFC é o braço financeiro privado do Banco Mundial. A *facility* tripartite constituída pelo IFC, Banco Mundial e BNDES tinha o objetivo de desenvolver projetos tanto na área de infraestrutura social, como eles denominavam (Secretário Executivo da unidade PPP).

(...) nós celebramos um convênio com a participação da Procuradoria Geral do Estado para que essa *facility* pudesse desenvolver e estudar alguns projetos de interesse do Estado. Então, se iniciou o primeiro trabalho dessa *facility* que foi a modelagem do sistema da Ba-093, rodovia que pega o Cia Aeroporto (Secretário Executivo da unidade PPP).

Observa-se também que atores não governamentais tiveram papel estratégico, senão decisivo, ao subsidiar através dessa consultoria a viabilidade da decisão pela PPP tanto para a SESAB quanto para o próprio Governo do Estado acerca do modelo. Pois, foi o IFC o principal articulador de consultores e pesquisas de avaliação do *Value for Money* conforme afirma uma das entrevistadas:

Todo processo de construção da modelagem foi feito com o IFC que trabalhou com os técnicos da Secretaria de Saúde para fazer essa modelagem, a construção dos indicadores econômicos financeiros e também dos indicadores assistenciais, para daí construir metas, precificação e, com isso, resultar no contrato. Eles receberam recursos em valor por essa consultoria (Superintendente SESAB).

Brasil (2013) auxilia no entendimento do papel do IFC afirmando que conclusões mais apressadas poderiam sugerir que por ser papel exclusivo de atores governamentais, o Estado isolaria a sociedade do processo decisional. No entanto, segundo esse autor ainda que organizações não-governamentais, iniciativa privada ou quaisquer agentes não governamentais não possam produzir políticas públicas, não significa que não possam influenciar, direcionar, regular, controlar ou mesmo ajudar a formular políticas públicas.

É importante entender que as políticas públicas podem envolver todos os níveis de governo e suas fases não estão totalmente restritas aos atores formais. A participação de atores e organizações não governamentais dão suporte aos modelos das políticas públicas e em alguns casos esses atores têm grande importância na produção das políticas (BRASIL, 2013).

A ideia de participação e apoio de atores não governamentais, particularmente bancos, no processo de decisão, aparece em outras entrevistas. A diretora da SESAB, por exemplo, afirma que o BNDES e IFC “apoiaram o processo decisório do modelo, na elaboração, mas não no processo de decisão, se faz ou não faz PPP” e informou como ocorreu:

(...) um dos instrumentos que se é obrigado a fazer é do *Value for money* que só consegue fazer depois que começa a estruturar. Você decide se é factível ou se faz mais sentido fazer uma PPP ou não. De uma certa forma, eles providenciaram um dos instrumentos que legalmente compõem o processo e que orienta essa decisão (Diretora SESAB).



O Secretário da Saúde, de posse dos estudos realizados pelo IFC e pelo Banco Mundial, apresentados como alternativas para os dois hospitais, na verdade foram estudados dois hospitais, o do Subúrbio e o Hospital da Criança em Feira de Santana. Os dois estudos indicaram que para trazer esse grau de eficiência para os serviços prestados na área de saúde, o modelo de PPP era um modelo exitoso. Era uma experiência britânica muito bem-sucedida, na Espanha também e que poderia ser replicada no Brasil (Assessora Diretoria Geral SESAB).

A interação dos atores invisíveis, consultores do IFC, geraram a capacidade institucional para subsidiar os atores governamentais, retratada pelo Procurador da PGE.

(...) foram também contratados para consultoria jurídica, dialogando com a Procuradoria. Como o projeto era novo, a Procuradoria ainda estava construindo capacidade institucional. A Procuradoria começou a criar a capacidade institucional naquele momento, a estudar o tema, preparar as pessoas, a fazer cursos, inclusive surgiu uma equipe que faz outros projetos de PPP. Fomos aprendendo a fazer projetos de inovação que tem impactos sistêmicos (Procurador PGE).

Segundo Matus (2005), no jogo da ciência, os jogadores constituem o capital cognitivo e nele há uma disputa por espaço entre o conhecimento científico, ideologias e preconceitos. O jogo social não se divide em compartimentos mutuamente excludentes com fronteiras temáticas, legais, organizacionais ou espaciais nítidas, mas sim em lógicas de jogo superpostas, com uma interseção dominante.

Observa-se, por exemplo, a coexistência do jogo dos valores e das crenças que, no caso do representante do Banco Mundial defende a expansão do setor privado, através das PPPs e por outro lado, no âmbito da SESAB, a Superintendência responsável pela condução e viabilização do modelo PPP na saúde tinha uma gestora cuja trajetória e vinculação partidária representava a bandeira anti privatista.

O entrevistado do IFC reitera o papel da consultoria e afirma o interesse de expansão do setor privado em todos os níveis de gestão através de parcerias, particularmente no setor saúde, tendo em vista o histórico brasileiro de utilização de modelos como organizações sociais na saúde:

(...) a atividade propriamente do grupo era de assessoria ao governo na estruturação dessas PPPs. Existia um grupo do qual eu era líder aqui no Brasil, voltado para desenvolver e estruturar PPPs nos setores inovadores em que não existisse esse tipo de arranjo. Como havia experiência das O.S.s, a gente achava que havia um potencial grande para se fazer PPP no setor de saúde no Brasil. A ideia era exatamente, por meios das PPPs, expandir a atuação do setor privado (Chefe IFC Advisory Brazil).

(...) Éramos contratados por governos subnacionais, Estados, Municípios para estruturar PPPs em setores em que não houvesse ainda experiência consolidada no Brasil e a saúde era um desses setores que a gente olhava com muita atenção, porque

já havia muitas experiências fora do Brasil de PPPs no setor de saúde (Chefe IFC Advisory Brazil).

No entanto, esse entrevistado afirma que a reputação institucional é mais importante que os possíveis ganhos de novos ‘projetos desnecessários’. O Chefe do IFC Advisory Brazil, à época, demonstrou preocupação com a reputação do Banco Mundial, criticando gestores que requereram consultoria do Banco sem a real necessidade de PPPs para a saúde.

Destaca-se que o entrevistado se referia a gestores de municípios de pequeno porte no Brasil e não ao caso específico da Bahia: *“A gente tem um problema reputacional muito sério, não pode estar envolvido em uma coisa que, com essa política e que no final não tenha essa atividade. Até porque, nossos políticos lamentavelmente, em regra, não tem a capacidade se quer de fazer análise no que eles realmente precisam”*.

Observa-se que a influência do parecer do Banco Mundial tem se mostrado importante frente a demandas de projetos de parcerias. No caso específico da PPP do Hospital do Subúrbio, a participação do IFC/Banco Mundial no momento de pré decisão é destacada por uma entrevistada da SESAB, que aponta a habilidade do IFC no “diálogo com o mercado”. Nesse trecho fica explícita a perspectiva de responder ao interesse do mercado no projeto.

O IFC além de ter bons projetistas, têm uma bagagem internacional muito grande. Eles trazem pro nosso projeto conhecimentos aportados em projetos de outros países. Consultores internacionais vieram pra discutir o projeto, dizer como é que isso acontecia em outros países. Também ajudou, influenciou na tomada de decisão, no convencimento e eles também fazem conversas com o mercado (Assessora SESAB).

(...) Então, eles vão conversando com o mercado pra entender o que quer o mercado, qual é a perspectiva do mercado em relação ao projeto, que muitas vezes o setor público ele não tem esse hábito. Na verdade, ele tem até um temor em fazer isso (Assessora SESAB).

Essa relação é concebida por Matus (2005) como Jogo econômico, pois muito frequentemente envolve bancos e se relaciona à capacidade econômica de fomento e expertise em determinado *business*. Nesse jogo, costuma-se distribuir a propriedade de bens econômicos, manter sobre regulação as principais variáveis econômicas e estabelecer as relações de intercâmbio com o mundo exterior. Para esse autor cada jogo

contém em seu espaço todos os demais jogos, porque subdividem-se em jogos menores e porque coexistem no plano internacional com outros jogos.

O peso do ator IFC/Banco Mundial e sua experiência internacional é trazido pela Assessora do gabinete da SESAB ao ressaltar a importância da participação do empreendedor, Secretário da Saúde, em levar adiante o projeto para além do trabalho da consultoria:

Primeiro a gente decidiu pela contratação de uma consultoria de renome, o IFC. A gente precisava de uma marca imponente no nosso projeto. Não adianta ser feito um projeto por João, por Maria, tem que ser um projeto que tenha um carimbo muito forte pra dar a ele o peso que a gente precisa, pra sustentar isso (Assessora SESAB).

(...) Depois, a capacidade do Secretário, ele é uma pessoa de uma capacidade incrível tanto capacidade técnica, mas sobretudo na capacidade da estratégia, da elaboração, do discurso, da política. Então ele é uma pessoa, vamos dizer, tem uma série de capacidades que ajudou a enfrentar tudo isso (Assessora SESAB).

Nessa relação da SESAB (ator governamental) com os bancos (atores invisíveis), fica claro a existência de muitos jogos de poder, marcadamente a interrelação do jogo das ciências com o jogo econômico, cuja função é produzir os bens e os serviços demandados pela população para satisfazer suas necessidades, nesse caso a modelagem de um hospital.

A relação da SESAB com o BNDES e IFC, bem como o papel desses bancos na estruturação da proposta do projeto são detalhados por mais uma das entrevistadas:

O BNDES tem um contrato guarda-chuva com IFC e o Banco Mundial para essa estruturação de projetos. O contrato com o IFC se dá através do BNDES. O convênio era SESAB, IFC e BNDES juntos, era um convênio com 3 partes porque necessariamente o IFC vinha atrelado ao BNDES. O BNDES ajudava na parte da moldagem econômica financeira. O IFC no gerenciamento do projeto e contratação dos outros serviços: o jurídico e a modelagem de saúde propriamente dita, modelagem técnica (Assessora SESAB).

O detalhamento dessas participações do BNDES e do IFC/ Banco Mundial foi criticamente abordado pelo chefe do IFC que apontou limites na comunicação entre o BNDES e a SESAB, inviabilizando a participação desse banco no financiamento do projeto:

O BNDES não participou do financiamento, participou da estruturação. Na hora do financiamento, como eles não se comunicam direito lá dentro, nem internamente, tem um problema sério de comunicação, na hora do financiamento eles se deram conta que tinha características da estruturação que impediam que eles financiassem. Só que o BNDES estava sentado à mesa na estruturação e não se deu conta disso. Foi um erro, uma imperícia deles, feia (Chefe IFC Advisory Brazil).

Apesar do ruído de comunicação e da não participação do BNDES no financiamento, fica clara a intensa participação dos dois bancos na modelagem e apoio a decisão dos atores governamentais acerca do modelo PPP.

Esse movimento dos atores feito na Bahia tem sua análise apoiada por Agum *et al* (2015) que afirmam ser preciso que haja atores envolvidos na questão para que sejam apontadas possíveis soluções. Segundo esses autores, o corpo burocrático pode atender determinadas demandas por soluções, no entanto, se houver um grupo de atores epistêmicos (consultores ou analistas), as chances de efetivação na construção de alternativas aumentam. Esses grupos dão consistência às propostas e procurarão junto ao corpo burocrático dar estrutura às ações.

### 5.3 E O PARCEIRO PRIVADO: QUAL INTERESSE TERIA?

Inquirir nessa tese as razões da escolha do modelo PPP para a gestão hospitalar não poderia prescindir de ouvir o parceiro privado, que por sua vez também fez a escolha de compor a parceria. Investigar suas motivações trouxe elementos interessantes que permitiram compreender a partir de quais interesse atores públicos e privados consumaram a configuração da primeira PPP em gestão hospitalar no Brasil.

Na entrevista com o parceiro privado, quando questionado sobre as razões do interesse do grupo Promédica em participar da PPP para o Hospital do Subúrbio, o Diretor Administrativo e Financeiro relatou que historicamente o grupo tem participado de “situações de inovação”:

(...) no DNA do nosso grupo está a história da inovação, nós sempre nos comprometemos muito com a inovação. Uma empresa de 50 anos que sempre esteve numa posição de vanguarda no que diz respeito a situações de inovação. Inovação tecnológica, na implantação de serviços, no pensamento, mesmo dentro de um plano de saúde (Diretor Promédica).

(...) a PPP do Hospital do Subúrbio surgiu como uma inovação que ainda o é no serviço público e nós entendemos que tínhamos uma contribuição importante para dar nesse processo. Entendemos que os modelos de gestão que existem hoje na saúde pública têm muitas deficiências e que uma empresa privada que tem todo esse pensamento vanguardista deveria contribuir com isso (Diretor Promédica).

Outra motivação para concorrer a licitação, anunciada pelo parceiro privado Promédica, foi a questão mercadológica da saúde. Segundo o entrevistado o grande “mercado da saúde” está no setor público.

(...) se você fizer uma avaliação de mercado, uma avaliação econômico-financeira, hoje nós temos cerca de 20% da população do Brasil com acesso aos serviços privados de saúde, pessoas que têm plano de saúde individuais ou coletivos dentro do plano de benefícios das empresas ou das alto gestões. Então, 80% da nossa população é SUS dependente no Brasil. Então, o grande mercado da saúde está no público e não no privado, em termos quantitativos (Diretor Promédica).

A compreensão da saúde como um mercado, associa o SUS a um bem econômico e, portanto, a um modo de ver esse campo como negócio. Assim, apresenta-se o que Matus (2005) definiu como jogo dos valores, no qual os atores representam seu capital ético, estético, emocional e onde se defrontam convicções. É um jogo travado no mundo interior do ator e entre os atores. A função desse jogo é criar, renovar ou defender os valores, incluindo os ideológicos e aplicá-los na proposição de propostas aos problemas.

Diferem e defendem outros pontos de vista ideológicos as entrevistadas do Conselho Estadual de Saúde e a Superintendente SESAB que compreendem saúde como um “direito do cidadão e dever do Estado”, sendo a obrigação dos gestores do SUS protegê-la da sede de lucro do mercado.

Pode-se estranhar o fato de a mesma Superintendente compor os quadros da SESAB, tendo apoiado a modelagem do projeto, pois, uma de suas diretorias subordinadas era a responsável técnica por todo o processo. Nessa questão aparentemente contraditória, Matus (2005) nos ajuda a entender que os jogadores podem ter características opostas, embora não seja estranho que um mesmo grupo de atores participe em vários jogos paralelos ou que precisem fazer alianças com outros atores de grupos diferentes, pois, existem conexões variáveis em densidades, intensidades e qualidades entre jogos paralelos onde esses jogadores estejam presentes.

O Diretor da Promédica quando questionado sobre as possíveis vantagens que a PPP trouxe ao parceiro privado, ressalta a experiência adquirida do ponto de vista tecnológico e de gestão do negócio PPP, além dos ganhos de negociação com fornecedores para compra de medicamentos, inclusive para seus hospitais privados que atendem ao mercado privado.

(...) o grande ativo que ficou dessa operação foi a experiência adquirida. Porque a gente conseguiu dominar do ponto de vista tecnológico e de gestão uma operação muito desafiadora. Tem outros ganhos em paralelo como volume para negociar com os fornecedores. Nós temos hospitais privados que atendem ao mercado privado, embora não exista muita comunicação de materiais e medicamentos que se usa no SUS, com base na Relação Nacional de Medicamentos, com os do setor privado. Mas, tem algumas coisas que tem interação. Então, você ganha um pouco mais de volume para negociação com fornecedores. E de resto não tem mais grandes vantagens

excepcionais. Pra mim, pessoalmente, o grande ativo que ficou disso tudo foi a experiência, foi ter o conhecimento acumulado nesse negócio (Diretor Promédica).

Observa-se que a abordagem discursiva que marca o interesse do parceiro privado é a do interesse mercadológico na saúde, como se nota nas expressões “o grande mercado da saúde está no público”; “operação muito desafiadora”, “volume pra negociar” e “conhecimento acumulado no negócio”. Essas frases da entrevista do Diretor Administrativo e financeiro da Promédica corroboram com as preocupações da representante do CES e também da Superintendente da SESAB, quando manifestam a preocupação dos interesses mercadológicos na saúde.

Cabe, no entanto, destacar que enquanto essas entrevistadas defendem a gestão direta como forma de garantir a governança Estatal e o interesse público, entendendo saúde como direito; o representante do parceiro privado Promédica manifesta que o ganho mercadológico pode estar associado com “ganhos inestimáveis para a população” e o poder público, através do modelo PPP na gestão hospitalar.

(...) um modelo de gestão PPP, pensando em eficiência, vai ter ganhos inestimáveis para a população, para o poder público que faz uma aplicação de recursos de uma forma mais ordenada, racional e para o setor privado também que gera emprego, renda, vai pagar tributos sobre isso e gerar rentabilidade para os acionistas (Diretor Promédica).

Em relação ao modelo econômico financeiro da PPP do Hospital do Subúrbio, o Diretor da Promédica, quando perguntado sobre a existência de vantagens para o parceiro privado, esse responde que: *“Em tese sim, porque tem uma previsão do que vai investir, do serviço que vai prestar, do quantitativo e tem uma previsão de taxa de retorno no próprio modelo econômico financeiro, tudo isso tá previsto.”*

Apresentados os atores, contexto e interesses dos envolvidos no momento pré decisório, segue-se para a caracterização do processo decisório. Vale ressaltar que esses momentos não são estanques, destacados aqui apenas para realçar circunstâncias específicas que são capazes de caracterizar mais um momento que o outro.

#### 5.4 O PROCESSO DECISÓRIO

Na descrição dos atores envolvidos no processo decisório, Kingdon (1995) dá destaque especial aos empreendedores de políticas. Para o autor, assim como os empreendedores de negócios esses atores estão dispostos a investir seus recursos de

tempo, energia, reputação e dinheiro para promover uma posição em troca da antecipação de ganhos futuros na forma de benefícios materiais. Esses atores são influentes e se dividem entre atores visíveis e invisíveis. Os primeiros possuem influência sobre a agenda governamental, a exemplo de chefes do executivo, indivíduos por eles nomeados para altos escalões da burocracia governamental, atores do poder legislativo, grupos de interesse, mídia e opinião pública. Já os atores invisíveis têm predominante influência na geração de alternativas, tais como servidores públicos, assessores de parlamentares, acadêmicos, pesquisadores e consultores. Os participantes invisíveis são responsáveis principalmente pelo planejamento, formulação e avaliação das políticas públicas, a exemplo do IFC e BNDES.

Além disso, Matus (2005) frisa que o jogo é cumulativo e tem história. Por conseguinte, as desigualdades provenientes do êxito ou do fracasso se transmitem através do tempo de uns jogadores para outros, como em uma corrida de revezamento. Os jogadores bem-sucedidos ganham poder e vantagens no jogo para continuar sendo bem-sucedidos, como se pode observar no acúmulo de poder dos atores governamentais que participaram da defesa e construção da proposta da PPP no interior do governo.

Em relação a participação desses atores governamentais no processo de decisão, uma das entrevistadas refere a participação da SESAB, Casa Civil, PGE, SEFAZ como atores centrais no jogo macro organizacional.

(...) a proposta foi levada para o governador e ele se convenceu. A casa civil começou a fazer o monitoramento e para fazer a contratação, a Procuradoria Geral do Estado ficou responsável por acompanhar o processo da construção da modelagem e do contrato. Além da Secretaria da Fazenda, através de uma coordenação que foi criada de PPPs, o gabinete do Secretário e a Saftec. Eram esses atores, antes do contrato (Superintendente SESAB).

(...) a Saftec ficava com toda a parte operacional, na avaliação técnica do projeto e também a modelagem do contrato, através da Diretoria da Ciência e Tecnologia, cuja diretora se especializou nessa questão da PPP. Eu também participava das discussões de fechamentos do contrato e da modelagem (Superintendente SESAB).

Nesse Jogo macro organizacional que se estabeleceu entre os participantes, a Diretora de Ciência e Tecnologia da SESAB explica seu poder técnico-político na operacionalização do projeto da seguinte forma: *“porque eu não era de partido nenhum, essa foi a razão para eu ser escolhida, formalmente, a desculpa era porque a minha diretoria era de inovação”*.

Observa-se, portanto, que na disputa pelo poder burocrático e institucional do Jogo macro organizacional, que viabiliza apoios a todos os outros jogos através da ação coletiva, a SESAB optou pela “neutralidade política” ao escolher a gestora que tocara o projeto no âmbito da Secretaria.

O Procurador da PGE e a Assessora da SESAB corroboraram com a descrição da participação dos atores e incluíram o Governador do Estado e atores políticos não nomeados, detalhando a participação dos demais no processo de decisão:

A Secretaria de Saúde, principalmente o gabinete dele, a Superintendência, a PGE, a unidade PPP da Secretaria de Fazenda os Secretários e o Comitê Gestor. As decisões passavam pelo Conselho gestor, políticos, procuradoria, SESAB atores e a SEFAZ. Esses eram os principais atores, fora do ponto de vista político, as estruturas que discutiam a saúde porque o Secretário da saúde fazia essa articulação. Mas, na estruturação mesmo do cotidiano basicamente do projeto, eram essas instituições, essas Secretarias e esses atores (Procurador PGE).

O Governador apoiou bastante. Wagner era uma pessoa arrojada. Então, sem dúvida seu gabinete, o próprio Procurador Geral do Estado também eram entusiastas do projeto, o Governador e o Secretário da Fazenda (Assessora GASEC).

Segundo Faria (2003), os empreendedores desempenham um papel fundamental unindo soluções a problemas; propostas a momentos políticos; eventos políticos a problemas. Sem eles a ligação entre os fluxos pode não ocorrer.

Foi uma unanimidade nas entrevistas a caracterização do Secretário de Saúde como o grande empreendedor da política e também como o ‘decisor do modelo’, iniciando pela Superintendente SESAB: *“A decisão foi do Secretário, claro que ele participou ao governador Jaques Wagner. A primeira pessoa a ser convencida foi o próprio Governador. Foi o Secretário de Saúde um dos atores fundamentais e centrais para essa proposta.*

O papel estratégico de empreendedor do projeto assumido pelo Secretário de Saúde, à época, é realçado em outras entrevistas, sendo elencadas suas habilidades para atuar em diversos jogos sociais, tais como o político, macro organizacional, dos valores e da comunicação, conforme se observa a seguir:

Depois, a capacidade do Secretário né? Ele é de uma capacidade incrível tanto técnica, mas sobretudo na capacidade da estratégia, da elaboração, do discurso, da política. Ele é uma pessoa, vamos dizer, tem em uma pessoa só uma série de capacidades que ajudou a enfrentar tudo isso (Assessora GASEC).



Esse poder atribuído ao empreendedor do projeto no Jogo político faz parte, segundo Matus (2005), de uma disputa de distribuição do poder político, cuja função é criar, concentrar e distribuir poder social. Segundo esse autor nenhum jogador pode alcançar seus objetivos no jogo acumulando um único tipo de recurso. A realidade do processo de decisão acerca do modelo PPP ratifica essa teoria, pois demonstra a existência de um empreendedor com múltiplas competências,

Também se verifica a coexistência do jogo da comunicação na narrativa que o Procurador fez acerca da articulação e debate que o Secretário de Saúde realizou com políticos e instâncias que debatem a saúde. Para Matus (2005) o jogo da comunicação apoia todos os demais jogos no plano do entendimento e da comunicação entre os jogadores e através do qual se disputa a transparência, opacidade e o controle acerca do modelo escolhido e seu eventual uso por gestores, bancos, governo, usuários em vocalização nos fóruns consultivos e deliberativos, sites governamentais, além da formação de opinião.

As entrevistas também ressaltaram o papel de decisão do empreendedor, conforme afirmado por uma das assessoras do projeto na SESAB e também pelo Secretário Executivo das PPPs no Estado da Bahia:

(...) o protagonismo da Secretaria da Saúde foi determinante e muito respaldado pela PGE que fez todas as análises jurídicas que respaldaram a decisão, tomada pelo governo, de trazer o modelo para ser implementado no Brasil. Foi muito decisiva a coragem do Secretário da Saúde, em assumir a posição de que era um modelo exitoso em outros países do mundo e que a gente poderia replicá-lo. Ele foi extremamente corajoso e na hora que ele tomou a decisão, porque no governo você precisa de decisão, os técnicos fazem o trabalho técnico, mas quem decide e quem viabiliza é aquele que de fato assina por aquilo (Assessora Diretoria Geral SESAB).

No entanto, o entrevistado da SEFAZ entende que sua Secretaria também teve papel fundamental na decisão pelo modelo PPP, pois quando perguntado sobre os principais participantes afirma o seu papel fomentador do modelo enquanto gestor da unidade PPP para todas as Secretarias do Estado:

A partir do seminário que fizemos, à época, com especialistas das diversas áreas, houve a decisão do próprio Secretário e depois referendado pelo Governador Jaques Wagner, para que pudesse introduzir e estudar esse modelo de contratação para o Hospital do Subúrbio (Secretário Executivo da unidade PPP).

Para o representante do IFC Advisory no Brasil, o Secretário da Saúde era o empreendedor do projeto e atribuiu o interesse pela PPP ao potencial desse modelo em

ser um nicho de excelência para assistência à saúde dentro da rede pública, conforma trecho de sua entrevista:

A primeira vez que eu encontrei o Secretário de Saúde, ele já tinha clareza que a melhor forma de levar à frente a construção do Hospital do Subúrbio era por meio de PPP. Eu me lembro que ele dizia *"se a gente continuar fazendo o trabalho que a gente está fazendo aqui hoje, em algum momento a gente vai conseguir universalizar o acesso à saúde"*. Ele dizia: *"preciso criar parâmetros, criar situações dentro da rede de prestação de saúde, rede pública, que tenha diferencial de qualidade para que isso apoie a tentativa de trazer para cima a qualidade da prestação de serviço ao longo do tempo. Preciso começar a ter alguns nichos dentro do poder público, onde a qualidade da prestação da saúde, dentro da rede pública seja diferenciada"*. Ele achava que a PPP seria um meio para fazer isso (Chefe IFC Advisory Brazil).

O entrevistado do parceiro privado também atribuiu ao Secretário de Saúde o papel de grande empreendedor do projeto PPP, junto com o IFC/Banco Mundial, além de destacar outros atores não governamentais dos jogos político e econômico ainda não relatados pelos demais entrevistados como a ANAP e Banco do Nordeste.

(...) Eu via no Secretário de Saúde um grande defensor. O próprio IFC, que desenvolve modelos alternativos pra a gestão pública no mundo inteiro também era um grande entusiasta do processo. Eu vi a Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAP também defendendo o modelo, embora a participação foi pequena do setor privado até no processo licitatório (Diretor Promédica).

(...) O pessoal da Secretaria da Fazenda, da Secretaria Executiva de PPP, entusiastas do modelo e o *Internacional Finance Corporation*. O BNDES participou também, foi incentivador do processo e se colocou à disposição. O próprio Banco do Nordeste que deu cartas pra a SESAB, na época da licitação, se comprometia com um provável financiamento do projeto (Diretor Promédica).

O interesse político manifesto de entrega de um modelo inovador para a gestão hospitalar é recolocado pela Assessora da SESAB: *"A gente queria implementar algo novo, algo que também fosse simbólico. Não só na perspectiva da entrega de um serviço, mas na perspectiva política, da simbologia de fazer algo diferente, que tivesse um valor. E o Hospital do Subúrbio foi exatamente isso"*.

Essa intenção de qualificar a prestação de serviço no âmbito da rede pública expressa um valor associado a escolha do modelo. O jogo dos valores expresso pelas crenças e ideologia a respeito da relação público privado dos atores envolvidos é analisado por Matus (2005) como um jogo onde podem surgir elementos que revelem consciência ética; responsabilidade social; compromisso com a qualidade dos serviços; inovação e criatividade; compromissos entre empregado/instituição.

O interesse de inovar, associado a uma urgência na entrega de uma unidade hospitalar, segundo uma das entrevistadas, fez com que o debate se iniciasse com participação restrita a alguns setores da SESAB e dentro do governo no que tange a participação de atores governamentais, como se observa nos trechos a seguir:

A gente nem sabia o que era isso de verdade. Então, começamos a desenvolver o projeto de forma muito restrita, dentro do próprio corpo da Secretaria. As discussões eram bem limitadas àquelas pessoas que efetivamente estavam participando do projeto. Quando o projeto ganhou maturidade, confiança dos dirigentes, do próprio Secretário, do Secretário da Fazenda, a gente começou a ampliar essas discussões. A gente teve que ampliar essas discussões um pouco mais pra fora né? Levar pros Conselhos de Saúde, fazer uma discussão mais ampla com a sociedade, com os interessados. Mas a princípio, ela ficou restrita à Procuradoria, à Secretaria da Saúde e Secretaria da Fazenda (Assessora SESAB).

A ampliação dos debates também se justificou, conforme Assessora da SESAB pelos ritos requeridos na Lei de PPP que prevê consulta pública: *“...tem todo o rito da própria Lei que estabelece que tem que fazer consulta pública, audiência pública, botar isso disponível em site e aí nesse momento a gente ampliou ainda mais essa discussão”*.

No entanto, o que se observou no documento de resposta à consulta pública é que houve apenas 61 comentários para um projeto que envolve o cuidado de milhões de usuários do SUS na Bahia. Desses comentários: 16 foram acolhidos, 09 não acolhidos, 11 acolhidos parcialmente e 25 foram esclarecimentos (BAHIA, 2009).

Chama atenção o fato de que grande parte dos comentários continham conteúdos afeitos a questões empresariais: valor de patrimônio líquido, contraprestação anual, despesas de investimento, qualificação econômica financeira do consorciado, entre outras. A frequência de questionamentos dessa ordem sugere que a consulta pública foi mais utilizada para esclarecimento das empresas privadas interessadas em concorrer na licitação. Não sendo realçados questões ou sugestões afeitas aos órgãos de controle ou deliberação do SUS, nem usuários.

Por outro lado, na consulta pública, três comentários diziam respeito ao objeto dessa tese, pois tratam da escolha do modelo: um questionou o modelo de contratação por meio de PPP e outro a diferença de investimentos a serem feitos no Hospital do Subúrbio em relação ao Hospital Geral do Estado, cujo modelo de gestão é direta. Destaca-se também dois questionamentos acerca de concurso para os trabalhadores do hospital e eventuais convocações de técnicos selecionados em concursos da SESAB, mostrando o desconhecimento acerca do modelo de gestão de pessoas de uma PPP.

### Algumas Considerações

O papel dos participantes nesse Jogo Social que caracterizou o processo de pré e decisão acerca do modelo PPP foi destacado nas diversas entrevistas. Valendo-se de Matus (2005), pôde-se identificar a existência de vários jogos nas falas, tais como o jogo político, macro organizacional, econômico, das ciências, comunicação e jogo dos valores. Para a decisão do modelo PPP, esses jogos influenciaram-se reciprocamente de forma decisiva, tanto no que diz respeito aos conflitos quanto na construção da cooperação necessária entre atores governamentais e não governamentais, incluindo os invisíveis.

A interação dos atores governamentais e não governamentais na modelagem do projeto foi destacada pelos entrevistados como marcado pelo jogo das ciências, caracterizado nesse caso pela expertise do IFC/Banco Mundial no *business* PPP, pois consultores desse órgão de fomento internacional atuaram junto a técnicos, advogados e assessores da SESAB, SEFAZ e PGE. A análise desse jogo permitiu perscrutar a influência das consultorias dos *experts* do IFC/Banco Mundial e BNDES na própria constituição do interesse de atores, pois, como a PPP tem a ‘vantajosidade’ como um dos requisitos de adesão na sua legislação, cabe ao gestor eleger esse modelo apenas nos casos em que se apresente como mais vantajoso para a administração pública.

Logo, o papel do IFC/Banco Mundial, fornecendo consultoria para a modelagem do projeto e assessoria jurídica demarcou o seu potencial de influenciar a decisão de um modelo que é de sua atividade de fomento. Inclusive a entrevista do seu representante anuncia o objetivo de desenvolver projetos na área de infraestrutura social, vislumbrado um o potencial de se fazer PPP no setor de saúde no Brasil. Atuante no jogo das ciências esse ator invisível se utilizou de sua expertise acerca de projetos de PPP e imprimiram sua marca na modelagem, nos aspectos jurídicos e técnicos.

No caso do jogo dos valores, observa-se nas entrevistas que os interesses anunciados pelos gestores da SESAB recorrem a palavras e expressões que se referem a “algo novo”, “simbólico”, “capaz de garantir qualidade” e “universalizar acesso”.

Esses valores foram reiterados no discurso do ator não governamental, diretor da Promédica, quando afirmou que a PPP na gestão hospitalar traria “inovação no serviço público”, “ganhos inestimáveis para a população e para o poder público”. Ao mesmo tempo, esse ator transmite seus interesses inerentes ao setor privado ao qual pertence,

quando afirma a saúde enquanto mercado, através das expressões: “o grande mercado da saúde está no setor público”; “ganho de volume pra negociar com fornecedores”.

Notou-se também posicionamentos ideológicos diferentes acerca do uso de modelos de gestão privados, incluindo a PPP, no âmbito da SESAB, advindos da Superintendente entrevistada e também da representante do CES.

Na trama do jogo econômico ficou explícito vantagens do modelo para o parceiro privado, pois foi declarado pelo Diretor da Promédica o interesse da empresa em obter experiência de gestão no negócio PPP e também nos ganhos de negociação com fornecedores para compra de medicamentos. Além de entender a dimensão econômica da parceria como algo positivo no sentido de que haveria previsão do que investir, do quantitativo do serviço que vai prestar e da taxa de retorno no próprio modelo econômico financeiro da PPP, ou seja, o lucro advindo da parceria.

No que tange a liderança e empreendedorismo no projeto, o Secretário de Saúde, à época, foi apontado com um dos grandes empreendedores tendo em vista sua diversidade de capacidades e recursos empregados nos diversos jogos, marcadamente nos jogos político, da ciência, da comunicação, dos valores e macro organizacionais. Essas foram características vistas pelos entrevistados como fundamentais para a viabilidade do andamento do projeto.

