



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**

MAGNA CORREIA MOREIRA

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE PARCERIA
PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE: ESTUDO DE CASO DO SERVIÇO
DE APOIO AO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NA BAHIA**

Salvador
2021

MAGNA CORREIA MOREIRA

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE PARCERIA
PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE: ESTUDO DE CASO DO SERVIÇO
DE APOIO AO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

Salvador
2021

Escola de Administração - UFBA

M729 Moreira, Magna Correia.

Implementação da política pública de parceria público privada na saúde / Magna Correia Moreira. – 2021.

152 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2021.

1. Parceria público-privada – Bahia - Estudo de casos.
2. Diagnóstico por imagem. 3. Governança. 5. Saúde pública – Administração - Bahia. 6. Política de saúde. 7. Concessões administrativas. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 614.09814

MAGNA CORREIA MOREIRA

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE PARCERIA
PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE: ESTUDO DE CASO DO SERVIÇO
DE APOIO AO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NA BAHIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Administração,
Escola de Administração, da Universidade Federal da
Bahia.

Aprovada em 26 de fevereiro de 2021.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes (Orientadora)
Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Denise Ribeiro de Almeida
Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Mara Clécia Dantas Souza
Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia
Instituto Federal da Bahia

À memória de meu pai, Altamirando Moreira.
Humildade, bondade, sabedoria e persistência foram lições que, ao longo desta caminhada, nunca esqueci. Eternamente obrigada!

AGRADECIMENTOS

Um curso de mestrado é sempre um desafio para alguém que, como eu, não possui grande envolvimento com a academia.

Apesar disso, o estudo teórico nunca foi por mim esquecido; pelo contrário, a conquista do título de mestre era um sonho desejado desde os tempos da graduação.

Foi difícil! No entanto, sem dúvida, o apoio de minha orientadora Vera Mendes foi fundamental para que eu continuasse durante esse caminho desconhecido e solitário, de finais de semana dedicados a pesquisar, ler e escrever. A ela, deixo minha gratidão. Não bastasse sua figura (imagem) já servir de exemplo de sucesso a ser perseguido, sua paciência em me orientar a cada passo deste trabalho foi imprescindível para que ele fosse concluído.

Meus agradecimentos a Denise Ribeiro de Almeida e Elizabeth Matos Ribeiro pelas contribuições ao trabalho na banca de qualificação e aos professores e funcionários do Núcleo de Pós-Graduação em Administração (NPGA), da UFBA, pelo apoio, acolhimento, competência e simpatia.

Para além da academia, registro aqui meus sinceros agradecimentos a Jean Carla Lima, idealizadora desse mestrado, a Ana Paula Chancharulo pelo apoio e a todos os colegas da Auditoria SUS/BA que me auxiliaram na construção desta pesquisa.

Aos amigos e guerreiros do curso de mestrado, muito obrigada pela união e por possibilitarem essa experiência enriquecedora e gratificante. Agradeço em especial a Ana Fernanda, Luciano e Cláudio pela amizade e apoio.

Às queridas amigas: Isaura, por todo apoio e carinho dedicados a mim – sem você a jornada teria sido, sem dúvidas, mais difícil: e Sandra, por sempre acreditar no meu potencial e me animar a superar os meus limites.

A Carlos Fernando e a João Pedro pelo amor, paciência e compreensão. Obrigado por me motivarem a melhorar todos os dias.

A todos os outros que, direta ou indiretamente, ajudaram-me a atingir este objetivo.

Valeu a pena? Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.
Quem quer passar além do Bojador
Tem que passar além da dor. [...]
Fernando Pessoa (2016, p. 34)

MOREIRA, Magna Correia. Implementação da Política Pública de Parceria Público-Privada na Saúde: Estudo de Caso do Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Bahia. Orientadora: Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes. 152 f. il. 2021. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

RESUMO

Esta dissertação objetivou compreender o processo de implementação da Parceria Público-Privada (PPP) em Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia, considerando-se as estratégias, as especificidades e as relações entre Agente-Principal. Realizou-se pesquisa qualitativa mediante estudo de caso. Os dados foram tratados por meio das análises do conteúdo e documental. Os embasamentos teóricos foram a Teoria da Agência, a abordagem da Nova Gestão Pública e o ciclo de Políticas Públicas, especificamente no que se refere à fase de Implementação. Discutiram-se alguns problemas da Teoria da Agência: comportamento oportunista; natureza da incerteza, uma vez que o contrato que rege essa relação é de longo prazo; assimetria de informação e dificuldades da gestão da PPP de Imagem. Os resultados indicaram que o Serviço de Apoio Diagnóstico possui especificidades e que o processo de implementação da PPP requer, do Principal, estratégias que envolvem capacidade de governança, planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços, capacitação de pessoal e investimentos em infraestrutura, a exemplo de Sistemas de Informação, que ainda não foram suficientemente desenvolvidos. Quanto à metodologia de Implementação dessa PPP, verificaram-se aspectos das perspectivas *top-down* e *bottom-up*. Esta dissertação buscou contribuir, em termos teóricos e práticos, para aprofundar o conhecimento sobre a implementação da PPP em Serviços de Apoio ao Diagnóstico. Posto isso, recomenda-se que o Principal adote estratégias capazes de reduzir as dificuldades da Implementação e invista em melhorias no monitoramento e na avaliação das atividades desenvolvidas pelo Agente, conforme explicitados no Edital e no Contrato, de modo a alcançar o princípio da eficiência e avaliar a satisfação dos usuários.

Palavras-chave: Parceria Público-Privada (PPP). Diagnóstico por Imagem. Teoria da Agência. Implementação de Políticas Públicas.

MOREIRA, Magna Correia. Implementation of the Public Policy of Public-Private Partnership (PPP) in Health: Case Study of the Support Service for Diagnostic Imaging in Bahia. Advisor: Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes. 152 s. ill. 2021. Dissertation (Master in Business) – Business School, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

ABSTRACT

This dissertation aimed to understand the process of implementing Public-Private Partnership (PPP) in Support Services for Diagnostic Imaging in the Public Health Network of the State of Bahia, considering the strategies, specificities and relationships between Principal-Agent. Qualitative research was carried out through a case study. Data were treated through content and document analysis. The theoretical basis was the Agency Theory, the New Public Management approach and the Public Policy cycle, specifically with regard to the Implementation stage. Some problems regarding the Agency Theory were discussed: opportunistic behavior; nature of uncertainty, since the contract that governs this relationship is long term; information asymmetry and difficulties in the management of Image PPP. The results indicated that the Diagnostic Support Service has specificities and that the process of implementing the PPP requires, from the Principal, strategies that involve capacity for governance, planning, monitoring and evaluation of services, training of personnel and investments in infrastructure, such as Information Systems, which have not yet been sufficiently developed. As for the Implementation methodology of this PPP, aspects of the top-down and bottom-up perspectives were verified. This dissertation sought to contribute, in theoretical and practical terms, to deepen the knowledge about the implementation of PPP in Diagnostic Support Services. That being said, it is recommended that the Principal adopt strategies capable of reducing the difficulties of the Implementation and invest in improvements in the monitoring and evaluation of the activities developed by the Agent, as explained in the Bidding Notice and in the Contract, in order to achieve the principle of efficiency and evaluate user satisfaction.

Keywords: Public Private Partnership (PPP). Diagnostic Imaging. Agency theory. Implementation of Public Policies.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Visão geral da Teoria da Agência.....	24
Quadro 2 – Proposições da Teoria da Agência para a relação Agente-Principal.....	26
Quadro 3 – Características dos Contratos Públicos Convencionais e Contratos de PPP.....	30
Quadro 4 – Síntese do plano de análise dos dados.....	65
Quadro 5 – Categorização dos entrevistados	68
Quadro 6 – Principais normativas da constituição da Parceria Público-Privada de Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem. Bahia, 2012-2015	70
Quadro 7 – A Parceria Público-Privada de Diagnóstico por Imagem em atividade...	79
Quadro 8 – Localização das unidades de bioimagem em municípios e tipos de exames efetuados pelas unidades.....	81
Quadro 9 – Síntese dos Indicadores de monitoramento e avaliação do contrato	96
Quadro 10 – Dotação de terminais de acesso para médicos da SESAB	103

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Procedimentos Metodológicos	59
Figura 2 – Organograma da SESAB	60
Figura 3 – Desenho Metodológico.....	62
Figura 4 – Localização na Macrorregião de Saúde – PPP de Diagnóstico por Imagem por Estabelecimentos de Saúde: Unidades (11) e Central de Imagem (1) ...	82
Figura 5 – Fluxograma	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCA	Comissão de Controle e Acompanhamento
CGP	Conselho Gestor do Programa de Parcerias Público-Privadas do Estado da Bahia
CICAN	Centro Estadual de Oncologia
CMM	Contraprestação Mensal Máxima
CR	Comissão de Recebimento
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DGECOP	Diretora de Gestão de Unidades Consorciadas e Parceria Público Privada
DOE/BA	Diário Oficial do Estado da Bahia
FOT	Fase de Operação Transitória
IFC	<i>International Finance Corporation</i>
NGP	Nova Gestão Pública
NPM	<i>New Public Management</i>
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS	<i>Picture Archiving and Communication System</i>
PES	Plano Estadual de Saúde
PFI	<i>Private Finance Initiative</i>
PGE	Procuradoria Geral do Estado
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPP	Parceria Público-Privada
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RBD	Rede Brasileira de Diagnósticos SPE S.A.
RCL	Receita Corrente Líquida
RIS	<i>Radiology Information System</i>
SAIS	Superintendência de Atenção Integral a Saúde
SEFAZ	Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SI	Sistemas de Informação
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Teoria da Agência

TCE-BA	Tribunal de Contas do Estado da Bahia
UH	Unidade Hospitalar
VFM	<i>Value for Money</i>
VI	Verificador Independente

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 TEORIA DA AGÊNCIA	24
2.1.1 Governança Pública	31
2.2 DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BUROCRÁTICA AO NOVO GERENCIALISMO ...	34
2.2.1 Razões para a adoção da abordagem do Novo Gerencialismo	37
2.2.2 Parceria Público-Privada	41
2.2.3 Parcerias Público-Privadas no Brasil	42
2.2.4 Características do modelo de PPP implantado no Brasil	45
2.3 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	48
2.3.1 Aspectos Conceituais referentes às Políticas Públicas	48
2.3.2 Modelos de Análise de Implementação de Políticas Públicas	52
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	57
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	57
3.2 <i>LOCUS</i> DA PESQUISA.....	59
3.3 DESENHO METODOLÓGICO DO ESTUDO	61
3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA	63
3.5 COLETA DE DADOS	63
3.6 PLANO DE ANÁLISE	64
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	67
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
4.1 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO DA PPP.....	69
4.1.1 Amparo legal e normativo para implantação: contrato e normativas	69
4.1.2 Motivação sobre a escolha do modelo de gestão PPP adotado para esse serviço	75
4.1.3 Rede de atores e serviços que se articulam na produção do Diagnóstico por Imagem na PPP do Estado da Bahia	80
4.1.4 Discricionariedade (poder de decisão) dos implementadores da PPP de Imagem	82
4.1.5 Metodologia de implementação da PPP de Imagem (<i>top-down</i> ou <i>bottom-up</i>)	84

4.2 ASPECTOS FACILITADORES E LIMITADORES NA IMPLEMENTAÇÃO DA PPP EM SERVIÇOS DE APOIO AO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA	85
4.2.1 Aspectos facilitadores e limitadores do Agente e do Principal	86
4.2.2 Capacitação técnica e gerencial dos parceiros – públicos e privados – para a implementação do projeto de PPP de Imagem	88
4.3 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS DIFERENTES <i>STAKEHOLDERS</i> NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PPP	91
4.3.1 Parâmetros Situacionais que a SESAB controla na implementação (validade da tecnologia)	92
4.3.2 Avaliação dos riscos da implementação da PPP de imagem e quem os assume	93
4.3.3 Indicadores de monitoramento e avaliação do contrato	94
4.3.4 Tipo de contrato utilizado na PPP de Imagem (de resultado ou contrato baseado em comportamento)	100
4.3.5 Vantagens e desvantagens do contrato da PPP de Imagem	100
4.3.6 Especificidades dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde que interferem nas relações entre a SESAB e os <i>stakeholders</i> da PPP	101
4.4 MECANISMOS DE GOVERNANÇA	104
4.4.1 Mecanismos institucionais/legais (Mecanismos de Governança Corporativa previstos no contrato que visam à redução dos riscos na implementação da PPP)	104
4.4.2 Escopo de atuação do Verificador Independente	111
4.4.3 Relações do Verificador Independente com o Agente (RBD) e o Principal (SESAB)	113
4.4.4 Existência de Sistema de Informação de monitoramento e controle dos exames produzidos	115
4.4.5 Mecanismos institucionais de <i>accountability</i> presentes na gestão	116
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS	122
APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista: Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB	135

APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista: Rede Brasileira de Diagnóstico SPE SA (RBD)	138
APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista: Procuradoria Geral do Estado da Bahia – PGE	140
APÊNDICE D – Roteiro da Entrevista: Secretaria Estadual da Fazenda da Bahia – SEFAZ.....	142
APÊNDICE E – Roteiro da Entrevista: Comissão de Acompanhamento – SESAB.....	144
APÊNDICE F – Plano de análise dos dados	146
APÊNDICE G – Protocolo de análise de documentos	148
APÊNDICE H –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	149

1 INTRODUÇÃO

A partir dos anos 1990, a abordagem da Nova Gestão Pública (NGP) norteou as reformas na Administração Pública em diversos países. Foram três os pontos centrais da NGP: construção de um modelo organizacional mais flexível; gestão voltada para os resultados; e novas formas de *accountability*¹ (FERLIE *et al.* 1999; ABRUCIO, 2012; CARRERA, 2012).

No Brasil, esse fenômeno iniciou-se em 1995, com a proposta de reforma do Estado brasileiro, durante o governo do então Presidente Fernando Henrique Cardoso, e impactou de modo significativo as funções do Estado, principalmente no que se refere à execução de políticas públicas, bem como nos modelos de gestão dos serviços públicos.

O objetivo da Reforma do Estado, no Brasil, era contribuir para a formação de um Estado mínimo e eficiente. Essa reforma compreendeu três dimensões: a) institucional-legal, voltada à descentralização da estrutura das organizações governamentais, mediante a criação de novos formatos organizacionais, tais como: agências reguladoras, executivas e as Organizações Sociais (OS); b) gerencial, caracterizada pela maior autonomia e pela introdução de três novas formas de responsabilização dos gestores – a administração por resultados, a competição administrada por excelência e o controle social – em substituição parcial dos regulamentos rígidos, da supervisão e da auditoria, que caracterizam a administração burocrática; e c) uma dimensão cultural, que compreendia uma mudança de valores, visando passar da desconfiança generalizada – que, para os defensores da NGP, caracteriza a administração burocrática – para uma confiança maior, ainda que limitada, própria da administração gerencial (BRESSER-PEREIRA, 1995).

Várias foram as justificativas para a reforma do Estado, entre elas, o déficit fiscal, a ideia de trazer para a Administração Pública brasileira a revolução gerencial que ocorreu na administração de empresas, por meio da flexibilização, da descentralização dos processos de trabalho e decisórios, do controle por resultados em vez do controle dos processos, e da ênfase na qualidade e na eficiência dos serviços prestados aos usuários (MENDES, 2000).

¹ Abrucio e Loureiro (2004, p. 75) definem *accountability* como a construção de mecanismos institucionais por meio dos quais os governantes são constrangidos a responder, ininterruptamente, por seus atos ou omissões perante os governados.

No contexto do Novo Gerencialismo, as atividades de gestão e fiscalização dos contratos ganharam relevância, baseando-se, entre outras teorias, nos pressupostos da Teoria da Agência (TA), à medida que a perspectiva do Agente versus o Principal suscita questões relativas ao funcionamento do mercado, à representação política, à *accountability* e à regulação (COSTA, 2012).

Nesse cenário de mudanças, novas formas de gestão dos serviços públicos de saúde emergiram, a exemplo das OS, da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e, mais recentemente, da modalidade de Parceria Público-Privada (PPP).

Este trabalho trata do processo de implementação de contratação da PPP do Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem. A implementação é uma etapa do ciclo de políticas públicas de suma importância para o processo, pois, nessa etapa, as ações formuladas são executadas. A implementação de Política Pública é uma temática que ganha força nas agendas de pesquisas (NUNES, 2017), embora tenha havido oscilação de importância no período de 1970 até os dias atuais, conforme o estágio em que a Administração Pública se encontra (HILL; HUPE, 2002).

As PPP estão presentes em setores como: saneamento, mobilidade urbana, estradas, aeroportos, sistemas prisionais, educação e saúde. No que se refere ao setor saúde, são cabíveis em diversas situações, como reforma e/ou construção de instalações de serviços, provisão de serviços não clínicos, prestação de serviços de atenção primária, provisão de serviços de apoio diagnóstico, provisão de serviços clínicos especializados e gestão hospitalar.

A PPP foi idealizada na Inglaterra no início dos anos 1990, mais precisamente durante o governo de Margaret Thatcher, com o objetivo de contornar a escassez de recursos públicos. Assim, possibilitava o retorno dos investimentos nos setores de infraestrutura. A modalidade inglesa de associação público-privada é conhecida como *Private Finance Initiative* (PFI). Naquele país, o conceito de PPP é amplo e abrange não somente as PFI como também outras formas de articulação entre os setores público e privado.

Essa modalidade de gestão se justificou por um conjunto de fatores, tais como: expectativa de melhoria nos serviços públicos; crença de que as empresas privadas podem ser mais eficientes e melhor gestoras do que as organizações públicas; perspectiva de melhora da eficiência na utilização dos recursos públicos; transferência e compartilhamento de riscos; possibilidade de aumento de investimentos públicos,

por intermédio de participação de recursos privados; governança e monitoramento dos serviços (HM TREASURY, 2003).

No Brasil, a PPP foi instituída com a criação da Lei Federal nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, e se caracteriza por dois tipos: as concessões administrativas e as concessões patrocinadas (BRASIL, 2004). A diferença entre os dois tipos reside na remuneração do parceiro: enquanto nas concessões patrocinadas a remuneração é composta pelo pagamento de contraprestações por parte do ente público e pela cobrança direta de uma tarifa do usuário final; nas concessões administrativas, o parceiro privado não cobra tarifa do usuário, sendo remunerado somente mediante contraprestações pagas pelo Estado. Essa tarifa pode até existir, na forma de tarifa “sombra”, que é quando o parceiro público paga um adicional para que desonere o usuário.

No cenário nacional, identificam-se projetos de PPP em diversas áreas, tais como: transporte, infraestrutura, educação, sistema penitenciário e serviços de saúde. Nesses serviços, o tipo de concessão usado é a administrativa, quando não é possível ou conveniente cobrar do usuário pelo serviço de interesse público prestado pelo parceiro privado. Assim, a remuneração da empresa é integralmente feita pelo poder público. A justificativa para a contratação das PPP é a busca por eficiência para o serviço público. Para tanto, é preciso analisar a conveniência e a necessidade da sua realização. Além disso, é necessário decidir quais tipos de serviços serão contratados: construção de unidades, provisão de serviços não clínicos, provisão de serviços clínicos etc. (MEDICI, 2011).

O Estado da Bahia instituiu o Programa de Parcerias Público-Privadas mediante a Lei nº 9.290, de 27 de dezembro de 2004 (BAHIA, 2004). A lei baiana apresenta mecanismos para não comprometer o equilíbrio fiscal do Estado e criou o Conselho Gestor do Programa de Parcerias Público-Privadas do Estado da Bahia (CGP), ao qual cabe a aprovação dos projetos e o seu acompanhamento. A legislação federal estabeleceu um limite de 5% da Receita Corrente Líquida (RCL) com as despesas de caráter continuado derivadas das PPP, que, se superado, sujeitaria o ente federado ao não recebimento de transferências voluntárias ou concessão de garantia pela União. De acordo com a legislação estadual, os gastos com as PPP que vierem a depender de recursos do Tesouro Estadual são limitados ao percentual de até 5% da RCL.

No Estado da Bahia, o Programa de Parcerias Público-Privadas possuía, até o momento de conclusão desta dissertação, oito contratos em execução (Sistema de Disposição Oceânica do Jaguaribe, Arena Fonte Nova, Hospital do Subúrbio, Sistema Metroviário Salvador – Lauro de Freitas, Instituto Couto Maia, Diagnóstico por Imagem, Sistema Viário BA052 (Estrada do Feijão) e Monotrilho) (SEFAZ/BA, 2021). Ademais, em publicação pela Empresa Radar PPP, verificou-se que o contrato do projeto Sistema Viário do Oeste – Ponte Salvador-Ilha de Itaparica (segmento Mobilidade) celebrado entre a Concessão Sistema Rodoviário Ponte Salvador Ilha de Itaparica S.A. e o Estado da Bahia foi publicado em novembro de 2020 (RADAR, 2021).

No âmbito dos serviços de saúde, existem, na Bahia, três contratos de PPP: Hospital do Subúrbio (2010), Instituto Couto Maia (2013) e Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem (2015).

Em regime de concessão administrativa, a Concessionária Rede Brasileira de Diagnósticos SPE S.A. foi contratada pelo Governo do Estado da Bahia para gestão e operação de Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem em uma Central de Imagem e em 11 Unidades Hospitalares (UH) integrantes da Rede Própria da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). O prazo da concessão definido foi de 11 anos e 6 meses, contado a partir da data da assinatura do Contrato de Concessão para o provimento dos serviços de telemedicina, diagnóstico e bioimagem.

O Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na modalidade de PPP é pioneiro no País e apresenta algumas especificidades/peculiaridades. Trata-se de serviço que é mão de obra intensiva; e, também, é composto por equipamentos de elevado custo de aquisição e manutenção, muito suscetível à padronização, envolvendo várias unidades de saúde, vinculados a uma central de imagem, cuja demanda é regulada pelo Estado e cuja oferta depende da capacidade de planejamento e programação, necessitando, para tanto, de protocolos atualizados, conhecimento do perfil epidemiológico da população e da capacidade da rede de serviços em cada território, micro e macrorregional de saúde, o que pode evitar duplicidade de ações, custos desnecessários e vazios assistenciais.

Um aspecto importante a ser destacado quando se analisa a PPP de Imagem é que a indústria de equipamentos médico-hospitalares necessita intensamente de pesquisas realizadas em outras disciplinas científicas e em outras indústrias, evidenciando um conteúdo interdisciplinar. Avanços da física no estudo da estrutura

do átomo foram decisivos na aplicação da ressonância magnética na medicina, assim como a tomografia computadorizada foi consequência de avanços na computação e na matemática. No entanto, é necessário levar em consideração que o processo de inovação incremental não ocorre apenas nos laboratórios industriais, mas também na prática clínica e gerencial. Nesses processos, o envolvimento de especialistas médicos e gestores é fundamental para a identificação da necessidade e da possibilidade de um novo equipamento; para a criação de protótipo de uma aplicação de tecnologias; e para aprimoramentos (ALBUQUERQUE; CASSIOLATO, 2002).

Outro ponto importante para as inovações na indústria de equipamentos médico-hospitalares está relacionado com a necessidade de uma formação de quadros técnicos e científicos especializados para viabilizar o aproveitamento de oportunidades tecnológicas geradas por uma multiplicidade de fontes. Além disso, é particularmente visível, nesse setor, o papel da pesquisa básica como formadora de mão de obra especializada, assim como das instituições de formação (nas áreas científica e técnica) (ALBUQUERQUE; CASSIOLATO, 2002).

Ante as especificidades do Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem, no caso da Bahia, gerenciado pela PPP, e considerando o arcabouço teórico que aborda as diretrizes para a operacionalização dos Contratos de PPP, desde o seu planejamento, estruturação e execução, tem-se em vista que, embora a literatura nacional sobre as PPP seja abrangente, não foram identificados nas pesquisas estudos referentes à Implementação de PPP nesse serviço. Em buscas realizadas pela autora desta dissertação, em sites e bancos de dados do SciELO, CAPES e Google Acadêmico, utilizando as palavras-chave Parceria Público-Privada (PPP); Teoria da Agência; Implementação de Políticas Públicas; Nova Gestão Pública e Diagnóstico por Imagem, foi encontrado apenas um estudo em língua portuguesa que aborda, no âmbito de uma PPP, avaliação de performance na área de Imagem (BOTELHO, 2010). Isso demonstra uma lacuna teórica a ser preenchida com a realização deste trabalho.

Nesse contexto, apresenta-se a seguinte questão de pesquisa: como se caracteriza o processo de implementação da PPP de Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia, considerando-se as estratégias, as especificidades dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia e as relações Agente-Principal?

Para responder a essa questão, tem-se como objetivo geral: compreender o processo de implementação da PPP dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia, considerando-se as estratégias, as especificidades e as relações entre Agente-Principal.

Apresentam-se como objetivos específicos:

- a) Mapear a rede de atores e serviços que se articulam na produção do Diagnóstico por Imagem na PPP do Estado da Bahia.
- b) Descrever os Mecanismos de Governança presentes no contrato e que restringem possíveis comportamentos oportunistas do Agente.
- c) Identificar os aspectos facilitadores e limitadores na implementação da PPP em Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia.
- d) Analisar as estratégias utilizadas pelos diferentes *stakeholders* no processo de implementação da PPP, considerando-se as especificidades dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia e as relações entre Agente-Principal.

Parte-se dos seguintes pressupostos:

P1) A implementação do Serviço de Apoio Diagnóstico requer, do Principal, estratégias que envolvem capacidade de governança, planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços, caracterizando-se por uma articulação em rede de atores e serviços, cujo núcleo central está sob a responsabilidade do Principal, no caso, a SESAB.

P2) O contrato da PPP para o Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem alinha-se com os princípios do Novo Gerencialismo, quais sejam: gestão para resultados, adoção de um modelo organizacional eficiente, flexível e *accountability*.

Os resultados deste estudo contribuem para compreender a implementação da modalidade de PPP de Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem no Estado da Bahia, mediante a sistematização de como ocorreu a sua implantação/implementação, identificando e superando os limites desse modelo de gestão, bem como servindo de fonte para avanços, novos questionamentos e realização de outras pesquisas.

Este estudo tem como fundamentação a TA, a abordagem do Novo Gerencialismo no contexto brasileiro e a implementação de políticas públicas em Serviços de Saúde.

Além desta introdução e das considerações finais, esta dissertação é composta por cinco tópicos. O primeiro apresenta a TA e a governança pública como importante aspecto associado à TA. O segundo trata do Novo Gerencialismo e seus precedentes burocráticos como contexto no qual é adotada esta modalidade de gestão: a PPP. O terceiro se refere à implementação de políticas públicas. O quarto tópico descreve os aspectos metodológicos. No quinto, são apresentados e discutidos os resultados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TEORIA DA AGÊNCIA

Objetiva-se discutir a TA como referencial teórico basilar desta dissertação. Essa teoria aborda o relacionamento entre Agentes nas trocas econômicas, em que um ator (o Principal) tem poder sobre o comportamento de um outro ator (o Agente) em seu favor, e o bem-estar do Principal sofre influência das decisões do Agente. A TA está associada à governança na gestão pública

O foco dessa teoria está no relacionamento entre Agente e Principal, no qual o Agente dispõe de informações privilegiadas e suas ações afetam o bem-estar entre as partes, sendo dificilmente observáveis pelo Principal. Esse tipo de relação coloca em cena o problema de assimetria de informações entre o Agente e o Principal (JENSEN; MECKLING, 1976; EISENHARDT, 1989), que favorece o primeiro em detrimento do segundo.

O cerne da TA é a solução de dois problemas que podem ocorrer nas relações entre Principal e Agente. O primeiro é o problema de Agência, que surge quando os desejos ou objetivos do Principal e do Agente são conflitantes e é difícil ou custoso para o Principal averiguar o que o Agente está realmente fazendo. O problema aqui é que o Principal não pode verificar se o Agente se comportou de forma apropriada. O segundo é o compartilhamento do risco, que surge quando Principal e Agente têm diferentes atitudes em relação ao risco. A questão aqui é que o Principal e o Agente escolhem ações diversas, por causa de suas diferentes preferências de risco (EISENHARDT, 2015). O Quadro 1 apresenta uma visão geral sobre os principais aspectos da TA.

Quadro 1 – Visão geral da Teoria da Agência

Ideia Central	A relação entre Principal e Agente reflete a eficiência da organização, da informação e os custos que implicam riscos
Unidade de Análise	Contrato entre Principal e Agente
Suposições humanas	Interesse pessoal, racionalidade limitada e aversão ao risco
Suposições sobre a organização	Conflito de metas entre as partes, assimetria de informação entre Principal e Agente e a eficiência como critério de eficácia
Suposições sobre a informação	A informação como uma mercadoria
Problemas de contrato	Problemas de Agência (risco moral e seleção adversa) e de compartilhamento de riscos
Problema da teoria	Relacionamentos em que o Principal e Agente têm, em parte, diferentes objetivos e diferentes atitudes perante o risco

Fonte: adaptado de Eisenhardt (1989).

De acordo com Eisenhardt (2015), a TA tem se desenvolvido mediante duas linhas de pesquisas: positivista e Principal-Agente. As duas correntes compartilham uma unidade comum de análise: o contrato entre o Principal e o Agente, assim como os mesmos pressupostos sobre pessoas, organizações e informações. Os pesquisadores positivistas buscam identificar situações em que o Principal e o Agente apresentam objetivos conflitantes e descrever os Mecanismos de Governança que restringem o comportamento oportunista do Agente, ou seja, resolver o problema de Agência.

Na corrente positivista, duas proposições são identificadas: a primeira é quando o contrato entre o Principal e o Agente é baseado em resultados, sendo mais provável que o Agente se comporte de acordo com os interesses do Principal. O argumento é que contratos por resultados inibem o oportunismo dos Agentes, pois as recompensas para ambos dependem das mesmas ações, e os conflitos de interesse entre o Agente e o Principal são reduzidos. A segunda proposição é quando o Principal tem informação para verificar o comportamento do Agente, sendo assim mais provável que o Agente se comporte de acordo com os interesses do Principal. Acredita-se que Sistemas de Informação (SI), quando bem utilizados, podem limitar o comportamento oportunista do Agente (EISENHARDT, 1989).

Conforme Eisenhardt (1989), a corrente de pesquisa Principal-Agente apresenta proposições que sugerem quando é mais adequado o uso de um contrato baseado em resultados ou em comportamentos. O foco está no contrato entre o Principal e o Agente e qual a opção mais eficiente em uma dada situação. Assim, considera-se um conjunto de variáveis – tarefa programável, SI e incerteza de resultados – para definir se o contrato é com base em resultados ou em comportamento.

As duas correntes são complementares. A corrente positivista identifica diversas alternativas de contrato, e a Principal-Agente indica qual contrato é mais eficiente sob muitos níveis de incerteza de resultados, aversão ao risco, informações e outras variáveis (EISENHARDT, 2015).

Com base nessas duas correntes de pesquisa, Eisenhardt (1989) procede uma revisão de todas as proposições definidas pelos estudiosos da TA nas duas correntes – positivista e Agente-Principal – mediante desenvolvimento das abordagens.

No sentido de utilizar a TA para compreender a relação contratual estabelecida entre Agentes e Principal no ambiente de PPP, o Quadro 2 reúne as proposições definidas por estudiosos da TA e revisadas por Eisenhardt (2015)

Quadro 2 – Proposições da Teoria da Agência para a relação Agente-Principal

Situação	Proposição
Contratos por resultados são eficientes no combate ao oportunismo dos Agentes, pois as recompensas para ambos dependem das mesmas ações, e os conflitos de interesses individuais são reduzidos.	Quando o contrato entre o Principal e o Agente é baseado em resultados, é mais provável que o Agente se comporte de acordo com os interesses do Principal.
Sistemas de Informação são importantes para inibir o oportunismo dos Agentes, pois o Principal tem conhecimento do que os Agentes estão fazendo, e estes se sentem impedidos a enganar o Principal.	Quando o Principal tem informação para verificar o comportamento do Agente, é mais provável que o Agente se comporte de acordo com os interesses do Principal.
Comportamento do Agente não observável pelo Principal. Opção 1: investimentos em Sistemas de Informações.	Sistemas de Informação são positivamente relacionados com contratos baseados em comportamento e negativamente com contratos baseados em resultados.
Comportamento do Agente não observável pelo Principal. Opção 2: estipular contratos baseados em resultados para alinhar as preferências do Agente com as do Principal e transferir riscos para o Agente.	A incerteza de resultados está positivamente relacionada com contratos baseados em comportamento e negativamente com contratos baseados em resultados.
MacCrimmon e Wehrung (1986) indicam que os indivíduos variam bastante quanto a sua atitude diante do risco. Quando o Agente se torna menos avesso ao risco, mais atrativo se torna passar os riscos para ele, utilizando um contrato baseado em resultados e, se o Agente for mais avesso ao risco, menos atrativo será transferir os riscos.	A aversão ao risco apresentada pelo Agente está positivamente relacionada com contratos baseados em comportamento e negativamente com contratos baseados em resultados.
Quando o Principal se torna mais avesso ao risco, é cada vez mais atraente passar o risco para o Agente.	A aversão do Principal ao risco está negativamente relacionada com contratos baseados em comportamento e positivamente relacionada com contratos baseados em resultados.
Atribuições programáveis (rotinizadas).	Atribuições programáveis de tarefas são positivamente relacionadas com contratos baseados em comportamento e negativamente com contratos baseados em resultados.
Quando é possível mensurar os resultados, os contratos por resultados são mais atraentes.	A mensurabilidade do resultado está negativamente relacionada com os contratos baseados no comportamento e positivamente referente aos contratos baseados em resultados.
Quando o Principal e o Agente estão em relações de longo prazo, é mais provável que o Principal aprenda sobre o Agente e possa melhor avaliar o seu comportamento.	A duração do relacionamento de Agência é positivamente relacionada com os contratos baseados no comportamento e negativamente com os contratos baseados em resultados.

Fontes: Eisenhardt (2015), Carvalho (2014).

A unidade de análise é o contrato que orienta a relação entre o Principal e o Agente. O cerne da TA está em determinar o contrato mais eficiente para reger a relação Agente-Principal. Diversas suposições são dadas sobre o comportamento do Agente (por exemplo, interesse próprio, racionalidade limitada e a aversão ao risco), das organizações (tal como o conflito entre as metas dos membros) e as informações (por exemplo, a informação é uma mercadoria que pode ser comprada) (EISENHARDT, 2015), conforme apresentadas no Quadro 1.

Para Perrow (1986), a racionalidade limitada cria o problema de oportunismo. Isso porque as imperfeições de informações entre os Agentes e Principal permitem que esses se comportem de forma oportunista. A noção de comportamento oportunista está relacionada com a conduta que os Agentes passam a adotar, em observância às lacunas dos contratos e posse de informações privilegiadas, orientadas pela busca do próprio interesse.

Para o estudo das PPP, o aspecto a ser considerado sob a ótica da TA está associado à possibilidade de que contratos focados em resultados sejam mais eficientes do que contratos voltados para o comportamento na implementação de políticas públicas, tendo em vista que entes privados implementadores de PPP são avaliados e remunerados com bases nos resultados da implementação, ao passo que entes privados implementadores de empreitadas e concessões comuns são avaliados e remunerados de acordo com o seu comportamento, pois o importante é a qualidade e a eficiência da execução, e não necessariamente a efetividade (CARVALHO, 2014).

Para Eisenhardt (1985) *apud* Silva (2011, p. 21-22), a habilidade dos Principais em saber se os Agentes estão ou não agindo de acordo com seus interesses decorre das informações disponíveis aos Principais. Essas informações podem ser conseguidas mediante monitoramento direto das ações dos Agentes ou mesmo indiretamente, pelo acompanhamento dos resultados alcançados pelos Agentes, por meio do Verificador Independente (VI), Controle Interno e Controle Externo.

O VI foi criado, principalmente, para mitigar os riscos da parceria entre o setor público e o setor privado. A assimetria de informação demanda a presença do VI para agregar valor aos contratos de PPP, que, assim, passam a ter um terceiro ente que, partindo da premissa que assumirá princípios de idoneidade, imparcialidade, ética, competência técnica e transparência, agirá na busca do alinhamento do relacionamento entre as partes conforme contratualizado. É importante mencionar que cada contrato de PPP possui diferente detalhamento do escopo de atuação do VI,

porque há uma infinidade de serviços que podem ser prestados por meio de PPP, e cada um exige diferente forma de acompanhamento (OLIVEIRA; PAIVA, 2013).

De acordo com Marques (2019), o VI proporciona estabilidade contratual e desempenha o papel tanto de apoio à fiscalização do Estado como para os parceiros privados quando garante a diminuição dos custos de transação. Ademais, conforme a autora, o VI atua como intermediário quando ocorrem divergências no compute de indicadores de desempenho trazendo segurança ao ente privado, em consonância com aos princípios do Novo Gerencialismo.

Segundo o entendimento de Hatch (1997) e conforme citado por Sato (2007), o problema de Agência envolve o risco de o Agente atuar de acordo com seus próprios interesses em vez daqueles do Principal. A fim de evitar os problemas resultantes da divergência de interesses, são realizados contratos, cujo objetivo é alinhar os interesses dos Agentes com os de seus Principais.