Como o jogo social, acerca da decisão do modelo PPP, envolveu vários jogos paralelos e simultâneos coexistindo em diferentes níveis, cada um com sua própria lógica de competição e desenvolvimento e com tempos de desenvolvimento também diferentes, ficou claro que os interesses desses atores, estratégicos no jogo social em questão, foram negociados e equacionados para que o modelo PPP fosse o escolhido entre outras alternativas.

## **6 AS ALTERNATIVAS DE MODELOS DE GESTÃO HOSPITALAR PARA REDE ESTADUAL DO SUS NA BAHIA**

Segundo o modelo analítico dos múltiplos fluxos de Kingdon, os atores tendem a ser convergentes no Fluxo de problemas e as diferenças entre os posicionamentos desses se darão no Fluxo de Alternativas. No caso da escolha do modelo de gestão hospitalar para o Subúrbio Ferroviário essa assertiva se confirma.

No Fluxo de alternativas os especialistas, funcionários públicos, grupos de interesse, entre outros apresentam propostas que são rotineiramente elaboradas e mobilizam comunidades de políticas envolvidas com determinados temas e que aguardam o surgimento de oportunidades para propor soluções para os problemas. Portanto, as alternativas estão disponíveis e quando surgem os problemas passam por um processo competitivo de seleção no processo decisório das políticas.

Para Kingdon (1995), o fluxo de alternativas é caracterizado pela proposição de várias soluções frente aos distintos problemas. No processo de formulação de alternativas há vários atores e uma combinação complexa de fatores que conduzem um item para a agenda de decisão. Para alcançar o resultado da política alguns atores contribuem no processo com a sua popularidade política; outros com seus conhecimentos ou saberes específicos; alguns trazem seu senso pragmático de possibilidades; outros, suas habilidades de atrair atenção; e ainda outros, sua autoridade.

A ideia central é de que alguns atores são influentes na formulação da agenda governamental propriamente dita e outros exercem maior influência na definição de alternativas de políticas. Segundo Kingdon (1995) a formulação de políticas públicas está longe de representar um processo racional onde os formuladores listam os problemas a serem enfrentados para que sejam elaboradas propostas ideais de solução.

A análise do fluxo de alternativas, nessa tese, visa apresentar o processo de incorporação do modelo PPP na gestão hospitalar do SUS na Bahia, dentre outros possíveis, para a gestão hospitalar do Subúrbio.

## 6.1 HISTÓRIA DA GESTÃO HOSPITALAR NA BAHIA: MIX DE MODELOS

Historicamente a Bahia já apresentava uma variada experimentação de modelos de gestão, pois, além da gestão direta havia boa parte de hospitais sob gestão de organizações sociais e empresas privadas contratadas. Em 2007, com a mudança de governo e gestão da Secretaria de Saúde foi mantida a diversidade de modelos de gestão hospitalar, como se observa na fala do Secretário de Saúde à época:

(...) não tem nenhum modelo que consiga prevalecer. Porque todos tem prós e contras, vantagens e desvantagens, potencialidades e limites que têm que ser levados em consideração. Então, foi por isso que nós optamos em combinar diversas modalidades de gestão hospitalar na rede própria, tentando alcançar o máximo dos objetivos de cada unidade, com o perfil mais adequado (Secretário de Saúde).

O destaque para o perfil empreendedor e inovador do Secretário da saúde é apontado como um dos fatores da discussão e implementação de diferentes modelos de gestão para a saúde:

Eram várias coisas ao mesmo tempo e surgiram os modelos dos contratos de gestão, da PPP e também das Fundações. Logo que o Secretário de Saúde entrou ele fez um seminário onde foram discutidos vários modelos de gestão na saúde, inclusive as novas organizações sociais e as Fundações Estatais de Saúde, os Consórcios e as PPPs. Já era uma constatação da necessidade de criar algum tipo de inovação e o Estado acabou fazendo várias delas. O Secretário falava muito de se avaliar vários modelos e ver o que é pertinente para cada coisa (Procurador PGE).

(...) Ele acabou experimentando todos os modelos na SESAB. Fez PPP, Fundação pública de direito privado, ampliou o programa de O.S., que cresceu na época dele. Havia uma tônica das necessidades e também a constatação de que era importante tentar novos modelos, porque os modelos não estavam dando as respostas do ponto de vista do monitoramento, da avaliação e dos incentivos aos profissionais (Procurador PGE).

As mesmas alternativas de modelos foram expressas pela Diretora da SESAB, responsável pela pauta da PPP na Secretaria de Saúde:

Restavam três opções na época, quatro, digamos assim, o modelo PPP que a gente conheceu ao longo da gestão, o modelo de O.S., o modelo de terceirização que o Estado tinha, mas, já havia vários despachos de órgãos de controle do Ministério Público dizendo que não poderia fazer essa terceirização de atividades fins. Então, deveria migrar para PPP ou O.S., e a discussão ainda era incipiente sobre a questão de criação de Fundação Estatal Hospitalar (Diretora SESAB).

Apresentando crítica ao modelo de repasse de recurso para a gestão direta, uma entrevistada justifica a defesa do hospital ser gerido por esse modelo, utilizando argumentos de eficiência, qualidade e apontando as “vantagens” na garantia de recebimento de recursos, na autonomia e flexibilidade da gestão no modelo PPP:

(...) eu sempre advoguei a ideia de que é possível ter o modelo de gestão direta eficiente. O problema é que como o orçamento não é disponibilizado formalmente para unidade de gestão direta para que ela faça a gestão. Ele não é repassado em sua totalidade, os repasses do orçamento ficam ao bel prazer do Governo do Estado e também os recursos federais que chegam na média alta complexidade (Superintendente SESAB).

(...) a questão da qualidade dos serviços públicos, da oferta não está diretamente direcionado se é gestão direta ou indireta. A PPP tem algo que dá as condições mais ideais para o cumprimento do contrato na medida em que, na PPP, não existe atraso no pagamento do contrato que é feito pelo fundo garantidor das PPPs e é diretamente do Tesouro Estadual. Não existe nenhum risco de não ter o dinheiro. Então, como é que pode comparar uma gestão direta que tem irregularidade nos suprimentos dos seus recursos materiais? Não tem flexibilidade para trazer pessoas para substituir o déficit de pessoal. Não tem a mesma flexibilidade e a autonomia de gestão pra realizar a

gestão do hospital. É um aspecto que impacta fundamentalmente na qualidade, nas respostas dos hospitais pela gestão direta (Superintendente SESAB).

No entendimento de outro entrevistado, o problema principal não é a questão de repasses financeiros, mas as dificuldades e limites que gestores encontram na gestão direta.

O problema é que eu não vejo nem a diferença principal na questão financeira. O diretor da administração direta tem que se queixar mesmo já que o esforço que ele precisa pra fazer a gestão direta no hospital público é muito maior do que o da equipe gestora no modelo PPP. Na gestão pública direta qualquer coisa mais simples do mundo na gestão privada, como comprar um antibiótico que não fazia parte da sua previsão de elenco de medicamentos vira um Deus nos acuda (Secretário da Saúde).

Esse entrevistado também apresenta questões jurídicas e a “lei da inércia” dificultando a gestão direta das unidades:

(...) cada dia está pior porque a forma como os órgãos de controle tratam essas questões fazem com que os profissionais fiquem com mais receio e começa a prevalecer à lei da inércia. Se um equipamento quebrar e você não resolver o problema do equipamento, isso não dá processo pro gestor. Pode ficar o tomógrafo parado três meses, mas se ele chamar alguém pra consertar e pagar por indenização ele pode ser processado (Secretário da Saúde).

Por outro lado, a Superintendente da SESAB qualifica o modelo de gestão direta como capaz de permitir a implementação de um modelo democrático de gestão, com pactuação da produtividade junto aos trabalhadores e qualificação do serviço público:

(...) colocar na gestão de pessoas que tem capacidade de gestão e ter dentro da gestão direta um modelo democrático. É possível fazer um plano diretor de um hospital de gestão direta? Sim. É possível envolver os trabalhadores no cumprimento dessas metas, a partir da capacidade instalada, do que existe de recursos. Ver metas realistas e pactuar com trabalhadores para atendimento da produtividade coletiva, com compromisso coletivo. A gestão ganha aliados para esse projeto envolvendo o conjunto dos trabalhadores para desenhar e conformar o modelo de gestão democrático no hospital onde todos estão responsáveis pela qualidade daquele serviço público (Superintendente SESAB).

Esse ponto de vista de defesa da gestão direta tem acolhida na representante do Conselho Estadual de Saúde ao afirmar: *“a expectativa é de não ter mais nenhum tipo de modalidade de gestão a não ser administração direta. Hoje com um governo progressista, ênfase sempre nisso e a gente vai lutar para termos governos cada vez mais progressistas”*.

No entanto, a Superintendente da SESAB, entusiasta do modelo de gestão direta, reconhece as limitações dessa no que tange a contratação de grande número de trabalhadores para abertura e funcionamento do hospital, pois, traria impacto na folha de



pagamento do Estado relativo à previdência social: *“Teve a proposta de abrir com a gestão direta com quase 1.500 servidores novos para entrar. Não foi só impacto na folha de pessoal direto, mas tem que pensar a longo prazo o impacto para previdência social do Estado. Isso demandaria um custo muito elevado na folha de pessoal e por isso se fechou a proposta de PPP”*.

Outro desafio é apontado pelo diretor da Promédica ao acrescentar a questão da prestação de contas, da mensuração dos custos, segundo ele um problema da gestão pública que dificulta a mensuração dos contratos na gestão direta.

A qualificação e idoneidade de algumas organizações sociais também foi abordada tanto pelo diretor da Promédica, parceiro privado que compõe o Consórcio Prodal Saúde que administra a PPP do Subúrbio, quanto pelo gestor público da Secretaria de Saúde.

(...) nos hospitais públicos, às vezes, nem tem essa capacidade de calcular custos, não tem sistema, tudo manual. Um hospital tem um contrato que é feito pela SESAB que aloca pessoal, outro que tem servidor, folha, tem isso e aquilo. Não se consegue mensurar, o Estado não consegue se debruçar sobre isso pra fazer essa mensuração. Acho que nós temos um problema geral na nossa gestão pública que as coisas são muito mal contabilizadas. O termo que se usa em inglês, *accountability*, você não tem isso muito bem desenvolvido no setor público. (...) Por outro lado, que outro modelo nós teríamos? O modelo de O.S., existem O.S.s e O.S.s, a gente sabe que tem algumas que frequentam até as páginas policiais (Diretor Promédica).

(...) Dependendo da O.S., uma coisa é ter uma obra social de Irmã Dulce, mais de 50 anos de história nunca recebeu pagamento de nenhum paciente, nem seguro privado, nada. Uma instituição 100% pública do ponto de vista da sua ação. É completamente diferente de abrir uma empresa sob o formato de O.S. pra disputar um contrato público (Secretário da Saúde).

Apesar dessas ponderações, o modelo O.S. foi aventado como possível para o Hospital do Subúrbio uma vez que já possuía base legal. Já a Fundação Hospitalar foi descrita pelo Secretário de Saúde, à época, como um modelo novo e questionável e por isso teria sido uma alternativa descartada.

A decisão relacionada à construção do hospital já tinha sido tomada e a possibilidade mais fácil seria a gestão de O.S. Por que mais fácil? Porque a base legal já existia, já existiam outros contratos de O.S. na Secretaria, há muito tempo. Havia as condições dadas para essa opção. Chegamos a discutir a possibilidade da Fundação Hospitalar também, mas não foi muito adiante e como era uma coisa muito nova tinha uma série de questionamentos (Secretário da Saúde).

(...) por ser uma fundação de natureza jurídica privada, apesar de ser pública, os servidores da fundação não estariam na base sindical dos sindicatos públicos e isso fez com que a base sindical pública na Bahia e em vários lugares tivesse enfrentamento forte com a Fundação, o que foi uma grande burrice (Secretário da Saúde).

(...) por exemplo, a Ebserh, como o governo não conseguiu emplacar a Fundação Estatal, terminou tendo que lançar mão de uma empresa pública porque era um modelo já estabelecido legalmente. Já que não tem correlação de força para aprovar um novo modelo, vou lançar mão do que tem aí guardado nas gavetas da gestão pública e mais se aproxima, era a empresa pública (Secretário da Saúde).

Os modelos de Fundação Estatal e PPP também passaram por avaliação comparativa, sendo os impedimentos da Fundação atribuídos aos riscos jurídicos, a impossibilidade de responder a necessidade de investimento e a urgência da inauguração.

A Fundação Estatal Hospitalar criava uma grande insegurança jurídica porque era um modelo novo, não havia nenhuma informação da Secretaria Nacional do Tesouro dizendo que se fosse uma Fundação Hospitalar de direito público, se contabilizaria os Recursos Humanos pela LRF. Em função dessa incerteza foi abandonado o modelo da Fundação Estatal e sobrou esses dois modelos, o PPP e fazer um novo contrato com O.S. (Diretora SESAB).

(...) na escolha entre a fundação, O.S. e as PPPs, eu vejo no caso das fundações os problemas de riscos jurídicos, desconhecimento do modelo e se ela estava ou não integrando o orçamento fiscal (Procurador da PGE).

(...) no caso da Fundação Pública de direito privado não se tinha um marco legal tão definido. Várias discussões que nas PPPs tinham sido superadas, no modelo Fundação não estavam resolvidas porque havia um movimento do Ministério do Planejamento de fazer uma lei complementar regulamentando as fundações de direito privado, mas não tinha virado uma lei. Os Estados e Municípios tentaram organizar as fundações públicas de direito privado sem essa regulamentação federal. Havia muitas fragilidades do ponto de vista dos problemas da LRF, do próprio regime das pessoas se tinha ou não estabilidade. O modelo das PPPs já tinha sido organizado na legislação, já tinha alguma experiência no país. Outros elementos centrais foram a necessidade de investimento, e a velocidade para inauguração. Quer dizer, eu vejo que a decisão de colocar o aparelhamento do setor privado também influenciou na decisão das PPPs (Procurador da PGE).

Para o Secretário de Saúde, à época, não há o modelo que resolva todos os desafios da gestão hospitalar, concordando com o Procurador da PGE que enunciou: *“É difícil fazer uma comparação abstrata porque depende de cada situação específica. No fundo é manejar vários desses instrumentos em cada situação específica, são vários elementos que tem que avaliar num determinado território também”*.

(...) uma coisa que a gente tentou trabalhar é que você não tem um modelo único. Oito anos depois você não consegue enxergar uma alternativa pra gestão dos serviços públicos de saúde que seja A alternativa, aquela melhor de todas, não tem. A gestão direta tem uma série de características positivas e uma série de limitações (Secretário da Saúde).

## 6.2 GESTÃO POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL: POR QUE NÃO?

O modelo mais citado, pelos atores entrevistados, como especulado para fazer a gestão do Hospital do Subúrbio foi o das O.S. Por isso também muitos entrevistados se debruçaram nas limitações do modelo para justificar a sua não escolha. Os principais limites das O.S.s apontados foram: impossibilidade de realizarem investimentos em equipamentos necessários a abertura do hospital, número de O.S. no Estado e inexistência de expertise para fazer gestão de um hospital com o perfil do Subúrbio. Essas teriam sido as principais razões de exclusão desse modelo como alternativa.

A questão da capacidade de gestão das organizações sociais e as limitações desse modelo no investimento apareceram em diferentes entrevistas. Para a Superintendente SESAB: *“Era para entregar a uma organização social, eu lembro que uma das observações feitas na reunião é que na Bahia não tinha tantas organizações sociais. As daqui já estavam com os hospitais grandes e eles não teriam capacidade para assumir mais um hospital com esse escopo, um hospital com a sobrecarga grande”*.

A gente avaliou inicialmente o modelo O.S. porque resolveria a questão imediata da contratação de pessoal, pelo menos. Por sua vez a O.S. não investe, basicamente faz o custeio da unidade com o pessoal e suprimentos e etc, e o Hospital do Subúrbio ele também tinha uma carência por alguns investimentos em equipamentos (Assessora GASEC).

A perspectiva do Secretário de que, para um projeto tão grande quanto o Hospital do Subúrbio talvez as O.S. não tivessem tanto fôlego para fazer. A Bahia não costumava atrair O.S. de outros Estados para vir para cá com experiência. Normalmente o que se via eram as O.S. daqui que se apresentavam para participar do processo seletivo (Diretora SESAB).

A existência prévia de gestão de hospitais Estaduais por O.S. e o diagnóstico de seus problemas e limitações também acabaram pesando sobre a decisão de não utilizar esse modelo de gestão no Subúrbio:

Quando quebrava um equipamento, que se tornava inservível ou se precisava expandir os serviços, quem fazia a compra dos equipamentos era a SESAB, a O.S. só fazia a manutenção. A O.S não é responsável por repor. As O.S. não cumpriam os indicadores porque não tinha os equipamentos e a SESAB demorava tempo demais para entregar os equipamentos, então, fica uma bola de neve (Diretora SESAB).

(...) Estou gerindo um hospital público e preciso substituir um equipamento aí vai pro Estado, imagine toda a dinâmica de estabelecer termo de referência, licitar pra fazer a contratação. Tem todos os percalços com a licitação, um fornecedor entra em conflito com o outro, impugna, vai pra justiça, liminar pra cá e aí o prejuízo do serviço tá lá (Diretor Promédica).

Uma das questões mais realçadas na literatura e na própria essência das parcerias público-privadas é a questão do compartilhamento de risco realçada pela entrevistada como um dos limitadores do modelo O.S.

No final, todos os riscos dos outros modelos são do poder público. Tudo bem que o privado tem o risco de não receber, mas e os outros riscos? O risco de construção, de responsabilidade civil? Todos recaem sobre o poder público. No caso da PPP, você ter compartilhamento de risco de acordo com as características de cada projeto fazem com que o Estado não tenha um passivo que ele precisa pagar (Diretora SESAB).

(...) Na hora que eu faço a administração direta todos os riscos são meus, na hora que eu contrato por O.S. todos os riscos são do poder concedente Estado. Na hora que eu faço um contrato de PPP eu partilho o risco com ele. Então, ele também tem obrigações e isso traz para o Estado uma vantagem e para a população (Assessora Diretoria Geral SESAB).

O procurador da PGE avalia comparativamente os modelos O.S. e PPP apresentando vantagens e desvantagens de cada um deles do ponto de vista da lucratividade, das questões fiscais e tributárias, eficiência administrativa:

(...) do ponto de vista fiscal, tributário, se comparar os dois modelos, o modelo O.S. é mais favorável do que das PPPs. Do ponto de vista da lucratividade, na PPP tem uma lucratividade, em tese. As O.S.s não tendo a lucratividade teriam uma performance melhor. E também do ponto de vista do custo tributário sobre a folha de pagamento dos profissionais, as O.S.s que estão certificadas não pagam. Em tese, fazer O.S.s ganha elementos financeiros muito maiores do que na PPP. Qual é a questão central? É a qualidade das entidades, ter entidades que tenham eficiência administrativa. Os aspectos de conhecimento na área financeira trazem grandes performances para as empresas, mais velocidade e capacidade de investimento. É um diferencial nessa comparação (Procurador da PGE).

Observa-se nas entrevistas que os limites da O.S são o que mais fortalece o modelo PPP, pelo seu provável potencial de resposta frente a eles. Segundo o diretor da Promédica: *“Na PPP, se quebrar um equipamento de ultrassom eu tenho que botar outro no mesmo dia. Eu vou alugar, vou comprar, eu vou fazer porque eu tenho que atender.”*

Por outro lado, o Secretário de Saúde entrevistado afirmou que: *“PPP também não é elixir pra todos os males. Tem prós e contras e tem limites, inclusive de ordem financeira. Tem limitação de volume de recursos que o Estado pode dispor pra esses*

*projetos. À medida que vai consumindo esse limite, precisa saber em que situação utilizar ou não utilizar.”*

Além disso, tratando-se da primeira experiência brasileira de PPP para gestão hospitalar, foram destacadas questões relacionadas ao pouco conhecimento do modelo PPP pela área técnica e a necessidade de ‘aprender fazendo’ diante da urgência da inauguração do hospital.

A gente tinha pouco conhecimento sobre as vantagens e desvantagens. Foi uma aposta no sentido de que no Brasil tinha zero experiência em saúde, mas, já existiam experiências em outras áreas. Isso ajudou a gente a compreender, o pessoal da Secretaria da Fazenda que já tinham capacitação e maior boa vontade (Diretora SESAB).

(...) a gente trabalhou no sentido de que as pessoas que estivessem envolvidas, tivessem algum nível de entendimento, mas ainda assim era tudo muito rápido porque o hospital ia ser inaugurado e a gente estava modelando o projeto. Era uma loucura aprender fazendo, mas, eu acho que no final, eu sinto muito orgulho desse projeto (Diretora SESAB).

Outro elemento realçado pelo parceiro privado da PPP na entrevista, quando comparou os modelos O.S. e PPP foi a questão previdenciária:

(...) tenho uma massa de trabalhadores que não estão contribuindo pra Previdência Social de forma integral, contribui só com a parcela deles que é até os 10%, mas os 25% que é de contribuição da empresa, não existe. Então, o que que eu estou fazendo na prática? Estou transferindo recursos da Previdência Social pra saúde, estou subsidiando a saúde. O orçamento da saúde está subsidiado com Previdência, com isenção de impostos. Então, sou visceralmente contra esse modelo de organizações sociais, de filantropias na saúde (Diretor Promédica).

(...) Qual é o grande problema dos Estados hoje no Brasil? Previdência. Os rombos, os déficits previdenciários de todos os Estados. Quando você contrata um modelo como o Hospital do Subúrbio, no dia que acabar o contrato a gente entrega a chave para o Estado e o Estado não deve nada, zero passivo de previdência. Se ele tá num modelo de gestão própria, está com aquelas pessoas e vai pagar a de eterno (Diretor Promédica).

### 6.3 A ALTERNATIVA ESCOLHIDA: GESTÃO POR PPP

A escolha da alternativa PPP, frente a outros modelos como O.S., Fundação e gestão direta corrobora com a assertiva de Kingdon (2003) sobre as alternativas que originam as políticas públicas. Segundo o autor, é possível identificar alguns padrões, tais como: a confiabilidade técnica; a aceitabilidade e compatibilidade entre os valores

vigentes na sociedade e a capacidade de antecipar contingenciamentos futuros, como os orçamentários.

As razões da escolha da PPP apontadas pelo Secretário da Saúde demonstram que a existência do modelo aplicado em outros setores no Estado também foi um facilitador.

(...) a PPP apesar de ser a primeira na saúde, o Estado já tinha um acúmulo porque tinha a PPP do emissário submarino, um acúmulo por parte da Secretaria de Fazenda, da Procuradoria Jurídica, já existia até o modelo de contrapartidas e uma consultoria do Banco Mundial que trabalhava com o Estado nesse âmbito. Então, terminou ganhando essa possibilidade (Secretário da Saúde).

Essa fala é também corroborada pelo modelo analítico de Kingdon, segundo o qual para se obter sucesso em tal formulação é bastante comum que os interessados tirem vantagem de um determinado momento político para ter êxito no enquadramento de uma política na agenda do governo. Muitas vezes casando sugestão de temas, o levantamento dos problemas com a devida solução do mesmo, além de diversas manobras políticas para promover determinada política pública. Um importante mecanismo no estabelecimento de políticas públicas é a repetição de uma fórmula empregada com sucesso, isso acontece devido ao fato dos políticos perceberem uma maior facilidade na execução de uma política similar a outra que já obteve sucesso, Kingdon chama esse caso de *spillovers* (transbordamentos).

Inclusive o modelo foi pensado inicialmente para ser aplicado a dois hospitais no Estado, ambos seriam novas unidades e não tinham equipe de profissionais, mas a análise do governo era que seria “ousadia demais” e era preciso moderação.

(...) pensamos na alternativa de fazer tanto o Hospital do Subúrbio quanto o Hospital da Criança. Todos dois novos hospitais sem equipe e estávamos construindo os dois ao mesmo tempo. Mas, a decisão do governo foi que era ousadia demais fazer duas obras de cara e por isso a opção de fazer o Hospital do Subúrbio PPP e Hospital da Criança O.S. Nessa linha de que O.S. era modelo já prestado, consolidado e a PPP era tudo novo pra saúde (Secretário da Saúde).

(...) por se tratar de uma experiência nova, sendo o primeiro caso que a gente iria aplicar fomos moderados, mais conservadores - se a gente puder chamar de conservadorismo - ou mais cuidadosos em não começar imediatamente com duas experiências de PPP (Secretário de Saúde).

Outro elemento fundamental e requisito legal para a escolha do modelo PPP pela gestão é a comprovação do *Value For Money* - VFM, ou seja, após uma análise de custos comparativos, o modelo PPP tem que se mostrar mais econômico que os demais.

A Lei brasileira de PPP, no seu art. 10º, condiciona a abertura da licitação à demonstração da conveniência e oportunidade do fornecimento dos serviços mediante PPP. No entanto, embora essa exigência legal seja equivalente ao conceito de análise do *Value for Money*, amplamente difundida no exterior, os governos brasileiros ainda carecem de metodologias aplicáveis ao contexto nacional (PPPBRASIL, 2013).

(...) nós vínhamos monitorando os custos de algumas unidades hospitalares e a referência foi o HGE. O valor inicial do contrato era muito equivalente ao custo do HGE. O problema é que as pessoas têm certa dificuldade de botar na ponta do lápis todos os custos. Pra calcular o custo do HGE não basta botar o dinheiro que tem todo mês pra comprar material, insumos, tem que botar toda a despesa, serviço terceirizado, folha de pessoal, gastos de manutenção. E quanto você faz essa comparação é muito próximo. Se não me engano o custo, por leito, do Hospital do Subúrbio era menor do que o custo por leito do HGE, na época (Secretário da Saúde).

(...) É bom lembrar que os equipamentos também foram colocados dentro do contrato. Tem que contar todo esse cálculo. Não foi de jeito nenhum um custo-benefício desfavorável não, muito pelo contrário (Secretário da Saúde).

Portanto, o VFM ou vantajosidade que deve caracterizar o contrato da parceria público-privada foi apontada por uma das entrevistadas como elemento que apoiou a tomada de decisão:

(...) o HGE era o hospital irmão pelo porte, tipo de paciente que era o mesmo perfil apesar de o Hospital do Subúrbio ter pacientes de emergência clínica. O paradigma seria o HGE porque o Estado não tinha um sistema de apropriação de custo, e não sei se tem até hoje, que realmente nos mostrasse o *Value for Money*, que englobasse uma quantidade maior de unidades. A nossa lei não fala de *Value for money*, a nossa lei fala de vantajosidade, então, a gente comparou os modelos de vantajosidade usando o HGE como elemento de comparação (Diretora SESAB).

Outras entrevistas relataram as dificuldades de comparar modelos, base do cálculo da vantajosidade na escolha do modelo de gestão, previsto em lei, por conta da ausência de apropriação de custos em unidades da SESAB:

Até hoje a gente tem uma dificuldade imensa na apropriação dos custos de um hospital público. Quanto é que custa o Hospital do Subúrbio? Custa X. Então, vamos comparar com o hospital público semelhante, mas uma semelhança que não é fidedigna. Mas, vamos tentar uma aproximação, quanto é que custa esse hospital? As pessoas não sabem, não sabem (Assessora GASEC).

(...) Então, vamos fazer o seguinte, vamos comparar o hospital do subúrbio com um hospital privado. Também não é a mesma coisa, o tipo de perfil, paciente e etc. Essas comparações ficam muito suscetíveis a um monte de erros e de premissas que vai começar dizendo olhe eu fiz essa comparação, mas, você vai colocando um tanto de porém que você não comparou nada com nada (Assessora GASEC).

O representante do IFC/Banco Mundial compartilha essa compreensão e acrescenta elementos da gestão que dificultam a apropriação de custos:

(...) Quando eu estava no IFC eu fiz algumas vezes a tentativa de fazer um comparador. Quero comparar o custo que vai ter este novo hospital com o custo do hospital mais parecido com ele existente. Tem muita dificuldade de fazer esse comparador, nunca consegue saber porque vários funcionários, que estão supostamente trabalhando naquele hospital, estão alocados em outros lugares. O custo de remuneração desses funcionários sai de outra fonte. Vários insumos que o hospital utiliza são comprados por centrais, por órgãos centralizados (Chefe IFC Advisory Brazil).

Já o debate do custo-efetividade é trazido pelo representante do IFC, associado a qualidade e responsabilidade do parceiro privado que assume o hospital:

O custo financeiro tende a ser mais alto do que o custo normal do ente operar na rede pública. Tem três razões simples: primeiro, nenhum parceiro privado sério vai aceitar testar serviço com nível de qualidade médio que o poder público hoje presta. Na hora de fazer uma PPP, necessariamente vai ter que puxar os indicadores de qualidade para cima e aí começa a envolver outro nível de parceiro privado, que em regra tem certificação pelo menos via ONA<sup>8</sup>. Esse outro nível de parceiro privado custa mais caro do que fazer esse 'rame-rame' que você encontra, na rede de saúde pública, que do ponto de vista de qualidade é uma piada (Chefe IFC Advisory Brazil).

O Procurador PGE também abordou a questão do custo-efetividade na análise para escolha do modelo:

(...) Quando você analisa isso a pergunta é: mesmo pagando o tributo, pagando o lucro, o grau de eficiência de capacidade de inovação e de gestão do custo da entidade privada, esse grau de eficiência é maior? Isso gera mais resultado do que passar para uma entidade que, embora pague tributos ou o próprio Estado que não pague o tributo, mas é tão ineficiente que não consegue ter essa mesma eficiência. Essa é a questão de custo-efetividade (Procurador PGE).

A Assessora do GASEC aponta as vantagens e razões da escolha do modelo PPP para Hospital do Subúrbio, assinalando-o um paradigma de mudança para a Rede SESAB:

A contratação por PPP tinha toda legitimidade do ponto de vista institucionalmente, legal. Do ponto de vista ideológico poderia haver questionamentos. A chance de fazer isso através de uma PPP apresentaria para o Estado um modelo de gestão que poderia

---

<sup>8</sup> Organização Nacional de Acreditação. Trata-se de uma entidade não governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil. A ONA é responsável pelo desenvolvimento e gestão dos padrões brasileiros de qualidade e segurança em saúde.



nos servir de paradigma pra proposição de mudanças na própria rede. Então, esse modelo serviria, inclusive para amadurecer os nossos processos internos (Assessora do GASEC).

Os defensores mais aguerridos do modelo dentro da SESAB realçaram o aprendizado institucional e busca por inovação, *performance*, excelência, modernização ao sistema de saúde e qualidade, argumentos comuns da literatura das PPPs.

(...) O Secretário foi para Espanha para conhecer modelos de gestão. Voltou impressionado com depoimento das pessoas, dos gestores, com a satisfação do modelo, com o que ele viu de agilidade, de construir e empregar, começar a funcionar rapidamente com todas as dificuldades da gestão pública (Diretora SESAB).

A gente só tinha celebrado um contrato de PPP no Estado da Bahia em 2005, eram pouquíssimos contratos de PPP celebrados Brasil. Tinha pouca maturidade tanto na Legislação da Bahia quanto na Legislação Nacional de 2004, pouca maturidade no Brasil inteiro sobre essa questão de PPP (Assessora GASEC).

O Secretário queria que o Hospital do Subúrbio fosse uma referência em termos de performance, de qualidade do serviço prestado. Ele queria oferecer um serviço de excelência. Esse projeto nasceu através de uma intenção do governo em trazer uma modernização ao sistema de saúde para que se pudesse avaliar a eficiência e a qualidade, oferecer à população algo bem diferenciado no que diz respeito à oferta do serviço de saúde e que se pagasse por essa qualidade (Assessora da Diretoria Geral da SESAB).

As vantagens apontadas como motivadoras da escolha do modelo relacionam-se ainda ao estabelecimento de metas, indicadores de eficiência, agilidade na entrega e obrigatoriedade da acreditação, conforme a fala da Assessora GASEC: *“O Hospital do Subúrbio tem várias metas. Se você pegar o quadro de indicadores de O.S. é uma coisa simples. Se você pegar um quadro de indicadores do Hospital do Subúrbio, primeiro existe uma obrigação que é da acreditação”*.

Algumas entrevistadas manifestaram um sentimento de pertencimento a algo inovador, que deu certo, que traz orgulho e satisfação, além de pontuarem o fato do modelo ser premiado e bem avaliado pela população. Uma das entrevistadas compara o Hospital Subúrbio a unidades hospitalares privadas.

É um filho, literalmente, o Hospital do Subúrbio. Um projeto de muito orgulho e de muita satisfação. Entrar na unidade e ver a população sendo atendida com tudo que existe de mais excelente em termo de tecnologia, equipamentos e todos os protocolos estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde. Tem um padrão que realmente é diferenciado, ele supera muitos hospitais privados do nosso Estado. Ver a qualidade do serviço que está sendo oferecido à população pelo Sistema Único de Saúde, ofertado pelo Governo do Estado. Eu acredito que realmente é um modelo vencedor (Assessora GASEC).

(...) É um volume de atendimento, de pessoas salvas, atendidas, recuperadas, com mais de 90% de satisfação do usuário em todas as pesquisas de avaliação do atendimento oferecido à população. Quatro prêmios internacionais no que diz respeito a produção de atendimento e de performance. É reconhecido tanto pelos percentuais de rapidez em atendimento, resolução, intervenção, procedimentos cirúrgicos e de satisfação do usuário (Assessora Diretoria Geral SESAB).

(...) Oito anos depois do projeto licitado na Bovespa para trazer transparência, para buscar o maior número de concorrentes possíveis de você trazer essa competição, exposição ao projeto, traz um serviço de excelência a população (Assessora Diretoria Geral SESAB).

Conforme se observa, o modelo aqui estudo já está implantado há oito anos e tendo em vista esse fato, o entrevistado da PGE relatou uma alternativa que não foi debatida à época, mas que se encontra atualmente como possibilidade de gestão hospitalar. Segundo ele:

Uma alternativa que acabou sendo avaliada, não na época, é um modelo híbrido entre a PPP e a Organização Social, o modelo que São Paulo está fazendo. A parte do investimento e da gestão das *utilities* pela PPP e os serviços clínicos pelas Organizações Sociais. Essa possibilidade resolveria o problema da gestão de pessoas pela O.S. e ao mesmo tempo o problema do investimento e da gestão da manutenção e dos serviços pelas PPP (Procurador PGE).

(...) acho o modelo interessante para ser estudado, porque as Organizações Sociais, elas têm uma tradição no setor filantrópico da saúde, na gestão dos serviços clínicos. Mas, o setor de gestão de investimento, da infraestrutura predial, das tecnologias, parte do mercado tem mais eficiência do que o setor filantrópico. Então, eu acho um modelo interessante porque quando você observa para a Organização Social atingir a finalidade, no caso os indicadores que foram pautados no contrato de gestão, ela precisa da disponibilidade da infraestrutura e essa disponibilidade falta, ela é talvez a primeira fiscalizadora da PPP, uma fiscalização cotidiana. (Procurador PGE).

A competição e inovação requeridas para modelos de gestão em saúde, no bojo de um sistema capitalista é apontado como uma característica importante a ser considerada para escolha dos modelos. Segundo o entrevistado que defende esse ponto de vista um “modelo híbrido” seria capaz de melhor os custos sem prejudicar os serviços prestados:

(...) esse modelo híbrido, faz sentido porque eu coloco parte do que é manejado muito bem pelo sistema capitalista de lucratividade, as empresas da área de construção civil e de manutenção, tem muitas e elas são espertas, fazem inovação rapidamente. Então, se há competição entre eles mesmos, entre como é que eu consigo melhorar meu custo de capital para conseguir fazer esse serviço melhor para o Estado. Então, esse nível de competitividade nesse espaço é interessante (Procurador PGE).

(...) Essa discussão hoje no sistema, como você equilibra a competição e a colaboração? Como você consegue equilibrar esses dois elementos na construção de sistemas contratuais que sejam sustentáveis? É sem preconceito por instrumentos, é pensar de forma holística e a partir disso compreender que o homem é competitivo e quer recompensas e aí não é só capitalista é também trabalhador. Como é que a

competição não tem um papel? É desenhar os incentivos, as recompensas, a fiscalização, o enquadramento dentro de uma lógica (Procurador PGE).

Portanto, fica claro nessas falas do Procurador que além dos modelos já experimentados no Estado, há ainda outros novos desenhos possíveis de serem aplicados no campo da gestão hospitalar. Isso deixa claro o quanto é aberto e imponderável o campo de experimentações de futuros modelos de gestão na saúde.

#### Algumas Considerações

Frente aos problemas da gestão e atenção hospitalar que deram origem ao hospital no Subúrbio Ferroviário de Salvador, atores governamentais e não governamentais apresentaram suas alternativas de modelos de gestão e disputaram seus interesses, a partir de vários jogos de poder, nos quais expressaram seus interesses, exploraram suas capacidades argumentativas e de convencimento na defesa de suas alternativas, através dos jogos político, econômico, da comunicação, macro organizacional, dos valores e das ciências.

Nas entrevistas realizadas com atores-chaves observou-se consonância no que tange aos limites da gestão direta na contratação de pessoal, marcadamente por conta da Lei de Responsabilidade Fiscal. Também houve pontos convergentes relativos às limitações das organizações sociais no que se refere a suas restrições para investimento em compra de equipamentos e manutenção desses. As principais vantagens e desvantagens de cada alternativa foram sistematizadas no quadro 01.

**Quadro 01: Principais características dos modelos de gestão hospitalar, apresentados pelos entrevistados, como alternativas para gestão do Hospital do Subúrbio**

<b>CONTRATO</b>	<b>PPP</b>	<b>Demais modelos (O.S, F.E, Gestão Direta-GD)</b>
Risco	Explicitação do compartilhamento de risco do ente público com o privado	O.S e F.E. teriam risco de não receber; Os demais riscos seriam assumidos pelo governo;
Repasse de recurso pela SESAB	Repasses pontuais	Fluxo pode conter atrasos nos repasses
Avaliação do usuário	Avaliação superior a 90%	Não são publicizadas, se houver
Estabelecimento de metas	Caracteriza o contrato: qualitativa e quantitativas	Gestão direta não contratualiza metas
Custo-efetividade	O custo financeiro tende a ser mais alto do que o custo na rede Pública	Hospitais públicos nem sempre tem sistema de cálculo de custos
Obrigatoriedade da acreditação	Certificação Hospitalar Nível 3	Não há certificação prevista
Investimento	Faz investimentos e compra equipamentos; Realiza manutenção de equipamentos e instalações	O.S. e F.E. não compram equipamentos; Podem realizar manutenção de equipamentos e instalações
Lucro	Tem lucro (Taxa Interna de Retorno)	Não visam lucro. F.E. e O.S possuem taxas administrativas
Transparência	Projeto licitado na Bovespa para buscar o maior número de concorrentes	O.S. licitadas em âmbito estadual
Flexibilidade e autonomia	Na gestão da assistência, compras, manutenção, etc	GD: autonomia e flexibilidade limitadas pela lei de licitações O.S. e F.E mais autonomia que a GD
<b>GESTÃO DO TRABALHO</b>		
Flexibilidade na contratação de pessoal	Sim	Sim para O.S. e F.E GD majoritariamente por concurso público
Previdência Social	Pagam tributo sobre a folha de pessoal	O.S. Não contribui com Previdência Social GD a previdência causa importante impacto para o Estado
<b>RECONHECIMENTO JURÍDICO</b>	Legislação federal e estadual	O. S. possui legislação federal e estadual; F.E. possui marco legal indefinido; incluindo as questões relacionadas à LRF;
<b>INOVAÇÃO/ MODERNIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE</b>	Modelo seria paradigma de mudança Potencial para produzir aprendizado institucional	O.S. já foi defendido como modernizador. Avaliação atual é de baixa inovação
<b>PRÊMIOS INTERNACIONAIS</b>	Possui 04 prêmios internacionais: Empresa KPMG, IFC/Banco Mundial, ONU e Revista Word Finance	Não possuem prêmios

**Fonte: Elaboração da autora.**

## **7 PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO EM TORNO DA ALTERNATIVA PARCERIA PÚBLICO- PRIVADA PARA GESTÃO HOSPITALAR DO SUBÚRBIO**

A associação da Teoria do Jogo Social com a terceira corrente de Kingdon, denominado o processo político em torno das alternativas, permitiu investigar a trama que se desenrolou no processo de decisão acerca do modelo PPP para gestão hospitalar na Bahia. O quadro teórico dessa tese auxiliou no mapeamento do campo de forças, identificação dos atores visíveis e invisíveis que disputavam alternativas e os que tiveram destaque no processo decisório, além de explicitar quais interesses defendiam e/ou disputavam para que se compreendesse as razões e a forma como o modelo PPP foi a alternativa escolhida.

De acordo com Matus (2005), no Jogo Social há vários jogos paralelos simultâneos que coexistem em níveis ou planos diferentes. Cada jogo tem sua própria lógica de competição, desenvolvimento e fixação de metas. O tempo de desenvolvimento também é diferente, pois alguns jogos mudam com maior rapidez que outros. São jogos orientados para objetivos diferentes e utilizam diferentes tipos de recursos de poder. As vezes eles se desenvolvem, ignorando-se mutuamente, outras vezes influenciam-se reciprocamente de forma decisiva, em cooperação ou conflito.

O Jogo Social é competição, luta, conflito e cooperação, dentro de um jogo e entre os 9 jogos. Cada jogador toma posição sobre o jogo e isto define as relações com os outros jogadores. O propósito que move um ator a produzir uma operação é o de enfrentar problemas gerados no jogo. Para Matus (2005) os interesses dos jogadores permitem classificá-los em 3 posições: apoio - assume haver um benefício, estabelece cooperação com alguns atores e conflito com outros; rejeição - assume haver um custo atribuível à operação, conflitam com atores que apoiam e podem aliar-se aos que rejeitam para tentar impedir a operação e; posição de indiferença na qual o ator não toma posição.

Matus ainda distingue as posições transparentes (interesse público, sem duplicidade ou ocultação) das mascaradas (ocultam o verdadeiro interesse do ator, criam aparente interesse e desorientam outros jogadores).

No jogo social que se desenrolou na escolha do modelo de gestão do hospital do Subúrbio, pôde-se observar no processo de negociação a presença marcante dos Jogos político, econômico, dos valores, das ciências e macro organizacional. Segundo Matus

(2005) esses jogos operam em diferentes lógicas impuras dominantes em cada jogo, mas sempre coexistentes, de forma subordinada ou subordinadora, com todas as demais lógicas.

O autor ainda esclarece que uma lógica de jogo define precisamente o tipo de poder que se está disputando e as regras para sua disputa, sejam elas formais ou de fato. O poder disputado em cada jogo é incompleto, e por isso ameaçado. Sua solidez requer componentes de outros jogos. De modo que o domínio do grande jogo social reside no controle da lógica do jogo de maior peso.

Segundo Brasil (2013) as forças políticas organizadas dos grupos de interesse são importantes elementos da corrente política: o consenso ou conflito dentro de uma arena política permite aos “*policy makers*” a avaliação do ambiente para a colocação de uma nova proposta e o apoio dos grupos, diante de certa questão, determina a emergência de sua entrada na agenda. No entanto, o conflito de interesses não significa o abandono de uma questão, mas sim a existência de custos durante seu processo.

O fluxo de políticas, terceira corrente do modelo analítico de Kingdon (2003), aliada à análise das posições no Jogo Social de Matus (2005), permitiram visualizar como as propostas foram geradas, debatidas, redesenhadas e aceitas, identificando os elementos e atores desde o debate da questão, as negociações, pressões envolvidas, processo de cooperação e conflitos. Kingdon ainda destaca que a corrente política produz uma alternativa viável disponível, que não é necessariamente consenso, mas um acordo que facilita a inclusão prioritária de um assunto na agenda governamental e aumenta a chance de esse ser colocado numa agenda de decisão.

Para Kingdon (1995), é no fluxo das políticas que as propostas são debatidas, desenhadas e aceitas, ou seja, a dinâmica e as regras dos eventos políticos, incluindo desde o debate da questão até as negociações e pressões envolvidas. Esse fluxo auxilia a compreender como se conseguiu a receptividade de uma comunidade política a uma nova ideia, frente a um conjunto de outras propostas. O fluxo político agrega três elementos principais, a movimentação dos grupos de pressão, mudanças no âmbito do legislativo e das Secretarias, bem como a receptividade dos atores frente a proposta, denominada como humor nacional.

Para Kingdon (1994), as mudanças dentro do governo e o sentimento nacional são os maiores propulsores das transformações na agenda governamental, as mudanças de

cargos em posições estratégicas na estrutura do governo, as mudanças de gestão e o início de novos governos são acontecimentos que geram muitas mudanças dentro do sistema e, portanto, influenciam significativamente a construção da agenda.

No que tange ao processo político de incorporação do novo modelo para a gestão hospitalar, destaca-se que ocorreu mudança no âmbito do governo estadual e também na gestão da Secretaria de Saúde e esses foram elementos fulcrais para a entrada da PPP na agenda governamental da Bahia. O processo de decisão nos âmbitos governamental e não governamental foi permeado pela movimentação dos grupos de pressão ligados a Secretarias do governo, sindicatos, partidos políticos, instituições financeiras internacionais, bancos e controle social, esse último em menor grau.

Segundo Kingdon (1994) os grupos de pressão frequentemente conseguem barrar a avaliação de propostas que não sejam de sua preferência ou se adaptam a um item já prioritário na agenda governamental, acrescentando elementos um pouco mais relacionados com seus interesses. Esses grupos raramente iniciam avaliações de propostas ou estabelecem agendas por si próprios. E quando os interesses organizados entram em conflito com a combinação entre vontade nacional e eleição, esta última prevalecerá, pelo menos em relação ao estabelecimento das agendas.

Ao construir esses conceitos, Kingdon ofertou para o campo da análise de políticas alguns recursos metodológicos que podem auxiliar na compreensão dos elementos presentes no processo de desenvolvimento de uma política. Forneceu também recursos para auxiliar na compreensão de que a exclusão de assuntos da agenda governamental pode ocorrer, dentre outros motivos, em função de uma base de apoio insuficiente para manutenção do assunto na agenda; por políticas mal formuladas; por uma política governamental elaborada deliberadamente para o enfraquecimento e extinção daquele problema e; da alteração da natureza do problema (BAPTISTA; REZENDE, 2015)

Portanto, os defensores de uma ação política mantêm seus problemas e propostas de soluções ‘à mão’, esperando que essas oportunidades ocorram, tendo em vista que a ‘janela de oportunidades’, quando se abre, tem caráter provisório e não se mantém aberta por muito tempo (CAPELLA, 2006).

As narrativas dos atores entrevistados apresentaram os meandros do debate político em torno do modelo PPP para gestão Hospitalar do Subúrbio permitindo

identificar seus pontos de vista, consensos e dissensos no processo de negociação, bem como seus posicionamentos político-ideológicos.

No caso da PPP, os jogos político e econômico imbricaram-se e fortaleceram-se como dançarinos de um tango. Íntimos, imprimiram intensidade ao curso da dança, dominando o salão, como se poderá observar a seguir.

## 7.1 MOVIMENTAÇÃO DOS GRUPOS DE PRESSÃO EM TORNO DA ALTERNATIVA PPP PARA GESTÃO HOSPITALAR

No momento dos debates e decisão acerca do modelo de gestão hospitalar para o Hospital do Subúrbio, a SESAB contava com dois partidos ocupando seus principais cargos de decisão, o Partido dos Trabalhadores (PT) e o Partido Comunista do Brasil (PCdoB).

Esse último apresentou resistência inicial e fez críticas aos governos que denominou progressistas. Segundo a entrevistada afiliada ao PCdoB, por acreditar no projeto do ‘governo progressista’, fez uma escolha que hoje entende como incorreta, pois, trouxe riscos à saúde pública por ser um modelo que visa lucro, dentro de um Sistema de Saúde com recursos escassos.

Eu mantive muitas reticências sobre o projeto, mas ficou aquela situação, se eu não concordasse e tivesse batido de frente, eu teria que sair da própria gestão. Estava no início da gestão, eu ainda estava apostando muito que aquela gestão poderia fazer muita coisa boa. Com o olhar mais distante, eu acho que foi um erro que, como outros governos, foram cometidos pelos governos mais progressistas, uma certa ilusão de que o Estado se transformou a tal ponto que não vá haver retrocesso (Superintendente SESAB).

(...) Ao ofertar mais um modelo desses, traz riscos muito elevados para a saúde porque a gente está inaugurando o modelo em que é previsto uma taxa de retorno. Lucro! Já trabalhamos com recursos escassos na saúde e prever no contrato lucro na prestação de serviço na saúde, para um serviço público? Tudo bem o setor privado transformar a saúde em mercadoria e instalar as clínicas privadas, eles querem ter lucro, mas no sistema público de saúde já tem poucos recursos e ainda ter um modelo que prevê lucro, fica meio complicado, não é? (Superintendente SESAB).

Para analisar a discordância dos partidos que faziam a gestão da SESAB, Matus (2005) destaca que o jogo político liberta ou subjuga o homem, por meio da distribuição de poder. É um jogo entre atores em disputa pelo controle dos diversos sistemas de governo em vigor no jogo social e combina a luta por motivações pessoais com as motivações ideológicas, expressa em projetos sociais.



Portanto, dentro da própria SESAB, os atores governamentais apresentavam posicionamentos diferentes, no jogo político, em relação a melhor alternativa, como se pode observar na manifestação explícita de discordância com o modelo PPP frente ao Secretário de Saúde, manifestando preocupação com a “drenagem de recursos” do público para o privado.

(...) Quando ele trouxe essa proposta, eu fui completamente contrária. Eu entendia que a parceria público-privada era o modelo que não se aplicava na saúde. Eu tinha muita restrição e dúvida em relação a se trazer para saúde esse modelo. O SUS deve ser público, deve reduzir sua vulnerabilidade em relação à oferta de serviços, especialmente de média e alta complexidade. A área de apoio diagnóstico terapêutico ainda é muito de setores privados. Parte dos recursos do SUS é drenado para o setor privado (Superintendente SESAB).

A Superintendente da SESAB reitera o posicionamento político em defesa do sistema público de saúde e lembra a resistência inicial do Governador do Estado, cujo partido de esquerda era o Partido dos Trabalhadores (PT): *“O próprio Governador, quando o Secretário foi apresentar esse projeto perguntou: “como é que era isso? e que sempre foi contra isso, pois era um governo de esquerda. Como é que a gente vai fazer?”*

Essa questão das divergências entre partidos de esquerda e direita no debate de modelos de gestão, associados a uma concepção de Estado e de gestão do trabalho em saúde foram trazidas através de críticas contundentes pelo representante do IFC/Banco Mundial:

(...) eu falava sempre quando vinha o pessoal esquerdista dizendo é privatização, eu dizia não é, é reestatização, privatização é o que vocês fizeram. Pegam um hospital da rede pública e dizem que o hospital está sendo operado pelo Estado e nem o corpo assistencial, o corpo de enfermagem é público, nem os médicos, porque os médicos são tratados com cooperativa, nem isso é feito diretamente pelo ente público. Vigilância, jardinagem, tudo que você imaginar, limpeza é feito por contrato via 8.666. São todos entes privados. O que você está fazendo é um loteamento. Está chamando de estatização, dizendo que está operando pela rede pública, mas está fazendo loteamento, nas pequenas empresas, para os amigos do rei terem contratos de prestação de serviços (Chefe IFC Advisory Brazil).

Discordando do representante do IFC, a Superintendente afirma que o modelo PPP é mais um modelo de terceirização dos hospitais públicos.

(...) não é a panaceia, é um modelo de terceirização. O Estado está colocando na mão de terceiros a prestação do serviço, no caso, o terceiro é privado. Quando é da O.S., o terceiro é uma organização social, você está terceirizando uma modalidade jurídica diferente, mas, o Estado está delegando a terceiros que no caso é um consórcio de empresa privada para gerir o hospital (Superintendente SESAB).

E apresenta suas preocupações frente a necessidade de “desprivatizar o Estado” em suas diversas áreas de atuação, realçando os riscos da dependência externa com relação ao SUS. Observa-se nas falas que seguem a prevalência do jogo dos valores quando a entrevistada aponta sua visão política e ideológica relativa ao papel do Estado no Sistema único de Saúde.

(...) o Estado deve ser desprivatizado. Hoje ele é totalmente privatizado, colonizado pelos interesses privados em todas as áreas e setores. Temos que reduzir isso e não criar mais instrumentos para que isso se amplie, isso é uma questão de visão política e ideológica no papel do Estado. A saúde tem um caráter estratégico e transformador essencial para a população. É uma questão de soberania também nacional, nós temos um nível de vulnerabilidade e dependência externa com relação ao SUS. A saúde, necessariamente, tem que puxar junto com ela, o desenvolvimento científico tecnológico, a infraestrutura do país (Superintendente SESAB).

No ponto de discordância relativo à estatização ou privatização, o representante do IFC/Banco Mundial defende a ideia das PPPs como uma “reestatização” e retomada da responsabilidade do gestor pelo que seria o seu papel:

Quando faço a PPP estou reestatizando, porque o poder público finalmente toma o controle desta confusão toda. O ente público, o agente público, ele para de ficar preocupado com o contratinho ou com quem vai ser a empresa de segurança, etc. Ele para de ficar preocupado com isso e passa a ficar preocupado com a gestão do risco sanitário, que é a única coisa que ele devia estar preocupado a vida inteira (Chefe IFC Advisory Brazil).

No entanto, observa-se que movimentos de oposição ao modelo permearam o cenário político partidário de aliados do governo no interior da SESAB, pois viam as PPPs não como inovação, mas como retrocesso.

Foi muito polêmico, na Conferência de Saúde as pessoas diziam que a Bahia estava privatizando o SUS. A gente enfrentou esse tipo de discussão, a privatização como um espectro assombrando o SUS com PPP. Nessa situação de retrocesso que está havendo no Brasil, não dá para dizer que essa proposta são só os neoliberais que defendem, porque aqui se introduziu esse tipo de proposta na Bahia. Hoje eu faço essa leitura e isso não é bom (Superintendente SESAB).

Nota-se que quando alguns atores-chaves foram questionados sobre possíveis conflitos ou oposição, surgiram pontos divergentes na análise acerca da existência de oposição e também de quais atores se opunham. Para a Superintendente SESAB havia oposição: “*era do sindicato dos Médicos, Sindicato da assistência de saúde, setores dentro do Conselho Estadual de Saúde, os usuários, principalmente, não concordando*”

*com modelo, não gostando do modelo, especialmente o Sindicato dos Trabalhadores eram contra”.*

A entrevista do Secretário executivo da unidade de PPPs na Bahia coaduna como os argumentos da oposição da categoria médica e acrescenta a habilidade política do Secretário de Saúde frente a isso:

A dificuldade, pela própria localização e por se tratar de um hospital geral, era qual a melhor forma de gerir o hospital? Daí se decidiu pela bata branca e o Secretário foi bastante hábil e competente porque houve, obviamente, resistência aqui no Brasil e na América Latina. Uma das grandes dificuldades, inclusive no mundo todo, na Inglaterra não tem bata branca. Há sempre uma certa resistência da categoria médica quanto a opção da bata branca. O Secretário queria assumir o compromisso que era projeto de uma experiência única, sem vinculação de que outros projetos viriam. Foi uma negociação e o principal ator que se opunha era o próprio sindicato e alguns atores dentro da própria Secretaria, que o Secretário conseguiu contornar (Secretário Executivo da unidade PPP).

Já o entendimento do Secretário de Saúde, à época, é de que *“Na verdade, nem a categoria médica. Teve o Sindsaúde que chegou a fazer alguns posicionamentos sobre o Conselho questionando e tal, mas não comprou nenhuma briga muito forte em relação a isso não”.*

A Diretora da SESAB apresentou uma certa dissonância no próprio discurso ao longo da entrevista, no que diz respeito a existência de resistências ao modelo, primeiro afirmando que: *“Os sindicatos, os partidos de esquerda bateram para caramba, aqueles que faziam parte da base do governo”.* Depois relativizou essa resistência ressaltando a habilidade do Secretário de Saúde: *“Eu acho que havia resistência, mas oposição não. O Secretário é um cara muito hábil para desmontar.”* E posteriormente, referindo-se ao processo de decisão acerca do modelo afirma que: *“Não havia resistência todo mundo queria experimentar esse modelo”.*

Essa análise pode estar associada a uma divisão do posicionamento dos atores na arena de debate, onde os atores governamentais conseguiram construir consenso, mas restou resistência de atores não governamentais ligados a sindicatos.

Nesse ponto Matus (2005) esclarece que há vários tipos de conflitos. O cognitivo, por exemplo, ocorre a partir de um modo diferente de apreciar a realidade. Esse tipo penetra em todos os outros conflitos. Buscando distinguir o conflito cognitivo do conflito de interesse, Matus esclarece que no último atores declaram o mesmo problema, explicam do mesmo modo e identificam os mesmos nós críticos. A diferença está na

operação para atacar os nós críticos, pois estas alteram a repartição real de ganhos e perdas no jogo. O autor ainda lembra que a política tem sido dominada pela cultura do conflito, sob o pressuposto de que sempre se disputa sobre partilhas, nunca sobre o modo de entender a realidade a fim de modificá-la.

As evidências apontam, a partir das entrevistas, que os sindicatos reconheciam a necessidade de novo hospital, principalmente na região desassistida do Subúrbio Ferroviário, a questão geradora da “resistência” ou “oposição” girava em torno do fato da PPP ser ‘bata branca’, ou seja, a contratação dos profissionais se daria pela empresa privada.

Há também apontamento de outras razões de oposição ao modelo. Uma entrevistada da SESAB pontuou que havia mais receio de enfrentamentos do que, de fato, ocorreu e destaca a questão do ‘fogo amigo’:

Sabe quando você desenha um bocado de monstros depois, ainda que tenha aparecido um ou dois, a imaginação criou tanta dificuldade que depois a gente passou sem grandes percalços. A gente tinha mais medo do fogo amigo. Quando levamos a discussão para sociedade as perguntas eram poucas, o enviesamento político não foi tanto como a gente imaginava. A gente não teve impugnação do edital, a gente não teve paralisação da licitação” (Assessora SESAB).

No que se refere a esse eventual fogo amigo entre os partidos que compartilhavam a governança da SESAB, o Secretário apresenta outro entendimento:

(...) a presença do PCdoB na gestão ajudou nesse processo. A medida em que a direção do Sindicato dos Médico e do Sindaúde eram hegemonicamente formadas pelos quadros do PCdoB. Isso não inviabilizou algumas dificuldades com o Sindaúde e o Sindimed. Mas, não foi um choque tão intenso à medida que você tinha quadros dentro da Secretaria que tinham uma relação política com esses dirigentes sindicais e fazia um processo de discussão para além da relação institucional SESAB e Sindicato. Um debate também interno partidário também ajudou a reduzir as arestas e os problemas que pudessem ter refratamento com a base sindical (Secretário da Saúde).

Destaca-se mais uma vez a maestria do empreendedor da política que, estando frente a uma jogada conflituosa, aproveitou da sua habilidade política para contornar uma possível oposição, conseguindo não só a aliança do PCdoB, mas, garantindo o apoio estratégico desse para negociar com seus afiliados, pertencentes a esses sindicatos.

Matus (2005) auxilia na compreensão desse jogo político, enfatizando que a posição assumida por um ator frente aos problemas e outros atores define seus interesses, apenas em uma jogada concreta, e não determina as atitudes de coesão ou cisão em relação à organização a qual pertence e dirige, em cujo nome está jogando. Segundo o

autor, é importante, portanto, distinguir posição de interesse de posição de filiação. Na maioria das vezes a posição de interesse reafirma a posição de filiação. Mas, em ocasiões excepcionais a posição de interesse em uma jogada de alto valor pode gerar uma mudança na posição de filiação e abrir uma eventual ruptura na organização.

A preocupação com uma oposição não confirmada é compartilhada por outra assessora da SESAB ao avaliar que o tempo de conclusão das etapas do projeto foi célere.

Não tivemos uma oposição ao modelo na época dos estudos. Na época da audiência pública estaríamos apresentando o resultado dos estudos realizados e todo material produzido, edital, contrato, tínhamos muito a preocupação: será que vamos ter manifestação na porta? Mas, não tivemos nenhum tipo de resistência que eu me lembre. Estruturação de projetos de PPP e concessão normalmente levam mais tempo do que isso. O Governo, à época, conseguiu aparar as arestas, tirar as dúvidas e estabelecer todos os processos num período até curto de realização, um ano (Assessora Diretoria Geral SESAB).

Também houve críticas em relação ao pragmatismo da gestão, em detrimento dos ideais em defesa do SUS.

(...) essa coisa de levar o governo e ter que dar certo, ter resposta efetiva para as coisas, isso fez com que houvesse esse consenso, mas com muito pragmatismo. O pragmatismo da gestão prevaleceu, então, qual é a melhor forma de imediato para você driblar esse problema? Vamos driblar desse jeito, mas só que pensando estrategicamente, pensando na frente, quais são as repercussões dessas saídas? Como é que isso vai ser lá na frente? Isso vai ser melhor ou vai ser pior para o nosso caminho em direção ao SUS gratuito, universal, sem dependência externa para os seus insumos, para suas necessidades? (Superintendente SESAB).

Essa narrativa remonta o intercâmbio de problemas ressaltados pelo referencial Matusiano, segundo o qual quanto mais efetivas forem a dinâmica e a lógica de um jogo, maior será sua ameaça de invasão dos outros jogos e mais visível se torna o intercâmbio de problemas. O exemplo usado pelo autor se ajusta bem a situação destacada pela entrevistada, quando ele afirma que a dinâmica do modelo econômico neoliberal é muito forte no jogo econômico e ameaça a lógica de todos os demais jogos, traduzindo-se em um choque entre os jogos político, econômico, dos valores e da natureza. Assim, o sucesso econômico paga-se com perdas nos jogos dos valores, com desigualdade política e com deterioração do sistema ecológico.

Por sua vez, o representante do parceiro privado ao ser questionado sobre possíveis resistências ao modelo PPP, no momento de seus debates e escolha, ressaltou a força da proposta no âmbito governamental, destacando a participação de Secretarias, Casa Civil e Agência de fomento, afirmando:

Não houve. O modelo vinha muito forte, com grande apelo. Dentro do governo todo, tinha a própria Secretaria da Saúde, Secretaria da Fazenda, a Casa Civil também muito defensora do projeto, a Desenhahia<sup>9</sup> que também fez parte, porque ele hoje é o agente pagador do contrato. Foi um movimento muito forte dentro do governo e as vozes discordantes ficaram poucas, inibidas talvez no processo (risos) (Diretor Promédica).

Vale pontuar que o parceiro privado reitera a compreensão de que o fato de estar na gestão um governo de esquerda foi um viabilizador importante na redução dos conflitos e resistência ao modelo, fazendo com que “vozes dissonantes” fossem abafadas.

(...) embora esse rótulo não caiba muito hoje em dia, como teoricamente era um governo de esquerda, as vozes dissonantes ficaram um pouco abafadas naquele momento do processo. A gente entende que sindicatos, às vezes, são contra, sindicato de médicos, de enfermeiros, Associação de Servidores Públicos podem ser contra. Mas, o modelo veio com tanta força que abafou um pouco essas vozes discordante. Eu via mais uma convergência de concordância do que propriamente de discordância em relação ao processo (Diretor Promédica).

Outra entrevistada, a Assessora GASEC trouxe à tona a questão da esquerda Baiana em relação a criação de novos modelos de gestão indireta no bojo do Estado: *“Essas discussões políticas elas também foram feitas ao longo desse processo pra construir as convicções. Eu estava em um evento recente e o pessoal do Rio Grande do Sul fez assim: “a esquerda Baiana é a ultradireita do Rio Grande do Sul (risos)”*. A entrevista acrescenta:

(...) se perguntou essa questão dos sindicatos, o PT historicamente, o PCdoB tem um discurso muito forte em relação a valorização dos servidores, da carreira pública, valorização dessas pessoas, etc. Transferir pro privado uma gestão era tipo destruir um pouco desse discurso forte e marcante. Mas, a gente criou muito mais obstáculos do que de fato existiam. A gente teve muito mais medo do que o que de fato ocorreu (Assessora GASEC).

A aparente facilidade com que é descrito o processo de decisão do modelo foi atribuído pelo entrevistado Secretário de Saúde ao fato de o projeto ser governamental e não restrito à Secretaria de Saúde.

(...) eu sempre chamei atenção que não foi um projeto da Secretaria, foi um projeto de governo e que isso facilitou muito, apesar de ser uma coisa nova. Facilitou muito porque a gente teve desde o início, desde a decisão de qual seria o modelo que todas as medidas, todo o processo, a gente contou pari passu com a participação direta da PGE, da SEFAZ e da Casa Civil (Secretário da Saúde).

---

<sup>9</sup> Agência de Fomento do Estado da Bahia S/A (Desenhahia) é uma instituição financeira vinculada à Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia. É uma sociedade de economia mista integrante da estrutura da administração pública indireta do Estado da Bahia, pessoa jurídica de direito privado com sede em Salvador, constituída sob a forma de sociedade anônima de capital fechado e transformada em agência de fomento com o objetivo de promover o desenvolvimento econômico e social da Bahia através da concessão do crédito.

De acordo com uma das entrevistas a questão do tempo da resposta política, antes das eleições, associada a necessidades financeiras para avançar no projeto de construção e funcionamento do Hospital do Subúrbio foram causas principais da definição do modelo PPP:

(...) existe uma causa que foi definidora, a necessidade de construir o hospital em curto espaço de tempo, antes de terminar a primeira gestão de governo para ter um hospital funcionando e colocado à disposição da população em um tempo curto, em um tempo que desse para ser inaugurado antes das eleições. (...) Era importante para a própria aprovação do governo. Isso pesou muito também. O hospital do subúrbio foi colocado na mão da PPP por essa razão financeira, a necessidade de inaugurar em tempo recorde (Superintendente SESAB).

O papel político da criação do Hospital do Subúrbio e a necessidade de celeridade e de excelência que esse teria que apresentar para fortalecer o próprio governo foi apontado como o seguinte destaque pela Assessora GASEC: *“O Hospital do Subúrbio era um hospital muito emblemático que se queria dar uma outra dinâmica a ele e o Secretário da Saúde já vinha conversando sobre a possibilidade de fazer PPP”*.

Para a alternativa do modelo PPP seguir adiante no processo de negociação foi preciso construir consensos políticos entre os atores, iniciando pela própria Secretaria de Saúde, entre os dois partidos que faziam sua gestão e também junto ao Conselho de Saúde e sindicatos:

(...) era uma gestão que PCdoB, PT, as pessoas que estavam lá, ficaram porque concordaram. Não houve um rompimento por causa dessa proposta. Houve uma contestação, mas não foi absolvida, foi diluída no processo dos sindicatos e também no Conselho. O próprio Conselho começou a ver os resultados, ver o hospital dando certo, as pessoas sendo atendidas. Respondeu aquela necessidade de atendimento, tem qualidade, é bem avaliado pelos usuários. Do ponto de vista pragmático resolveu. Agora, estou pensando mais no ponto de vista do que isso implica, no ponto de vista do SUS mais lá na frente, o que isso pode significar? (Superintendente SESAB).

Segundo Matus (2005), o grande jogo social é um sistema de apostas e apostadores, diferente de qualquer outro jogo e as apostas são feitas em função de benefícios futuros duvidosos ou difusos, não só devido a incerteza característica de cada jogo, como também por conta da influência, forte e incerta, produzida entre jogos que coexistem no tempo e no espaço.

Os defensores do modelo, apostadores do projeto, chamaram atenção para as estratégias de sutileza e discrição utilizadas na relação com o PCdoB para o bom

andamento do projeto e reiteraram a redução da oposição ao fato do PT e do empreendedor, o Secretário de Saúde, estarem à frente das negociações:

Do ponto de vista também estratégico, você tinha uma Secretaria de Saúde que tinha uma gestão compartilhada PT e PCdoB. O PCdoB, historicamente está à frente dos movimentos sindicais, de servidores e era um receio muito forte, como é que os servidores, os sindicatos eles iam perceber o projeto? Então, a princípio a gente fez um projeto de forma muito sutil, muito discreta. Fomos começando a desenvolver até porque nem nós mesmos tínhamos certeza daquele modelo, era um desconhecido pra gente (Assessora GASEC).