De acordo com Jensen e Meckling (1976) *apud* Reis (2014), o problema da Agência é que as informações são assimétricas, e os interesses do Agente e do Principal podem divergir. Assim, aparecem os Custos de Agência, representados pelo custo de monitoramento por parte do Principal, e podem ser obtidos pelo monitoramento direto das ações dos Agentes ou mesmo, indiretamente, pelo acompanhamento dos resultados alcançados pelos Agentes

Segundo Sato (2007), com o propósito de proteger os interesses dos Principais, é necessária a adoção de mecanismos que reduzam a possibilidade de os Agentes agirem em desacordo. Nessa tarefa, custos são incorridos e denominados Custos de Agência (CLEGG; HARDY; NORDY, 1996). Os custos totais de agência se constituem no montante gasto no monitoramento pelos Principais, os custos da dependência dos Agentes e a perda residual assumida pelo Principal.

Arrow (1985) identifica dois tipos de problemas de agência que podem ocorrer. O primeiro é o risco moral, relativo ao Agente ter acesso a informações privilegiadas ou ao Principal não conseguir monitorar perfeitamente as ações do Agente, o que pode acarretar decisões não previstas no contrato. O segundo é a seleção adversa, que representa o fato de os Agentes possuírem informações desconhecidas por parte do Principal ou cujos custos de obtenção são elevados.

Os problemas de Agência são resolvidos, normalmente, de duas maneiras: monitoramento e penalização. Para Clegg, Hardy e Nord (1996), o monitoramento

envolve a observação da *performance* dos Agentes, e a penalização é a punição por um comportamento não desejado dos Agentes.

De acordo com a TA, penalidades contratuais devidamente estruturadas e recompensas podem diminuir o conflito entre o objetivo do Principal e do Agente; assim como defende que é imprescindível que existam mecanismos de monitoramento e de controle para que o processo de gestão do contrato seja realizado de forma eficiente, prevenindo, com isso, prejuízos ao Estado (EISENHARDT, 1989). Dessa forma, a gestão contratual é importante para diminuir os riscos decorrentes da adoção do modelo gerencialista pela Administração Pública brasileira.

Para Carvalho (2014), no caso das PPP em que são envolvidos recursos públicos de elevados valores financeiros e prazo, é mais acentuado o conflito de interesses. Segundo Silva (2005), o investimento privado busca a segurança e a garantia do retorno do capital investido, ao lado do lucro, ao passo que o poder público almeja a agilidade no atendimento e a preservação dos direitos dos usuários. Por isso, é necessário implementar mecanismos que propiciam o aumento da vigilância sobre a aplicação dos recursos públicos por Agentes não públicos.

A Lei nº 11.079/2004 estabelece que sejam criadas sociedades na forma de companhias abertas e veda à Administração Pública a titularidade da maioria do capital votante (BRASIL, 2004). Conforme Carvalho (2014), a Administração Pública não pode ser a responsável pela gestão, ficando esta atividade para o ente privado em todos os casos de PPP. As organizações criadas para implementar e gerir as políticas públicas oriundas de projetos de PPP são de natureza jurídica privada.

Ainda, segundo Carvalho (2014), os contratos provenientes de licitações sob a Lei nº 11.079/2004 podem ser encarados como contratos baseados em resultados e, como os demais contratos, oriundos de licitações sob as Leis nº 8.666/93 e nº 8.987/95, podem ser considerados como contratos baseados em comportamento. O Quadro 3, elaborado pelo autor, com base nas Leis nº 8.666/93 e nº 11.079/2004 e em autores especializados, demonstra as exigências dos dois tipos de contratos: o primeiro é baseado em comportamento, e o segundo é baseado em resultados.

Quadro 3 – Características dos Contratos Públicos Convencionais e Contratos de PPP

Lei nº 8.666/93 – Lei de Licitações (contrato baseado em comportamentos)	Lei nº 11.079/2004 – Lei de PPP (contrato baseado em resultados)
A administração deve definir prévia e exaustivamente o modo como o serviço será prestado (LL, art. 7º, § 2º, I e II).	Embora a administração defina o objeto e modo de prestação do serviço, não precisa fazê-lo exaustivamente, podendo deixar liberdade quanto ao detalhamento e aos meios a empregar (art. 3º, caput).
Deve haver pagamento mensal, correspondente ao custo das prestações executadas no período (LL, art. 7º, § 2, III e art. 40, XIV, a).	A remuneração dependerá da fruibilidade dos resultados, seja pelo pagamento por uso efetivo do serviço da parte dos usuários, seja pela remuneração por parte do ente público, subordinada à efetiva prestação do serviço e não mais somente a entrega do ativo (PPP, art. 6º, parágrafo único e art. 7º).
As parcelas do preço são calculadas em função da tarefa executada (LL, art. 7º, § 2º, II e art. 40, XIII).	As parcelas de preços são calculadas em função do nível de serviço estabelecido e do efetivo cumprimento de tal nível na execução do serviço (PPP, art. 4, VI e 5º III).
O único risco da má execução é o de a Administração recusar o recebimento do objeto, o que ocorrerá somente se a administração tiver recursos e conhecimentos técnicos para tanto, o que usualmente não ocorre (SUNDFELD, 2005).	A remuneração somente ocorre se o serviço oriundo dos ativos construídos com o capital do ente privado for usufruído pela administração ou pelos administrados (art. 7º).
A Instrução Normativa MPOG/SLTI nº 2/2008 estabelece que o Fiscal de Contrato deve conferir até mesmo o horário de entrada e saída dos empregados do ente privado, se os salários estão sendo pagos, se as qualificações dos empregados exigidas no contrato foram atendidas e até as condições de trabalho a que os empregados do terceirizado estão submetidos	Na fase de execução contratual, a fiscalização observará o fiel cumprimento das normas pertinentes e das cláusulas contidas no contrato e nos respectivos termos aditivos firmados com a SPE (TCU, 2007). Ou seja, não há obrigatoriedade de fiscalizar o comportamento rotineiro do ente privado, uma vez que o desembolso de capital público ocorrerá somente depois que o ativo estiver sendo utilizado para a prestação do serviço e, neste momento, a fiscalização ocorrerá sobre os indicadores de qualidade na prestação no serviço.
Em serviços contínuos, o prazo original máximo da contratação é de um ano, prorrogável até o limite de cinco anos (LL, art. 57, caput e inc. II).	O prazo mínimo é de cinco anos; e o máximo, de 35, incluindo eventuais prorrogações (PPP, art. 5º, I). Aliado a outras características, o longo prazo dos contratos introduz nas PPP um mecanismo intrínseco de incentivo à eficiência: a otimização da relação custo/qualidade ao longo do ciclo de vida do projeto (SILVA, 2005).
Em uma construção de uma rodovia, por exemplo, a especificação do objeto a ser entregue deverá contemplar o tipo de pavimento, a espessura, a resistência à rodagem dos diferentes veículos etc. Findo o prazo de construção, a manutenção da rodovia passa para o ente público, que assume todos os riscos. (SILVA, 2005)	Na construção da mesma rodovia, como quem a construiu terá que manter por até 35 anos, a relação custo/qualidade será mais bem trabalhada pelo ente privado e o contrato focará sua fiscalização na qualidade da prestação do serviço ao usuário, e não na qualidade da execução da obra em si. (SILVA, 2005).

Fonte: Carvalho (2014); Silva (2005) e Sundfeld (2005).

Conforme Carvalho (2014), a necessidade de contratos ocorre em função da existência dos problemas de agência, uma vez que Principal e Agente querem aumentar seus benefícios. O controle desse problema pode ser feito mediante ênfase em resultados ou em comportamento, de maneira que os interesses das partes sejam alinhados. Pesquisas organizacionais têm demonstrado que, para assegurar que as metas sejam alcançadas, o controle pode ter por base tanto os resultados quanto o comportamento (SAWHNEY; FRAZIER, 1996).

A Lei nº 11.079, de 2004, traz importantes inovações ao arcabouço jurídico que rege os contratos administrativos. Ao definir a PPP como um Contrato de Concessão de serviços, em oposição à mera aquisição de ativos, acarreta uma mudança no escopo da contratação e no controle dos contratos (CARVALHO, 2014). A lógica passa a ser de resultados, e o controle dos contratos passa a ser realizado por meio de padrões e metas de desempenho, em oposição ao controle físico-financeiro de obras (SILVA, 2005). Deduz-se disso que essa mudança nos contratos públicos tende a criar ou a ampliar os conflitos.

Para a Administração Pública, essa modificação na maneira de contratação impõe desafios, tais como: adequar-se e qualificar-se constantemente para uma gestão por resultados. O gestor público, ao desenhar um contrato de PPP, necessitará modificar o velho hábito de especificar como a obra será construída, para concentrar em como o serviço será prestado. Essa é uma mudança fundamental e que não é simples de ser implementada (CARVALHO, 2014). Para obter êxito nesses contratos, é necessária a escolha de indicadores de resultados e de parâmetros, em conformidade com cada serviço a ser produzido.

2.1.1 Governança Pública

A governança pública é um instrumento importante na redução do conflito de Agência. Os estudos sobre o tema indicam alguns pontos comuns nos conceitos relacionados com a governança, tais como: legitimidade de um espaço público em construção, no qual são travados os encontros entre os atores sociais; uma repartição do poder entre os que governam e os que são governados; negociação entre os atores sociais, estabelecendo diferentes formas de redes e seus diferentes mecanismos de regulação; descentralização da autoridade e das funções referentes ao ato de governar (DALLABRIDA, 2004; CARRION; COSTA, 2008).

Shleifer e Vishny (1997) expuseram o problema da Agência como uma questão direta, associada à governança corporativa, sendo ela especialmente capaz de distinguir as finanças (propriedade) da gestão (controle). O problema da Agência refere-se às dificuldades dos proprietários/acionistas (*shareholders*) terem garantidos que os seus capitais não serão dilapidados ou desperdiçados pela ineficiência da gestão conduzida pelos gestores da corporação. Para a proteção dessa relação, o retorno dos ganhos dos investidores e a remuneração dos administradores, surgem Mecanismos de Governança para o estabelecimento da *accountability*, isto é, a responsabilização, a obrigação de prestar contas, atribuindo o nexos das partes envolvidas com o respectivo resultado obtido pela organização (SANTOS, 2018). De similar maneira funciona a governança pública, cujos mecanismos de *accountability* interessam à sociedade.

Segundo Jensen e Meckling (1976, p. 308), “se ambas as partes do relacionamento são maximizadoras de utilidade, há boas razões para acreditar que o Agente nem sempre atuará nos melhores interesses do diretor”. Assim, os problemas de Agência surgiriam dos conflitos de interesses existentes em atividades de cooperação entre os indivíduos, quer essa cooperação ocorra ou não em situações de hierarquia entre o Principal e o Agente, emergindo o dever de *accountability* (prestação de contas). Assim, a TA é importante como indutora da governança corporativa e pública, contudo, não é a única razão para determinar os mecanismos da governança.

Na esfera pública, o surgimento da governança acompanha a evolução do papel do Estado e, conseqüentemente, do Novo Gerencialismo, que, segundo Hood (1991), é o resultado da conjugação das abordagens econômicas neoinstitucionais e a perspectiva da NGP. Isso implica que o Novo Gerencialismo e a governança corporativa compartilham algumas das raízes institucionais, econômicas e teóricas, complementando-se mutuamente para a definição de uma postura do setor Estatal, voltada para atender aos anseios da sociedade, ampliando a visão da gestão pública para a governança pública (KICKERT, 1997).

A governança pública pode ser definida de diversas formas, a depender da área que está sendo trabalhada. Se analisada sobre as premissas empresariais, significa que, para as organizações privadas, há aumento do controle por parte dos *stakeholders* (OECD, 2004).

No campo da Ciências Política e da Administração Pública, governança seria a atuação conjunta dos setores público e privado na criação de políticas públicas, permitindo maior participação nos processos decisórios (SECCHI, 2009).

O Banco Mundial, a partir dos anos de 1990, introduziu o conceito de boa governança como parte de seu critério de empréstimo para países em desenvolvimento. Em 2007, sugeriu como princípios básicos da Boa Governança no Setor Público: a legitimidade, a equidade, a responsabilidade, a eficiência, a probidade, a transparência e a *accountability*. A argumentação para indicação desses princípios foi desenvolvida segundo as premissas da existência de um Estado Democrático de Direito e de uma sociedade civil participativa.

Matias-Pereira (2010a) esclarece que a governança nas organizações públicas e privadas possui alguns traços semelhantes. Contudo, embora os setores público e privado possuam focos específicos, notam-se pontos de contato, como, por exemplo: as questões que envolvem a separação entre propriedade e gestão, responsável pela geração dos problemas de agência; os instrumentos definidores de responsabilidades e poder; e o acompanhamento e o incentivo na execução das políticas e dos objetivos definidos. Assim, para o autor, reconhecem-se princípios básicos idênticos que norteiam os rumos dos segmentos dos setores privado e público, tais como: transparência, equidade, cumprimento das leis, prestação de contas e conduta ética.

Ronconi (2009), utilizando os conceitos Loffer (2001), complementa sua noção de governança pública, considerando-a como uma nova geração de reformas administrativas e do Estado. Nesse novo momento, empresas, governo e sociedade civil desenvolvem novos processos de coprodução e cogestão social, enfatizando a participação ativa, a ação conjunta e a inclusão dos cidadãos na comunidade política e gerando espaços públicos de participação e controle social. Assim, de acordo com a autora, o Estado tradicional vem se transformando, na medida em que deixa de ser o núcleo exclusivo de formulação e implementação de políticas públicas e passa a compartilhar essa responsabilidade.

Rhodes (1996) compreende governança pública como um arranjo constituído por uma rede de atores, que se inter-relacionam e se que se auto-organizam, visando ao desenvolvimento de políticas públicas. Segundo Bovens (2006, p. 9), a *accountability* pública se manifesta de diversos modos, em que são solicitadas das instituições públicas prestações de contas de suas condutas em vários fóruns e de muitas formas. Para o autor, variados instrumentos fiscalizando no mesmo momento

uma instituição e em múltiplas perspectivas, bem como diversos envolvidos na execução de um determinado recurso, podem afetar a identificação dos responsáveis.

Para o Tribunal de Contas da União (2020), a governança pública organizacional compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.

Com base em Mainwaring (2003), a obrigação de um Agente público ter que prestar contas na forma legal a outro ator é entendida como *accountability*, sendo objeto de análise em três dimensões: transparência (ou *answerability*), quando resultante de mera divulgação de informações; responsividade (ou *responsiveness*), quando requer pedidos de explicação e responsabilização pelos atos praticados, resultando em obrigação legal e institucional de munir os interlocutores das informações solicitadas e responder aos questionamentos apresentados; e capacidade de sanção ou coerção (ou *enforcement*), que resulta em fazer valer a obrigação, seja diante de penalidades ou de incentivos.

Segundo Timmers (2000), a promoção da *accountability* não se dá de forma isolada. A gestão, o controle, a supervisão e a *accountability* são elementos de governança, sendo fundamental a integração de cada uma, objetivando a melhoria da governança pública.

2.2 DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BUROCRÁTICA AO NOVO GERENCIALISMO

Esta seção objetiva apresentar uma breve história do desenvolvimento do Novo Gerencialismo e discutir a adoção dessa abordagem pela Administração Pública no Brasil.

Entre o final do século XIX e o início do século XX, o alemão Max Weber desenvolveu seus estudos sobre a burocracia como forma de dominação legítima, que possui um *ethos* racional e é fundamentada na ética protestante, provocando influência decisiva na evolução da sociedade (COSTA, 2012).

A Administração Pública burocrática surge da evolução histórica e cronológica dos modelos de administração, à luz do modo de produção capitalista. Caracteriza-se, entre outros aspectos, pela racionalização dos processos administrativos e por uma profissionalização do funcionalismo público. Esse modelo é, de certa forma, uma

resposta ao modelo anterior no qual a permeabilidade entre os setores público e privado era praticamente ilimitada (PEREIRA, 2008).

No Brasil, a adoção da lógica burocrática weberiana começou a partir do Estado Novo (1937) com a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), que tinha como finalidade aprofundar a reforma administrativa destinada a organizar e a racionalizar o serviço público no País. O objetivo do órgão era estabelecer a integração entre os diversos setores da Administração Pública e promover a seleção e o aperfeiçoamento do pessoal administrativo, por meio da adoção do sistema de mérito, já que se acreditava ser esse o único sistema capaz de diminuir as interferências dos interesses privados e político-partidários na ocupação dos cargos públicos (MARQUES, 2005).

De acordo com Matias-Pereira (2008), a Administração Pública brasileira não teve um modelo de burocracia pública consolidada, observando-se a existência de um padrão híbrido de burocracia e patrimonialismo. Para o autor, são perceptíveis as limitações da burocracia e que o Estado patrimonialista está fortemente presente na cultura política brasileira, manifestando-se no clientelismo, no corporativismo, no fisiologismo e na corrupção.

Tais disfunções levaram ao reconhecimento que haveria uma crise do modelo burocrático de administração, dando espaço ao surgimento de abordagens que visavam a novas formas de gerenciar os serviços públicos, que não por meio de instituições baseadas no modelo do burocrático. Além disso, os movimentos de reforma do Estado surgiram, entre outras motivações, como uma reação às ineficiências da burocracia (COSTA, 2012).

O Estado brasileiro passou por transformações estruturais oriundas de duas grandes reformas administrativas: a burocrática, iniciada em 1937; e a gerencial, de 1995. Entre essas duas grandes reformas, existiram dois grandes marcos na gestão pública brasileira: o primeiro, em 1967, com a proposta de reforma gerencial da Administração Pública, considerada como o primeiro momento em que o Estado voltou a sua atenção para as transformações do modelo de organização estatal, materializada mediante a publicação do Decreto-Lei nº 200 – o referido decreto objetivava superar a rigidez burocrática –; o segundo marco ocorreu em 1988, com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) (BRASIL, 1988), que, para os defensores da reforma gerencial, representou um retrocesso já que apresentava forte influência do modelo burocrático (BRESSER-PEREIRA, 2008).

Contudo, a reforma da gestão pública iniciada em 1995, com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), buscava superar esse retrocesso, tendo como princípios estratégicos: terceirização, publicização e privatização. No âmbito da terceirização, objetivava-se transferir para empresas privadas os serviços auxiliares do Estado, como obras públicas, limpeza, serviços de alimentação, digitação etc. Já no campo da publicização, estavam os serviços sociais, mediante a contratação de organizações públicas não estatais para realizá-los por contratos de gestão. A privatização é um processo de transformar uma empresa estatal em privada (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Nessa direção, segundo Pires (2019), há uma vasta literatura sobre o assunto que identifica três características principais das reformas do setor público orientadas pelos princípios gerencialistas: a) descentralização, com a desagregação do Estado em atores subnacionais, cisão de grandes estruturas hierárquicas, e separação de funções de governo essenciais (core) daquelas consideradas auxiliares ou complementares; b) privatização e competição, com a desregulamentação de mercados, criação de quase mercados para grande parte dos serviços públicos e das PPP; e c) gestão do desempenho, com a instituição de metas e indicadores de resultados para a mensuração do desempenho de organizações e seus burocratas, além de uma forte ênfase em incentivos específicos com base pecuniária, tais como sistemas de gratificação por desempenho (OSBORNE; GAEBLER, 1992; DUNLEAVY; HOOD, 1994; POLLIT, 1995; BRESSER-PEREIRA, 1998).

A estratégia definida para reformar o aparelho do Estado está fundamentada em três dimensões: a primeira, institucional-legal, aborda a reforma do sistema jurídico e das relações de propriedade; a segunda, cultural, centrada na transição de uma cultura burocrática para uma cultura gerencial; a terceira dimensão trata da gestão pública a partir do aperfeiçoamento da administração burocrática vigente e da introdução da Administração Pública gerencial, incluindo os aspectos de modernização da estrutura organizacional e dos métodos de gestão (BRASIL, 1995).

A proposta de reforma do aparelho do Estado estava consubstanciada na existência de quatro setores: núcleo estratégico (formulação e decisão política); atividades exclusivas (execução de políticas públicas); serviços não exclusivos (alternativa para a “publicização” da prestação de serviços públicos nas áreas hospitalar, cultural, de educação universitária e de pesquisa científica); e setor produção para o mercado (produção de bens) (BRASIL, 1995).

Segundo Abrucio (2006), Bresser-Pereira se baseou em uma ideia motivadora: a de uma administração orientada para resultados, ou gerencial. Os conceitos subjacentes a essa visão foram disseminados por todo o País; e, examinando as ações de vários governos subnacionais, nota-se a influência dessas ideias no desempenho dos gestores públicos e na incorporação de inovações no setor público baseadas nos princípios do Novo Gerencialismo.

Além disso, a “reforma Bresser” concebeu um novo modelo de gestão, que sugeria uma reengenharia institucional, capaz de instituir um espaço público não estatal. As OS e as OSCIP são oriundas desse movimento. Essa ideia se expandiu e, atualmente, pode ser vista nas PPP.

2.2.1 Razões para a adoção da abordagem do Novo Gerencialismo

O crescimento da esfera pública durante a era industrial, com suas burocracias lentas e centralizadas, excesso de normas e regulamentos, existência de cadeias de comando hierárquicas, deixou de funcionar bem. Assim, os governos foram capazes de grandes ações, mas, ao longo do tempo, distanciaram-se das necessidades da sociedade (MENDES, 2000).

A corrente defensora da adoção da abordagem do Novo Gerencialismo argumenta que os governos se tornaram inchados, ineficientes, funcionando com desperdício; e com uma economia globalizada, não acompanhando as mudanças. As burocracias hierárquicas, centralizadas, criadas nas décadas de 1930 e 1940, simplesmente não atuavam bem no quadro altamente mutável da sociedade e da economia dos anos 1990, sob a égide das tecnologias da informação e da sociedade baseada no conhecimento. Os serviços públicos passaram a ser tratados como transatlânticos de luxo em uma era de jatos supersônicos: grandes, caros e pouco eficientes. Gradativamente, estão sendo substituídos por novas modalidades de instituições públicas (OSBORNE; GAEBLER, 1994).

Em meados da década de 1970, uma grande crise econômica mundial pôs fim à era de prosperidade que se iniciara após a Segunda Guerra Mundial. Foi o fim da Era Dourada ou dos Anos Gloriosos, período em que não só os países desenvolvidos, mas também os que iniciavam sua trajetória de desenvolvimento alcançaram altíssimas taxas de crescimento. Essa crise, em que pese a preponderância da dimensão financeira, colocou em questionamento o modo tradicional de organização

e gestão governamental, a partir do esgotamento do modelo burocrático de Administração Pública vigente (MARINI, 2002).

Em síntese, quatro fatores socioeconômicos contribuíram fortemente para a crise do Estado contemporâneo: a) a crise econômica mundial, impulsionada pelas duas grandes crises do petróleo (1973 e 1979); b) a crise fiscal, com os governos não tendo condições de financiar seus *deficit*; c) a ingovernabilidade, com os governos não se mostrando capazes de resolver suas questões políticas, sociais e econômicas; e d) a globalização e o avanço tecnológico, que influenciaram fortemente a sociedade, o Estado e a economia mundial.

A questão da eficiência não era, na verdade, um grande problema quando o Estado não tinha as responsabilidades e os compromissos que tem hoje, decorrentes das crescentes garantias constitucionais e exigentes demandas dos cidadãos. Para Bresser-Pereira (2009, p. 209-10):

Nessa ampla e dispendiosa organização do Estado, o problema da eficiência tornou-se crucial. As demandas de fornecimento de serviços públicos de boa qualidade e baixo custo pesaram sobre políticos e burocratas, cuja legitimidade passou a depender dessa variável.

A redefinição do papel do Estado e da Administração Pública, impulsionada por reivindicações complexas de um mundo em acelerado processo de globalização, mostrou-se urgente e necessária. O modelo desenvolvimentista do Estado, inclusive sua dimensão social, o *Welfare State*, além do modelo burocrático de administração, segundo Bresser-Pereira (2009), dava sinais de esgotamento, pois estava em descompasso com as formas históricas de relacionamento entre Sociedade, Estado e Administração Pública.

Os Estados Unidos da América e a Grã-Bretanha, motivados por suas crises nos anos 1980, foram os principais desencadeadores e difusores do movimento de Reforma do Estado, e foram esses países que primeiro defenderam a adoção do Novo Gerencialismo.

De acordo com Mendes (2000), no caso da Grã-Bretanha, a resposta administrativa à crise direcionou para três diferentes tipos de soluções: o gerencialismo puro; o *consumerism*; e o modelo do *Public Service Oriented* (PSO). O primeiro correspondeu a uma estratégia voltada para a eficiência, que tem como pilares o aumento da produtividade e a redução de custos e de pessoal, aliada à definição de responsabilidades de funcionários e organizações públicas, suas missões

e objetivos. O segundo aprimora o anterior, mas orientado à satisfação das necessidades dos usuários de serviços públicos, analogamente chamados de consumidores. O terceiro propôs um aperfeiçoamento do modelo político em curso à época, com grande participação na definição das finalidades estatais, aumento da *accountability*, estímulo à participação da sociedade, além de transparência, equidade e justiça, possuindo uma visão coletiva do cidadão (MARTINS, 1997).

Já o contexto norte-americano deu origem a uma tendência que tinha como cerne a redução da transferência de recursos federais para estados, radicalizando a descentralização e gerando uma resposta nos moldes do *reinventing the government*, ou reinvenção do governo, preconizado por Osborne e Gaebler (MARTINS, 1997).

Osborne e Gaebler (1994) caracterizaram o Novo Gerencialismo como o governo empreendedor e inovador. Por empreendedor, os autores entendem aquele que movimenta recursos de um setor menos produtivo para um setor mais produtivo e com melhores rendimentos. A sua observação e sua obra são baseadas em governos empreendedores, tendo sido escrita a partir de experiências bem-sucedidas, para servir como exemplo para outras nem tão bem-sucedidas. A obra aponta caminhos para a implantação do Novo Gerencialismo e traz como receitas para o sucesso: inventividade, criatividade, percepção e oportunidades, com vistas a aumentar sua eficiência e efetividade. O modo como os governos funcionam, principalmente em nível local, é também discutido.

Segundo Mendes (2000), há diferentes explicações para adoção de novos modelos de gestão pela Administração Pública, com ênfase no Novo Gerencialismo. Citando Osborne e Gaebler, a autora afirma que a célere propagação do gerencialismo está relacionada com o fato de que as exigências e os desafios de uma sociedade “pós-industrializada”, com base no conhecimento e na informação, não estão ao alcance dos ensinamentos de burocracias centralizadas e padronizadas. Uma sociedade embasada na informação está propensa para o acúmulo de conhecimento, com o propósito de aumentar os níveis de complexidade e entendimento no processamento das informações. Aliado a isso, o processo de reestruturação capitalista, decorrente do colapso do modelo keynesiano de crescimento, gerou uma série de reformas nas instituições e no gerenciamento das organizações.

Mendes (2000) afirma que o Novo Gerencialismo é tratado por Clarke e Newman (1997) como um conjunto de regras e normas que transcende os limites das

organizações, pois vai além das preferências dos indivíduos que as compõem, correspondendo ao modo como uma instituição é incorporada em estruturas e processos organizacionais. Nesse sentido, para os trabalhadores do serviço público, o Novo Gerencialismo significa a mudança nas “regras do jogo” (CLARKE; NEWMAN, 1997). Observa-se, portanto, que existem diferentes visões sobre o Novo Gerencialismo.

Em síntese, o sentido dado pelo Novo Gerencialismo é a transferência acrítica, para o setor público, de mecanismos de mercado, do conjunto de ideias, valores e técnicas predominantes no setor privado (MENDES, 2000).

Hood (1990) usou pela primeira vez a expressão *New Public Management* (NPM) para se referir a um conjunto de doutrinas administrativas similares, em ascendência desde o final dos anos 1970 e que dominou a agenda da Administração Pública em muitos países, impulsionada pelo ideário neoliberal. O NPM representa um conjunto de práticas gerenciais e valores liberais baseados na livre iniciativa e no mercado, na produtividade e na redução da intervenção estatal na economia, que atuam sobre o Estado, o governo e a Administração Pública, no contexto mundial globalizado, nas áreas sociais, políticas e econômicas.

Segundo Abrucio (2012), existem três características centrais na NGP. A primeira é a denominada de gestão para resultados, orientada mais por critérios de desempenho do que por normas e procedimentos. Para Carrera (2012), isso possibilita a flexibilidade na gestão das atividades, porque, ao contrário dos serviços estarem orientados por uma estrutura burocrática rígida, que determina os procedimentos a serem adotados, essa lógica de gestão introduz a questão das metas e indicadores a serem alcançados pelo provedor privado, e a avaliação passa a ser efetuada pelos resultados contratualizados e alcançados.

A segunda característica apontada por Abrucio (2012) seria a construção de um modelo organizacional mais flexível, que se refere ao pluralismo institucional. São vários modelos institucionais e organizacionais. Nesse contexto, estão inseridas a descentralização, as novas redes de relacionamento entre estado e sociedade e os modelos organizacionais de provisão de serviços públicos variados, incluindo a questão da PPP.

Ainda segundo o autor, a terceira característica está relacionada com as novas formas de *accountability*, a saber: mecanismos de responsabilização baseados na participação da sociedade na deliberação e no controle dos serviços públicos e,

especialmente, no controle por resultados. Além dessas, ainda existem as formas clássicas de *accountability* que são a eleitoral e as formas de controle por normas e procedimentos. Os instrumentos que estabelecem *accountability* dos governantes com os governados são vinculados a indicadores de desempenho organizacional na provisão dos serviços públicos (ABRUCIO, 2012).

De acordo com o Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD, 2000), o conceito de *accountability* significa que o governo tem a obrigação de prestar contas à sociedade (MEDEIROS; CRANTSCHANINOV; SILVA, 2013).

2.2.2 Parceria Público-Privada

Os países que implantaram o modelo de PPP possuem características diferentes, que mudam de acordo com as suas necessidades, recursos e cultura. Contudo, existem características comuns, presentes nas diversas experiências internacionais com PPP. Abordando o assunto, Coutinho (2011) afirmou que as PPP são: empregadas em uma ampla gama de setores, especialmente naqueles em que grande aporte de capital privado é necessário; baseadas em arranjos de longo prazo (em geral, superior a dez anos) e capazes de transferir ao setor privado o risco do desempenho e prestação de serviços públicos.

Essas parcerias têm servido como meio de implementação de projetos e políticas em diferentes áreas, em diversos países, tanto no financiamento e na operação de serviços públicos (saúde, educação, manutenção de presídio) quanto em obras públicas (portos, rodovias, aeroportos, pontes, por exemplo).

Segundo Cunha (2010, p 177), na Europa, além da Inglaterra, países como França, Portugal, Itália, Irlanda e Holanda já adotaram as PPP e alcançaram êxito de acordo com os objetivos em que elas foram estabelecidas.

As PPP são empregadas em diversas áreas do Reino Unido, como: conservação e limpeza pública, educação, habitação, saúde, transporte e até mesmo lazer. Vale ressaltar que, no Reino Unido, as PPP são consideradas como bem-sucedidas, em consequência de, entre outros motivos, uma divisão eficiente de riscos entre o parceiro público e o parceiro privado. Os motivos que levaram os Estados Unidos da América a adotarem as PPP foram a diminuição de custos, a inexistência de mão de obra especializada no setor público e expertise do setor privado, a falta de

suporte e apoio do governo, o excesso de procedimentos burocráticos, a necessidade de implementação rápida de projetos e a necessidade de inovação e qualidade de serviços (CASTELO BRANCO, 2007).

2.2.3 Parcerias Público-Privadas no Brasil

As PPP ganharam força na agenda político-econômica brasileira em decorrência da tentativa de abrir o mercado brasileiro para investimentos privados em sua infraestrutura, a partir de meados de 2002. Ainda no primeiro governo do ex-Presidente Fernando Henrique Cardoso, começou-se a discutir a questão, que só veio a tomar maiores impulsos no governo do ex-Presidente Lula. A expressão PPP foi difundida em 2003, tendo em vista sua vinculação ao ciclo de crescimento proposto para o País.

Como toda iniciativa pública no Brasil, as PPP precisariam de um marco legal nacional que permitisse a execução dos projetos pretendidos, preservando o princípio de defesa do interesse público. Após razoável sabatina legislativa e debates públicos propiciados por governo, por parlamentares e pela sociedade geral, a Lei das PPP foi sancionada em 30 de dezembro de 2004, Lei nº 11.079.

Para Monteiro (2011), a Lei nº 11.079/2004 reduziu a expressão “PPP” a um sentido bem específico. Não se trata de uma lei geral de parcerias entre a Administração Pública e os particulares, mas de uma lei sobre duas espécies de parceria especialmente criadas: a concessão patrocinada e a concessão administrativa. Nesse ambiente que foram editadas algumas leis estaduais, tais como: Minas Gerais (Lei nº 14.686/2004), São Paulo (Lei nº 11.688/2004), Santa Catarina (Lei 12.930/2004), Goiás (Lei nº 14.910/2004), Ceará (Lei nº 13.557/2004) e Bahia (Lei nº 9.290/04).

No Estado da Bahia, em 2010, foi celebrado o primeiro contrato brasileiro de PPP em serviços de saúde. O consórcio vencedor, Prodal Saúde S/A, ganhou o direito de explorar os serviços médicos do Hospital do Subúrbio; e, em 2015, o Governo do Estado da Bahia realizou, em regime de concessão administrativa, o primeiro contrato para a gestão e operação de Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem com a Concessionária Rede Brasileira de Diagnósticos-SPE S.A. em Salvador/BA.

Segundo Di Pietro (2009), no Brasil, para a contratação pública, usa-se a expressão mais ampla de ajustes entre o setor público e o setor privado, para a

consecução de interesses comuns, como concessões, permissões, convênios, contratos de gestão, terceirização e licitações de forma geral. A autora destaca que a Lei nº 11.079/2004 trouxe a PPP para fazer parte desse rol de instrumentos de que a Administração Pública brasileira dispõe para implementar suas políticas públicas.

Em face da legislação brasileira vigente, a expressão pode ser usada juridicamente de duas formas paralelas:

Em sentido amplo, as PPPs são os múltiplos vínculos negociais de trato continuado estabelecidos entre a Administração Pública e particulares para viabilizar o desenvolvimento, sob a responsabilidade destes, de atividades com algum coeficiente de interesse geral (SUNDFELD, 2005, p. 20).

Em sentido estrito, PPP são os vínculos negociais que adotam a forma de concessão patrocinada e de concessão administrativa, conforme definidas pela Lei Federal nº 11.079, de 2004 (SUNDFELD, 2005).

Esta dissertação adota a definição em sentido estrito, relativa ao proposto no direito positivo brasileiro, especialmente a Lei Federal nº 11.079/2004, em que a iniciativa privada assume o compromisso de colocar à disposição da Administração Pública ou da comunidade a operação de um serviço e/ou execução ou manutenção de uma obra.

Nessa linha, Monteiro (2011) salienta que a novidade da Lei nº 11.079/2004 foi a fixação de um conceito restrito para PPP. Ela formalmente autorizou mais duas espécies de concessão no Brasil, denominando de contrato de PPP. É relevante conhecer a definição desses modelos no texto, cuja transcrição segue abaixo:

Art. 2º. Parceria Público-Privada é o contrato administrativo de concessão na modalidade Patrocinada ou Administrativa

§ 1º: Concessão patrocinada é a concessão de serviços públicos ou de obras públicas de que trata a Lei no 8.987/ 1995, quando envolver, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado.

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

§ 3º Não constitui Parceria Público-Privada a concessão comum, assim entendida a concessão de serviços públicos ou de obras públicas de que trata a Lei nº 8.975/1995 quando não envolver contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado.

§ 4º É vedada a celebração de contrato de Parceria Público-Privada: I – cujo valor do contrato seja inferior a R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais) II – cujo período de prestação do serviço seja inferior a 5 (cinco) anos; ou III – que tenha como objeto único o fornecimento de mão de obra, o fornecimento e instalação de equipamentos ou a execução de obra pública (BRASIL, 2004).

As PPP abrangem um conjunto de vantagens e desvantagens. Anker e Pereira (2012) afirmam que a primeira vantagem de usar PPP nos serviços de saúde está na governança do contrato. O argumento é de que, ao reunir vários serviços nas mãos de um único Agente, torna-se mais eficiente, pois diminuirá o tempo que o governo gasta em múltiplas licitações e contratos com diferentes empresas. Segundo os autores, centralizar possíveis sanções e multas em um único Agente viabiliza um combate mais eficiente às ações oportunistas de parceiros privados. A segunda vantagem é o estabelecimento de indicadores de desempenho *output-based*, isto é, baseados em metas e resultados. A remuneração com base em índices de desempenho contribui para melhorar a eficiência na prestação dos serviços. Nesse caso, é de fundamental importância que o formulador de políticas públicas desenvolva indicadores de desempenho capazes de medir a qualidade do serviço prestado.