Eu acho que havia resistência, mas oposição não. O Secretário da Saúde é um cara muito hábil para desmontar. Só vou lhe dizer uma coisa, eu tenho certeza absoluta que esse projeto só saiu porque era o PT, porque se fosse qualquer outro partido de direita não aconteceria (Diretora SESAB).

O Secretário de Saúde, por sua vez, afirma que a resistência não foi forte e aponta que as razões para isso foram as que seguem:

(...) a resistência a ideia não foi muito forte. Eu atribuo a algumas coisas: Primeiro o fato de que era uma unidade nova, diferente de ter um hospital que já tem um corpo técnico e passar para outro modelo de gestão gera conflito direto com aqueles profissionais que estão ali atuando. Outra foi que era um projeto de governo, isso deu uma blindagem maior evitando ataques diários do próprio governo. Em geral, medidas de gestão públicas mais inovadoras sofrem dificuldades, inclusive no âmbito das procuradorias jurídicas que tendem a ser muito conservadores no sentido de só dar chancela ao que já é tradicionalmente feito. Da mesma forma a área financeira tende a ser muito restritiva com receio de extrapolar gastos. Então, o fato de ter sido uma decisão construída no núcleo do governo deu um outro respaldo à proposta, evitando resistências de algum partido que faça parte do governo ou de alguma outra Secretaria. Isso eu acho que foi um ponto importante. Outro aspecto facilitador é que era um hospital tão esperado. O déficit que nós temos em Salvador é tão grande, a última unidade construída em Salvador de emergência tinha sido HGE, no governo Waldir Pires (Secretário da Saúde).

## 7.2 O “HUMOR REGIONAL” EM TORNO DAS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NA BAHIA

Paralelo aos debates, resistências internas e externas ao governo, o “humor regional”, ou seja, a receptividade dos atores frente à proposta foi favorecida pela própria história do Estado no que tange a adesão de outros modelos de gestão; ao início de um novo governo e; a mudança de gestão na Secretaria de Saúde para um gestor de origem do movimento sanitário, engajado politicamente e com história prévia na gestão da saúde e na academia.



Uma das entrevistadas analisa que a existência histórica de modelos de gestão indireta no Estado, como as O.S. reduziu as tensões quanto ao novo modelo, nesse caso PPP, quando surgiu no cenário de possibilidades para gestão do Hospital do Subúrbio:

Não houve uma repressão pelo modelo e acredito que isso também seja em função do modelo de gestão da O.S. Embora a O.S. seja uma filantropia, um terceiro setor. De alguma sorte a saúde na Bahia já estava transferida para terceiros. Quando a gente chegou em 2007 nós tínhamos O.S. fazendo gestão de hospital, nós tínhamos empresas privadas terceirizadas fazendo gestão do hospital que não eram O.S. e nem era PPP, não era concessão (Assessora SESAB).

(...) na verdade a Procuradoria de certa forma, a experiência com as PPPs começa na Procuradoria ainda no governo anterior de Paulo Souto em um projeto na área de saneamento que foi emissário submarino (Procurador PGE).

O pertencimento do empreendedor principal ao movimento sanitário é visto como um dos amenizadores das investidas da oposição, bem como a carência de hospitais no Estado, conforme entrevistado da PGE.

(...) a oposição era muito residual, existia enquanto discussão dos movimentos dos trabalhadores sindicais. Primeiro, o fato de o Estado estar muito tempo sem construção e investimento de um hospital. A necessidade era muito grande. Segundo o fato de ter sido o Secretário de Saúde que fez a PPP, pelo fato dele vir do movimento sanitário e ter uma liderança na área da esquerda. Eu acho que as resistências foram menores por conta dessa questão específica. Ele até brincava que ia ser defenestrado no movimento sanitarista porque tinha feito uma PPP, mas que ele tinha que inaugurar um hospital e que tinha responsabilidade enquanto gestor daquela pasta. Então, na realidade existia, mas o fato de ser uma PPP de um hospital novo, talvez se fosse uma mudança em um hospital já existente tivesse um pouco mais de resistência (Procurador PGE).

### 7.3 INSTÂNCIAS DE APROVAÇÃO DO MODELO PPP NA SAÚDE

Enquanto o empreendedorismo do Secretário de Saúde foi amplamente ressaltado nas entrevistas, houve menos consenso e pairam mais dúvidas sobre o processo de aprovação nas instâncias colegiadas do SUS. Quando questionados sobre as instâncias de aprovação do projeto, tendo em vista o caráter colegiado e democrático proposto para a gestão em saúde, a entrevistada Superintendente SESAB informa que: *“Foi discutido no Conselho Estadual de Saúde. Houve debates, houve audiência pública na época para contratação do consórcio, aliás, antes de liberar a licitação, foi feita audiência pública”*. Seguida da concordância da Diretora SESAB que acrescentou: *“No Conselho, na CIB, na*

*Assembleia Legislativa. Como era uma composição na Assembleia, o pessoal do PCdoB e do próprio PT queriam entender o que era isso, então, houve uma audiência.”*

Para alguns atores governamentais que trabalhavam na SESAB não foi ventilada a necessidade de tramitação de debates pelas instâncias colegiadas do SUS. Para os entrevistada Assessora da Diretoria Geral SESAB as instâncias de aprovação foram: *“As que estão previstas em lei né? Existe um regramento para os contratos de PPP. Ela é submetida pela parte interessada, proposta pelo Secretário da Saúde, aprovada pelo Conselho Gestor e autorizada pelo Governador.”*

Outro entrevistado apresentou dúvida sobre a existência de debate e aprovação nas instâncias colegiadas:

Eu não me recordo se o Conselho Estadual aprovou formalmente ou a Comissão Intergestores. Somente perguntando ao Secretário. Pela convivência que eu tinha na Secretaria, o Secretário era uma pessoa muito vocacionada a essas discussões colegiadas do Sistema Único. Eu não me recordo o dia exato, se isso foi discutido formalmente, mas com certeza o Conselho estava acompanhado (Procurador PGE).

Pelo conjunto das entrevistas infere-se, portanto, que não houve deliberação nos colegiados de gestão do SUS, no máximo informativo com algum eventual debate. A representante do CES corrobora com esse entendimento ao pontuar que os debates de novos modelos tem sido pauta no Conselho de Saúde e nas Conferências somente após a decisão dos gestores.

Em particular a PPP não foi aprovada pelo Conselho. As discussões dessas modalidades de gestão têm desembocado nas Conferências após os fatos consumados, infelizmente. Nem a PPP, para ser bem enfática e nem nenhum. Nas Conferências termina cabendo aos conselheiros do Estado colocar isso no intuito de tentar barrar os próximos e não se tem conseguido, porque novamente não se passa pelo Conselho a discussão, no máximo alguém vai lá fazer uma apresentação de como vai ser (Conselheira CES).

(...) porque se não houve uma discussão prévia, tudo era muito obscuro para todos nós e houve uma posição realmente antidemocrática por parte da gestão. É preciso mudar isso, esse *modus operandi* ele tem que mudar porque é como se fosse, assim, eu já estou habituado a isso e eu continuo fazendo mesmo que seja a coisa mais errada (Conselheira CES).

Já o Secretário de Saúde, discordando da Conselheira de Saúde, informa que houve debates, mas não deliberação: *“Chegamos a ter várias discussões no Conselho e Bipartite. Não chegou a ter uma tomada de decisão, nem uma deliberação, mas chegamos a ter algumas discussões tanto com Secretários Municipais quanto com o Conselho Estadual. Na Conferência Estadual de Saúde.*

Para auxiliar no entendimento das posições colocadas nas entrevistas citadas anteriormente, relativas as instâncias de aprovação, cabe esclarecer que existe, ao longo do processo decisório acerca do modelo PPP, o cumprimento de rituais previstos na Lei de PPP, onde as negociações e a interação de atores governamentais e não governamentais continuam ocorrendo.

A Lei Federal nº 11.079/2004, que instituiu normas para licitação de PPP, estabeleceu um fluxo específico de contratação no âmbito da administração pública. Em seu Art. 10. informa que a contratação de parceria público-privada será precedida de licitação na modalidade de concorrência, estando a abertura do processo licitatório condicionada a autorização da autoridade competente, fundamentada em estudo técnico que demonstre: a) conveniência e a oportunidade da contratação, mediante identificação das razões que justifiquem a opção pela forma PPP e que as despesas criadas ou aumentadas não afetarão as metas de resultados fiscais previstas; b) elaboração de estimativa do impacto orçamentário-financeiro nos exercícios em que deva vigorar o contrato; c) declaração do ordenador da despesa da compatibilidade entre as obrigações contraídas e a lei de diretrizes orçamentárias e lei orçamentária anual; d) estimativa do fluxo de recursos públicos para o cumprimento, durante a vigência do contrato e por exercício financeiro, das obrigações contraídas pela Administração Pública; e) seu objeto estar previsto no plano plurianual em vigor no âmbito onde o contrato será celebrado; f) submissão da minuta de edital e de contrato à consulta pública, mediante publicação na imprensa oficial, jornais, meio eletrônico, informando a justificativa para a contratação, identificação do objeto, prazo de duração do contrato, valor estimado, com prazo mínimo de trinta dias para recebimento de sugestões; g) licença ambiental , sempre que o objeto do contrato exigir.

Ou seja, como a Lei que trata da contratação de PPP não é específica para saúde, ela não traz obrigatoriedade para os gestores do SUS de seguirem os fluxos de pactuações e deliberações que caracterizam o Sistema único de Saúde, cabendo aos gestores usarem de sua discricionariedade para decidir sobre debates e eventuais aprovações nos Conselhos de Saúde, Comissões Bipartites e Conferências de Saúde.

No caso da PPP do Hospital do Subúrbio, uma das entrevistadas narrou o caminho trilhado para a licitação e contratação da parceria, que contém um percurso “formal” e outro não formal:

(...) não é uma coisa simples. Via de regra a gente faz até reuniões intermediárias antes da finalização do projeto em construção de todas as premissas e pareceres. Porque, às vezes, a gente está andando numa linha e precisa saber se tá indo no caminho certo pra não construir um projeto todo e depois dizerem que tá tudo errado, do ponto de vista dos interesses do governo. Então, antes de se chegar a esse estágio, vamos dizer assim formal, de resolução de Conselho Gestor aprovando, tem uma série de reuniões com esse Conselho Gestor pra ir apresentando os avanços desse projeto, pra não avançar e depois tá tudo errado (Assessora GASEC).

(...) mas, formalmente eles só se manifestam depois de todos os pareceres prontos. Aí eles editam a resolução do Conselho Gestor que aprova ou não o projeto e vai pro Governador e ele autoriza. Depois que o Governador autoriza a gente põe em consulta pública (Assessora GASEC).

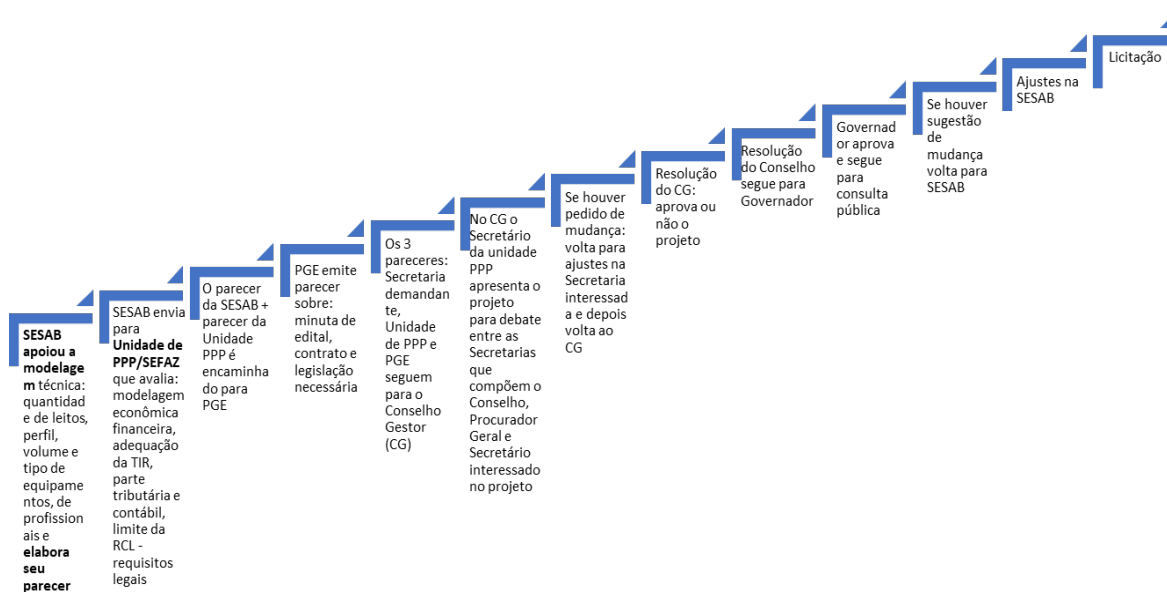
Após esse percurso de negociação interna no âmbito governamental, que ainda conta com apoio dos atores invisíveis, os consultores; o projeto seguiu para uma etapa de consulta pública onde pôde ser modificado por sugestão de outros atores que não participaram da elaboração do projeto. A mesma entrevistada detalha como ela ocorreu no caso da PPP do Subúrbio:

Depois de consulta pública pode voltar tudo de novo. Porque se na consulta pública você mudar o projeto, por exemplo, você tinha lá que não vai ter pediatria. Aí na consulta pública todo mundo fala da pediatria aí o Secretário fala vamos botar pediatria. Volta tudo de novo, consultor trabalhando, grupo de trabalho, pareceres da SESAB, da unidade PPP, da PGE e Conselho Gestor de novo (Assessora GASEC).

(...) As pessoas contribuem, tem contribuição tanto das pessoas do povo, vamos dizer assim, sem o conhecimento específico e contribuições do Conselho de Medicina. Você tem contribuições de todo nível. Aí volta, volta tudo de novo. Só não precisa mais fazer consulta pública. Uma vez que você decidiu incorporar alguma coisa, você já publica agora a licitação.

Buscando sintetizar os passos de negociação e conformação do projeto PPP até a licitação, onde a empresa privada concorre para compor a parceria, segue o fluxograma formal de aprovação.

## Fluxo de aprovação do projeto PPP para o Hospital do Subúrbio, no âmbito governamental do Estado da Bahia, 2019



Fonte: Elaboração da autora

### Algumas considerações

O posicionamento dos entrevistados corroborou com essa tese, cujo pressuposto é de que as motivações que levaram a escolha do modelo de gestão PPP, entre as demais alternativas, - organização social, fundação pública ou a própria gestão direta - foram políticas, econômicas e ideológicas. Pois, como o governo tinha pressa em dar resposta política relativa ao acesso à saúde, associada a ampliação da rede hospitalar, urgia construir um hospital de grande porte ainda no primeiro mandato do governador Jaques Wagner. Isso era visto como estratégico para a aprovação do próprio governo e, para tanto, era necessário um modelo em que o investimento financeiro do parceiro privado fosse possível.

A estratégia da “discrição” na construção da proposta do modelo PPP, no âmbito da SESAB também foi entendida como atenuadora de resistências, além do fato de ser um projeto “blindado”, já que construído no núcleo do governo e não só da Secretaria da Saúde e de ser uma unidade hospitalar nova, sem corpo técnico prévio que poderia apresentar resistência a um novo modelo de gestão.

O papel de empreendedor do Secretário de Saúde foi destacado pelos entrevistados como definidor da decisão acerca do modelo PPP, pois, teve papel político-institucional estratégico na reunião das três correntes do modelo analítico de Kingdon, aguardando a abertura das janelas de oportunidade e sabendo aproveitá-la para viabilizar a decisão da alternativa PPP.

Na construção do consenso foi destacado o papel desse empreendedor do projeto também na articulação interna à SESAB e com demais Secretarias do governo, Casa Civil, PGE e sindicatos. Também foi consenso, no entendimento dos entrevistados, que o fato do governo ser do PT foi fundamental para viabilidade do projeto, pois, reduziu as resistências, tendo em vista o fato de ser um “partido de esquerda” o que teria levado as “vozes contrárias dentro da própria esquerda a ficarem inibidas ou abafadas”.

No processo de negociação em torno dos modelos, o empreendedor costurou o consenso entre partidos que faziam a gestão da SESAB, apesar da resistência inicial do Pcdob, que apoiou e colaborou com as pactuações e consenso junto aos sindicatos.

Como o jogo social é cumulativo e tem história, os jogadores bem-sucedidos ganham poder e vantagens para continuarem sendo bem-sucedidos. Portanto, o êxito, segundo a teoria do jogo social pode ser medido no plano individual, conforme se verifica nos resultados da articulação do Secretário da Saúde, junto a atores governamentais e não governamentais, visíveis e invisíveis; e no plano coletivo, produzindo mudanças no processo de produção social e construindo a aceitação dos demais atores. Assim, se desenrolou a trama das negociações que desembocaram na constituição da primeira PPP em saúde no Brasil.

## **8 O RESULTADO DA DECISÃO: O CONTRATO DA SESAB COM O CONSÓRCIO PRODAL SAÚDE**

A discussão dos momentos que precederam a instituição da parceria, através do Contrato de Parceria Público-Privada entre Prodal Saúde e o Estado da Bahia, por meio da Secretaria de Saúde, objetiva apoiar a compreensão do desenrolar do processo decisório acerca do modelo de gestão hospitalar para o Subúrbio. Seguido da análise do fluxo temporal, de conteúdos do edital e do próprio contrato permitiu identificar

elementos que dialogam com os argumentos de defesa ou de crítica ao modelo PPP, bem como expressar os interesses dos atores envolvidos no processo de decisão.

A análise desses elementos lança mais luz às questões colocadas nessa tese, pois, tendo modelo já sido implementado, os entrevistados trouxeram um rico material que promoveu um profícuo diálogo com a revisão de literatura, demonstrando a configuração de elementos contratuais que foram debatidos ao longo do processo decisório para a escolha da alternativa PPP para o Hospital do Subúrbio.

## 8.1 UM POUCO DA HISTÓRIA DOS MOMENTOS “PRÉ CONTRATO” DA PPP DO HOSPITAL DO SUBÚRBIO

Com investimentos de aproximadamente R\$ 42 milhões na construção, o Hospital do Subúrbio (HS) tornou-se a maior obra pública na área da saúde na região metropolitana de Salvador, desde a inauguração do Hospital Geral do Estado (HGE), em 1990. Vale destacar que antes mesmo da decisão sobre o modelo que faria a gestão do HS, já havia ocorrido a licitação para a obra do Hospital e a vencedora do certame foi a empresa de construção MRM. A obra foi iniciada em dezembro de 2008 e interrompida na fase de terraplanagem por conta da descoberta de toneis de resíduos químicos enterrados no terreno. Por isso foi necessário contratar outra empresa, a Cetrel, para retirar os cerca de 70 tonéis encontrados, além de coletar amostras dos resíduos para exame. Resolvida essa questão, a obra foi retomada em janeiro de 2009, com a previsão de conclusão para maio de 2010. Entretanto, as chuvas constantes e a greve da construção civil atrasaram a obra que ficou com previsão de encerramento setembro de 2010 (CARRERA, 2010).

O detalhamento do atraso da obra fez-se necessário aqui para apontar a criticidade dos tempos políticos do projeto que se tornaria o Hospital do Subúrbio, pois, segundo o Artigo 77 da Lei 9.504/97, nenhum candidato às eleições pode comparecer a inaugurações de obras públicas nos três meses anteriores ao pleito. Portanto, em razão do atraso da obra, o então governador Jaques Wagner, que concorria à reeleição, não poderia comparecer à inauguração do Hospital do Subúrbio. Essa “urgência política”, segundo alguns entrevistados relataram no capítulo anterior, teria sido uma das razões apontadas como motivadoras da escolha do modelo PPP.

Visando esclarecer o cálculo político - temporal que os atores governamentais, envolvidos no debate acerca do modelo do HS, elaborou-se o quadro 02 que destaca o tempo em que cada passo estratégico foi dado para a implementação da decisão acerca do modelo PPP.

Observa-se que entre o convênio de cooperação técnica, que foi firmado pelo governo do Estado, com o IFC/Banco Mundial e a inauguração do hospital decorreram um ano e cinco meses. Analisando-se o conjunto de eventos legais necessários, tais como: estruturação da modelagem de todo o projeto, avaliação de viabilidade financeira, consulta pública, audiência pública, trâmites no interior da burocracia do governo, debates no Conselho Gestor das PPPs, do lançamento do edital até a licitação, decorreram apenas oito meses. Esse tempo é bastante incomum nas experiências de constituição de PPPs no Brasil.

Isso corrobora com as entrevistas de atores governamentais que relataram a importância da decisão e apoio do governador do Estado na viabilização do alinhamento necessário, entre as Secretarias de governo, para que o projeto pudesse atender aos tempos políticos necessários à sua inauguração.

**Quadro 02: Breve histórico da constituição da Parceria Público - Privada do Hospital do Subúrbio, na Bahia**

Abril/2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convênio de Cooperação Técnica entre o Estado da Bahia, BNDES e o IFC. Objeto: estruturação do Projeto Inova Saúde. Valor de US\$ 1.145.000,00</li> </ul>
Outubro/ 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta Pública com duração de um mês;</li> <li>• Audiência Pública;</li> </ul>
Novembro/2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resposta aos 61 questionamentos e proposições da Consulta Pública;</li> <li>• Manifestações de interesse do Banco do Nordeste e do IFC em financiar o projeto PPP do Hospital do Subúrbio (Anexos I e II)</li> </ul>
Dezembro/2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolução do Conselho Gestor de PPP/Bahia que aprovou o Projeto de Modernização do HS, modelagem, minutas de edital e contrato;</li> <li>• Edital;</li> <li>• Licitação dessa concessão administrativa por meio de Concorrência Nacional do tipo Técnica e Preço, permitida a formação de consórcios de até cinco empresas;</li> </ul>
Janeiro/2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestação de interesse do BNDES para financiar o projeto PPP do Hospital do Subúrbio (Anexos III);</li> </ul>
Fevereiro/2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Julgamento de Proposta Técnica. Consórcios classificados: 1) Consórcio Salvador Saúde; 2) Consórcio Promédica Patrimonial S.A &amp; Dalkia Brasil S.A.</li> </ul>
Março/ 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leilão no BM&amp;FBOVESPA;</li> <li>• Homologação do resultado final da concorrência, declarando vencedor o</li> </ul>



	consórcio Promédica & Dalkia – Prodal Saúde
Setembro/2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inauguração do Hospital do Subúrbio</li> </ul>

Fonte: Hospital do Subúrbio, 2018. Adaptação da autora.

No que se refere aos custos desse processo, o Edital de Concessão 008/2009 exigia que para assinatura do contrato, o consórcio vencedor teria que apresentar os seguintes documentos à SESAB: comprovação de capital social da Sociedade de Propósito específico (SPE), em moeda corrente nacional de, no mínimo, R\$ 20.000.000,00 (vinte milhões de reais); comprovação de recolhimento de lucros eventuais à BM&FBOVESPA, correspondentes a R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais); comprovação do pagamento ao IFC do valor de US\$ 1.000.000,00 (um milhão de dólares), relativo aos estudos relacionados à unidade hospitalar, conforme autorizado pelo artigo 21 da Lei n.º 8.987 de 1995 e, ao Estado da Bahia o valor de R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil Reais), por meio de depósito no Banco do Brasil (BAHIA, 2009).

Portanto, só essas três comprovações necessárias para assinatura do contrato da PPP quando somadas chegaram a um montante de 21.750.000,00 (vinte e um milhões setecentos e cinquenta mil reais) a serem apresentado pelo Consórcio. Isso corrobora com a assertiva de Mckee *et al* (2006), segundo os quais as PPPs, por conta da necessidade de comprovação de altos valores de recursos pelo parceiro privado, limitam o número de participantes em licitações desse porte, correndo-se o risco de ter-se o mesmo grupo ou poucos grupos de empresas com capital suficiente para participar.

Os estudos a que se referem o edital são da modelagem<sup>10</sup> do projeto e envolveram, através de convênio de cooperação técnica, o governo do Estado da Bahia, BNDES e IFC.

---

<sup>10</sup> No Brasil há três caminhos para a modelagem de concessão, onde o governo pode: fazer o trabalho internamente, essencialmente por agentes públicos, sem apoio externo; obter os estudos para apoiar a equipe pública por meio da lei federal n.º 8.666 de 1993 (Lei de Licitações) – via contrato de prestação de serviços (com ou sem licitação prévia), ou via convênio (na forma do art. 116 da mesma lei); e obter, também, os estudos necessários por meio da autorização do art. 21 da lei federal n.º 8.987, de 1995 – Lei de Concessões . A via do convênio já foi utilizada pela IFC em três oportunidades, todas no Estado da Bahia, para prestação de consultoria técnica especializada na modelagem de concessão: (a) em 2008, no Sistema Viário BA 093; (b) em 2009, no Programa de Modernização da Gestão Hospital “Inova Saúde” - Hospital do Subúrbio; e (c) em 2011, no Programa de Modernização Tecnológica, Telemedicina, Diagnóstico e Bioimagem “Inova Saúde” (IFC, 2015).

Destaca-se o edital como elemento central na definição do que viria a ser a parceria, pois, resumiu o conjunto de decisões tomadas pelos atores governamentais na escolha do modelo PPP e definiu o escopo do contrato, ou seja, que os serviços de gestão e operação do hospital, incluiriam: prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde; aquisição, gestão e logística de suprimentos farmacêuticos e hospitalares; aquisição, operação, manutenção e reposição de mobiliários e equipamentos médico-hospitalares; gestão, conservação e manutenção dos bens da concessão; contratação e gestão de profissionais de todas as áreas; oferta e gestão dos serviços de alimentação, higienização e segurança privada; desenvolvimento em parceria com a SESAB de programas e ações de saúde para prevenção e controle de enfermidades.

Ou seja, o conteúdo dos serviços a serem contratados retratou os interesses apresentados pelo Secretário Executivo das PPPs, Chefe do IFC, Procurador da PGE; Secretário de Saúde e do Diretor da Promédica que relataram os benefícios de um contrato único para gestão de vários serviços.

Além disso, o edital definiu que poderia participar da licitação uma pessoa jurídica individualmente ou um consórcio, e estes deveriam apresentar uma garantia de proposta no valor de R\$ 2.500.000,00; comprovação de gerir uma unidade hospitalar acreditada por uma instituição acreditadora; comprovar experiência em gestão hospitalar, tendo obrigatoriamente leitos de UTI; assumir que todos os investimentos depreciados e amortizados e riscos seriam assumidos pelo consórcio com prazo de 10 anos para a concessão e limite de R\$ 103.500.000,00 como valor da contraprestação anual máxima. O edital também esclarecia também que o local do leilão seria a BM&FBOVESPA, em março de 2010 (CARRERA, 2010).

A Concessionária vencedora foi a Prodal Saúde S.A. que nesse momento era formada pelas empresas Dalkia Brasil S.A. e Promédica Patrimonial S.A. a concessão foi para um prazo de 10 anos, com valor de contrato de R\$ 1.075.002.835,08 (um bilhão, setenta e cinco milhões, dois mil, oitocentos e trinta e cinco reais e oito centavos) (RADARPPP, 2010).

A contraprestação levaria em consideração uma parcela de 70% para indicadores quantitativos, cuja parcela é ponderada pelo peso da atividade nos custos totais (internação, atendimentos de urgência/emergência/ambulatório) e 30% para indicadores

de desempenho, cujo objetivo é incentivar a qualidade da gestão. O contrato também previa revisão e auditoria dos indicadores (BAHIA, 2009).

No que tange ao requisito experiência do parceiro privado para concorrer à licitação, uma das entrevistadas refere como algo muito relevante:

Um dos requisitos é que a empresa tivesse o próprio hospital para não ser esses franco atiradores que nunca tiveram um hospital. A empresa precisaria ter tido em algum momento um hospital próprio para poder participar do processo licitatório. Isso é uma coisa muito relevante. (...) Os elementos que fizeram o Governo do Estado contratar a concessionária estavam muito mais ligados às competências da empresa de saúde, que da empresa de *facilitys* (Diretora SESAB).

A legitimidade e transparência do processo de licitação também foram destacadas pelo Secretário de Saúde, à época. Segundo ele, o processo de licitação foi criterioso desde a licitação da empresa, que por escolha da SESAB, foi feita fora do Estado para evitar questionamentos.

(...) algumas medidas foram tomadas para ajudar a legitimar: o fato de a licitação ter sido feita na bolsa de valores foi muito bom porque evitou qualquer questionamento de que haveria uma indução ou uma candidatura A, B ou C da empresa ou consórcio que viesse participar. Quem ganhou foi uma empresa baiana e não podiam dizer que havia algum direcionamento (Secretário da Saúde).

Segundo Thamer e Lazzarini (2015) a transparência e competitividade do processo é um dos fatores críticos no processo de desenvolvimento das PPPs, marcadamente em algumas fases como a publicação do edital, qualificação técnica e econômica financeira, procedimento licitatório e entrega de documentos, propostas e atestados. Para esses autores, a transparência e a competitividade são condições básicas para atração de empresas idôneas, pois a corrupção no processo de contratação ou na escolha de uma concessionária promove ineficiência e enfraquece a legitimidade do próprio Estado.

## 8.2 CARACTERÍSTICAS DO CONTRATO DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA

A revisão de literatura foi fundamental para análise do conteúdo das entrevistas dos atores governamentais e não governamentais, permitindo verificar o que coadunava ou contradizia, nos elementos elencados em suas falas, com estudos nacionais e internacionais acerca do modelo PPP.

Observou-se que boa parte dos conteúdos centrais da produção literária sobre PPPs no mundo também apareceram nas falas dos entrevistados, ao abordarem a questão do contrato da parceria do Hospital do Subúrbio, pois trazem no bojo das **discussões** referências a: inovação; qualidade; desempenho; custo-efetividade de projetos PPP; eficiência da gestão; acompanhamento; controle; fiscalização; *accountability*; riscos de cada parceiro; governança; diferenças nas modelagens contratuais para PPP na saúde; indicadores de desempenho e; acreditação.

Além desses, as entrevistas acrescentaram debates relativos ao papel do controle social do SUS, ao modelo PPP na gestão hospitalar pública; papel do gestor da saúde; comparação entre contratos PPP e outros modelos de gestão como O.S. e Fundação, além do elenco de vantagens da atua PPP do HS (prêmios internacionais, boa avaliação dos usuários, acreditação hospitalar) e desvantagens (inexperiência do Estado com o modelo PPP para a saúde, ‘risco de demanda’) e previsões para o futuro das PPPs no Estado.

Vale destacar que a palavra PPP na literatura aparece com frequência associada a inovação e diversidade de modelagens. Segundo Lopez (2008), o modelo PPP apresenta bastante flexibilidade na aplicação/uso de diferentes arranjos contratuais para hospitais, conforme detalhado no quadro 03.

**Quadro 03: Definitions and examples of PPP arrangements**

TYPE	DEFINITION
<b>Traditional Design Bid Build</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The private firm designs and builds according to pre-defined performance (and cost) specifications.</li> <li>• Design Build is often not considered a PPP.</li> </ul>
<b>Contract Fee Services</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transfer of separate planning, design or construction contracts on a fee for service basis</li> </ul>
<b>Operating and Maintenance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operation and maintenance of a publicly-owned asset is transferred to a private operator.</li> <li>• O&amp;M are often considered contract fee services unless lease or purchase agreements require improvements to existing assets.</li> </ul>
<b>Build Operate Transfer (BOT)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The private firm designs, finances, builds, and operates a project and then transfers back to the public sector after a fixed period of time.</li> <li>• BOT includes Build-Own-Operate Transfer and Build-Lease-Operate-Transfer Agreements</li> </ul>
<b>Design Build Finance Operate (DBFO)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The private firm designs, finances, builds, and operates an asset under a long-term <i>lease</i> agreement.</li> <li>• The asset is transferred back to the public sector at the end of the lease.</li> </ul>

<b>Build Own Operate (BOO)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The private firm designs, finances, builds, and operates a project in perpetuity.</li> </ul>
<b>Other Innovative PPPs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unique PPP approaches that do not necessarily correspond to the different above categories</li> </ul>

Fonte: Lopez (2008).

Essa variedade caleidoscópica de seus desenhos contratuais apresenta peculiaridades também nos modelos baianos. Conforme registro do Secretário da Saúde, foram constituídas três modelagens diferentes de PPP para hospitais no Estado: *“Nós lançamos mão em três situações, temos três PPPs em operação, a do Hospital do Subúrbio, do novo Couto Maia e a do projeto de imagem PPP. Três PPPs da saúde, cada uma pra dar uma solução a um problema diferente”*.

O Hospital do Subúrbio foi concebido com as seguintes características, segundo os entrevistados:

A ideia da bata branca foi sugestão do próprio estudo do modelo desenvolvido em conjunto com a SEFAZ. Nós da unidade PPP, essa *facility* que fez o estudo do IFC e do BNDES e referendada pela Secretaria de Saúde. Como a construção já estava com o contrato em andamento não tinha sentido simplesmente aparelhar e cuidar da parte administrativa do hospital (Secretário Executivo da unidade PPP).

Em relação a modelagem do Hospital Couto Maia, o desenho da PPP tomou outros contornos:

No Couto Maia o desafio era completamente diferente. Uma unidade secular, com equipe técnica consolidada, excelente quadro de profissionais, inclusive com indicadores dos melhores hospitais de infectologia do país. Mas, a gente precisava de uma nova estrutura física que pudesse inclusive contar com equipamentos mais modernos, estrutura mais adequada ao que se concebe hoje pra um hospital de infectologia e botamos somente serviços complementares, serviços de apoio (Secretário da Saúde).

(...) no Hospital Couto Maia é uma coisa muito específica, construção e administração porque já tinha corpo clínico muito especializado e com tradição na Universidade de uma equipe que não se reproduziria com facilidade do mercado. O modelo bata cinza para o Subúrbio não resolveria o problema das pessoas, teria a mesma dificuldade de contratação pelo setor público. (...) O modelo acabou sendo estatal pelas pessoas e PPP na área das *utilities*, da parte de investimento. É muito mais uma modelagem fina diante de cada projeto (Procurador PGE).

A terceira PPP na saúde do Estado da Bahia foi a da imagem. Os problemas que ela buscou solucionar e suas características foram elencadas pelos representantes da SESAB e da SEFAZ, bem como suas vantagens em relação ao que se tinha antes. Segundo o Secretário de Saúde: *“Todos três modelos têm características diferentes,*

respostas diferentes e modelos, apesar de todos os três serem PPP, um completamente diferente do outro”.

(...) outro desafio completamente diferente era que nós tínhamos um conjunto de hospitais sob gestão direta, antigos, que pra operar os equipamentos de imagem tínhamos uma série de problemas desde a manutenção, quando quebrava um equipamento eram dias até conseguir viabilizar a recuperação; problemas de funcionamento, mesmo quando o equipamento estava em plena operação não tinha muitas vezes radiologista 24 horas. (...) a PPP da imagem conseguiu viabilizar uma central e atuar em todos os problemas que reduziam a utilização dos equipamentos de diagnóstico de imagem, desde a questão da manutenção, atualização tecnológica até o quadro de pessoal (Secretário da Saúde).

Esse projeto de imagem é um projeto público diferenciado. Por ter um custo mais baixo tem contratação de mão-de-obra. Qual é a mão-de-obra? São técnicos, em procedimentos de exames, tem a presença de um médico do privado e também os médicos que fazem as laudagens dos exames (Secretário Executivo da unidade PPP).

Visando detalhar, de forma breve, as principais diferenças entre as três PPPs da saúde no Estado, segue quadro 04 abaixo.

**Quadro 04: Diversidade contratual das PPPs na Saúde do Estado da Bahia, 2019**

	HOSPITAL DO SUBÚRBIO	INSTITUTO COUTO MAIA	PPP DE IMAGEM
<b>Tipo de PPP</b>	Concessão administrativa para gestão e operação de unidade hospitalar do Estado da Bahia	Concessão administrativa para construção e operação de serviços não assistenciais de unidade hospitalar do Estado da Bahia - Instituto Couto Maia	Concessão administrativa para gestão e operação de Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem (SADI) em uma central de imagem em 12 Hospitais da SESAB
<b>Objeto da parceira</b>	<p>Prestação gratuita de atenção à saúde no SUS;</p> <p>Aquisição, gestão e reposição de suprimentos farmacêuticos e hospitalares; mobiliários e equipamentos médico-hospitalares;</p> <p>Contratação e gestão de profissionais de todas as categorias;</p> <p>Oferta e gestão dos serviços de alimentação, higienização e segurança privada do Hospital;</p>	<p>Projetos de engenharia e arquitetura para unidade hospitalar (UH);</p> <p>Execução e manutenção das obras de construção;</p> <p>Fornecimento, instalação, manutenção e reposição de equipamentos e mobiliários hospitalares, administrativos e de tecnologia de informação e comunicação;</p> <p>Gestão, guarda, conservação e manutenção dos bens da concessão,</p> <p>Elaboração e cumprimento,</p>	<p>Emissão dos laudos;</p> <p>Agendamento de exames, conforme solicitações da Central de Regulação e da SESAB; atendimento a clientes;</p> <p>Administração de todas as instalações e bens da concessão necessários à prestação dos SADI;</p> <p>Construção, reforma e manutenção das instalações necessárias ao SADI;</p> <p>Fornecimento e</p>

	Desenvolvimento, em parceria com a SESAB, de programas e ações de saúde	em conjunto com o gestor da UH, dos planos de gerenciamento que estejam no âmbito de sua prestação de serviço, exigidos pela Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;	manutenção dos equipamentos de imagem e médicos; mobiliário e outros de qualquer natureza necessários à prestação dos serviços;  Implantação e manutenção dos sistemas de informação e infraestrutura tecnológica
<b>Tempo do Contrato</b>	10 anos	21 anos e 4 meses	11 anos e 6 meses
<b>Valor contraprestação mensal aproximada</b>	R\$ 15,8 milhões	R\$ 3,5 milhões	R\$ 8,2 milhões
<b>Previsão de investimentos</b>	Parceiro público: R\$ 54 milhões para construção e parceiro privado: R\$ 36 milhões para equipar e iniciar os atendimentos.	R\$ 95 milhões	R\$ 80 milhões
<b>Outras características</b>	Contratação de todos os trabalhadores pela PPP	Contratação do corpo clínico manteve-se como servidores do Estado	Contratação de técnicos para realização dos exames e médicos para laudos. Cobertura: 12 Unidades hospitalares

Fonte: BAHIA, 2019.

Dentro dessa diversidade de modelagens, o Diretor financeiro do parceiro privado faz árdua defesa ao modelo ‘bata branca’, afirmando que não seria de interesse da Promédica a gestão da PPP do Subúrbio caso não incluísse a bata branca. Esse ponto de vista é expresso no trecho que segue.

Eu não entendo hoje uma PPP sem ter a Bata Branca. Para mim é meia cara de PPP. Não vejo para o Brasil um modelo dissociado, ter investimento e serviços condominiais com PPP e o resto com servidor público ou O.S. ou com o que quer que seja. A gente teve foi convidado para participar de outras PPPs sem a bata branca, mas a gente não foi. Eu não acredito no modelo entendeu (Diretor Promédica).

Quando se trata de comparar, dentro da gestão da SESAB, os diferentes modelos de gestão: direta, fundacional, autárquica, por O.S e PPP, o Secretário da Unidade de PPPs da SEFAZ descreve como uma espécie de gerador de conflitos. Segundo ele, após implantação do modelo PPP para gestão do HS surgiu certa animosidade gerada pela

comparação entre os contratos de PPP e outras modalidades de gestão no âmbito da própria SESAB, e relaciona esse problema ao que chama de desconhecimento do modelo:

(...) Você cria dentro da própria Secretaria uma certa animosidade em relação a privilégios dessa forma de contratação. Passa a ter por parte dos diretores dos outros hospitais um nível de exigência maior, ou seja, o bom projeto ele sempre serve como paradigma e você passa a cobrar dos outros contratos e das outras unidades o mesmo nível de qualidade. O que gera determinados conflitos na gestão própria com a falta de conhecimento da própria unidade, da própria Secretaria na interpretação do contrato ainda com conceitos antigos de outras formas de contratação (Secretário executivo da unidade PPP).

Pode-se considerar também que o povoamento da SESAB com diversas modalidades contratuais pode gerar conflito entre gestores na disputa de recursos, principalmente na garantia de repasses desses. No caso específico da PPP, um dos entrevistados ressalta o papel do verificador independente como um mitigador de conflitos entre os parceiros público e privado no que tange ao contrato:

(...) se criou uma figura do contrato para auxiliar a gestão do hospital chamada de verificador independente. Essa figura do verificador independente ela é muito boa porque tem um entendimento melhor do contrato. É extremamente importante para você mitigar os conflitos e as dúvidas que se tem em relação a um dado contrato (Secretário executivo da unidade PPP).

### 8.3 “VANTAGENS” DO CONTRATO ÚNICO

A concepção de um contrato único é destaque nas falas dos entusiastas do modelo. Para esses defensores da proposta a configuração de um contrato único, que caracteriza a PPP do HS, permite a melhoria do tempo de gestão; qualidade da atenção; transparência; agilidade na prestação de contas e também maior controle para o gestor.

Particularmente os atores governamentais da SESAB apresentaram um elenco de possíveis benefícios, inovação, controle, celeridade na prestação de serviço e aprendizado institucional, que seriam trazidos pela PPP do Subúrbio aos contratos de O.S e para gestão direta, com realce para o estabelecimento de contrato único que envolve gestão da assistência, instalações, jardinagem, limpeza, contratação de pessoal, alimentação, celeridade na prestação de serviços aparece em trechos de entrevista tanto da PGE quanto do IFC:

É um projeto que tem um único contrato. Isso tudo faz com que a administração ganhe tempo porque se quebrar um equipamento eles têm obrigação de consertar imediatamente. Não fica com uma tomografia quebrada, um equipamento de grande porte sem funcionar, por conta de qualquer problema administrativo. Traz muita



celeridade para a prestação de serviço e outras vantagens que dizem respeito à transparência e ao controle. (Assessora Diretoria Geral SESAB).

Por outro lado, o Procurador do Estado ressalta o desafio da escolha de indicadores de qualidade que viabilizem a boa relação custo - efetividade, sem prejuízo das relações trabalhistas e do acolhimento do usuário:

(...) avaliar custo-efetividade é escolher indicadores. Você não pode aceitar que esse processo de eficiência que vem do sistema capitalista se dê com precarização de mão de obra ou da mercantilização do processo do trabalho. Tem a questão do acolhimento, do cuidado. Onde encontrar esse equilíbrio e trazer para discussão do custo-efetividade variáveis. Isso é um desafio gigantesco. Não é fácil, mas o caminho é um pouco esse (Procurador PGE).

Corroboram com essas preocupações McIntosh *et al*, (2015), segundo os quais as PPPs na saúde, estabelecidas entre um governo e o setor privado, são baseadas em um modelo de negócios que visa alavancar a expertise do setor privado para melhorar o desempenho clínico em hospitais e outras unidades de saúde. No entanto, embora as implicações financeiras de tais parcerias tenham sido analisadas, poucos estudos examinaram o impacto das parcerias nos resultados do desempenho clínico.

Essa ressalva da literatura aponta para a necessidade de desenvolvimentos de mais estudos no que tange a qualidade da atenção prestada aos usuários pelas parcerias em saúde, principalmente quando se trata do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde, norteado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Outro ponto importante e recorrente nas entrevistas foi a questão dos custos da PPP, hora sendo mencionado como um modelo de eficiência, hora sendo questionado pelos críticos do modelo.

Na revisão de literatura o custo-efetividade é apreciado como algo relevante para a escolha do modelo. Mckee *et al*, (2006), por exemplo, analisam a questão dos custos como crucial para PPPs. Esses autores demonstram preocupação com o tamanho de alguns *Private Finance Initiative* (PFI) para projetos hospitalares. Pois, segundo eles pode-se reduzir o nível de concorrência entre licitantes já que há um número relativamente pequeno de empresas de construção capazes de empreenderem projetos muito amplos, além de que os custos de licitação podem representar uma barreira significativa para a entrada nesse mercado.

A realidade da licitação para a PPP do Hospital do Suburbio feito na BM&FBOVESPA confirma, em certa medida, a existência dessa barreira e aparece na fala do próprio do Secretário de Saúde, à época:

(...) precisa que tenha empresas interessadas em fazer esse nível de investimento, mesmo que ele capte recurso público ele tem que ter lastro pra fazer essa captação, ninguém chega e entrega 20, 30, 40, 50 milhões de financiamento sem ter garantias. Então, não é qualquer um que pode dizer eu vou entrar pra disputar uma licitação para PPP (Secretário de Saúde).

A barreira também pode advir dos limites financeiros do próprio poder público e dos limites previsto na Lei de PPP brasileira como informado pela Assessora Diretoria Geral SESAB: *“pode ser um ponto que realmente pese na hora de alguns Estados, Municípios fazerem a conta porque, como sua arrecadação é pequena, pode ser que o custo da unidade não caiba dentro dos 5% da receita corrente líquida e pode ser uma barreira de entrada pra escolher fazer um projeto por PPP”*.

Em uma revisão sistemática realizada nas últimas duas décadas nos EUA, Mckee *et al*, (2006) compararam 149 instituições de saúde com diferentes tipologias, com fins lucrativos e sem fins lucrativos. Esse estudo concluiu que 88 instituições sem fins lucrativos foram melhor avaliadas em relação ao custo, resultados de cuidado, acesso e missão social; 43 estudos não encontraram diferença e 18 relataram que as instalações com fins lucrativos foram melhor avaliadas. Destacam, no entanto, que é impossível dizer se o modelo PPP é falho ou se as dificuldades com tais empreendimentos são o resultado de erros na sua execução. E, concluem que é difícil fazer comparações acerca dos custos de aquisição entre o modelo de iniciativa de financiamento privado - PFI e métodos convencionalmente utilizados pelo governo. Mas, afirmam que os custos envolvidos nas PPPs têm sido frequentemente subestimados.

Corroborar com o estudo acima referido o entendimento da representante da SESAB acerca dos custos operacionais. No entanto, ela considera que esse custo é inevitável já que o poder público tem que prestar o serviço.

É um dos motivos que pesa na hora de tomar uma decisão de fazer um contrato de PPP para o setor de infraestrutura social: saúde, educação e outros serviços sociais. São serviços caros em seus custos operacionais de prestação de serviço. O paciente vai ao Hospital do Subúrbio ele é 100% atendido e não paga por esse serviço, quem paga é o poder concedente Estado. Mas, isso aconteceria em qualquer outro hospital da administração direta ou não (Assessora Diretoria Geral SESAB).

Em relação a avaliação de custos comparados da PPP com hospitais públicos e privados, a mesma entrevista afirma que há vantajosidade da parceria:

Você tem estudos de custos comparados com hospitais privados e com hospitais públicos que demonstram que os custos do Hospital do Subúrbio estão dentro da faixa desses hospitais. São comparados com exames e tem uma série de indicadores e de satisfação de qualidade que o Subúrbio é melhor. Se é exagero ou não de quem você está entrevistando? É visitar o hospital e verificar *in loco* a condição do hospital (Assessora Diretoria Geral SESAB).

Os conceitos de custo e de risco estão intimamente ligados, sendo que o risco está associado à incerteza e comumente corresponde ao potencial para eventos que têm consequências incertas e podem constituir ameaças ao sucesso. A importância de cada risco depende do projeto mas pode ser definida como a combinação da probabilidade de um acontecimento e suas consequências. Existem três fases principais na gestão de risco: identificação de riscos, alocação de riscos e mitigação de riscos. Para projetos de infraestrutura pública, essa avaliação deve ser vista como um processo de todo o ciclo de vida, começando no fases de preparação e concepção e abrangendo a construção, operação e manutenção (LIMA; COELHO, 2015).

Mckee *et al*, (2006), afirmam que associado a questão dos custos surge um problema particular com a forma como os riscos de construção dos hospitais são agrupados para operação de serviços associados. Afinal, enquanto os riscos de construção podem ser elevados, a operação dos serviços traz um risco muito menor já que os hospitais são apoiados financeiramente pelo governo, único pagador, o que significa menor risco do que nos mercados, com vários pagadores. O baixo risco, uma vez que a construção está finalizada, permite vantajoso refinanciamento de projetos com menores taxas de juros, com benefícios significativos para os consórcios.

Segundo Barbosa e Malik (2015) as análises de riscos ajudam a viabilizar contratos juridicamente adequados, sob controle e conhecimento da sociedade, elaboração de editais e procedimentos licitatórios que atendam aos interesses do poder público e busquem conciliar os interesses dos parceiros privados e da sociedade.

Hodge e Greve (2007) descrevem a divisão de risco entre os parceiros como um dos elementos estruturantes das PPPs, associando-o a durabilidade da cooperação, envolvimento e esforço mútuo para a consecução dos objetivos propostos.

No que tange a PPP do Subúrbio, a divisão de risco apresentada pela SEFAZ (2009) assim se distribuía:

**Quadro 05: Distribuição de risco entre concessionária e poder concedente para parceria da PPP do Hospital do Subúrbio**

CONCESSIONÁRIA	PODER CONCEDENTE
Obtenção de licenças, permissões e autorizações	Decisão arbitral, judicial ou administrativa que impeça o Concessionário de operar
Risco ambiental relacionado à coleta, tratamento e destinação final de resíduos	Descumprimento de obrigações contratuais ou regulamentares
Riscos passíveis de cobertura por seguro	Atrasos do concessionário causados por atrasos, ações ou omissões do Poder Concedente
Tecnologia adotada	Risco de construção, incluindo atraso
Danos aos bens da concessão	Caso fortuito ou força maior, não seguráveis
Defeitos ocultos (exceção instalações físicas)	Mudança de encargos pelo Poder Concedente
Prejuízo a terceiros, incluindo imperícia ou falhas na prestação de serviços e erro médico	Omissão ou falhas na regulação
Variação cambial	Mudança de lei e regulamentação, tributos e impostos, incluindo alterações que impactem nas exigências para gestão e operação (exceto Imposto de Renda)
Inflação superior ao índice de reajuste	
Alteração no Imposto de Renda	
Caso fortuito ou força maior passíveis de cobertura por seguros	
Custos excedentes	
Atraso no cumprimento do cronograma	
Aumento do custo do capital	

Fonte: SEFAZ, 2009. Adaptação da autora.

A associação de risco e custo aparece nas entrevistas como um fator inibidor da escolha ou da replicação do modelo PPP, ressaltando que o modelo de gestão do hospital do Subúrbio acabou sendo “vítima do próprio sucesso”.

(...) o risco de demanda é uma obrigação do Estado, não posso transferir o risco de demanda para o privado. O risco de demanda de um hospital que é tido como referência, bem-sucedido, aumenta porque a grande parte da população vai procurar esta unidade e como o Hospital do Subúrbio é um hospital de porta aberta, todo paciente que chegar tem-se a obrigação de atender. Eu acho que o modelo Hospital do Subúrbio ele é em certo ponto até vítima do próprio sucesso (Assessora Diretoria Geral SESAB).

(...) O que é bom é mais procurado e aumenta a demanda e isso é um risco do Estado que aumente e onere o contrato. Então, ele pode não se tornar vantajoso para a

administração no momento em que aumente a capacidade de atendimento além daquilo que está previsto contratualmente. Terei que pagar além daquilo que está previsto contratualmente e esse risco de demanda em uma população carente, com problema econômico, muitas pessoas perdendo plano de saúde, aumenta a sua demanda. Eu acredito que o projeto não foi replicado pela partilha de risco no que diz respeito à risco de demanda (Assessora Diretoria Geral SESAB).

Cabe destacar que o risco apresentado pelos atores governamentais, denominado “risco de demanda” foi também realçado pelo ator não governamental representante do parceiro privado. Ele afirma que a relação com o Estado, no que se refere ao reequilíbrio do contrato, é muito difícil, recheada de embates, mas, conclui que em ‘tese’ o contrato é vantajoso para o parceiro privado.

(...) nós tivemos de problemas ao longo da execução do contrato justamente o que saiu desse contexto, não se tem controle da demanda. É um hospital de porta aberta de urgência e emergência. Essa demanda ela foi estimulada pelo sucesso do empreendimento, pela qualidade que ficou patente. A gente foi vítima do próprio sucesso. Essa quantidade de pessoas que foram para o hospital tiraram o hospital do seu ponto de equilíbrio e aí buscar esse reequilíbrio junto ao Estado nem sempre é uma coisa fácil, aliás digo pra você que é muito difícil. Nós tivemos muitos embates, comissão técnica, discussão de todo modelo de cálculo desse reequilíbrio porque você também não pode ter prejuízo. Tá prestando o serviço, fazendo a coisa dentro de um padrão superior ao que foi inicialmente exigido, não pode ter prejuízo. Como eu lhe disse, há vantagem do parceiro privado? Em tese, sim (Diretor Promédica).

Após oito anos de parceria, o Diretor da Promédica aponta críticas ao modelo econômico e detalha, sobre sua ótica, o processo de negociação e desafios no estabelecimento de reequilíbrios no modelo financeiro.

(...) O que faltou nesse modelo econômico financeiro, em sendo um hospital de porta aberta onde não tem controle de demanda, foi estabelecer um certo nível de remuneração variável, que não teve no projeto. O projeto teve uma contraprestação máxima e tudo que saísse do nível máximo de demanda estabelecida no contrato era tratado como reequilíbrio econômico financeiro (...) muitas negociações, aditivos foram poucos, mas até firmar o modelo de cálculo desse reequilíbrio, que não tinha previsão contratual de como fazer: que custo entra? Que custa não entra? (Diretor Promédica).

O Secretário de Saúde discorda das análises sobre risco de demanda feito pelos demais entrevistados, pois, compreende como inerente às características do projeto e aponta formas de minorar esse risco.

(...) Não vejo como desvantagem não. O risco de demanda existe pela característica do projeto. Implantando uma classificação de risco mais rigorosa, não foi o único mecanismo (...) isso não se deu espontaneamente, se deu porque entre a central de regulação e a gestão direta do hospital, o consórcio do hospital foram trazendo pacientes de maior gravidade, via central, e também restringindo os critérios via classificação de risco e controle de emergência (Secretário da Saúde).

O desafio de ampliação de serviços e principalmente de universalização de acesso é um dos grandes desafios do próprio SUS. O aumento da demanda dos usuários quando há oferta de serviços de saúde, em zonas historicamente desassistidas como o Subúrbio Ferroviário, provoca naturalmente uma elevação da curva dessa demanda reprimida. Tendo acesso, mais pessoas procuram o serviço de saúde e na PPP isso apareceu como um desafio de remuneração do privado, assim como aparece para diversos gestores da gestão direta e indireta em unidades novas. Mas, no caso da gestão direta não há um contrato que defina os repasses pra unidade e será o diretor da unidade o responsável pelas “negociações” no âmbito da Secretaria de Saúde para ampliação de recursos, insumos e pessoal.

O representante do parceiro privado, Diretor Promédica, afirmou que mesmo passando por crises com o Estado, na negociação referente a esses aumentos da demanda, garantiu o padrão de qualidade: *“... do ponto de vista de resultado pro projeto até mesmo com todas essas crises de demanda e de relacionamento com o Estado pra definir esses valores, em nenhum momento o hospital saiu do seu padrão de qualidade de atendimento à população.*

Em relação aos principais riscos que o parceiro privado assumiu, particularmente a Promédica, que compôs o Consórcio Prodal Saúde desde o momento da licitação, o Diretor esclarece que:

(...) a Promédica como acionista majoritária do projeto e hoje acionista exclusiva, porque o sócio que nós tínhamos se desligou da sociedade, assumiu todo o risco empresarial de uma forma global. A matriz de riscos do contrato previa uma série de situações. Se eu tivesse alguma negociação que envolvesse câmbio, esse risco era 100% nosso. Se o câmbio sai de 2 pra 4 não me cabe pedir reequilíbrio porque esse é um risco estabelecido no contrato (Diretor Promédica).

Outro risco que o parceiro privado assume é o que o entrevistado nomeou de “risco de gestão de mão de obra”, vinculado a gestão de trabalhadores, além do índice de preços do consumidor. Ambos compõem a base para reajuste de contrato e segundo ele:

(...) Você tem dois grandes pontos para índices utilizados para reajuste anual que é o percentual negociado com sindicatos de reajuste salarial e o Índice de Preço ao Consumidor. Esses dois compõem a cesta de índices para o reajuste do contrato. Todas as minhas variações de custos têm que estar sempre pensando nisso. Eu não posso chegar pro médico que ganha dois mil reais e dizer que eu vou pagar cinco, porque isso não vai ser coberto do contrato. Então, a gente tem esse risco de gestão de mão de obra todo nosso (Diretor Promédica).

Por outro lado, o representante da SEFAZ elogia a forma como os cálculos para pagamento da Taxa interna de retorno<sup>11</sup> ao parceiro privado foram feitos, segundo ele por metodologia já consagrada no mercado.

(...) O que é a TIR? Ela representa a Taxa Interna de Retorno do projeto e é equiparada a uma taxa de juros. É como se você tivesse contratando aquele serviço e tem um lucro do qual você vai pagar para o privado. Existem modelos matemáticos, econômicos, financeiros e estatísticos que definem essa taxa. A TIR é comparada, talvez não seja uma comparação feliz, é como comprar um serviço a prazo. Se você vai comprar a prazo, quem vende esse serviço vai cobrar aquela taxa de juros que está embutido o ganho dela (Secretário Executivo da unidade PPP).

(...) ela se equipara como se fosse o juro de empréstimo, só que ela não é. Nesse cálculo são considerados alavancagem, ou seja, a participação de capital próprio, capital de terceiros, lembrando que o capital próprio é sempre o mais caro. Tem tabelas, taxa de risco-país, taxa de risco do negócio, taxa de risco setorial. Ou seja, você tem uma série de dados macro e microeconômicos que são utilizados nessa formulação para determinação da TIR (Secretário Executivo da unidade PPP).

Portanto, pela entrevista da SEFAZ infere-se que em uma negociação entre parceiro público e privado, onde é definido em contrato essa Taxa Interna de Retorno do serviço, o privado parece ser a parte mais habilitada a precificar esse retorno, tomando por base sua própria experiência no mercado que atua no campo da saúde. Isso aponta para possíveis vantagens do parceiro privado no processo de negociação da TIR.

No entanto, apesar das taxas de juro, entendida como o lucro que o privado tem na prestação do serviço, os defensores do modelo elencam o que consideram benefícios da parceria, tais como a redução dos custos, por conta dos ganhos de escala e o bom uso do tempo do gestor da unidade hospitalar. Para os apreciadores do contrato único, através desse se evitariam negociações com diferentes fornecedores, traria agilidade nas comprar de medicamentos, conserto, viabilizaria céleres respostas a problemas rotineiros da gestão hospitalar e facilitaria o acompanhamento e a fiscalização do próprio contrato.

---

<sup>11</sup> O custo do capital envolvido deve ser cuidadosamente calculado. Muitos estudos tomam como elemento-chave da rentabilidade financeira de uma PPP a TIR ou o valor presente líquido (VPL), quando deveriam usar também outros métodos não determinísticos de apreamento e quantificação de risco usados há décadas, em finanças, como o *capital asset pricing model* (CAPM) e suas modificações. O caso do Reino Unido é exemplar para mostrar a fragilidade da TIR como medida balizadora da partilha de riscos entre os agentes público e privado numa PPP pois utilizou por alguns anos um valor para a TIR de 6% como garantia de retorno mínimo, que depois foi reavaliada (para baixo) por haver um entendimento que essa taxa favorecia em demasia os agentes privados (RODRIGUES JUNIOR, 2006).

Outros ganhos relacionados ao estabelecimento de um contrato único, além dos já realçados por diversos atores para qualificar a escolha do modelo PPP, se observa nos trechos que seguem:

(...) um contrato com o Hospital do Subúrbio você bota num contrato só o que no hospital por O.S. você tem dez, doze contratos. No hospital de O.S. o contrato da terceirização, da prestação de serviço médico, de manutenção, de segurança, de limpeza, de fornecimento de *catering*, de manutenção de equipamento de ressonância, de manutenção de equipamento de ultrassom, contrato de compras e aquisições de utensílios, de aquisição de móveis, um contrato de aquisição de camas, de aquisição de lençóis, de travesseiros, de colchão, de cama, um de manutenção da parte elétrica. Então, você consegue ter ganhos de escala (Secretário Executivo da unidade PPP).

Reitera essa defesa o representante do IFC, dando mais detalhes do quanto, segundo ele, um contrato único facilita a gestão hospitalar, além de reduzir seus custos:

(...) quando você vai fazer um hospital, vai fazer o contrato de financiamento para a obra pública e financiamento para comprar os equipamentos. Você já tentou contar quantos contratos você tem que fazer, licitar, contratar e gerir, para você fazer um hospital público funcionar durante um período? Não precisa de muito tempo não, de 5 anos. É na linha das centenas (Chefe IFC Advisory Brazil).

(...) tem que fazer um contrato de obra pública, depois fazer um contrato de compras de equipamentos, para cada fornecedor, você vai ter que fazer um contrato diferente. Depois tem os contratos de manutenção dos equipamentos, o contrato de fornecimento dos insumos para operação deste equipamento, fazer um contrato com laboratório, criar uma central de fornecimento de medicamentos. Mas, ainda assim, tudo tem que ser licitado, nada pode ser comprado diretamente (Chefe IFC Advisory Brazil).

O aproveitamento do tempo do gestor no contrato único é expresso pelo representante do IFC/Banco Mundial.

(...) pega uma unidade hospitalar qualquer e acompanhe o dia de um diretor. Dá uma olhada no que ele faz durante o dia. Ele passa 90% do dia cuidando do contratozinho com o vigilante, do contrato da lavanderia. Se você colocar tudo isso na conta, imaginar que pode acabar com toda essa confusão e ter um único contrato, um único parceiro privado, que é o único cara com quem o seu diretor vai lidar e é o único cara que vai ficar responsável por toda essa confusão. Eu acho que não precisa dizer mais, para dizer que o regime de PPP para o setor público é muito melhor (Chefe IFC Advisory Brazil).

De acordo com o que o representante do IFC e também o representante da SEFAZ, o Secretário de Saúde, à época da decisão do modelo, mostra interesse na ampliação da aplicação do modelo, destacando as vantagens de um contrato único.

(...) a direção do hospital sob gestão direta tem que ser relacionar com n empresas pra dar conta dos serviços complementares, desde manutenção predial, de equipamentos, alimentação, lavanderia, tudo isso. O Couto Maia, a direção do hospital só precisa se relacionar com uma empresa que fica responsável de resolver tudo dos serviços



condominiais e de suporte. Com isso a direção do hospital pode se dedicar mais a gestão de saúde do que se consumir com vários prestadores (Secretário da Saúde).

Essa atribuição de um conjunto de obrigações para o privado, possível em um contrato único, é vista por uma das entrevistadas como também uma redefinição do papel da Secretaria de Saúde que assumiria apenas a regulação.

(...) queríamos que fosse realmente algo que tivesse um perfil diferenciado, qualidade de atendimento, celeridade, otimização do uso do equipamento. A PPP mostrou-se mais favorável porque você transfere em um único contrato uma gama de obrigações pro privado e otimiza do ponto de vista da própria regulação do contrato. Precisa ter apenas fiscais e não administradores de 'enes' contratos individuais, como acontece nos contratos de gestão por O.S. A gente queria um modelo que a gente pudesse transferir tudo isso e ficar na perspectiva apenas de regulação (Assessora GASEC).

Diverge da redução de atribuições do gestor estadual da saúde, a Conselheira de saúde, segundo a qual o papel do gestor da saúde é se ocupar com tudo que tange ao SUS e não delegar a um parceiro partes de sua responsabilidade.

(...) o gestor está no SUS para ficar despreocupado com a gestão? Não, ele existe para preocupar-se com a gestão do SUS. É como se fosse: “eu fico despreocupado porque a PPP está fazendo o papel do Estado, ela está gerindo aquilo que eu deveria gerir, estou pagando, estou aqui através de uma ligação ou de um relatório. Na melhor das hipóteses, um relatório mensal que eu tiquei os serviços prestados. Fulano do financeiro esse serviço não foi prestado, então, não paga.” É uma coisa totalmente estapafúrdia para o que nós queremos para o Sistema Único de Saúde (Conselheira CES).

Para essa conselheira do CES é papel precípua do gestor do SUS se preocupar e se ocupar dessa gestão, não se limitando apenas ao papel de fiscalizador da PPP.

Uma gestão privada visa algum lucro. Tá lá a PPP. Aí o outro lado que é o gestor do Estado, o Secretário de Saúde, para ele não é nenhum escárnio não (...) “Eu tenho alguém que eu estou delegando para fazer isso e tenho como cobrar”. Se cobrasse né? Porque como estou lhe dizendo a cobrança vai muito no sentido do cumprimento de um contrato (Conselheira de Saúde).

No que tange ao acompanhamento e fiscalização, a representante do CES/BA questiona o cumprimento do papel do Conselho Estadual de Saúde, atribuindo a ausência de qualificação de alguns conselheiros:

O conselho não tem cumprido o seu papel de discutir e aprovar ou não aprovar. Isso não tem sido trazido para o conselho. O Conselho tem que cobrar isso e não aceitar, não se fragilizar diante dessa imposição. Espero que mude porque falta uma atuação mais efetiva. Não estou dizendo que não atua porque estou nele e eu sei que tem uma atuação. (...) o Conselho Estadual de Saúde tem refletido hoje muito a forma como a gestão tem conduzido, não tem muita importância de discutir que vai implantar a PPP. Então, eu não tenho propriedade nenhuma de ir lá para acompanhar. A gente tem

muitos conselheiros com condições de fazer esse tipo de trabalho, mas outros que falta formação (Conselheira CES).

Em relação ao acompanhamento do modelo de gestão já instalado, o ator não governamental Conselho Estadual de Saúde explicita também o seu papel no que se refere ao acompanhamento do Hospital do Subúrbio. Além de manifestar a não participação do CES na decisão acerca dos modelos de gestão hospitalar no Estado e a preocupação e desconhecimento acerca da qualidade da fiscalização da SESAB:

(...) Nós temos acesso a praticamente só ao relatório do que prestou e do que não prestou, só. Eu não participo da decisão e nem tenho acesso a uma análise. Essa análise é uma cobrança que o Conselho deve fazer, eu não posso lhe afirmar categoricamente agora que em algum momento não foi feito e que o gestor da SESAB não acatou. Mas eu diria assim, será que a SESAB está cumprindo o papel de fiscalizar efetivamente a prestação desse serviço em tempo hábil da população não ser prejudicada? Não conheço dentro da SESAB uma estrutura que esteja acompanhando *in loco* (Conselheira CES).

A questão da qualidade da fiscalização do contrato associada a ideia de ausência de expertise e desconhecimento do modelo PPP é compartilhada por atores governamentais, conforme trechos das entrevistas de gestoras da SESAB.

Internamente alguns colegas não conheciam o modelo, até hoje muita gente não conhece. Estou sendo muito honesta e franca. Os órgãos de controle, os profissionais que trabalham na própria Secretaria de Saúde desconhecem o modelo, não sabem como ele funciona, qual é a lei que estabelece, quais as obrigações, o que eles devem prestar contas e o que não devem. Apesar de estar disponível na internet, público, para quem quiser ler e conhecer, é de fato algo ainda desconhecido da maioria da população (Assessora Diretoria Geral SESAB).

Não existia expertise sobre essa modalidade, nós tivemos que aprender fazendo. Já era prevista uma comissão com esse tipo de acompanhamento no contrato, ou seja, o Estado tem que estar bastante capacitado para fazer o controle, a fiscalização e o acompanhamento desses contratos (Superintendente SESAB).