Para os autores, uma importante vantagem em adotar PPP nos serviços de saúde, em vez de um contrato tradicional, está no prazo do contrato. Como é um de longo prazo, realizam-se investimentos mais pesados no início do contrato, que serão amortizados e remunerados nos anos remanescentes, enquanto, em um contrato tradicional, há um prazo menor para pagar um montante maior de recursos públicos.

Outra vantagem se encontra no aspecto de economia de recursos públicos na adoção das concessões administrativas. Essa vantagem decorre do *Value for Money* (VFM), que é um estudo que deve ser realizado nas PPP. O setor público deve demonstrar, comparando com outros modelos contratuais, que a concessão administrativa é a melhor opção para valorização dos recursos públicos, ocorrendo a prestação dos serviços públicos de saúde mais eficiente e com um custo menor (LOPES, 2016).

A distribuição de riscos para Anker e Pereira (2012) é outra vantagem em relação aos contratos de PPP, pois, neles, ocorre uma melhor alocação dos riscos, sendo estes destinados ao parceiro que melhor administra. Para os autores, quanto aos riscos tecnológicos, que são elevados no setor de saúde devido ao ritmo progressivo dos avanços tecnológicos e a uma maior flexibilidade para realização da renovação das tecnologias, é natural que o parceiro privado os assuma, que é quem tem maior capacidade de administrar; enquanto com relação aos riscos de demanda, que no caso da saúde são, em grande parte, decorrentes de surtos epidemiológicos ou explosões demográficas, provavelmente serão imputados ao parceiro público, que

é aquele com maior capacidade de gerenciar, tendo em vista que é ele quem regula a demanda por serviços de saúde.

Dentre as desvantagens, destacam-se: a) as necessidades do negócio alteram ao longo do tempo, portanto, há o risco de que o contrato se torne indevido com as frequentes modificações durante a sua vigência; b) as alterações de projeto podem ser solicitadas à proporção que as necessidades do setor público mudarem e passarem a demandar a renegociação dos termos e preços do contrato; c) as inovações nos métodos de prestação do serviço podem acarretar a diminuição na qualidade; d) os pagamentos incorporam os custos para cobertura dos riscos transferidos para o construtor, tais como os riscos na execução da obra e do serviço, que podem não se materializar; e) a possibilidade de que o construtor não seja capaz de gerenciar os riscos transferidos. Os departamentos podem ainda permanecer com a impressão errônea de que os riscos foram transferidos (HM TREASURY, 2003).

2.2.4 Características do modelo de PPP implantado no Brasil

Conforme afirmam Peci e Sobral (2006), o modelo brasileiro importou do contexto inglês, pelo menos em termos retóricos, três conceitos-chave: aumento de VFM (custo/benefício); transferência de riscos para o setor privado; e avaliação dos contratos por resultados.

A razão principal para a contratação das PPP é a busca por eficiência para o Serviço Público. Nesse processo, é preciso verificar – qualitativa e quantitativamente – a conveniência e a oportunidade da sua realização. Para isso, é necessário analisar o VFM, levando em consideração premissas técnicas, econômico-financeiras e jurídicas, além de estudo de custos, para determinar se vale ou não a pena implantar um projeto nesse formato (PORTUGAL; PRADO, 2007).

Dentre as características e procedimentos da PPP (Lei Federal nº. 11.079/2004), podem-se destacar:

- O processo de licitação: poderá seguir a modalidade de concorrência tradicional, previsto nas Leis de Concessões e Licitações ou adotar o procedimento de concorrência-pregão, criado a partir do modelo da Lei Federal nº 10.520/02 (SUNDFELD, 20115).

- O contrato deve especificar metas de desempenho definidas pelo parceiro público ao parceiro privado, uma vez que os projetos de PPP têm como princípio a gestão por resultados. É comum vincular o pagamento da contrapartida pública à consecução desses padrões de qualidade (PORTUGAL; PRADO, 2007).
- Quanto à contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado, o modelo de PPP brasileiro inova em relação à concessão de serviços públicos consignada na Lei nº 8.897/95, pois prevê obrigatoriamente a necessidade de remuneração pelo ente público ao ente privado. Na Concessão Administrativa, o pagamento é todo efetuado pelo parceiro público, ao passo que, na Concessão Patrocinada, parte do pagamento vem do parceiro público e parte provém dos usuários da infraestrutura e/ou serviços implantados (CARVALHO, 2014).
- O Fundo Garantidor das PPP (FGP): criado na tentativa de garantir ao parceiro privado o pagamento, por parte do setor público, das obrigações pecuniárias assumidas em virtude das PPP. Este fundo tem natureza privada e patrimônio próprio – formado pelos valores, bens e direitos integralizados pelos quotistas. Como se trata de pessoa de direito privado, a execução judicial de seus débitos não está sujeita aos contingenciamentos e limitações da Administração Pública (SUNDFELD, 2005).
- O Comitê Gestor da Parceria Público-Privada, instituído pelo Decreto nº 5.385/2005, tem a competência para selecionar os projetos de PPP prioritários, fixar os procedimentos para celebração dos contratos, autorizar a abertura de licitação e aprovar seu edital (PORTUGAL; PRADO, 2007).
- O prazo de vigência dos contratos de PPP deve ser compatível com a amortização dos investimentos realizados, não inferior a 5 anos nem superior a 35 anos, incluindo eventuais prorrogações (DI PIETRO, 2009; CARVALHO, 2014).
- Além dos controles definidos na CRFB (político, financeiro, administrativo e judicial) e aqueles próprios do Ministério Público, aplicam-se aqueles estabelecidos pela Lei nº 8.987/95, uma vez que a Lei nº 11.079/2004 não inovou nesse sentido (DI PIETRO, 2009; CARVALHO, 2014).

- A Lei das PPP expressamente prevê a possibilidade do emprego da arbitragem para a solução dos conflitos contratuais entre a Administração Pública e o particular contratado.
- A Lei nº 11.079/2004 prevê o compartilhamento com a Administração Pública de tais ganhos econômicos (DI PIETRO, 2009). Isto é, a Administração Pública compartilha os riscos, mas compartilhará também possíveis ganhos econômicos com o ente privado. É disseminada como a melhor divisão de riscos estabelecida pela PPP (CARVALHO, 2014).
- O setor privado participa sob a forma de um consórcio criado para implantar e administrar o projeto da PPP. Esse consórcio tem como principal objetivo melhorar a distribuição de riscos. Geralmente, envolve uma empresa da área de construção civil, uma empresa operadora de serviços, e outras empresas com qualificações específicas para atender ao contrato (PORTUGAL; PRADO 2007).
- O monitoramento do desempenho deve ser exercido, tanto para mensurar os indicadores que impactarão no pagamento devido ao concessionário, atrelados à sua *performance*, quanto para verificar cumprimento das cláusulas contratuais.

A capacitação técnica e gerencial dos parceiros – públicos e privados – é um fator importante para o sucesso de um projeto de PPP. Há necessidade de desenvolvimento do setor público, principalmente no papel de regulador e provedor. Porém, não se pode pressupor que o setor privado esteja preparado para trabalhar com a Administração Pública (CARRERA, 2012).

A gestão dos contratos de PPP constitui um desafio por estar diretamente relacionada com a qualidade e com a eficiência da prestação dos serviços públicos, ou seja, ao sucesso da implementação da PPP. Fazem-se necessários monitoramento e avaliação por se tratar de contratos de longo prazo, sujeitos aos efeitos de mudanças do ambiente econômico, político e institucional ao longo do tempo, o que pode prejudicar a concessão. Além disso, a gestão dos contratos de PPP necessita ser transparente, no sentido de publicizar para aos controles interno, externo e à sociedade os gastos despendidos com as concessões. O controle da qualidade das concessões é efetuado por fiscalização e auditoria, para que as PPP, de fato, rendam benefícios na prestação de serviços públicos.

Portugal (2013) afirma que o problema central das concessões por meio de PPP é o falso cumprimento de contratos. Desse modo, as promessas de investimentos, as garantias e a qualidade das prestações de serviços são desafios na medida em que precisam de monitoramento constante, para que a PPP não tenha resultados abaixo do desejado e do acordado entre as partes e, em especial, iniba comportamento oportunista, captura do parceiro privado e rompimento dos compromissos do contrato. Portanto, as unidades responsáveis pela gestão dos contratos e as auditorias devem ser reconhecidas como figuras de grande importância para a satisfatória implementação das PPP.

2.3 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O objetivo desta seção é discutir sobre uma das etapas do ciclo de políticas públicas: a implementação. Para tanto, inicialmente, são apresentados os aspectos conceituais referentes às políticas públicas e, posteriormente, são discutidos os modelos de análise da implementação de políticas públicas.

2.3.1 Aspectos Conceituais referentes às Políticas Públicas

Muitos são os conceitos de Política Pública. Dye (1984) define políticas públicas como “tudo aquilo que os governos escolhem fazer ou não fazer”. A definição muito utilizada continua sendo a de Laswell (1936) e se apresenta em forma de questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz. As decisões e análises sobre política pública demandam responder a essas questões. O trabalho de Secchi (2014) é o utilizado nesta dissertação, pois apresenta a perspectiva do ciclo de políticas públicas. Na concepção do autor: “Política Pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público [e] possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público” (SECCHI, 2014, p 1).

O ciclo de políticas públicas é uma ferramenta analítica que contribui para tornar clara e didática a discussão sobre o tema. As críticas alertam para a necessidade de não se considerar as fases como etapas sequenciais e rígidas, pois é possível que as sequências se alternem e as fases se misturem. Tal modelo promove a separação das políticas públicas em fases que possuem características específicas. Há diferentes formas de conceber os estágios do ciclo. Portanto, as sete

fases do processo apresentada por Secchi (2014) são: identificação do problema; formação da Agenda; formulação de alternativas; tomada de decisão; implementação; avaliação e extinção.

Na fase de identificação, o problema é considerado como a discrepância entre o *status quo* e uma situação ideal possível. Um problema público é caracterizado pela diferença entre o que é e o que se gostaria que fosse. Agenda é “o conjunto de problemas ou temas que a comunidade política percebe como merecedor de intervenção política” (SECCHI, 2014, p. 34). Assim, para a incorporação de um problema na Agenda das políticas públicas, faz-se necessário considerar ideias e interesses em disputa.

Kingdon (1995) elucida que o processo de ingresso dos temas na agenda governamental é o resultado de uma complexa combinação de fatores e das características institucionais de cada área da política.

A fase de formulação é compreendida por Howlett, Ramesh e Perl (2013, p. 123) como “[...] processo de criação de opções sobre o que fazer a respeito de um problema público”. A tomada de decisão “representa o momento em que os interesses dos atores são equacionados e as intenções (objetivos e métodos) de enfrentamento de um problema público são explicitadas” (SECCHI, 2014, p. 40).

Em colaboração ao conceito de formulação, Capella (2018, p. 9) afirma que:

A formulação pode ser caracterizada como uma etapa pré-decisória, ou seja, anterior a qualquer atividade de formalização de uma política, envolvendo fundamentalmente a identificação de problemas que requerem atenção governamental (definição da agenda) e uma busca inicial por soluções possíveis, confrontadas com seus custos e efeitos estimados (definição de alternativas). Quando compreendida por meio da metáfora do ciclo, a fase de formulação assume grande relevância, uma vez que essa etapa inicial tem impacto sobre todo o processo de produção de políticas que se desenvolve posteriormente (CAPELLA, 2018).

A fase de implementação é a execução da Política Pública propriamente dita (PARENTE, 2017). Já o processo de implementação e o desempenho da Política Pública são examinados na fase de avaliação, objetivando conhecer o nível de redução do problema que a gerou (SECCHI, 2014).

A última etapa, ou extinção da política pública, pode ter origem, conforme Giuliani (2005) citado por Secchi (2014), em três causas: o problema que deu origem à política é entendido como solucionado; os programas, as leis ou as ações que

ativavam a política pública são percebidos como ineficientes; ou o problema perdeu a sua importância.

Neste estudo, o foco é sobre a fase de implementação da Política Pública da PPP. Assim, trata-se de uma subdisciplina que se insere nos campos da Ciência Política e da Administração Pública (HILL; HUPE, 2002).

No Brasil, a análise do processo de implementação de políticas públicas é um campo de estudo em construção, objeto de poucas análises acadêmicas na área da Administração Pública e escassa discussão em todas as esferas de governo, sendo uma temática interdisciplinar (MENDES; AGUIAR, 2017). De acordo com Winter (2010), trata-se de um campo importante, que agrega a perspectiva de Política Pública à Administração Pública, de modo que busca compreender como as políticas são transformadas durante o processo de execução. Nessa visão, Lima e D'Ascenzi (2013, p. 1) afirmam que "o campo de estudos de implementação de políticas públicas está fortemente atrelado às necessidades de desenvolvimento de melhorias nos processos político-administrativos, que permitam o incremento das atividades implementadoras".

De acordo com O'Toole (2003), a fase de implementação sucede à tomada de decisão e antecede os primeiros esforços avaliativos. É nesse marco temporal que são produzidos os resultados concretos da política pública. A fase de implementação é aquela em que as regras, as rotinas e os processos sociais são convertidos de intenções em ações.

Deubel (2002), afirma que a implementação não é simplesmente uma questão técnica da Administração Pública, ela envolve um complexo emaranhado de questões de ordem política. Para o autor, as políticas são formuladas e implementadas por atores que, de algum modo, são afetados positivamente ou negativamente por elas; e, nesse sentido, as instituições envolvidas no processo de implementação tem características que emergem do jogo político entre esses atores.

Na ótica de Souza (2003), a implementação de uma política compreende interesses, conflitos, arenas de disputas e interpretações do que foi formulado e definido nos textos da política. Segundo a autora, a análise de implementação de políticas públicas deve salientar: a) o grau de conhecimento, a capacidade das organizações e dos implementadores sobre a política que está sendo implementada; b) os diversos processos que compõem a implementação, inclusive seus pontos de conflito; c) o papel dos atores e dos Agentes na implementação; e d) o grau de discricionariedade da burocracia quando implementa a política pública.

Estudos sobre implementação de políticas públicas ganharam especial notoriedade após as contribuições de Pressman e Wildavsky, que, em 1973, realizaram pesquisas para compreender as falhas na implementação. Para esses autores, a implementação de políticas públicas não se traduz apenas em problema técnico ou administrativo, mas, sim, em um emaranhado de elementos políticos que frustram o planejamento, mesmo que bem-intencionado.

Segundo Secchi (2012), são muitos os exemplos brasileiros de “leis que não pegam”, “programas que não vingam” ou projetos de solução de problemas públicos que acabam sendo totalmente desvirtuados no momento da implementação.

O autor afirma que a importância de estudar a fase de implementação está na possibilidade de visualizar, por meio de esquemas analíticos mais estruturados, os obstáculos e as falhas que costumam acometer essa fase do processo, nas diversas áreas de política pública (saúde, educação, saneamento, habitação, política de gestão etc.). Mais do que isso, estudar a fase de implementação também significa visualizar erros anteriores à tomada de decisão, a fim de detectar problemas mal formulados, objetivos mal traçados, otimismo exagerados. Para Secchi (2012), o momento da implementação, além de ser analisado, também deve ser gerenciado. É nesse momento que funções administrativas como liderança e coordenação de ações são postas à prova. Os atores encarregados de liderar o processo de implementação devem ser capazes de entender as motivações dos atores envolvidos, os obstáculos técnicos e legais presentes, as deficiências organizativas e os conflitos potenciais. É nessa fase que entram em cena outros atores não estatais: fornecedores, prestadores de serviço, parceiros, além dos grupos de interesse e dos destinatários da ação pública.

No contexto do Novo Gerencialismo, o Estado deixou de ser o implementador de políticas públicas. Assim, a fase de implementação é aquela em que a Administração Pública delega a sua função de executar as políticas públicas. Para tanto, o *policy maker* necessita de instrumentos de política pública, ou seja, meios disponíveis para transformar as intenções em ações políticas.

Não se pode falar de implementação de políticas públicas sem a inclusão dos instrumentos de implementação de políticas públicas na discussão. Para Peters e Van Nispen (1998), os instrumentos são fundamentais para mostrar uma grande parte das escolhas que o governo faz quando institui suas políticas.

Para Carvalho (2014), todas essas definições do campo de estudo da Implementação de Políticas Públicas e de Instrumentos de Implementação de Políticas Públicas permitem concluir que a Lei nº 11.079/2004, ao inserir a possibilidade de o Estado se utilizar de PPP, na acepção dada pela lei, para a implementação de políticas públicas diversas, criou mais um instrumento de implementação de políticas à disposição da Administração Pública no Brasil.

Segundo Secchi (2012), a engenhosidade do *policymaker* é crucial para a criação de novos instrumentos, bem como para o aperfeiçoamento de instrumentos já existentes, tornando assim a implementação da política mais aderente ao problema público em questão.

2.3.2 Modelos de Análise de Implementação de Políticas Públicas

Ao pesquisar na literatura acerca dos modelos de análise dos processos de implementação de políticas públicas, verificam-se conceitos diferentes e frequentemente usados nas análises. Winter (2010) destaca três gerações de estudos ao discutir as concepções sobre implementação de políticas públicas. A primeira, denominada “os pioneiros”, relaciona-se com os estudos de caso exploratórios, em que sua principal aspiração era o desenvolvimento de modelos analíticos consistentes que conduzissem à análise empírica.

Os estudos da segunda geração são denominados construtores de modelos de cima para baixo (*top-down*) e de baixo para cima (*bottom-up*) e de modelos de síntese, iniciados na década de 1980, os quais buscam a integração de conceitos que emergem tanto dos dois modelos.

A terceira geração de pesquisas se caracteriza por desenvolver modelos baseados em estudos de casos comparativos, usando dados estatísticos para a análise dos processos de implementação.

Em seguida, serão desenvolvidos os aspectos conceituais sobre a segunda geração, pois esta reúne os modelos analíticos mais divulgados. Essas abordagens, constantemente debatidas na literatura acerca da análise de implementação de políticas públicas, apresentam elementos analíticos, podendo colaborar para o estudo da implementação da PPP do Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem.

De acordo com Sabatier (1986), existem dois modelos de implementação de políticas pública: o *top-down* (de cima para baixo) que se caracteriza pela separação

entre o momento de tomada de decisão e o de implementação, em fases consecutivas; e o modelo *bottom-up* (de baixo para cima), que se baseia pela maior liberdade de burocratas e redes de atores em auto-organizar e modelar a implementação de políticas públicas.

Segundo Secchi (2014, p. 47), o modelo *top-down* (cima para baixo) “parte de uma visão funcionalista e tecnicista de que as políticas públicas devem ser elaboradas e decididas pela esfera política e que a implementação é mero esforço administrativo de achar meios para os fins estabelecidos”. A implementação é compreendida como um processo mais técnico, presumindo que a tomada de decisão ocorre na formulação. Na implementação, busca-se atingir as metas, e, por isso, os implementadores teriam margem de manobra limitada (LIMA; D’ASCENZI, 2013).

Para os defensores o modelo *top-down*, este busca verificar os mecanismos que levariam a implementação a se aproximar da formulação da política. Nesse sentido, Lima e D’Ascenzi (2013, p. 3), ao se referirem a esse modelo, afirmam que:

Se a implementação é uma consequência, a explicação para sua trajetória está no processo que lhe deu origem. Com isso, o foco direciona-se para o processo de formulação. A análise é centrada nas normas que estruturam a política pública e suas lacunas. As lacunas correspondem a mudanças que ocorrem na política durante sua execução. Tais “problemas” são responsabilidades dos formuladores, que devem evitá-los seguindo determinadas orientações para a elaboração das regras que estruturam a implementação.

O controle dos processos mediante regras é importante para reduzir a discricionariedade dos implementadores; o processo de execução do que foi planejado na formulação da política é o parâmetro para a análise dos processos.

As críticas a essa abordagem acontecem por minimizar a capacidade de tomada de decisão dos implementadores, por não considerar, como elementos importantes para a análise, as contradições, os processos de negociação e as ambiguidades que acontecem nas ações que procuram colocar em prática o que foi formulado (CUNHA, 2015).

Para Segatto (2012), os *top-downers* também são criticados por, principalmente, darem centralidade à formulação e por ignorarem os aspectos políticos da implementação (MATLAND, 1995). Para eles, a formulação da política é realizada por políticos, e a implementação, por burocratas.

Em oposição a esse modelo, o *bottom-up* (de baixo para cima) procuraria olhar como a política é utilizada na prática, e então articularia uma posição de como a política deveria ser. Nesse modelo, os implementadores têm maior participação no escrutínio do problema e na análise de soluções durante a implementação, e, em seguida, os tomadores de decisão legitimam as práticas já experimentadas. A implementação é predominantemente avaliada pelos resultados alcançados *a posteriori*, ao invés da avaliação embasada na obediência cega a prescrições (SECCHI, 2014).

Para Secchi (2014), nesse modelo, o formato que a política pública adquiriu após a tomada de decisão não é definitivo, e a política pública é modificável por aqueles que a implementam no dia a dia. Em poucas palavras, existe maior discricionariedade por parte dos gestores e dos burocratas.

Segundo Mendes e Aguiar (2017, p. 5), para os adeptos do modelo *bottom-up*, “os objetivos, as estratégias, os contatos e a interação entre os atores devem ser compreendidos, pois é nesse nível que se dará a implementação da política que afetará as pessoas”. Eles afirmam que a implementação modifica a formulação. Vários são os motivos para isso, pois, quando a política formulada é vaga e ambígua, há múltiplos atores na implementação e os implementadores têm discricionariedade.

Nessa mesma direção, Lima e D’Ascenzi (2013, p. 103) opinam que, nesse modelo, a influência decisiva dos formuladores é questionada, valoriza-se a discricionariedade dos implementadores e a análise é centrada nos atores responsáveis pela execução da política. Com efeito, as regras informais são elementos fundamentais para a compreensão dos processos.

Convém destacar que, nessa perspectiva do modelo de baixo para cima, pode-se inserir a teoria de Lipsky (1980), chamada “burocracia de nível de rua”, segundo a qual os burocratas de nível de rua (*street-level bureaucrats*) têm discricionariedade na implementação da política, na interação entre burocrata e cidadão, sendo possível que a política seja modificada na fase de implementação, pois os Agentes implementadores podem reformular a política na sua implementação. Na teoria de Lipsky (1980), esses burocratas de nível de rua são professores, policiais, enfermeiros, médicos, assistentes sociais etc., aqueles profissionais que se relacionam diretamente com o público-alvo das políticas públicas, que controlam o acesso aos programas e interpretam as regras definidas para a implementação da política. Para Lipsky (1980), a maneira como esses burocratas entregam benefícios e recebem sanções estruturam

e delimitam a vida e as oportunidades dos cidadãos. Isso ocorre, pois eles não entregam somente a política, mas formatam seus resultados por meio da interpretação das regras e da alocação de recursos escassos.

Como assegura Arretche (2001), a diversidade de contextos de implementação pode fazer com que uma mesma regulamentação produza resultados inteiramente diversos em realidades diferentes. Isso significa que a discricionariedade tem várias fontes, de forma que pode ser inerente ao exercício de sua função, pode ser resultado de uma proliferação de regras que pressione os burocratas a se posicionarem, pode ser fruto de regras incompletas ou ambíguas (LOTTA, 2012).

Sob essa perspectiva, pressupõe-se que a política pública não é definida apenas no topo da pirâmide da administração, mas também em nível real da sua implementação.

Para Secchi (2012), se o analista quer extrair aprendizado desse tipo de pesquisa, o modelo *top-down* é o mais indicado para verificar as causas de falhas na dinâmica de implementação (responsabilidade da administração), enquanto o modelo *bottom-up* é o mais fértil para identificar falhas na dinâmica de elaboração de soluções e de tomada de decisão (responsabilidade do político).

Conforme Mendes e Aguiar (2017), seja utilizando o modelo *top-down* ou o *bottom-up*, o plano de implementação desenvolvido depende de um conjunto de parâmetros que descrevem o contexto político no momento. Esses parâmetros situacionais são dimensões que o desenhista da implementação da política não controla. Eles incluem o escopo da mudança, a validade da tecnologia, os conflitos do objetivo institucional, a configuração e a estabilidade do ambiente.

No primeiro modelo, há uma clara separação entre as fases de tomada de decisão e de implementação, apoia-se em uma abordagem funcionalista e tecnicista, compreende que a política deve ser formulada na esfera pública e que a implementação é um esforço administrativo habitual. Já o modelo *bottom-up*, por outro lado, preconiza maior atuação de burocratas e redes de atores, tanto na concepção como na execução das políticas (SABATIER 1986; SECCHI 2012). Nessa perspectiva, haveria maior liberdade por parte daqueles que implementam a política pública para efetuar os ajustes necessários para o alcance das metas definidas. Dessa forma, haveria uma maior discricionariedade dos implementadores tendo em vista que são responsáveis pela sua concepção e execução, isto é, quando a implementação de uma política pública tem início com os responsáveis pela sua execução, há uma

tendência maior no sucesso. Deveras, estar mais próximo da realidade de um determinado problema proporciona uma visão ampliada sobre as alternativas, indicando melhores escolhas para a resolução.

Enfim, o campo de pesquisa sobre implementação de políticas públicas é recente no Brasil e pretende entender como estas são alteradas durante a sua implementação. Os estudos vêm identificando fatores que podem diminuir ou aumentar as possibilidades de sucesso de uma política pública. Entretanto, análises realizadas no processo de implementação oportunizam corrigir os rumos e reformular os objetivos da política e/ou o seu redesenho, diminuindo custos.

Assim, concebe-se o processo de implementação não somente como uma prática administrativa e resultado da formulação da política, mas também que o referido processo é composto por diversos atores em interação, ideias, interesses e negociação que influenciam nos resultados da política pública.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Esta seção objetiva apresentar os aspectos referentes à metodologia utilizada na elaboração desta pesquisa. Tais aspectos referem-se ao tipo e *locus* do estudo, ao desenho metodológico, aos participantes da pesquisa, à coleta e ao tratamento dos dados, ao plano de análise e aos aspectos éticos.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, tendo em vista a natureza do problema investigado, direcionado a compreender o processo de implementação da PPP de Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia, considerando-se as estratégias, as especificidades e as relações entre Agente-Principal. A análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico (MINAYO, 2012).

Tendo em vista os objetivos propostos neste trabalho, a abordagem metodológica utilizada é o estudo de caso, pois realiza-se pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo no seu contexto real, adequado quando as circunstâncias são complexas e podem mudar, quando as condições as quais dizem respeito não foram encontradas antes, quando as situações são altamente politizadas e onde existem muitos interessados (YIN, 2005).

Segundo Yin (2010), os estudos de casos podem ser classificados em relação ao seu conteúdo e objetivo final (exploratórios, explanatórios ou descritivos) ou quantidade de casos (caso único ou casos múltiplos). A principal tendência em todos os tipos de estudo de caso é que eles tentam esclarecer o motivo pelo qual uma decisão ou um conjunto de decisões foram tomadas, como foram implementadas e quais resultados foram alcançados.

De acordo com Yin (2015), o estudo de caso é fundamentado em quatro princípios básicos que maximizarão a validade do construto e a confiabilidade das evidências, quais sejam: uso de múltiplas fontes de evidências, criação de um banco de dados, estabelecimento de encadeamento entre as evidências e cautela no uso de dados oriundos de fontes eletrônicas.

Quanto à utilização de estudos de caso em organizações, é necessário que o pesquisador atente para a imprescindibilidade de conhecer a história, a estrutura e o funcionamento do objeto de estudo, para que, desse modo, opte pelas fontes de evidências que melhor se alinhem ao seu problema de pesquisa (GODOI; MATTOS 2006).

As evidências para um estudo de caso podem vir de seis fontes distintas, quais sejam: entrevista, observação participante e não participante, documentos, registro em arquivos e artefatos físicos. Para este estudo, optou-se por documentos e entrevista semiestruturada.

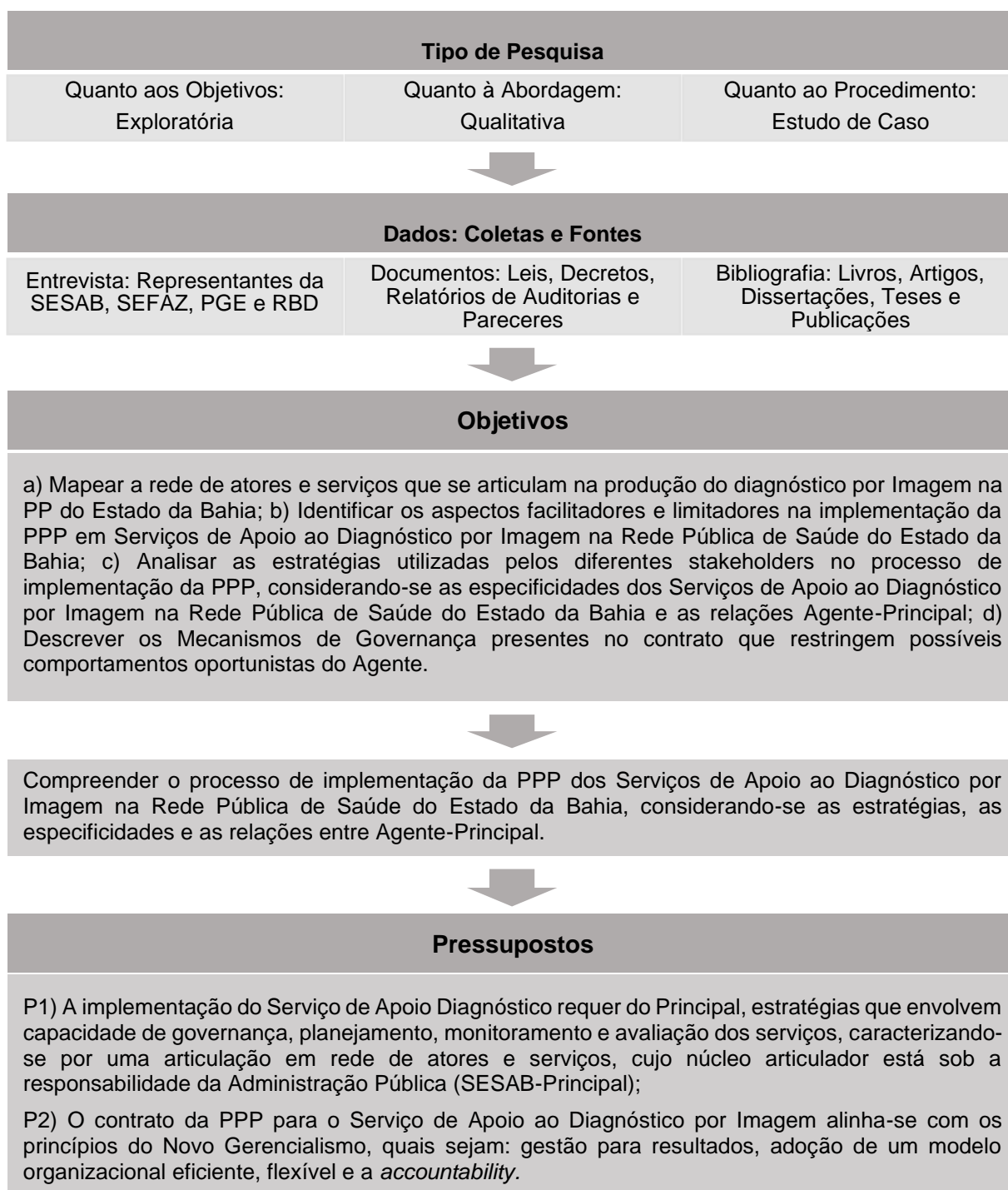
Uma das mais importantes fontes de informações para um estudo de caso são as entrevistas. Trata-se de uma das técnicas de coleta de dados comumente encontradas em pesquisas (YIN, 2015). Nessa perspectiva, Godoi e Mattos (2006, p. 302) consideram a entrevista como “evento de intercâmbio dialógico, que pode promover reformulação metodológica capaz de enriquecer a prática de pesquisa e construir novas situações de conhecimento”.

Para fins de pesquisa científica, são considerados documentos não apenas os escritos utilizados para esclarecer determinada coisa, mas qualquer objeto que possa contribuir para a investigação de determinado fato ou fenômeno. Assim, a pesquisa documental tradicionalmente vale-se dos registros cursivos, que são persistentes e continuados. Exemplos clássicos dessa modalidade de registro são os documentos elaborados por agências governamentais (GIL, 2008).

Este estudo é classificado quanto ao objetivo como pesquisa exploratória, uma vez que buscou uma maior familiaridade com o problema do estudo, visando ao aprimoramento de ideias e à exploração do assunto (GIL, 2002).

A Figura 1 apresenta de forma sucinta os procedimentos metodológicos utilizados no desenvolvimento da pesquisa.

Figura 1 – Procedimentos Metodológicos



Fonte: elaboração própria, 2019.

3.2 LOCUS DA PESQUISA

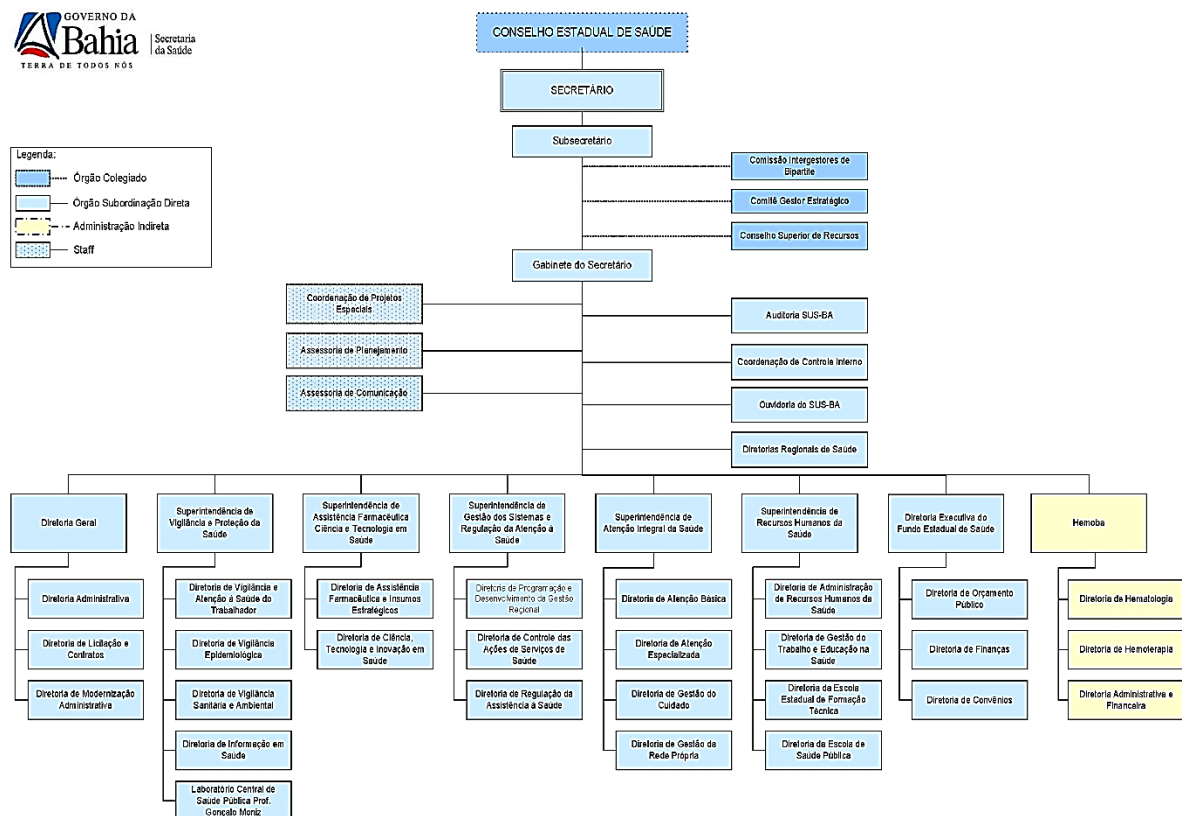
O estudo empírico tem como *locus* a SESAB, que foi criada em 1966 pela Lei Estadual nº 2.321 e modificada pelas Leis Estaduais nº 7.435, de 30 de dezembro de 1998, nº 8.888, de 24 de novembro de 2003, nº 9.831, de 01 de dezembro de 2005, e

nº 10.955, de 21 de dezembro de 2007. Sua principal função é a formulação da Política Estadual de Saúde, a gestão do Sistema Estadual de Saúde e a execução de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, em consonância com as disposições da Lei Orgânica nº 8.080, de 1990, que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) (BAHIA, 1998, 2003, 2005, 2007, 2020).

Na estrutura organizacional atual da SESAB, existem cinco superintendências, entre estas, a Superintendência de Atenção Integral a Saúde (SAIS), que tem como finalidade **formular**, apoiar e acompanhar a **implantação** e a **implementação** da Política de Atenção à Saúde no Estado da Bahia. No âmbito da SAIS, encontram-se a Diretora de Gestão de Unidades Consorciadas e de Parceria Público Privada (DGE COP), criada para coordenar a gestão das PPP na esfera estadual. Entretanto, verifica-se, para essa Diretoria, ausência de ato formal apesar de se encontrar em pleno funcionamento.

No mesmo diapasão, no organograma publicado no *site* da SESAB, não consta a referida Diretoria conforme observa-se na Figura 2.

Figura 2 – Organograma da SESAB



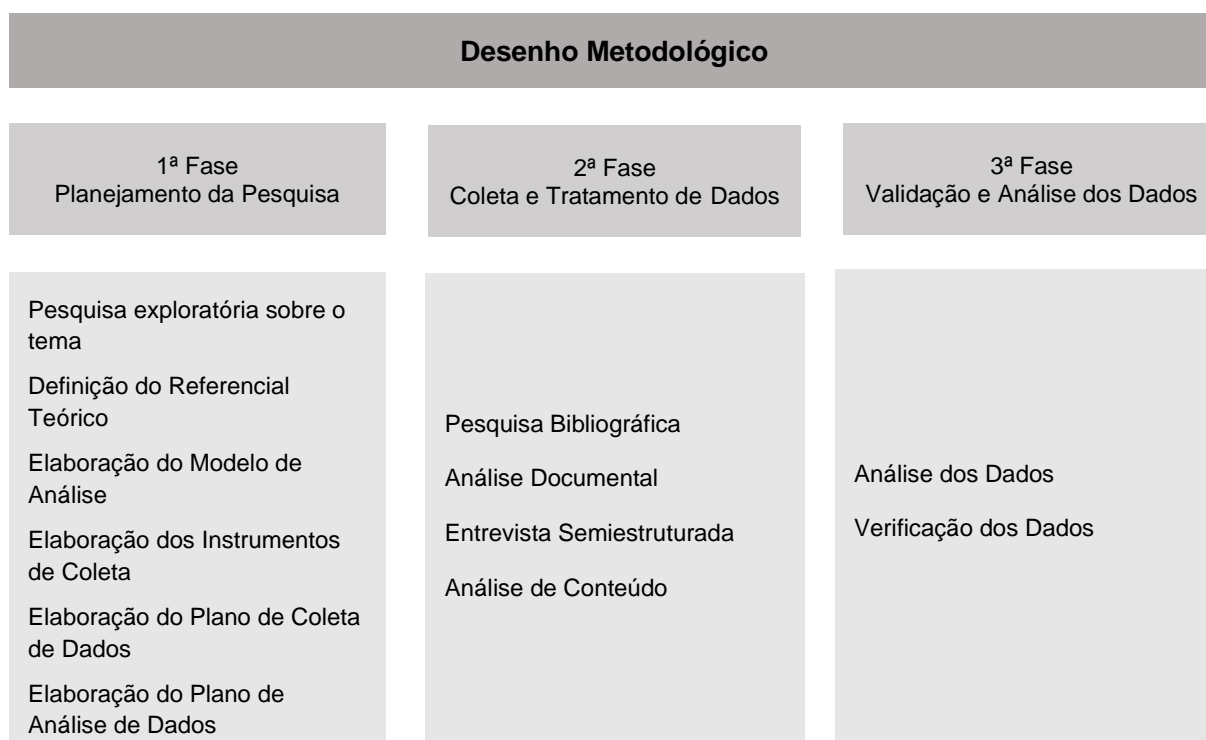
Em fevereiro de 2015 foi celebrado o Contrato de Concessão Administrativa com a concessionária denominada Rede Brasileira de Diagnósticos SPE S.A. para a gestão e a operação do Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem em uma Central de Imagem e em 11 UH integrantes da Rede Própria da Secretaria de Saúde do Estado.

A PPP de Imagem tem como objetivos dar suporte aos cuidados de saúde disponibilizados pela SESAB nas diferentes UH e Ambulatoriais para melhorar o acesso aos exames de apoio ao diagnóstico por imagem: Mamografia, Tomografia Computadorizada, Raios-X e Ressonância Magnética. Os serviços e as atividades foram definidos conforme as características assistenciais de cada Unidade, a demanda e necessidades atuais, bem como as perspectivas futuras, considerando-se os seguintes critérios, conforme apresenta Princhak (2016):

- **Perfil da Unidade:** a tipologia da UH, entendido como a especialização, o nível de complexidade e diferenciação, bem como a carteira de serviços (especialidades) disponibilizada.
- **Dimensão da Unidade:** número de leitos, número de profissionais e o volume de atividade assistencial. O volume de atividade e de massa crítica é importante para desenvolver um serviço com qualidade e com adequados níveis de eficiência.
- **Cobertura das Macrorregiões:** localização da unidade/resposta às necessidades da população – análise ao grau de cobertura do Estado da Bahia em cada um dos serviços no escopo do projeto, de forma a garantir que todas as macrorregiões ofereçam os diferentes tipos de exames de diagnóstico por imagem com adequado grau de cobertura e serviço.
- **Referências nacionais e internacionais:** análises de rácios e normativas nacionais e referências internacionais em termos de equipamentos por número de habitantes e de número médio de exames por usuário, por linha assistencial.

3.3 DESENHO METODOLÓGICO DO ESTUDO

O desenvolvimento desta pesquisa possui três fases: planejamento da pesquisa, coleta e tratamento dos dados, validação e análise dos achados (Figura 3).

Figura 3 – Desenho Metodológico

Fonte: elaboração própria, 2019.

A fase do planejamento da pesquisa envolveu as seguintes etapas: pesquisa exploratória sobre o tema, definição do referencial teórico, elaboração do modelo de análise, dos instrumentos para a coleta de dados, do plano de coleta de dados e do protocolo de análise de conteúdo.

Para a execução da pesquisa exploratória sobre o tema da pesquisa, foram realizadas buscas pelos portais da Capes, SciELO e Google Acadêmico. Utilizando-se os descritores de pesquisa “Parceria Público Privada em Serviços de Imagem”, resultou em poucas respostas; quando se procurou utilizando as expressões “parceria público privada” e “implementação de políticas públicas”, foram encontrados estudos mais próximos da temática. O objetivo dessa etapa foi verificar se havia estudos semelhantes ao que tem sido pesquisado sobre a temática e quais as lacunas teóricas e empíricas que poderiam ser preenchidas com o estudo.

A etapa de elaboração do referencial teórico é importante para iniciar o pensamento crítico sobre o tema da pesquisa. Para efetivar essa etapa, recorreu-se à pesquisa bibliográfica que é constituída de material já elaborado, composto principalmente de livros, dissertações e teses que são fontes bibliográficas de excelência, e artigos científicos (GIL, 2002). Foram feitas leituras de livros, artigos,

dissertações e teses, aplicando-se as técnicas de leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa (GIL, 2002). A seleção de referências partiu de buscas, utilizando os nomes de autores clássicos sobre o assunto, bem como a partir das referências de outros estudos sobre a temática. Os principais temas dos referenciais teóricos utilizados foram: TA; PPP e Implementação de Políticas Públicas.

3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa são as pessoas que fornecem os dados dos quais se necessitam (VERGARA, 1997). Foram selecionados os representantes do Principal a partir dos seguintes critérios de inclusão: a) ter participado ativamente do processo de estruturação/implementação da PPP de Imagem; b) fazer parte da gestão pública; c) ter participado da Programação Pactuada Integrada (PPI) quando da implementação da PPP (SESAB, SEFAZ e Procuradoria-Geral do Estado – PGE), sendo a Rede Brasileira de Diagnósticos SPE S.A. (RBD), representante do Agente.

3.5 COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, foram realizadas: a) pesquisa bibliográfica em bases nacionais e internacionais; b) pesquisa documental em decretos, editais, leis, portarias, resoluções, pareceres, relatórios de Auditoria SUS/BA e Diários Oficiais do Estado da Bahia, além de *sítes* oficiais das Secretarias de Saúde, Administração e Fazenda; c) entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, que participaram dos debates acerca da implantação/implementação da PPP nas SEFAZ, SESAB, PGE e RBD.

A etapa da elaboração dos instrumentos para a coleta de dados correspondeu à elaboração do roteiro da entrevista semiestruturada, instrumentos que foram previamente validados (APÊNDICES A, B, C, D e E).

Foram realizadas sete entrevistas nos meses de agosto e setembro de 2020, as quais tiveram o áudio gravado e foram realizadas pela autora, presencialmente e por meio de aplicativos Teams e Skype, em virtude do contexto de enfrentamento da emergência de saúde pública, decorrente da pandemia do novo coronavírus.

Na fase de coleta e tratamento dos dados, adotou-se, inicialmente, a análise documental referente à PPP de Imagem, capturados no sítio da internet das organizações públicas envolvidas na implementação, destacando-se os seguintes

documentos: editais de licitação e contratos do projeto de PPP de Imagem; estudos de viabilidade econômica; indicadores de desempenho; relatórios de órgãos; pareceres e relatórios de auditoria. Posteriormente, realizaram-se as entrevistas semiestruturadas com os Agentes públicos e privados envolvidos na implantação/implementação.

A fase de validação e análise dos dados buscou respostas à pergunta de pesquisa e o alcance dos objetivos geral e específicos.

3.6 PLANO DE ANÁLISE

A análise documental foi realizada a partir da leitura dos documentos selecionados, considerando-se sua fonte e conteúdo e utilizando-se núcleos de sentido que permitissem dialogar com essas informações.

A análise das entrevistas baseou-se na análise de conteúdo de Bardin (2016) com vistas à organização e às categorizações. Esta pesquisa adotou as seguintes fases propostas pela autora para a análise de conteúdo, a saber:

- a) Pré-análise: etapa cujo objetivo é organizar e planejar as ações iniciais que permitam a operacionalização da pesquisa, com o propósito de disciplinar o seu desenvolvimento, sendo também a fase na qual o pesquisador necessita estar atento a novas proposições que poderão ser aproveitadas no andamento da análise. Bardin (2016) sugere também a construção de um *corpus*, que corresponde ao conjunto de documentos a ser submetido à análise de conteúdo. No caso do presente estudo, o *corpus* é constituído pelas transcrições das entrevistas com os informantes-chave e sujeitos selecionados, bem como o escopo legal documental revisado.
- b) Exploração do material: compreende as operações de codificação do conteúdo, o que corresponde ao tratamento do material, agrupando as informações coletadas em categorias de análise.

Assim, alinhados ao objetivo geral e aos objetivos específicos desta pesquisa, os roteiros de entrevista foram concebidos de forma a identificar informações que permitem responder à pergunta norteadora e atingir os objetivos apresentados, sendo os dados coletados agrupados conforme as categorias de análise descritas e ilustradas no Quadro 4 e no Apêndice F.

O referencial teórico serviu inicialmente de base para a definição das categorias e subcategorias de análise da pesquisa. De acordo com Dellagnelo e Silva (2005), em trabalhos mais qualitativos, essa definição é feita previamente à coleta de dados, podendo ter como base o referencial teórico disponível sobre o assunto pesquisado, nos objetivos da pesquisa e no objeto que está sendo pesquisado. Entretanto, diante da natureza exploratória da pesquisa e do seu caráter qualitativo, seria possível que outras categorias surgissem ao longo do processo de investigação (DELLAGNELO; SILVA, 2005).

Foram definidas quatro categorias de análise: 1) Processo de implantação/implementação da PPP; 2) Aspectos facilitadores e limitadores do Agente e Principal; 3) Estratégias utilizadas pelos diferentes *stakeholders* no processo de implantação/implementação da PPP; 4) Mecanismos de Governança. Para cada categoria, foram identificadas as subcategorias de análise que estão detalhadas no Quadro 4 e no Apêndice F.

Quadro 4 – Síntese do plano de análise dos dados

(continua)

Abordagem Teórica	Conceito	Categorias	Subcategorias	Referencias
Teoria da Agência & Novo Gerencialismo & Implementação de Políticas Públicas	Implementação da Política Pública de Parceria Público-Privada	5.1) Processo de implantação/implementação	Amparo legal e normativo para implantação:	Mendes e Aguiar (2017) Lota e Vaz (2015) Secchi (2014) Hatch (1997) Arrow (1985) Sundfeld (2005) Barbosa e Malik (2015)
			Contrato e normativas	Souza (2003) Lima e D'Ascenzi (2013)
			Motivações p/ escolha modelo PPP	Lotta (2012) Silva (2005).
			Redes de atores e serviços	Hill e Hupe (2002) Secchi(2012), Hill e Hupe (2002)
			Discricionariedade	O'Toole (1986) Lipsky (1980)
			Metodologia de implementação	Kingdon (1995) Deubel (2002)
				Mendes e Aguiar (2017) Lima e D'Ascenzi (2013) Secchi (2012)

				Hill e Hupe (2002) O'Toole (2003) Eisenhardt (1989) Jensen e Meckling (1976) Winter (2010) Sabatier (1986) Lotta (2012)
		5.2) Aspectos facilitadores e limitadores do Agente e Principal	Aspectos facilitadores e limitadores do Agente e do Principal; Capacitação técnica e gerencial dos parceiros – públicos e privados	Eisenhardt (1989) Jensen e Meckling (1976) Perrow (1986) Carvalho (2014) Carrera (2012)
		5.3) Estratégias utilizadas pelos diferentes <i>stakeholders</i> no processo de implantação/ implementação da PPP	Parâmetros Situacionais (validade da tecnologia) Avaliação dos riscos da implementação Indicadores de monitoramento e avaliação Tipo de contrato Vantagens/Desvantagens do tipo de contrato Especificidades dos Serviços de Apoio o Diagnóstico por Imagem	Abrucio (2012) Jensen e Meckling (1976) Eisenhardt (1989) Costa (2010) Anker e Pereira (2012) Lei nº 11.079/2004 Osborne e Gaebler (1994) Portugal e Prado (2007) Bresser-Pereira (2006) Albuquerque e Cassiolato (2002) Carvalho (2014) Contrato 004/2015
		5.4) Mecanismos de Governança	Mecanismos institucionais previstos no contrato; Escopo de Verificador Independente Relações do VI c/ o Agente e Principal Sistema de Informação de Monitoramento e Controle Mecanismos de <i>Accountability</i> presentes na Gestão da PPP	Souza (2018) Oliveira (2013) Costa (2012) Clegg, Hardy e Nord (1996) Martins (1997) Eisenhardt (1989) Santos (2018) Shleifer e Vishny (1997) Kickert (1997) Rhodes (1996) Oliveira e Paiva (2013) Matias-Pereira (2010) HM Treasury (2003)

Fonte: elaboração própria, 2019.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa segue às recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Apresenta-se anexo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no Apêndice H. Parecer nº 3.910.531.

Os possíveis riscos que os participantes (entrevistados/informantes-chave) podem incorrer ao participar do presente estudo relacionam-se a comentários que, a depender do tipo de informação prestada, podem resultar em críticas capazes de provocar algum tipo de prejuízos à PPP estudada.

Os benefícios esperados, direta ou indiretamente, aos participantes da pesquisa decorrem da sua contribuição para compreender o processo de Implementação da PPP de Imagem e gerar conhecimentos que evitem a repetição de possíveis erros e difundam os acertos, além de contribuir para que a organização alcance seus objetivos e adotar práticas que estimulem o reconhecimento profissional. Desse modo, observam-se que os benefícios gerados podem ser maiores que os riscos.

Para minimizar os riscos e proteger os participantes da pesquisa, as medidas adotadas foram: realização das entrevistas em ambiente reservado, contando com a presença da pesquisadora e do participante; confidencialidade das informações coletadas, em que somente a pesquisadora e sua orientadora têm conhecimento de sua identidade, comprometendo-se a mantê-los em sigilo ao publicar os resultados da pesquisa. Os dados coletados foram utilizados apenas para fins desta pesquisa, e todas as medidas foram tomadas para garantir o anonimato do entrevistado. Além disso, o entrevistado que se sentisse desconfortável poderia desistir da entrevista a qualquer momento, sem que isso lhe causasse quaisquer prejuízos.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta seção objetiva apresentar e discutir os resultados do estudo empírico sobre o processo de implantação/implementação da PPP de Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia.

As análises qualitativas expostas a seguir foram desenvolvidas a partir da análise documental, da escuta dos áudios e de leituras das transcrições das entrevistas semiestruturadas, por meio das quais foram possíveis a livre manifestação e o uso da palavra pelos participantes da pesquisa para exposição de suas ideias e percepções acerca do tema. Após leitura do material escolhido para a análise, foram organizados agrupamentos dos conteúdos das respostas, baseados nos critérios estabelecidos pela técnica de categorização proposta por Bardin (2016). Por fim, foram realizadas inferências e interpretações dos achados empíricos, a partir do referencial teórico apresentado neste estudo e dos conhecimentos teórico-práticos da pesquisadora quando de sua atuação como farmacêutica e servidora pública na área da saúde.

Inicialmente, são apresentadas as características dos sujeitos da pesquisa, conforme sua inserção por setor e condição de Agente (A) ou Principal (P) (Quadro 5). Posteriormente, são descritas e analisadas as categorias e respectivas subcategorias de análise.

Quadro 5 – Categorização dos entrevistados

Entrevistado	Órgão/Setor	Cargo	Principal/Agente
E1	Assessoria/SESAB	Assessor	P
E2	DGECOP/SAIS/SESAB	Diretor	P
E3	Coordenação de Acompanhamento e Monitoramento/SESAB	Coordenador	P
E4	Diretoria Operacional do Consórcio/RBD	Diretor	A
E5	Secretaria Executiva do Programa da PPP/SEFAZ	Diretor	P
E6	Auditoria SUS/BA/SESAB	Auditor	P
E7	Procuradoria Geral do Estado da Bahia/PGE	Procurador	P

Fonte: elaboração própria, 2020.

4.1 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO DA PPP

Para esta categoria, foram utilizadas as seguintes subcategorias de análise: a) Amparo legal e normativo para implantação: contrato e normativas; b) Motivação sobre a escolha do modelo de gestão PPP adotado para esse serviço; c) Rede de atores e serviços que se articulam na produção do Diagnóstico por Imagem na PPP do Estado da Bahia; d) Discricionariedade (poder de decisão) dos implementadores da PPP de Imagem; e e) Metodologia de implementação da PPP de Imagem (*top-down* ou *bottom-up*).

4.1.1 Amparo legal e normativo para implantação: contrato e normativas

A discussão quanto ao amparo legal proporcionou compreender o processo de implantação/implementação da parceria, no que tange ao contrato de PPP entre o Agente (RBD) e o Principal por meio da SESAB.

Dessa forma, o fluxo temporal e o conteúdo do contrato possibilitaram identificar elementos compatíveis com os argumentos de defesa ou de crítica ao modelo PPP, bem como expressar os interesses dos atores no processo de decisão. A análise desses elementos elucidou as questões expostas neste trabalho.

Os estudos para a modelagem do projeto da PPP foram elaborados pela *International Finance Corporation* (IFC). Para a estruturação do projeto, houve uma Consulta Pública em 18 de maio de 2013, sendo a Licitação publicada em 23 de maio de 2014. Com isso, observa-se que, entre a Consulta Pública, a publicação e a assinatura do contrato, decorreu o período de um ano e nove meses, em virtude dos fatos legais fundamentais, como: elaboração da modelagem do projeto, avaliação de viabilidade financeira, consulta pública, audiência pública e todas as etapas no interior da burocracia do governo, do lançamento do edital até a licitação, além das interrupções que decorreram de recursos interpostos.

A licitação dessa Concessão Administrativa decorreu de uma Concorrência Internacional do tipo Menor Preço, em que era admitida a formação de consórcios de até cinco empresas. A Concessionária vencedora é constituída pelas empresas Centro de Imagem e Diagnóstico S.A. (Alliar), com participação de 50,1%; Fundação Instituto de Pesquisa e Estudos de Diagnóstico por Imagem (FIDI), com 30%; e a holandesa Philips Medical Systems Ltda, com 19,9% de participação. A Clínica Delfin

Gonzalez Miranda S.A. passou a ser acionista da RBD Imagem, em março de 2018, quando a empresa adquiriu 30% do capital social da RBD Imagem.

O prazo da concessão é de 11 anos e 6 meses, contados a partir da data da assinatura do contrato, com valor global de contrato de R\$ 838.886.567,00.

Com o objetivo de esclarecer cronologicamente os fatos do processo de implantação do modelo de Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem desenvolvido pelos diversos atores, elaborou-se o Quadro 6 que apresenta as principais normativas para a constituição da PPP.

Quadro 6 – Principais normativas da constituição da Parceria Público-Privada de Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem. Bahia, 2012-2015

(continua)

Abril/2012	Portaria nº 497, que institui o Grupo de Trabalho Saúde para elaboração e contratação de Parceria Público-Privada para o Projeto Inova Saúde – Fase II. Decreto Estadual nº 14.102, que institui o Grupo de Trabalho Intersetorial
Agosto/2012	Portaria Conjunta SEFAZ/SESAB nº 001, de 21/09/2012, que designa servidores para comporem o Grupo de Trabalho Intersetorial para acompanhar a realização dos estudos de modelagem do Projeto Inova Saúde Fase I
Setembro/2012	Edital de Concessão Administrativa nº 5/2013 Portaria Conjunta SEFAZ/SESAB nº 001 que designa servidores para comporem o Grupo de Trabalho Intersetorial para acompanhar a realização dos estudos de modelagem do Projeto Inova Saúde Fase I
Mai/2013	Portaria nº 716 que dispõe sobre nomeação da Comissão Especial de Outorga e dá outras providências Consulta Pública e Audiência Pública
Junho/2013	Carta de Intenção da <i>International Finance Corporation</i> ; Ata da Audiência Pública
Dezembro/2013	Portaria nº 1875, da outorga da concessão da gestão e operação dos serviços de apoio ao diagnóstico por imagem em unidades da rede própria do Estado da Bahia; Edital de Concessão Administrativa nº 5/2013
Janeiro/2014	Publicação, em 14/01/2014, da Errata I ao Edital de Concessão Administrativa nº 5/2013 Documento de resposta aos pedidos de esclarecimento no âmbito do edital
Fevereiro/2014	Adiamento da data de entrega e abertura dos envelopes da Concorrência nº 5/2013 Contrato da Carta-Convite nº 005/13, entre a Agência de Fomento do Estado da Bahia – Desenhahia e a empresa KPMG Auditores Independentes Publicação do aviso de suspensão da Concorrência Pública nº 05/2013
Mai/2014	Publicação, em 22/05/2014, do Termo de Retificação nº 01 do Edital de Concessão Administrativa nº 5/2013 Republicação do Edital de Concessão Administrativa nº 5/2013 em 23/05/2014
Junho/2014	Publicação, em 27/06/2014, do julgamento das Impugnações Administrativas apresentadas pelas empresas MV Sistemas Ltda. e SPX Serviços de Imagem Ltda
Agosto/2014	Impugnação Administrativa ao Edital de Concessão Administrativa nº 5/2013 pela empresa Labchecap – Laboratório de Análises Clínicas Ltda., o qual a Comissão Especial de Outorga considerou improcedente O consórcio habilitado e declarado vencedor foi: Consórcio AFP – Diagnóstico por Imagem. Interposição de Recurso Administrativo pela empresa Labchecap – Laboratórios de Análises Clínicas Ltda

Setembro/2014	Parecer da Procuradoria-Geral do Estado da Bahia, no âmbito do Recurso Administrativo apresentado pela empresa Labchecap – Laboratórios de Análises Clínicas Ltda., no qual não se conhece o recurso. Homologação e Adjudicação do objeto da licitação ao Consórcio AFP – Diagnóstico por Imagem
Fevereiro/2015	Publicação, do extrato do Contrato nº 004/2015 com a Concessionária Rede Brasileira de Diagnósticos SPE S/A

Fonte: adaptado de Radar (2020).

Em 2 de fevereiro de 2015, foi assinado o contrato nº 004/2015, celebrado entre a RBD e a SESAB para Concessão Administrativa da Gestão e Operação de Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem em Unidades da Rede Própria de Saúde do Estado da Bahia, publicado em 12 de fevereiro de 2015 no Diário Oficial do Estado da Bahia (DOE/BA, 2015).

O cronograma de implantação compreendeu dois componentes principais do objeto contratual: a prestação de serviços de apoio ao diagnóstico por imagem e a disponibilização da central de imagem e preparação das infraestruturas necessárias, considerando dois momentos distintos: período de transição e de operação plena.

O período de transição iniciou-se após a data de assunção (data na qual a Concessionária assumiu os bens e os serviços de cada uma das instalações) e terminou com o início da operação plena. Esse intervalo entre a data da assunção até o término do período de transição da última instalação prevista no Cronograma de Implantação, com a sua conexão efetiva à Central de Imagem, teria duração de um ano.

A fase de operação plena, aplicável individualmente para cada uma das instalações, iniciou-se a partir da emissão do respectivo Termo de Recebimento, documento emitido pela Comissão de Recebimento (CR) da Instalação que atestou o cumprimento integral das exigências estabelecidas no Contrato e nos seus Anexos.

Entretanto, os prazos do cronograma não foram cumpridos, e, no entendimento de um entrevistado (E6), isso correu devido à ausência de planejamento pela Concessionária:

[...] aspecto que merece destaque foi o descumprimento flagrante do Cronograma de Implantação. Apesar da duração máxima estipulada no Contrato para conclusão da Fase de Transição de todas as instalações ter sido fixada em um ano, o intervalo compreendido entre a Data da Assunção da primeira instalação até o Recebimento da última Instalação foi de 932 dias, contabilizando um atraso total de 567 dias.

As alegações da Concessionária da não imputabilidade dos atrasos ocorridos, baseou-se em “atrasos vinculados ao processo de aprovação das plantas/projetos” e a “fatores imprevisíveis ou previsíveis de consequência incalculáveis” numa tentativa de transferir ao Poder Concedente a responsabilidade por sua própria imperícia e negligência, pois verificamos que os atrasos vinculados ao processo de aprovação de plantas decorreram da falta de gestão da Concessionária. A atuação da mesma foi morosa no planejamento das obras e no estabelecimento de consenso no período pré-assunção ou mesmo anterior à assinatura do contrato. Assim como o que ela chamou de “fatores imprevisíveis ou previsíveis de consequência incalculáveis” decorreram da mesma imperícia da Concessionária nos levantamentos prévios que deveriam ter sido realizados antes da assunção das Unidades Hospitalares... No entanto, observa-se que logo de início apresentaram grandes dificuldades e falhas na elaboração dos planos de obras e na realização dos levantamentos necessários, relativos às estruturas e às intervenções que seriam necessárias em cada UH demonstrando imperícia, falta de planejamento e de gestão. (E6)

Esse entrevistado também apresenta questões relativas ao Poder Concedente que interferiram no processo de implantação, a saber:

[...] não podemos deixar de citar que ações e omissões do Poder Concedente tornaram possível o significativo atraso observado. Decisões do Poder Concedente e seus representantes como a alteração do faseamento ocorrida no início da Concessão, a preterição da exigência de um plano de obras aprovado e a flexibilização dos requisitos mínimos contratuais figuram entre as deliberações não aderentes ao Contrato de Concessão que concorreram para os atrasos observados. Observaram-se, ainda, solicitações intempestivas e rediscussão de projetos previamente aprovados dentro das UH que impactaram na liberação dos ambientes previstos para intervenção, configurando uma desconcentração do Poder Concedente e fragilização da governança. Embora este cenário tenha concorrido para os atrasos observados, ele não exclui a responsabilidade da Concessionária, sobre quem recai o risco do cumprimento do cronograma. A falha que atribuímos ao Poder Concedente é uma falha de governança, uma falha de fiscalização. O risco pelo não cumprimento do Cronograma era da concessionária. É responsabilidade dos Mecanismos de Governança fiscalizar o cumprimento do contrato, mas falhas nessa responsabilidade não constituem isenção da responsabilidade da Concessionária em cumprir o contratado. (E6)

Para o início do período de Operação Plena verificou-se a previsão de Comissões de Recebimento (CR) para o acompanhamento das instalações, de acordo com o Contrato nº 004/2015, Anexo 10, Item 3 para o Período de Transição, conforme o Cronograma de Implantação previsto no Anexo 3 do referido Contrato.

Serão instituídas Comissões de Recebimento no âmbito de cada Instalação, que terão como atribuição verificar o cumprimento das cláusulas e condições previstas no Contrato e seus Anexos durante o Período de Transição, e que serão responsáveis por emitir o Termo de Recebimento da Instalação para fins de início do respectivo Período de Operação Plena, observadas as condicionantes previstas na cláusula 7.2 do Contrato. (BAHIA, 2015)

Além disso, o item 3.2 do contrato refere-se à composição da Subcomissão Transitória de Recebimento dos Equipamentos, Mobiliário e Sistemas: “A Comissão será composta por seis membros: três membros pertencentes ao nível da Administração Central da SESAB; três membros de três hospitais envolvidos no projeto” (BAHIA, 2015).

Outrossim, o item 3.3 do contrato estabelece a composição da Subcomissão Transitória de Recebimento de Comunicação e Tecnologias de Informação:

Será composta por seis integrantes, sendo: três membros pertencentes ao nível da Administração Central da SESAB com conhecimentos em Tecnologias de Informação em Saúde; três membros de três hospitais envolvidos no projeto. Pelo menos 2/3 (dois terços) dos membros indicados pelo Governo da Bahia deverão pertencer ao quadro permanente do Estado. (BAHIA, 2015)

Com isso, apesar do estabelecido contratualmente, verificou-se divergência no que tange à previsão e à criação de uma instância de controle no âmbito de cada Instalação, o Poder Concedente instituiu apenas uma CR para todas as instalações contempladas no contrato, designada por meio de Portaria SESAB nº 505, de 19 de maio de 2015. A Comissão é formada pela Subcomissão Transitória de Recebimento do Projeto das Obras e Instalações, Subcomissão Transitória de Recebimento dos Equipamentos, Mobiliário e Sistemas e Subcomissão Transitória de Recebimento de Comunicação e Tecnologias de Informação, tendo cada uma, seis membros.

As composições das subcomissões foram posteriormente modificadas pelas Portarias SESAB nº 1305/2015, nº 351/2016, nº 679/2016 e nº 1318/2016, e não atenderam integralmente às disposições contratuais. É importante destacar que a CR tem papel imprescindível na verificação do cumprimento do cronograma de implantação, assim como das cláusulas e condições previstas no contrato e seus anexos, para emissão do Termo de Recebimento, conforme relato da entrevistada (E6), que ressalta dano pela não criação de uma CR em cada unidade.

[...] o dano causado pela criação de apenas uma CR para as Instalações das 11 Unidades Hospitalares contempladas no contrato, pois a sobrecarga de trabalho gerada para os seus membros, claramente comprometeu a fiscalização do contrato, causando falhas no recebimento e conferência do atendimento às determinações contratuais das obras, equipamentos, mobiliários e Tecnologia de Informação. Outra coisa que se observa é que a composição dessas Comissões também não atendeu à disposição contratual no que se referiu à exigência de que 2/3 dos membros fizessem parte do quadro permanente de servidores do Estado. (E6)

Nas situações apresentadas e analisadas, há assimetria de informação e conflito entre Agente e Principal. O despreparo técnico e a falta de conhecimento adequado por parte do Agente também foram realidades presentes, nesta categoria, corroborando as afirmações de Jensen (1997).

Em face do existente no relatório de Auditoria SUS/BA (2020), quanto ao Cronograma de Implantação, verificam-se fragilidades dos Mecanismos Transitórios de Governança instituídos, o que indica que houve atraso significativo, o que foi relatado como: “[...] infração gravíssima, ensejando inclusive a possibilidade de declaração da caducidade da Concessão”, conforme previsto no contrato no item 31.1.

Além disso, identifica-se na fala do E6 que houve carência técnica em praticamente todo o processo de implantação em decorrência de quantitativo de pessoal, capacitação e sobrecarga de trabalho impactando na implantação das comissões previstas.

[...] fatores como desconhecimento do contrato e dos seus anexos, principalmente no tocante à sua atuação, acúmulo de atividades e inexistência de capacitação impediram que a Comissão de Recebimento assumisse o protagonismo esperado. (E6)

Para garantir uma boa gestão de contratos tão complexos como os contratos de PPP, é necessária a formalização no âmbito da gestão, não somente nos processos para a tomada de decisão, mas também em romper com a informalidade que decorre da capacitação dos Agentes Públicos. Celebrar contratos de PPP sem o aparato de recursos humanos capacitados prejudica a própria Administração Pública, uma vez que coloca em risco o servidor público responsável por tomar a decisão, sem o respaldo técnico necessário e possível comprometimento do resultado almejado.

Essa deficiência de técnicos na Administração Pública é discutida por Abrucio (2007), que afirma que seria preciso um aumento de investimento na capacitação dos servidores públicos, sendo que esse treinamento deveria estar vinculado a um projeto mais amplo e integrado de modernização da Administração Pública, até mesmo porque, cabe lembrar, as políticas públicas no Brasil são, em sua maioria, executadas no plano local, exatamente onde as capacidades gerenciais e burocráticas são menos desenvolvidas.

Em consequência, os prazos contratuais do cronograma de implantação não foram cumpridos, inviabilizando a programação originalmente pactuada, o que motivou a celebração, em 25 de outubro de 2016, do Termo Aditivo nº 01 ao Contrato,

por meio do qual, além da revisão dos prazos previstos, também, alterou as características da Central de Imagem, bem como propiciou uma revisão na remuneração (valor da contraprestação) (BAHIA, 2017).

Conforme os princípios da Administração Pública, os órgãos públicos devem salvaguardar o interesse público em todas as circunstâncias (DI PIETRO, 2004) e, principalmente, nas situações nas quais a concessionária não for mais capaz de prestar o serviço requerido no contrato. Quando os projetos entram em dificuldade, ações imediatas devem ser tomadas para que os custos não aumentem indefinidamente.

4.1.2 Motivação sobre a escolha do modelo de gestão PPP adotado para esse serviço

A PPP de Diagnóstico por Imagem foi estruturada na gestão do atual governador do Estado, Rui Costa. A SESAB escolheu essa modalidade com base em opinativo dos grupos de trabalho intersetoriais e internos instituídos, respectivamente, por meio do Decreto nº 14.102/2012 e da Portaria SESAB nº 497/2012, que destacou maiores benefícios em tal opção, tais como: i) acesso a novas e necessárias tecnologias, evitando passivo tecnológico e agilidade na execução dos investimentos (necessários nos próximos anos); e ii) redução do risco de descontinuidade na prestação dos serviços, causada pelo vencimento mensal dos contratos (BAHIA, 2012).

Verifica-se que os fatores motivadores para a escolha do modelo de gestão da PPP também são encontrados no relatório de auditoria que o Tribunal de Contas do Estado da Bahia (TCE-BA) emitiu sobre o tema, conforme transcrito a seguir:

Segundo a Administração da SESAB, a opção pela Parceria Público-Privada, para viabilização do projeto, se evidenciou como a mais vantajosa em comparativo (Value for Money – VfM, também denominado Comparador do Setor Público – CSP) procedido em relação às demais formas de contratação e parcerias existentes, o qual se constitui numa “combinação ótima entre o custo do projeto ao longo da concessão e a qualidade do serviço prestado, visando atender com eficiência o usuário”. Esta situação teria sido demonstrada pelos estudos elaborados em parceria com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e a *International Finance Corporation* (IFC), relatados no trabalho sob o título “Modelagem de uma Parceria Público-Privada (PPP) do Projeto de Imagem para os Hospitais do Estado da Bahia – Análise de Custo-benefício da PPP (*Value for Money*)” (TCE, 2017).

Tal citação evoca o princípio da eficiência presente na abordagem do Novo Gerencialismo e inserido na CRFB de 1988, por meio da Emenda Constitucional nº 19/1998 (BRASIL, 1998).

A eficiência também foi citada como motivadora da escolha do modelo de PPP, pelo Secretário de Saúde da Bahia, Fábio Vilas Boas (2016), além da agilidade na entrega do resultado do serviço prestado à população e geração de empregos, conforme declarou:

Com a PPP, o Governo do Estado amplia a capacidade de atendimento à população, reduz custo, promove melhorias nos serviços prestados, como maior precisão do diagnóstico e agilidade na entrega dos resultados, além de gerar mais de 500 empregos diretos [...] (SESAB, 2020).

Ademais, Carrera (2014, p. 121) complementa que a oportunidade para a implementação desse projeto para o estado, foi: “a demonstração dos benefícios para a saúde pública a um custo razoável”. Segundo a autora, a consultoria técnica demonstrou a demanda reprimida e a melhoria na qualidade dos serviços que esse projeto poderia promover, comparando o custo dos serviços na gestão PPP perante a administração direta.

Conforme Andrade (2019, p. 104), os problemas que a PPP de Imagem buscou resolver são elencados a partir das entrevistas realizadas pela autora com representantes da SESAB e da SEFAZ, sendo de ordem de gestão do aparato tecnológico, como manutenção, substituição e operacionalização, quando cita a insuficiência ou ausência de pessoal.

Além disso, o custo baixo é apontado como uma vantagem quando da implantação desse modelo

[...] outro desafio completamente diferente era que nós tínhamos um conjunto de hospitais sob gestão direta, antigos, que para 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 Estadual da Saúde). (ANDRADE, 2019)

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 setor privado e também os médicos que emitem os laudos dos exames (Secretário Executivo da Unidade PPP). (ANDRADE, 2019)

No entanto, o relatório de Auditoria SUS/BA discorda quanto aos custos ao evidenciar em uma constatação que:

O custo pago pela SESAB referente aos serviços prestados pela RBD excede em 50,6% aquele pago pelo PLANSESV, se os serviços de imagem fossem prestados ao custo da tabela de honorários médicos praticados pelo referido Plano de Saúde para remunerar os hospitais e clínicas credenciadas. (AUDITORIA SUS/BA, 2017)

Ainda em relação aos custos, no que se refere à implantação dos projetos PFI/PPP, Edwards e colaboradores (2004) defendem que utilizar o setor privado resulta em maiores custos, pois, na captação de recursos pelo parceiro privado, incidem juros em percentual maior do que os captados pelo setor público, em uma aquisição convencional. Há ainda os custos de transação associados à preparação da proposta e às negociações de contratos que são elevados.