Adicionado a falta de experiência com o modelo, os atores governamentais responsáveis pela modelagem da PPP do Subúrbio e pela construção de sua viabilidade técnica, apontaram também possíveis desvantagens. Realçaram questões como o endividamento público com a parceira do consórcio, custos operacionais, dificuldade de o poder público negociar com parceiros privados e a rigidez da fiscalização. Esses elementos também são vistos como razões possíveis da não escolha desse modelo por Estados e Municípios.

(...) as desvantagens, é a questão do endividamento em relação à lei de responsabilidade fiscal, por isso que tem aquele 5% da receita corrente líquida. Uma

certa rigidez no contrato, diferente das O.S.s que você senta, tira e bota aquilo e depois acorda. A PPP tem o nível de fiscalização muito mais rígido. Todos os processos de renegociação por conta das mudanças que ocorrem no próprio SUS terminam requerendo uma agilidade maior (...) O Brasil não foi feito para fazer negócio, poder público fazer negócio com iniciativa privada, nós não sabemos fazer a gestão do contrato, então, a gente termina flexibilizando para o privado, por outro lado, as punições para os privados são as coisas mais loucas do mundo (Diretora SESAB).

O parceiro privado, por sua vez também elenca desvantagens no que tange ao contrato que foi firmado junto ao Estado.

(...) a maior desvantagem que nós tivemos foi do ponto de vista econômico-financeiro, de não ter o retorno do empreendimento da forma como se pensou originalmente. Em função de divergências contratuais com o Estado. Deveria ter tido um nível de remuneração compatível com o esforço que foi de tocar esse empreendimento. Isso não aconteceu (Diretor Promédica).

Destaca-se também uma contradição entre a expectativa de aprendizagem institucional com o modelo PPP e a não apropriação da gestão pública, em termos de conhecimento e disseminação das melhorias que o modelo poderia trazer para a gestão pública hospitalar como um todo, particularmente no que se refere ao acompanhamento do contrato, desempenho e avaliação das entregas.

(...) a gente se dedicou muito na estruturação do projeto, mas hoje deveria se dedicar à avaliação das entregas do projeto. Porque muito se diz que as PPP são caras, mas o caro é relativo. Se ela te entrega muito mais do que um barato, talvez ela não seja tão cara assim. Só que o Estado da Bahia não se apropriou dos ganhos desse novo modelo para tentar internalizar na gestão pública (Assessora SESAB).

(...) Por exemplo, os contratos de PPP da saúde todos tem verificador independente feitos pela Accenture, empresa internacional. Assim, muito pouco se apropria da capacidade de gestão e de acompanhamento que a própria Accenture tem quando ela faz a fiscalização (...) já temos oito anos de verificação do Hospital do Subúrbio e muito pouco foi apropriado em termo de conhecimento e em termo de gestão e fiscalização, da perspectiva da operação (Assessora SESAB).

O representante do parceiro privado corrobora com o entendimento de que o Estado não se apropriou da experiência que a PPP do Hospital do Subúrbio construiu ao longo dos oito anos de contrato e critica a ausência de comparação de custo entre modelos existentes na gestão hospitalar.

(...) no frigor dos ovos é tudo muito positivo, porque a gente se aproxima da gestão pública, entende algumas dificuldades, não entende outras e eu acho que o grande ativo para a SESAB, para o poder concedente, o poder público, o grande ativo ele ainda não foi totalmente aproveitado, que é a experiência de gestão do Hospital do Subúrbio dentro da rede SESAB. Esse é o grande ativo que eles não conseguiram ainda se apropriar (Diretor Promédica).

(...) outro grande processo que eu acho que o poder concedente, não sei se ele não se debruçou sobre isso ou se ele simplesmente não teve a ideia de fazê-lo, que é comparar custo, de um modelo com outro, custo eficiência-efetividade em relação aos outros modelos que se tem (Diretor Promédica).

(...) Eu lhe dou indicadores que você nota o grande abismo que existe entre um modelo e outro. No Hospital do Subúrbio eu tenho hoje menos de seis postos de trabalho por leito. Isso considerando o pessoal da assistência, médico, terceirizado, considerado tudo. Tem hospital público que tem 10, 15 servidores por leito. Eu não estou falando só de Hospital Estadual não, Estado, Município e União e no modelo universitário também. Quando você vai olhar os hospitais geridos pela Ebserh, que na verdade é uma terceirizadora de mão de obra, não faz gestão coisa nenhuma, só contrata no modelo CLT e coloca nos hospitais. Isso é um desastre do ponto de vista de eficiência, do resultado final da prestação de serviço (Diretor Promédica).

(...) no frígir dos ovos como eu lhe disse, no conjunto da ópera, o conjunto da obra é positivo. A gente se aproximou, consegue entender, consegue hoje ter um olhar de experiência em cima do modelo de gestão pública como um todo e consegue mostrar o resultado da operação, nada melhor do que o índice de satisfação do usuário, nós somos avaliados com mais de 94% de satisfação do usuário. Então, eu acho que esse resultado ele diz tudo (Diretor Promédica).

A acreditação e suas características avaliativas é apresentada como mais uma vantagem do modelo implementado.

(...) Hoje o Hospital do Subúrbio já é ONA 3. Além da acreditação tem um rol de indicadores de desempenho que chega a ser exaustivo, tem uma série de metas, de exigências, de relatórios, obrigações de capacitação do corpo clínico. Tem que fazer cursos. Tudo isso é medido e avaliado. Então, tem um nível de exigência não só da perspectiva quantitativa como também qualitativa. Tem um rigor de gestão a semelhança da gestão privada (Assessora GASEC).

Outra marca de inovação destacada nas entrevistas com atores-chaves foi a mudança na legislação que estruturou o Fundo Garantidor<sup>12</sup> das PPPs. Para Kingdon (1995) a mudança legislativa é um dos elementos que compõe o fluxo político. Esse fluxo auxilia a compreender como se conseguiu a receptividade de uma comunidade política a uma nova ideia.

Nota-se que essa criação legislativa, do Fundo garantidor, é um dos grandes atrativos para o parceiro privado, tendo em vista a garantia do recebimento das contraprestações em dia.

---

<sup>12</sup> A criação do Fundo Garantidor Baiano de Parcerias (FGBP) foi autorizada pela Lei Estadual 12.610, de 27/12/2012, que definiu que o Fundo teria como competência precípua a prestação de garantias de pagamento de obrigações pecuniárias assumidas pela Administração Direta ou Indireta do Estado da Bahia, em virtude das parcerias público privadas celebradas nos termos da Lei Estadual nº 9.290, de 27/12/2004, desde que previstas em projeto previamente aprovado pelo Conselho Gestor do Programa de PPPs (BAHIA, 2013).

As entrevistadas que relataram as vantagens e avanços dessa lei, seu efeito de exemplo para outros Estados e também as consequências para a gestão foram retratadas pelos entrevistados.

(...) a gente criou para o Hospital do Subúrbio e está aplicado em todos os projetos de PPP, replicados em outros Estados. É um caso de sucesso o fluxo de pagamento do FPE. É uma vinculação de receita do Fundo de Participação dos Estados em uma conta do Banco do Brasil, aí, o Banco do Brasil tem uma autorização direta de pagar aos privados, a partir dos avisos de pagamento que o Estado dá. Esse recurso nem cai na conta do Tesouro. Eventuais sobras nessa conta depois que paga todo mundo, voltam para o Tesouro. Não precisa deixar nenhum dinheiro parado, sobretudo, nessa situação fiscal deixar dinheiro parado é algo inimaginável (Assessora Gasec).

Destacaram que o Fundo Garantidor é bastante vantajoso para o parceiro privado que tem garantido o pagamento sem atrasos:

(...) Isso tem dado segurança às nossas PPPs. Além da PPP do Hospital do Subúrbio temos mais 5 PPPs vigentes com esse mecanismo de pagamento atrelado. A gente já fez o mecanismo todo automático, de pré-liberação desses recursos para as Concessionárias. Então, quem corre contra o tempo pra informar o valor certo na data certa somos nós (Assessora Gasec).

Para o representante do IFC é exatamente nessa condição que as PPPs se tornam interessantes para o parceiro privado:

(...) Se você tiver uma situação como essa, em que tem uma estrutura de pagamento que não depende da capacidade de crédito do ente público como um todo, que em regra está afetada pela crise, dá para você fazer a PPP (Chefe IFC Advisory Brazil).

Após esse detalhamento acerca do desenho contratual da PPP, apresentam-se os desdobramentos, a partir de sua inauguração, que ocorreu em 13 de setembro de 2010 e cuja solenidade participaram o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, o Secretário da Saúde do Estado, a Secretária da Casa Civil, Eva Chiavon, o Secretário de Segurança Pública, César Nunes e o Chefe de gabinete do governador, Fernando Schmidt, além de líderes comunitários da região (BAHIA, 2010). Nas palavras do Secretário de Saúde à época:

(...) se a gente fosse concluir todas as condições pra fazer a primeira PPP, o Hospital do Subúrbio não sairia no prazo que saiu. Para garantirmos o cronograma, foi necessário que a gente já tocasse a obra no formato de contratação direta. Enquanto foi construindo, montamos as condições de PPP no Estado: todos os processos de garantia, aprovado o mecanismo que deveria ser utilizado. Então foi uma experiência muito positiva, mas que deu um certo trabalho. Mas foi muito positivo (Secretário de Saúde).

## Quadro 06: A Parceria Público - Privada do Hospital do Subúrbio em funcionamento

<b>Setembro/2010</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inauguração do Hospital do Subúrbio</b></li> </ul>
<b>Março/ 2011</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Após seis meses de funcionamento, o hospital passou a utilizar 100% da sua capacidade instalada (leitos e equipamentos).</li> </ul>
<b>Março/2012</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amplia de 268 para 313 o número de leitos de internação hospitalar, e de 30 para 60 a quantidade de leitos de internação domiciliar, totalizando 373 leitos.</li> </ul>
<b>Junho/2012</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Classificado pela consultoria KPMG International um dos 100 melhores projetos de infraestrutura pública do mundo, estando entre os 10 projetos considerados líderes na área da saúde</li> </ul>
<b>Agosto/2012</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) de Acreditação Hospitalar em nível 1</li> </ul>
<b>Janeiro / 2013</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Dalkia Brasil torna-se Vivante;</li> <li>• Avaliado como “Melhor Projeto de Saúde da América Latina” no Public-Private Partnerships Awards 2013, promovido pela revista britânica World Finance;</li> <li>• O HS recebe, em Washington (EUA) o prêmio “Parcerias Emergentes”, concedido pelo IFC/Banco Mundial junto com o Infrastructure Journal, que o classificaram entre os 10 melhores projetos de PPP da América Latina e do Caribe</li> </ul>
<b>Agosto/ 2014</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conquista a Acreditação Hospitalar de nível 2 pela ONA</li> </ul>
<b>2015</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segundo lugar no Prêmio do Serviço Público das Nações Unidas na categoria “Melhoria na Entrega de Serviços Públicos” da América Latina e Caribe;</li> <li>• Prêmio Luiz Plínio Moraes de Toledo – Práticas Inovadoras 2015, durante o VII Fórum Internacional de Qualidade em Saúde IQG, em São Paulo</li> <li>• Concessionária Prodal Saúde S/A requer reequilíbrio econômico-financeiro do Contrato face aos excedentes de demanda</li> <li>• Criação a Coordenação de Gestão das PPPs em Saúde, no âmbito da SESAB.</li> </ul>
<b>2016</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promédica patrimonial assume o controle integral da Prodal Saúde (gestora e operadora do HS).</li> <li>• Certificado pela ONA como Acreditado com Excelência, Nível 3</li> </ul>
<b>2016</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolução da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia aprova a habilitação do HS como Tipo III em Urgência, em Salvador</li> </ul>
<b>2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IQG<sup>13</sup> mantém o HS como Acreditado com Excelência;</li> <li>• Reajuste do valor do Contrato PPP n.º 030/2010 com adicional de R\$ 1.025.713,72 ao mês, totalizando R\$ 12.308.564,64 ao ano;</li> <li>• Pesquisa de satisfação realizada pelo verificador independente, a empresa Accenture do Brasil Ltda que apontou 95,3% de satisfação dos usuários com o atendimento recebido no HS</li> </ul>
<b>2018</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicação da Portaria SESAB n.º 774, de 15/07/2018 institui o Comitê Gestor das PPPs no âmbito da SESAB;</li> <li>• Resolução do Conselho Gestor do Programa de PPPs resolve aprovar o 5º Termo Aditivo ao Contrato de Concessão Administrativa do Hospital do Subúrbio;</li> <li>• Publicação da Apostila que reajusta o valor do Contrato de PPP assinado com a Prodal Saúde S.A.</li> </ul>

**Fonte:** Hospital do Subúrbio, 2018; RADAR PPP, 2010. Adaptação da autora.

<sup>13</sup> IQG - Health Services Accreditation é uma empresa responsável pela certificação das instituições de acreditação de saúde em todo o mundo.

## 8.4 DESAFIOS ATUAIS DA GESTÃO DA PPP DO HOSPITAL DO SUBÚRBIO

Assinado o contrato e iniciada a operação do Hospital do Subúrbio, novos desafios se apresentaram à parceria, alguns evidenciados já na modelagem, outros constantes em cláusulas contratuais e outros ainda imprevisíveis como o universo da gestão do cuidado em saúde.

Alguns entrevistados destacaram esses desafios de implementação do modelo, relacionando-os ao perfil epidemiológico, carência de articulação da rede de atenção à saúde, volume de demanda, peculiaridades da gestão do trabalho para uma unidade periférica, entre outros.

(...) onde o Hospital do Subúrbio está situado, pra quem conhece o que é gestão hospitalar nesse país, sabe que não é fácil. Ter uma equipe médica, com a resposta que ela dá, precisa de uma gestão com características mais particulares que permita uma flexibilidade (...) você não vai encontrar nenhum hospital privado aqui com equipe de emergência 24 horas por dia, 7 dias na semana. O custo de uma unidade hospitalar em emergência é muito alto, porque tem que ter uma equipe completa na maior parte do tempo, disponível pra entrar em operação quando for necessário. E uma unidade daquela em um local que não tinha outras alternativas, contingente populacional muito grande e com o nosso perfil epidemiológico, um sistema de saúde que sofre com as epidemias de causas externas recorrentes e de violência. A demanda é absurda (Secretário da Saúde).

Outro possível desafio não destacado pelos atores-chaves é a administração das relações com as empresas envolvidas no acompanhamento, controle e avaliação do HS. Se na modelagem e estudo de viabilidade estiveram presentes atores governamentais de diferentes Secretarias do governo, bancos como IFC, BNDES, Banco do Nordeste, Desenbahia; com o início do funcionamento a Concessionária Prodal Saúde também relaciona-se com o verificador independente - Accenture do Brasil Ltda, IQG Healthy Services Accreditation para obter o certificado da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Além disso, a própria composição do parceiro privado variou nesses oito anos de gestão, pois, o Consórcio que ganhou a licitação, Prodal Saúde, era composto da Promédica Patrimonial e a Dalkia, essa última tendo tornando-se Vivante e recentemente a Prodal é 100% Promédica. Portanto, nota-se uma complexa engenharia de gestão tanto na composição do Consórcio, quando na relação com outros agentes públicos, financeiros e governamentais.

## Algumas Considerações

Foi marcante no discurso dos entrevistados a vantagem de a PPP ter sido instituída como um contrato único, estabelecido entre o Estado e um parceiro privado. Esse contrato é exaltado como o responsável pela melhoria do tempo de gestão; qualidade da atenção; transparência; inovação; agilidade na prestação de contas e também maior controle para o gestor. Pois, o contrato envolve gestão da assistência, instalações, jardinagem, limpeza, contratação de pessoal, alimentação, celeridade na prestação de serviços e etc.

A discussão dos papéis dos parceiros, no entanto, não foi consenso entre os entrevistados. Enquanto atores governamentais da SESAB, SEFAZ, PGE e não governamentais como os representantes do IFC/Banco Mundial e do Parceiro Privado Promédica apontavam como vantagem a transferência da responsabilidade da atenção aos usuários do SUS ao parceiro privado, representantes do Conselho e uma representante da SESAB discordam. Nesse ponto é clara a divergência de interesses já manifesta ao longo do processo decisório, pois, tanto a Superintendente quanto a conselheira defendiam o modelo de gestão direta.

Para o primeiro grupo de atores a vantagem do modelo era exatamente que o Estado pudesse transferir a responsabilidade da gestão do hospital e da assistência e ficasse apenas com a regulação. Já a representante do Conselho de Saúde do Estado diverge da redução de atribuições do gestor estadual da saúde, por entender que o papel desse seria ocupar-se com tudo que tange ao SUS e não delegar a um parceiro partes de sua responsabilidade. Além disso, questionou a qualidade da fiscalização realizada pela SESAB e criticou a ausência da participação do CES no processo de decisão acerca dos modelos de gestão na saúde.

Em relação à gestão dos trabalhadores, junta-se ao CES o Procurador PGE que manifestou preocupação no acompanhamento do custo-efetividade para que esse não advenha a partir de precarização do trabalho e, por conseguinte, problemas no desempenho clínico.

A in experiência prévia com o modelo PPP na saúde foi destacada como um limitador e desvantagem da SESAB, somada ao que a Diretora SESAB caracterizou como uma inabilidade do “poder público fazer negócio com iniciativa privada”. Essa



crítica ao poder público, traz a preocupação relativa à capacidade que o governo e, particularmente a Secretaria de Saúde teriam no que tange a defesa de seus princípios e necessidades de gestão e assistência aos usuários do SUS. Ou seja, se a gestão pública, teria sido capaz de realizar um ‘bom negócio’ tanto do ponto de vista dos custos quanto da garantia do cuidado à saúde.

Outro desafio atual e interesse manifesto dos defensores do modelo, à época das negociações das alternativas, é o fato de o Estado da Bahia não ter se dedicado a apropriação efetiva dos ganhos que o novo modelo apresentou e multiplicá-lo para outras unidades de gestão direta e indireta da própria Secretaria.

Já o parceiro privado observou como desvantagens no contrato firmado com o Estado uma certa frustração de seus interesses na medida em que, segundo ele, não teve o retorno de remuneração compatível com o esforço que afirma ter imprimido para administrar esse empreendimento.

Portanto, entre as diferentes expectativas de gestores governamentais e não governamentais em relação a PPP, a baixa apropriação do Estado acerca da aplicação dos seus ganhos de qualidade de gestão produziu, nas entrevistas, lamentos da ausência de institucionalização dessa aprendizagem institucional prevista para o modelo, que era defendido como um paradigma de mudança e inovação na gestão da saúde para a rede SESAB.

Vale destacar que os mecanismos gerenciais utilizados pela PPP, seus indicadores de qualidade e sua boa avaliação dos usuários não são transferíveis para outra unidade hospitalar sem que outras condições basilares, tais como, que a regularidade no pagamento das contraprestações tenha a regularidade garantida como ocorre na PPP. Pois é a partir dessa regularidade, associada a outros fatores, que o planejamento da gestão e do cuidado se fazem possíveis, bem como a capacidade de compra, manutenção, gestão do parque tecnológico e gestão do trabalho que favorece ou mesmo viabiliza o cumprimento de suas metas, a partir de um pleno funcionamento.

Por fim, com a análise de entrevistas, documentos e apoio da revisão de literatura e quadro teórico da tese foi possível observar que alguns atores foram amplamente contemplados nos seus argumentos de defesa e interesses, a exemplo do Secretário Executivo das PPPs, Chefe do IFC, Procurador da PGE; Secretário de Saúde e do Diretor da Promédica, pois, o processo de implantação da PPP, partindo da licitação até a

assinatura do contrato incluiu: transparência na licitação; seleção de empresa privada acreditada e com experiência na gestão hospitalar; configuração de um contrato único que contemplou: contratação de profissionais de saúde (bata branca); melhoria do tempo de gestão; ganhos de escala; qualidade da atenção; agilidade na prestação de contas e, em tese, também facilitaria o acompanhamento e a fiscalização do próprio contrato, portanto, melhor controle para o gestor.

No entanto, é importante pontuar que apesar de fundamentais para o desempenho de uma unidade hospitalar, o cumprimento dos compromissos assumidos no contrato, por cada ente envolvido na parceria, é uma das principais condições para garantir a efetivação dos indicadores e metas contratuais bem como da qualidade dessas.

Em relação às preocupações e interesses apresentados pela representante do CES e da Superintendência SESAB, pode-se afirmar que boa parte deles não foi atendido, a exemplo dos interesses expressos pela Conselheira em uma maior participação do controle social em todo o processo de decisão, implementação e acompanhamento dos instrumentos, incluindo os contratuais; participação da gestão estadual na qualificação e garantia dos direitos dos trabalhadores da saúde que atuam nas PPPs e; participação do CES no acompanhamento da PPP, junto à SESAB. A questão do lucro da parceria, com recursos provenientes do SUS, duramente criticado por essas entrevistadas, foi estabelecido em contrato através da Taxa de retorno interno do parceiro privado.

Conclui-se, portanto, que os elementos contratuais refletiram a força de alguns atores que se destacaram no processo de decisão, traduzindo seus interesses e intenções.

## **9 A GESTÃO DO TRABALHO NO MODELO PPP**

Apesar da relevância dessa temática para a saúde, ressalta-se que a gestão do trabalho na PPP não é o foco dessa tese. Mas, foi elabora um pequeno capítulo como esse debate que permeou as falas dos entrevistados e apresentou dissensos entre esses ao tratarem do perfil e da qualificação dos trabalhadores, bem como do que se refere à “flexibilidade” da gestão do trabalho, frente aos entraves da ampliação da contratação de pessoal, impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Defensores da PPP veem nesse modelo a possibilidade de resolver: problemas com órgãos de controle, relativos aos ‘arranjos’ que foram sendo criados para contratação

de pessoal na gestão pública, a exemplo da “pejotização dos contratos” para médicos; sanar ausência especialidades que não se interessam por concurso público e; melhor remuneração para atrair profissionais para região periférica, conforme relatos de atores governamentais e não governamentais.

(...) a gente descartou o modelo da gestão direta por uma questão puramente objetiva. Tem que fazer concurso público, o trabalho de fazer concurso, os limites, o impacto disso na receita do Estado é um complicador. Você tem os contratos de pessoas jurídicas (PJ), pois, tem categorias que não se submetem a um regime próprio de contratação de servidor do Estado porque tem limitação de teto de valor e etc. Aí você vai criando distorções ao modelo pra tentar se encaixar. Então, foram entrando todas essas questões e o Secretário resolveu, de fato, inovar e propor alguma coisa que solucionasse uma série de problemas de uma vez só (Assessora GASEC).

(...) aí você diz: "ah não, mas os funcionários públicos são enfermeiros e médicos, o corpo assistencial é pelo menos concursado". Não é verdade, tem várias especialidades médicas que hoje não se consegue mais contratar por concurso, ninguém se candidata. O mercado paga melhor do que o poder público e o cara não quer receber o valor muito abaixo do de mercado. Vai ter que contratar todos os seus anestesistas, cardiologistas, cirurgiões cardiológicos, cirurgiões neurológicos, eventualmente neurologista, todos eles por meio de alguma forma que o órgão de controle vai dizer que é ilícito. É a única forma que consegue contratar esses caras por cooperativa ou por pessoa jurídica (Chefe IFC Advisory Brazil).

O Hospital do Subúrbio, a gente já tinha o recurso pra construir o prédio, mas precisaria ter uma equipe bastante qualificada, especialmente no que diz respeito ao quadro médico. Difícil você deslocar médico do centro da cidade para ir trabalhar na periferia da cidade do Salvador. Tem que ter um nível de flexibilidade salarial diferente da gestão direta, fazer outro mecanismo de contratação. Nós botamos uma PPP com todo o quadro de saúde, de apoio e com equipamento (Secretário da Saúde).

O entendimento de que a gestão direta não seria um modelo adequado para a gestão hospitalar é colocada pelos atores não governamentais privados Diretor Promédica e Chefe do IFC/Banco Mundial com argumento de que a dinâmica de contratação de servidores públicas é incompatível com gestão de pessoas em hospitais por causa do *turnover* e da dificuldade de “dispensar” o servidor público.

(...) Ninguém pensa mais em fazer hospital público com gestão de pessoal próprio por todos os aspectos que envolvem a dinâmica de um serviço como esse. É incompatível com a dinâmica de contratação e dispensa de servidor público. Contratar servidor público é difícil, dispensar é praticamente impossível. (...) é natural você ter *turnover*, porque, às vezes, a pessoa faz um curso de enfermagem, vai pra assistência não se adapta, tem que sair. Então, como diz as coisas a fila anda né? Isso é muito dinâmico dentro de um serviço como um hospital (Diretor Promédica).

(...) Um exército de agentes públicos voltados para atividades-meio podia ser simplesmente eliminado, se você transferisse a operação de todas atividades meios. Também pode atividades fins para o parceiro privado (Chefe IFC Advisory Brazil).

Chama a atenção e causa preocupação a afirmativa do representante do IFC/Banco Mundial ao conceber a “eliminação” de “um exército de agentes públicos” no âmbito da gestão pública com respectiva transferência das atividades para parceiros privados.

O servidor público é descrito de forma restritamente mercadológica, passível de eliminação, como se fosse um objeto descartável e não um trabalhador qualificado para o cuidado de pessoas e famílias, em situação de diversas vulnerabilidades podendo incluir física, social e até financeira. Esse entendimento desumanizado do trabalhador de saúde também causa estranhamento na medida em que o Banco Mundial se intitula como instituição de fomento e desenvolvimento humano.

Posicionamento divergente é apresentado pela entrevistada do CES da Bahia, contrária a gestão do trabalho no SUS ser realizada pela PPP. Ela aponta para a responsabilidade do Estado na gestão de trabalhadores, inclusive as de unidades em gestão indireta, como a PPP, argumentando que nessas também são atendidos os usuários do SUS. Segundo ela: “... *É assim: “gestor de PPP que resolva seu problema lá”. É como se a gestão do SUS não tivesse nada a ver, e tem muito. Inclusive com esses trabalhadores que estão lá submetidos ao que sejam submetidos, não é? A gestão do SUS tem responsabilidade sobre isso, com certeza”*”.

Em consonância com os argumentos da Conselheira de Saúde, na Espanha, o Partido Socialista Operário Espanhol (PSOE) fez críticas ao "modelo Alzira" de contratação de trabalhadores para atuarem em PPP, afirmando ser contra ao que denominou de qualquer movimento para a privatização dos cuidados de saúde. Os sindicatos também manifestaram preocupação com a busca da concessionária pelo lucro entendendo como potencialmente prejudicial tanto para a saúde quanto para os empregos (ACERETE *et al*, 2011).

Além disso, a Conselheira defende plano de carreira e capacitação para os trabalhadores da saúde, reivindicando que a gestão de recursos humanos seja feita pelo próprio Estado para que se tenha um SUS de qualidade.

A saúde é direito do cidadão e dever do Estado, ele tem que olhar para quem está prestando esse serviço. Tem que ser um RH com competências e habilidades. Precisa desenvolver com capacitação, ter um programa de educação permanente. Os processos de trabalho, a formação de redes, as discussões que permeiam os usuários do SUS, que somos todos nós, para que tenhamos o melhor do SUS e não o pior do SUS ou medianamente (Conselheira CES).

(...) Não tem saúde pela metade, saúde tem que ser integral. Não é esse o princípio? A saúde tem que ser integral e universal. Então, a integralização da saúde perpassa por ter recursos humanos que o Estado esteja gerindo sobre todos os aspectos, inclusive da continuidade da formação para que esses profissionais possam levar o melhor (...). O plano de carreira deve ser uma das metas de qualquer Estado que se preze para o SUS, porque faz com que este trabalhador seja estimulado a se capacitar. Assim, ele dá muito melhor um retorno para os pacientes e tem uma segurança do seu futuro, coisa que com a PPP isso não ocorre (Conselheira CES).

Com o argumento da satisfação do trabalhador, uma das representantes da SESAB diverge da conselheira afirmando que: *“Muito pelo contrário, eu acredito que os profissionais que hoje trabalham no hospital e em outras modalidades de contratação para o Estado, são muito mais satisfeitos em estarem trabalhando no projeto do PPP (Assessora Diretoria Geral GASEC).*

A ‘flexibilidade’ na gestão do trabalho também apareceu nas entrevistas como mais uma vantagem do modelo PPP que poderia ser aplicada a outros modelos de gestão indireta, apontada pela Diretora SESAB como sendo uma *“facilitação na gestão de Recursos Humanos, de poder substituir alguém que não está atendendo ao perfil, cobrar metas que a SESAB tinha até vontade de implementar nos contratos de O.S.”*

A análise realizada por Acerete *et al*, (2011) de um estudo comparativo realizado entre o Hospital de Alzira, sob gestão de PPP, e outro hospital de tamanho semelhante na cidade de Elda, ambos na região de Valência - Espanha, demonstrou que em relação ao corpo clínico, o hospital de Alzira estaria operando taxas de admissão de funcionários substancialmente menores. Esses autores criticam a reduzida equipe médica da PPP, mostrando que o Hospital de Elda atende uma população de 230 mil pessoas, com 352 leitos, tendo 1,41 médicos por leito, enquanto o hospital de Alzira responsável por 250 mil pessoas, com 300 leitos tivesse apenas 1,05 médicos por leito.

Já o Secretário de Saúde, por sua vez, entende que a gestão de recursos humanos mais flexível auxilia a gestão a atingir seus resultados.

(...) é bem mais fácil ser diretor de um hospital sob gestão indireta do que gestão direta. Na gestão direta você precisa de um esforço maior pra garantir a capacidade de resposta da unidade, em função dos procedimentos que a legislação exige, em função da gestão de recursos humanos que é muito mais difícil de ser feita. Na gestão indireta se um médico não corresponder, ficar faltando plantão, você busca no mercado qualquer profissional, tira um e bota o outro. Ou ele é contratado CLT ou contratado pessoa jurídica. É mais fácil substituir (Secretário de Saúde).

No que tange a contratação de trabalhadores através de pessoa jurídica destacada pelo Secretário de Saúde, cabe destacar que essa “modalidade de contratação” ainda é questionada juridicamente. Ressalta-se também na ideia de “tira um e bota outro” que caberia ao gestor detalhar como se daria essa substituição para que prevalecessem critérios de transparência e processos de avaliação conhecidos pelo trabalhador. Com isso poder-se-ia evitar ou minorar demissões sem razões objetivas que poderiam não ser consideradas justas perante ao fundamentos de gestão do trabalho vigentes.

O Secretário de Saúde também analisou a gestão do trabalho como um elemento diferenciador de custos entre unidades sob gestão direta e indireta: *“fizemos alguns estudos do custo nas unidades sob gestão direta e sob gestão de O.S. e, em geral, as unidades sob gestão direta estavam mais caras. As diferenças de preços na aquisição de insumos não foram o grande diferencial, o grande diferencial é o investimento em recursos humanos”*.

O raciocínio preponderante nessa afirmativa é o da racionalização dos custos na saúde, a partir da flexibilização do trabalho. Nesse ponto cabe lembrar que a “solução” através do corte no número de trabalhadores ou não realização de concurso público não esgota o debate. Afinal, o papel do trabalhador no SUS, seu perfil e qualificação para o cuidado integral também poderiam ser avaliados como redutores de custos, na medida em que a construção de vínculos com usuários, desenvolvimento de projetos terapêuticos em equipe multiprofissional, com algum grau de estabilidade no emprego também pode impactar na situação de saúde de forma não restrita ao cuidado, pois, atua-se também na prevenção e promoção da saúde. Essa estratégia tem potencial para redução de custo e não foi retratado por nenhum dos entrevistados.

O contraponto desse argumento, da estabilidade profissional associada ao compromisso com usuário, foi pontuado pelo Secretário de Saúde ao descrever a temporalidade do contrato da PPP do Subúrbio: *“Por ser um contrato de longo prazo facilita consolidar uma equipe experiente, qualificada. Os profissionais não foram pensando em trabalhar 1 ou 2 anos, foram pensando em trabalhar uns 15, 20 anos. O cara pode apostar naquilo ali como coisa duradoura, expectativa profissional dele.*

Outras vantagens do modelo PPP, apontadas em associação com a gestão do trabalho, foram as diferentes formas de contratação e flexibilização da política salarial:

(...) No Hospital do Subúrbio a PPP tem flexibilidade pra montar o seu quadro de recursos humanos. Tem neurocirurgião, anestesistas e não se consegue viabilizar isso com salário do Governo do Estado, ainda mais um diretor de hospital. Um dos problemas da gestão pública é a remuneração de mercado ser maior do que a sua possibilidade. A PPP não tem obrigação de pagar igual a todos os profissionais, pode fazer uma política de remuneração valorizando o que está mais difícil de conseguir atrair. Essa flexibilização da política salarial facilitou montarem um quadro muito bom de profissionais, com compromisso forte com o projeto (Secretário da Saúde).

A complexidade da gestão de pessoas e o custo ainda foi realçado pelo parceiro privado como um desafio, principalmente para grandes unidades hospitalares com variedade de contratações.

(...) em um hospital privado a gente tem um custo de mão de obra que beira os 60%. No hospital público que não tem o convênio médico pagando a conta, esse percentual ultrapassa 70%. Quando junta pessoal próprio, terceirizados e médicos ultrapassa 70% de custo. É muito pesado. No Hospital do Subúrbio temos em torno de mil e oitocentas pessoas trabalhando quando junta o pessoal próprio, assistencial, de apoio, médicos e os terceirizados (Diretor Promédica).

Segundo Acerete *et al*, (2011) o hospital de Alzira introduziu um novo contrato de emprego com condições piores do que as do governo, com menos segurança no emprego, menores escalas salariais e maior jornada de trabalho, embora o hospital alegue que a renda média dos médicos é 25% maior do que os médicos espanhóis do Sistema Nacional de Saúde.