Outro entrevistado (E1) também aponta críticas quanto à motivação da escolha do modelo PPP e relata a ineficiência do Estado em manter e operacionalizar o serviço já que o recurso financeiro existe para o investimento:

[...] é porque o estado se mostra ineficiente aonde não poderia, na manutenção, por exemplo, porque o estado não tem condições de dar manutenção em equipamentos. Historicamente, todos os nossos equipamentos padecem de interrupções de funcionamento, o que justificou trazer essa PPP foi só isso, a manutenção. Ele é um contrato de manutenção, porque o estado tem vários equipamentos de todas as modalidades que estão ali investidos, parados, novos e não instalados. Não tem dificuldade para o estado comprar uma ressonância, ele implantou 19 Policlínicas nos últimos dois anos. Ele não tem dificuldade em comprar um tomógrafo e implantar um tomógrafo nos hospitais e em todos os hospitais que ele queira. Ele não tem dificuldade em fazer funcionar as coisas, o grande problema que você chega no hospital é o aparelho dos RX está quebrado, o tomógrafo está quebrado e o técnico de imagem não veio hoje. Então assim, o que se contratou não foi investimento, foi serviço, está terceirizando o serviço. (E1)

Na entrevista com o parceiro privado, quando perguntado sobre os motivos do interesse da Concessionária RBD em participar dessa PPP, o entrevistado apresentou as razões e os elementos que permitem compreender os interesses dos atores públicos e privados na efetivação da configuração da primeira PPP em diagnóstico por imagem no Brasil:

O que motiva as empresas privadas a entrarem num projeto como esse é a oportunidade de você diversificar seu pool de negócios na área de atuação e você ter um contrato com o governo do estado, um contrato de médio e longo prazo visando o atendimento (toda PPP tem isso por trás) daquela parcela da

população que mais necessita. Você tem três vertentes: o lado do empresário, que é você diversificar seus negócios, você tem o lado de ter a segurança por ter um contrato de concessão, geralmente um contrato de PPP são contratos de médio e longo prazo, de dez, quinze a trinta anos a depender da concessão e certamente que é um apelo que seduz muitos de nós, inclusive porque atuamos no dia a dia dessa operação que é o foco do atendimento daquele paciente que mais precisa, o paciente do SUS. (E4)

Dessa entrevista do Agente, não se extraem os mesmos motivos apresentados pelo Principal, ou seja, a atualização tecnológica não está presente na motivação do setor empresarial, e, sim, a diversificação dos negócios para empresa, além da possibilidade de participar de uma concessão com longo prazo contratual, beneficiando a população mais necessitada. Isso indica que os interesses dos atores são diferentes.

A literatura tem enfatizado que o uso de PPP deve ser motivado mais por razões de eficiência na prestação do serviço e no uso dos recursos públicos do que pela aparente solução do problema do financiamento, conforme Franco (2007). Há um extenso arcabouço teórico que procura demonstrar que a estrutura da PPP é mais eficiente do que a prestada pela Administração Pública direta. O que se verificou da análise das falas dos entrevistados é que os serviços realizados pela PPP de Imagem resultam em melhorias, em comparação com o serviço tradicional, em termos de eficiência produtiva.

Contudo, essa vantagem poderá não ter sustentabilidade no médio e longo prazo, na medida em que estudos sobre custo-efetividade demonstrarem os reais custos dos serviços prestados.

A PPP de Imagem é complexa, devido às suas especificidades decorrentes do progresso técnico e da obsolescência programada dos equipamentos, o que dificulta prever e processar todas as contingências futuras, sendo assim um contrato de longo prazo, mas incompleto.

As condições institucionais são importantes para o êxito das PPP. Para Jensen (1983), a linha positivista tem estado mais preocupada com a descrição dos Mecanismos de Governança que resolvam os problemas de agência. Além disso, descreve esse interesse como “por que certas relações contratuais surgem”, ou, em outras palavras, quais são as motivações de duas ou mais partes quando decidem celebrar um contrato que venha a reger a relação entre elas.

As motivações que levaram à escolha do modelo de gestão dessa PPP, entre as demais alternativas – organização social, fundação pública ou a própria administração direta –, demonstram ser de naturezas política e administrativa.

O Quadro 7 apresenta a síntese cronológica dos principais acontecimentos para a implementação da PPP de Diagnóstico por Imagem.

Quadro 7 – A Parceria Público-Privada de Diagnóstico por Imagem em atividade

(continua)

2015	<p>Publicação do extrato do Contrato nº 004/2015, assinado com a Concessionária Rede Brasileira de Diagnósticos SPE S/A;</p> <p>Publicação do Estatuto do Fundo Garantidor Baiano de Parcerias – FGBP</p> <p>Portaria nº 505-criação e nomeação dos integrantes da Comissão Transitória de Recebimento, no âmbito de cada instalação;</p> <p>Cria a Coordenação de Gestão das Parcerias Público-Privadas em Saúde, no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia;</p> <p>Portaria nº 1328 que dispõe sobre a criação e nomeação dos integrantes das Comissões de operacionalização, para cada uma das UH da Fase 3.</p>
2016	<p>Resolução nº 03/16 do Conselho Gestor do Programa de Parcerias Público-Privadas do Estado da Bahia, que aprova o 1º Termo Aditivo ao Contrato nº 004/2015.</p>
2017	<p>Participação societária da Clínica Delfin Gonzalez Miranda S.A.</p>
2018	<p>2º Termo Aditivo com a Concessionária Rede Brasileira de Diagnósticos SPE S.A. em conjunto com a Agência de Fomento do Estado Bahia S.A., visando a substituição do Hospital Geral Luiz Viana Filho – HGLVF para Hospital Regional Costa do Cacau – HRCC.</p> <p>Publicação da Portaria SESAB nº 774, de 15/07/2018 institui o Comitê Gestor das PPP no âmbito da SESAB. Conforme informado pela Ouvidoria SUS Bahia o Contrato encontra-se em fase de operação plena, tendo sido as intervenções e obras nas unidades concluídas. Os serviços foram implementados em todas as 11 unidades previstas no Contrato.</p> <p>Resolução nº 01/18 do Conselho Gestor do Programa de Parcerias Público-Privadas, que resolve aprovar os estudos para: 1) inclusão do Hospital Clériston Andrade ao escopo do Contrato nº 004/2015 de Concessão Administrativa para gestão e operação de serviços de apoio ao diagnóstico por imagem; 2) transferência do serviço de mamografia do CICAN para o Hospital da Mulher.</p>
2019	<p>Criação e nomeação dos integrantes da Comissão de Controle e Acompanhamento;</p> <p>3º Termo Aditivo ao Contrato nº 004/2015 com a Concessionária Rede Brasileira de Diagnósticos SPE S.A. em conjunto com a Agência de Fomento do Estado Bahia S.A., para autorizar a Concessionária a realizar estudos até o valor de R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais), com vistas à reforma do prédio Solar Boa Vista, situado no Distrito de Brotas, em Salvador, para instalação da Central de Imagem prevista no Contrato nº 004/2015;</p> <p>3º Termo Aditivo com a Concessionária Rede Brasileira de Diagnósticos SPE S.A. em conjunto com a Agência de Fomento do Estado Bahia S.A., para autorizar a Concessionária a realizar estudos até o valor de R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais), com vistas à reforma do prédio Solar Boa Vista, situado no Distrito de Brotas, em Salvador, para instalação da Central de Imagem prevista no Contrato nº 004/2015;</p> <p>Resultado do Processo Seletivo de Verificador Independente do Contrato de Concessão Administrativa nº 004/2015, no qual declara vencedora a empresa Deloitte Touche Tohmatsu Ltda;</p> <p>Prêmio Benchmarking Saúde 2019!</p>

2020	Apostila nº 004 para atualizar monetariamente o valor da contraprestação mensal; 4º Termo Aditivo ao Contrato com a Concessionária Rede Brasileira de Diagnósticos SPE S.A. em conjunto com a Agência de Fomento do Estado Bahia S.A., visando a supressão do escopo de Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem de 3 (três) equipamentos de mamografia do Centro Estadual de Oncologia-Cican, transferidos para outras UH sob gestão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Publicação do Regulamento do Fundo Garantidor Baiano de Parcerias – FGBP.
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: adaptado de Radar (2020); RBD (2018).

4.1.3 Rede de atores e serviços que se articulam na produção do Diagnóstico por Imagem na PPP do Estado da Bahia

Considerando-se os atores da PPP de Imagem, destacam-se o governo do Estado da Bahia, o governador Rui Costa, que atuou no tratado da PPP, e a SESAB, que é a coordenadora desse projeto, por meio do Secretário Estadual de Saúde. Em seguida, o Conselho Gestor (composto pelos seguintes atores: Secretários do Planejamento, Fazenda, Administração, Casa Civil, Desenvolvimento Econômico, PGE, membro de escolha do Governador do Estado e a SESAB); a Secretaria-Executiva do Programa; os grupos executivos intersetoriais que se articularam na modelagem do projeto e sua execução (SEFAZ, SAEB e PGE); a Desenhahia; a concessionária RBD (Agente privado); e as consultorias da IFC e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

Em outra perspectiva, pode-se observar que a escolha do governo é impelida por ideologias, interesses e necessidades de vários atores, sejam eles formais ou informais (SILVA; BASSI, 2012), governamentais ou não governamentais (SECCHI, 2013).

O objeto da concessão administrativa é a gestão e a operação de Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem em uma Central de Imagem e em 11 unidades de saúde da rede própria, com as seguintes finalidades:

- 1) realização de exames de radiologia convencional, mamografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética;
- 2) emissão dos laudos ao diagnóstico para todos os exames realizados;
- 3) prestação dos serviços acessórios (agendamento de exames, atendimento a clientes e administração das instalações utilizadas);
- 4) construção, reforma, adaptação, manutenção e conservação de todas as instalações necessárias à prestação dos serviços;
- 5) fornecimento, conservação, manutenção e atualização dos equipamentos médicos e de imagem;

- 6) fornecimento, manutenção e conservação de mobiliário e outros equipamentos necessários à prestação dos serviços;
- 7) implantação, manutenção e atualização dos sistemas de informação necessários à prestação dos serviços (licenças do PACS/RIS: Sistema de Informação de Radiologia e Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens e dos demais sistemas operacionais necessários);
- 8) disponibilização de data center e serviços associados e
- 9) manutenção e suporte dos sistemas de informação e infraestrutura tecnológica associada.

Em 2016, por meio do 1º Termo Aditivo (DOE-BA, 02/11/2016), uma das unidades foi excluída do âmbito da Concessão, o Instituto Couto Maia – ICOM; e no 2º Termo Aditivo (DOE-BA, 22/11/2018), o Hospital Regional Costa do Cacau – HRCC passou a integrar o Contrato em substituição ao Hospital Geral Luís Viana Filho – HGLVF, permanecendo 11 UH. Dessas unidades, 7 estão em municípios da Região Metropolitana de Salvador (5 em Salvador, 1 unidade em Lauro de Freitas e 1 em Camaçari). Os outros hospitais estão no interior do estado. Portanto, esse contrato contemplou as seguintes UH e os exames realizados conforme detalhado no Quadro 8.

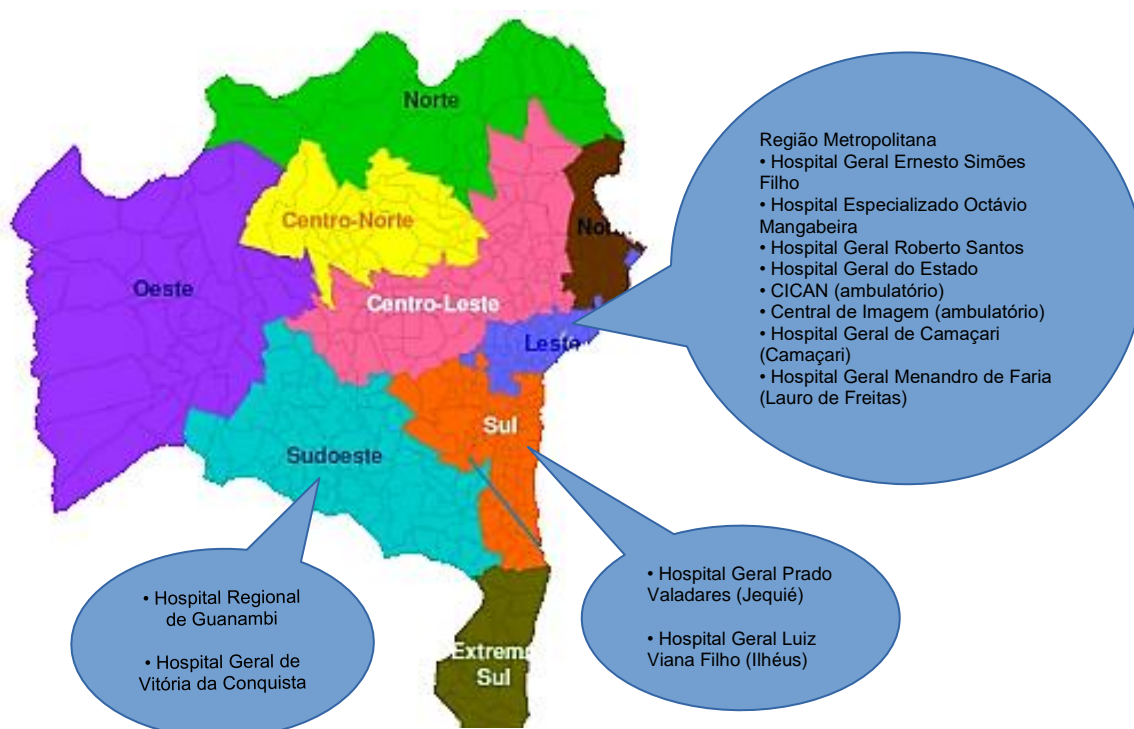
Quadro 8 – Localização das unidades de bioimagem em municípios e tipos de exames efetuados pelas unidades

Unidades	Município	Exames
Hospital Geral do Estado (HGE)	Salvador	Tomografia computadorizada e ressonância magnética (24h)
Hospital Geral Roberto Santos	Salvador	Tomografia computadorizada e ressonância magnética (24h)
Hospital. Geral Ernesto Simões Filho	Salvador	Tomografia computadorizada, ressonância magnética e Raios-X (24h)
Hospital Geral Menandro de Faria	Lauro de Freitas	Tomografia computadorizada e Raios-X (24h)
Hospital Geral de Camaçari	Camaçari	Raios-X e tomografia computadorizada (24h)
Hospital Espec. Octávio Mangabeira	Salvador	Raios-X e tomografia computadorizada (12h)
Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC)	Vitória da Conquista	Tomografia computadorizada e ressonância magnética (24h)
Hospital Geral Prado Valadares (HGPV)	Jequié	Tomografia computadorizada e raios-X (24h); Ressonância Magnética – (12h)
Hospital Regional Costa do Cacau (HRCC)	Ilhéus	Tomografia computadorizada e raios-X (24h); Ressonância Magnética – (12h)
Hospital Regional de Guanambi (HRG)	Guanambi	Tomografia computadorizada e raios-X (24h); Ressonância Magnética e Mamografia – (12h)
Centro Estadual de Oncologia (CICAN)	Salvador	Raios-X, mamografia e tomografia computadorizada (12h)

Fonte: RBD, 2020. Adaptação da autora.

Os serviços e as atividades foram definidos considerando as características assistenciais de cada unidade, a demanda e as perspectivas futuras, tais como: perfil da unidade, dimensão da unidade, cobertura das macrorregiões e as referências nacionais e internacionais. As 11 unidades de saúde e a central de imagem estão localizadas nas macrorregiões Leste, Sudoeste e Sul conforme Figura 4 (PRINCHAK, 2016).

Figura 4 – Localização na Macrorregião de Saúde – PPP de Diagnóstico por Imagem por Estabelecimentos de Saúde: Unidades (11) e Central de Imagem (1)



Fonte: adaptado de Princhak (2016).

Até o segundo semestre de 2019, um volume acumulado superior a 1,3 milhão de exames de diagnóstico por imagem foi realizado (RBD, 2020).

4.1.4 Discricionariedade (poder de decisão) dos implementadores da PPP de Imagem

No que se refere à discricionariedade, existe uma normativa composta por ampla gama de regras a serem seguidas no processo de implementação da PPP de Imagem que afeta o poder de decisão exercido pelos implementadores.

Nas entrevistas, quanto ao entendimento do poder de decisão, foi possível identificar na fala do Agente (E4), na medida em que reforça o caráter impositivo de uma instrução normativa à Concessionária a qual ele dirige, uma limitação na autonomia.

O edital é muito claro no que tange as regras: eu tenho que comprar o equipamento que o edital manda na configuração e especificação que o edital manda e instalar no prazo que o edital manda, na planta do projeto que o edital manda e vide as reformas, todos os periféricos, a quantidade da equipe técnica, as escalas tudo isso está atrelado ao edital [...] [...] o que foge à regra é quase nada, basicamente o edital é muito detalhista no que tange as nossas obrigações (E4)

No entanto, verifica-se que no processo de formulação de políticas, incluindo a fase de regulamentação, a realidade social na qual as políticas são implementadas não pode ser totalmente prevista e enquadrada em regras (LIPSKY, 2010). O quadro normativo das PPP, apesar de denso e detalhado, é incompleto.

Essa necessidade de que algum ajuste tenha que ser feito na implementação remete-se à concepção de discricionariedade, conforme expresso na fala que segue:

[...] eu tive um equipamento de Ressonância, [...] que mesmo estando em o período de garantia, estava apresentando defeitos recorrentes. Então a gente acionou o fabricante e exigimos a troca desse equipamento, mesmo ele estando em período de garantia, ele concordou com a troca, para eu fazer essa troca impactaria durante 12 a 15 dias, eu ficar com esse equipamento parado fazendo exame na minha estrutura de back-up que eu tenho. Qual é a minha estrutura *de back-up*, todo interior eu contratualizei, eu tenho essa autonomia com clínicas privadas, se o equipamento quebrar o por qualquer motivo, eu não posso deixar de atender o paciente do SUS, eu posso fazer nessa clínica privada, eu disponibilizo esse transporte, custo meu, e pago esse fornecedor privado e no final do mês, um acordo comercial entre nós [...]. (E4)
[...] essa parte de gerenciamento de custos e uma parte que a gente tem autonomia. (E4)

Entretanto, conforme o contrato da PPP de Imagem, o valor da contraprestação poderá variar de acordo com o cumprimento dos indicadores de desempenho pela Concessionária. O valor da contraprestação mensal efetiva será objeto de aferição das metas, realizadas a cada três meses pelo parceiro privado, conferidas pela SESAB; corroborando Lima e D'Ascenzi (2013) quando citam que, na fase de implementação, busca-se atingir as metas e, por isso, os implementadores teriam margem de manobra limitada.

A literatura tem mostrado, segundo Lotta (2018), que o pagamento por desempenho é um fator que pode assegurar um maior controle hierárquico da atuação dos implementadores. Para que esse incentivo seja efetivo, é necessário que o acompanhamento e o monitoramento implementem ferramentas que permitam o controle do exercício da discricionariedade dos implementadores, já que, no processo de implementação, independentemente do tipo de controle que sobre ele é exercido, envolve um grau de discricionariedade.

Disso decorre que decisões são adotadas constantemente durante a implementação, e os Agentes implementadores não são simples seguidores de regras, eles as interpretam, ajustam e decidem. Por isso que a compreensão sobre a discricionariedade se torna importante para entender os processos de implementação, por consequência, quando apontam o aumento de estudos sob a ótica da discricionariedade além dos processos de responsabilização e *accountability* dos implementadores conforme afirmam Lotta e colaboradores (2018).

4.1.5 Metodologia de implementação da PPP de Imagem (*top-down* ou *bottom-up*)

Nesta categoria de análise, buscou-se compreender sobre a metodologia de implementação da PPP de Imagem, a partir dos dois principais modelos: o *top-down* (cima para baixo) e o *bottom-up* (baixo para cima).

A partir da fala do entrevistado (E4), verifica-se característica da perspectiva *top-down*, pois é possível depreender a preocupação em estar adequado ao processo de implementação da PPP por parte da Concessionária e em conformidade com a legislação vigente (edital).

Nesse sentido, a fala do entrevistado (E4):

A minha autonomia é muito mais no gerenciamento desse pessoal. Eu tenho um teto de gastos, eu tenho piso de salários, isso até aí por conta dos próprios sindicatos e também sou o gestor, eu tenho como fazer esse controle e o edital não me fiscaliza, não me determina quanto a essa questão da remuneração, está intrínseco, até porque tem essas questões do sindicato. Dentro deste cenário eu posso contratar ou demitir qualquer colaborador por questões de desempenho e porque é como a gente trabalha; os insumos, descartáveis, os medicamentos, os médicos eu diria que são os grandes atores desse projeto, que fazem o laudo durante 24h, eu também tenho plena autonomia para contratar a equipe de médicos [...]

Entretanto, ainda em relação à fala do E4 quanto à referência ao quantitativo e contratação de pessoal e da necessidade de que algum ajuste tenha que ser feito na implementação, remete-se à concepção de implementação *bottom-up*, na qual consideram-se alguma discricionariedade dos implementadores.

Outro entrevistado (E7), quando perguntado sobre grau de discricionariedade dos implementadores da PPP de Imagem, apresentou sua opinião sobre a sua existência e exemplifica:

[...] Acredito que sim. É lógico que você tem aí um mecanismo de governança, o contrato traz essa instância [...].
[...] Então o que eu penso que há um grau de discricionariedade, isso não deixa de existir mesmo que você tenha situações, como, por exemplo, no caso de uma pandemia que o poder público tenha que tomar sim decisões e adotar alterações unilaterais de alteração de contrato [...]

De acordo Cavalcanti (2007), em todo o processo de implementação, existe um grau de discricionariedade, independentemente do tipo de controle que sobre o implementador é exercido. Aquela que delega a ação a ser implementada perde, de alguma forma, uma parte do controle.

Ademais, a implementação diz respeito a como a política está sendo praticada, e este estudo decorreu da realidade de uma formulação da Política de implementação da PPP, do planejamento da contratação da PPP de Imagem, resultante de um edital, que ocorreu sem a colaboração dos executores, caracterizando-se assim como uma metodologia do ciclo de implementação de Política Pública – *top-down*. No entanto, os resultados deste estudo mostram que a sua implementação vem sendo realizada seguindo uma metodologia com algumas características da metodologia *bottom-up*.

4.2 ASPECTOS FACILITADORES E LIMITADORES NA IMPLEMENTAÇÃO DA PPP EM SERVIÇOS DE APOIO AO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

Esta análise objetiva identificar os aspectos facilitadores e limitadores encontrados pela SESAB (Principal) e pela Concessionária (Agente) relacionados com a implementação da PPP em Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem. Foram consideradas as seguintes subcategorias de análise: aspectos facilitadores e

limitadores do Agente e do Principal; capacitação técnica e gerencial dos parceiros públicos e privados.

4.2.1 Aspectos facilitadores e limitadores do Agente e do Principal

Esta subcategoria enfatiza os aspectos facilitadores e limitadores da implementação da PPP de imagem, abordando as suas principais vantagens e desvantagens.

O entrevistado (E2) relata que a maior facilidade na escolha da modalidade PPP é a eficiência gerada no setor público.

[...] Então, hoje, facilidade eu não consigo ver na implementação, eu vejo facilidade na gestão. Você com uma PPP tem uma facilidade de resposta muito grande, eu acho que é isso que é o atrativo da PPP, eficiência mesmo. (E2)

O representante do Agente relata dificuldades na implementação do projeto da PPP de Imagem como a extensão territorial do Estado da Bahia, o acesso e disponibilidade de internet suficiente para viabilizar a transmissão dos exames de imagem para a central de laudos.

Dificuldades foram inúmeras, vou destacar apenas algumas para você. Porque, por exemplo, a gente vive num estado que ele é maior que muitos países da Europa, então a primeira dificuldade no Estado da Bahia, foi a distância, nós temos quatro unidades no interior do estado, que são: Vitória da Conquista, Jequié, Guanambi e Ilhéus, por exemplo a gente não tinha internet de banda larga de alta velocidade, de alta performance nesses locais para que a gente pudesse enviar todos os exames de imagem para a central de laudos que fica em Salvador. (E4)

Além disso, a segunda dificuldade apontada pelo representante do Agente foi que, no início da execução, quando as 11 unidades de saúde estavam em pleno funcionamento e havia a necessidade de adaptação estrutural nos hospitais:

[...] a segunda foi adaptar as 11 unidades que nós estamos inseridos nos hospitais do estado, da bioimagem dentro do que o edital pedia. Para você fazer obra num hospital que está funcionando é muito difícil para obra, porque faz barulho, tudo isso é muito difícil, uma máquina rodando, fazendo exame, atendendo paciente, essa foi uma grande dificuldade. (E4)

Entretanto, a maior dificuldade relatada pelo mesmo entrevistado (E4) foi o alinhamento e a continuidade operacional diante da alta rotatividade de gestores em posição estratégica na SESAB, o que dificultou a integração entre as partes:

[...] A terceira eu diria que foi a gente finalmente entrar em compasso, falar a mesma língua, com a SESAB, por conta de algumas rotatividades, alguns gestores extremamente estratégicos dentro da Secretaria, eles foram mudados no decorrer do curso. Desde sua implantação até os dias atuais a gente sentiu por parte da concessionária uma perda de continuidade, muitas vezes as pessoas saíam e não passavam o bastão para o sucessor e aí a gente tinha que iniciar o processo todo novamente de interação, lembrar do que foi pactuado e como funcionava etc. (E4)

[...] Eu vou me ater as essas três dificuldades, senão poderia passar o resto da tarde aqui falando [...]. (E4)

Com isso, evidenciou-se que a rotatividade de gestores e técnicos afeta negativamente o funcionamento e a produtividade do serviço público, pois são necessários tempo com treinamento e capacitação, e essa saída de servidores ocasiona quebra do fluxo de trabalho e até mesmo perda de historicidade da organização. Isso dificulta a execução de planejamentos estratégicos organizacionais e, em longo prazo, a continuidade de políticas públicas.

Outro desafio citado pelo representante do Principal (E7) ao acrescentar a questão jurídica é a dificuldade de traduzir para os instrumentos do edital e contrato, as questões de ordem técnica médico-hospitalar, sendo um processo de aprendizagem e evolução para os parceiros na fase de implantação/implementação.

Eu acho que a maior dificuldade e aí, não é só da PPP de Imagem, é qualquer outra, do ponto de vista jurídico, é traduzir as questões de ordem técnica econômica financeira e, nesse caso, médico hospitalar porque não tem aí obra de engenharia ou, pelo menos, obras muito grandes aos instrumentos mesmo que depois vão gerir, seja a escolha da concessionária que é o edital, seja depois a própria execução que é o contrato [...]

[...] são modelos que eu diria que não foram testados, nós estamos testando e estamos trocando a roda com o carro andando. A gente não tem como fechar todas as questões do contrato. A execução do contrato sempre traz problemas que ainda não foram vistos [...]. (E7)

Barbosa e Malik (2015) comentam que o modelo de PPP 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 do que as autoras denominam de projeto de referência para hospitais, posto que o setor ainda se caracteriza por grau elevado de imprevisibilidade e variabilidade de processos.

Em complementação à questão levantada pela entrevistada (E7), outra entrevistada (E2) acrescenta quanto a complexidade e inovação do modelo no País:

[...] Você vê que é uma ideia que nasceu fora, veio pra gente começar a desenvolver aqui no país, é muito complexo e ele é baseado, eu brinco assim, a sua base é no seu nome: a parceria público e privada. E aqui no país a gente tem uma dificuldade porque o parceiro privado muitas vezes, não é parceiro, então esse contrato para ser mais eficiente, facilitar a sua fiscalização e o seu acompanhamento, tinha que ter mudanças, mas aí a gente vai estar mexendo na estrutura básica de uma PPP [...] (E2)

Cabe, no entanto, destacar que, enquanto esses entrevistados citam várias dificuldades na implementação, outro entrevistado (E1) manifesta uma opinião contrária: “Não tem dificuldade na execução, não tem dificuldade. Você tem as dificuldades naturais de operação de uma implantação, de uma reforma de uma área para ser colocada, não tem dificuldades de uma unidade [...]” (E1).

Ressalta-se, a partir da fala dos entrevistados, que a complexidade dos contratos de PPP é um aspecto de grande debate. É notório que contratos de PPP tendem a ser complexos e incompletos, diante da carência de infraestrutura (banda larga), extensão territorial do Estado da Bahia e do setor saúde, não sendo possível prever todos os eventos que venham a acontecer ao longo da vigência de um contrato que, por natureza, é de longo prazo.

Segundo Williamson (1985), a relação contratual incompleta resulta do fato de que é impossível aos Agentes prever e processar todas as contingências futuras relativas ao contrato.

4.2.2 Capacitação técnica e gerencial dos parceiros – públicos e privados – para a implementação do projeto de PPP de Imagem

No Edital de Concessão Administrativa nº 5/2013, cada proponente deveria apresentar uma proposta técnica que correspondia, em realidade, à comprovação de sua capacidade de Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem de forma satisfatória.

Em relação à capacidade técnica, o Edital prevê para comprovação:

Atestado(s) fornecido(s) por pessoas jurídicas de direito público ou privado, emitidos em nome da Proponente, que comprove(m) a experiência da Proponente na execução das seguintes atividades, dentro dos últimos dez anos, contados da data de apresentação das propostas na presente licitação: comprovação da gestão de Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem ou gestão hospitalar durante período igual ou superior a três anos ininterruptos; comprovação de que a Proponente seja ou tenha sido responsável pela gestão concomitante dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem (integrado ou não em unidade hospitalar) em, no mínimo, três Estabelecimentos de Saúde, ao longo de pelo menos um ano; comprovação de realização pela Proponente de, no mínimo, 200.000 (duzentos mil) exames em um período de 12 meses, inclusa a emissão dos respectivos laudos diagnósticos [...]

O entrevistado (E4) aborda a questão da eficiência e da capacidade de gestão da PPP argumentando que o processo decisório é objetivo, flexível e adaptável, diferentemente da SESAB, que possui regras burocráticas, além da rotatividade de pessoal, e explica:

No privado a máquina é mais rápida, ele não tem tantas amarras quanto ao do estado. Eu contrato pessoas e dispenso a depender de desempenho, por exemplo. A RBD hoje, tem uma equipe altamente capacitada com o conhecimento pleno sobre lei de PPP, remuneração e quais são as sanções previstas etc. O público, por conta do que mencionei anteriormente, da rotatividade, isso se perde muito fácil [...] (E4)

Ainda quanto ao aspecto de pessoal, o E4 relata sobre a dificuldade de encontrar pessoas, tanto no privado quando no público, que tenham um maior conhecimento e entendimento sobre PPP como uma modalidade institucional:

[...]. Tecnicamente, o que eu senti falta e eu sinto até hoje, mas isso é uma coisa e que eu sinto no privado também, quando você fala do ambiente parceria público-privada, do conceito e dos caminhos, como nem todo mundo trabalha, é um nicho muito pequeno ainda no Brasil, principalmente você tem poucas pessoas no privado que conhecem e já tiveram contato com esse cenário e do público mais ainda. Do público, por conta da rotatividade, a primeira equipe da SESAB eu tive o prazer de conhecer, equipe altamente conhecedora do projeto e de todas as suas regras. (E4)

Para outro entrevistado (E6), a capacidade técnica e gerencial da SESAB foi insuficiente quando do recebimento das instalações e impactando no cumprimento das exigências contratuais:

[...] as subcomissões de recebimento, o que mais observamos foi que elas foram constituídas de forma não aderente ao Contrato e que não conseguiram reunir as condições necessárias para o desenvolvimento pleno de suas atribuições. Fatores como desconhecimento do contrato e dos seus anexos, principalmente no tocante à sua atuação, acúmulo de atividades e inexistência de capacitação impediram que a Comissão de Recebimento assumisse o protagonismo esperado [...]

[...] Verificamos que o processo de recebimento das instalações como um todo apresentou vícios de conteúdo e de forma que não permitem que se afirme que as obras, equipamentos, mobiliário e infraestrutura de tecnologia recebidos estejam em conformidade com as exigências contratuais. (E6)

Ainda assim, mesmo sem garantia de conformidade com as exigências contratuais, as instalações foram recebidas e se encontram em operação.

Um problema que merece destaque foi o descumprimento do Cronograma de Implantação: houve atraso superior a 18 meses em relação ao cronograma contratualmente estipulado para conclusão da Fase de Transição. Apesar de a duração máxima estipulada no contrato para conclusão da Fase de Transição de todas as instalações ter sido fixada em um ano, o período compreendido entre a data da assunção da primeira instalação até o recebimento da última instalação foi de 932 dias. Segundo o entrevistado (E6), as alegações do Agente (Concessionária) da não imputabilidade dos atrasos ocorridos se baseou em: “atrasos vinculados ao processo de aprovação das plantas/projetos e a fatores imprevisíveis ou previsíveis de consequência incalculáveis” (E6).

Para esse entrevistado (E6), a justificativa da Concessionária é uma “tentativa de transferir ao Principal [Poder Concedente] a responsabilidade por sua própria imperícia e negligência”, e conclui o relato: “os atrasos vinculados ao processo de aprovação de plantas decorreram da falta de gestão da Concessionária”. Nessa entrevista, reforça sobre a limitação da capacidade técnica gerencial quando expõe que:

[...] Era esperado que ao celebrar o Termo de Arrolamento de uma UH (início do período de transição) a Concessionária tivesse, no mínimo, obtido consenso quanto à área a abrigar o novo setor de bioimagem. No entanto, se observa que logo de início apresentou grandes dificuldades e falhas na elaboração dos planos de obras e na realização dos levantamentos necessários, relativos às estruturas e às intervenções que seriam necessárias em cada UH, demonstrando assim, imperícia, falta de planejamento e de gestão. (E6)

Essas mesmas alegações da Concessionária pelos atrasos incorridos relativos ao descumprimento do Cronograma de Implantação foram apresentadas também pelo TCE-BA, por meio de Relatório de Auditoria:

De acordo com manifestação da Concessionária, todos os atrasos incorridos relativos às unidades supramencionadas não lhe podem ser imputados “por se tratarem de fatores imprevisíveis ou mesmo previsíveis de consequências incalculáveis” [...] (TCE, 2017)

No entanto, o entendimento da auditoria do TCE-BA é de que:

[...] não parece 'ser razoável que as condições físicas das instalações existentes, o conhecimento e o exame das plantas/projetos e outros documentos que impactam diretamente no andamento das obras a serem contratadas não tenham sido verificados antes da assinatura do instrumento de contrato. (TCE, 2017)

E afirma que, a princípio, “[...] somente com essas informações prévias seria possível se estabelecer o custo e um cronograma de obras realistas, minimizando assim a possibilidade de pleitos e alterações contratuais futuras” (TCE, 2017).

Segundo Barbosa e Malik (2015), a despeito do evidente 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 existentes no setor público e as possibilidades inerentes ao novo modelo.

No caso acima relatado, ficou evidente que a limitação da capacidade de gestão da Concessionária ensejou consequências para a gestão do Contrato de Concessão.

Diante do exposto, verifica-se a necessidade de adoção de medidas mais alinhadas às disposições contratuais, concluindo-se que o modelo PPP de Imagem apresenta dificuldades que são decorrentes das falhas na sua fase de implantação/implementação.

4.3 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS DIFERENTES *STAKEHOLDERS* NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PPP

Nesta categoria, serão analisadas as estratégias utilizadas pelos diversos *stakeholders* no processo de implementação da PPP, considerando-se as seguintes subcategorias: Parâmetros situacionais (validade da Tecnologia); Avaliação dos riscos; Compartilhamento dos riscos e dos ganhos econômicos; Indicadores de monitoramento e avaliação; Tipo de contrato utilizado na PPP de Imagem (de resultado ou contrato baseado em comportamento); Vantagens/desvantagens; e Especificidades dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde que interferem nas relações entre a SESAB e os *stakeholders* da PPP

4.3.1 Parâmetros Situacionais que a SESAB controla na implementação (validade da tecnologia)

No contrato, na subcláusula 4.1.11, encontra-se que o Poder Concedente realizará, por uma única vez e no primeiro dia útil do sexto ano de vigência do Prazo da Concessão, contado da data de assinatura, a revisão dos parâmetros de atualidade das especificações técnicas mínimas dos equipamentos e sistemas, com a finalidade de incorporar as inovações tecnológicas supervenientes à celebração do contrato, o que deverá acontecer agora, em janeiro de 2021, tendo em vista que a assinatura do contrato ocorreu em 2 de janeiro de 2015.

No entanto, o contrato reza que essa revisão das especificações para fins de atualização não deduz a substituição dos equipamentos em funcionamento e não acarretará recomposição do equilíbrio econômico-financeiro da Concessão. Para fins de definição dos novos parâmetros de atualização tecnológica, a SESAB observará os últimos investimentos realizados nos hospitais da rede pública da Região Nordeste.

Esse parâmetro poderá gerar conflito entre o Principal e o Agente, considerando-se a restrição no âmbito definido pelo contrato a ser utilizado como critério para inovação tecnológica, sem mencionar estudos que justificassem a limitação do parâmetro. Sobre essa questão, Mendes e Aguiar (2017, p. 5) afirmam:

Esses parâmetros situacionais são dimensões que o desenhista da implementação da política não controla. Eles incluem o escopo da mudança, a validade da tecnologia, os conflitos do objetivo institucional, a configuração e a estabilidade do ambiente.

Essa questão é muito clara para o entrevistado (E4), quando perguntado quando há uma nova tecnologia a ser incorporada, isso está previsto no contrato ou gera conflitos e instabilidade na prestação do serviço, quando responde que:

O que tem no contrato é o que tem que ser cumprido, tanto da minha parte como pela SESAB. Qualquer alteração [...] no caso por exemplo de uma nova tecnologia, tem um novo tomógrafo no mercado, ele é extremamente eficiente, porém, ele é mais caro [...]. Para ser incorporada pela SESAB [...] terá que ser feito um aditivo contratual alterando as cláusulas do contrato. (E4)

De fato, conforme o contrato, qualquer outra solicitação de incorporação de inovação tecnológica ensejará um equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Os autores Anker e Pereira (2012) observam que, nos serviços de saúde, a intensificação

do uso de tecnologias clínicas mais sofisticadas demanda atualização em um espaço cada vez menor de tempo, devido às inovações tecnológicas e aos avanços científicos.

4.3.2 Avaliação dos riscos da implementação da PPP de imagem e quem os assume

A alocação de riscos foi estabelecida em contrato como sendo integralmente da Concessionária, com as seguintes exceções: decisão judicial ou administrativa que impeça a concessionária de prestar os serviços; descumprimento, pelo Poder Concedente, de suas obrigações contratuais ou regulamentares; atrasos ou inexecução das obrigações da Concessionária causados pela ação, demora ou omissão do Poder Concedente; fatores imprevisíveis, fatores previsíveis de consequências incalculáveis ou casos de força maior que não possam ser objeto de cobertura de seguros; atraso ou inexecução das obrigações da Concessionária causados por greves ou paralisações de médicos e demais profissionais responsáveis por geração da demanda; alteração de encargos e incorporação de inovações tecnológicas em caráter extraordinário; alterações na legislação ou tributos que alterem a composição econômico-financeira da concessionária; omissão ou falhas na regulação ou funcionamento da rede de saúde pública que comprometam o atingimento dos indicadores de desempenho da concessão, em especial, quanto à remoção, transferência e atendimento dos usuários; qualquer fato decorrente da má utilização ou utilização indevida por médicos ou outros servidores da saúde, das imagens e outras informações disponibilizadas pelo PACS/RIS (*Picture Archiving and Communication System* ou Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens; e *Radiology Information System* ou Sistema de Informação de Radiologia); e oscilações ou interrupções de fornecimento de energia elétrica, gases ou água que prejudiquem o índice de desempenho.

A Lei nº 9.290/2004, em seu art. 4º, inovou no regime dos contratos administrativos ao explicitamente estabelecer a repartição objetiva de riscos como diretriz fundamental das PPP (BAHIA, 2020).

Conforme demonstrado na seção de referencial teórico desta dissertação, as PPP deveriam transferir muito mais riscos para o ente privado do que as contratações tradicionais.

O risco de *performance*, por sua vez, que diz respeito aos eventuais danos que surjam nos equipamentos ou a alguma falha de operação do projeto, é mitigado pelo Agente, tendo em vista que é este o responsável pela execução do serviço público.

Os riscos tecnológicos, que são maiores no setor de saúde devido ao grande ritmo dos avanços tecnológicos, foram alocados para o parceiro privado (exceção de incorporação de inovações tecnológicas em caráter extraordinário), que é quem tem maior capacidade de gerenciá-los; enquanto no que se refere aos riscos de demanda, a responsabilidade é do Poder Concedente por ter maior capacidade de administrá-los, devido ao fato de que é ele quem regula a demanda por acesso a serviços de saúde, conforme previsto no contrato 004/2015.

4.3.3 Indicadores de monitoramento e avaliação do contrato

De acordo com o contrato, a prestação de Serviços de Apoio de Diagnóstico por Imagem tem como objetivos dar suporte aos cuidados de saúde disponibilizados pela SESAB nas 11 unidades de saúde; melhorar o acesso aos exames de apoio ao diagnóstico por imagem e garantir os níveis de qualidade na prestação desses serviços.

Está definido no contrato que a avaliação do desempenho gerencial e operacional do Agente (RBD) será feita por meio da apuração e cálculo de um conjunto de indicadores que permitam estabelecer um sistema de deduções da contraprestação máxima que reduzirá a remuneração do Agente quando os níveis de disponibilidade e qualidade não forem alcançados, isto é, indicadores de desempenho no formato *output-based*, utilizados para avaliar a *performance* do Agente.

A remuneração do Agente é diretamente vinculada aos indicadores de desempenho, que nada mais são do que metas e resultados a serem obtidos pelo Agente ao longo do contrato, pois são apoiados na observação, medição e penalização dos resultados.

Foram elaborados indicadores que permitissem um alinhamento de incentivos entre a RBD (Agente) e a Secretaria Estadual de Saúde (Principal), os quais foram agrupados em dois tipos de categorias: disponibilidade e de qualidade, conforme estabelecido no Apêndice 4.1 – Indicadores de Desempenho, do Contrato de Concessão e elencados no Quadro 9.

O conjunto de indicadores que impactarão na remuneração da RBD quando os níveis de qualidade e disponibilidade não estão adequados considera as seguintes falhas: a) falha de disponibilidade: são aquelas que afetam ou podem afetar a operação e o uso dos setores de bioimagem, ou parte deles, estando ou não diretamente relacionadas com a prestação dos serviços de apoio ao diagnóstico por imagem; b) falha de qualidade: são aquelas que supõem uma insuficiência na qualidade percebida pelo usuário (cliente ou médico solicitante) e/ou Poder Concedente. Essas categorias de falhas são pouco adequadas, tendo em vista que os indicadores de disponibilidade deveriam considerar o acesso em 100%, conforme o previsto no art. 196 da CRFB, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A ideia de atrelar o pagamento da concessionária aos serviços prestados funciona como um incentivo para que o maior número possível de usuários seja atendido, seguindo os melhores padrões de atendimento.

Destaca-se que, até agosto de 2016, na Fase de Operação Transitória (FOT), a remuneração da Concessionária se limitou a 70% da Contraprestação Mensal Máxima (CMM) e não se sujeitou aos indicadores de desempenho, variando apenas com base no fator operacional correspondente, no caso a FOT, tendo em vista que todas as UH se encontravam em fase de operação transitória.

Segundo um entrevistado (E7), a proposta do contrato de PPP tem indicadores para que se possa analisar os resultados, e pondera se, de fato, os indicadores elaborados inicialmente são os mais adequados para medir a situação atual, sendo essa situação percebida no processo de implementação e avaliação das metas.

[...] esse exame de eficiência de indicadores a gente precisa fazer constantemente [...]. E traz uma questão [...] será que os indicadores que foram eleitos lá no início do contrato, continuam eficientes? Seja por que foram eleitos, mas depois se viu na realidade concreta que eles não eram tão bons para avaliar, seja porque a conjuntura mudou mesmo e outras questões, como a questão do COVID [...] era uma coisa impensável, quando se modelou esses contratos que passaríamos por essa pandemia (E7)

Outro entrevistado (E5) afirma o quanto são benéficos os indicadores e destaca o de desempenho para medir a eficiência do serviço, em como a qualidade de entrega do exame em tempo oportuno à população.

[...] um dos indicadores mais importante eu diria que faz bastante diferença no resultado final desse projeto é exatamente a agilidade na laudagem dos exames, então o prazo que se tem no contrato é um prazo muito curto e com eficiência, faz com que você acelere esse processo. Você tem condições de atender o paciente com mais agilidade, fazer cirurgias se for o caso, tratamento a intervenção e liberar aquele paciente que vai eventualmente liberar o leito e a gente vai ter mais vagas disponíveis dentro da rede. Então ele é um contrato de disponibilidade (E5)

A avaliação do desempenho da Concessionária será efetuada mediante a apuração e o cálculo de um conjunto de indicadores de disponibilidade e de qualidade na prestação dos Serviços de Diagnóstico por Imagem, estabelecidos no Anexo 4 do Contrato de Concessão Administrativa, conforme apresentados no Quadro 9:

Quadro 9 – Síntese dos Indicadores de monitoramento e avaliação do contrato

(continua)

Indicadores de Disponibilidade	
Indicador de Desempenho	Meta/Objetivo
1. Tempo desde a prescrição do exame até a sua realização	Cumprir tempos máximos estabelecidos
2. Tempo desde a realização do exame à disponibilização do laudo	Cumprir tempos máximos estabelecidos
3. Tempo desde a realização do exame à disponibilização do laudo para o ambulatório	Cumprir tempos máximos estabelecidos
4. Tempo desde a realização do exame de RX à disponibilização do laudo	Cumprir tempos máximos estabelecidos
5. Número de exames realizados no ambulatório	Número de exames realizados no ambulatório de acordo com os valores definidos
6. Indicador de disponibilidade aplicação PACS/RIS	Disponibilidade aplicação 99,5%
7. Indicador de disponibilidade da rede de comunicação interna (LAN) de cada UH.	Disponibilidade da rede de comunicação 99,5%
8. Indicador de disponibilidade da rede de comunicação externa WAN	Disponibilidade da rede externa de comunicação 99,5%
9. Tempo de resolução de resposta da equipe de suporte (<i>help desk</i>) de nível 0	Mínimo de 60% das pedidas resolvidos imediato em até 24 horas
10. Tempo de resposta da equipe de suporte (<i>help desk</i>) de nível 1	Mínimo de 60% das pedidas resolvidos imediato em até 24 horas
Indicadores de Qualidade	
Indicador de Desempenho	Meta/Objetivo
1. Tempo de espera desde que chega o paciente até a realização do exame	Tempo de espera inferior a 30 minutos em 80% dos casos
2. Número de exames repetidos que exijam regresso do paciente	Número de exames repetidos inferior a 3% do total de exames realizados
3. Número de marcações canceladas por causas imputáveis ao Concessionário.	Nº de marcações canceladas inferior a 5% do total de marcações
4. Realização e acompanhamento do Plano de Manutenção/Controle de qualidade dos equipamentos e instalações do PACS/RIS e das redes de comunicações internas e externas;	Realização do Plano de Manutenção bianual para os equipamentos radiodiagnóstico, em conformidade com a Portaria nº 453

5. Realização e acompanhamento operacional do Plano de Manutenção das instalações.	Realização e apresentação do Plano de Manutenção bianual
6. Avaliação de satisfação do usuário	Aplicar questionário de satisfação pelo Verificador Independente.
7. Avaliação de satisfação do médico prescritor	Aplicar questionário de satisfação pelo Verificador Independente.

Fonte: contrato 004/2015.

Nesse contrato, estão previstas revisões ordinárias após os primeiros 30 meses de sua vigência, conforme a cláusula 16.12.1, e, de acordo com a referida cláusula, no item ii, a revisão prevista compreenderá a revisão dos indicadores de desempenho, bem como a revisão dos pesos de atividades previstas nos indicadores quantitativos.

Segundo o entrevistado (E3), existem indicadores que não podem ser apurados por não serem adequados à unidade de saúde, devido ao perfil de atendimento.

[...] existem indicadores que não são apurados, que não podem ser apurados, por exemplo, a unidade do CICAN é estritamente ambulatorial, só que tem indicador que é para medir desempenho de pacientes urgentes que são internados[...]

O E3 ainda relata que foi encaminhada, pela Comissão de Monitoramento e Acompanhamento, uma consulta à PGE, com sugestão de redistribuição com os outros indicadores daquilo que não pode ser apurado, obtendo-se a seguinte decisão provisória: “[...] enquanto se resolve o problema [...] e [...] foi realizado a consulta a PGE e foi autorizado fazer a redistribuição até que se faça a revisão dos indicadores [...]”. Para outro entrevistado (E2): “[...] teria que mudar a forma de apuração desses indicadores [...]” (E2).

Além disso, na análise documental^{2,3}, foi verificado que, para algumas UH, foram identificadas situações de inaplicabilidade de alguns indicadores em função da especificidade da unidade e foi adotada como medida alternativa à impossibilidade de apuração, a redistribuição dos percentuais de forma proporcional para os indicadores remanescentes.

Ademais, o Agente (RBD) utiliza de premissas em seu cálculo que não estão previstos no contrato, como a não utilização da solicitação de exames via sistema nas unidades, o que impossibilitou a apuração do indicador 2.1.1. (Tempo desde a

² Relatório Trimestral da Comissão de Controle e Acompanhamento do Contrato de Concessão Administrativa Contrato nº 004/2015 – PPP Imagem – 11º trimestre – HGPV.

³ Processo SEI nº 019.0838.2019.0035497-81 – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB/Rede Brasileira de Diagnósticos SPE S.A – Parecer nº GAB-PGE-JLD-022/2019.

solicitação do exame pela SESAB até a hora marcada pela Concessionária no PACS/RIS, exclusivo para pacientes internados e urgentes), uma vez que o agendamento da realização dos exames pela Concessionária não ocorre a partir do *input* no sistema PACS/RIS/PLERES pelos médicos prescritores da SESAB⁴.

Segundo a Comissão de Controle e Acompanhamento (CCA)⁵, a solicitação manual, como vem ocorrendo, retira da Concedente a responsabilidade pela gestão da demanda de exames, distorcendo o quanto previsto no Contrato e inviabilizando a correta apuração dos Indicadores que medem o grau de resolutividade e eficiência da Concessionária.

De fato, foi formalizada consulta à PGE⁶ quanto à possibilidade de redistribuição dos percentuais para os demais indicadores remanescentes. A PGE manifestou seu posicionamento, por meio do Parecer nº GAB-PGE-JLD-022/2019 em 25 de abril de 2019, acatando a solução apresentada pelo VI e alertando a SESAB no que diz respeito à necessidade de realização dos estudos necessários à revisão ordinária prevista na subcláusula 16.12.1 do Contrato de Concessão. O prazo de vigência estabelecido pela PGE, no que se refere à aplicabilidade da redistribuição dos indicadores de desempenho, finalizou em 25 de setembro de 2019. A Diretoria de Gestão de Unidades Consorciadas e em PPP solicitou prorrogação do prazo, por mais 120 dias; porém, até a conclusão desta pesquisa, não foi realizada pelo Principal a revisão dos indicadores.

Outra solicitação de consulta⁷ foi encaminhada à PGE, sobre a metodologia a ser utilizada na apuração dos indicadores de desempenho 2.2.4 e 2.2.5, que têm como principal objetivo avaliar a realização e o acompanhamento do plano de manutenção da Concessionária, uma vez que as respectivas descrições contidas no referido Contrato de Concessão nº 004/2015 são sujeitas a interpretações divergentes, o que ocasionou situações de conflito. A PGE se manifestou através do Parecer nº GAB-PAE-JLD-06/2020, considerando que o dissenso, portanto, repousa na interpretação do que seria “término do sexto mês de cada biênio”. A PGE entende que:

⁴ Relatório Trimestral da Comissão de Controle e Acompanhamento do Contrato de Concessão Administrativa Contrato nº 004/2015 – PPP Imagem – 11º trimestre – HGPV

⁵ Processo SEI nº 019.0838.2019.0035497-81 – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB/Rede Brasileira de Diagnósticos SPE S.A – Parecer nº GAB-PGE-JLD-022/2019.

⁶ Ibid.

⁷ Processo SEI nº 019.8743.2019.0091577-96 – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB/Rede Brasileira de Diagnósticos SPE S.A – Parecer nº GAB-PAE-JLD-06/2020.

[...] à luz das disposições contratuais, para esta subscritora, não restam dúvidas que a expressão “término do sexto mês de cada biênio” corresponde ao sexto mês após o início da operação plena, aplicando-se, em seguida, a subcláusula 16.4.3 (i)

A subcláusula 16.4.3 (i) indica:

Ressalva-se apenas aqueles indicadores com periodicidade de apuração em prazos superiores ao trimestre, cujos resultados permanecerão inalterados para efeito da apuração trimestral até existir nova apuração, conforme regulado no anexo 4

Além disso, há outro indicador que não foi apurado, o 2.2.7 – Avaliação da satisfação do médico prescritor. De acordo com um dos Relatórios Trimestral da CCA⁸, para obtenção dos dados, é necessária a aplicação do questionário aos médicos prescritores da SESAB, para avaliar sobre o serviço prestado pela Concessionária na realização de exames de bioimagem, todavia, o preenchimento do questionário não é obrigatório por parte dos médicos da SESAB.

Outro aspecto relevante, conforme apontam os entrevistados e a análise documental, é a adequação dos indicadores à realidade atual, tendo em vista os conflitos apresentados na implementação dessa PPP.

Ademais, segundo o relatório do TCE-BA (2017 p. 40):

[...] faz-se necessário mencionar a necessidade de ajustes em relação às metas estabelecidas para o quantitativo de exames realizados, tanto no que diz respeito à unificação do critério adotado para seu cômputo, quanto à apuração das causas que levaram à superavaliação da demanda.

Dessa forma, cabe indagar se esses indicadores contemplam o objetivo e o resultado esperado, previstos no modelo de PPP em estudo, pois verifica-se tratar de indicadores gerais e pouco específicos, diante do perfil de atendimento de cada unidade de saúde. Os dados dos indicadores pactuados necessitam ser produzidos e alimentados para os cálculos do indicador.

É notória a necessidade de apresentar alternativas para a resolução dessas fragilidades identificadas, realizando-se ampla revisão dos indicadores de desempenho, dado que há previsão contratual. Para isso, o Principal necessita se estruturar para promover a avaliação e propor indicadores factíveis de serem apurados. Ademais, poderá oportunizar capacitação para os profissionais,

⁸ Relatório Trimestral da Comissão de Controle e Acompanhamento do Contrato de Concessão Administrativa Contrato nº 004/2015 – PPP IMAGEM – 11º trimestre – HGPV.

envolvimento das unidades gestoras e avaliação técnica com expertise, tendo em vista a carência de pessoal capacitado.

4.3.4 Tipo de contrato utilizado na PPP de Imagem (de resultado ou contrato baseado em comportamento)

Os contratos oriundos de licitações sob a Lei nº 11.079/2004 são considerados como contratos baseados em resultados. Conforme afirmam Peci e Sobral (2006), a gestão por resultados é um princípio básico do Novo Gerencialismo e dos projetos de PPP. Privilegia-se a especificação de resultados de desempenho em vez dos insumos, como uma forma de incentivar soluções inovadoras por parte do setor privado. Assim, o setor público especifica os níveis de desempenho, e o setor privado apresenta as propostas para atendimento às especificações.

Os mecanismos de pagamento e o regime de desempenho são especificados no contrato PFI, que também delinea os níveis de entrega do serviço conforme os resultados desejados pelo setor público (HM TREASURY, 2003).

4.3.5 Vantagens e desvantagens do contrato da PPP de Imagem

O propósito desta análise é apresentar as vantagens e desvantagens na implementação do modelo desta PPP. Tendo em vista que as inovações tecnológicas ocorrem de forma acelerada e contínua no âmbito dos serviços de saúde, isso requer atenção especial na discussão sobre as vantagens e desvantagens do emprego do modelo de PPP. No primeiro momento, pode-se deduzir que essa velocidade seja impeditiva para o emprego desse modelo, considerando que os contratos são de longo prazo e, com o decorrer do tempo, alguns dos equipamentos médicos e de imagem estariam superados e ultrapassados. Contudo, a manutenção, a conservação e a renovação do parque tecnológico estão contempladas no contrato da PPP de Imagem, mais precisamente nas subcláusulas 4.1.2 e 18.1.4,I, assim como se encontram vinculadas às avaliações de *performance*.

Conforme Anker e Pereira (2012), dentro de um mesmo contrato e com prazos perlongados, as PPP proporcionam vantagens, pois a manutenção, a conservação e a renovação do parque tecnológico dos equipamentos clínicos estão previstas no contrato, o que possibilita que sejam prestadas com melhor qualidade, pois são

baseadas por qualificações financeiras exigidas no âmbito da PPP e que são mais rigorosas quando comparadas aos contratos tradicionais.

Entretanto, desvantagens também foram citadas por Edwards e colaboradores (2004), no Relatório nº 84 da *Association of Chartered Certified Accountants*, que apontam diversos problemas em projetos PFI/PPP no setor de saúde do Reino Unido e da Austrália e apresentam como principais pontos contrários à implantação das PFI/PPP a dificuldade de avaliar os contratos celebrados na perspectiva do VFM, pois, para os autores, os projetos ao longo do prazo não garantem vantagens em relação às formas de contratação tradicionais.

Uma dificuldade/limitação que a SESAB pode apresentar ao implementar a PPP, de acordo com o interesse público, é a complexidade do contrato estabelecido entre o Principal e o Agente (RBD), por causa da necessidade do monitoramento e acompanhamento sistemático, o que exige *know-how* especializado e integração por parte da SESAB, além de pessoal capacitado em número suficiente e SI. Segundo Joachim (2020), deve-se tomar cuidado ao defender as PPP sob o pressuposto de que o estado é capaz de fornecer uma equipe de monitoramento para acompanhar um projeto de PPP tão complexo.

Enfim, a despeito de algumas vantagens, os contratos das PPP são complexos e necessitam de ações de governança e de gestão da Administração Pública, de forma que seu objetivo de ampliação nos serviços de saúde seja realizado com cautela e com um planejamento eficiente. Quando os contratos são mal elaborados, as PPP podem passar rapidamente de solução para problema na provisão de serviços públicos.

4.3.6 Especificidades dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde que interferem nas relações entre a SESAB e os *stakeholders* da PPP

O Contrato de Concessão Administrativa firmado é por desempenho, no qual a contraprestação está atrelada à verificação de performance e à atribuição de uma nota para cada indicador. Por envolver várias unidades de saúde e considerando as especificidades de cada uma, requer uma revisão ampla dos indicadores para verificar a pertinência dos atuais, conforme anteriormente discutido.

Uma das especificidades dessa PPP de Imagem diz respeito ao PACS/RIS. O RIS consiste em um banco de dados computadorizado, utilizado para armazenar, manipular e distribuir os dados dos usuários e imagens radiológicas, assim como facilitar a gestão, a carga dos profissionais do Serviço de Apoio de Diagnóstico por Imagem e a gestão dos equipamentos das diferentes modalidades.

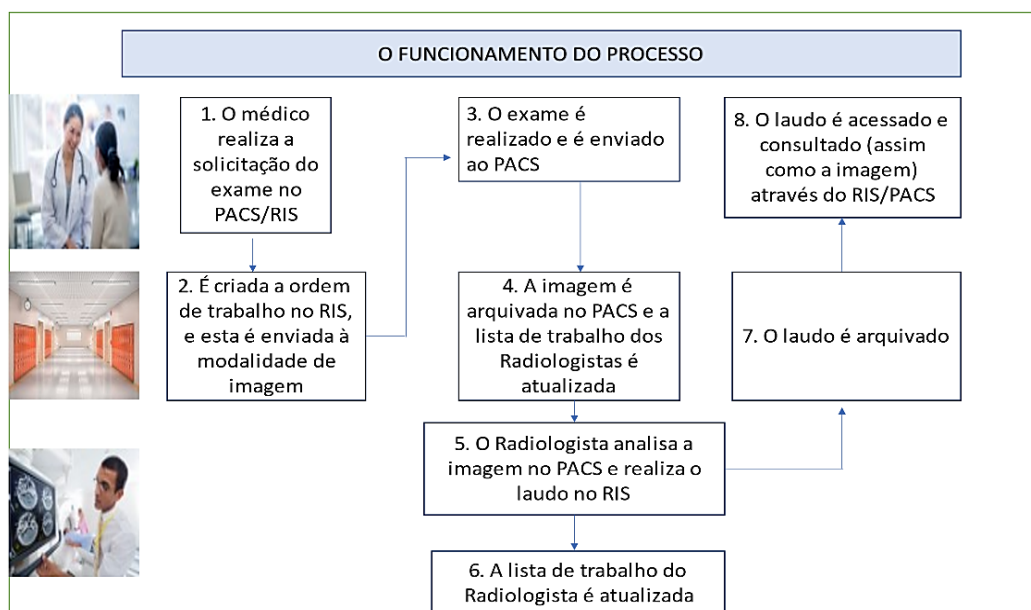
O PACS suporta o pós-processamento, distribuição e armazenamento das imagens obtidas a partir das modalidades da Bioimagem.

A arquitetura tecnológica necessária para desenvolver a leitura a distância das imagens capturadas nos hospitais baseia-se em um modelo de rede.

Segundo o contrato, o concessionário assegura toda a infraestrutura tecnológica (Data Center, servidores) utilizada durante o período do Contrato, como um serviço, podendo recorrer aos recursos e às tecnologias existentes no mercado que certifiquem o armazenamento/processamento dos dados.

A Figura 5 apresenta o fluxograma que descreve os principais processos.

Figura 5 – Fluxograma



Fonte: contrato 004/2015. Apêndice 3.3 do Anexo 3.

A rede de comunicações externas facilita a conexão entre todas as UH e permite a telemedicina. A disponibilização da infraestrutura de acesso para os médicos da SESAB: os terminais de acesso (PC) e a rede de comunicações interna são de responsabilidade da Concessionária. Os médicos da SESAB são dotados de PC (para a realização da prescrição do exame e para a consulta do Laudo); ainda de

acordo com o contrato, os PC deverão existir nas seguintes áreas e nas quantidades mínimas, conforme Quadro 10.

Quadro 10 – Dotação de terminais de acesso para médicos da SESAB

Quantidades mínimas de terminais de acesso a disponibilizar em cada UH	
Em todas as áreas ambulatoriais	1 PC por consultório ou sala
Nos pisos de internação	1 PC a cada 30 leitos
Na área de UTI	1 PC a cada 5 leitos
Nas urgências/emergência	5 PC nas urgências/emergências
Na área cirúrgica	1 PC a cada duas salas de cirurgia
Na área de hemodinâmica	1 PC a cada serviço

Fonte: Apêndice 3.3 do Anexo 3 do Contrato 004/2015.

Está previsto também no contrato que o concessionário deverá proporcionar serviços e recursos para a manutenção (preventiva, corretiva, emergencial e evolutiva) de suporte ao RIS/PACS e à infraestrutura tecnológica associada.

Segundo o Relatório de Gestão de 2019 da SESAB, a concessionária assumiu o compromisso de integração sistema PACS/RIS ao sistema do Fila Única até março de 2018, ainda sem conclusão por parte da Concessionária RBD.

As especificidades do processo de atenção à saúde no ambiente hospitalar, de acordo com o relato de Souza (2018), em seu artigo quanto à avaliação sobre em que medida o concessionário contribui para o aumento da demanda, requer da comissão reguladora e do VI conhecimentos técnicos específicos.

No campo do Diagnóstico por Imagem em Serviços de Saúde, em destaque as tecnologias de imagem por tomografia computadorizada e ressonância magnética nuclear, a rapidez, o custo e a intensidade das inovações na área, assim como suas repercussões nos sistemas de saúde, apontam para a promoção de desigualdades no seu acesso e utilização, que implicam, no Brasil, distanciar-se dos princípios constitucionais do SUS: universalidade, integralidade e equidade (ABREU, 2016).

Para a autora, os principais achados indicam crescimento no número de equipamentos e exames por habitantes no período, expansão do setor privado na oferta de equipamentos da rede pública, com concentração na alocação hospitalar, e aumento na rede ambulatorial. Entretanto, quanto à distribuição desigual entre as regiões de saúde do estado para as duas tecnologias, pondera, citando a existência de vazios assistenciais, ainda mais expressivos para a ressonância magnética e ampliação na cobertura de equipamentos e alguns exames em situação de excesso.

É importante evidenciar que, devido à articulação entre o sistema setorial de inovação no setor saúde e o sistema de bem-estar social, a regulação das atividades do setor é influenciada, no sentido de ser voltada para os arranjos institucionais e o progresso tecnológico, atingindo profundamente o funcionamento da atividade econômica, industrial e social do campo da saúde (ALBUQUERQUE; CASSIOLATO, 2002).

Com isso, verifica-se que as situações que foram apresentadas interferem nas relações da SESAB e os *stakeholders*, tendo em vista os interesses assimétricos.

4.4 MECANISMOS DE GOVERNANÇA

Para reduzir os potenciais conflitos de interesse entre o Agente e o Principal, faz-se necessário utilizar os Mecanismos de Governança. Na realidade, a complexa alocação de riscos que envolve os contratos de PPP e os extensos impactos sociais dos serviços de saúde exigem precisão e qualidade dos Mecanismos de Governança da parceria entre o Poder Público e o setor privado, não apenas para sua viabilização como também para preservar o interesse público e garantir a contrapartida justa pelos serviços prestados pelo parceiro privado.

O presente tópico tem por finalidade avaliar a categoria Mecanismos de Governança previstos no contrato que visam à redução dos riscos na implementação da PPP de Imagem. Para tal, foram utilizadas as seguintes subcategorias: Mecanismos institucionais/legais; Escopo de atuação do VI; Relações do VI com o Agente (RBD) e o Principal (SESAB); Existência de Sistema de Informação, de monitoramento e controle dos exames produzidos e Mecanismos institucionais de *accountability*.

4.4.1 Mecanismos institucionais/legais (Mecanismos de Governança Corporativa previstos no contrato que visam à redução dos riscos na implementação da PPP)

O Contrato nº 004/2015, no seu Anexo 10, apresenta os Mecanismos de Governança Corporativa previstos para a coordenação, integração, monitoramento, fiscalização e controle relacionados ao seu objeto. São identificadas, nesse anexo, instâncias permanentes de Governança Corporativa, que funcionarão durante todo o

prazo da Concessão, e aquelas de caráter transitório, destinadas especificamente ao Período de Transição anterior à Operação Plena de cada uma das seções de Bioimagem e da Central de Imagem (Anexo 10). De acordo com Eisenhardt (1989), os pesquisadores positivistas buscam descrever os Mecanismos de Governança que restringem o comportamento oportunista do Agente, ou seja, resolver o problema de Agência.

Com isso, entre os Mecanismos Permanentes de Governança Corporativa, identificam-se: a) Comissão de Controle e Acompanhamento; b) Comissões de Operacionalização; c) Comissão do Componente Estadual de Auditoria do SUS/BA; d) Comissão de Mediação; e) Verificador Independente.

Para os Mecanismos Transitórios de Governança Corporativa, encontra-se a CR, subdividida nas seguintes Subcomissões Transitórias de Recebimento: a) do Projeto das Obras e Instalações; b) dos Equipamentos, Mobiliário e Sistemas; c) de Comunicações e Tecnologias de Informação.

Nesse sentido, em 2017, o TCE-BA apresentou relatório de auditoria de acompanhamento do Contrato de Concessão da PPP de Diagnóstico por Imagem, em que destaca que não foram efetivados plenamente os Mecanismos de Governança Corporativa e aponta a carência de recursos humanos e materiais, o que impactou nas correções de desvios, de forma oportuna. A seguir, transcreve-se trecho:

[...] não foi o que se verificou, até porque o sistema delineado com esta finalidade no Anexo 10 do Contrato, intitulado Mecanismos de Governança Corporativa, não se efetivou plenamente, porque, não obstante designados os colegiados com tal finalidade, na prática funcionaram precariamente devido à carência de recursos humanos e materiais adequados. Em consequência, não se possibilitou tempestivamente a correção dos eventuais desvios (BAHIA, 2017)

Essa situação também foi citada por um entrevistado: “[...] os instrumentos de governança trazidos pelo estado no seu contrato, não são implementados [...]” (E1).

Diante do exposto, verifica-se a necessidade de aumentar esforços para rever as estruturas de Estado, diminuindo o seu custo e aprimorando o gerenciamento dos seus riscos. A governança pública propicia a melhoria na eficiência.

Com isso, destaca-se o quanto é importante que o gestor público implemente, para as organizações públicas, os Mecanismos de Governança previstos em lei e, caso não sejam atendidos – ou sejam concedidos de forma precária ou insuficiente, em função de falhas de gestão que possam ser atribuídas à inexistência de

Mecanismos de Governança –, haja responsabilização daquele que deu causa (SANTOS, 2014).

a) Comissão de Controle e Acompanhamento

De acordo com o contrato, a CCA tem como objetivo dirigir, impulsionar e coordenar a execução do Contrato e será constituída por cinco representantes da SESAB, sendo que dois representantes devem pertencer ao quadro de servidores permanentes de duas UH envolvidas no Projeto. Essa comissão se reunirá pelo menos uma vez por trimestre e sempre que qualquer das partes solicitar, por causa justificada. Da leitura das oito atribuições que compõem o referido instrumento normativo, é possível depreender que mais que um órgão para o qual as competências acima mencionadas foram delegadas, conforme vislumbrado quando da estruturação do Contrato de Concessão, a CCA foi criada para ser um órgão de assessoria ao Secretário e ao Superintendente da pasta, tendo em vista as muitas competências relacionadas com a gestão do Contrato de Concessão.

São atribuições da CCA:

- a) Acompanhar trimestralmente a execução das ações previstas no Contrato;
- b) Verificar continuamente o cumprimento das metas previstas no Contrato de Concessão;
- c) Monitorar o cumprimento, pela Concessionaria, de ações corretivas em relação a eventuais não conformidades apontadas pelos demais Mecanismos de Governança Corporativa, em especial a Comissão do Componente Estadual de Auditoria do SUS/BA e o Verificador Independente;
- d) Emitir relatório trimestral referente ao cumprimento de metas para o pagamento da Contraprestação Mensal a Concessionaria, considerando o nível de atingimento das metas previstas no Contrato e Anexos;
- e) Comunicar ao Secretário de Saúde do Estado e a Superintendência de Integração a Saúde sobre as não conformidades identificadas pela Comissão;
- f) Comunicar à Secretaria da Fazenda do Estado e a Concessionaria a título de multa e/ou não cumprimento das metas;
- g) Dar conhecimento dos relatórios trimestrais ao Secretário de Saúde do Estado e Superintendência de Integração a Saúde, que deverá dar os encaminhamentos pertinentes; e
- h) Aprovar o Plano de Atuação, conforme diretrizes contidas no Anexo 3.

Sendo assim, houve a edição, em junho de 2019, da Portaria estadual nº 264, de 30 de junho de 2019, que dispõe sobre a criação e a nomeação dos cinco integrantes da CCA, definindo suas atribuições que foram acima elencadas.

Da leitura do referido instrumento, observa-se a previsão do apoio do Núcleo de Monitoramento – DGE COP/SAIS para realização de visitas técnicas às unidades escopo do Projeto, com posterior envio de Relatório à Comissão.

Entretanto, para um entrevistado (E3), o acompanhamento em decorrência da insuficiência de membro não é eficaz:

A comissão de acompanhamento pelo contrato é composta por cinco membros, funcionou desde o início da implantação do contrato, com apenas dois membros [...] então assim, o acompanhamento não posso dizer que era a contento, pelo menos para cumprir tudo que está previsto na Portaria. São 11 unidades, quatro no interior e sete na capital e duas pessoas somente pra fazer o acompanhamento [...] sempre relatei essa falta de pessoal mesmo, de mão de obra, é um trabalho intenso, tem os relatórios para serem analisados. Então em relação ao acompanhamento, ao monitoramento, à fiscalização [...] não é um acompanhamento eficaz. (E3)

Reforçando esse entendimento, quanto às fragilidades no processo de acompanhamento, outros entrevistados ressaltam conforme as falas que seguem:

Você cria uma comissão de acompanhamento e não dá poderes e não dá estrutura mínima a ela [...]. Há relatórios muito críticos do acompanhamento da comissão, tem lá [...] isso tem que ser encaminhado para o órgão máximo, ao diretor, ao superintendente, todos recebem. (E1)

[...] E aqui no país a gente tem uma dificuldade porque assim o parceiro privado muitas vezes, não é parceiro, então esse contrato pra ser mais eficiente, pra facilitar a sua fiscalização, o seu acompanhamento, ele tinha que ter mudanças aí a gente vai estar mexendo na estrutura básica de uma PPP. Por que teria que mudar muita coisa [...] (E2)

Para o TCE-BA (2017), o desenvolvimento das atividades da CCA é de fundamental importância para o perfeito funcionamento da modelagem implantada. Contudo, afirma em relatório que as modificações na estrutura da SESAB esvaziaram o poder de atuação da Comissão.