Rajae e Khalid (2015), por outro lado, entendem que o modelo Alzira realiza uma boa gestão de recursos humanos e funciona atualmente melhor que o setor público. Segundo esses autores, com baixo custo porque a contribuição pública é 25% menor que a contribuição média em Valência. Ainda ressaltam que o modelo permitiu a eliminação de listas de espera, além de ter maior produtividade, acessibilidade, flexibilidade, rapidez na gestão de pacientes e satisfação.

Portando, são inconclusivos os estudos acerca do comparativo de custo-efetividade dos hospitais gestados por modelo PPP e outro modelo, bem como sua relação com o cuidado em saúde.

#### Algumas considerações

O debate sobre a ‘reestatização’ ou ‘privatização’ da gestão do trabalho em saúde nas unidades hospitalares do Estado da Bahia precisa levar em consideração também que há precarização, no conjunto de terceirizações feitas no interior dos hospitais públicos, com loteamento de pequenas empresas de prestação de serviços que contratam

profissionais de diferentes categorias profissionais, com variedade de salários entre a mesma categoria para o desenvolvimento de atividades similares.

Como pode-se pensar em trabalho em equipe, projeto terapêutico, longitudinalidade do cuidado diante dessa ilimitada “flexibilidade” na gestão do trabalho? Isso é desafio que ultrapassa a escolha de modelos de gestão hospitalar. Repensar a gestão do trabalho, garantindo aos trabalhadores da mesma unidade direitos iguais é obrigação de todos os gestores do SUS, pois, a satisfação no trabalho guarda relação direta com a qualidade do cuidado prestado ao usuário.

Portanto, a gestão do trabalho não deve ser realizada apenas para o cumprimento de metas contratuais, ela deve respeitar a complexidade do trabalho em saúde, remunerando de forma decente e promovendo processos de educação permanente para todos os trabalhadores das equipes.

É preciso também destacar que é ponto pacífico o compromisso orçamentário e previdenciário que os trabalhadores na saúde geram para os governos, seus empregadores. Também estão explícitos os riscos de contratação de pessoal acima do teto permitido pela Lei de Responsabilidade Fiscal. No entanto, deveria também estar pacificado que a LRF precisa ser revisada com sensibilidade aguçada para o campo da saúde. Afinal, tratam-se de serviços essenciais a vida humana, entendida com prioridade máxima pela própria Constituição Federal.

Mas, enquanto a revisão da LRF não vem, gestores de todo o país tem buscado modelos alternativos de contratação, relatados pelos entrevistados com jargões utilizados corriqueiramente nos serviços e na gestão referindo-se aos trabalhadores como “PJ”, “Reda”, “Redinha”, “temporário”, etc., naturalizando as desigualdades e a precarização do trabalho em saúde.

Além disso subcontratação de empresas de gestão de pessoas tem se tornado epidêmico em muitas unidades hospitalares. A contratação de trabalhadores pelo parceiro privado da PPP, portanto, soma-se a essas variadas formas que tem se constituído como inércia na gestão do trabalho.

Sem dúvida não arcar diretamente com os encargos legais da contratação de pessoas, bem como constituir parceria com o argumento de redução de pessoal, associado a manutenção do número de atendimentos e melhorando o custo efetividade hospitalar como parece ter ocorrido no Hospital de Alzira são atrativos para qualquer governo, pois,



apontam para ampliação do acesso, redução dos gastos com folhas de pagamentos e seus encargos, entre outras vantagens. Mas, a garantia da qualidade do cuidado e a gestão do trabalho decente são pontos chaves e não podem deixar de ser observados pelos gestores, trabalhadores, controle social, demais órgãos de controle, usuários e sociedade como um todo.

Portanto, mais estudos comparativos precisam ser realizado, inclusive observando a rede de cuidados no entorno do hospital, a situação de saúde das populações envolvidas e a complexidade do perfil de cada unidade hospitalar em questão para que fique claro em que medida a redução responsável do número de trabalhadores é viável não só economicamente, mas principalmente social e humanamente.

Além disso, a qualificação permanente desses trabalhos, seu engajamento aos princípios do SUS e o respeito aos usuários e famílias são outros requisitos que devem passar não apenas por estudo, mas pelo acompanhamento e controle público, buscando sua garantia.

## **10 O FUTURO DAS PPPS DA SAÚDE NA BAHIA**

A análise do contrato levou muitos dos entrevistados a tratarem do momento atual das PPPs da saúde, bem como fazer uma avaliação do processo de implantação, pontuando prêmios internacionais, a satisfação dos usuários e especulando sobre o futuro das PPPs no Estado da Bahia, no que tange a possibilidade de replicação do modelo.

Eu não sei em que medida o Estado pretende continuar fazendo PPPs na área de saúde, sobretudo porque ele enxerga o óbvio, a conta que ele tem que pagar no final do mês e não os benefícios diretos e indiretos do que está fazendo. O Hospital do Subúrbio tem 5 premiações internacionais, reconhecido nacionalmente e a pergunta: porque não se faz mais? Por que nem a Bahia fez mais Hospitais do Subúrbio e nem outros Estados estão fazendo Hospitais do Subúrbio? Porque isso tem um custo. Aquela coisa que aparece primeiro, o custo (Assessora GASEC).

(...) o Hospital do Subúrbio foi premiado pela ONU como um dos projetos de melhor entrega de qualidade de serviço à população. Tem pesquisas periódicas que demonstram nível de satisfação superior a 94% de pacientes que voltariam e recomendariam o Hospital. (...) os quatro principais são internacionais, um da ONU, um do Banco Mundial. Ter um projeto premiado pelas Nações Unidas que é uma instituição criteriosa, rigorosa nas suas premiações e é um projeto que não foi replicado no país. Para mim é uma questão a ser respondida em algum momento (Assessora Diretoria Geral SESAB).

O ator governamental Secretário de Saúde reiterou a dificuldade de replicabilidade do modelo PPP devido a necessidade de que empresas com “lastro” e “bala na agulha” possam assumir projetos dessa monta:

(...) Ele não permite a sua reprodução em larga escala. É o primeiro fator limitador. Segundo, precisa ter empresas interessadas em fazer esse nível de investimento, porque mesmo que capte recurso público, tem que ter lastro pra fazer essa captação. Ninguém chega e entrega 20, 30, 40, 50 milhões de financiamento sem ter garantias. Não é qualquer um que pode dizer: eu vou entrar pra me candidatar pra disputar uma seleção, uma licitação pra PPP (Secretário da Saúde).

(...) o Couto Maia chegou a ter algumas dificuldades porque o consórcio formado não conseguiu resolver todas as condições de financiamento. Teve alguns problemas, parou a obra, depois terminou trocando a construtora e alavancou. Na PPP de imagem entrou um dos maiores grupos de imagem do país. Isso deu um lastro forte, inclusive associando com uma empresa produtora de equipamentos e diagnósticos. (...) tem alguns fatores que dificultam, não é operação pra amadores. Pra entrar num negócio desse o cara tem que ter bala na agulha (Secretário da Saúde).

Segundo a Assessora da SESAB, a dificuldade para criação de novas PPPs está ligada a um equívoco da lei que contabiliza como dívida toda a contraprestação do mês, desconsiderando que o custo operacional da unidade hospitalar não deveria ser entendido como dívida.

Ela defende que para contratos de PPPs e concessões, a Lei Federal deveria fazer essa separação do que diz respeito aos investimentos que seria um endividamento, do custo de operação para manter a unidade funcionando que, segundo ela, deveria ser separado na hora de contabilizar o endividamento desse 5% da receita corrente líquida. Essa interpretação permitiria a criação de mais PPPs.

É um problema da Lei Federal que contabiliza os contratos de PPPs e Concessão e não separa o que é investimento do que é o pagamento do serviço operacional. Tenho 2 montantes de valor no contrato, um do investimento que deve ser tratado como endividamento e contabilizar nos 5% da receita corrente líquida. Só que se eu construir um hospital e administrar pela gestão direta, por O.S. ou por qualquer outra forma de contratação, tenho que pagar aquela despesa operacional. Não é uma dívida, é um comprometimento orçamentário previsto porque o hospital não vai acabar (Assessora Diretoria Geral SESAB).

Não foram criadas outras PPPs para hospital da Bahia em função das próprias restrições fiscais e do total de gastos com PPP. A política e a estratégia que tem se seguido, até então, é fazer projetos icônicos, cujo aprendizado possa ser disseminado em outras atividades, projetos estruturantes que possam servir de modelo ou serem efetivamente diferenciados. Um exemplo é o próprio Hospital do Subúrbio que se pensava em replicar e aprimorar os contratos de O.S. (Secretário executivo da unidade PPP).

Diante dessas falas, cabe estranhar: porque em um universo político, econômico e ideológico que envolve agências de fomento, bancos nacionais e internacionais, empresas privadas interessadas, consultores jurídicos, ou seja, inúmeros defensores do modelo, ninguém ou nenhuma instituição revisitou essa interpretação da Lei nº. 11.079/2004 para defender mudanças legais que viabilizassem a expansão das PPPs, principalmente nas áreas sociais?

A entrevista com o procurador da PGE, por seu turno, abordou por outro ângulo as questões fiscais, afirmando que influenciam diretamente na propagação de parcerias público-privadas, o que confirma uma tendência de privatizações no setor saúde.

(...) O problema fiscal se recrudescer e a participação privada no serviço público é uma tendência em qualquer cenário. Esses mecanismos de aliança público-privada, o Banco Mundial fala que a PPP é um desses instrumentos. Mas, tem as alianças público-privadas com o setor filantrópico e outras na área de inovação. Essas ferramentas da relação do setor público com o privado exigem um aprofundamento da comunicação entre Instituto do direito público e do direito privado. Rediscutir o que é interesse público e o que é interesse privado. O interesse privado também como parte de um sistema de construção de riquezas sociais dentro da perspectiva do sistema que nós temos, um livre mercado (Procurador PGE).

Essa tendência reservaria ao Estado, segundo o mesmo Procurador, o lugar de regulação e controle, bem como a redução marcante do regime estatutário.

(...) o cenário agora é totalmente adverso. Os hospitais vão passar para as O.S. ou para as PPPs. A discussão é como de fato trazer governança pública para essas organizações? Como garantir que elas estejam dentro de uma governança, de um território que seja de fato social? E não instrumentos ou de empresas ou de políticos partidários. Como aperfeiçoar esses modelos na área das Organizações Sociais? Isso significa melhorar governança, regulamentos públicos, tudo isso que é o aperfeiçoamento desse sistema (Procurador PGE).

(...) Nesse momento a tendência é claramente essa. Autarquizar de jeito nenhum, não vai acontecer. Esse serviço não vai ser prestado pelo setor público estatutário. O regime estatutário vai estar reservado para carreiras de Estado, do planejamento, do controle. Isso para mim está muito claro (Procurador PGE).

Já o entrevistado do IFC lembra da dificuldade relacionada a ampliação de projetos pela ausência de condições de Estados e Municípios implementarem projetos de PPP.

(...) Muito comum a gente ser chamado ou identificar alguma situação viável e ir conhecer o Prefeito ou Governador. Eu vivia viajando atrás de oportunidades de fazer projetos, não só no setor de saúde, mas projetos de PPPs inovadores. Era muito difícil achar situação que nos permitisse ir em frente, era muito comum ter a primeira conversa, a segunda, mas chegava um tempo que aquela Prefeitura ou Estado não tinham as condições para ir em frente (Chefe IFC Advisory Brazil).

Afinal, a criação ou replicação do modelo PPP vai ao encontro das preocupações com um possível endividamento público com a parceira, somados a dificuldade de o poder público negociar com parceiros privados, além dos limites do modelo PPP em relação aos custos de licitação que representam uma barreira significativa tanto para gestores municipais e estaduais como para as empresas entrarem nesse mercado.

No caso específico do Hospital do Subúrbio, cujo contrato de 10 anos está próximo ao vencimento, o interesse do parceiro público na renovação contratual é relatado pelo Secretário Executivo da unidade PPP da seguinte maneira: *“é uma decisão que vai ser tomada pelo Secretário de Saúde da pasta. Eu não sei lhe responder se haverá interesse ou se ele tem outros projetos que considere mais prioritário”*.

Do lado do parceiro privado, o Diretor da Promédica afirma que já expôs intenção de continuidade do contrato existente com o Estado, relativo ao Hospital do Subúrbio: *“Nós já manifestamos ao Estado o interesse na renovação conforme preconiza o contrato. As discussões com o Estado estão em andamento. Eu não vejo, particularmente, para o Estado nenhuma outra alternativa mais vantajosa”*.

A incerteza acerca da renovação do contrato e criação de novas PPPs se estende em outros países e é relatado pela literatura que vem tratando do futuro das PPPs, além de fóruns internacionais que discutem o desenvolvimento sustentável. Exemplo disso foi o debate da Terceira Conferência Internacional sobre financiamento para o desenvolvimento ocorrida em 2015, na Etiópia. Platz et al (2016) destacam que essa conferência abordou a necessidade de criar capacidades relativas ao planejamento, negociação de contratos, gerenciamento, contabilidade e orçamento para passivos contingentes das PPPs. Além disso, enfatizaram a necessidade de melhoramentos no compartilhamento de riscos e inclusão de mecanismos claros de prestação de contas que atendam aos padrões sociais e ambientais.

A ênfase na necessidade de compartilhamento justo de riscos e prestação de contas é uma das preocupações dos governos, bem como de muitas organizações da sociedade civil e sindicatos do setor público com relação aos custos e riscos do setor público associados a muitas PPPs (PLATZ *et al*, 2016). Por isso, os autores confirmam a necessidade de os parceiros privados e públicos serem cuidadosos na concepção e implementação de PPPs para evitar o que chamaram de ‘armadilhas do passado’.

Segundo Platz *et al*, (2016), para que as PPPs se tornem um instrumento efetivo de melhorias na prestação de serviços, eficiência e impacto no desenvolvimento, através da contratação pública, é importante que o setor público seja capaz de:

- identificar e selecionar corretamente projetos onde as PPPs seriam viáveis,
- estruturar contratos para assegurar um preço adequado e transferência de riscos para parceiros privados;
- estabelecer um padrão fiscal e de contabilidade abrangente e transparente para as PPPs,
- estabelecer marcos legais, regulatórios e de monitoramento que garantam preços e qualidade de serviço adequados.

Os autores concluem, por fim, que é necessário que os países disponham da capacidade institucional para criar, gerenciar, avaliar e monitorar as PPPs.

Aqui novas questões se impõem. Não seria contraditório requerer a qualificação e habilidades dos Estados e governos no monitoramento, controle, qualidade e planejamento das PPPs, sendo que esses são grande parte dos atributos criticados como ausentes na gestão pública atual e apresentadas como motivadoras da escolha do modelo de PPP para atuarem na saúde? Por que não se trata como alternativa viável investir na resolução dessas fragilidades e não apenas criar novos modelos para buscar resolvê-las?

#### Algumas Considerações

A revisão de literatura apontou para um conjunto de ajustes e melhoramentos que precisam ser feitos, com base na experiência acumulada acerca das PPPs em vários setores pelo mundo, com destaque para o planejamento dos gestores públicos no momento da decisões acerca do modelo, buscando garantir que prevaleçam os interesses públicos nos indicadores e metas contratuais; gerenciamento; elucidação do custo-efetividade; prestação de conta; compartilhamento de risco e; capacidade institucional do setor público para monitoramento e avaliação do VFM em todas as fases do projeto como elementos centrais a serem debatidos e melhorados no que tange a constituição e ampliação do modelo PPP ao redor do mundo.

Aponta-se a dificuldade da replicabilidade do modelo como crucial para o futuro das PPPs, pois, com as restrições impostas pela Lei de PPPs brasileira os Estados e Municípios enfrentam dificuldades para instituí-la. Exemplo disso é o caso da PPP para

gestão hospitalar do Subúrbio, pois, mesmo tendo sido avaliado internacionalmente como um projeto de qualidade e com satisfação dos usuários maior que 90% não teve, no Estado da Bahia, uma segunda aplicação. Assim como em nenhum outro Estado brasileiro nos mesmos moldes. Mantendo, portanto, a incerteza sobre o futuro desse modelo ‘bata branca’, particularmente no campo da saúde.

Os desdobramentos da eventual renovação ou não do contrato da PPP hospitalar do Subúrbio na Bahia trará ainda mais elementos para o debate, além de tornar-se mais um objeto de estudo para pesquisadoras interessadas na temática dos modelos de gestão hospitalar no SUS, tendo em vista o fato de ser o primeiro projeto do país na área hospitalar.

## **SÍNTESE PROVISÓRIA**

O pressuposto da tese se confirmou: a escolha da PPP foi fundamentada em quatro questões centrais: econômica, política, jurídica e ideológica. Pois, os decisores consideraram a necessidade de recursos financeiros que atendessem à agenda político-governamental de expansão dos serviços hospitalares na Bahia; a viabilidade de contratação de trabalhadores, sem ultrapassar limite prudencial da LRF; adicionado ao posicionamento ideológico dos gestores que demarcaram o setor privado como mais qualificado para a gestão de um novo hospital.

A tese respondeu aos seus três objetivos ao identificar as contribuições e interesses dos atores envolvidos no processo de decisão acerca do modelo PPP para gestão do Hospital do Subúrbio, bem como ao analisar o fluxo de alternativas que detalhou o processo de decisão e incorporação do modelo PPP na gestão hospitalar do SUS na Bahia. Também demonstrou, através da análise de entrevistas com atores-chaves e documentos, os argumentos e interesses dos atores que participaram do Jogo Social onde se debateu e decidiu pelo modelo PPP, mostrando sua tradução no contrato firmado entre os parceiros público e privado.

Ficou claro que havia um consenso dos atores governamentais e não governamentais entrevistados em torno do problema da dificuldade de acesso à assistência hospitalar na rede estadual da saúde. A insuficiente capacidade do Estado em investir em infraestrutura, aliada a necessidade de ampliação da rede hospitalar,

estabeleceu as bases para o debate de um novo modelo de gestão para o hospital que deveria ser construído no Subúrbio Ferroviário de Salvador. Esse modelo deveria responder a outros desafios como a limitação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que inviabilizava a contratação de trabalhadores através da gestão direta e a urgência política de inauguração de um novo hospital, antes das eleições para o governo do Estado.

Destaca-se que a extensa revisão de literatura nacional e internacional, associadas ao quadro teórico escolhido para a tese, foram cruciais para apoiar a análise e discussão dos achados, permitindo compreender que a decisão acerca do modelo PPP ultrapassou as bordas das instituições governamentais, sendo sutilmente ‘co-conduzidas’ política, ideológica e economicamente por interesses de organismos multilaterais, como o IFC/Banco Mundial, que penetraram e ultrapassaram as fronteiras brasileiras, Latinas e mundiais para fomentar PPPs.

Observou-se, por exemplo, que boa parte dos argumentos presentes e repetidos nos discursos dos defensores do modelo de gestão PPP constam em sites, boletins e textos escritos por consultores do Banco Mundial, a saber: melhoria na disponibilidade de serviços públicos, compartilhamento de riscos, entendimento ideológico de maior eficiência do setor privado em relação ao público na gestão em saúde, eficiência orçamentária do Estado, melhoria na governança, entre outros.

Chamou também a atenção na revisão de literatura a grande variabilidade conceitual atribuída a Parceria Público-Privada, cujas definições advieram não apenas da academia, mas também do Banco Mundial, Comissão da Comunidade Europeia, Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OECD) e Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, mais uma vez apontando para a participação e interesse desses organismos no direcionamento do entendimento e utilização do modelo PPP. Afinal, definir um modelo, elencar suas vantagens, dimensionar seu potencial resolutivo e dimensão solucionadora de problemas é imprimir poder ideológico e fomentar interesses nos formuladores de política em âmbito local e mundial.

Portanto, a disputa conceitual é de abrangência global e busca definir e delimitar os problemas no campo da saúde e, a partir de seus diagnósticos propor as soluções que interessam aos agrupamentos institucionais de fomento e financiamento.

Nesse sentido, destaca-se o potencial do modelo ao identificar como foi capaz de adaptar-se a distintos ambientes econômicos, políticos e legais em diferentes países da Europa, Américas, Austrália, Rússia, China, Índia, entre outros. A revisão de literatura retratou o crescimento da influência dos atores privados no processo decisório setorial (internacional e nacional) e na governança global da saúde com aumento do poder político, advindo de cooperações de organismos internacionais e multilaterais .

Resta claro, portanto, a natureza eminentemente política, ideológica e econômica das PPPs (descrita amplamente como termo, instituição e modelo) que viabilizou a introdução de diversos novos atores no campo teórico, jurídico, legislativo, político e econômico no mundo favorecendo, assim, o redimensionamento de recursos na arena internacional e nacional da saúde. Esse movimento vem permitindo a criação de novas oportunidades para que o setor privado siga exercendo importante poder de influência sobre o setor público. Exemplo disso é que o espaço de debate e avaliação das PPPs é ocupado por diferentes grupos de interesse, tais como advogados, consultores, banqueiros, empresas de construção civil, empresas jurídicas especializadas no tema, gestores públicos e privados, entre outros, conforme foi demonstrado no processo decisório da PPP do Hospital do Subúrbio.

Esses grupos de interesse participaram ativamente do processo de decisão na Bahia, alguns de forma visível, particularmente a burocracia da SESAB, Secretaria da Fazenda e Procuradoria Geral do Estado, sendo a SESAB a responsável pela articulação interinstitucional que viabilizou o projeto. Outros atores com grande peso no processo de viabilização do modelo, denominados por Kingdon como atores não governamentais invisíveis – nesse caso, aos olhos do controle social do SUS e dos sujeitos a quem mais interessa o cuidado hospitalar, os usuários – representados por consultores do IFC/Banco Mundial e BNDES que apoiaram a modelagem do projeto, construindo as bases e o norte do que seria a PPP.

Em relação aos “beneficiários” do projeto, os usuários do SUS, nenhuma entrevista relatou envolvimento dessa população ou de suas associações de moradores no debate acerca do modelo de gestão que os atenderia.

Os atores-chaves entrevistados nessa tese foram selecionados porque participaram do processo de decisão ou deveriam ter participado dele pela sua inserção institucional no SUS, como é o caso do CES.



A tese buscou nas narrativas dessas entrevistas, nos documentos analisados e na revisão de literatura identificar os interesses dos atores no processo de escolha do modelo PPP.

No caso dos atores não governamentais, o interesse apontado pelo parceiro privado relacionou-se com ganhos de negociação com fornecedores para compra de medicamentos, conhecimento acumulado no negócio PPP, rentabilidade para os acionistas e retorno financeiro pela sua administração do hospital.

Os atores não governamentais IFC e BNDES constituíram papel de apoio ao processo decisório do modelo. O IFC, interessado em desenvolver PPPs na área de infraestrutura social, foi o responsável pelo gerenciamento do projeto realizando pesquisas de avaliação do *Value for Money*, contratação de consultores, incluindo jurídico e econômico para realizar a modelagem da PPP. O BNDES colaborou na moldagem econômica financeira.

Já os atores governamentais tiveram no início do projeto o papel de aprendizes acerca do modelo, conforme destacado em várias entrevistas, onde o desconhecimento do projeto era comum a setores do governo, inclusive na PGE que também foi assessorada pelo IFC na condução da análise jurídica do modelo. Destaca-se que após a consultoria, a PGE seguiu analisando e apoiando a constituição de novas PPPs no Estado, inclusive qualificando seus quadros para esse fim. O que nos permite inferir que o efeito multiplicador da consultoria do IFC para o Estado da Bahia, bem como dos cursos sobre PPP, que os atores governamentais participaram, influenciaram a construção de um arcabouço em defesa do modelo.

A SESAB, por sua vez, foi o lugar do empreendedorismo da política e espaço onde se desdobraram consensos importantes entre partidos aliados que realizam a gestão da saúde no Estado, PT e PCdoB. O governo do Estado traduziu, através da SESAB, uma de suas bandeiras de campanha que precisava ser bem fincada em um solo fértil de votos, uma nova unidade hospitalar. Havia urgência na construção dessa resposta política, antes das eleições, pois poderia auxiliar na recondução do então governador Jaques Wagner ao seu segundo mandato.

Portanto, foi o Secretário de Saúde o grande empreendedor do projeto, militante da saúde, ex professor de universidade, médico sanitário e afiliado do PT, o Secretário de Saúde. Ele buscava, segundo sua e outras entrevista de representantes da SESAB,

através do modelo PPP conseguir um novo caminho para universalizar o acesso à saúde, através da criação de nichos dentro da rede pública com qualidade da prestação do cuidado. Esperava-se que o modelo PPP servisse de paradigma para a proposição de mudança e modernização do sistema de saúde baiano.

Nota-se que essa aposta na qualidade do modelo PPP carrega os tons, também ideológicos, que na parceria com o setor privado se poderia ter mais eficiência na gestão pública. Principalmente, amparado no argumento da inércia e dos reais limites enfrentados pela gestão pública no que tange a licitações de obras, reformas, compra e manutenção de equipamentos e contratação de pessoal.

A Secretaria de Saúde se constituiu como a incubadora da estruturação dos argumentos, utilizando-se de seus indicadores e contando com a qualificação de uma equipe técnica aliada e empenhada na construção do projeto. A equipe operava junto ao gabinete, com participação do Secretário de Saúde e suas assessorias. A partir de onde se negociou e construiu, com intensa participação do IFC, PGE e SEFAZ, o desenho da PPP do Subúrbio.

Ainda no âmbito governamental outro ator estratégico foi o Secretário da Secretaria Executiva das PPPs do Estado da Bahia, sediada na SEFAZ, que propiciou ao longo do processo decisório encontros entre atores, através de seminários de apresentação e debate do modelo PPP e da articulação e colaboração mútua com o IFC, BNDES, SESAB e PGE, tendo em vista sua experiência prévia com outras PPPs na área de infraestrutura do Estado.

A localização da Secretaria Executiva das PPPs no âmbito da SEFAZ, Secretaria com capital político e econômico no governo, dá a dimensão de sua força de indução e fomento de políticas. Assim, fica claro que a participação desse ator governamental nas negociações era endereçada ao fortalecimento dos argumentos e também de empenho de peso político institucional para a decisão do modelo PPP, em detrimento das outras alternativas aventadas.

As estratégias de viabilização do modelo, utilizadas pelos atores governamentais, para a tomada de decisão, incluíram: a) contratação de consultoria avaliada pela gestão como de ‘renome internacional’, a International Finance Corporation (IFC), braço do Banco Mundial. Essa consultoria atendeu ao interesse de lastrear jurídica, econômica e ideologicamente as negociações com eventuais opositores dentro do governo, bem como

com o mercado privado da saúde; b) blindagem política do projeto, pois, contava com apoio do próprio governador e da casa civil; c) delimitação das discussões atores estratégicos, cujo consenso estava posto desde no início do projeto, a exemplo da SEFAZ, PGE e atores política e tecnicamente estratégicos na SESAB. Essa “discrição” na construção da proposta do modelo PPP, no âmbito da SESAB, também foi uma estratégia entendida como atenuadora de resistências.

Portanto, a força dos interesses dos defensores do modelo PPP - o governo e suas principais Secretarias relacionadas à parceria, Saúde e Fazenda, a Procuradoria do Estado, a casa civil e o próprio governador - suplantou outras alternativas de modelos que se apresentaram no cenário governamental de possibilidades, sendo o modelo das Organizações Sociais (O.S) um dos principais concorrentes à gestão do Hospital do Subúrbio, por ser intensivamente utilizado pelo Estado em quase metade de sua rede hospitalar.

Os principais argumentos que inviabilizaram as O.S.s foram apontados pelos entrevistados como a sua impossibilidade de investimento em equipamentos, necessário ao novo hospital e a dificuldade de atrair O.S.s capazes de fazer a gestão de um novo hospital com a complexidade do HS.

O modelo de gestão direta do hospital foi descartado logo de início, por conta dos limites do teto de gastos com pessoal, argumento difícil de desconstruir até pelos principais defensores desse modelo, a superintendente da SESAB e a Conselheira de saúde.

O último modelo aventado, a Fundação Estatal Hospitalar foi refutada, segundo Procurador do Estado, entre outros entrevistados, por conta das indefinições legais que o modelo ainda possuía no cenário nacional, relativos a gastos com pessoal.

A escolha do modelo PPP foi viabilizada, segundo narrativa dos entrevistados, por algumas razões principais: a) existência prévia do modelo PPPs para infraestrutura no Estado, associada a expertise da SEFAZ nesse *business*. Na Bahia as PPPs existentes, a exemplo da Fonte Nova, eram vistas pelo governo como casos de sucesso e, portanto, interessava experimentar o modelo PPP para a saúde; b) possibilidade de investimento em equipamentos, contratação de pessoal e; c) pela urgência política no início de operação da unidade hospitalar, possível no caso da instituição de uma PPP.

Assim, essa tese permitiu demonstrar, através do quadro teórico utilizado que a Janela de oportunidade para a escolha do modelo PPP para o Hospital do Subúrbio se deu quando se cruzaram, naquele momento histórico, o fluxo de problemas que caracterizavam a gestão hospitalar do Estado da Bahia; o fluxo das alternativas que estiveram em debate; associado a um processo político de negociação favorável, com poucas resistências no âmbito governamental e tendo como o principal empreendedor do projeto o Secretário de Saúde que reunia capacidade política, técnica e negocial para condução de diferentes jogos de poder, o que oportunizou a criação do primeiro hospital do Brasil com modelagem PPP para gestão e assistência na Bahia.

Nesse Jogo Social onde se delineou a escolha do modelo de gestão do Hospital do Subúrbio, pôde-se observar no processo de negociação a presença marcante do Jogo político, no âmbito da SESAB, onde se desdobrou também grande parte do jogo macro organizacional com interveniência do jogo político. Como o quadro dirigente da SESAB era vinculadas majoritariamente ao PT e PCdoB ou sem afiliação partidária, pôde-se destacar que essa composição, bem como a conquista do aval do Pc do B para o projeto facilitou negociações com os sindicatos.

Observa-se que o fluxo da política, contando com o empreendedorismo multidimensional e do Secretário de Saúde, oriundo do movimento sanitário e membro de um partido de esquerda foi crucial no processo de negociações e conseguiu amortizar oposições, ampliar a base aliada, permitindo que o projeto fosse construído sem grandes percalços.

Portanto, a “janela de oportunidade” se abriu pela ação de empreendedores políticos inseridos na esfera governamental, os quais criaram as condições para a aprovação da alternativa PPP, mesmo que tenham enfrentado algumas resistências de outros atores não governamentais como Conselho Estadual de Saúde, sindicato dos médicos e sindicato de outros trabalhadores da saúde.

No Jogo Social onde se estabeleceu o debate, disputa, conflitos e cooperação na decisão do modelo PPP, foi possível notar que os jogos influenciaram-se de forma decisiva, pois houve uma espécie de dança harmoniosa entre o jogo político e o econômico, orquestrado por competentes atores que disputaram jogo macro organizacional e, junto com o poder exercido no jogo da comunicação, apoiou a dissolução dos conflitos presentes nos jogos de valores. O maestro da orquestra que

permitiu o afinamento dos instrumentos dessa dança, o empreendedor do negócio, foi consensualmente descrito pelos entrevistados como possuindo recursos políticos, científicos, burocráticos e muita capacidade comunicativa junto atores governamentais e não governamentais.

No jogo macro organizacional, os atores governamentais da SESAB, SEFAZ, Casa Civil e PGE desempenharam seus papéis de apoio a todos os outros jogos através da ação coletiva de suas organizações permitindo o consenso necessário a escolha do modelo no âmbito governamental.

Também se observou nas entrevistas da tese, o desenrolar do jogo econômico, através da participação de bancos que se utilizaram de sua capacidade econômica de fomento e, no caso específico do IFC/Banco Mundial, a expertise no *business* das PPPs, para ocuparem posição ativa no processo de pré decisão e decisão.

Em relação à distribuição dos atores no Jogo Social identificou-se a fragilidade do controle social do SUS no processo de decisão do modelo, não havendo relatos conclusivos acerca de sua efetiva participação nas negociações. Destaca-se, nesse ponto, a exclusão das instâncias colegiadas do SUS, o Conselho Estadual de Saúde, do seu papel na deliberação de políticas de saúde. Assim, o processo de decisão ficou restrito ao âmbito governamental.

Cumpriu-se, assim, os objetivos de desvendar a trama do processo de negociação e decisão acerca do modelo PPP para gestão hospitalar, elencando e debatendo as contribuições e interesses dos atores governamentais e não governamentais, tendo como suporte dialógico a contribuição de Kingdon acerca dos múltiplos fluxos e de Matus acerca do Jogo Social.

O objetivo de analisar a incorporação do modelo PPP, ainda foi realçado pela análise e identificação dos elementos contratuais que se relacionaram com argumentos de defesa e de interesses anunciados pelos atores envolvidos. Pois, observou-se que o contrato firmado, após a decisão do modelo, traduziu a possibilidade de equipagem da unidade, contratação de pessoas, definição de indicadores quantitativos e de qualidade, de metas, além da partilha de riscos entre parceiros, formas de prestação de contas, direitos e deveres de cada parte e modelagem econômica com detalhamento do sistema de garantias de pagamento, previsto na própria lei das PPPs, entre outros elementos.

A análise do contrato explicitou e sanou a controvérsia que apareceu no processo de negociação, relativo à existência de lucro, pois o estudo permitiu afirmar que a PPP é um modelo onde se estabelece lucro para o parceiro privado e, a aplicação desse modelo para gestão hospitalar ou em qualquer nível de atenção terá que considerar esse preço.

O modelo econômico que rege o contrato é explícito e acerca da existência de Taxa Interna de Retorno do projeto. A literatura também trata como certa a lucratividade das PPPs ao definir PPP como acordo de longo prazo onde se alinham objetivos de prestação de serviços do governo com os objetivos de lucro do parceiro privado.

Em relação à gestão do trabalho, fruto de divergentes concepções e defesas no processo de negociação, o debate do contrato retratou os interesses dos defensores de um modelo “flexível” na contratação, remuneração e demissão de trabalhadores.

Decisão tomada, licitação feita e contrato estabelecido, os atores-chaves detalharam as vantagens e desvantagens do modelo que foram debatidas à luz da literatura.

As principais vantagens apontadas relacionam-se ao fato de o governo ter conseguido, em curto espaço de tempo, garantir acesso a cuidados hospitalares à população, com recursos advindos de parceiro privado, a ser parcelados para pagamento público ao longo dos anos do contrato. Afinal, os cofres públicos não dispunham da quantia necessária para equipar e contratar pessoas.

A realização de investimento em compras e manutenção de equipamentos, estabelecido através de um contrato único, onde constam todos os serviços prediais, de apoio e assistenciais foi aclamado pelos defensores como um dos grandes ganhos da gestão da PPP para gestão hospitalar. A partilha de riscos entre os parceiros, definição prévia das condições de prestação dos serviços com estabelecimento de metas e indicadores quantitativos e qualitativos, a obrigatoriedade da acreditação e a avaliação positiva dos usuários acerca dos serviços prestados também foram apontados como pontos positivos do modelo.

A respeito dos quatro prêmios internacionais ganhos nos 05 primeiros anos de existência do Hospital, elenca-se aqui uma observação de que os organismos que premiaram a PPP do Subúrbio (IFC, ONU, empresa de consultoria KPMG Internacional e a Revista World Finance) são árdios defensores do modelo em todo mundo. Sem desconsiderar a existência de qualidade no desempenho do hospital, cabe enquanto

pesquisadora, estranhar e inferir se não haveria nesses prêmios, também, um movimento político com intenção de lançar luz tanto no Brasil, quanto na América Latina para o fato desse modelo PPP ser uma aplicação avaliada como de sucesso pela qualidade do cuidado e pela inovação?

Havendo essas novas questões em aberto para pesquisas futuras, pontua-se as desvantagens do modelo PPP apresentadas na literatura e nas entrevistas. Inicia-se pela preocupação das históricas divergências entre os interesses públicos e os privados, que podem trazer dificuldades na constituição da parceria já que as missões, objetivos, culturas organizacionais e estruturas legais são heterogêneas e eventualmente conflitantes. Outro ponto de destaque é que a participação das entidades privadas desde o início da modelagem e construção dos projetos trazem efeitos incertos sobre a garantia do interesse do parceiro público no projeto. No caso do Subúrbio, a tese demonstrou que a participação do IFC foi intensa e definidora de muitos aspectos da modelagem e também dos indicadores e demais elementos do contrato.

Outra desvantagem seria a suposta superioridade da qualidade de negociação das entidades privadas que tenderiam a usá-la em seu benefício, com conseqüente prejuízo para o Estado. Observou-se também que após o contrato firmado outros desafios relevantes se impuseram, tais como a necessidade de renegociações e reequilíbrios financeiros, ocorrendo frequentemente dada a longa duração dos contratos e frente as variações de demandas no campo da assistência à saúde. Isso traz incertezas em relação ao custo final total da PPP, podendo revelar-se mais dispendiosos do que o previsto.

Já tratar de vantagem ou desvantagem em relação ao modelo de gestão de gestão do trabalho das PPPs não é um ponto de convergência, sendo destacado como vantagem por um grupo de atores (IFC, Secretário de Saúde, PGE, Diretoras e Assessoras da SESAB) e para o outro (Conselheira de Saúde, Superintendente SESAB) se constitui como ampla desvantagem e desvio da função estatal.

Envolver e garantir que a unidade hospitalar do SUS, sobre gestão de PPP, considere o perfil epidemiológico da população que será responsável e que se articule na rede de atenção à saúde de seu território é um desafio importante. Além do desafio de garantir governança pública para essas PPPs.

A revisão de literatura incluiu nesse conjunto de melhoramentos que precisam ser feitos, com base na experiência acumulada acerca das PPPs em vários setores pelo

mundo, destaque para o planejamento dos gestores públicos no momento da decisões do modelo, buscando garantir que prevaleçam os interesses nos indicadores e metas contratuais, gerenciamento, custo- efetividade, prestação de conta, compartilhamento de risco, e capacidade institucional do setor público para monitoramento e avaliação do VFM em todas as fases do projeto. No Estado da Bahia alguns atores afirmam também a necessidade de conhecimento do próprio modelo PPP.

Apesar do entusiasmo com o sucesso das premiações internacionais da PPP do Subúrbio há consenso relativo as dificuldades para criação de novas PPPs no campo da saúde. As razões relacionam-se aos limites impostos pela própria Lei das PPPs, pois, o custo da parceria não pode ultrapassar 5% da receita corrente líquida. Isso pode ser uma barreira de entrada para novos projetos de PPP em municípios e Estados. Outro ponto nevrálgico é a necessidade de que a empresa privada precisa possuir lastro para fazer a captação de recursos, através de empréstimos, pois precisa apresentar garantias.

O custo operacional da prestação do serviço de uma PPP para as áreas da saúde e educação pode ser alto e, por isso, torna-se um inibidor da escolha desse modelo, pois gera risco de endividamento público com a parceira.

A PPP é um modelo instigante de estudo, pois, ele traz em sua órbita interesses políticos, econômicos e ideológicos que ultrapassam os oceanos e envolvem grandiosas corporações financeiras. Ao mesmo tempo, a nível local, através da PPP se busca o modelo para resolver questões cruciais e humanitárias como a promoção de acesso à saúde de qualidade no SUS.

Apesar do mergulho realizado na literatura, na análise minuciosa das entrevistas com apoio do quadro teórico, a tese contou com alguns limites. Um deles foi a análise de dados econômicos que permeia a PPP, pois demandaria uma expertise específica que não é dominada pela autora. Entende-se que há indícios de financeirização na constituição de parcerias, particularmente no que tange a lucratividade de sócios do parceiro privado. Além das negociações de venda de empresas que compunham o consórcio, com capital em bolsa de valores. Os conhecimentos da economia poderiam permitir uma análise mais detalhada do VFM e permitiria compreender as várias fórmulas que determinam a taxa interna de retorno do parceiro privado. Esse entendimento, por exemplo, permitiria checar se há evidências acerca da PPP ser uma melhor opção para gestão hospitalar. Também se lamenta a impossibilidade de aprofundar mais o relevante debate acerca da



gestão do trabalho, pois, requereria mais pesquisa bibliográfica e mudanças no roteiro de entrevistas e nos atores-chaves.

No entanto, esses limites não implicaram prejuízos às respostas dos objetivos e à questão da tese, sendo as limitações expostas entendidas como horizontes para novos estudos no campo da saúde coletiva, articulados com a economia política.

Nesse sentido, outras lacunas do conhecimento foram percebidas ao longo do estudo, a saber, a escassa produção de estudos que examinem o impacto das parcerias nos resultados do desempenho clínico, no cumprimento dos princípios do SUS, além da necessidade de mais pesquisas acerca da metodologia de avaliação do VFM.

Por fim, o campo de estudos é fértil e a continuidade e aprofundamento do monitoramento da movimentação da influência de grupos internacionais, interessados na exploração de PPPs na saúde no Brasil e no mundo, fica posto como um convite!

## REFERENCIAS

ACERETE, B.; STAFFORD, A.; STAPLETON, P. Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model'. *Critical Perspectives on Accounting*, v. 22, n. 6, p.533-549, 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/228929729>. Acesso em: 17 abr. 2019.

AGUM, R.; RISCADO, P.; MENEZES, M. Políticas públicas: conceitos e análise em revisão. *Revista Agenda Política*, v. 23, n. 2, p. 12-42, jul.-dez. 2015. Disponível em: <http://www.agendapolitica.ufscar.br/index.php/agendapolitica/article/view/67/63>. Acesso em: 10 dez. 2018.

ALMEIDA, C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. *Cadernos Saúde Pública*, v. 33, Supl. 2, 2017.

BACHELET, V. Hospital concessions in Chile: where we are and where are we heading. *Medwave*, v. 14, n. 10, p. e6039, nov. 2014.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Hospital do Subúrbio. *Respostas da consulta pública: questões formais*. Disponível em: [http://www1.saude.ba.gov.br/hospitaldosuburbio/docs/ConsultaP%C3%BAblica\\_Respostas.pdf](http://www1.saude.ba.gov.br/hospitaldosuburbio/docs/ConsultaP%C3%BAblica_Respostas.pdf). Acesso em: 25 jan. 2019.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Hospital do Subúrbio*. Disponível em: [http://www.hospitaldosuburbio.com.br/prodal/?page\\_id=5327](http://www.hospitaldosuburbio.com.br/prodal/?page_id=5327). Acesso em: 15 abr. 2018.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Hospital do Subúrbio. *Contrato de concessão administrativa para gestão e operação de unidade hospitalar do Estado da Bahia*. Salvador: SESAB, 2009.

BAHIA. Governo do Estado. *Edital de Concessão 008/2009: concessão administrativa para gestão e operação de unidade hospitalar do Estado da Bahia*. Salvador, 13 out. 2009.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Comissão Especial de Outorga. *Edital de Concessão Administrativa 5/2013: Concessão administrativa para a gestão e operação de Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem em Unidades da Rede Própria de Saúde do Estado da Bahia*. Disponível em: [https://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/img\\_Edital\\_de\\_Concessao\\_do\\_Centro\\_d\\_e\\_Diagnostico.pdf](https://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/img_Edital_de_Concessao_do_Centro_d_e_Diagnostico.pdf). Acesso em: 10 abr. 2019.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Comissão Especial de Outorga. *Edital de Concessão 0008/2012: Concessão administrativa para construção e operação de serviços não assistenciais de unidade hospitalar do estado da BAHIA Instituto Couto Maia*. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/Edital\\_Couto-Maia\\_12-12-17\\_0008-12.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/Edital_Couto-Maia_12-12-17_0008-12.pdf). Acesso em: 10 abr. 2019.

BAHIA. Secretaria da Fazenda – SEFAZ. *PPP na Saúde no estado da Bahia*: Hospital do Subúrbio, 2009. Disponível em: [https://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/Sintese\\_Projeto\\_HS.ppt](https://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/Sintese_Projeto_HS.ppt). Acesso em: 31 mar. 2019.

BAHIA. Secretaria da Fazenda - SEFAZ. *Fundo garantidor baiano de parcerias-FGBP*: Relatório semestral de administração. Salvador: SEFAZ, 2013. Disponível em: [https://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/Relatorio\\_de\\_Administracao\\_FGBP\\_2\\_Semestre\\_2013.pdf](https://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/Relatorio_de_Administracao_FGBP_2_Semestre_2013.pdf). Acesso em: 31 mar. 2019.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E. Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. In: X Congresso Nacional de Educação. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2011. *Anais ... 2011*. Disponível em: [http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398\\_2342.pdf](http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf). Acesso em: 08 fev. 2018.

BANCO MUNDIAL. *Um ajuste justo*: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Brasília: Banco Mundial, 2017.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 221-272.

BARBOSA, A. P.; MALIK, A. M. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil: análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. *Revista Administração Pública*, v. 49, n. 5, p.1143-1165, set./out. 2015.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, P.; GIRALT, X. *Contractual design and PPPs for hospitals: lessons for the Portuguese model*, 2009. Disponível em: <http://ssrn.com/abstract=1128951>. Acesso em: mar. 2017.

BIDERMAN, C.; ARVATE, P. (orgs.). *Economia do Setor Público no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV; São Paulo: Campus, 2004.

BRASIL, F. G. Políticas participativas a análise da nova literatura de análise de políticas públicas: novos horizontes para agenda de pesquisa. *Revista Gestão e Políticas Públicas*, v. 3, n. 1, p. 44-61, 2013.

BRASIL. Lei 11.079. Institui normas gerais para licitação e contratação de parcerias público-privadas no âmbito da administração pública. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Lei 11.079. Institui normas gerais para licitação e contratação de parcerias público-privadas no âmbito da administração pública. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, 31 dez. 2004.

BRASIL. *Portaria N° 3.390, de 30 de dezembro de 2013*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis.html>. Acesso em: 06 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Indicadores - Tipo de Estabelecimento*. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade\\_Listar.asp?VTipo=05&VListar=1&VEstado=29&VMun=&VSubUni=&VComp=](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=05&VListar=1&VEstado=29&VMun=&VSubUni=&VComp=). Acesso em: 01 abr. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Leitos de internação hospitalar - Brasil*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leintbr.def>. Acesso em: 01 abr. 2019.

BUSE, K.; HARMER, A. Power to the Partners?: The politics of public-private health partnerships. *Society for International Development*, v. 47, n. 2, p. 49-56, 2004.

CABRAL, S.; FERNANDES, A. S. A.; RIBEIRO, D. B. C. Os Papéis dos Stakeholders na implementação das Parcerias Público-Privadas no Estado da Bahia. *Cadernos EBAPE.BR*, v. 14, n. 2, artigo 6, abr.-jun. 2016.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p.1707-1714, 2018.

CAONI, F. P. *Uma análise crítica sobre o Value for Money de um protótipo de linha de metrô em São Paulo, tendo como referência as atuais PPPs das linhas 4 e 6*. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Engenharia e Construção Civil. Universidade de São Paulo, 2016.

CAPELLA, A. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. *BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, v. 61, p. 25-52, 2006.

CAPPELLARO, G.; LONGO, F. Institutional public private partnerships for core health services: evidence from Italy. *Health Services Research*, v. 11, p. 82, 2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/82>. Acesso em: jun. 2016.

CARDOSO, M.; OLIVEIRA, P.; FERLA, A.; NUNES, N. O Mix Público e Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Coexistência em Evidência. *Saúde em Redes*, v. 3, n. 2, p. 107-118, 2017.

CARRERA, M, B, M. *Parceria Público-Privada (PPP): análise do mérito de projetos do setor saúde no Brasil*. Tese (Doutorado) - Fundação Getúlio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2014.

CARRERA, M, B, M. *Projeto Conexão Local: Relatório*. Fundação Getúlio Vargas, 2010. Disponível em: [https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/conexao-local/relatorio\\_final\\_conexao\\_local.pdf](https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/conexao-local/relatorio_final_conexao_local.pdf). Acesso em: 24 mar. 2019.

CIVITILLO, R.; ROSSI, M. Public Private Partnerships: a general overview in Italy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, v. 109, n.2014, p. 140-149, 2015. Disponível em: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com). Acesso em: 25 set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27721:2018-07-12-14-05-59&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27721:2018-07-12-14-05-59&catid=3). Acesso em: 01 abr. 2019.

COSTA, F. Contribuição a um projeto de reforma democrática do Estado. *RAP*, v. 44, n. 2, p.239-270, mar.-abr. 2010.

CRUZ, N; MARQUES, R. Accountability and governance in local public services: The particular case of mixed companies. *Innovar*, v. 21, n. 42, p. 41-54, 2011.

DARVISH, H.; ZOU, P. X. W.; LOOSEMORE, M.; ZHANG, G. *Risk management, public interests and value for money in PPP projects: literature review and case studies*. In: The CRIOCM International Symposium on “Advancement of Construction Management and Real Estate”, 2006. Disponível em: <http://www.irbnet.de/daten/iconda/CIB5826.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2017

DESENBÁHIA. Disponível em: <http://www.desenbahia.ba.gov.br/> Acesso em: 01 abr. 2019.

EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ELIAS, P. Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

FARIA, C. A. P. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 18, n.51, p. 21-30, fev. 2003.

FERNANDEZ, R. N.; HILLBRECHT, R.; CARRARRO, A. *Desenho Contratual e Parcerias Público-Privadas para Hospitais, 2014*. Disponível em: [http://www.anpec.org.br/encontro/2014/submissao/files\\_I.pdf](http://www.anpec.org.br/encontro/2014/submissao/files_I.pdf). Acesso em: 25 out. 2016.

FERRO, M. Administração contratual, nova contratualidade administrativa e contratos de parcerias: breves considerações acerca de alguns conceitos que integram uma nova terminologia trazida pela doutrina administrativista contemporânea. *Revista Direito e Desenvolvimento, João Pessoa*, v. 6, n. 11, p. 151-169, jan./jun. 2015

FILHO, M. J. *Comentários à Lei de licitações e Contratos Administrativos*. 15 ed. São Paulo: Dialética, 2012. p. 61.

GAROFANO, F. *Parcerias público-privadas no setor de saúde - uma solução nas mãos dos municípios?* Observatório de parcerias público-privadas. Disponível em: <http://www.pppbrasil.com.br/portal/content/artigo-parcerias>. Acesso em: 14 out. 2015.

GERARD, M.; HARDING, A. Public-Private Partnerships and Public Hospital Performance in São Paulo, Brazil. *Health Affairs*, v. 28, n. 4, p.1114-1125, ju.-aug. 2009.

GOTTEMS, L. et al. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. *Saúde Sociedade*, v. 22, n. 2, p.511-520, 2013.

HODGE, G.; GREVE, C. Public – Private Partnerships: An International Performance Review. *Public Administration Review*, v. 67, n. 3, p. 545-558, 2007.

HODGE, G. A.; GREVE, C. P P P s: The passage of time permits a sober reflection. *Economic Affairs*, v. 29, n. 1, p. 33-39, 2009.

HOSPITAL do Subúrbio é inaugurado e atendimento começa nesta terça. *Jornal a Tarde*, 2010. Disponível em: <http://atarde.uol.com.br/bahia/salvador/noticias/1263692-hospital-do-suburbio-e-inaugurado-e-atendimento-comeca-nesta-terca>. Acesso em: 31 mar. 2019.

IANNI, O. *O pensamento Social no Brasil*. Bauru, SP: EDUSC, 2004. 366p.

IBGE. *Séries estatísticas e séries históricas*. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 01 abr. 2019.

INTERNATIONAL FINANCE CORPORATION (IFC). Estruturação de Projetos de PPP e Concessão no Brasil Diagnóstico do modelo brasileiro e propostas de aperfeiçoamento, 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/laise/Downloads/Estrutura%C3%A7%C3%A3o%20de%20projetos%20de%20PPP%20e%20concess%C3%A3o%20no%20Brasil\\_P.pdf](file:///C:/Users/laise/Downloads/Estrutura%C3%A7%C3%A3o%20de%20projetos%20de%20PPP%20e%20concess%C3%A3o%20no%20Brasil_P.pdf). Acesso em: 30 mar. 2019.

INTERNATIONAL FINANCE CORPORATION (IFC). Sobre a IFC. Disponível em: [https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/multilingual\\_ext\\_content/ifc\\_external\\_corporate\\_site/home\\_pt](https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/multilingual_ext_content/ifc_external_corporate_site/home_pt). Acesso em: 30 mar. 2019

KINGDON, J. W. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. United States of America: Addison-Wesley Longman, 1995.

KINGDON, J. W. *Agendas, alternativas and public policies*. 2. ed. Ann Arbor: University of Michigan, 2003.

LIMA, C. M.; COLEHO, A. C. Alocação e mitigação dos riscos em parcerias público-privadas no Brasil. *Revista Administração Pública*, v. 49, n. 2, p. 267-291, mar.-abr. 2015.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; GERASSI, C. D. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (orgs.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p.111-137. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude-pdf>. Acesso em: 7 jul. 2016.

LOPEZ, F.; GRASMAN, S.; FAULIN, J. Public-Private Partnerships for Technology Growth in the Public Sector," International Engineering Management Conference, Institute of Electrical and Electronics Engineers (IEEE), jun. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1109/IEMCE.2008.4617989>. Acesso em: 15 jul. 2016.

MANICA, F. B. Os Três Modelos de Parcerias Público-Privadas no Setor de Saúde: um breve olhar para a experiência internacional. *Revista Eletrônica de Direito do Estado*, ano 2016, n. 266, 2016. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/colunistas/fernando-borges-manica/os-tres-modelos-de-parcerias-publico-privadas-no-setor-de-saude-um-breve-olhar-para-a-experiencia-internacional>. Acesso em: 16 mar. 2019.

MATUS, C. *Teoria do Jogo Social*. São Paulo: FUNDAP, 2005

MCINTOSH, N.; GRABOWSKI, A.; JACK, B.; NKABANE-NKHOLOMGO, E. L.; VIAN, T. A Public-Private Partnership Improves Clinical Performance In A Hospital Network In Lesotho. *Health Aff (Millwood)*, v. 34, n. 6, p. 954-962, jun. 2015.

MCKEE, M.; EDWARDS, N.; ATUN, R. Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin World Health Organization*, v. 84, n. 11, p. 890-896, nov. 2006.

MINTZBERG, H. *Tracking strategies: toward a general theory of strategy formation*. New York: Oxford University Press, 2007.

MENICUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p.180-197.

NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

PAIM, J.; TRAVASSO, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. Saúde no Brasil - maio de 2011. Disponível em: [http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925\\_brazil1.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf). Acesso em: 20 out. 2017.

PAHIM, M. L. V. *Organizações sociais de saúde do estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde*. Tese [Doutorado em Medicina Preventiva] - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PEREIRA, B. *Há futuro para as PPPs no atual cenário fiscal? Observatório de parcerias público-privadas*. 2015. Disponível em: <http://www.pppbrasil.com.br/portal/content/artigo-h%C3%A1-futuro-para-ppps-no-atual-cen%C3%A1rio-fiscal>. Acesso em: 10 out. 2015.

PETERSEN, O. Public-Private Partnerships as converging or diverging trends in public management? a comparative analysis of ppp policy and regulation in denmark and ireland. *International Public Management Review*, v. 2, n. 2, p.1-37, 2011. Disponível em: [www.ipmr.net](http://www.ipmr.net) 1. Acesso em: 21 ago. 2016.

PINTO, I. C. M. *Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das Organizações Sociais da Saúde na Bahia*. Tese [Doutorado em Administração] - Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

PLATZ, D.; SHARMA, K.; CHOWDHURY, A.; KS, J. *Public-Private Partnerships and the 2030 Agenda for Sustainable Development: Fit for purpose?* United Nations: Department of Economic and Social Affairs. (DESA Working Paper No. 148, 2016). Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/papers>. Acesso em: 3 mar. 2019.

PPPBRASIL. *Observatório de parcerias público privadas*. 2013. Disponível em: <http://www.pppbrasil.com.br/portal/> 2015. Acesso em: 21 set. 2017.

PPPBRASIL. *Livro sobre análise do mérito em projetos de PPP (Value for Money)*. 2013. Disponível em: <http://www.pppbrasil.com.br/portal/content/livro-sobre-an%C3%A1lise-do-m%C3%A9rito-em-projetos-de-ppp-value-money>. Acesso em: 20 out. 2018.

RADARPPP. Hospital do Subúrbio (Bahia), 2010. Disponível em: <https://www.radarppp.com/resumo-de-contratos-de-ppps/hospital-do-suburbio-bahia/>. Acesso em: 20 out. 2018.

RAJAE, B.; KHALID, B. Public-Private Partnerships in health. *International Journal of Medicine and Surgery*, v. 2, n. 1, p.1-2, 2015.

REBELO, C. *As parcerias Público Privadas em Portugal: análise crítica*. Dissertação [Mestrado Administração Pública] - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade de Lisboa, 2014.

RODRIGUES JUNIOR, W. Chave para o sucesso das PPPs. *Revista de Informações e Debates IPEA*, Ano 3, n.26, 2006. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com\\_content&view=article&id=840:catid=28&Itemid=23](http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=840:catid=28&Itemid=23). Acesso em: 11 abr. 2019.

SÁ, L. G. V. *Os principais pontos polêmicos da Lei das Parcerias Público-Privadas*. Artigo Jus.com.br, 2017. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/42740/os-principais-pontos-polemicos-da-lei-das-parcerias-publico-privadas>. Acesso em: 04 abr. 2019.



SALVATORE, R. Lessons from the past: lights and shadows of public-private partnership in the italian healthcare sector. In: 6th Annual EuroMed Conference of the EuroMed Academy of Business, 2013. P.1959-1982. ISBN: 978-9963-711-16-1

Disponível em:

<https://iris.unive.it/retrieve/handle/10278/38863/28991/EURARTICLE.pdf>

SANTOS, R. T. SUS: um novo capítulo de lutas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p.1719-1720, 2018.

SEMEIA. *Parcerias Público-Privadas: o caso do Hospital do Subúrbio*. São Paulo: Instituto Semeia, 2015. 11p. (Seleção de artigos acadêmicos e textos jornalísticos).

Disponível em:

[http://www.semeia.org.br/admuploads/uploads/Fevereiro\\_Caso\\_Hospital\\_Suburbio.pdf](http://www.semeia.org.br/admuploads/uploads/Fevereiro_Caso_Hospital_Suburbio.pdf).

Acesso em: 23 set. 2016.

SESTELO, J. *Planos e seguros de saúde do Brasil nos anos 2000 e a dominância financeira*. Tese [Doutorado] - Centro de ciências da saúde. Departamento de Medicina Preventiva. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, G. G. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva. *Interface (Botucatu)*, v. 10, n. 19, p. 7-24, jan.-jun. 2006.

THAMER, R.; LAZZARINE, S. Projetos de parceria público-privada: fatores que influenciam o avanço dessas iniciativas. *Revista Administração Pública*, v. 49, n. 4, p. 819-846, jul.-ago. 2015.

XU, Y.; YEUNG, J.; CHAN, A.; CHAN, D.; WANG, S.; KE, YONGJIAN. Developing a risk assessment model for PPP projects in China - A fuzzy synthetic evaluation approach. *Automation in Construction*, v. 19, p. 929-943, 2010. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/.../S0926580510000890>. Acesso em: maio 2016.

WHITFIELD, D. *Global Auction of Public Assets: Public sector alternatives to the infrastructure market and Public Private Partnerships*. Spokesman e-books, Nottingham, 2010. Disponível em:

<https://www.european-services-strategy.org.uk/wp-content/uploads/2009/10/hugo-radice-review.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019.

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

## APÊNDICES

### APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

1. Como nasce a discussão sobre a escolha do modelo de gestão que seria adotado para o Hospital do Subúrbio?
2. Quais os problemas acerca da gestão hospitalar foram responsáveis pelas propostas de novos modelos de gestão?
3. Quais instituições e atores estavam envolvidos no processo de discussão acerca do modelo de gestão hospitalar para o subúrbio?
4. Quais alternativas foram propostas pelos diversos atores para solucionar os problemas que originaram o debate sobre modelo de gestão para o hospital do subúrbio?
5. Porque a proposta do modelo PPP para gestão hospitalar no Estado foi considerada como alternativa?
6. Por que a elite dirigente do Estado da Bahia escolheu a alternativa pelo modelo PPP para a gestão hospitalar do hospital do subúrbio?
7. O que inviabilizou que outro modelo fosse escolhido?
8. Quais estratégias foram utilizadas para favorecer a decisão pelo modelo PPP?
9. Quais as vantagens e desvantagens apontadas pelos atores para a criação da PPP e exclusão das demais alternativas?
10. Quais os principais atores que defenderam o modelo?
11. Havia oposição ao modelo PPP? Se sim, quais atores se opunham?
12. Quem na sua opinião foi o principal empreendedor do projeto PPP para a gestão hospitalar?
13. Houve necessidade de mudanças na legislação para instituir o modelo?
14. Quais foram as instâncias de aprovação dessa proposta?

## APÊNDICE II - Matriz de análise da produção científica

Nome Periódico	Título	Palavras-chave	Principais aspectos abordados acerca do modelo PPP	País em que o modelo PPP foi estudado	Ano da publicação	Posicionamento dos atores frente ao modelo

## APÊNDICE III - Matriz de análise de documentos

Tipo e fonte do documento	Conteúdo do documento	Palavras-chaves

## APÊNDICE IV - Matriz de análise das entrevistas

Instituição e Ator	Categoria analítica	Conteúdo entrevista	Palavras-chaves

## Anexos I

### Manifestação de interesse do Banco do Nordeste em financiar o projeto PPP do Hospital do Subúrbio

**Banco do  
Nordeste**



Presidência

Ofício GAPRE-2009/

1369

Fortaleza, 05/11/09

A Sua Excelência o Senhor  
Governador JAQUES WAGNER  
Governo do Estado da Bahia  
Prédio da Governadoria, 3ª Av. 390 - CAB  
41745-005 – Salvador-BA

Assunto: **Apoio Creditício do Banco do Nordeste ao Projeto de PPP do Hospital do Subúrbio**

Senhor Governador,

1. Na qualidade de principal agente financeiro da Região, o Banco do Nordeste do Brasil S.A. – BNB atua em sintonia com as ações de governo e políticas públicas, operando produtos de intermediação financeira e de serviços bancários adequados às demandas de desenvolvimento econômico e social do Nordeste, com especial atuação nos mercados de crédito, de capitais, de câmbio e de moeda, qualificando-nos para externar nosso firme propósito em oferecer apoio creditício aos participantes da Proposta de Parceria Público Privada – PPP do Hospital de Subúrbio a ser implantada no Subúrbio Ferroviário em Salvador.
2. Nesse sentido, vimos manifestar nosso interesse no acolhimento de propostas de financiamento, a serem submetidas à análise e eventual concessão de crédito para as pessoas jurídicas, consórcios de empresas, inclusive na modalidade de PPP, destinada à instalação, montagem e operação do Hospital do Subúrbio.
3. Para atendimento dos pleitos que nos forem apresentados, que estão sujeitos às etapas operacionais e atendimento dos critérios técnicos de análise de viabilidade econômico-financeira de projetos adotados pelo BNB, disponibilizaremos, preferencialmente, recursos oriundos do Fundo Constitucional de Desenvolvimento do Nordeste – FNE ou outras fontes disponíveis no momento do atendimento à Carta Consulta do pleito proposto.
4. Releva destacar que os recursos disponíveis apresentam-se com condições bastante favoráveis aos negócios, oferecendo limites de financiamento, prazos e encargos adequados à luz dos diversos programas de crédito aprovados pelo Ministério da Integração Nacional e operacionalizados pelo BNB, cujas condições de enquadramento se encontram disponíveis no portal do BNB na Internet, [www.bnb.gov.br](http://www.bnb.gov.br), bem como no portal do Ministério da Integração.

RECEBEMOS O ORIGINAL

EM 06/11/09

Gerente Geral

Banco do Nordeste do Brasil S.A.  
Av. Pedro Ramalho, 5.700 – Passaré  
60.743-902 Fortaleza-CE  
Brasil  
Fone: 55 85 3299-3041 Fax: 55 85 3299-3674  
E-mail: [clienteconsulta@bnb.gov.br](mailto:clienteconsulta@bnb.gov.br)

## Anexos II

### Manifestação de interesse do IFC em financiar o projeto PPP do Hospital do Subúrbio



Rio de Janeiro, 5 de Novembro de 2009

Ilmo Sr. Jorge José Santos Pereira Solla  
Secretário de Saúde  
Governo do Estado da Bahia – Secretaria de Saúde  
4ª Avenida do CAB 400, Lado B – 41745-002  
Salvador – BA, Brasil

Ref: Hospital do Subúrbio – Projeto de Parceria Público-Privada

Prezado Secretário Solla,

Acompanhamos o início da consulta pública para o Projeto de Parceria Público-Privada do Hospital do Subúrbio e entendemos que muito em breve o Governo da Bahia deverá lançar o edital e contrato do primeiro projeto de PPP na área hospitalar do país. Saudamos a iniciativa que deverá representar o início de um modelo de gestão no setor de saúde com possibilidades de ser replicado no país.

Na condição de braço financeiro do Grupo Banco Mundial voltado ao desenvolvimento do setor privado, a Corporação Financeira Internacional (IFC) apoia iniciativas dessa natureza. Desta forma, sujeito às considerações a seguir descritas, a IFC se dispõe a trabalhar com o vencedor da concorrência desse Projeto mediante termos mutuamente aceitáveis. Vale assinalar que todos os investimentos da IFC exigem uma avaliação detalhada do projeto e de seus investidores, o cumprimento de requisitos legais e de segurança pessoal e ambiental, além da comprovação da capacidade e comprometimento de seus empreendedores. O possível envolvimento da IFC neste Projeto estará sujeito às diversas etapas de aprovação de nossa Administração Superior e à assinatura de contratos de financiamento em termos de conformidade com a legislação local e internacional.

A IFC se dispõe a avaliar eventuais alternativas de financiamento de longo prazo para o Projeto. O típico financiamento da IFC limita-se normalmente a 25% do custo total do Projeto e poderá vir sob a forma de um empréstimo sênior, subordinado ou híbrido, ajustado ao fluxo de caixa previsto do Projeto. Esse financiamento poderá ser complementado através da mobilização de recursos captados junto a bancos comerciais, sempre visando melhor atender às necessidades do Projeto.

A IFC tem ampla experiência no financiamento de projetos no setor de saúde em diversos países em desenvolvimento. Para maiores informações, lhes convidamos a conhecer detalhes dessas operações em nossa página [www.ifc.org/che](http://www.ifc.org/che).

É importante ressaltar que esta declaração de interesse da IFC sob nenhuma hipótese se constitui em obrigação vinculativa para o Projeto. Não obstante, conforme mencionado, por esta confirmamos o interesse e disponibilidade da IFC em avaliar o possível financiamento do Projeto com o licitante vencedor.

Nesses termos, autorizamos a divulgação desta carta a todos os participantes da licitação.

Atenciosamente,



---

Luis Antonio Funcia  
Country Officer  
Health and Education Dpt., IFC  
Rua Redentor, 14 Ipanema, Rio de Janeiro, Brazil 22421-030  
Tel: +5521 2525-5854 Fax: +5521 2525-5857 Cell: +5521 9989-2720  
Email: [Email@ifc.org](mailto:Email@ifc.org) Web: [www.ifc.org](http://www.ifc.org) Skype: luisantoniofuncia

*IFC is a member of the World Bank Group*

## Anexos III

### Manifestação de interesse do BNDES para financiar o projeto PPP do Hospital do Subúrbio



Carta AS/DEURB nº 033/2010

Rio de Janeiro, 26 de janeiro de 2010.

Ao  
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia  
Jorge José Santos Pereira Solla  
4a Avenida do CAB, no 400, Lado B,  
Salvador – BA  
41745-002

Ref.: instalação, montagem e operação do "Hospital do Subúrbio"

Prezado Senhor,

Encaminhamos em anexo as condições indicativas de eventual apoio financeiro do BNDES ao projeto de PPP em referência, objeto do Edital de Concorrência n.º 008/2009 publicado no DOE de 05 de dezembro de 2009.

Colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

Luís Inácio Senos Dantas  
Superintendente Substituto  
Área de Inclusão Social