[...] vem se efetivando de forma insatisfatória em relação ao anteriormente disposto, o que pode ser atribuído, em grande parte, às próprias modificações implantadas pela Secretaria, uma vez que a fiscalização outrora estruturada como Coordenação no seu cronograma, foi esvaziada em seu poder de atuação e no seu alcance, passando a atuar como Comissão, com reuniões trimestrais, de acordo com o constante na citada Portaria, o que não se coaduna com o caráter continuado e de monitoramento constante requerido, conforme disposto no próprio instrumento normativo. (TCE, 2017, p. 36)

No Relatório Anual de Gestão (RAG-2019), ao listar os principais obstáculos que influenciaram o desenvolvimento do Compromisso, foi apresentado como uma das dificuldades para a PPP de imagem: “Carência de recursos humanos na

Comissão de Controle e Acompanhamento do Contrato 004/2015” (RAG, 2019, p. 170).

Conforme análise do conjunto das entrevistas e análise documental, conclui-se que a gestão do Contrato de Concessão da PPP de Imagem revela carência de recursos humanos na CCA para exercer suas funções e competências, demonstrando a necessidade de seu fortalecimento institucional, tendo em vista que compromete os interesses da Administração Pública e fragiliza o exercício das funções dos órgãos de controle da Administração Pública.

Ademais, outra dificuldade apresentada foi a qualidade da fiscalização do contrato, associada à ideia de ausência de expertise e do desconhecimento do modelo PPP, o que é compartilhada pelo entrevistado, conforme trecho da entrevista: “[...] a gente precisava investir nisso, eu não vejo isso acontecer claramente pelo estado [...] investir em estudo e capacitação contínua para um grupo de servidores, de preferência um grupo de servidores efetivos [...]” (E2).

O acompanhamento de um contrato de PPP é imprescindível para as partes envolvidas (Poder Concedente e Concessionária), na medida em que assegura a boa qualidade do serviço prestado, resultando no valor da contraprestação pecuniária paga ao ente privado. A sua realização traz benefícios tanto para a concessionária quanto para o Poder Concedente; entretanto, a ausência de mecanismos de acompanhamento e monitoramento pode gerar um prejuízo muito maior na qualidade dos serviços e financeiro.

b) Comissões de Operacionalização

De acordo com o item 2.2 do anexo 10 do contrato, a Comissão de Operacionalização será constituída para cada uma das UH incluídas no contrato, bem como para a Central de Imagem, e terá como objetivo essencial garantir o cumprimento do contrato, o alinhamento da execução das atividades entre as UH/SESAB e a Concessionária, o cumprimento do Cronograma de Implantação e a continuidade e garantia da qualidade dos serviços prestados aos clientes.

A Comissão terá seis membros, devidamente qualificados para o cumprimento das atribuições previstas, sendo três de cada uma das UH, designados pelas UH/SESAB, e três designados pela Concessionária. São atribuições dessa Comissão:

- a) Garantir o correto desenvolvimento dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem, bem como os respectivos Serviços Acessórios em cada uma das Unidades Hospitalares e na Central de Imagem;
- b) Supervisionar a execução do Plano de Formação do pessoal da Concessionaria; c) Verificar o cumprimento do Plano de Qualidade e aprovar o Relatório anual de Qualidade;
- d) Impulsionar e coordenar a inter-relação entre o Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem e os serviços de assistência à saúde de responsabilidade da SESAB/UH;
- e) Elaborar e aprovar regras, fluxos e métodos de trabalho que garantam a correta coordenação entre o serviço de apoio ao diagnóstico por imagem ou de cada Unidade Hospitalar e o restante da Unidade;
- f) Corrigir imperfeições detectadas na execução do Contrato;
- g) Implementar; de forma contínua o aperfeiçoamento da gestão dos Serviços de Diagnóstico por Imagem nos Setores de Bioimagem das Unidades Hospitalares;
- h) Aprovar os diferentes planos a serem elaborados pela Concessionaria durante a execução do Contrato, assim como as suas respectivas modificações;
- i) Validar ações emergenciais que possam ser requeridas a Concessionaria na prestação dos Serviços objeto do contrato;
- j) Outras ações que venham a ser requeridas pelas partes e que não contrariem o disposto no Contrato.
- k) Definir, em comum acordo com a Concessionaria, variações no horário de início e término do atendimento ao público para os exames ambulatoriais, se necessário

Segundo o relatório de auditoria do TCE-BA (2017), a Comissão de Operacionalização, a despeito de se encontrar formalizada nas 11 unidades de saúde e de se configurar como elo para alinhamento da execução das atividades do projeto, nas suas respectivas instalações, entre a Secretaria e a Concessionária, não houve comprovação de sua atuação, “[...] não se constatou durante esta auditoria a existência de documentação comprobatória da sua efetiva atuação no âmbito desse projeto, ficando prejudicada a avaliação sobre o desempenho dessa comissão” (TCE, 2017, p. 38).

c) Comissão do Componente Estadual de Auditoria do SUS/BA

Esta comissão seria formada por auditores, mas, até a conclusão desta dissertação, ainda não foi implantada. Contudo, verificou-se no planejamento da Auditoria SUS/BA que existe previsão de realização de Auditorias.

d) Comissão de Mediação

A comissão, segundo o contrato, será formada por representantes das partes e é de caráter *pro tempore*, sendo criada para tratar de eventuais divergências e controvérsias, tanto de natureza técnica ou econômico-financeira, surgidas entre as partes, não solucionadas ou não previstas no Edital, no Contrato de Concessão e em seus respectivos anexos. Será composta por quatro membros, todos com conhecimentos aprofundados na matéria objeto da divergência e indicados por ocasião desta dada divergência. Dois membros são indicados pelo Poder Concedente, sendo um deles integrante do quadro permanente de servidores do Estado, um membro pela Concessionária e um membro com comprovada especialização na matéria objeto da divergência, que será escolhido de comum acordo entre as partes, quando da ocorrência da divergência.

Apesar de prevista no Contrato, verificou-se que não houve a necessidade de atuação dessa comissão, diante da análise documental realizada neste estudo.

e) Verificador Independente

O VI tem como objetivo contribuir para o sucesso da implementação da PPP e zelar pela confiança de investidores e financiadores quanto ao investimento no projeto, tendo em vista as possíveis alterações de políticas e estratégias do poder público, e de ser um contrato de longa duração. Além disso, estabelece o equilíbrio quanto ao alcance dos compromissos assumidos pela RBD (Concessionária) e pela SESAB (Poder Concedente).

Para a PPP de Imagem, já ocorreram duas contratações de empresas de VI. A primeira, selecionou-se a empresa Accenture do Brasil Ltda., contratada em 26 de maio de 2015, para o período de três anos; e a segunda, para o triênio 2018-2021, selecionou-se a Deloitte Touche Tohmatsu Ltda., ao custo de R\$ 2.617.481,31; e para atendimento às demandas específicas, foi estabelecido um valor de R\$ 20.000,00 para cada solicitação.

A contratação está prevista no Contrato de Concessão Administrativa nº 04/2015 e na Portaria nº 900, de 17 de agosto de 2018, que, considerando a imprescindibilidade do auxílio à SESAB, na fiscalização do contrato, por empresa

especializada, independente e de renome no mercado, regulamenta os critérios de seleção e contratação de empresa especializada na prestação de serviço de VI.

Desse modo, a empresa que foi selecionada pela SESAB é contratada, sob o regime privado, pela Concessionária RBD, a quem compete arcar, integralmente, com os respectivos custos da contratação. De acordo com Repolês (2014), esse modelo, embora utilizado, aponta para um possível risco, visto que cabe ao VI apurar o índice de desempenho e o cálculo da variação mensal da contraprestação efetiva. Para a referida autora, não parece coerente ser a Concessionária a responsável pela contratação, pois há probabilidade de o VI ser cooptado pela Concessionária responsável pela execução da PPP com a finalidade de não apresentar supostas informações negativas do seu desempenho ao setor público. De igual maneira, o entrevistado (E2) critica essa relação contratual, mas reconhece que o Poder Concedente pode interromper o contrato, quando identificadas falhas, já que é o responsável pela seleção do VI.

Teria que mudar muita coisa, mudar a forma de contratação do Verificador Independente [...] o pagamento é feito diretamente pela concessionária, foi no sentido de agilizar o processo de seleção e contratação dessa empresa, só que gera pra gente, pra os órgãos de controle, principalmente eu sinto, gera essa situação desconfortável de suscitar uma parcialidade, quem me paga é a concessionária, eu tô, digamos assim, na mão da concessionária [...] (E2)

[...] mas o Poder Concedente tem como impedir, por que até a própria substituição do verificador e qualquer tipo de influência que a concessionária tente de pressão, tente fazer no verificador, se o verificador for uma empresa idônea, ele tem respaldo do Poder Concedente, por que a concessionária só pode trocar se a gente concordar, é a gente que seleciona [...] (E2)

4.4.2 Escopo de atuação do Verificador Independente

Conforme mencionado, na PPP de Imagem, foi adotada a figura do VI com a finalidade de dar suporte e apoio técnico ao Poder Concedente (Principal) no processo de gerenciamento do contrato, fiscalização da Concessionária (Agente), bem como dos mecanismos de avaliação e controle dos resultados planejados. Dessa forma, objetiva mitigar os riscos da parceria entre o público e o privado, como a assimetria de informação, contribuindo para restringir possíveis comportamentos oportunistas do Agente. Conforme explicam Jensen, Mecling (1976) e Eisenhardt (1989), o pilar central da TA é o pressuposto de que os seres humanos são racionais e propensos a comportamentos oportunistas, na busca pela satisfação de seus próprios interesses.

Entre as atividades previstas do VI, estão: I) avaliar os indicadores de desempenho; II) calcular o valor da contraprestação devida; III) dar suporte na resolução de conflitos; IV) auxiliar na revisão periódica das metas e indicadores de desempenho; e V) realizar pesquisa de satisfação com clientes e médicos das UH objeto da concessão.

Ademais, a atuação do VI, nesse contrato, requer da empresa que realizará essa atribuição qualidades técnicas e competências para atender às mudanças existentes de evoluções tecnológicas, conforme estabelecido no Contrato de Concessão, analisar os parâmetros de atualização tecnológica; pois novas tecnologias introduzem novos riscos.

O VI é responsável também pelas seguintes atribuições: auxiliar a SESAB na aplicação de penalidades conforme o Anexo 12 do contrato nº 004/2015; auxiliar a SESAB na avaliação e na aprovação dos Planos de entrega pela concessionária; realizar testes de qualidade nos termos previstos no contrato; avaliar o equilíbrio econômico financeiro do contrato, nas hipóteses previstas no contrato, notadamente por meio da revisão do fluxo de caixa marginal, conforme disposto na forma da subcláusula 16.41 do Contrato de Concessão, entre outras.

Está também prevista, no Contrato de Concessão Administrativa nº 004/2015, a atuação desse ente na verificação das especificidades de serviços e do cumprimento do Cronograma de Implantação. Porém, segundo o relatório de Auditoria SUS/BA (2020, p. 47):

O Verificador Independente Accenture do Brasil Ltda prestou apoio insuficiente à SESAB na fase de Recebimento das UH em relação às infraestruturas e aos equipamentos de comunicação e tecnologias da informação.

De acordo com o relatório do TCE-BA (2017, p. 19):

Cabe ressaltar que, com exceção do quanto diz respeito ao Hospital Geral do Estado, os atrasos incorridos nas fases 2 e 3 não foram reportados nos relatórios do VI, constantes dos processos de pagamentos efetuados à RBD até agosto de 2016, não se refletindo, por conseguinte, no cálculo para apuração do valor das contraprestações mensais efetivas pagas à Concessionária.

No entanto, diante das falhas identificadas na análise documental, apontadas nas entrevistas, para o E5, a existência de um terceiro externo traz muita transparência para o projeto:

[...] porque o Verificador Independente acaba contribuindo no equilíbrio do contrato e [...] é bastante vantajoso a sua existência num contrato como esse.
[...] Verificador Independente eu acredito que seja o principal mecanismo hoje.
(E5)

Outrossim, é importante alertar quanto a uma possível limitação do VI que pode vir a afetar o cumprimento de um dos seus propósitos, que é o de reduzir a assimetria de informação entre o Principal e o Agente nos contratos de PPP.

Essa limitação tem relação com a regularidade de informações que o VI fornece ao Principal na implementação da PPP. Como é responsável por avaliar o desempenho da Concessionária por meio de indicadores, sua presença deverá ser mais frequente nas unidades de saúde, nas quais são prestados os serviços pela PPP. Repolês (2014 p. 61) cita a preocupação do concessionário em preparar o seu ambiente para a “chegada” do monitoramento, ocultando informações que possam impactar no seu pagamento ou reputação perante o Estado.

4.4.3 Relações do Verificador Independente com o Agente (RBD) e o Principal (SESAB)

De acordo com o contrato e a Portaria nº 900, de 17 de agosto de 2018, o VI deverá atuar com independência e imparcialidade, tendo a obrigação legal e contratual de manifestar expressamente qualquer situação de não conformidade em seu relacionamento com a SESAB e/ou com o RBD e/ou com terceiros que possa, de modo direto ou indireto, prejudicar sua independência e imparcialidade.

Eventuais discordâncias em relação ao conteúdo dos produtos produzidos pelo VI, quer por parte da concessionária, quer pelo Poder Concedente, serão dirimidas mediante comissão de mediação ou arbitragem, se for o caso, no âmbito do contrato da concessão.

A fim de conferir independência técnica das análises e conteúdos produzidos pelo VI no âmbito dos Serviços: todos os documentos (relatórios, manuais, análises e estudos) produzidos pelo VI, relacionados com os serviços, ainda que em versões

preliminares, deverão ser produzidos em duas vias e entregues, concomitantemente, à RBD e à SESAB.

Ademais, o VI goza de total independência técnica para realização dos serviços ora contratados, sendo que eventuais discordâncias quanto ao conteúdo do seu trabalho não ensejarão a aplicação de quaisquer penalidades, atrasos ou descontos sobre sua remuneração.

Quando o entrevistado (E2) foi questionado sobre a relação da SESAB com o VI, respondeu que:

O Verificador Independente no contrato da RDB está expresso que ele nos auxilia no acompanhamento e na fiscalização do contrato [...] Eles elaboram um relatório com todos os achados, inclusive aqueles que indicam a possibilidade de aplicação de multa ou aquelas não conformidades [...]. (E2)

Além disso, comenta sobre o fluxo para pagamento da contraprestação a Concessionária:

[...] eles encaminham com a indicação do valor que eles entendem que deve ser o valor a ser descontado da contraprestação, o valor a ser pago pra concessionária. E após análise do relatório [...] tira dúvidas, faz alguns questionamentos, muitas vezes a gente emite e-mails até ofícios pedindo esclarecimentos, aí a gente acata ou não esse relatório com essa apuração de indicadores (E2)

Nesse sentido, em que pese o apoio de um Agente externo, a SESAB necessita contar com servidores capacitados para avaliar criticamente os relatórios emitidos pelo VI, bem como fiscalizar, por si só, o andamento do contrato.

Por sua vez, o entrevistado (E4) relata que o VI tem acesso ilimitado a todas as informações da concessionária:

Ele vai na base de dados do meu servidor e ele extrai dali a pesquisa também, pra saber se aquela pesquisa de fato foi feita se não foi fabricada [...] e reforça [...] a relação com o Verificador Independente, ela é plena, ela é como o nome diz independente”.

[...] a gente tem muitas vezes alguns pontos de discordância, mas são pontos de discordâncias técnicos, conceituais [...]. (E4).

O E4 reafirma em outra passagem que:

[...] eu diria a você que é uma relação a gente está no segundo Verificador Independente, o primeiro foi Accenture, o segundo agora a Deloitte eu diria a você que em linhas gerais, a relação é muito boa, muito salutar, muito técnica e muito construtiva em relação ao que mais se pode melhorar no projeto. (E4)

Em síntese, a partir das entrevistas, depreende-se que o VI é visto como ferramenta de gestão importante no processo de acompanhamento do contrato, considerando, ainda, o equilíbrio que deve prevalecer entre o Poder Concedente que seleciona a empresa e de quem paga.

Ainda assim, deve-se alertar que a utilização dos VI é algo novo, dentro da gestão pública brasileira, merecendo ainda aprimoramentos e estudos, conforme afirmam Oliveira e Paiva (2013).

Com isso, merece que o Principal aprimore os mecanismos de monitoramento e controle, visando mitigar possíveis assimetrias de informação e de comportamento oportunista dos Agentes envolvidos.

Por fim, salienta-se que o auxílio nas atividades de fiscalização, desempenhadas pelo VI, não devem ser compreendidas nas funções previstas na diretriz do inciso V do art. 4º da Lei Estadual nº 9.290, de 27 de dezembro de 2004, quais sejam, e entre outras, as funções regulatória, controladora e fiscalizadora do Estado (BAHIA, 2004).

4.4.4 Existência de Sistema de Informação de monitoramento e controle dos exames produzidos

O Contrato nº 004/2015 estabelece que o Plano de Implantação dos Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação deve ser elaborado considerando todas as fases e requisitos indicados no item 7 do Apêndice 3.3 do Anexo 3 do contrato, para a capacitação das infraestruturas, equipamentos, *software* e usuários. O Plano tem como finalidade a implantação, a manutenção e a atualização dos SI necessários à prestação dos serviços (licenças do PACS/RIS: Sistema de Informação de Radiologia e Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens e dos demais sistemas operacionais necessários) e à manutenção e suporte dos SI e infraestrutura tecnológica associada.

De acordo com relatório do TCE-BA (2017, p. 39), houve um atraso na implantação dos SI em relação ao cronograma inicial:

Assim, atualmente, se evidencia um descompasso acentuado do funcionamento dos serviços objeto da implantação do Projeto em relação ao sistema informatizado de diagnóstico por imagem com emissão centralizada de laudos, idealizado no seu planejamento, tendo em vista a precariedade de sua operacionalização nas unidades de saúde abrangidas e a não

concretização da programada conexão destas unidades com a Central de Imagem, configurando-se um atraso de aproximadamente 9 meses em relação ao cronograma original, que se encontra ainda em execução de sua fase de transição, na qual se prescinde dos critérios de avaliação de desempenho inerentes à fase de operação plena, circunstância que impossibilita uma avaliação com precisão quantitativa e qualitativa.

Contudo, o Sistema de Informação possibilitou agilidade e eficiência na disponibilidade de informação de forma oportuna na execução do serviço. De acordo com o entrevistado (E4), é disponibilizado um painel *Business Intelligence* (BI) com informações em tempo real: “[...] nós temos um painel BI onde ele importa informações em tempo real pra SESAB, pra os gestores [...]” (E4).

Para Eisenhardt (1989), os SI, quando bem utilizados, podem limitar o comportamento oportunista do Agente.

4.4.5 Mecanismos institucionais de *accountability* presentes na gestão

Em relação à transparência de dados, verificou-se que está disponível no endereço eletrônico da SEFAZ (SEFAZ, 2020) a legislação estadual de PPP, assim como editais, contratos e aditivos de todos os projetos contratados no Estado da Bahia. No entanto, quanto aos atos do CGP, verificou-se que não estão atualizados.

Quanto às publicações das despesas realizadas com as PPP, o último relatório resumido da execução orçamentária publicado corresponde ao bimestre maio e junho de 2019, que são recursos públicos pagos às Concessionárias.

Resta saber quão compreensíveis são esses dados para a sociedade. Há esse desafio da *accountability* de deixar os dados acessíveis e inteligíveis para o cidadão e para o controle social.

Ademais, no endereço eletrônico da PPP de Imagem, são publicados os relatórios trimestrais dos indicadores. Os relatórios são emitidos por unidade e têm como objetivo apresentar os resultados dos indicadores de desempenho da RBD, atendendo às exigências do Contrato de Concessão Administrativa de nº 004/2015. Contudo, eles são apresentados em um formato de gráfico, o que aponta para a necessidade de melhorar as informações demonstradas, com uma linguagem acessível e compreensível para a população.

Sobre as informações e o acesso a elas, a E2 informa que são tratadas e publicizadas por meio do *site* da SEFAZ e por quem tem disponíveis essas

informações, mas que está previsto um sistema de gestão *on-line*, possibilitando uma melhoria na gestão dos dados.

Sistema de Informação dentro da SESAB a gente não possui. As informações das PPP são publicizadas através da SEFAZ, por conta do Conselho Gestor [...] e informa [...] a SEFAZ contratou inclusive um sistema de gestão, minha equipe fez um treinamento [...] e explica [...] para que essas informações se tornem *on-line*, todas as comunicações via ofício e tudo se torne centralizado nesse sistema e *on-line*. (E2)

No mesmo sentido, a entrevistada (E5) relata que: “[...] a gente conseguiu contratar o desenvolvimento de um sistema [...] é um sistema interno, não é um sistema de divulgação, ele vai culminar no portal de transparência [...]” (E5).

Tais relatos remetem aos autores Schillemans e Bovens (2010), quando afirmam que as diversas perspectivas referentes à *accountability* têm causado expectativas negativas, podendo resultar em uma *accountability* simbólica, indiferente. Para Pinheiro, Pinho e Bruni (2018), é muito complexo avaliar a qualidade de PPP relativas à construção e à prestação de serviços (que é o caso dos Serviços de Diagnóstico por Imagem); e que a transparência não está garantida, quando envolvem contratos de longo prazo.

Por fim, a transparência e a publicidade quanto aos procedimentos e às decisões da Administração Pública são princípios constitucionais e estão previstas no inciso VIII do art. 4º da Lei Estadual nº 9.290, de 27 de dezembro de 2004 (BAHIA, 2004). Contudo, pelo exposto, verificam-se diferenças entre o que está na lei e nos contratos com o que acontece no cotidiano das organizações e do acesso à participação da sociedade civil, sendo necessário aprimorar a governança.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação objetivou compreender o processo de implementação da PPP dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia, considerando-se as estratégias, as especificidades e as relações entre Agente-Principal.

Como referencial teórico, utilizou-se a TA, posto que as PPP configuram uma relação Agente-Principal, a abordagem do Novo Gerencialismo e o Ciclo de Políticas Públicas. Foi realizado estudo de caso, no qual o Agente corresponde à iniciativa privada, empresa contratada, a concessionária RBD, e o Principal diz respeito ao setor público, a SESAB, que é o Poder Concedente.

Os problemas referentes à TA também foram identificados nessa PPP, tais como: indicação de possível comportamento oportunista, natureza da incerteza conjuntural, política e institucional, uma vez que o contrato que rege essa relação é de longo prazo e apresenta assimetria da informação. Ademais, também há incerteza informacional pela falta de conhecimento da completude do contrato por parte do Agente e, especialmente, pelo Principal.

Outro aspecto identificado nessa relação é a disponibilidade de informações, pois o nível de informação entre o Estado e a Concessionária é desigual. O Agente é mais bem informado. Assim sendo, implicam custos para o Poder Concedente elevar o seu nível de informação sobre as atividades do Agente, tendo em vista que, para o monitoramento, é necessária a contratação de uma entidade privada, o VI. Porém, conforme afirma Repolês (2014, p. 4), o VI não é suficiente para diminuir a assimetria de informação do Estado e impedir comportamentos oportunistas do parceiro privado, necessitando de outros mecanismos de monitoramento e controle de sua atuação.

No que tange à motivação para a implementação da PPP de Imagem, foram encontradas diferentes respostas entre o Agente e o Principal, tendo este enfatizado a eficiência e a modernização tecnológica, que seria encargo do concessionário e aquele focado nos benefícios da relação contratual de longo prazo com o Estado, na oportunidade de diversificar o *pool* de negócios e focar o atendimento do paciente do SUS.

Entre as falhas no projeto da PPP de Imagem, encontra-se deficiência dos Mecanismos de Governança, como, por exemplo, a falta de fortalecimento

institucional da CCA, pois carece de recursos humanos, além da ausência de capacitação e autonomia o que pode ensejar prejuízos para o Principal.

Assim, faz-se necessário o investimento na capacitação de pessoas e melhorias das estruturas responsáveis pela gestão de contratos de PPP, incluindo os Sistemas de Informações.

Quanto ao planejamento, foi verificado, de forma sucinta, que o Plano Estadual de Saúde (PES) (2020-2023) relata que, para implementar e efetivar as ações estruturantes para o atendimento humanizado, seguro e adequado à população, a desconcentração e a descentralização das ações de saúde são fundamentais. A modalidade de gestão por PPP faz parte do compromisso 3 do PES, que diz respeito a potencializar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de forma regionalizada, ampliando a equidade de acesso, garantindo a integralidade e a segurança do paciente.

Outrossim, foram verificados, nessa PPP, problemas de planejamento especialmente por parte da concessionária, considerando o atraso significativo no cronograma de implantação, bem como do Concedente, evidenciando que, nessa fase, houve deficiência no acompanhamento e fiscalização.

É importante que a SESAB desenvolva aprendizagem organizacional sobre o modelo e a implementação de PPP do Serviço de Apoio Diagnóstico, melhorando suas estratégias na capacidade de governança, planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços, tendo em vista que o núcleo articulador está sob sua responsabilidade e envolve uma rede de atores e serviços. A implementação de estratégias visa assegurar que o objetivo do projeto – que é a melhoria dos níveis de qualidade no atendimento dos pacientes em UH da rede própria da SESAB, bem como o suporte aos cuidados de saúde de forma integrada – seja alcançado.

A PPP para o Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem é um modelo de gestão por resultados. Contudo, o problema está na escolha dos indicadores de desempenho que precisam ser adequados à realidade atual, tendo em vista os conflitos apresentados, conforme os relatos das entrevistas e a análise documental. Entretanto, até o momento de conclusão desta pesquisa, não foram percebidas tomadas de decisões.

Em relação aos Mecanismos de Governança e à *accountability*, o monitoramento dos resultados são realizados pela SESAB, por meio da Diretoria de Gestão de Unidades Consorciadas e em PPP e pelo VI. Apesar dos resultados dos indicadores estarem publicados no *site* da Concessionária, eles são apresentados

em formato de gráfico, de difícil compreensão para a população. Ademais, nem todos foram apurados. Com isso, é recomendável que a PPP da Imagem apresente a transparência esperada e seja controlada não apenas pelo estado, mas também pelo controle social, o que não foi objeto da presente pesquisa.

O modelo PPP está alinhado com os princípios do Novo Gerencialismo. Contudo, nesse caso, a falta de expertise na gestão e em ações de governança em empreendimentos de PPP apresenta lacunas que podem ser superadas pela SESAB, a partir de medidas de fiscalização diante das fragilidades do poder público no processo de gestão.

O estudo também partiu de uma realidade da Política de implementação da PPP de Imagem que se deu sem a participação dos executores, caracterizando-se assim como uma metodologia de implementação de Política Pública do tipo *top-down*. Entretanto, os resultados deste estudo evidenciam que a sua implementação vem sendo executada mediante uma metodologia com algumas características do modelo *bottom-up*, caracterizando-se como uma metodologia de síntese.

Esta dissertação buscou contribuir, em termos teóricos e práticos, para o desenvolvimento de novos conhecimentos fundamentados na TA e na utilização da modalidade de PPP no contexto da Reforma do Estado.

Recomenda-se que a SESAB invista em melhorias no monitoramento e na avaliação das atividades da empresa responsável pela operação, a RBD. Os meios de fazê-lo estão explicitados no Edital e no Contrato. Além disso, é importante o fortalecimento institucional quanto à memória técnica do modelo de PPP, considerado tratar-se de projeto de longa duração e de importância para a aprendizagem organizacional.

Ressalte-se, contudo, que o presente trabalho está sujeito aos limites inerentes às pesquisas qualitativas, que se utilizam de entrevistas para coleta de dados, e que não foi prevista a inclusão de atores sociais como os representantes do controle social (Conselho Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e usuários), o que representa uma lacuna a ser preenchida com futuros estudos. Ademais, destaca-se que as inferências do trabalho não devem ser generalizadas, por se tratar de estudo de caso sobre uma PPP.

Por fim, propõe-se a realização de outras pesquisas para examinar se houve impacto da PPP de Imagem nos indicadores de saúde e na redução do tempo médio de permanência das internações hospitalares e, conseqüentemente, na eficiência da

atenção hospitalar do Estado da Bahia, além de estudos comparativos sobre custo-efetividade, considerando-se outros modelos de gestão.

Além disso, sugere-se ampliar a análise para confirmação das evidências se a modalidade PPP é a melhor opção para gestão dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia, considerando as suas especificidades.

REFERÊNCIAS

- ABREU, G. R. F. **Acesso e utilização às tecnologias de diagnóstico por imagem pelo SUS no Estado da Bahia**: o caso do tomógrafo computadorizado e equipamento de ressonância magnética. 2016. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/21668>. Acesso em: 10 ago 2020.
- ABRUCIO, F. L. A Experiência Nacional. PPP na Saúde: Experiências e Tendências. **Revista do GVsaúde da FGV-EAESP**, Edição Especial, junho de 2012. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/debatesgvsauade/article/view/23590/22351>. Acesso em: 26 maio 2019.
- ABRUCIO, F. L. Contratualização e Organizações Sociais: Reflexões Teóricas e Lições da Experiência Internacional. **Debates GV Saúde**, v. 1, 1º semestre de 2006.
- ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, Edição Especial Comemorativa – Anos 1967-2007, p. 67-86, 2007.
- ALBUQUERQUE, E.; CASSIOLATO, J. E. As especificidades do sistema de inovação do setor saúde. **Revista de Economia Política**, v. 22, n. 4, p. 134-151, 2002.
- ANDRADE, L. R. **A escolha de parceria público-privada para gestão hospitalar na Bahia**: atores, interesses e estratégias. 2019. Dissertação (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.
- ANKER, T.; PEREIRA, B. R. **O atual cenário das PPPs no setor da saúde pública no Brasil**: potencialidades, desafios e as primeiras experiências. Parcerias Público-Privadas – Experiências, Desafios e Propostas. Rio de Janeiro: Editora LTC, 2012.
- ARRETCHE, M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. *In*: MOREIRA, M. C. R.; CARVALHO, M. C. B. (Org.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC SP, 2001.
- ARROW, K. J. **Principal and agents**: the structure of American business. Boston: Harvard Business School Press, 1985.
- BAGAGI, L. C. **Gestão de projetos de pesquisa e o princípio da eficiência na importação de equipamentos**: o caso da Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco – Brasil. 2016. 178 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2016.

BAHIA. **Decreto nº 14.102**, de 15 de agosto de 2012. Institui o Grupo de Trabalho Intersectorial, com a finalidade de acompanhar a realização dos estudos de modelagem do Projeto Inova Saúde Fase II, que compreende a modernização tecnológica com telemedicina, diagnóstico e bioimagem dos hospitais da rede estadual. [S. /], 2012. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/decreto-no-14102-de-15-de-agosto-de-2012>. Acesso em: 14 jun. 2020.

BAHIA. Lei nº 9.290, de 27 de dezembro de 2004. Institui o Programa de Parcerias Público Privadas do Estado da Bahia – PPP Bahia e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, Salvador, 27 dez. 2004.

BAHIA. Lei nº 11.477, de 01 de julho de 2009. Autoriza a transferência de parcela dos recursos financeiros oriundos do Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal (FPE). **Diário Oficial do Estado da Bahia**, Salvador, 01 jul. 2009.

BAHIA. Lei nº 12.610, de 27 de dezembro de 2012. Autoriza o Poder Executivo a criar o Fundo Garantidor Baiano de Parcerias – FGBP, altera as Leis nº 9.290, de 27 de dezembro de 2004, e nº 7.599, de 07 de fevereiro de 2000, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, Salvador, 28 dez. 2012.

BAHIA. Ministério Público de Contas do Estado da Bahia. **Parecer nº 000462/2017**. Salvador, 2017. Disponível em: https://www.tce.ba.gov.br/images/parecer_mp_9043_2016. Acesso em: 24 set 2020.

BAHIA. Secretaria da Fazenda. **PPP**. Bahia: SEFAZ, 2019. Disponível em: <https://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projetos.htm> /. Acesso em: 21 mar. 2019.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Auditoria SUS/Ba. **Relatório de Auditoria**, atividade nº 4643 de 2020.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Auditoria SUS/Ba. **Relatório de Auditoria**, atividade nº 3815 de 2017.

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 de Administração Pública**, v. 49, n. 5, p. 1143-1165, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. 279 p.

BONAT, J. H. Organizações Não-governamentais na Implementação de Políticas Públicas: Entre o Controle e a Discricionariedade. 2016. (Dissertação) – Universidade Federal do ABC, São Bernardo do Campo, SP, 2016

BOTELHO, A. R. S. C. **Parcerias público-privadas no sector da saúde: avaliação de performance na área de imagiologia** [Em linha]. 2010. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde) – ISCTE, Lisboa, 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/3595>. Acesso em: 10 maio 2019.

BOVENS, M. **Analysing and assessing public accountability**. A conceptual framework. European Governance Papers – EUROGOV, 2006. (C-06-01).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 jun. 2020.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e Agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 05 jun. 1998. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm. Acesso em: 24 mar. 2019.

BRASIL. Lei nº 11.079 de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 31 dez. 2004, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm. Acesso em: 24 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: MARE, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 12 dez. 2012.

BRESSER PEREIRA, L. C. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova**, n. 45 São Paulo, 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004>. Acesso em: 20 mar. 2019.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Construindo o Estado Republicano**: democracia e reforma da gestão pública. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

BRESSER PEREIRA, L. C. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. **Revista do Serviço Público**, v. 47, n. 1, p. 7-40, jan. 1996.

BRESSER PEREIRA, L. C. O modelo estrutural de gerência pública. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 391-410, mar./abr. 2008.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Reforma Gerencial Brasileira de 1995. **Revista do Serviço Público**, v. 50, n. 4, p. 5-30, 1999. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/242086536_Reflexoes_sobre_a_Reforma_Gerencial_Brasileira_de_1995. Acesso em: 20 mar. 2019.

CAMPOS, A. M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? **Revista de Administração Pública**, v. 24, n. 2, p. 30-50, fev/abr. 1990.

CAPELLA, A. C. N. **Formulação de Políticas**. Brasília: Enap, 2018. 151 p.

CARRERA, M. B. M. **Parceria Público-Privada (PPP): análise do mérito de projetos do setor saúde no Brasil**. 2014. 180 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2014.

CARRERA, M. B. M. **Parceria Público-Privada na saúde no Brasil: estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia**. 2012. 106 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

CARRION, R. S. M.; COSTA, P. A. Inovação em Economia Solidária: um desafio no campo político. *In: ENCONTRO DA ANPAD*, 32., 2008, Rio de Janeiro. **Anais [...]** Rio de Janeiro: ANPAD, 2008. Disponível em: . Acesso em: 20 fev 2019.

CARVALHO, O. D. **Parcerias Público-privadas como Instrumento de Implementação de Políticas públicas**. 2014. xvii, 336 f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

CASTELO BRANCO, C. F. **Um estudo comparativo dos dispositivos da lei 11.079/2004 (Lei das Parcerias Público-Privadas) e os Contributos das PPP's no direito estrangeiro, especialmente Inglaterra, Portugal e Estados Unidos da América**. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio_resumo2007/relatorios/dir/relatorio_cynthia_castelo_branco.pdf. Acesso em: 20 fev 2019.

CAVALHEIRO, N. A. **Parcerias público-privadas no Brasil: Uma análise da linha 4-amarela do metrô de São Paulo**. 2017. 79 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Economia) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/180451>. Acesso em: 20 fev 2019.

CLAD. **La responsabilización en la nueva gestión pública latinoamericana**. Buenos Aires: Eudeba, 2000.

CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. R. **Handbook of organization studies**. Londres: Sage Publications, 1996.

COSTA, G. P. **Heranças Patrimonialistas, (Dis)Funções Burocráticas, Práticas Gerenciais e os Novos Arranjos do Estado em Rede: entendendo a configuração atual da administração pública brasileira**. 2012. 253 f. Tese (Doutorado) – Curso de Administração, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

COUTINHO, D. R. Parcerias Público-Privadas: Relatos de algumas experiências Internacionais. *In: SUNDFELD, Carlos Ari (Org.). Parcerias Público-Privadas*. 2ª ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

CUNHA, A. R. C. Aplicabilidade da Teoria do Risco Administrativo nas Parcerias Público-Privadas. *In*: PEIXINHO, Manoel Messias (Org.). **Marco Regulatório das Parcerias Público-Privadas no Direito Brasileiro**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2010. p. 137-180. p. 177.

CUNHA, E. O. **O campo de estudo sobre implementação de políticas públicas**: Reflexões sobre possíveis contribuições para análise das políticas de permanência na educação superior. [S. l.], 2015.

DALLABRIDA, V. R. Governança territorial e políticas públicas: para a institucionalização de uma prática de concertação público-privada. *In*: BÜTTENBENDER, P. L.; RIGHI, L. (Orgs.). Políticas públicas e saúde. **Cadernos Unijuí**, série Gestão Pública, v. 3, 2004, p. 10-25.

DELLAGNELO, E. H. L.; SILVA, R. C. Análise de conteúdo e sua aplicação em pesquisa na administração. *In*: Vieira M. M. F.; Zovain, D. M. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa em administração**: teoria e prática. Rio de Janeiro: FGV, 2005. p. 97-118.

DELORENCI, V. N. **Parcerias Público Privadas**: uma alternativa para o aumento de eficiência na gestão da Saúde Pública. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Economia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

DEUBEL, A. N. R. **Políticas Públicas**: formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Ediciones Aurora, 2002.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na Administração Pública**: Concessão, Permissão, Franquia, Terceirização, Parceria Público-Privada e outras formas. 7. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

DUCA, F. V. P. D. **Análise do Processo Licitatório da Prefeitura Municipal de Passo Fundo**. 2015. 101 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria. 2015.

DYE, T. D. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs, N.J.: PrenticeHall. 1984.

EDWARDS, P. *et al.* **Evaluating the operation of PFI in roads and hospitals**. London: Association Of Chartered Certified Accountants, 2004.

EISENHARDT, K. M. Agency Theory: An Assessment and Review. **Academy of Management Review**, Danvers – MA, v. 14, n. 1, p. 57-74, 1989.

EISENHARDT, K. M. Building Theory from Case Study Research. **Academy of Management Review**, Danvers – MA, v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989.

EISENHARDT, K. M. Control: organizational and economic approaches. **Management Science**. v. 31, n. 2, p. 134-149, 1985.

EISENHARDT, K. M. Teoria da agência: uma Avaliação e Revisão. **Revista de Governança, Cooperativa**, São Paulo, art. esp., v. 2, n. 1, p. 1-36, 2015.

FERLIE, E. *et al.* **A nova administração pública em ação**. Brasília, DF: Universidade de Brasília: ENAP, 1999.

FRANCO, V. G. **Parcerias público-privadas no Brasil**: em busca de eficiência por meio da alocação de riscos. 2007. 166 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas. *In*: GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOI, C. K.; MATTOS, P. L. C. L. Entrevista qualitativa: instrumento de pesquisa e evento dialógico. *In*: SILVA, A. B.; GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**: paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: Saraiva, 2006.

GRANDIZOLI, T. R. **Gestão de contratos de parcerias de investimento**: lições e aprendizados a partir do estudo de caso da PPP da Linha 4. 2018. Dissertação (Mestrado em Direito) – Escola de Direito de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2018.

HATCH, M. J. **Organization theory**: modern symbolic and postmodern perspectives. New York: Oxford University Press, 1997.

HILL, M.; HUPE, P. **Implementing Public Policy**: Governance in Theory and in Practice. London. Sage, 2002.

HM TREASURY. **PFI**: Meeting the investment challenge. Londres: HM Treasury, 2003.

HM TREASURY. **PFI**: Strengthening long-term partnerships. Londres: HM Treasury, 2006.

HOOD, C. A public management for all seasons. **Public Administration**, v. 19, n. 1, p. 3-19, 1991.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política Pública**: seus ciclos e subsistemas – uma abordagem integradora. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

JENSEN, M. Organization Theory and Methodology. **The Accounting Review**, n. 56, n. 2, p. 319-338, 1983.

JENSEN, M. C.; MECKLING, W. H. Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. **Journal of Financial Economics**. October, v. 3, n. 4, p. 305-360, 1976. Disponível em: <http://www.sfu.ca/~wainwrig/Econ400/jensen-meckling.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

JOACHIM, M. **Constructing**: Relationships, Human Resource Management and Culture of Quality The Case of Hospital do Subúrbio, a Brazilian Healthcare Public-Private Partnership. 2020. 164 f. Dissertação (Health Services Organization and Policy) – University of Michigan, 2020.

KICKERT, W. J. M. Public governance in The Netherlands: an alternative to Anglo-American “managerialism”. **Public Administration**, v. 75, p. 731–752, 1997.

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives and public policies**. 2nd ed. New York: Longman, 1995.

LASWELL, H. D. **Politics**: Who Gets What, When, How. Cleveland: Meridian Books, 1936/1958.

LIMA, L. L.; D’ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de sociologia e política**, v. 21, n. 48, p. 101-110, Dez. 2013.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy**: dilemmas of the individual in public services. Nova York: Russel Sage Foundation, 1980.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy**: dilemmas of the individual in public services. Nova York: Russel Sage Foundation, 2010.

LOPES, C. B. **A concessão administrativa nos serviços públicos de saúde**. 2016. 95 f. Tese (Doutorado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2016.

LOTTA, G. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. *In*: FARIA, C. A (org). **Implementação de Políticas Públicas**. Teoria e Prática. Editora PUCMINAS, Belo Horizonte, 2012.

LOTTA, G. *et al.* Por uma agenda brasileira de estudos sobre implementação de políticas públicas. **Revista do Serviço Público**, [s. l.], v. 69, n. 4, p. 779-810, 2018.

MACCRIMMON, K.; WEHRUNG, D. **Taking Risks**: The Management of Uncertainty. New York: Free Press, 1986.

MAINWARING, S.; WELMA, C. (eds.). **Democratic accountability in Latin America**. Oxford: Oxford University Press (Oxford Studies in Democratization), 2003.

MARÇAL, M. F. C **Implementação da política de planejamento das contratações de serviço na Fiocruz Pernambuco**. 2018. 153 f. il. 2018. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

MARINI, C. O contexto contemporâneo da administração pública na América Latina. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 53, n. 4, p. 31-52, out./dez. 2002. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1931>. Acesso em: 20 jul. 2019.

MARQUES, C. C. G. G. **O papel fiscalizador do Estado e a transferência de atribuições a consultorias independentes**: a contratação de verificadores independentes e sua contribuição para o aprimoramento da fiscalização estatal. 2019. 34 f, il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em MBA em PPPs e Concessões) – Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, São Paulo, 2019.

MARQUES, I. S. S. **Gestão de Hospitais Públicos**: Estudo sobre os Modelos Burocrático e Terceirizado de Gestão no Estado da Bahia. Salvador. 2005. 155 f. Dissertação (Mestrado), Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2005.

MARTINS, H. F. Burocracia e a Revolução Gerencial – a persistência da dicotomia entre política e administração. **Revista do Serviço Público**, Brasília/DF, v. 48, n. 1, jan./abr. 1997.

MATIAS-PEREIRA, J. A governança corporativa aplicada ao setor público brasileiro. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 2, n. 1, p. 109–134, 2010a.

MATIAS-PEREIRA, J. **Curso de Administração Pública**: foco nas instituições e ações governamentais. São Paulo: Atlas, 2008.

MATIAS-PEREIRA, J. **Governança no Setor Público**. São Paulo: Atlas, 2010b.

MATLAND, R. Synthesizing the implementation literature: the ambiguity-conflict model of policy implementation. **Journal of Public Administration Research and Theory**, Lawrence, v. 5, n. 2, p. 145-174, abr. 1995.

MATOS, A. A.; NUNES, A. M. O modelo de gestão hospitalar em parceria público privada nos sistemas de saúde: implementação e desempenho em Portugal. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 271-281, mai./ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/rgss.v8i2.15684>. Acesso em: 20 set. 2019.

MEDEIROS, A. K.; CRANTSCHANINOV, T. I.; SILVA, F. C. Estudos sobre *Accountability* no Brasil: meta-análise de periódicos brasileiros das áreas de administração, administração pública, ciência política e ciências sociais. **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 3, p. 745-775, 2013.

MEDICI, A. C. **Do Global ao Local**: os desafios da saúde no limiar do século XXI. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.

MENDES, V. L. P. S. **Inovação Gerencial na Administração Pública**: um estudo na esfera Municipal no Brasil. 2000. 325 f. Tese (Doutorado) – Curso de Administração, Núcleo de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

MENDES, V. L. P. S.; AGUIAR, F. C. Implementação da política de saúde pública e seus desafios na era digital. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 51, n. 6, nov.dez. 2017. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/issue/view/4012>. Acesso em: 5 maio 2019.

MENEZES, D. C. **Fatores críticos para a estruturação de Parcerias Público-Privadas no Governo Federal**. 2014. 96 f., il. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/16816>. Acesso em: 30 mar. 2019.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17 n. 3, mar. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em: 26 dez. 2019.

MONTEIRO, V. Legislação de Parceria Público-Privada no Brasil – Competência Legislativa em Matéria de Concessão. *In*: SUNDFELD, C. A. (Org.). **Parcerias Público-Privadas**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

NUNES, A. C. A. S. Análise de arranjos de implementação de Políticas Públicas de enfrentamento à violência contra mulheres em municípios de pequeno porte. **Revista do Serviço Público**, [s. l.], v. 68, n. 3, p. 503-532, 2017.

OLIVEIRA, E. H. S.; PAIVA, D. A. O papel dos Verificadores Independentes nos contratos de PPP: a experiência do Estado de Minas Gerais. Congresso CONSAD de Gestão Pública, 6., 2013, Brasília. **Anais [...]** Brasília: Centro de Convenções Ulysses Guimarães, 2013.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **OECD Principles of corporate governance**. Paris: OECD, 2004. Disponível em: <https://www.oecd.org/fr/daf/ae/principesdegouvernementdentreprise/31652074.PDF>. Acesso em: 30 mar. 2019.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. **Reinventando o governo**. Brasília: ENAP, 1994.

O'TOOLE JR., L. J. Interorganizational relations in implementation. *In*: PETERS, B. G.; PIERRE, J. (Orgs). **Handbook of public administration**. Londres/California: Troussand Oaks/Sage Publications, 2003.

PALUDO, E. **Políticas públicas sobre drogas: a implementação em estratégias de saúde da família no município de Santa Cruz do Sul/RS**. 2016. (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/1065>. Acesso em: 30 mar. 2019.

PARENTE, C. M. D. A Construção da Meta de Educação em Tempo Integral do Plano Nacional de Educação (2014). **Educação em Revista**, Marília, v. 18, Edição Especial, p. 23-42, 2017.

PECI, A.; SOBRAL, F. Parcerias Público-Privadas: Análise Comparativa da Experiência Inglesa e Brasileira. *In*: ENCONTRO DA ANPAD. 30., 2006, Salvador-BA. **Anais [...]** Salvador: Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração, 2006. p. 1-17.

PEREIRA, J. M. Administração Pública Comparada: uma Avaliação das Reformas Administrativas do Brasil, EUA e União Europeia. **RAP. Revista Brasileira de Administração Pública**, v. 42. 2008.

PESSOA, F. **Obra poética de Fernando Pessoa**: volume 1. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

PETERS, G. B.; VAN NISPEN, F. K. M. **Public Policy Instruments**: evaluating the tools of public administration. Northampton: Edward Elgar, 1998.

PINHEIRO, F. M. G.; PINHO, J. A. G.; BRUNI, A. L. Accountability em parcerias público-privadas: espaços para avanços em unidades hospitalares sob gestão direta e em regime de parceria. **Organ. Soc.** [online]. 2018, v. 25, n. 84, p. 155-174. ISSN 1984-9230. Disponível em: . Acesso em: 10 nov. 2020.

PORTUGAL, M.; PRADO, L. N. **Comentários à lei de PPP – Parceria Público-Privada**: fundamentos econômico jurídicos. São Paulo: Malheiros, 2007.

PRINCHAK, R. **Parceria público-privada**: a experiência da Bahia. Brasília, DF: BID, 2016. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/apresentacoes/infraestrutura-e-parceriapara-o-desenvolvimento/apresentacao-de-rogerio-princhak-durante-o-3o-seminario>. Acesso em: 10 set. 2019.

RADAR PPP. **Diagnóstico por Imagem (Bahia)**. 02 fev. 2020. Disponível em: . Acesso em: 02 fev. 2020.

RBD IMAGEM. **Exames por imagem**. Salvador, [2018]. Disponível em: <http://www.pppimagembahia.com.br/>. Acesso em: 29 mar. 2020.

REDOSCHI, D. A. Parceria Público-Privada: desafios e oportunidades. **Cadernos FGV Projetos**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 23, p. 72-79, 2014. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/11647>. Acesso em: 15 nov. 2020.

REIS, E. A. A gestão universitária e os conflitos entre a alta gestão e gestão no campus: um olhar da teoria da agência. *In*: COLÓQUIO INTERNACIONAL DE GESTÃO UNIVERSITÁRIA, 14., 2014, Florianópolis. **Anais [...]** Florianópolis: Repositório Institucional da UFSC, 2014.

REPOLÊS, L. H. G. **Os contratos de parcerias público-privadas sob a perspectiva da teoria da agência**: como mitigar a assimetria de informação do setor público? 2014. 85 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Fundação João Pinheiro, Programa de Administração Pública, Belo Horizonte, 2014.

RHODES, R. A. W. The New Governance: Governing Without Government. **Political Studies**, University of Newcastle-upon-Tyne, n. 44, p. 652-667, 1996.

RIBEIRO, D. C. O preço do risco moral em contratos de Parceria Público Privada: Estudo de caso do contrato do Complexo do Mineirão. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, v. 36, n. 1, p. 12-24, 2018. Disponível em: <https://revista.tce.mg.gov.br/revista/index.php/TCEMG/article/view/329>. Acesso em: 15 nov. 2020.

SABATIER, P. A. Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: A critical analysis and suggested synthesis. **Journal of Public Policy**, Cambridge (UK), v. 1, n. 6, p. 21-48, Jan 1986.

SANTOS, A. C. **A Governança no Setor Público e a sua influência sobre a execução do Programa Estratégico do Exército GUARANI**. 2018. 132 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Comando e Estado Maior, Rio de Janeiro, 2018.

SANTOS, J. A. A. Governança Nos Contratos Públicos. **JML**, [S. l.], 2014. Disponível em: https://www.jmleventos.com.br/pagina.php?area=coluna-juridica&acao=download&dp_id=218. Acesso em: 15 nov. 2020.

SATO, F. R. L. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 49-62, jan./fev. 2007.

SAWHNEY, K. C. FRAZIER, G. L. Outcome-Based and Behavior-Based Coordination Efforts in Channel Relationships. **Journal of Marketing Research**. v. 33, n. 2, p. 200-210, 1996.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-369, 2009.

SECCHI, L. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SECCHI, L. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DA BAHIA – SEFAZ. **Página inicial**. Disponível em: https://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projeto_diagnostico_por_imagem.htm. Acesso em: 17 nov. 2019.

SEGATTO, I. C. Análise da implementação de políticas públicas: o Programa de Alfabetização na Idade Certa em dois municípios cearenses. **Temas de Administração Pública** (UNESP. Araraquara), v. 4, 2012.

SHLEIFER, A.; VISHNY, R. A survey of corporate governance. **Finance**, v. 52, n. 2, p. 737-783, 1997.

SILVA, F. F. **Práticas de controle social na percepção do poder executivo: um estudo dos entes federativos brasileiros**. 2011. 98 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2011.

SILVA, M. P.; CARVALHO, S. S.; OLIVEIRA, M. J. Desenho organizacional da rede de Agentes que envolvem as parcerias público-privadas de saúde na Região Metropolitana de Salvador. **Geosul**, Florianópolis, v. 34, n. 73, p. 464-496, set./dez. 2019.

SILVA, P. B. Parceria Público-Privada: Desafios e Oportunidades. **Revista do TCU**, v. 36, n. 104, abril/junho 2005.

SOUZA, C. “Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 15-20, fev. 2003.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269092003000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 out. 2019.

SOUZA, C. **Workshop sobre políticas públicas e avaliação**. Salvador: Fundação Luís Eduardo Magalhães, 2002.

SOUZA, L. M. C. G; FARIA, E. F. Governança Corporativa na administração pública brasileira: um processo em construção! **Revista Jurídica Direito & Paz**, v. 2, n. 37, p. 273-292, 2017. ISSN 2359-5035. Disponível em:

<http://www.revista.unisal.br/lo/index.php/direitoepaz/article/view/729>. Acesso em: 15 nov. 2020.

SOUZA, M. C. D. **Governança Regulatória de Contratos de Parceria-Público Privada no Estado da Bahia: o caso Hospital do Subúrbio**. 2018. Especialização em Parcerias Público Privadas e Concessões – Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, São Paulo, 2018.

SUNDFELD, C. A. O Arcabouço Normativo das Parcerias Público-Privadas no Brasil. **Revista do TCU**. V. 36, n. 104, abril/junho 2005.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Referencial Básico de Governança Organizacional para organizações públicas e outros entes jurisdicionados ao TCU**. 3. ed. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2020.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DA BAHIA. **Relatório de Auditoria Secretaria da Saúde do Estado da Bahia: Contrato de Concessão Administrativa nº 004/2015 – PPP IMAGEM**. Disponível em:

https://www.tce.ba.gov.br/images/relatorio_9043_2016.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1997.

WILLIAMSON, O. E. **The Economic Institutions of Capitalism**. New York: The Free Press, 1985. 442 p.

WINTER, S. C. Perspectivas de Implementação: status e reconsideração. *In*: PETERS, B. G.; PIERRE, J. (Org.). **Administração pública**: coletânea. São Paulo: UNESP; Brasília: ENAP, 2010.

YIN, R. K. **Case Study Research**. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1984.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

YIN, R. K. **Introducing the World of Education**. A Case Study Reader. Thousand Oaks: Sage publications, 2005.

APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista: Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB

Prezado(a) Participante:

O roteiro de entrevista que se apresenta é parte da pesquisa intitulada “IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA (PPP) NA SAÚDE: ESTUDO DE CASO DO SERVIÇO DE APOIO AO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NA BAHIA”. Trata-se de uma dissertação de mestrado realizada no Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia, cujo objetivo é analisar o processo de implementação da Parceria Público-Privada – PPP em Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia, considerando-se as estratégias, as especificidades e as relações entre Agente-Principal. Não existem respostas certas ou erradas, interessa o que você pensa.

Confidencialidade

As respostas serão tratadas de forma confidencial e em nenhum momento mencionaremos seu nome.

I Dados de Identificação

Formação _____ Sexo _____ Idade _____

Tempo que trabalha na SESAB _____

Função que exerce na SESAB _____

II Processo de implementação da PPP

- 1 O que motivou a discussão sobre a escolha do modelo de gestão PPP adotado para esse Serviço?
- 2 Quais os problemas acerca do serviço de imagem foram responsáveis pelas propostas de novos modelos de gestão?
- 3 Qual a rede de serviços que está interconectada com a PPP de Imagem?
- 4 Quais os principais atores da formulação da agenda da PPP de Imagem?
- 5 Como se deu o processo de implantação da PPP de imagem?
- 6 Quais os principais atores interessados no contrato de PPP de Imagem?
 - 6.1 Qual a importância de cada um para o funcionamento da PPP de Imagem?

- 6.2 Quais as alternativas foram propostas por esses diversos atores para solucionar os problemas que originaram o modelo PPP para o Serviço de Imagem?
- 7 Havia oposição ao modelo PPP? Se sim, quais atores se opunham e por quê?
- 8 Quais as estratégias utilizadas para a implementação da PPP do Serviço de Imagem?
- 9 De que maneira a PPP de Imagem está inserida/contemplada no Planejamento e na Programação Pactuada Integrada (PPI) nesta Secretaria, nas macro e microrregiões de saúde?
- 10 Quais as facilidades e dificuldades encontradas para a implementação da PPP do Serviço de Imagem?
- 11 Quais as expectativas da SESAB ante a continuidade da parceria, considerando que se trata de um contrato de 11 anos?
- 12 Como o(a) Sr.(a) avalia capacitação técnica e gerencial dos parceiros – públicos e privados para a implementação do projeto de PPP de Imagem?
- 13 Qual o grau de discricionariedade da dos implementadores da PPP de Imagem?
- 14 O(a) Sr.(a) avalia que a de PPP de Imagem foi implementada conforme sua formulação?

III Mecanismos de *accountability* e participação

- 15 Quais mecanismos institucionais de *accountability* (transparência) estão presentes na Gestão da PPP de Imagem?
- 16 Como as informações são publicizadas e quem tem acesso a estas informações?
- 17 Existe um Sistema de Informação voltado para o monitoramento e controle dos exames produzidos?
- 18 Há a participação dos usuários na implementação da Política de PPP de Imagem?
- 19 Como se dá a participação dos Secretários Municipais de Saúde na implementação da Política de PPP de Imagem?

IV Amparo legal e normativo para implementação da política

- 20 Quais os riscos da implementação da PPP de Imagem e quem assume tais riscos?
- 21 Quais os benefícios trazidos pela implementação da PPP de Imagem em relação ao modelo de prestação direta do serviço?
- 22 Quais as especificidades dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde que interferem nas relações entre a SESAB e a RBD e entre a RBD e os usuários dos serviços?
- 23 Quais os parâmetros situacionais que a SESAB controla na implementação da PPP? Exemplo, se há uma nova tecnologia a ser incorporada, isso está previsto no contrato ou gera conflitos e instabilidade na prestação do serviço (validade da tecnologia)
- 24 A Lei nº 11.079/2004 (Lei das PPP) prevê o compartilhamento com a Administração Pública dos ganhos econômicos. No caso da PPP de Imagem, a Administração Pública compartilha os riscos e possíveis ganhos econômicos com o ente privado?
- 25 Qual a relação da SESAB com o Verificador Independente?

APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista: Rede Brasileira de Diagnóstico SPE SA (RBD)

Prezado(a) Participante:

O roteiro de entrevista que se apresenta é parte da pesquisa intitulada “IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA (PPP) NA SAÚDE: ESTUDO DE CASO DO SERVIÇO DE APOIO AO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NA BAHIA”. Trata-se de uma dissertação de mestrado realizada no Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia, cujo objetivo é analisar o processo de implementação da Parceria Público-Privada – PPP em Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia, considerando-se as estratégias, as especificidades e as relações entre Agente-Principal. Não existem respostas certas ou erradas, interessa o que você pensa.

Confidencialidade

As respostas serão tratadas de forma confidencial e em nenhum momento mencionaremos seu nome.

QUESTÕES**I Dados de Identificação**

Formação _____ Sexo _____ Idade _____

Tempo que trabalha no Consórcio _____

Função que exerce no Consórcio _____

II Processo de Implementação da PPP de Imagem

- 1 Quais motivações que levaram as empresas do consórcio a participar desse novo modelo de gestão?
- 2 Quais as estratégias utilizadas pela RBD na Implementação da Política de PPP de Imagem?
- 3 Quais as facilidades e dificuldades encontradas na implementação da PPP do serviço de Imagem?
- 4 Como o(a) Sr.(a) avalia capacitação técnica e gerencial dos parceiros – públicos e privados para a implementação do projeto de PPP de Imagem?
- 5 Qual o grau de discricionariedade (poder de decisão) dos implementadores da PPP de Imagem?

- 6 O(a) Sr.(a) avalia que a de PPP de Imagem foi implementada conforme sua formulação?

III Mecanismos de *accountability*

- 7 Quais mecanismos institucionais de *accountability* (transparência) estão presentes na Gestão da PPP de Imagem?
- 8 Como se dá a participação dos usuários na implementação da Política de PPP de Imagem?

IV Amparo legal e normativo para implementação da PPP de Imagem

- 9 Quais os riscos da implementação da PPP de imagem e quem assume tais riscos?
- 10 Quais os benefícios trazidos pela implementação da PPP de Imagem em relação ao modelo de prestação direta do serviço?
- 11 Quais as especificidades dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde que interferem na as relações entre a SESAB e a RBD e entre a RBD e os usuários dos serviços?
- 12 Quais os parâmetros situacionais que a SESAB controla na implementação da PPP? Exemplo, se há uma nova tecnologia a ser incorporada, isso está previsto no contrato ou gera conflitos e instabilidade na prestação do serviço (validade da tecnologia)
- 13 A Lei nº 11.079/2004 (Lei das PPP) prevê o compartilhamento com a Administração Pública ganhos econômicos. No caso da PPP de Imagem a Administração Pública compartilha os riscos e possíveis ganhos econômicos com o ente privado?
- 14 Como foram definidos os indicadores de monitoramento e avaliação do contrato?
- 15 Qual a relação da RBD com o Verificador Independente?
- 16 Quais os instrumentos de governança presentes no contrato?

APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista: Procuradoria Geral do Estado da Bahia – PGE

Prezado(a) Participante:

O roteiro de entrevista que se apresenta é parte da pesquisa intitulada “IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA (PPP) NA SAÚDE: ESTUDO DE CASO DO SERVIÇO DE APOIO AO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NA BAHIA”. Trata-se de uma dissertação de mestrado realizada no Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia, cujo objetivo é analisar o processo de implementação da Parceria Público-Privada – PPP em Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia, considerando-se as estratégias, as especificidades e as relações entre Agente-Principal. Não existem respostas certas ou erradas, interessa o que você pensa.

Confidencialidade

As respostas serão tratadas de forma confidencial e em nenhum momento mencionaremos seu nome.

QUESTÕES**I Dados de Identificação**

Formação _____ Sexo _____ Idade _____

Tempo que trabalha NA PGE _____

Função que exerce no contrato de PPP DE IMAGEM _____

II Processo de Implementação da PPP de Imagem

- 1 Quais as estratégias utilizadas para a implementação desta PPP, sob o ponto de vista jurídico?
- 2 Quais as facilidades e dificuldades encontradas para a implementação desta PPP, sob o ponto de vista jurídico?
- 3 Qual o papel da PGE na implementação da PPP?
- 4 Qual o grau de discricionariedade (poder de decisão) dos implementadores da PPP de Imagem?
- 5 O(a) Sr.(a) avalia que a de PPP de Imagem foi implementada conforme sua formulação?

IV Amparo legal e normativo para implementação da PPP de Imagem

- 6 Quais os mecanismos institucionais para reduzir os riscos do contrato?
- 7 Qual o tipo de contrato utilizado na PPP de imagem (de resultado ou contrato baseado em comportamento?)
- 8 Quais as vantagens e desvantagens deste tipo de contrato?
- 9 A Lei nº 11.079/2004 (Lei das PPP) prevê o compartilhamento com a Administração Pública ganhos econômicos. No caso da PPP de Imagem a Administração Pública compartilha os riscos e possíveis ganhos econômicos com o ente privado?
- 10 Como foram definidos os indicadores de monitoramento e avaliação do contrato?
- 11 Como o(a) Sr.(a) avalia capacitação técnica e gerencial dos parceiros – públicos e privados para a implementação do projeto de PPP de Imagem?
- 12 Quais os instrumentos de governança presentes no contrato?

APÊNDICE D – Roteiro da Entrevista: Secretaria Estadual da Fazenda da Bahia – SEFAZ

Prezado(a) Participante:

O roteiro de entrevista que se apresenta é parte da pesquisa intitulada “IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA (PPP) NA SAÚDE: ESTUDO DE CASO DO SERVIÇO DE APOIO AO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NA BAHIA”. Trata-se de uma dissertação de mestrado realizada no Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia, cujo objetivo é analisar o processo de implementação da Parceria Público-Privada – PPP em Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia, considerando-se as estratégias, as especificidades e as relações entre Agente-Principal. Não existem respostas certas ou erradas, interessa o que você pensa.

Confidencialidade

As respostas serão tratadas de forma confidencial e em nenhum momento mencionaremos seu nome.

QUESTÕES**I Dados de Identificação**

Formação _____ Sexo _____ Idade _____

Tempo que trabalha SEFAZ _____

Função que exerce no contrato de PPP DE IMAGEM _____

II PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PPP

- 1 Quais as facilidades e dificuldades encontradas para a implementação desta PPP, sob o ponto de vista financeiro e fiscal?
- 2 Quais as expectativas frente a ampliação da utilização desse novo modelo de gestão pública da saúde na Bahia?
- 3 Quais as estratégias utilizadas para a implementação desta PPP, sob o ponto de vista financeiro e fiscal?
- 4 A Sefaz dispõe de mecanismos de monitoramento e controle do contrato da PPP de Imagem? Em caso positivo, quais?

III Amparo legal e normativo para implementação da PPP de Imagem

- 5 Quais os mecanismos institucionais para reduzir os riscos do contrato?
- 6 A Lei nº 11.079/2004 (Lei das PPP) prevê o compartilhamento com a Administração Pública ganhos econômicos. No caso da PPP de Imagem, a Administração Pública compartilha os riscos e possíveis ganhos econômicos com o ente privado?
- 7 Como foram definidos os indicadores de monitoramento e avaliação do contrato?
- 8 Como o(a) Sr.(a) avalia capacitação técnica e gerencial dos parceiros – públicos e privados para a implementação do projeto de PPP de Imagem?
- 9 os instrumentos de governança presentes no contrato?

APÊNDICE E – Roteiro da Entrevista: Comissão de Acompanhamento – SESAB

Prezado(a) Participante:

O roteiro de entrevista que se apresenta é parte da pesquisa intitulada “IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA (PPP) NA SAÚDE: ESTUDO DE CASO DO SERVIÇO DE APOIO AO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NA BAHIA” Trata-se de uma dissertação de mestrado realizada no Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia, cujo objetivo é analisar o processo de implementação da Parceria Público-Privada – PPP em Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia, considerando-se as estratégias, as especificidades e as relações entre Agente-Principal. Não existem respostas certas ou erradas, interessa o que você pensa.

Confidencialidade

As respostas serão tratadas de forma confidencial e em nenhum momento mencionaremos seu nome.

QUESTÕES**I Dados de Identificação**

Formação _____ Sexo _____ Idade _____

Tempo que trabalha COMISSÃO _____

Função que exerce no contrato de PPP DE IMAGEM _____

II PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PPP DE IMAGEM

- 1 Quais são os entraves atuais da modalidade de PPP de Imagem?
- 2 Quais os principais questionamentos a respeito da PPP de Imagem?
- 3 Quais os instrumentos de governança presentes no contrato?
- 4 Qual o grau de discricionariedade (poder de decisão) dos implementadores da PPP de Imagem?
- 5 Como o(a) Sr.(a) avalia a atuação do Verificador Independente no processo de implementação da PPP de Imagem?
- 6 Qual a sua opinião sobre as definições dos indicadores do contrato na proposta da avaliação de qualidade?
- 7 Qual a sua opinião sobre as regras do contrato na definição da remuneração?

- 8 Qual a opinião da Comissão em relação ao dimensionamento das metas contratuais, considerando a capacidade instalada e a demanda do serviço?

APÊNDICE F – Plano de análise dos dados

QUESTÕES DAS UNIDADES DE ANÁLISE, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE

FASE 1

Instrumento de coleta de dados: Documentos e Entrevista Semiestruturada

Unidades de análise: SESAB, PGE, RBD, SEFAZ

Questão da unidade de análise: Qual a rede de atores e serviços que se articulam na produção do Diagnóstico por Imagem na PPP do Estado da Bahia?

Categoria 1 – Processo de Implantação/implementação

Subcategorias:

1.1) Amparo legal e normativo para implantação: contrato e normativas

1.2) Motivação sobre a escolha do modelo de gestão PPP adotado para esse serviço

1.3) Rede de atores e serviços que se articulam na produção do Diagnóstico por Imagem na PPP do Estado da Bahia

1.4) Discricionariedade (poder de decisão) dos implementadores da PPP de Imagem

1.5) Metodologia de implementação da PPP de Imagem (*top-down* ou *bottom-up*)

FASE 2

Instrumento de coleta de dados: Documentos e Entrevistas Semiestruturadas

Unidades de análise: SESAB, PGE, RBD, SEFAZ

Questão da unidade de análise: Quais os aspectos facilitadores e limitadores do Agente e Principal, na implementação da PPP em Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia?

Categoria 2 – Aspectos facilitadores e limitadores do Agente e Principal

Subcategorias de análise:

- 2.1 Aspectos facilitadores e limitadores do Agente e Principal
- 2.2 Capacitação técnica e gerencial dos parceiros – públicos e privados – para a implementação do projeto de PPP de Imagem

FASE 3

Instrumento de coleta de dados: Documentos e Entrevistas Semiestruturadas

Unidades de análise: SESAB, PGE, RBD, SEFAZ

Questão da unidade de análise: Quais estratégias utilizadas pelos diferentes *stakeholders* no processo de implementação da PPP, considerando-se as

especificidades dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia e as relações Agente-Principal?

Categoria 3 – Estratégias utilizadas pelos diferentes *stakeholders* no processo de implementação da PPP

Subcategorias de análise:

3.1) Parâmetros situacionais que a SESAB controla na implementação (validade da tecnologia)

3.2) Avaliação dos riscos da implementação da PPP de imagem e quem assume tais riscos

3.3) Indicadores de monitoramento e avaliação do contrato

3.4) Tipo de contrato utilizado na PPP de Imagem (de resultado ou contrato baseado em comportamento)

3.5) Vantagens e desvantagens do contrato da PPP de Imagem

3.6) Especificidades dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde que interferem nas relações entre a SESAB e os *stakeholders* da PPP

FASE 4

Instrumento de coleta de dados: Documentos e Entrevista Semiestruturada

Unidade de análise: SESAB e RBD

Questão da unidade de análise: Quais os Mecanismos de Governança presentes no contrato que restringem possíveis comportamentos oportunistas do Agente?

Categoria 4 – Mecanismos de Governança

Subcategorias de análise:

4.1) Mecanismos institucionais/legais (Mecanismos de Governança previstos no contrato que visam a redução dos riscos na implementação da PPP

4.2) Escopo de atuação do Verificador Independente (VI)

4.3) Relações do Verificador Independente com o Agente (RBD) e o Principal (SESAB)

4.4) Existência de Sistema de Informação de monitoramento e controle dos exames produzidos

4.5 Mecanismos institucionais *de accountability* (transparência) presentes na Gestão

APÊNDICE G – Protocolo de análise de documentos

Tipo de fonte do documento	Conteúdo do Documento	Palavras-chave

APÊNDICE H –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DO PROJETO: Implementação da Política Pública de Parceria Público-Privada na saúde: estudo de caso do Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Bahia

Nome do Pesquisador: Magna Correia Moreira

Nome da Orientadora: Dra. Vera Lúcia Peixoto S. Mendes

Prezado(a) Senhor(a):

- **Natureza da Pesquisa**

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa sobre **a Implementação da Política Pública de Parceria Público-Privada na saúde: estudo de caso do Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Bahia**

Caso concorde em participar, este estudo será realizado por mim, **MAGNA CORREIA MOREIRA**, mestranda em Administração pela Universidade Federal da Bahia, sob a orientação da Professora Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes. Esta pesquisa tem como objetivo de analisar o processo de implementação da PPP dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico por Imagem na Rede Pública de Saúde do Estado da Bahia, considerando-se as estratégias, as especificidades e as relações entre Agente-Principal. A realização desta pesquisa é importante porque seus resultados podem contribuir para introduzir melhorias contínuas, e na implementação da Política Pública de PPP.

- **Participantes da pesquisa**

São 09 (nove) os entrevistados propostos nesta pesquisa, e o público-alvo são: representantes das Secretarias da Fazenda, Secretaria da Saúde, da Procuradoria-Geral do Estado (PGE), Auditoria SUS/Ba e da Rede Brasileira de Diagnóstico SPE SA (RBD).

- **Envolvimento na pesquisa**

Ao participar deste estudo, o(a) Sr.(a) tem a liberdade de recusar participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) Sr.(a); e caso sinta qualquer tipo de desconforto, interromperemos a entrevista, e o(a) senhor(a) decidirá se continuará ou não e em qualquer momento. Sempre que quiser poderá pedir informações sobre a pesquisa

por meio do telefone da pesquisadora e, se necessário, do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

- **Sobre as entrevistas**

A sua participação neste estudo consiste em conceder entrevista, cujo tempo médio de duração é de 30 minutos, em local de melhor conveniência para o(a) Sr.(a) e no qual o(a) Sr.(a) possa se sentir à vontade e sem possibilidade de interrupções por outras pessoas. Solicitamos também o seu consentimento para a gravação da entrevista, garantindo-se o anonimato.

- **Riscos e desconforto**

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. Os possíveis riscos a que o sujeito (entrevistado/informante ou o observado) pode estar exposto em participar do presente estudo relaciona-se com possíveis comentários do tipo de informação prestada, pode incorrer em críticas contundentes e capazes de provocar algum tipo risco/desconforto, colocando o entrevistado suscetível a ações administrativas e judiciais não desejadas. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

- **Confidencialidade**

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Apenas a pesquisadora e a sua orientadora terão conhecimento de sua identidade, e nos comprometemos a mantê-las em sigilo ao publicar os resultados da pesquisa.

- **Benefícios**

Ao participar desta pesquisa, o(a) Sr.(a). não terá nenhum benefício direto. Contudo, os benefícios esperados, direta ou indiretamente, aos participantes da pesquisa decorrem da sua contribuição para compreender o processo de Implementação da PPP de Imagem e gerar conhecimentos que evitem a repetição de possíveis erros e difundam os acertos, além de contribuir para que a organização alcance seus objetivos e adote práticas que estimulem o reconhecimento profissional. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando o sigilo das informações coletadas.

- **Pagamento**

O(a) Sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa bem como nada será pago por sua participação. Em caso da ocorrência de algum dano decorrente de sua participação nessa pesquisa, então, o(a) Sr.(a) terá direito à indenização.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Para tanto, é preciso que, por gentileza, preencha os itens que se seguem: Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs.: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

Caso você tenha ainda alguma dúvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone e endereço abaixo ou fazê-lo pessoalmente.

Pesquisadora: Magna Correia Moreira

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o:

CEP-Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB Endereço: Centro de Atenção à Saúde
– Escola de Saúde Pública da Bahia – Av. Antonio Carlos Magalhães, s/n Bairro:
Iguatemi CEP: 41.820-000 Telefone: (71)3116-0236 UF: BA Município: SALVADOR
Horário de Atendimento: 08:00-17:00h
E-mail: