

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

MARIANA BALEEIRO MARTINS CARRERA

PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE NO BRASIL:
Estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia

SÃO PAULO
2012

MARIANA BALEEIRO MARTINS CARRERA

PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE NO BRASIL:
Estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Administração de Empresas.

Campo de Conhecimento: Administração em Saúde

Orientadora: Profª Ana Maria Malik

SÃO PAULO
2012

Carrera, Mariana Baleeiro Martins.

PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE NO BRASIL: Estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia. / Mariana Baleeiro Martins Carrera. - 2012.

106 f.

Orientador: Ana Maria Malik

Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Parceria público-privada. 2. Saúde pública – Administração - Bahia. 3. Política de saúde - Brasil. 4. Serviços de saúde -Bahia. I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614(814.2)

MARIANA BALEEIRO MARTINS CARRERA

PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE NO BRASIL:
Estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Administração de Empresas.

Campo de Conhecimento: Administração em Saúde

Data de Aprovação:
10 / 02 / 2012

Banca Examinadora:

Prof^a Ana Maria Malik (Orientadora)
FGV-EAESP

Prof^a Regina Silvia Viotto Monteiro Pacheco
FGV-EAESP

Prof^a. Sheyla Maria Lemos Lima
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos meus filhos, Alberto e João que, apesar da pouca idade, souberam ser compreensivos, incentivadores e grandes amigos; a Heitor, companheiro de todas as horas, apoiador incondicional desta minha incursão pela vida acadêmica; e a meus pais, Maria Luiza e João, responsáveis por minha formação.

AGRADECIMENTOS

À Ana Maria Malik, minha professora, orientadora e amiga, pelo apoio inteligente, tranquilo e bem humorado na elaboração deste trabalho.

Aos professores Regina Pacheco e Álvaro Escrivão pela colaboração e pelas sugestões oferecidas na etapa de qualificação desta dissertação.

Aos professores da EAESP/FGV, por compartilharem seu conhecimento.

À Leila Dall'Acqua pelo apoio e carinho.

À Cinthia Costa e Isabella Fumeiro pela ajuda constante.

Aos meus colegas de curso Maria Grazia Justa, Germany Veloso, Sandra Clinco, pela amizade e apoio.

À CAPES pelo suporte que me foi conferido no período.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo caracterizar o processo de decisão e implementação da Parceria Público-Privada da Saúde na Bahia – Hospital do Subúrbio. A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa, na modalidade de estudo de caso, direcionada a compreender esse caso, através da narrativa dos principais *stakeholders*, de análise documental e da bibliografia nacional e internacional sobre o tema, desde textos legais até relatos de experiências internacionais. Com isso, pretende-se contribuir para o maior conhecimento e entendimento da PPP como uma nova modalidade institucional para a gestão da saúde, documentando um momento ainda inicial desse processo. Os resultados apontam que as principais condicionantes para a contratação de PPP, conforme a literatura internacional, foram atendidas: Análise *Value for Money* (VFM), elaboração de edital e contrato, licitação, formação de Sociedade de Propósito Específico (SPE), Fundo Garantidor de PPP. Analisando os pontos centrais na Nova Gestão Pública – gestão para resultados, construção de um modelo organizacional mais flexível e *accountability* – foi possível concluir que o projeto do Hospital do Subúrbio está alinhado com os princípios da gestão pública contemporânea. No entanto, é preciso amadurecer principalmente a *accountability* e seguir o caso para acompanhar seus resultados.

Palavras chave: Gestão em Saúde; Gestão Pública da Saúde; Parceria Público-Privada; Administração Pública; Política de Saúde no Brasil.

ABSTRACT

This study aims at analyzing the case for a public-private partnership (PPP) in health management in Bahia – Hospital do Subúrbio. The methodology used was a qualitative research – a case study, focused on understanding the decision-making and implementation processes. The main stakeholders answers were quoted, documentation was analyzed as well as the national and international bibliography on the topic. Legal references and reports on international experiences were studied. By doing so, contribution for a broader awareness and understanding of the PPP as a new institutional model for health management is expected, documenting the early stages of this process and getting the points of view from the involved players. The results indicate that the major drivers for establishing a PPP, as per the international literature, were met: analysis of Value for Money (VFM), design of a request for information and a contract, bidding process, launching of a Special Purpose Enterprise, Fund to assure the PPP. By analyzing the main points of the *Nova Gestão Pública* (New Public Management) – managing for results, building a more flexible organizational model and accountability – it was possible to conclude that the Hospital do Subúrbio project is in line with the contemporary public management principles. However, continuing evolution is needed, especially on accountability. A follow up on the project, in order to track its results should also be assured.

Keywords: Health Management; Public Health Management; Public-Private Partnership; Public Management; Health Policy in Brazil.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CEBAS	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COSEMS	Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde
DL	Decreto Lei
EC	Emenda Constitucional
HS	Hospital do Subúrbio
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFC	Corporação Financeira Internacional do Banco Mundial
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
NGP	Nova Gestão Pública
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OCDE	Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PGE	Procuradoria Geral do Estado
PPP	Parceria Público-Privada
RCL	Receita Corrente Líquida
RH	Recursos Humanos
SEFAZ	Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SINDMED	Sindicato dos Médicos
SINDSAUDE	Sindicato dos Trabalhadores em Saúde
SSA	Serviço Social Autônomo
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	10
2 INTRODUÇÃO	11
3 DEFINIÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA.....	13
3.1 Objeto de Pesquisa.....	13
3.2 Pergunta de Pesquisa.....	13
3.3 Objetivo Geral	13
3.4 Objetivos Específicos.....	13
4 METODOLOGIA.....	15
4.1 Pesquisa Bibliográfica e Documental.....	15
4.2 Pesquisa Empírica – Estudo de Caso.....	16
4.2.1 <i>Pesquisa Documental e Análise de Dados</i>	16
4.2.2 <i>Entrevistas</i>	16
4.3 Estrutura da Dissertação.....	18
5 REFERENCIAL TEÓRICO	20
5.1 O Estado – Brasil	20
5.1.1 <i>Reformas do Aparelho do Estado – de 1937 a 2011</i>	20
5.1.2 <i>A Nova Gestão Pública – NGP</i>	22
5.2 O Sistema Único da Saúde – SUS.....	24
5.3 Modalidades Institucionais da Gestão Pública da Saúde.....	29
5.3.1 <i>Administração direta</i>	29
5.3.2 <i>Autarquias e Fundações</i>	30
5.3.3 <i>Agências Reguladoras</i>	32
5.3.4 <i>Administração Indireta</i>	32
5.3.5 <i>Entidades Paraestatais – Entes de Cooperação</i>	33
5.3.6 <i>Entes de Colaboração</i>	34
5.3.7 <i>Entidade Beneficente de Assistência Social</i>	36
5.3.8 <i>Modalidade de Concessão</i>	37

5.4 PPP	38
5.4.1 <i>Origem e Definição</i>	38
5.4.2 <i>Características e Condicionantes</i>	41
5.4.3 <i>PPP na Saúde no Mundo</i>	44
5.4.4 <i>PPP na Saúde no Brasil</i>	47
5.4.5 <i>PPP e o SUS</i>	48
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
6.1 Análise Documental	51
6.2 Pesquisa Empírica – Estudo de Caso.....	51
6.2.1 <i>Caracterização do Ambiente – Bahia</i>	51
6.2.2 <i>Caracterização do Ambiente – Subúrbio Ferroviário de Salvador</i>	53
6.2.3 <i>Caracterização do Ambiente – Saúde</i>	53
6.2.4 <i>A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - Sesab</i>	55
6.2.5 <i>A tomada de decisão</i>	56
6.2.6 <i>A elaboração do projeto</i>	62
6.2.7 <i>A implementação</i>	70
6.2.8 <i>Os resultados do projeto – O Hospital do Subúrbio</i>	72
6.2.9 <i>Os stakeholders</i>	80
7 CONCLUSÃO.....	83
8 COMENTÁRIOS FINAIS	87
BIBLIOGRAFIA	88
ANEXO 1 – MAPA DO SUBÚRBIO FERROVIÁRIO DE SALVADOR.....	95
ANEXO 2 – IMAGEM AÉREA DA REGIÃO DO HOSPITAL DO SUBÚRBIO	96
ANEXO 3 - INDICADORES DE DESEMPENHO DO CONTRATO.....	97
ANEXO 4 - INDICADORES DE PRODUÇÃO E QUALIDADE PUBLICADOS.....	102

1 APRESENTAÇÃO

Trabalhei durante sete anos na gestão de um hospital público estadual da SES SP administrado segundo contrato de gestão por meio de uma Organização Social – OS. A partir de meu ingresso no mestrado a questão das novas formas de gestão/organização de serviços de saúde na área pública se tornou um objeto de interesse para mim.

Em julho de 2010, participei de uma pesquisa no Projeto Conexão Local (que integra o Programa de Iniciação à Pesquisa da Fundação Getulio Vargas – EAESP), como supervisora de duas alunas dos cursos de graduação em administração pública e administração de empresas, sobre a então primeira parceria público-privada da saúde no Brasil (Hospital do Subúrbio). Este assunto foi considerado adequado para ser estudado, justificando um aprofundamento. Desde então, pesquiso o assunto na bibliografia nacional e internacional, analiso as legislações e acompanho os casos da saúde no Brasil em fase de planejamento e implementação. Decidi continuar com este objeto, tornando-o meu assunto de dissertação, por considerar que ainda há muitos pontos a aprofundar nessa discussão.

A preocupação com essa temática específica justifica-se porque as parcerias público-privadas estão, atualmente, no topo de muitas agendas nacionais e internacionais, visto que elas podem ser uma alternativa para alcançar resultados esperados pelos governos. Na área da saúde no Brasil, as diversas modalidades institucionais de gestão vêm, progressivamente, se tornando presentes na prestação do serviço público. Diante disso, pretendo contribuir para um maior conhecimento e entendimento desse modelo na gestão da saúde, documentando um momento ainda inicial desse processo.

2 INTRODUÇÃO

Os dois grandes marcos na gestão pública brasileira – a reforma burocrática, iniciada em 1937, e a reforma gerencial, de 1995 – além do Decreto-Lei 200 de 1967 e da Constituição Federal de 1988, agiram nas formas de atuação do Estado. Na reforma gerencial, o Estado diminui sua responsabilidade de execução ou prestação direta de serviços para manter-se no papel de promotor e regulador (COSTA, 1998).

Os princípios da Nova Gestão Pública (NGP) nortearam a formulação e implementação das diretrizes do Plano Diretor da Reforma do Estado em 1995. Os três pontos centrais da NGP são: a gestão para resultados; a construção de um modelo organizacional mais flexível ou pluralismo institucional; as novas formas de *accountability* (ABRUCIO, 2011).

Na saúde, no Brasil do século XXI, diferentes modalidades institucionais da gestão pública atendem de variadas formas as orientações da gestão pública contemporânea. São elas: autarquias, fundações, entidades beneficentes, empresas públicas, sociedades de economia mista, serviços sociais autônomos, organizações sociais (OS), organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP) e mais recentemente, parceria público-privada (PPP).

A PPP surgiu na Inglaterra em 1992 e, no Brasil foi instituída com a criação da Lei Federal nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. É representada por dois modelos de concessões: a concessão patrocinada e a concessão administrativa (SUNDFELD, 2005). Na saúde, o tipo de concessão usada é a administrativa – onde não são cobradas tarifas aos usuários.

A razão principal para a contratação das PPPs é a busca por eficiência para o Serviço Público. Para isso, é preciso analisar a conveniência e a oportunidade da sua realização. Além disso, decidir quais tipos de serviços serão contratados: construção de unidades, provisão de serviços não clínicos, provisão de serviços clínicos, etc (MEDICI, 2011).

O Brasil possui projetos de PPP em diversas áreas – transporte, infraestrutura, educação, sistema penitenciário e saúde. Nessa última, a implementação encontra-se ainda em fase inicial, com apenas um projeto em funcionamento em janeiro de 2012 – o Hospital do Subúrbio, na Bahia.

3 DEFINIÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA

3.1 Objeto de Pesquisa

A presente dissertação de mestrado tem como objeto de estudo a Parceria Público-Privada na Saúde no Brasil, usando como exemplo a PPP da Bahia (Hospital do Subúrbio).

3.2 Pergunta de Pesquisa

A questão que orienta essa dissertação é: **Como ocorreu a decisão e a implementação da primeira Parceria Público-Privada (PPP) na saúde no Brasil?**

3.3 Objetivo Geral

O objetivo geral de estudo é compreender o processo decisório e implementação da Parceria Público-Privada da Saúde na Bahia – Hospital do Subúrbio.

3.4 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos são:

- Caracterizar as principais modalidades institucionais da Gestão Pública da Saúde no Brasil;

- Caracterizar a origem, condicionantes e utilizações das PPPs no Brasil e nos países que mais usam essa modalidade de gestão;
- Analisar documentação da Parceria Público-Privada da Bahia (Hospital do Subúrbio);
- Identificar e analisar as posições de *stakeholders* envolvidos no caso da Parceria Público-Privada da Bahia (Hospital do Subúrbio).

4 METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, na modalidade de estudo de caso, direcionada a compreender a Parceria Público-Privada do Hospital do Subúrbio, identificando as motivações, estratégias, facilidades, dificuldades e expectativas, através dos relatos das diferentes fontes envolvidas neste processo e análise dos documentos oficiais do projeto.

4.1 Pesquisa Bibliográfica e Documental

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de levantamento no acervo da biblioteca Karl A. Boedecker, da Fundação Getúlio Vargas, incluindo o catálogo de dissertações e teses. As bases de dados utilizadas foram: SCIELO, LILACS, EBSCO, CAPES, JSTOR, BIREME, PROQUEST, EMERALD e INGENTA. Foram também usados livros de Direito Administrativo e teses de outras instituições de referência.

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Gestão Pública da Saúde, Parceria Público-Privada, Administração Pública, Política de Saúde no Brasil.

Foi feita revisão documental (legislações federais e estaduais) sobre as normas que constituem o Sistema Único de Saúde – SUS e as modalidades institucionais da gestão pública da saúde existentes no Brasil – principalmente PPP. Os pontos de vista considerados foram: origem e evolução, natureza jurídica, relação com o poder público, recursos orçamentários e financeiros, patrimônio, gestão de pessoas, modelo de governança, mecanismos de *accountability*, convênio de parceria e contrato de gestão, controle social, dentre outros.

4.2 Pesquisa Empírica – Estudo de Caso

4.2.1 Pesquisa Documental e Análise de Dados

Análise dos documentos oficiais do projeto:

- Edital de Concessão
- Ata da Consulta Pública
- Contrato de Concessão
- Portarias

Leis federais e estaduais de PPP.

4.2.2 Entrevistas

Para viabilizar a consecução dos objetivos dessa pesquisa, foram realizadas treze entrevistas semiestruturadas, com os principais atores de várias instâncias do projeto. Os critérios de inclusão dos entrevistados foram:

- Terem participado ativamente do projeto (Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – Sesab, Secretaria da Fazenda – Sefaz, Procuradoria Geral do Estado – PGE, Corporação Financeira Internacional do Banco Mundial – IFC e o Consórcio Prodal Saúde SA);
- Fazerem parte da gestão pública e planejamento da saúde da região (Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia – COSEMS);
- Representarem os trabalhadores (Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia – Sindmed-BA e Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia – Sindsaúde-BA);

- Representarem a comunidade (Sociedade Beneficente Unidos do Alto do Tanque).

As principais informações solicitadas a cada instância foram:

- Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab)
 - As motivações que levaram a firmar este novo modelo de gestão.
 - As estratégias, facilidades e dificuldades encontradas para a sua implementação.
 - As expectativas frente à continuidade da parceria.
 - As expectativas frente à ampliação da utilização desse novo modelo de gestão pública da saúde na Bahia e no Brasil.
- Consórcio Prodal Saúde S.A.
 - As motivações que levaram as empresas do consórcio a participar desse novo modelo de gestão.
 - A motivação para a formação deste consórcio.
 - As estratégias, facilidades e dificuldades encontradas na implementação do hospital.
 - As facilidades e dificuldades encontradas no final de 2011.
 - As expectativas frente à continuidade da parceria.
- Procuradoria Geral do Estado da Bahia
 - As estratégias, facilidades e dificuldades encontradas para a implementação desta PPP, sob o ponto de vista jurídico.
 - As expectativas frente à ampliação da utilização desse novo modelo de gestão pública da saúde na Bahia e no Brasil.
- Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia (Sefaz)
 - As estratégias, facilidades e dificuldades encontradas para a implementação desta PPP, sob o ponto de vista financeiro e fiscal.

- As expectativas frente à ampliação da utilização desse novo modelo de gestão pública da saúde na Bahia e no Brasil.

- IFC (Corporação Financeira Internacional) do Banco Mundial.

- A consultoria realizada na PPP Bahia.

- As expectativas frente à ampliação da utilização desse novo modelo de gestão pública da saúde na Bahia e no Brasil.

- Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS)

- As expectativas frente ao acesso da população do subúrbio e da região de referência ao hospital.

- As expectativas frente à resolutividade do hospital.

- Sindicatos

- As expectativas frente ao regime de contratação de pessoal.

- Associação dos Moradores

- As expectativas frente ao acesso da população do subúrbio e da região de referência ao hospital.

- As expectativas frente à resolutividade do hospital.

4.3 Estrutura da Dissertação

A presente dissertação se inicia com uma introdução, seguida pela definição da pergunta de pesquisa, onde são definidos objeto, objetivo geral e objetivos específicos. Após essas seções é demonstrada a metodologia utilizada.

Posteriormente é apresentado o referencial teórico. Começa com uma análise das principais reformas do Aparelho do Estado no período de 1937 a 2011, principalmente em relação ao papel exercido pelo Estado. Em seguida discorre sobre a Nova Gestão Pública e o Sistema Único da Saúde e seus princípios. Depois

são apresentadas as modalidades institucionais da Gestão Pública da Saúde, desde a administração direta até a concessão.

Na segunda parte são apresentados os resultados. Na primeira seção é realizada uma análise documental, baseado em legislações federais e estaduais e documentos oficiais analisados no estudo de caso. Na segunda seção são apresentados os resultados das 13 entrevistas realizadas com os atores envolvidos do projeto da PPP do Hospital do Subúrbio. Nesta parte da apresentação dos resultados são feitas, no decorrer do texto, citações literais obtidas nas entrevistas, de forma a ter uma ilustração *pari passu* dos argumentos levantados.

A conclusão e as considerações finais encerram esse estudo, seguidas das referências bibliográficas.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 O Estado – Brasil

5.1.1 Reformas do Aparelho do Estado – de 1937 a 2011

O Estado brasileiro passou por 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: uma proposta de reforma gerencial da administração pública brasileira em 1967, que pode ser considerada o primeiro momento com essa preocupação no Brasil da segunda metade do século XX, por meio do Decreto-Lei 200, quando houve uma tentativa de superação da rigidez burocrática; e a promulgação da Constituição de 1988. Esta, ao invés de avançar na reforma gerencial, retrocedeu, buscando reafirmar e completar a Reforma Burocrática de 1937 (BRESSER PEREIRA, 2008). Para Abrúcio e Gaetani (2006), as reformas iniciadas no plano federal se desdobraram nos estados – simultaneamente ou em “ciclos modernizantes” posteriores –, nos mandatos que se iniciaram em 1999 e 2003.

A Reforma do Aparelho do Estado parte da existência de quatro setores dentro do Estado:

- O núcleo estratégico;
- As atividades exclusivas de Estado;
- Os serviços não-exclusivos ou competitivos e
- A produção de bens e serviços para o mercado.

No núcleo estratégico são definidas as leis e políticas públicas. Nas atividades exclusivas de Estado é exercido o poder de legislar e tributar. Nesse setor estão a polícia, as forças armadas, os órgãos de fiscalização e de regulamentação e os órgãos responsáveis pelos recursos. Com base na Reforma do Aparelho do Estado,

esses dois primeiros setores – núcleo estratégico e as atividades exclusivas de Estado – devem continuar sob propriedade estatal. Os serviços não exclusivos do Estado são aqueles considerados de alta relevância para os direitos humanos, realizados e/ou subsidiados pelo Estado. A produção de bens e serviços para o mercado é realizada pelo Estado por meio das empresas de economia mista (BRESSER PEREIRA; PACHECO, 2005).

Nas atividades exclusivas de Estado, as reformas promoveram a instituição de agências movidas por finalidade específica. A literatura aponta quatro razões que levaram à constituição de agências: a busca de economia, a busca por eficiência, a melhoria do processo decisório sobre o orçamento público e transparência e maior responsabilização ou *accountability* pelos resultados. Nos países da OCDE, em 2005, as agências correspondiam a cerca de 50% do pessoal e do gasto público (OECD, 2004a; 2005).

Nas atividades não exclusivas de Estado a tendência nas reformas gerenciais é a da contratação dos serviços com organizações sem fins lucrativos, públicas não estatais e do terceiro setor. Isso pode ser visto por meio de um número crescente de parcerias entre o Estado e organizações não-estatais, nas quais o financiamento fica por conta do Estado e a execução do serviço por conta dessas organizações, dotadas de maior flexibilidade gerencial (BRESSER PEREIRA; PACHECO, 2005).

A reforma do Estado deve ser entendida no contexto da redefinição do seu papel, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar seu promotor e regulador. O Estado assume um papel menos executor ou prestador direto de serviços mantendo-se, entretanto, no papel de regulador e provedor. Nesta nova perspectiva, busca o fortalecimento das suas funções de regulação e de coordenação da prestação de serviços sociais (COSTA, 1998).

As reformas da gestão pública não têm o objetivo de diminuir o tamanho do Estado enquanto orçamento. Elas não visam reduzir o Estado pela carga tributária (receita) ou pelo gasto público (despesa) uma vez que não afastam o Estado do financiamento (BRESSER PEREIRA; PACHECO, 2005).

Para Bresser Pereira (2005) a Reforma da Gestão Pública iniciada em 1995 não “subestimou os elementos patrimonialistas e clientelistas”, mas avançou no caminho de uma administração mais autônoma e mais responsabilizada perante a sociedade. Nesse sentido, além do contrato de gestão, são usadas ferramentas voltadas à verificação e comparação de resultados, à competição por excelência, ao planejamento e gestão estratégica de organizações públicas e a sua *accountability*. As três formas gerenciais de controle são: controle social, controle de resultados e competição administrada (BRESSER PEREIRA; PACHECO, 2005).

Mais recentemente, em 2007, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, por meio da Portaria nº 426/2007, instituiu uma comissão de especialistas da comunidade jurídica brasileira, com o objetivo de realizar uma reflexão sobre as limitações, contradições, fragilidades e potencialidades de cada forma de estruturação das atividades de governo e de fomento e parceria com a sociedade civil, e apresentar uma proposta de anteprojeto de lei orgânica da administração pública federal e entes de colaboração e organização do Poder Executivo Federal. Essa iniciativa decorreu da necessidade de renovação do marco regulatório, instituído desde o decreto lei 200, e da aprovação da Constituição de 1988. O anteprojeto, entregue em 2009, está em fase de discussão (BRASIL. Ministério do Planejamento, 2007).

5.1.2 A Nova Gestão Pública – NGP

A partir dos anos 90, o paradigma – Nova Gestão Pública – norteou as reformas da gestão pública em vários países e orientou a formulação e implementação das diretrizes do Plano Diretor da Reforma do Estado em 1995. A NGP é definida por FERLIE et al. (1999) como a incorporação, no setor público, de um conjunto de conceitos e técnicas gerados nas empresas privadas. Para Abrucio (informação verbal)¹ existem três pontos centrais na nova gestão pública. O primeiro ponto é a

¹ Informação fornecida pelo Professor Fernando Luiz Abrucio na palestra internacional: “PPP na saúde: experiências e tendências”, na Fundação Getulio Vargas (SP), em 12 de maio de 2011.

gestão para resultados; a segunda característica é a construção de um modelo organizacional mais flexível ou pluralismo institucional; o terceiro ponto são as novas formas de *accountability*.

A construção de um modelo organizacional mais flexível está relacionada ao *pluralismo institucional*. Significa a existência de diversos modelos institucionais e organizacionais na provisão de serviços públicos. A idéia de pluralismo institucional está relacionada à descentralização, novas redes de relacionamento entre Estado e sociedade e modelos organizacionais de provisão de serviços públicos variados. Propõe ainda a criação de novos modelos institucionais com autonomia administrativa e financeira para firmar metas de desempenho com o governo, apresentando regras claras de governança e acompanhamento por parte da sociedade.

A gestão para resultados introduz uma nova lógica de gestão e muda o enfoque das políticas públicas dos procedimentos para os resultados. Significa que a administração pública deve se orientar mais por critérios de desempenho do que por normas e procedimentos. Isso promove a flexibilidade na gestão das atividades, porque ao invés dos serviços estarem orientados por uma estrutura burocrática rígida, que dita os procedimentos a serem seguidos, esta lógica de gestão introduz a questão das metas e indicadores a serem atingidos por cada provedor público. A avaliação passa a ser realizada pelos resultados atingidos.

No entanto, ao mesmo tempo em que se busca a flexibilização na gestão, se verifica a necessidade de maior controle. O Plano Diretor da Reforma do Estado de 1995 apontava:

A modernização do aparelho do Estado exige, também, a criação de mecanismos que viabilizem a *integração* dos cidadãos no processo de definição, implementação e avaliação da ação pública. Através do controle social crescente será possível garantir serviços de qualidade (BRASIL, 1995, p. 40).

O terceiro ponto da NGP são as novas formas de *accountability*. Além das formas clássicas (*accountability* eleitoral e *accountability* baseada em normas e procedimentos da hierarquia burocrática), existem outras, entre as quais a

participação da sociedade na deliberação e no controle dos serviços públicos, e aquelas vinculadas a resultados.

Accountability na sua definição original, diz respeito “al cumplimiento de una obligación del funcionario público de rendir cuentas, sea a un organismo de control, al parlamento o a la sociedad misma” (CLAD, 2000, p. 329). A preocupação na tradução do termo para o português foi iniciada por Anna Maria Campos (1990) e continua sendo discutida até hoje por muitos autores. Para Pinho (2009) o estudo sobre sua compreensão tem “caráter progressivo inesgotável”. *Accountability* engloba as ideias de transparência na condução das ações, efetiva prestação de contas na utilização dos recursos públicos e responsabilização dos gestores públicos, tanto por suas ações como omissões. No entanto, *accountability* deve incluir além dos aspectos relacionados ao controle da utilização de recursos públicos, conceitos como eficiência e desempenho na provisão de serviços: acesso, qualidade, custo, confiabilidade e disponibilidade.

5.2 O Sistema Único da Saúde – SUS

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, é considerada como um dos principais marcos do processo de reforma que levou à criação do Sistema Único da Saúde – SUS. Nela teve origem a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, instalada ainda em 1986, com a finalidade de analisar as dificuldades da rede nacional de serviços de saúde e sugerir um novo sistema. O Relatório Final da 8ª Conferência e a implementação do Programa dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde (SUDS) fixaram uma agenda que foi incluída na *Constituição Federal* de 1988, definindo os parâmetros legais do SUS (BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2003). O Art. 196 da Constituição Federal define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)” (BRASIL, 2010).

Em 1990 foram publicadas as Leis Orgânicas da saúde:

- Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990
- Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990

A Lei 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Ela determina, ainda, a forma de financiamento e repasses dos recursos SUS. A Lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Ela determina a criação da Conferência de Saúde, dos Conselhos de Saúde e das formas de financiamento do SUS.

O Sistema Único da Saúde - SUS, constituído através da lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990), deu início a uma reforma setorial/sanitária que tem como principais princípios:

- Universalidade – a saúde como direito de todos;
- Integralidade da assistência – ações de caráter preventivo e curativo, individual e coletivo;
- Equidade – apesar da Lei Orgânica apontar o princípio da igualdade, o princípio do SUS é a equidade (igualdade conforme a necessidade);
- Descentralização político-administrativa – três esferas (nacional, estadual e municipal), cada uma com comando único e atribuições próprias;
- Municipalização, regionalização e hierarquização;
- Participação da comunidade – controle social.

Além das Leis 8080/90 e 8142/90, que definem diretrizes gerais do Sistema Único de Saúde, foram criadas as Normas Operacionais Básicas. Estas são portarias do Ministro da Saúde que reforçam o poder de regulamentação do SUS. Elas definem

os objetivos e as diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde e ajudam na normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo.

As três Normas Operacionais Básicas – NOBs são:

- NOB 01/91
- NOB 01/93
- NOB 01/96

A NOB 01/91 esclarece a relação contratual entre União, estados e municípios e mecanismos de repasse por meio de convênios. Ela também regulamenta a criação dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e de seus respectivos conselhos. A NOB 01/93 trata estados e municípios como prestadores de serviço e estabelece três alternativas de gestão: incipiente, parcial e semiplena. A principal inovação da NOB 01/93 foi implementar os mecanismos de transferência “fundo a fundo” nos municípios em condição de gestão semiplena, que poderiam efetivamente assumir a gestão local do sistema de saúde, dentro dos seus limites de competência. Com a publicação da NOB 01/96, cujo foco principal é a redefinição das prerrogativas municipais, foram estabelecidos dois níveis de gestão para os municípios: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal de saúde. Essa NOB normatiza também a forma de pagamento dos prestadores de serviço estatais ou privados contratados e conveniados, passando a sua responsabilidade para estados e municípios, contra apresentação de faturas, referente a serviços realizados. Porém, a NOB 01/96 nunca foi integralmente implementada em seu modelo inicial, principalmente porque durante o período de sua vigência – 1998 a 2000 –, diversas outras portarias influenciaram o processo de descentralização, ao estabelecerem outras regras com efeitos sobre a descentralização, financiamento e relação entre gestores (NOB 91, NOB 93 e NOB 96). Goulart (2001) definiu “o jeito NOB de fazer o SUS – esculpido a golpes de portaria”.

Em 26 de janeiro de 2001, foi editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001. Seus principais pontos foram: a ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; a definição do processo de regionalização da assistência; a criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de

gestão do Sistema Único de Saúde e a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Em 2002 foi editada a NOAS/2002 através da portaria 373/GM. Essa norma tem como foco a regionalização, além da ampliação da aplicação da Programação Pactuada Integrada (PPI) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2001; 2002).

A portaria 399/GM editada em fevereiro de 2006 divulga o Pacto pela Saúde como consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais. Esta portaria redefine as relações entre os gestores das três esferas (federal, estadual e municipal), instituindo o Termo de Compromisso com o Pacto. Suas metas e indicadores são referenciais para a gestão do Sistema Único de Saúde nas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2006).

Em 4 de dezembro de 2011, na 14ª Conferência Nacional de Saúde, os principais pontos de discussão foram: a defesa da gestão 100% SUS, sem privatização ou terceirização da gestão e com controle social amplo; a defesa da profissionalização da gestão, assegurando autonomia administrativa aos hospitais vinculados ao SUS, contratualizando metas para as equipes e unidades de saúde; e a defesa da exclusão dos gastos com a folha de pessoal da Saúde e da Educação do limite estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único constitucionalmente obrigado a garantir assistência integral e gratuita para a totalidade da população. A Rede Ambulatorial do SUS é constituída por aproximadamente 60 mil unidades, sendo realizados, em média, um bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde e 150 milhões de consultas médicas ao ano. São aproximadamente sete mil hospitais (públicos, filantrópicos e privados), com um total de 450 mil leitos, onde são realizadas em média 12 milhões de internações por ano – 5,78 internações por 100 habitantes (DATASUS, 2009).

São muitos os avanços do SUS, mas persistem problemas a serem enfrentados. Os grandes desafios apontados pelos estudiosos da área são: a universalização, o

financiamento, o modelo institucional, o modelo de atenção à saúde, a gestão do trabalho e a participação social (Campos 2007; Costa 1998; Medici 2011).

O SUS foi construído com base no princípio da universalização. No entanto, a saúde como direito de todos os brasileiros e dever do Estado ainda não é a realidade atual do país. Com isso, o dilema entre universalização e segmentação entra em pauta. É importante ressaltar, que esse desafio não existe somente no sistema de saúde brasileiro.

O desafio do financiamento deve ser analisado em dois aspectos principais: insuficiência dos recursos financeiros e qualidade dos gastos. Os serviços de saúde são caros e os gastos em saúde são altos e crescentes. Os principais motivos são: envelhecimento da população, aumento da longevidade, transição epidemiológica (doenças crônicas) e incorporação tecnológica.

O modelo de atenção à saúde do SUS é voltado para o atendimento às condições agudas. Esse modelo não vem respondendo com eficiência e efetividade à situação epidemiológica brasileira de hoje, onde predomina as condições crônicas. O grande desafio é mudar o modelo de atenção vigente no Brasil, semelhante à de vários outros países.

Em relação à participação social, o Pacto de Gestão aponta que os gestores do SUS devem: apoiar o processo de mobilização social e institucional; prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento dos Conselhos de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente; organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências de Saúde; estimular o processo de discussão e controle social; apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde; promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral; apoiar os processos de educação popular em Saúde, visando o fortalecimento da participação social do SUS; implementar Ouvidoria visando o fortalecimento da gestão estratégica do SUS conforme diretrizes nacionais.

5.3 Modalidades Institucionais da Gestão Pública da Saúde

Além da Parceria Público-Privada (PPP), estão presentes no Brasil outras modalidades institucionais de gestão pública da saúde. Essas modalidades apresentam diversas características e condicionantes em comum e diferente entre elas. Por isso, podem ser classificadas conforme suas semelhanças em grupos:

- Administração direta
- Autarquias e Fundações
- *Agências Reguladoras*
- *Administração Indireta*
- *Entidades Paraestatais*
- *Entes de Colaboração*
- *Entidade Beneficente de Assistência Social*
- *Modalidade de Concessão*

5.3.1 Administração direta

As entidades da administração direta são: União, estados, Distrito Federal e municípios (COSTA, 1998). Os órgãos da administração direta não possuem personalidade jurídica, mas poderão dispor de autonomia, nos termos da Constituição e da lei.

A administração direta é composta por órgãos estruturados com base na hierarquia e na desconcentração. Hierarquia pressupõe escalonamento dos órgãos – em razão da competência legalmente atribuída se estabelece vínculos de subordinação. Desconcentração significa que os poderes contidos nas competências são distribuídos entre os órgãos (MODESTO, 2010).

As unidades vinculadas à administração pública direta têm como principais características: regime de pessoal, estatutário, com provimento por concurso público (CF, arts. 37 e 39; Lei nº 8.112/90); finanças regidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal; precatórios para pagamento de dívidas (CF, art. 100); imunidade tributária

(CF, art. 150, VI, “a”); regras de licitação observadas (Lei nº 8.666/93); e controle interno e externo – fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial - realizado (CF, arts. 70 e 74) (BRASIL, 2010).

A administração direta enfrenta inúmeros problemas criados pela falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa. As principais dificuldades são: falta de agilidade nos processos licitatórios (compra de insumos e equipamentos); falta de dinamismo tecnológico; dificuldade na contratação de profissionais de qualidade no número necessário. Outras disfunções da burocracia da administração direta são: incapacidade de mudança, superconformidade às regras e procedimentos e o conservadorismo crescente (NOGUEIRA, 2011).

5.3.2 Autarquias e Fundações

Apesar de alguns autores, inclusive da área da saúde, considerarem que as autarquias e fundações estatais fazem parte da administração indireta, outros, principalmente da área do direito administrativo, as consideram da mesma categoria da administração direta – “administração direta, autárquica e fundacional”. A Constituição de 1988 igualou as regras das autarquias e fundações à administração direta, e as EC 20/98 e EC 41/03 mencionam fundações ao lado de autarquias e dos entes político-federativos (União, estados, Distrito Federal e municípios).

No que se refere à administração pública, a Constituição de 1988, revelou tendência para a burocratização, uma vez que: definiu regime jurídico único para todos os servidores da administração direta, autarquias e fundações estatais (concurso público para todas as categorias e benefício de estabilidade para um número elevado de servidores não concursados); licitação; contratos; controles e limitações financeiras e orçamentárias. Para Di Pietro (2011), tal circunstância contribuiu para aumentar a ineficiência de empresas estatais, cuja própria razão de ser está em parte ligada à flexibilidade e agilidade que o regime jurídico próprio das empresas privadas permite ao Estado alcançar (DI PIETRO, 2011).

As autarquias conforme o DL 200/67 (art. 5º, I) são: “serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da Administração Pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada”. Elas são criadas por lei específica, podendo ser federal, estadual, distrital ou municipal, conforme a origem da lei que a criou – União, estado, Distrito Federal ou município.

As autarquias atendem ao regime jurídico de gestão da administração direta: regime de pessoal estatutário (CF, art. 39 e Lei nº 8.112/90); finanças regidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF nº 101/2000); precatórios para pagamento de dívidas (CF, art. 100); imunidade tributária (CF, art. 150, VI, “a”); observa regras de licitação (Lei nº 8.666/93); controle interno e externo: fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, entre outros. As autarquias são controladas e fiscalizadas pelo Legislativo, Tribunal de Contas do Estado, Conselho de Saúde e Sistema Nacional de Auditoria do SUS.

As fundações estatais estão formalmente na Administração Pública desde 1967, pelo Decreto-Lei 200. São pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, instituídas e mantidas por entidades estatais. Dependem de lei autorizativa para serem formadas e de lei complementar dispondo sobre o campo de atuação (MODESTO, 2010). Possuem regime jurídico próprio. Os principais aspectos das fundações são: autonomia administrativa, financeira, patrimonial e orçamentária; presença de conselho curador e de uma diretoria executiva, com mandato; controles do Tribunal de Contas da União e do Ministério da Saúde; atendimento à lei de licitação e contratos (compras de bens e serviços); regime de pessoal – CLT, com ingresso mediante concurso público.

As agências são autarquias ou fundações de regime especial. Elas possuem regime jurídico diferenciado, com mais autonomia administrativa e financeira. As agências são classificadas em reguladoras e executivas, conforme suas funções. As agências executivas estão previstas nos artigos 51 e 52 da Lei 2.648/98 e representam qualificação dada a algumas fundações ou autarquias.

5.3.3 Agências Reguladoras

As agências reguladoras são autarquias constituídas sob regime especial, com a competência de regular, sob o ponto de vista técnico, atividades ou setores da economia. Há dois tipos: aquelas que se ocupam da prestação de serviços públicos de que o Estado é titular e que são delegados mediante autorização permissão e concessão e aquelas que se incumbem da regulação de atividades econômicas, especialmente aquelas desenvolvidas por agentes do setor privado (MODESTO, 2010). Na área da saúde, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e ANVISA (Agencia Nacional de Vigilância Sanitária) são alguns exemplos.

5.3.4 Administração Indireta

A administração indireta compreende entidades estatais de direito privado, abrangendo as empresas públicas e as sociedades de economia mista.

A Sociedade de Economia Mista foi inserida na esfera da administração pública através do inciso III do artigo 5º do Decreto-lei 200/67. Ela demanda conjunção de capitais de pessoas governamentais com capitais particulares, sendo o Estado o acionista majoritário. É necessária lei que autorize a sua criação e apresenta personalidade jurídica de direito privado. Na área da saúde, o Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre – ligado ao Ministério da Saúde – é um exemplo de Sociedade de Economia Mista.

A Empresa Pública está delineada no inciso II do artigo 5º do Decreto-lei 200/67, devendo ser composta por capitais exclusivamente públicos e possuir lei autorizando à sua criação. Há dois tipos de empresas públicas: as exploradoras de atividades econômicas e as prestadoras de serviços públicos, sendo que a primeira possui um regime jurídico mais próximo daquele aplicado às empresas privadas e a segunda, por desenvolverem atividades próprias do Estado, sofrem uma influência maior dos princípios e normas do Direito Público. Na área da saúde, a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás) – vinculada ao Ministério da Saúde – é

um exemplo de Empresa Pública. Mais recentemente, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), através da Lei Federal nº 12.550, para apoiar a prestação de serviços médico-hospitalares, laboratoriais e de ensino e pesquisa nos hospitais universitários federais (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Moção nº 015, 06/10/2011).

5.3.5 Entidades Paraestatais – Entes de Cooperação

No anteprojeto da Lei Orgânica da Administração Pública Federal e Entes de Colaboração (16 de julho de 2009), foram consideradas entidades paraestatais aquelas pessoas jurídicas que não integram a Administração Pública direta ou indireta: elas atuam paralelamente ao Estado. Compreendem: corporações profissionais, como pessoas jurídicas de direito público; e serviços sociais autônomos, como pessoas jurídicas de direito privado (MODESTO, 2010).

As corporações profissionais são entidades criadas com autorização legislativa. Nessa categoria estão as chamadas corporações profissionais: CRM, COREN, CRO, OAB, CREA e outras semelhantes que, por exercerem atividade disciplinar e de regulação sobre os seus associados, têm que ser tratadas como pessoas jurídicas de direito público, no que diz respeito a esse seu papel fiscalizador, regulador e sancionador, que constitui sua atividade-fim (MODESTO, 2010).

Os Serviços Sociais Autônomos (SSA) são entes de cooperação, que trabalham ao lado do Estado, sob seu amparo, cooperando nos setores, atividades e serviços que lhes são atribuídos. Criados por Lei específica na década de 50, passaram a ser mais amplamente utilizadas a partir da segunda metade da década de 1990, com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995).

Existem hoje dois tipos de SSA: o primeiro é o modelo de entidades paraestatais, que corresponde às instituições do denominado Sistema “S” (SESC, SENAC, SESI e SENAI); o segundo é o modelo de entidades de direito privado sem fins lucrativos. O exemplo mais conhecido do segundo modelo é o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais (APS), criada pela Lei nº 8.246, de 22 de outubro

de 1991, que administra a Rede SARAHA por meio de um Contrato de Gestão, firmado com a União Federal. AAPS está sujeita ao regime jurídico de direito privado e apresenta como principais características: recursos financeiros provenientes exclusivamente do Orçamento da União, em rubrica específica para manutenção do Contrato de Gestão; atendimento totalmente gratuito – SUS; controle pelo Tribunal de Contas da União; independência da Lei 8.666/93; e contratos em regime CLT, sem concurso público.

5.3.6 Entes de Colaboração

O art. 197 da Constituição de 1988 estabelece que as ações e serviços de saúde devam ser executados “diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física de direito privado”. No primeiro dispositivo, contempla a possibilidade de que o serviço de saúde seja prestado diretamente (pelo próprio poder público) ou através de terceiros, podendo esses terceiros ser pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

As entidades de colaboração com o setor público são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que desenvolvem atividades de interesse social e utilidade pública atribuída por legislação específica ou mediante instrumento de parceria definido por lei. São exemplos de entes de colaboração no direito brasileiro: as entidades declaradas como Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Essas entidades passaram a ser utilizadas a partir do final da década de 1990, com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995), que promoveu a reforma jurídico-normativa do setor público e a criação de novas modalidades organizacionais.

As Organizações Sociais foram criadas, no âmbito federal, por meio da Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997, posteriormente regulamentada na forma da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. A partir daí, muitos estados, municípios e o Distrito Federal também implantaram versões locais de OS: São Paulo com a Lei complementar nº 846, de 04.06.98; Bahia com a Lei nº 8.647, de 29 de julho de 2003; Goiás com a Lei nº 15.503, de 28 de Dezembro de 2005; Sergipe

com a Lei nº 5.217, de 15 de Dezembro de 2003; Distrito Federal com a Lei nº 2.415, de 6 de Julho de 1999; entre outras. Vale ressaltar que as Organizações Sociais implantadas nos estados e municípios nem sempre têm a forma idêntica ao modelo federal.

Embora não representem figura jurídica inédita, pois se inserem na ordem legal vigente de pessoas jurídicas de direito privado, as Organizações Sociais constituem inovação institucional devido à qualificação mediante decreto. As entidades privadas sem fins lucrativos habilitadas como OS recebem recursos financeiros para administrar bens e equipamentos do Estado por meio da assinatura de um contrato de gestão. A Lei Federal das OS determina a existência de um órgão de deliberação superior na forma de um Conselho de Administração que deve possuir representantes do Poder Público e da sociedade civil. Outras características das OSs são: contrato de gestão – instrumento através do qual a Organização Social firma parceria com o Estado, que discrimina as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da Organização Social; regime de trabalho CLT – Consolidação das Leis do Trabalho; normas próprias para compras e contratos; publicação do balanço e demais prestações de contas; controle pelo Tribunal de Contas; etc. Para Abrucio e Sano (2008) as OSs tinham dois objetivos: garantir autonomia, flexibilidade e maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços; e incrementar o controle social dessas entidades.

As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) foram criadas através da Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, do Ministério da Justiça, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos como OSCIPs. Posteriormente, essa Lei foi regulamentada pelo decreto nº 3.100 (30 de junho de 1999), que qualificou as entidades do Terceiro Setor como potenciais parceiras dos Órgãos Governamentais. Essa lei dispõe também sobre o termo de parceria a ser celebrado entre essas entidades e o poder público.

A escolha da OSCIP para a celebração do Termo de Parceria poderá ser realizada por concurso de projetos (recomendado pelos órgãos de controle), bem como por indicação direta. Através da parceria, o Poder Público repassa os recursos financeiros para a entidade realizar atividade ou serviço de interesse público.

5.3.7 Entidade Beneficente de Assistência Social

Entidades beneficentes são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que prestem serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação. Para ser considerada entidade beneficente, deve possuir:

- Título de Utilidade Pública, concedido pela União, estados e municípios.
- Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) – Lei 12.101, de 27.11.2009 (concedido pelo Ministério responsável pela área de atuação da entidade), regulamentada pelo Decreto nº 7.237, de 20 de julho de 2010.

O artigo 4º da Lei 12.101, de 27.11.2009 estabelece que, para ser considerada beneficente e fazer jus à certificação, a entidade de saúde deverá, dentre outros requisitos, comprovar a prestação de seus serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), no percentual mínimo de 60%, com base nas internações e nos atendimentos ambulatoriais realizados. Quando houver impossibilidade do cumprimento desse percentual mínimo exigido, a entidade deverá comprovar aplicação do percentual de sua receita em gratuidade na área da saúde, conforme o disposto no art. 8º. A lei ainda traz a possibilidade da certificação da entidade de saúde de reconhecida excelência por meio da realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, nas áreas de: estudos de avaliação de incorporação de tecnologia; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; ou desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

Os Ministérios da Saúde, da Educação e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome têm a atribuição de supervisionar as entidades beneficentes certificadas e zelar pelo cumprimento das condições que ensejaram a certificação.

Na área da saúde, as entidades beneficentes são mais comumente conhecidas como entidades filantrópicas. Isso ocorre devido ao antigo Certificado de Filantropia, ou Certificado de Fins Filantrópicos.

5.3.8 Modalidade de Concessão

A concessão de serviços públicos é o instituto mais antigo do direito administrativo. Para Di Pietro (2011), existem três diferentes categorias de contratos de concessões:

- Concessão de serviço público ordinário, comum ou tradicional – a remuneração decorre de tarifa paga pelo usuário ou outra forma decorrente da própria exploração do serviço. Disciplinada pela Lei no. 8.987/95.
- Concessão patrocinada – conjugam-se a tarifa paga pelos usuários e a contraprestação pecuniária do concedente. Disciplinada pela Lei 11.079/04 e Lei 8.987/95.
- Concessão administrativa – remuneração básica constituída por contraprestação feita pelo parceiro público. Disciplinada pela Lei 11.079/04 e alguns dispositivos da Lei 8.987/95.

A Parceria Público-Privada (PPP) é uma modalidade de concessão a uma entidade privada com fins de lucro. A PPP na área da saúde faz parte da categoria de contratos de concessão administrativa.

5.4 PPP

5.4.1 Origem e Definição

A Parceria Público-Privada (PPP) surgiu na Inglaterra em 1992, inserida no âmbito do programa *Private Finance Initiative* (PFI). O PFI é um programa de governo britânico que visa encorajar a realização de obras e a gestão de serviços públicos mediante o apoio do setor privado. Ele foi definido como um conjunto de ações para aumentar a participação do capital privado na prestação de serviços públicos. A regulamentação da PPP inglesa ocorreu um ano depois do seu surgimento. O primeiro projeto foi implantado no final de 1994. É reconhecido o pioneirismo do Reino Unido na implementação de reformas que buscam a redução e transformação do papel do Estado (privatização e regulação) e a flexibilização da sua gestão – *New Public Management* (PECI; SOBRAL, 2006).

Na Inglaterra o conceito de PPP é bastante amplo, abrangendo não somente PFI, como também outras formas de articulação entre o setor público e o setor privado como: as privatizações – processo de venda de uma empresa ou instituição do setor público para o privado; as terceirizações (*outsourcing*) – transferência para um terceiro mais especializado de etapas do processo produtivo; as *joint ventures* – associação de empresas para explorar determinado negócio sem perder a personalidade jurídica; as *concessions* – transferência de um serviço, através de contrato, do Estado para uma empresa particular para que esta o exerça em seu próprio nome e por sua conta e risco; e uma gama variada de modalidades contratuais (SUNDFELD, 2005). Para a implantação das PPPs não foi necessário qualquer novo instrumento jurídico (BONOMI; MALVESSI, 2004). Os principais fatores apresentados como justificativa para a adoção das PPPs na Inglaterra foram: expectativa de melhoria nos serviços públicos; crença de que as empresas privadas podem ser mais eficientes e melhor geridas do que as empresas públicas; expectativa de melhoria da eficiência no uso dos recursos públicos; transferência e compartilhamento de riscos; possibilidade de aumento de investimentos públicos,

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

No Brasil, o termo Parceria Público-Privada pode ser usado para duas formas paralelas de relação entre os setores público e privado. Segundo Sundfeld:

Num 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).

No sentido mais restrito, a criação da Lei Federal nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, instituiu normas gerais para viabilizar licitação e contratação de Parceria Público-Privadas (PPP) no âmbito da administração pública que antes não podiam ser feitos por insuficiência normativa ou por proibição legal (SUNDFELD, 2005).

Nesta dissertação, será usado o termo Parceria Público-Privada (PPP) em sentido mais restrito que o *Public-Private Partnership*, referindo-se a um tipo específico de relacionamento, regido pela Lei Federal 11.079, onde o parceiro privado 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. Em contrapartida, o Estado paga uma remuneração vinculada ao seu desempenho no período de referência.

As PPPs fazem parte das reformas adotadas pelo governo brasileiro na busca de maior atratividade para o setor privado investir em setores carentes de investimentos públicos (BONOMI; MALVESSI, 2004). Mesmo antes da Lei Federal, alguns estados – Minas Gerais (Lei 14.686/2003), São Paulo (Lei 11.688/2004), Ceará (Lei 13.557/2004), Bahia (Lei 9.290/2004), Goiás (Lei 14.910/2004) e Santa Catarina (Lei 12.930//2004), já possuíam suas leis estaduais de PPP. Atualmente, as leis estaduais permanecem válidas nos pontos condizentes com a lei federal.

Anteriormente à Lei da PPP de 2004, duas outras leis menos flexíveis em alguns pontos, como compras e contratações de serviços, guiavam a administração pública: a Lei de Licitações (nº 8.666, de 21 de junho de 1993) e a Lei de Concessão e

Permissão (nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995). Pela Lei de Licitações, além dos contratos serem limitados a cinco anos, o setor privado é proibido de cobrar tarifas dos usuários. Pela Lei de Concessão e Permissão, o setor privado não pode ser remunerado pelo setor público.

Conforme a Lei 11.079/2004, a legislação brasileira que regula negócios de longo prazo entre a Administração Pública e o setor privado com interesse lucrativo passou a contar com dois novos modelos de concessões: a concessão patrocinada e a concessão administrativa (SUNDFELD, 2005, p. 90). A concessão patrocinada é a concessão de serviços ou de obras públicas em que há adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários, contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado. A concessão administrativa é o contrato de prestação de serviços em que a Administração Pública é a usuária direta ou indireta, e a responsável pela contraprestação pecuniária ao parceiro privado, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens. Como exemplo de concessão patrocinada, pode ser citada a construção e/ou manutenção de rodovias ou do metrô. A concessão administrativa, onde não é cobrada nenhuma tarifa aos usuários, pode envolver serviços de: educação – na construção, reforma e/ou gestão de escolas; cultura – na infraestrutura e gestão de cinemas e teatros; e saúde – na construção, reforma e gestão de hospitais, clínicas e serviços especializados.

O estudo sobre a conveniência e oportunidade da contratação de uma PPP envolve desde as análises preliminares das necessidades, passando pela comparação com alternativas à sua realização, até a justificativa da sua opção como a preferencial. Para a implementação de uma PPP são necessários: estudos técnicos – mensuração e projeção da demanda, projeto operacional, indicadores de desempenho e programa de investimento; estudos de viabilidade econômico-financeira – modelo econômico-financeiro, modelo de negócio, estrutura de financiamento e análise de risco; e estudos jurídicos – modelagem jurídica, edital e contrato (PORTUGAL; PRADO, 2007).

Além da Inglaterra, pioneira no assunto, e do Brasil, diversos outros países possuem PPPs, como: Itália, principalmente em projetos de ferrovias, portos e rodovias; Espanha, com projetos na área da saúde, rodovias, energia e saneamento; África do

Sul, principalmente em saúde e infraestrutura; Irlanda, em rodovias, energia e sistema prisional; Chile, em portos, rodovias e aeroportos; França, projetos nas áreas de energia, rodovias e sistema prisional; e Portugal, com projetos na saúde, rodovias e saneamento.

5.4.2 Características e Condicionantes

A razão principal para a contratação das PPPs 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 *Value for Money (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). Por ser um projeto amplo e complexo, o estudo de PPP envolve várias áreas do governo e muitas vezes requer assessoria externa. Dentre as mais importantes características e procedimentos da PPP, conforme a Lei Federal 11.079/2004 pode-se citar:

- O Comitê Gestor da Parceria Público-Privada (CGP), instituído pelo Decreto n. 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 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 processo de licitação: poderá seguir a modalidade de concorrência, regulada pela Lei Federal no 8.666, de 21 de junho de 1993, ou adotar o procedimento de concorrência-pregão, criado a partir da Lei Federal 10.520/02 (SUNDFELD, 2005).
- A Lei das PPPs: prescreve que a abertura do processo licitatório está condicionada à submissão de minuta de edital de licitação e de contrato a consulta pública. O prazo mínimo para que qualquer pessoa apresente sugestões é de 30 dias (SUNDFELD, 2005).
- Os critérios de julgamento de propostas: baseiam-se na análise dos critérios técnicos e propostas econômicas. Segundo o art. 12, § 2º da Lei das PPPs, os critérios técnicos devem garantir a maior objetividade possível, mediante ato motivado com base em exigências, parâmetros e indicadores de resultados pertinentes ao objeto, definidos com clareza e objetividade no edital (SUNDFELD, 2005).
- 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).
- O valor máximo da proposta econômica: definido de forma a não ser superior à média de custo da pesquisa realizada em serviços da administração pública e do setor privado e, ao mesmo tempo, ser compatível com os custos da gestão, a fim de garantir o equilíbrio econômico-financeiro do projeto (PORTUGAL; PRADO 2007).
- 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. E, 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 consórcio constituído na forma de Sociedade de Propósito Específico (SPE): tem o objetivo de facilitar a fiscalização por instituição pública competente (SUNDFELD, 2005).

Segundo o artigo 2º, § 4º da Lei 11.079/2004, é vedada a celebração de contrato de PPP quando:

- Tiver como objeto único a execução de uma obra pública, ou o fornecimento de mão-de-obra, ou a compra e instalações de equipamentos de forma isolada.
- O valor de contrato for inferior a R\$ 20 milhões. Isso ocorre devido aos altos custos de transação e agência que a celebração de PPP envolve.
- O prazo de contrato, menor que cinco anos e maior que trinta e cinco, compatível com a lógica de amortização dos investimentos.

Alguns requisitos e condicionantes também são importantes para proporcionar maior segurança à Administração Pública. Para isso, a Lei das PPPs reafirma a aplicabilidade da Lei de Responsabilidade Fiscal e demais normas constitucionais e legais sobre finanças públicas.

Como a celebração de contratos de PPP implica em comprometimento de recursos públicos futuros para o pagamento das contraprestações, é necessário verificar a disponibilidade desses (orçamentários ou de outra natureza) para possibilitar o projeto (SUNDFELD, 2005). A lei da PPP estabelece mecanismos de controle e limites para a criação de despesas e endividamento. A Lei 11.079/2004 estabelecia o limite de endividamento dos estados, municípios e União com PPP em 1% da RCL (receita corrente líquida do exercício). Posteriormente, a Lei 12.024/2009, ampliou esse limite para 3% da RCL. Em muitos casos, principalmente em municípios menos ricos e em alguns estados menores, a utilização de PPP se torna inviável ou com capacidade para apenas alguns projetos, visto que 3% da RCL não representa um valor suficientemente grande para vários projetos.

Outros fatores relacionados ao endividamento são: o problema das revisões contratuais e os mecanismos de reequilíbrio econômico-financeiro. Segundo Sundfeld, os programas de PPP apresentam alguns riscos como: comprometimento irresponsável de recursos públicos futuros – “seja pela assunção de compromissos impagáveis ou pela escolha de projetos não prioritários”; contratações de longo prazo mal planejadas e mal estruturadas; abuso no patrocínio estatal; e desvios da sua utilização (SUNDFELD, 2005, p. 26).

A capacitação dos parceiros – públicos e privados – é um fator importante para o sucesso de um projeto de PPP. Muito se fala sobre a necessidade de desenvolvimento do setor público, principalmente no papel de regulador e provedor. Porém não se pode supor que o setor privado esteja preparado para trabalhar com a Administração Pública.

5.4.3 PPP na Saúde no Mundo

As PPPs têm aplicabilidade em diversas áreas como transporte, segurança pública, sistema penitenciário, educação, e também na saúde. Na saúde, as PPPs são aplicáveis em várias situações, como: construção de instalações de saúde, provisão de serviços não clínicos (lavanderia, higiene, nutrição, hotelaria), prestação de serviços de atenção primária, provisão de serviços de apoio diagnóstico, provisão de serviços clínicos especializados e gestão hospitalar (MEDICI, 2011). Elas apresentaram nos últimos anos um crescimento em países da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e em outros como os BRICs. – Brasil, Rússia, Índia e China. Para Medici (2011), boa parte dessas parcerias é usada para o financiamento das necessidades de infraestrutura que não podem ser custeadas integralmente pelo Estado, devido ao crescimento da complexidade e dos custos de serviços de saúde. No período entre 2005 e 2007, a área da saúde representava 4% do total dos projetos de PPP na Europa. De todos os setores em que é empregada essa modalidade o setor saúde é o terceiro maior (ALLARD; CHENG, 2009).

A Corporação Internacional de Financiamento do Banco Mundial – IFC – divulgou um conjunto de experiências nas quais o Banco Mundial tem apoiado a realização de PPPs em saúde em países em desenvolvimento como: Egito – construção e gestão de dois novos hospitais e um banco de sangue; México – dois novos hospitais do Instituto de Saúde e Previdência dos Trabalhadores do Estado; Uzbequistão – operação de quatro centros de diagnóstico; e Moldova – Unidade de Radioterapia para pacientes com câncer (MEDICI, 2001). O IFC ainda financia um projeto de PPP na área de atenção primária no Lesoto (África). O modelo de PPP está se expandindo na área da saúde em todo o mundo, particularmente, na França, Portugal e Espanha.

Na Inglaterra, segundo dados do Departamento de Saúde, cerca de 16% dos projetos de PPP (117 projetos assinados até 2003) é da saúde. O relatório do HM Treasury (2006) destaca um total de £26 bilhões, em 200 projetos PFI (10-15% do total de investimentos em serviços públicos). Os projetos da saúde envolvem principalmente a construção ou reforma de hospitais, e os serviços não assistenciais. Para Edward Farquharson, diretor de projetos do Reino Unido, considerando a base de dados empíricos desses países, que apresenta um dos mais longos programas de PPP em andamento com projetos em diversos setores, existe atualmente evidência de que sua contratação bem conduzida assegura que os projetos sejam implantados dentro do cronograma e do orçamento previamente estipulados, bem como que sejam capazes de prover, por prazos longos, serviços públicos num padrão de elevada qualidade.

Em Portugal, o Decreto-Lei n.º 185 de 20 de Agosto de 2002, define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados. Segundo Monteiro (2005), atrasos, adiamentos e postergações de obras, excessivo impacto orçamentário, gastos imprevistos, procedimentos excessivamente burocráticos, compartilhamento insuficientes e imprecisos de riscos, dentre outros, eram exemplos de problemas do programa de PPP. Depois de seis anos de problemas, somente a partir da intervenção da Suprema Corte Portuguesa, em 2008, foi possível reverter os atrasos nos processos de contratação e seleção de parceiros (MEDICI, 2011).

Projetos como o do Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde – SNS, o Centro de Medicina e Reabilitação Física do Sul e quatro hospitais foram contratualizados como PPPs em Portugal (MEDICI, 2011). Contrariando algumas experiências internacionais, em especial a da Inglaterra, o programa da PPP da saúde de Portugal foi o primeiro que, além da inclusão da construção e manutenção predial e dos serviços administrativos, incluiu os serviços clínicos. Atualmente, existem os dois modelos – com e sem gestão clínica. Segundo alguns estudiosos da área, ainda não foi possível concluir qual é a melhor modelagem (MELO; CAMPOS 2009). Para o então Ministro da Saúde de Portugal, António Correia de Campos, não haveria via mais rápida para a destruição do SNS que a sua não modernização. A eficiência do SNS é condição da equidade e da qualidade (CAMPOS, 2007).

O modelo espanhol abrange a concepção, construção, financiamento e prestação dos serviços clínicos pelo período de dez anos, renováveis por até quinze. Ele prevê a transferência da unidade hospitalar para o setor público ao final do período (MEDICI, 2011). A Espanha, em 2006, possuía 19 projetos de PPP em funcionamento, representando um total de aproximadamente EUR 6 bilhões, sendo seis desses projetos na área da saúde – estruturação hospitalar. Comparado com a Inglaterra, o processo de implementação de uma PPP na Espanha é relativamente curto. Ele é composto por cinco fases: pesquisa preliminar, estudo e elaboração da minuta de contrato pela equipe do governo; definição do processo de licitação; licitação; reconhecimento do consórcio vencedor; assinatura do contrato (ALLARD; CHENG 2009).

O Programa de Saúde de Madri representou o maior investimento em PPP na saúde da Espanha – EUR 800 milhões no período de 2003 a 2007, com a construção de oito novos hospitais e a reestruturação de alguns já existentes. Cada unidade está sendo construída e/ou administrada (serviços clínicos e não clínicos) por um grupo de empresas privadas por um período de concessão de 30 anos (ESPAÑA. Ministério das Finanças, 2006).

5.4.4 PPP na Saúde no Brasil

O Brasil, em julho de 2011, possuía 18 Parcerias Público-Privadas em funcionamento e outras em fase de elaboração. Esses projetos são de diversas áreas: transporte, infraestrutura (rodovias e sistema de água e esgoto), educação, sistema penitenciário e saúde. Sua característica comum é a necessidade de um alto investimento de capital financeiro. Na área da saúde, a implementação das PPPs encontra-se ainda em fase inicial.

O primeiro projeto, e até janeiro de 2012 único em funcionamento, é o do Hospital do Subúrbio, da Secretaria Estadual da Bahia. Esse projeto é o objeto dessa dissertação e será apresentado no capítulo 6.

Duas Prefeituras começaram a desenvolver projetos de PPP na saúde no Brasil: Belo Horizonte e São Paulo. A Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte está desenvolvendo dois projetos: Hospital Metropolitano da Região do Barreiro, licitado em fevereiro de 2011, em fase de construção; e Rede de Atenção Primária à Saúde, cujo Edital de Licitação Internacional nº 008/2011 foi publicado em dezembro de 2011 (BELO HORIZONTE. Prefeitura, 2011). No Município de São Paulo o projeto em desenvolvimento é o de Modernização da Rede Hospitalar. Esse projeto prevê que o parceiro privado seja o responsável pela execução dos projetos de arquitetura e engenharia, pela construção, pelo fornecimento de equipamentos e mobiliários, e pela prestação de serviços não assistenciais (esterilização, lavanderia, limpeza, manutenção predial, de equipamentos e de sistemas de informação, nutrição, portaria, telefonia e vigilância). Está previsto o envolvimento de dezesseis Unidades de Saúde nesse processo (SÃO PAULO. Prefeitura, 2011). No entanto, nenhum desses projetos municipais inclui a gestão clínica na PPP como ocorreu no Hospital do Subúrbio. Outros estados e municípios também estão começando a desenvolver projetos nessa nova modalidade institucional.

5.4.5 PPP e o SUS

A principal motivação para as reformas no setor da saúde é decorrente dos gastos crescentes. Vários autores e relatórios internacionais apontam o crescimento exponencial dos gastos em assistência à saúde nos últimos vinte anos. Diversos fatores são atribuídos a esse aumento de gastos, entre eles: a incorporação tecnológica, o envelhecimento da população e a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Para amenizar os problemas causados pelo aumento de custos na saúde, novas estratégias surgem na tentativa de superar a carência dos serviços públicos do setor, bem como na busca por ganhos de qualidade e eficiência.

Para Nogueira, existem três posições acerca das modalidades institucionais do SUS. A primeira representa os “defensores do SUS público puro”, que rejeita todas as formas de administração indireta na saúde ou parcerias público-privadas. O segundo grupo é composto pelos “defensores do SUS de gestão pública flexível”, que rejeitam as Organizações Sociais e as PPPs e defendem o modelo de Fundação Estatal. O último grupo representa os “defensores do SUS mais efetivo”, composto pelos que apoiam a ideia das OSs, OSCIPs, PPPs, e que em alguns casos também defendem as Fundações (NOGUEIRA, 2011).

Os discursos dos principais estudiosos e gestores da administração pública da saúde sobre as compatibilidades e incompatibilidades dos princípios do SUS e do Direito Sanitário com os princípios da Parceria Público-Privada são fortes e controversos, mesmo que às vezes em publicações não acadêmicas, com o intuito de atingir a população em geral, e não apenas os estudiosos do assunto:

Para Ligia Bahia (2011), médica e doutora em Saúde Pública, cujas áreas mais conhecidas de pesquisa são sistemas de proteção social e saúde, relações entre o público privado no sistema de saúde brasileiro e a medicina suplementar:

Sem um debate corajoso e transparente sobre o nosso sistema de saúde, a expansão tutelada do mercado corre frouxa. As suspeitas não explicitadas sobre o SUS fermentam a privatização. Não se diz abertamente, mas as teses sobre a relevância da entrega do serviço ao destinatário final, independentemente da origem do prestador, ressoam em alto e bom som

entre os que veem mais defeitos do que qualidades na concepção do SUS. Para puxar o freio de arrumação na saúde essas polêmicas terão que vir a público (BAHIA, 2011, p. 6).

Para Januário Montone (2011), ex-presidente do Fundo Nacional de Saúde, primeiro diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ex-dirigente das secretarias municipais de Administração e de Recursos Humanos de Campinas, e atual Secretário Municipal da Saúde de São Paulo:

As PPPs devem servir para melhorar, mais rápido, a qualidade de atendimento e de gestão do SUS, melhorando, dessa forma, a vida das pessoas. Porém, a concessão integral dos serviços hospitalares a consórcio privados é prematura, e até mesmo arriscada, quando ainda não definimos qual será o modelo da integração dos subsistemas público (SUS) e privado (planos de saúde) (MONTONE, 2011).

Para Bresser Pereira (2011), bacharel em Direito, doutor em Economia, professor titular da Fundação Getúlio Vargas, ex-ministro da Administração Federal e da Reforma do Estado, autor de diversos livros e artigos nacionais e internacionais:

O Estado pode entender que a construção do hospital pode ser feita pelo setor privado com subsídio do Estado para depois ser alugado a uma organização social por ele patrocinada. Por que objetar contra a transformação de hospitais subsidiados pelo Estado em empresas? Porque na saúde, como na educação, o mercado não é um bom alocador de recursos. Principalmente, não garante a qualidade que os serviços de educação e de saúde devem ter. Porque os seus usuários – alunos ou pacientes e suas famílias – não têm as informações necessárias para que o mercado possa funcionar bem. A assimetria de informações é gritante. E porque o serviço mal feito nessas duas áreas é algo muito mais grave do que um mau serviço de limpeza, ou de digitação de dados (BRESEER PEREIRA, 2011).

Para Lenir Santos (2011), advogada, atuando na área do direito sanitário, em especial nas áreas de organização do SUS, consultora do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), coordenadora de projetos e do Curso de Especialização em Direito Sanitário UNICAMP/IDISA:

A realidade é que hoje seria impossível defender uma Administração Pública que pudesse executar serviços de forma direta, sem contar com a participação do setor privado. O problema é transformar o que deve ser complementar em principal, substituindo o Poder Público na gestão da saúde. A gestão pública não deve ser a que minguar enquanto os serviços privados crescem, sem os necessários e devidos controles (SANTOS, 2011, p. 81).

As Conferências Nacionais de Saúde são promovidas a cada quatro anos pelo Conselho Nacional de Saúde. O relatório da 13ª Conferência Nacional da Saúde – "Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento", realizada em novembro de 2007, recomendou: "Que o Ministério da Saúde retirasse do Congresso Nacional o projeto de lei que dá direito a contratação de serviços de saúde através de Fundações Estatais" e que fosse promovida a articulação de atores sociais "para o combate à terceirização da gestão das unidades públicas de saúde através de OSCIPs e OSs".

A 14ª Conferência Nacional da Saúde promovida pelo Conselho Nacional da Saúde em dezembro de 2011 em sua carta para a Sociedade Brasileira, apontou: "Defendemos a gestão 100% SUS, sem privatização: sistema único e comando único, sem "dupla-porta", contra a terceirização da gestão e com controle social amplo. A gestão deve ser pública e a regulação de suas ações e serviços deve ser 100% estatal, para qualquer prestador de serviços ou parceiros."

Algumas citações causam estranheza, por haver contradição entre a posição defendida e a posição em relação à PPP, como ocorre no caso do professor Bresser Pereira. Ou ainda, chama atenção a posição radical e militante, sem discussão técnica, apontada nos relatórios das Conferências Nacionais da Saúde.

Vale ressaltar que alguns artigos, relatórios, pareceres e opiniões sobre o público e o privado na saúde se referem à saúde suplementar e não à gestão privada na saúde pública. Este fato dificulta ainda mais o entendimento e o debate sobre o assunto.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Análise Documental

A Parceria Público-Privada do Hospital do Subúrbio foi regida pelas leis:

- Lei Estadual 9.433, de 1 de março de 2005;
- Lei Federal 11.079, de 30 de dezembro de 2004;
- Lei Federal 8.987 de 13 de fevereiro de 1995;
- Lei Federal 8.666 de 21 de junho de 1993; e
- outras normas vigentes.

A Concessão foi autorizada por meio de Despacho do Chefe do Poder Executivo, Processo n. 0300090444305, Resolução n. 02/2009, publicada no Diário Oficial do Estado da Bahia de 4 de dezembro de 2009. A justificativa para a realização da Concessão, por um prazo de 10 anos, foi publicada, conforme exige o art. 5º da Lei 8.987 de fevereiro de 1995, na edição do Diário Oficial de 5 de dezembro de 2009. A parceria foi homologada em 19 de março de 2010, mediante Portaria 575, do Secretário da Saúde da Bahia.

6.2 Pesquisa Empírica – Estudo de Caso

6.2.1 Caracterização do Ambiente – Bahia

A Bahia constitui-se no terceiro estado mais populoso da Federação, com uma população de 14.016.906 habitantes (2010). A densidade demográfica entre os municípios é bastante heterogênea: elevada nos grandes centros urbanos como Salvador (3.839,3 hab/km²) e baixa em cidades mais afastadas. A taxa de

crescimento da população, que era de 1,09 (período 1991/2000) subiu para 1,30 (período 2001/2009), próxima à média nacional, de 1,32 (período 2001/2009). A esperança de vida ao nascer é de 72,6 (2009) abaixo da média do Brasil, 73,3 (2009). O índice de envelhecimento da população baiana cresceu 83,5% entre 1980 e 2007. A proporção de idosos na população baiana em 2009 era 9,6% e na brasileira 10,1%. A taxa de mortalidade infantil na Bahia em 2008 era de 23,3 enquanto no Brasil era 17,6. A razão da mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos em 2006 na Bahia era 71,7 e no Brasil 77,2 (BRASIL, 2012b; SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2008). A cobertura populacional com acesso à rede de abastecimento de água no estado da Bahia era de 73,4% em 2005 e a de esgotamento sanitário de 44% no mesmo ano.

Quanto aos indicadores de recursos da saúde, a Bahia possui 1,99 leitos hospitalares por 1000 habitantes enquanto o Brasil possui 2,26. Existem 740 leitos de Unidade de Terapia Intensiva, sendo que 55,8% desses pertence à rede pública. A Bahia registrou, no ano de 2009, 5,99 internações hospitalares por 100 habitantes e 2,24 consultas médicas por habitantes/ano. Possui 1,1 médico por 1000 habitantes, enquanto no Brasil este índice é 1,8 (BRASIL, 2012b).

A taxa de cobertura pela saúde suplementar no Brasil é de 24,6%; na Bahia essa cobertura é de 10,4% e em Salvador 27,6% da população tem acesso aos planos de saúde (BRASIL, 2012a).

A Bahia é um estado com pujança econômica, no entanto com significativa desigualdade de distribuição de renda. Apesar de seu PIB 2009 ser de R\$ 137 bilhões em termos absolutos, o 6º maior do país, seu PIB *per capita* é R\$ 9.364,00, situando o estado como o 9º pior (19ª posição) nessa categoria.

Do ponto de vista político, desde a década de 1960, houve o mais duradouro domínio da política baiana – Antônio Carlos Magalhães, do Partido da Frente Liberal. Em 2006, o candidato de ACM, Paulo Souto, perdeu as eleições para o candidato do Partido dos Trabalhadores, Jaques Wagner, quebrando um ciclo de quatro mandatos consecutivos do PFL. A vitória de Jaques Wagner foi apontada pela imprensa nacional como o fim do carlismo. Em 2010, o então governador Jaques

Wagner foi reeleito em primeiro turno, apoiado por uma coligação formada pelo PT, PV, PPS, Pcdob, PTB, PMN E PMDB.

6.2.2 Caracterização do Ambiente – Subúrbio Ferroviário de Salvador

Salvador é dividida em 18 Regiões Administrativas, sendo uma delas o Subúrbio Ferroviário. A cidade baixa, especificamente o subúrbio de Salvador, possui uma área de 2.684 hectares e população de aproximadamente um milhão de pessoas. (UFRJ, s.d.) Essa região abrange um total de aproximadamente 22 bairros, entre a Calçada e Paripe (Anexo 1).

Os principais recursos da saúde de Salvador são: 14 hospitais estaduais, 141 unidades de saúde municipais, 55 Unidades Básicas de Saúde, 9 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 47 Unidades de Saúde da Família (USF), 10 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 5 Centros Especializados (SALVADOR, 2009).

De acordo com o PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, o distrito de Periperi, localizado no Subúrbio Ferroviário (onde fica o hospital), possui um Índice de Desenvolvimento Humano muito abaixo do resto da cidade e do país: seu IDH é de 0,668, enquanto o IDH de Salvador é de 0,794 e o do Brasil, 0,813 (BRASIL, s.d.).

6.2.3 Caracterização do Ambiente – Saúde

O cenário da saúde na Bahia em 2007 (ano em que a atual gestão da Secretaria de Estado da Saúde assumiu a pasta), segundo avaliação da sua equipe, era de grande carência de leitos, principalmente em hospitais de maior resolutividade. Segundo dados de 2011 da Sesab, metade dos leitos dos hospitais estaduais e aproximadamente 60% dos leitos de UTI está em Salvador. Já no interior, existem muitas unidades de pequeno porte, sem resolutividade, e com taxa de ocupação de

aproximadamente 15%. Nos principais pólos regionais e na capital, os hospitais estaduais têm ocupação de aproximadamente 100%. (BAHIA. Governo do Estado, s.d. a; 2011)

Um gestor da Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (Sesab) aponta o problema da alta taxa de ocupação nos hospitais estaduais da capital baiana:

“Em algumas situações até extrapola os 100% da sua ocupação.”

Quando o Hospital do Subúrbio foi inaugurado, havia 20 anos da inauguração do último hospital público de urgência e emergência na Região Metropolitana de Salvador – Hospital Geral do Estado (HGE). No período de 1990 a 2010 não houve nenhuma ampliação de novas unidades. Na avaliação de um entrevistado da Sesab:

“Não só na Região Metropolitana de Salvador, mas no estado como um todo havia uma necessidade imperiosa de ter ampliação da rede.”

Das vinte maiores capitais do país, Salvador é a única que não tem hospital municipal (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012b). Com isso, 100% das internações SUS de urgência e emergência e 90% dos partos são feitos em hospitais estaduais. A cobertura, em 2009, do Programa de Saúde da Família – PSF – era de 11% em Salvador e 50,7% no Brasil (BRASIL. Departamento de Atenção Básica, 2011) O estado da Bahia possui 37 hospitais estaduais, sendo 15 em Salvador (BAHIA. Governo do Estado, 2012).

Uma das ênfases da política estadual de saúde do atual governo é a descentralização. Quatro dos cinco novos hospitais estaduais estão sendo construídos no interior do estado. Somente o Hospital do Subúrbio foi construído na Região Metropolitana de Salvador.

“Havia uma decisão de governo de fazer uma forte ampliação da rede. Era um desafio que estava colocado, era uma meta de governo.”

6.2.4 A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - Sesab

A Sesab foi criada pela Lei nº 2.321, de 11 de abril de 1966, e modificada pelas Leis nº 7.435, de 30 de dezembro de 1998, 8.888, de 24 de novembro de 2003, 9.831, de 01 de dezembro de 2005, e 10.955, de 21 de dezembro de 2007. Ela tem por finalidade: “formulação da política estadual de saúde, gestão do Sistema Estadual de Saúde e execução de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, conforme a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que constitui o SUS”.

As principais competências da Sesab são:

- Formular a política de saúde no estado e implementar atividades de caráter político-estratégico.
- Articular-se com órgãos e entidades da administração pública federal, estadual e municipal e com organizações não-governamentais para a elaboração e condução de projetos intersetoriais.
- Coordenar a elaboração, execução e avaliação do Plano Estadual de Saúde.
- Monitorar e avaliar a situação da saúde no estado.
- Exercer a regulação do Sistema Estadual de Saúde.
- Desenvolver ações de comunicação com a sociedade e com as instituições do setor de saúde.
- Cooperar tecnicamente com os municípios.
- Implementar as ações de Auditoria no SUS/BA.

Na gestão do então governador, Jaques Wagner, o secretário estadual da saúde desde 2007 é o médico especialista em saúde coletiva, Jorge Solla. Em entrevista publicada na Revista Luta Médica nº 02 (janeiro/fevereiro de 2007), o Secretário recém-empossado afirmou que “a terceirização da gestão dos hospitais estaduais foi política prioritária do governo anterior”, e que o então governo pretendia valorizar o serviço público e “criar mecanismos inovadores de gestão que aumentassem a

eficiência, a autonomia e a capacidade da gestão pública”. Na 14ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em dezembro de 2011, o Secretário Solla defendeu as Fundações Estatais de Direito Privado como uma das formas de gestão do SUS, e apontou que “é necessário modernizar a gestão e aderir a mecanismos alternativos”.

6.2.5 A tomada de decisão

Em 2009, a Secretaria da Saúde (Sesab) precisava implantar dois novos hospitais, que já estavam em construção: um no subúrbio de Salvador e outro em Feira de Santana. Porém a Secretaria da Administração informou que não seria possível abrir novas unidades na modalidade de administração direta, por causa da Lei Federal de Responsabilidade Fiscal – Lei Complementar 101/2000. No primeiro momento, a Sesab tentou criar uma Fundação Estatal Hospitalar.

“Isso porque entendíamos que a Fundação Estatal manteria os mesmos tipos de regras da gestão direta, e não contabilizaria para a Lei de Responsabilidade Fiscal.”

No entanto, essa defesa não convenceu a Secretaria da Fazenda, que tinha preocupações com os limites de contratação de recursos humanos (60% segundo a Lei de Responsabilidade Fiscal). A equipe da Sesab, então, pensou em outros dois modelos de gestão já usados na Bahia: a contratação de empresa privada através de licitação (um tipo de terceirização, que a Procuradoria Geral do Estado e o Tribunal de Contas condenam em função de descumprir o que consideram o princípio básico da terceirização: não se deve terceirizar a atividade-fim); e a contratação por Organização Social (OS), que também já estava bastante estabelecida no estado. São Organizações Sociais do estado: Fundação José Silveira – Hospital Geral Santa Tereza, Associação Obras Sociais Irmã Dulce – Hospital do Oeste, IMIP – Hospital Regional de Juazeiro, entre outras.

Porém, conforme mencionado pelos entrevistados, o problema da contratação por Organização Social era o fato de que era preciso encontrar parceiros que tivessem

experiência e que pudessem tornar a gestão mais eficiente. A Lei Estadual das OSs da Bahia estabelece que a escolha da Organização seja via licitação.

“São poucos os parceiros que têm essa característica. Aqui na Bahia, uma coisa é a experiência que a gente tem tido com as Obras Sociais de Irmã Dulce, e a outra são algumas outras OSs. A administração de Irmã Dulce, por exemplo, são 50 anos de experiência 100% SUS.”

Na visão dos consultores do IFC, a Sesab queria mudar o padrão da assistência à saúde que existia até então nos estabelecimentos da esfera estadual. O discurso dos gestores da Sesab era: “criar um modelo de saúde de referência no Hospital do Subúrbio”.

“E para isso, a Sesab não podia trazer os mesmos parceiros para investir, porque eles não iriam fornecer os serviços que eles estavam buscando.”

Outras duas questões foram levadas em consideração ao se pensar em outros modelos de gestão para o Hospital do Subúrbio. A primeira foi relacionada à manutenção e substituição dos equipamentos médicos nas OSs:

“Porque infelizmente são poucas as OSs que cuidam dos equipamentos. Isso porque os equipamentos não são delas e se eles ficarem inservíveis é a Secretaria que precisa trocar. Mas, isso não é uma regra para todas as OSs, claro.”

Além desse fato, conforme a avaliação da diretoria da Sesab, existia o problema de que em alguns hospitais gerenciados por OS, “os equipamentos já estavam velhos e precisavam ser substituídos”.

“Porém, o nosso processo de substituição é ainda um processo muito lento. A lei de licitações requer um monte de cuidados e as empresas estão cada vez mais agressivas, e isso demora até um ano para fazer a substituição de um equipamento. Isso é um problemão para a saúde.”

A segunda razão para a Sesab não escolher OS como forma de gestão para o Hospital do Subúrbio está relacionada a recursos humanos, principalmente contratação de médicos.

“A questão de Recursos Humanos é um dos nossos maiores entraves. Levar profissionais para montar uma equipe de referência para atuar numa unidade dessas é difícil. Principalmente médicos, numa cidade ou num Estado como o nosso, que tem déficit histórico de médicos.”

O Sindicato dos médicos contesta essa afirmação do estado:

“Nós temos clareza que o número de médicos que tem em Salvador é suficiente para atender a sociedade.”

Chama atenção a discordância de avaliação entre a Sesab e o Sindicato dos Médicos em relação ao déficit médico no estado. Como já foi apontado anteriormente, a Bahia possui 1,1 médico por 1000 habitantes, enquanto no Brasil este índice é 1,8 (BRASIL, 2012b). No entanto, é importante considerar também as formas e condições de contratação do estado, o que pode gerar maior ou menor atratividade desses profissionais.

O gestor da Sesab informou que “foi feito um investimento nos últimos quatro anos, aumentando em aproximadamente 50% a residência médica na Bahia”. O número de vagas novas anuais em Programas de Residência Médica aumentou de 359 para 525 (+46,2%) no período de 2006 a 2010 e o número de Programas de Residência Médica passou de 102 para 146, no mesmo período. Hoje há mais vagas em residência médica do que em graduação de medicina no estado. “Enquanto o Brasil tem déficit de vagas em residência médica, na Bahia tem excedente” (BAHIA. Governo do Estado, s.d. b).

A equipe da Secretaria da Saúde buscava aperfeiçoar e incorporar novos mecanismos na gestão hospitalar, que pudessem tornar mais eficiente a rede existente e melhorar a qualidade e aumentar o acesso ao serviço prestado. Eles apontaram que: “se buscou de um lado aperfeiçoar a contratação das OSs –

melhorando os contratos e os processos de monitoramento e de acompanhamento – , e por outro incorporar novas alternativas de gestão”.

O Secretário da Saúde viajou com o governador no início de 2008 para a Espanha, para conhecer algumas experiências internacionais de gestão. Lá, conversaram com a equipe do Ministério da Saúde, que mostrou um projeto de novos hospitais funcionando em regime de PPP na região de Madri. Voltando ao Brasil, “o governo da Bahia começou a analisar a viabilidade de usar esse novo modelo de gestão”.

Em meados de 2008, o Secretário da Saúde chamou a equipe da Sesab e sugeriu implantar a PPP no Hospital do Subúrbio. Foi este o período em que o governo do estado, onde já havia em curso uma PPP para saneamento, começou a estudar a possibilidade de PPP na área de infraestrutura de estradas. Passou também a discutir o projeto da Fonte Nova, PPP para reconstrução e operação do estádio de futebol, seguindo os padrões da FIFA para a Copa do Mundo de 2014. Naquele momento, o debate sobre PPP se tornou pauta dentro do governo como um todo. Conforme relatou o gestor da Sesab:

“Nós aproveitamos a oportunidade para discutir a questão da PPP da saúde também.”

O Secretário da Saúde consultou a Secretaria do Planejamento sobre a possibilidade de iniciar o estudo para realizar a PPP do Hospital do Subúrbio. Com o parecer favorável, o Secretário agendou a primeira reunião com o Comitê Executivo da PPP da Bahia. O Comitê Executivo da PPP é um órgão deliberativo, presidido pelo Secretário da Fazenda, composto pelo Secretário da Administração, Secretário da Casa Civil, Procurador Geral do Estado e Secretário do Planejamento. Além desses, também fazem parte do Comitê, o Secretário da Secretaria interessada pelo projeto (no caso do HS, o Secretário da Saúde) e mais dois Secretários indicados pelo Governador. Em 2009 eram o Secretário de Indústria, Comércio e Mineração e o Secretário de Infraestrutura. Nessa reunião, a Sesab informou que tinha recursos para construir o hospital, mas não tinha previsão orçamentária relativa aos investimentos com aquisição de máquinas e equipamentos. O Comitê Executivo deu

parecer favorável ao projeto do Hospital do Subúrbio na modalidade de PPP e autorizou o início dos estudos.

O Programa de Fomento à Participação Privada em Infraestrutura (PFPP), uma parceria entre o BNDES, o IFC (International Finance Corporation) e o BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento), liderou a consultoria ao Governo do Estado da Bahia para a estruturação dos projetos de concessões. O PFPP foi contratado pelo Governo para assessorar a concessão do Sistema Rodoviário BA093. Em abril de 2009, o Governo da Bahia assinou um novo convênio com o PFPP, dessa vez para implementar a PPP do Hospital do Subúrbio. O IFC e o BNDES auxiliaram o governo nos aspectos da estruturação da PPP, incluindo os estudos técnicos e a análise de viabilidade, a redação da minuta e da versão final do Edital e do Contrato, o mapeamento de potenciais investidores e a condução de *road show* para divulgação do projeto, além da implementação de todo o processo licitatório, incluindo o leilão.

Os questionamentos da área política sobre essa nova modalidade de gestão foram poucos. No entanto, conforme a equipe da Sesab, “foi preciso primeiro fazer o convencimento no interior da Secretaria da Saúde e depois no interior do Governo do Estado”.

“Eu diria, que talvez o maior feito desse projeto tenha sido fazer a primeira PPP em saúde no Brasil passando por um processo de negociação política, que fez com que não houvesse grandes oposições.”

“Foi um processo muito debatido. Fizemos uma interlocução muito forte com a academia e com os parceiros que já atuam na área da saúde aqui no estado. Acho que havia uma simpatia muito grande por parte da sociedade, compreendendo a importância de uma unidade dessa, frente a necessidade assistencial que a nossa capital tem e que o subúrbio tem.”

Para o governo, o amplo processo de diálogo e negociação evitou que houvesse uma resistência mais forte. Porém, na visão dos sindicatos, o debate foi meramente demagogia.

“Uma vez que o rolo compressor é passado não há diálogo.”

Quando o projeto foi apresentado na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, ele também foi bastante questionado. No entanto, essa comissão não tinha competência legal para impedir a implantação dessa nova modalidade.

O COSEMS apoiou o projeto por entender que o estado não tem dado respostas satisfatórias nem na gestão direta nem em outras modalidades de gestão. Então, na opinião deles: “foi importante partir para alternativas que respondessem às necessidades dos usuários do SUS, levando em conta a universalidade e a integralidade da assistência”.

Para o Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia a idéia da PPP não foi bem aceita. Relataram que o Hospital do Subúrbio tinha sido uma grande conquista sindical e social, e a expectativa era que fosse um hospital de gestão direta, com carreira para os profissionais. Conforme relataram:

“Tentamos resistir ao máximo para que o governo não implantasse aquela modalidade de gestão”.

O Conselho Estadual de Saúde cobrou da Sesab uma audiência pública para discutir a PPP no Hospital do Subúrbio. Esta aconteceu na Assembléia Legislativa do Estado com outros atores, como o Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, o Sindicato dos Farmacêuticos e outras entidades que representavam os trabalhadores.

“Naturalmente, a nossa movimentação para barrar essa modalidade não teve êxito.”

Para a comunidade, naquele momento, o que importava era se a população seria atendida e se haveria cobrança direta pelo serviço público prestado ou se seria “SUS”, 100% gratuito.

“A convicção grande que nós temos aqui na Sesab, é que o poder que o Estado tem que ter é o poder de Estado, através da política pública. E a operacionalização disso, não. O controle deve ser se o atendimento está sendo feito, se está sendo feito de forma adequada, se o dinheiro está sendo bem empregado e se o custo está adequado.”

As diferentes visões sobre os benefícios ou não de se implantar a PPP no Hospital do Subúrbio condizem com as posições dos *stakeholders*. No entanto, chama a atenção a posição do Partido dos Trabalhadores (PT), histórico combatente das privatizações, em apoiar esse projeto. Vale ressaltar ainda que por se tratar de um período pré-eleitoral, no qual as alianças políticas já estavam formadas, os demais partidos políticos tradicionalmente contra as privatizações (PV, PPS, Pcdob, PTB, PMN E PMDB) não podiam combater um projeto do governo.

6.2.6 A elaboração do projeto

A ordem de serviço para a construção do Hospital do Subúrbio foi emitida no dia 22 de outubro de 2008, pela Superintendência de Construções Administrativas da Bahia – Sucab (BAHIA. Secretaria de Comunicação Social, 2012). O local escolhido foi próximo às comunidades Periperi e Nova Constituinte – uma das regiões mais violentas de Salvador. O terreno era propriedade privada, em estado de desuso e foi comprado por R\$600 mil (valor em 2008). Ainda havia lá algumas poucas casas, que foram desapropriadas por um total de R\$40 mil (valor em 2008).

O início da obra deveria ter sido em setembro de 2008, mas devido a alguns questionamentos – o terreno fica vizinho a uma área de proteção ambiental (Anexo 2) – foi atrasado em 4 meses (janeiro 2009). No entendimento do gestor da Sesab:

“Esse terreno era usado para desova de cadáveres, para retirada clandestina de areia, e para enterrar lixo químico. Lá foram achados tonéis de lixo químico... Na verdade, o hospital ali seria um grande investimento, inclusive, para a proteção da área ambiental. E foi o que aconteceu. Desenterrou lixo

químico e acabou a retirada clandestina de areia. Criou uma barreira contra a degradação da área e um investimento na estrutura de urbana que a população vai se beneficiar.”

A obra foi interrompida ainda na fase de terraplanagem, pois se descobriu tonéis de resíduos químicos enterrados no terreno. Foi contratada empresa para retirar os cerca de 70 tonéis encontrados. Resolvida essa questão, a obra foi retomada em janeiro de 2009 (ou seja, uma demora de um mês).

A equipe da Sesab informou que o Hospital do Subúrbio foi o primeiro hospital na Bahia, pelo menos de natureza pública, que cumpriu toda a legislação, inclusive as licenças ambientais. “A maior parte dos hospitais estaduais da Bahia não tem licenças de funcionamento.”

Como a licitação e o início da obra ocorreram antes da decisão da Secretaria da Saúde de realizar a PPP, o projeto para gestão do Hospital do Subúrbio foi estruturado sem sua construção. Fazem parte do escopo da PPP a manutenção e operação do hospital – incluindo serviços clínicos e não clínicos. Conforme relato do gestor da Sesab:

“A concessionária também assumirá a responsabilidade de equipar e manter a estrutura do hospital, garantindo que a tecnologia utilizada nos equipamentos médicos seja comparável à dos melhores hospitais privados do país.”

As equipes que atuaram na elaboração do projeto da PPP do lado do estado foram:

- Comitê Gestor da PPP
- Secretaria Executiva da PPP – vinculada à Secretaria da Fazenda, reporta ao Comitê Gestor da PPP. Essa Secretaria Executiva da PPP conduz, com a Secretaria demandante, qualquer projeto de PPP do Estado.

- Grupo de Trabalho – cada membro do Comitê Gestor indica um representante para o Grupo de Trabalho. A Secretaria da Fazenda foi a responsável pela modelagem econômico-financeira; a Procuradoria Geral do Estado fez a avaliação da modelagem jurídica, e a Secretaria da Saúde tratou dos assuntos técnicos. Fizeram parte desse grupo também: Secretaria de Administração e Secretaria de Desenvolvimento.

“A Procuradoria Geral do Estado (PGE) participou de todo o processo de elaboração do projeto. Quando os questionamentos jurídicos do Grupo de Trabalho podiam ser respondidos pelos procuradores presentes, isso era feito. Quando havia alguma questão que precisava da orientação do Coordenador ou da base interna da PGE ou até da manifestação do Procurador Geral, isso era trazido para a PGE, onde tinha uma discussão interna. Depois era levado o consenso ao Grupo de Trabalho.”

O corpo jurídico do IFC e do BNDES, além do escritório de advocacia contratado por eles para auxiliá-los nesse processo, ajudava nessa orientação jurídica. Para os membros do Grupo de Trabalho: “o que se buscava era um enfrentamento objetivo das questões”.

“A gente também estava aprendendo com o próprio processo. Você não tem uma literatura sobre PPP na área da saúde no Brasil.”

As soluções técnicas da saúde foram elaboradas pela equipe da área internacional do IFC e pelo consultor técnico contratado por eles no Brasil. O projeto foi elaborado por uma equipe multidisciplinar considerada bem articulada, com as Secretarias alinhadas e a Procuradoria Geral do Estado comprometida. Na visão do IFC, essa é a maneira de se fazer um projeto de PPP:

“Eu diria que essa é a forma correta de fazer. Isso para quem realmente leva a sério o modelo das PPPs. E o governo da Bahia é um dos que leva bastante a sério, e que acertou muito essa forma de executar.”

O prazo de concessão é de 10 anos, renovável por mais 10. Na consulta pública foi questionada a possibilidade de ampliação desse prazo. Os membros do Comitê Gestor da PPP afirmaram que 20 anos seria um compromisso de muito longo prazo para um projeto tão novo. Foi então implantado o mesmo mecanismo usado nas concessões nas telecomunicações (2 anos antes de vencer a concessão se inicia o processo de análise do contrato – indicadores, produção, etc), para, caso seja necessário mudar o parceiro privado, existir tempo para iniciar outro processo.

A estruturação do projeto foi feita de forma a vincular o pagamento do governo à concessionária ao atingimento de indicadores de desempenho baseados em metas quantitativas e qualitativas, criando assim um incentivo ao parceiro privado em prover serviços de qualidade. Foram definidos 31 indicadores de desempenho. (Anexo 3)

O fluxo de pagamento é uma lei específica criada pelo Estado, para assegurar ao privado o recebimento do recurso, devido à fama histórica do Estado brasileiro de ser mau pagador de contratos. Havia duas possibilidades de mitigar o risco: a primeira seria criar um fundo garantidor, com saldo suficientemente robusto para ser usado no pagamento caso o Estado não o fizesse; a segunda seria o desenvolvimento de mecanismo que assegurasse o recebimento dos recursos através da segregação de um percentual de participação dos estados para uma conta ligada à DESENBAHIA – agência de fomento do Estado da Bahia. Esta seria uma forma de desagregar a titularidade do dinheiro da conta única do estado para uma conta que não estivesse sujeita ao precatório. A opção escolhida para a PPP do Hospital do Subúrbio foi a segunda.

Para o entrevistado da Secretaria da Fazenda do Estado:

“Se fosse usada a primeira alternativa, você teria que constituir um fundo garantidor com pelo menos o valor correspondente a seis contraprestações, o que daria a necessidade de eu ter em caixa 60 milhões de reais. E você há de convir que politicamente fosse pouco sustentável você convencer que deve deixar parado 60 milhões de reais.”

A modelagem do edital e do contrato trouxe varias especificidades do setor saúde (indicadores, apuração de resultados clínicos, avaliação de qualidade). Foi estabelecido também que o hospital deveria ser acreditado, a princípio num prazo de 12 meses. Porém, depois da audiência pública, ouvindo as instituições interessadas que já tinham experiência nesse processo, alteraram esse prazo para 24 meses. A experiência em acreditação também foi um critério técnico usado como parâmetro de pontuação no momento do leilão. Na opinião dos gestores da Sesab: “a inclusão do critério de acreditação hospitalar foi uma importante contribuição do IFC”.

O edital prevê também que os indicadores de qualidade sejam usados na apuração da parte variável do contrato, de 30%. A produção representa os demais 70%. Essa distribuição, de 30 e 70%, foi um ponto bastante discutido no estudo. Os contratos de gestão que existiam no país naquele momento, principalmente com as Organizações Sociais, tinham um modelo de remuneração que trazia 90% vinculados à produção e 10% referentes a questões de qualidade. Na consulta pública isso foi muito questionado. No entanto, para a Sesab:

“... nós não abrimos mão. Porque nós achávamos que no mundo capitalista, se nós não tivéssemos um volume financeiro que pesasse nessa avaliação da qualidade, nós não íamos ter um instrumento de cobrança eficiente para que eles fizessem o trabalho da forma como está sendo contratado. Afinal, não estamos lidando com uma instituição filantrópica, mas sim com uma instituição com finalidade lucrativa.”

A precificação do projeto foi realizada com base em estudos financeiros realizados pelo IFC e pela Secretaria da Fazenda. Foi feito um agrupamento de itens relativos ao custeio da unidade (recursos humanos, materiais, utilidade pública, tributos, etc) e investimento em equipamentos. Porém a Sesab se preocupou também em comparar esse custo com o custo do Hospital Geral do Estado (HGE) e de outras unidades da administração direta, para saber se o custo de um hospital gerenciado por meio da administração direta seria menor ou não. Chama a atenção o fato de não ter sido realizada comparação de custos com hospitais geridos por Organizações Sociais.

Do ponto de vista jurídico, para a Procuradoria Geral do Estado, tinha que estar claro que era vantajoso para o Estado fazer uma PPP. Essa vantagem deveria ser demonstrada tanto em ganhos de qualidade quanto em redução de custos.

Para o IFC, a precificação não deve ser feita dessa forma. Os consultores explicaram que “existe no Brasil uma idéia de que é necessário medir milimetricamente os custos públicos para definir o teto do pagamento da PPP”. Na visão deles, isso não faz sentido, “porque não se consegue especificar a diferença em qualidade”.

“Quando você faz PPP e concessão, você está sempre elegendo uma qualidade muito superior àquela que, em regra, consegue prestar na sua rede. Aí, você querer colocar para esse teto o custo do seu serviço atual, não faz sentido.”

A idéia, que vem da Inglaterra e que, na opinião dos consultores do IFC, é mal traduzida para o contexto brasileiro, é o *Value for Money (VFM)*. No Brasil se interpreta que o preço de uma PPP tem que ser mais baixo do que aquele que existe no mesmo momento na gestão direta. Com isso se estabeleceria o teto da licitação. Na Inglaterra, onde surgiu essa metodologia, ela não é feita para estabelecer o teto da licitação, mas sim para estabelecer um valor de referência.

A alocação de riscos foi definida em contrato como sendo integralmente da concessionária. As exceções colocadas foram: decisão judicial ou administrativa que impeça a concessionária de prestar os serviços; descumprimento, pelo Poder Concedente, de suas obrigações contratuais ou regulamentares; fatores imprevisíveis de consequências incalculáveis ou casos de força maior que não possam ser objeto de cobertura de seguros; alteração de encargos; alterações na legislação ou tributos que alterem a composição econômico-financeira da concessionária; e omissão ou falhas na regulação ou funcionamento da rede de saúde pública, em especial quanto à remoção e transferência de usuários do hospital, que comprometam o atingimento dos indicadores quantitativos e dos indicadores de desempenho da concessão.

Os controles e auditorias do contrato são realizados pela Auditoria Geral do Estado, vinculada à Sefaz; pela Auditoria do SUS-BA, vinculada à Sesab; e por uma empresa de auditoria externa selecionada pela Secretaria da Saúde, além dos órgãos de fiscalização, como o Tribunal de Contas.

O processo todo de elaboração do projeto, desde a assinatura do convênio de consultoria com o IFC até a audiência pública, durou aproximadamente 9 meses. Segundo os consultores do IFC, a modelagem do edital foi a parte que demandou mais tempo e dedicação de toda a equipe, porque apesar de já haver PPP no país, esta era a primeira no setor da saúde. Desta forma, “não havia possibilidade de consulta a outros modelos ou de utilização de parâmetros já existentes”.

Enquanto o processo ia sendo desenvolvido dentro da Sesab, pelo lado do parceiro privado, a Promédica ficou sabendo do projeto da PPP do Hospital do Subúrbio por intermédio do IFC. Quando os estudos estavam sendo concluídos, pouco antes do lançamento da consulta pública, o IFC começou a contatar o mercado privado da saúde, na Bahia e fora do estado.

“Nós da Promédica passamos a atuar a partir da consulta pública.”

No Edital de Concessão e Minuta de Contrato 008/2009 foram publicadas as condições da licitação e regulamento do leilão. Também foram especificadas a minuta de contrato com as obrigações e direitos das partes, a equação econômico-financeira do contrato, os seguros e garantias, a estrutura jurídica da concessionária e as sanções.

A consulta pública foi realizada no período de 13 de outubro a 12 de novembro de 2009. Sua realização foi informada ao público por meio de publicação no Diário Oficial do Estado em 10 de outubro de 2009 e em jornais de grande circulação nos estados da Bahia e de São Paulo, além do site www.saude.ba.gov.br/hospitaldosuburbio. A Comissão da PPP e o IFC foram os responsáveis por analisar e responder aos questionamentos da consulta pública.

A audiência pública foi realizada em 27 de outubro de 2009. Só estavam presentes as empresas interessadas. Praticamente não houve usuários nem associações de profissionais. Os gestores da Sesab ficaram surpresos:

“A gente esperava que iria ter alguma reação, mas não apareceu ninguém.”

A Promédica compareceu à audiência pública e fez vários questionamentos e sugestões na consulta pública. Algumas delas foram acatadas, sendo a mais relevante a que definia o patrimônio líquido. No edital, o patrimônio líquido exigido era de 90 milhões de reais para o consórcio participante.

“Só que na área de saúde no Brasil é muito difícil você ter algum operador hospitalar que tenha um patrimônio líquido desse montante. Então eles modificaram, passaram a ter uma exigência menor de capital para concessionária e ampliaram o valor do seguro garantia para poder dar mais consistência ao projeto.”

A decisão de realizar o leilão pela BM&FBOVESPA foi do governo. “A intenção foi buscar maior visibilidade para atrair um maior número de concorrentes, transparência e credibilidade para o processo.” A BM&FBOVESPA é a principal instituição brasileira de intermediação para operações do mercado de capitais – possui certificação ISO 9001, concedida pelo *ABS Quality Evaluations, Inc.*; está sujeita à regulação e à supervisão da Comissão de Valores Mobiliários e do Banco Central do Brasil; desempenha atividades de gerenciamento de riscos das operações; e atua nos Estados Unidos com a unidade BM&F USA Inc. Para o gestor da Sesab:

“O fato de ter sido feito com a licitação pública, até o fato de ser fora do Estado... Ninguém podia dizer que foi direcionado o processo. Ninguém poderia dizer que estava sendo feito o processo para privilegiar a, b ou c.”

Além das questões relacionadas acima, o Grupo de Trabalho da PPP apontou a utilização da BM&FBOVESPA como um apoio na realização do leilão – análise de documentos, títulos e declarações apresentadas pelos consórcios.

Alguns membros da própria Secretaria da Saúde tiveram receio do processo ser interpretado como o “leilão da saúde pública”. Esse receio fez sentido, uma vez que os Sindicatos o consideraram, segundo suas manifestações, como uma “privataria da saúde”.

“Nós não entramos no mérito se foi transparente ou não. De antemão, a ação em si era considerada abominável.”

6.2.7 A implementação

A sessão pública de leilão ocorreu na BM&FBOVESPA, em 12 de março de 2010. A primeira etapa foi a qualificação das propostas técnicas, de acordo com o art. 12 da Lei Federal 11.079 de 30 de dezembro de 2004. Ela foi seguida do critério de julgamento, composto pela conjunção da melhor proposta econômica, apurada pelo menor valor de contraprestação anual máxima ofertado por cada proponente, com o índice técnico da proposta, determinado a partir das notas técnicas atribuídas às propostas técnicas de cada proponente. A nota final foi calculada da seguinte maneira:

$$Nota Final = \frac{(\text{Índice Técnico da Proposta} \times 1) + (\text{Nota Econômica} \times 9)}{10}$$

Os critérios de qualificação e julgamento das Propostas Técnicas usados foram: acreditação e capacidade de gestão. No item acreditação hospitalar, os concorrentes recebiam diferentes pontuações conforme o tipo e nível de acreditação das suas demais unidades. Para capacidade de gestão, foram conferidas diferentes pontuações conforme a quantidade de leitos que o concorrente é responsável pela gestão.

Alguns envolvidos no projeto demonstraram não ter tido expectativa de que houvesse muitos concorrentes. A questão não era apenas atrair parceiros, mas atrair parceiros que tivessem não só interesse, mas também credibilidade e experiência para atender aos critérios mínimos de qualificação. O IFC apontou que por ser um projeto em um modelo novo (PPP), em uma área nova (PPP na saúde), com pouco *benchmarking*, no Estado da Bahia (diferente, segundo esta organização, de um Estado como São Paulo, onde os recursos estão mais disponíveis), seria mais difícil atrair parceiros. Um gestor da Sesab relatou:

“A gente rezou para que tivesse dois concorrentes.”

Outros envolvidos no projeto creditaram a ausência de muitos concorrentes ao tempo curto de consulta pública e a definição do preço máximo muito baixo.

“Se o preço inicial tivesse sido 10% mais alto, você talvez tivesse tido a oportunidade de trazer mais concorrentes.”

Dois consórcios concorreram nesse processo: o Consórcio Prodal Saúde S.A., composto pelas empresas Promédica Patrimonial S.A. e Dalkia Brasil S.A. e o Consórcio Salvador Saúde, composto pelo Grupo Vita e pelo Grupo Facility. O Consórcio Salvador Saúde foi desclassificado devido à sua Proposta Econômica Escrita. Na opinião do Consórcio vencedor:

“A desclassificação do outro consórcio foi porque eles apresentaram um valor acima do limite... 200 milhões não é a realidade da Bahia.”

Chama atenção o fato de só haver dois consórcios concorrendo na licitação, e mais ainda o fato de um deles ser desclassificado. As regras do processo de licitação foram publicadas de forma clara no edital, e causa estranheza a forma de desclassificação do Consórcio Salvador Saúde com uma diferença tão grande entre a proposta apresentada e o valor máximo permitido.

Como não houve concorrência efetiva, em função da desclassificação de um dos consórcios, o Consórcio Prodal, constituído na forma de Sociedade de Propósito

Específico (SPE), foi declarado vencedor da licitação. Eles receberam nota técnica máxima e a proposta financeira apresentada foi a do valor máximo de contraprestação anual permitida – R\$ 103.500.000,00. Não houve deságio. Para a Prodal:

“Pela nossa visão não havia condição de reduzir nada, o preço já era muito enxuto.”

A formação do Consórcio Prodal ocorreu por intermédio da Siemens Brasil – setor de equipamentos hospitalares. O gestor da Promédica relatou:

“Um dos diretores da Siemens nos apresentou a Dalkia, que ele conhecia e que já estava atuando no Brasil há algum tempo. A Dalkia é uma grande operadora de *facilities* em PPP no mundo todo.”

A Promédica tem 70% do capital e a Dalkia tem 30%. A Promédica cuida de toda a parte assistencial – médica, de enfermagem, fisioterapia, nutrição enteral e parenteral, e a Dalkia cuida da área de infraestrutura – higienização, segurança, alimentação, lavanderia, paisagismo, manutenção predial, engenharia clínica.

Para os estudos da proposta, a Prodal contratou: consultoria jurídica para avaliação do contrato e consultoria para a elaboração do *business plan* e estudo de matriz de riscos do negócio. O estudo de viabilidade econômica foi feito com base no Hospital Jorge Valente – hospital particular pertencente ao Grupo Promédica.

O consórcio deve investir aproximadamente US\$ 32 milhões ao longo do período de 10 anos de concessão. Aproximadamente US\$ 22 milhões foram investidos somente no primeiro ano.

6.2.8 Os resultados do projeto – O Hospital do Subúrbio

Um ano e oito meses depois do início das obras, no dia 13 de setembro de 2010, o Hospital do Subúrbio foi inaugurado. Chama a atenção o tempo extremamente curto para a construção de um hospital de grande porte. Mais ainda se for considerada a burocracia do processo de licitação de compras e contratações como foi o caso do Hospital do Subúrbio.

O hospital contava, em dezembro de 2011, com 268 leitos, sendo 208 leitos de enfermarias (64 de internação pediátrica e 144 de internação para adultos) e 60 de terapia intensiva, (10 leitos de UTI pediátrica, 30 de UTI adulto e 20 de terapia semi-intensiva). Além de atendimento de urgência e emergência, o hospital possui diversas especialidades de média e alta complexidade. A estrutura conta também com: centro cirúrgico, laboratório de análises clínicas, centro diagnóstico (radiologia digital, tomografia, ultrassonografia, ecocardiografia, endoscopia digestiva e respiratória, ressonância magnética), centro de fisioterapia, centro de hemodinâmica e farmácia.

Para a Prodal, montar o hospital foi bastante difícil:

“Nós praticamente montamos o hospital em 45 dias. Nós recebemos o hospital no final de julho, recebemos o prédio, ainda com uma série de intervenções acontecendo, e abrimos em 14 de setembro.”

Como essa PPP não incluiu a elaboração de projeto arquitetônico e construção do hospital, foi preciso fazer algumas intervenções depois dele construído, como por exemplo: ampliação do refeitório, área destinada pra alimentação enteral e parenteral, lavanderia, e pronto socorro, onde foi criada a área de observação. Na visão da Prodal, isso foi um ponto negativo do projeto. Afirmam que se o prédio tivesse sido projetado e construído por eles, dentro do processo da PPP, eles teriam pensado algumas áreas de maneira diferente.

Com a finalidade de agilizar a implantação do hospital, foram feitas programações prévias de compras de equipamentos e material, além da montagem de equipes. Toda a equipe de enfermagem do hospital foi contratada com 30 dias de antecedência, para treinamento. Os gestores do hospital relataram dificuldade muito

grande na captação de pessoal qualificado. “Existia insegurança em relação à violência da região e um mito em relação à distância.” Isso ocorreu não só com o corpo clínico – médico, mas também com os demais profissionais.

“Nós chegamos até um *turn over* de 30% no início da operação. Porque tinha muita gente que ia trabalhar e achava que ia trabalhar em mais um hospital público... com todos os vícios.”

A forma de contratação do corpo clínico do Hospital do Subúrbio é parecida com a que o estado da Bahia aplica na rede sob gestão direta – pessoa jurídica. A Prodal alega que é uma preferência dos médicos e caso eles tentassem colocá-los em regime de CLT, perderiam boa parte deles. A explicação é que normalmente os médicos têm outros vínculos de emprego e, portanto, já têm atendidas as suas situações previdenciárias de contribuição para aposentadoria. No entanto, o Sindmed contesta esta justificativa.

“Gostaríamos de ser concursados, gostaríamos de ter uma carteira assinada, gostaríamos de ter uma segurança no trabalho, de termos nossas férias... e uma mulher, de receber sua licença maternidade.”

A líder da associação dos moradores entrevistada também relatou frustração em relação à forma de contratação.

“Na verdade todo mundo que está aqui ficou insatisfeito com isso. Estavam esperando ter um concurso público, que fossem servidores públicos.”

Hoje, 81% dos usuários do Hospital do Subúrbio são do próprio subúrbio, 12% de outros bairros e aproximadamente 7% de outros municípios. Os índices de satisfação dos usuários vão de 92 a 96%, sendo que o nível mais baixo, 92%, é na emergência. No entanto, é preciso ponderar esses índices pois: o hospital é novo – estrutura física e equipamentos –; e as pessoas que respondem aos questionários são as que foram atendidas, e não as que não conseguiram atendimento. Alguns autores fazem críticas ao emprego da satisfação para a avaliação da qualidade, ao considerar que, uma vez que a satisfação está baseada nas expectativas dos

usuários, podem-se estar avaliando outros itens, e não especificamente a qualidade dos serviços (ESPERIDIÃO, 2006). O gestor da Sesab tem como verdadeira a satisfação dos usuários:

“Eu nunca ouvi dos usuários ou de alguém que levou um parente algo negativo em relação ao Hospital do Subúrbio.”

O grande problema que o Hospital do Subúrbio enfrentava era a demanda na emergência, três vezes maior do que previsto no edital do contrato. Por isso, foi preciso realizar revisão contratual, que só estava prevista com um ano e meio de contrato, em julho de 2011, ou seja, após apenas nove meses de funcionamento do hospital. Os gestores do hospital demonstram preocupação com a demanda:

“Hoje tem um excedente de demanda muito grande no pronto socorro. Ontem eu cheguei no hospital, e nós tínhamos 60 pacientes internados na emergência, desses, 50 pacientes tinham a AIH emitida, ou seja, eram pacientes que não estavam em observação, eles estavam internados. Tinham 2 com ventilação mecânica.”

A Sesab vê essa revisão prematura de contrato – 9 meses – de forma muito positiva:

“O HS não atende só aquilo que a meta estabeleceu. Isso é positivo, porque o parceiro poderia dizer: eu fui contratado para atender X e quando atingir esse X fecho as portas. Eu acho que isso é uma coisa positiva. Eles têm enfrentado um desafio de fazer um hospital de emergência de porta aberta. E isso não é fácil.”

Quase todas as metas do contrato foram alcançadas. Uma das poucas metas não alcançada foi o percentual de complexidade na urgência e emergência, em decorrência da demanda. “Mais da metade dos pacientes da urgência e emergência são de baixa complexidade.”

É preocupante a demanda excessiva no Pronto Socorro, principalmente por se tratar de pacientes de baixa complexidade. Esse fato pode interferir na proposta inicial de ser um hospital de média e alta complexidade.

Atualmente está se discutindo a possibilidade de montar uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas no hospital. Essa UPA iria atender os pacientes com problemas de baixa complexidade. Os pacientes que já vêm encaminhados irão direto para a emergência do hospital. A emergência hospitalar vai passar a ser uma emergência regulada, e a UPA vai passar a ser a urgência e emergência aberta.

Na opinião do gestor da Sesab:

“Essa é uma das vantagens da legislação de PPP, que permite que você incorpore metas, reveja os contratos, e que o parceiro faça novos investimentos.”

No entanto, a Procuradoria Geral do Estado chama a atenção para algumas questões: se as mudanças fazem parte do mesmo objeto de contrato, se fazem parte do princípio do projeto, se estão contextualizadas nas ações de modo geral, entre outras.

A Secretaria da Fazenda entende que uma PPP confere previsibilidade ao gasto público. Porém, sinaliza para o fato de a previsibilidade estar relacionada ao cumprimento do contrato. Na visão deles, essa previsibilidade depende da regulação do Estado:

“Se você não fizer a regulação, impuser ao privado um gasto maior que o previsto, com certeza ele vai solicitar uma revisão desse contrato.”

Outra característica que começa a ser percebida no hospital, que diverge do planejamento inicial, é a grande prevalência da população idosa entre os pacientes internados. O perfil do hospital, apontado pelos gestores, é: “por um lado, pacientes jovens vítimas de acidentes e violência; por outro lado, pacientes idosos em decorrência de doenças crônicas”. O gestor do hospital demonstra que a principal

causa de internação na área cirúrgica é ortotrauma; no entanto, de uma forma geral, “o hospital tem um perfil de pacientes clínicos crônicos”.

“Conseguimos encaminhar parte desses pacientes crônicos para outros hospitais, mas o estado não tem uma rede suficiente pra isso. Então a gente tem muitas vezes pacientes residentes no hospital porque não temos como encaminhar.”

Existia uma previsão contratual de um primeiro trimestre com 50% de operação, seguido de um trimestre com 80% e depois, no final do 2º trimestre, 100% de operação. A diretoria do hospital explica:

“Só que isso é um negócio muito teórico. A emergência está lotada desde o primeiro dia. E uma coisa que é impressionante é que nós imaginamos que ele ia chegar num ponto de estabilização, mas até agora isso só teve crescimento. Então, nós temos hoje até 480 pessoas/dia no atendimento da emergência.”

Para controlar o atendimento no Pronto Socorro, foi implantado o acolhimento com classificação de risco. Se o paciente tem um problema básico que não necessite de atenção médica naquele momento, ele é orientado a procurar a rede básica. Se for um caso de média e alta complexidade, o paciente é atendido.

“No início você acolhe esse paciente que tem classificação de risco baixa, orienta para procurar a Unidade Básica de Saúde. A gente não dá atendimento médico até porque tem um limite contratual.”

Na avaliação da líder da Associação dos Moradores:

“O problema é que o próprio familiar precisa sair do hospital com o doente, de ônibus, pra outra unidade.”

Em um trimestre do ano de 2011, o hospital sofreu penalização contratual pelo não cumprimento de um índice de mortalidade (redução de 160 mil reais de

faturamento). A Prodal recorreu, mas até dezembro de 2011 o estado não tinha restituído o valor reivindicado.

Para a Sesab, o projeto da PPP não foi importante apenas para o Hospital do Subúrbio. Os gestores da Secretaria aproveitaram a consultoria que receberam do IFC no processo de preparação do edital e contrato da PPP, e também a consultoria que está recebendo da equipe da área hospitalar da Catalunha – especializada em contratualização, para aperfeiçoar os contratos das Organizações Sociais e contratualizar a rede sob gestão direta.

“Estão sendo firmados termos de compromisso de gestão com cada unidade sob gestão direta, passando a incorporar metas quantitativas e qualitativas. Antes, nenhuma tinha metas estabelecidas ou indicadores de acompanhamento e avaliação. Esses instrumentos serão a base para a incorporação de avaliação de desempenho dos servidores, com ganhos financeiros de gratificações.”

Quanto à ampliação do uso de PPP na saúde no Brasil, o IFC a analisa com cautela. Porque para eles, “fazer uma PPP implica em ter um grau de maturidade institucional que muitos municípios e alguns estados não têm”. Então, a maior parte dos empecilhos de se fazer um PPP no setor de saúde não são relacionados à saúde, mas sim à estrutura institucional necessária para tal.

Os atores envolvidos no projeto do Hospital do Subúrbio acreditam que haverá ampliação da utilização da PPP no Brasil. Porém, eles apontam o limite de endividamento de 3% da Receita Corrente Líquida (RCL) como um obstáculo. O gestor da Secretaria da Fazenda exemplifica:

“O Hospital do Subúrbio, por exemplo, já representa 20% (110 milhões) do total dos 3% da RCL do estado da Bahia (550 milhões).”

Alguns sugerem que na área social o endividamento deveria incluir apenas os custos com investimento. Eles consideram que adicionar o valor do custeio no limite de PPP é um equívoco. Na avaliação do gestor da Sesab:

“Porque se amanhã, por exemplo, eu acabar meu contrato com a Prodal, eu só preciso pagar o que eles investiram e compraram, e talvez o aviso prévio dos funcionários com carteira assinada. Essa que é a minha dívida com eles.”

Outros consideram que o valor do faturamento SUS deva ser subtraído do endividamento. O gestor da Prodal aponta que: “no Hospital do Subúrbio, hoje já são faturados aproximadamente 4 milhões de reais, sem o credenciamento da ortopedia, neurocirurgia e alimentação enteral e parenteral.” Então, eles estimam que, em pouco tempo, o valor do faturamento SUS mensal do hospital seja aproximadamente igual a 50% do valor da contraprestação recebida do Estado.

Para o IFC, o limite de endividamento de 3% da RCL em PPP é um fator restritivo para a expansão do modelo. Consideram que “os gastos já existentes, como o custeio de um hospital, e que estão sendo substituídos por processos mais eficientes, não deveriam ser incluídos nesse limite de endividamento”.

Na opinião do gestor da Prodal, a PPP é um modelo que deve ser usado principalmente para a alta complexidade, porque no modelo de PPP se ganha eficiência, escala e capacidade de atendimento diferenciado. Existe mais agilidade e condição de fazer melhor. Em relação à gestão de pessoal, eles consideram que:

“Não dá para gerir uma operação tão complexa, como um hospital de alta complexidade, sem dispor do instrumento da dispensa sem justa causa.”

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia também está desenvolvendo outro projeto de PPP. Na opinião do gestor:

“Vai ser um projeto tão inovador quanto foi o do HS. Primeiro, porque nós estamos montando um projeto que vai alcançar toda a rede de hospitais do estado. Nós estamos montando um projeto de PPP para fazer investimento e gestão de toda a área de imagem de toda a rede de hospitais estaduais.”

6.2.9 Os stakeholders

Identificando e analisando a posição de *stakeholders* no caso da Parceria Público-Privada do Hospital do Subúrbio, pode-se destacar:

- Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – Sesab

A Sesab montou uma pequena equipe para participar do Grupo de Trabalho da PPP, ajudando na elaboração do edital e do contrato, além de realizar a verificação de custos. Eles coordenaram esse processo e fizeram a interlocução com a academia, Conselhos Municipais, Assembleia Legislativa, Sindicatos, entre outros, com a finalidade de evitar maiores conflitos.

Desde a implementação do HS, a Sesab realiza o monitoramento e acompanhamento do hospital através da Diretoria Geral da Rede Própria.

- Secretaria da Fazenda – Sefaz

O presidente do Comitê Gestor da PPP é o Secretário da Fazenda do Estado. O coordenador da Secretaria Executiva da PPP também é da equipe da Sefaz. Portanto, essa Secretaria coordena e orienta todos os trabalhos sobre concessões no estado. No projeto do Hospital do Subúrbio, desde o início, demonstraram preocupação com o controle da demanda e com a necessidade de regulação do estado.

- Procuradoria Geral do Estado

A PGE participou ativamente de todo o projeto do Hospital do Subúrbio, com dois procuradores trabalhando em tempo integral no Grupo de Trabalho da PPP. Além disso, a estrutura da PGE dava retaguarda ao projeto. Os Procuradores entrevistados consideraram a modalidade de PPP uma boa modalidade de gestão do ponto de vista jurídico.

- Corporação Financeira Internacional do Banco Mundial – IFC

O IFC trouxe o conhecimento da área de PPP para o projeto. No entanto, os consultores que participaram do Grupo de Trabalho nunca tinham participado de uma PPP da saúde onde o serviço médico tivesse sido incluído. Então, para eles também foi uma experiência nova.

O BNDES e o IFC apostaram no êxito do projeto e investiram um milhão, cento e quarenta e cinco mil dólares (\$1.145.000,00). Desse montante o IFC financiou um milhão de dólares e o estado aportou cento e quarenta e cinco mil dólares. Depois, esse valor foi reembolsado pelo consórcio vencedor.

- Consórcio Prodal Saúde SA

Considera que o grande mercado de assistência médica no Brasil está na área pública. Admite que o ingresso em uma operação do porte do Hospital do Subúrbio fez com que eles tivessem maior visibilidade no país e passassem a ter maior poder de negociação com fornecedores – ganho de escala.

Informaram que se sentiram razoavelmente confortáveis do ponto de vista das garantias oferecidas para o concessionário no projeto. Consideram-se satisfeitos com as atividades no hospital, estando dispostos a entrar em outros projetos de PPP dentro e fora da Bahia.

- Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia – COSEMS

Considera a PPP do Hospital do Subúrbio uma experiência inovadora e boa, uma vez que, na opinião do seu representante, os outros modelos de gestão terceirizada não têm sido eficazes. Na condição de membro da instância colegiada – CIB, diz que acompanha e cobra o cumprimento das metas por parte do parceiro privado.

- Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia – Sindmed-BA

Discordando de todos os pontos do projeto da PPP do Hospital do Subúrbio, seu representante afirmou que eles não brigaram contra o modelo porque sabiam que a oposição não teria resultado. No entanto, demonstrou acompanhar as atividades do hospital e a forma de contratação e condições de trabalho dos médicos. O único ponto em que concordou com as decisões do hospital foi em relação à implantação da triagem de risco no pronto socorro.

“Concordo com a triagem numa situação de guerra, e nós trabalhamos em situação de guerra não declarada na saúde na Bahia.”

- Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia – Sindsaúde-BA

Considerou que não questionou muito nem manifestou publicamente reação ao modelo de gestão. No entanto, admite que a categoria está arrependida e agirá de uma forma mais organizada, contra a próxima PPP.

- Sociedade Beneficente Unidos do Alto do Tanque

Representando 400 famílias da região do Subúrbio, essa associação de moradores lutou pela construção de um hospital de média e alta complexidade para uma comunidade. Como a liderança demonstrou, eles não gostaram muito do fato do hospital ser gerenciado por uma empresa privada. Eles acreditam que se o hospital fosse da gestão direta, atenderia toda a demanda: “O público atende a demanda que for, da necessidade do paciente. O hospital, quando ele é privado, no caso dessa empresa, eu acho que não está preparado pra atender a essa situação.”

Em relação ao controle social, a liderança comunitária relata ter acesso à direção do hospital, ao serviço social, à coordenação médica. Gostaria que houvesse no hospital um conselho para que a comunidade pudesse participar ativamente do acompanhamento e controle da instituição.

7 CONCLUSÃO

Esta dissertação procurou compreender os processos de decisão e implementação da primeira Parceria Público-Privada (PPP) da saúde no Brasil, o Hospital do Subúrbio, na Bahia. O estudo foi realizado através da identificação e estudo de sua documentação legal e análise da posição dos *stakeholders* do caso. Com isso, pretende-se contribuir para o maior conhecimento e entendimento da PPP como uma nova modalidade institucional para a gestão da saúde, documentando um momento ainda inicial desse processo e obtendo depoimentos dos atores envolvidos. Não foi intenção da autora se posicionar contra ou a favor do modelo.

A partir da análise das condicionantes para uma contratação das PPPs, apontadas na literatura, pode-se destacar:

- Análise *Value for Money* (VFM)

As questões econômico-financeiras foram vistas pelo IFC e Secretaria da Fazenda, por meio de previsões de custeio e investimentos. A Secretaria da Saúde se preocupou em comparar esses custos propostos com os de um hospital da gestão direta – HGE. No entanto, essa comparação deve ser usada com cautela, uma vez que os serviços são diferentes em vários aspectos – perfil de pacientes, estrutura física do hospital, condições dos equipamentos, etc. E ainda, uma vez que os requisitos de qualidade exigidos na PPP do Hospital do Subúrbio não são os mesmos dos existentes no hospital da gestão direta, essas unidades tornam-se de difícil comparação. Chama atenção também, o fato de não ter sido realizado comparação de custos com uma unidade gerenciada por Organização Social. As avaliações jurídicas foram coordenadas pela PGE, com o auxílio de uma equipe especialista contratada pelo IFC. As premissas técnicas foram elaboradas pelo consultor contratado pelo IFC, com base nos dados da Sesab. Porém, como pôde ser verificado após um ano de funcionamento, o perfil real dos pacientes e da demanda são diferentes do esperado.

- Processo de licitação

Foi realizado o procedimento de concorrência-pregão na BM&FBOVESPA. Essa decisão ocorreu na busca por maior visibilidade e transparência para o processo. As propostas foram analisadas com base em critérios técnicos e propostas econômicas. Porém, chama atenção o fato de um dos concorrentes ter sido desclassificado com uma diferença tão grande entre o valor máximo permitido e a proposta apresentada.

- Setor privado

Consórcio, constituído na forma de Sociedade de Propósito Específico (SPE), formado por uma empresa de medicina de grupo (Promédica) e uma operadora de *facilities*, com experiência em PPP (Dalkia). Realizaram avaliações de risco e estudos financeiros e jurídicos para participar do processo. Todavia, eles ainda estão amadurecendo em relação ao relacionamento com o gestor público e à grande demanda do setor.

Pode-se considerar que esse projeto do HS, em seu aspecto formal, ocorreu sem grandes problemas. Apesar de alguns questionamentos dos sindicatos, comunidade e gestores do governo, não houve impugnações. As principais dificuldades apontadas para a implementação do projeto da PPP do Hospital do Subúrbio foram: contratação de recursos humanos – principalmente pela localização do hospital; adequações físicas – necessárias, pois o projeto e a construção do hospital não fizeram parte da PPP e algumas áreas estavam inadequadas; e prazo muito curto para execução.

A partir da análise dos resultados apurados, baseada nos pontos centrais na Nova Gestão Pública – gestão para resultados, construção de um modelo organizacional mais flexível e *accountability* – foi possível concluir que:

- A PPP do Hospital do Subúrbio direciona a gestão para os resultados pelo fato de definir, no contrato de concessão, de forma bastante minuciosa, os critérios relacionados à produção e à qualidade. No entanto, o problema está na inserção do hospital na rede pública como um todo. Enquanto o Hospital do Subúrbio for uma ilha de excelência no meio de uma rede pública de assistência básica e hospitalar estruturada aquém do

necessário, ele vai sofrer as consequências da demanda excessiva, que desafiará o plano de negócios original.

- Esse projeto atendeu à Nova Gestão Pública no critério da construção de um modelo organizacional mais flexível. Para o estado, o maior desafio do Hospital do Subúrbio não foi a necessidade de investimento, mas sim a gestão mais eficiente, numa unidade hospitalar localizada na periferia de Salvador. A eficiência apontada está relacionada à gestão mais flexível de recursos humanos, suprimentos, equipamentos, etc. Todavia, pelo menos a organização mais flexível no âmbito da gestão de pessoas fere o interesse de alguns trabalhadores, que buscam a estabilidade do emprego público.
- Como, ao mesmo tempo em que se busca a flexibilização na gestão, se verifica a necessidade de um maior controle na NGP, o projeto do Hospital do Subúrbio prevê algumas formas de *accountability*. O acompanhamento dos resultados são realizados pela Sesab, através da Diretoria de Rede Própria e pela empresa de auditoria contratada pelo estado. Após um ano de atividades, o Consórcio já foi penalizado uma vez, pelo não atendimento de metas. A PPP é assumidamente empresarial, diferente das entidades de colaboração e cooperação. Por isso, pode-se verificar a maior preocupação do estado com o controle das atividades dessa parceria.
- Quanto à participação da sociedade na deliberação e no controle, ela ocorre, basicamente, através da utilização dos serviços do hospital. Não existe um Conselho com participação da comunidade na gestão do HS. Entretanto, os indicadores de produção e qualidade são publicados trimestralmente no *site* da instituição, com livre acesso. (Anexo 4) No entanto, chama atenção o fato de nem todos os indicadores do contrato serem publicados no site.

A modalidade de PPP está alinhada com os princípios da gestão pública contemporânea. No entanto, ao menos neste caso, é preciso amadurecer esse

modelo. Os *stakeholders* devem se preparar melhor para suas funções: parceiro público, no planejamento, regulação, acompanhamento de contrato; parceiro privado, na inserção na rede, gerenciamento de demanda; e a população, no controle social.

Para Campos (1990), quanto menos amadurecida a sociedade, menos provável que se preocupe com a *accountability* do serviço público. Entendendo sociedade no sentido amplo, abrangendo os diferentes grupos – comunidade, usuários, gestores públicos e privados. Assim, somente com um maior amadurecimento dos *stakeholders* o novo modelo terá maiores chances de êxito. Da mesma forma, somente com uma visão de mais longo prazo dos resultados das experiências práticas com PPP na saúde, será possível de fato fazer uma avaliação isenta e completa da validade do modelo para a realidade da saúde no Brasil.

8 COMENTÁRIOS FINAIS

A Parceria Público-Privada em 2012 representa um novo desafio na gestão pública da saúde no Brasil. É preciso continuar o debate sobre o assunto, não de forma ideológica, mas sim sob o ponto de vista técnico, avaliando seus benefícios e riscos.

Dando continuidade ao estudo das modalidades institucionais de gestão pública da Saúde no Brasil, meu projeto de tese de doutorado – que será iniciado em fevereiro de 2012 – tem como objetivo verificar os critérios de escolha e utilização das diferentes modalidades: busca por modernização e eficiência, orientação jurídica; estudos econômico-financeiros, parceiros existentes, entre outras.

Outras suposições adicionais para novos estudos e pesquisas ligados ao tema:

- Acompanhar essa PPP do Hospital do Subúrbio e verificar os resultados de médio e longo prazo.
- Comparar os resultados do Hospital do Subúrbio com os de outros hospitais gerenciados na modalidade de gestão direta.
- Comparar os resultados do Hospital do Subúrbio com os de outros hospitais gerenciados na modalidade de Organização Social.
- Comparar outras modalidades de gestão pública da saúde com a Parceria Público-Privada.

BIBLIOGRAFIA

ABRUCIO, Fernando Luiz. Contratualização e Organizações Sociais: Reflexões Teóricas e Lições da Experiência Internacional. **Debates GV Saúde**, v. 1, 1º semestre de 2006.

_____. Reforma do Estado no federalismo brasileiro: a situação das administrações públicas estaduais. **Revista Brasileira de Administração Pública**, v. 39, p. 401-420, 2005.

_____. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, v. 1, p. 67-74, 2007.

_____; COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. **Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 1998.

_____; GAETANI, F. **Avanços e perspectivas da gestão pública nos estados**: agenda, aprendizado e coalizão. Brasília: Consad, 2006.

_____; PÓ, M. V. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 4, p. 679-698, jul./ago. 2006.

ALLARD, G.; CHENG, A. Public-Private Partnerships in the Spanish Health Care Sector. **EPPPL: European Public Private Partnership Law Review**, v. 4, n. 2, 2009.

BAHIA, Ligia. A porta giratória da saúde. **O Globo**, Rio de Janeiro, 27 de junho de 2011. Opinião, p. 6.

BAHIA. Governo do Estado. **Diretoria de controle das ações e serviços de saúde**. Bahia: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, [s.d.]a. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dicon/>. Acesso em: 10 de janeiro de 2012.

_____. Governo do Estado. **Hospitais do Interior**. Bahia: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2012. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=181&catid=8&Itemid=49. Acesso em: 11 de janeiro de 2012.

_____. Governo do Estado. **Leitos de UTI habilitados no Estado da Bahia: UTI Neonatal**. Bahia: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2011. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/dicon/LEITO_UTI_SUS.pdf. Acesso em: 10 de janeiro de 2012.

_____. Governo do Estado. **Residência médica**. Bahia: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, [s.d.]b. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=220&catid=14&Itemid=54. Acesso em: 10 de janeiro de 2012.

BAHIA. Secretaria de Comunicação Social. **Notícias**. Bahia: SECOM, 2012. Disponível em: <http://www.comunicacao.ba.gov.br/noticias/2010/03/09/>. Acesso em: 13 de janeiro de 2012.

BELO HORIZONTE. Prefeitura. **Confira o edital de licitação da Atenção Primária da Saúde**. Belo Horizonte, MG: Prefeitura de Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=53930&pldPlc=&app=salanoticias>. Acesso em: 10 de janeiro de 2012.

BONOMI, C. A.; MALVESSI, O. PPP: Unindo o Público e o Privado. **RAE Executivo**, v. 3, n. 1, fev./abr. 2004.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e indicadores do setor**. Brasília: ANS, 2012a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 11 de janeiro de 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender o Pacto Pela Saúde**: Nota técnica. Volume I. Portaria GM/MS 399/2006. Brasília: CONASS, 09 de Maio de 2006.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 44. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>. Acesso em: 11 de janeiro de 2012.

_____. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília, v. 78, n. 182, p.18055, Seção 1, 20.09.1990.

_____. **Lei n. 11.079**, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Imprensa Nacional, 1995.

_____. Ministério da Saúde. **Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde**. Brasília: Departamento de Informática do SUS, 2012b. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 11 de janeiro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 96: Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 95**, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União, Brasília, v. 89, n. 20E, 29.01.2001, Seção 1, p. 23.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 373**, de 27 de fevereiro de 1992. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS -SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, v. 89, n. 40E, 28.02.2002, Seção 1, p. 52.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 545**, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, v. 81, n. 96, 24.05.1993, Seção 1, p.6960.

_____. Ministério do Planejamento. **Comissão de juristas constituída pela portaria nº 426, de 06 de dezembro de 2007, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: resultado final**. Brasília, 2007. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/comissao_jur/arquivos/090729_segex_Arq_leiOrganica.pdf. Acesso em: 12 de janeiro de 2012.

_____. **Regiões metropolitanas e DF com entorno: IDH-M e outros indicadores**. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, [s.d.]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/atlas/regioes_metropolitanas/index.php. Acesso em: 10 de janeiro de 2012.

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

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

_____. Privatização da saúde. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 16 de janeiro de 2011, Caderno Mundo.

_____; PACHECO, Regina S. A reforma do Estado brasileiro e o desenvolvimento. In: FÓRUM NACIONAL ESPECIAL SOBRE REFORMA DAS INSTITUIÇÕES DO ESTADO BRASILEIRO – EXECUTIVO, LEGISLATIVO E JUDICIÁRIO, 2005, Brasília. **Anais...** Brasília: INAE, 2005.

_____; SPINK, Peter (Orgs.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

BRITO, B. M. B.; SILVEIRA, Antonio Henrique P. Parceria público-privada: compreendendo o modelo brasileiro. **Revista do Serviço Público**, v. 56, n. 1, p. 7-21, 2005.

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.

CAMPOS, A.C. – Por um sistema de saúde mais eficiente. **Cadernos de Economia**. Ano XX : 80 (Julho/Setembro 2007) 9-15.

CARNEIRO JR., N. **O setor público não estatal**: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde. 2002. 267 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

_____; ELIAS, P. E. A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 2, p. 201-226, mar./abr. 2003.

CLAD (Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento). **La responsabilización en la nueva gestión pública latinoamericana**. Caracas: CLAD; Buenos Aires: Eudeba, 2000.

CORTES, Soraya Vargas. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n7/22.pdf>. Acesso em: 29 de novembro de 2011.

COSTA, Frederico Lustosa da. Estado, reforma do Estado e democracia no Brasil da Nova República. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 4, p. 71-82, 1998a.

_____. A reforma do Estado e as organizações sociais: programa de estudos e pesquisas em reforma do Estado e governança. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 5, p. 209-213, 1998b.

COSTA, N. R.; MELO, M. A. C. Reforma do Estado e as mudanças organizacionais no setor saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 52-67, 1998.

DI PIETRO, M. S. Z. Parcerias na administração pública: concessão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 8 ed. São Paulo: Atlas. 2011.

EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. **Academy of Management Review**, v. 14, p. 532-550, 2001.

ESPANHA. Ministério das Finanças. **Perspectivas de las colaboraciones público-privadas en la comunidad de Madrid**. Madrid: Comunidad de Madrid, 2006. Disponível em: <http://www.cesmadrid.es/documentos/Nieves.pdf>. Acesso em: 29 de novembro de 2011.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.6, p. 1267-1276, 2006.

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

FERRAREZI, Elisabete. Reforma do Estado e o novo marco legal do Terceiro Setor no Brasil. **Revista Reforma y Democracia**, n. 20, p.35-72, jun. 2001.

GAETANI, Francisco. Políticas de gestão pública e políticas regulatórias: contrastes e interfaces. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DO CLAD, 9., 2004, Madri. **Anais...** Madri: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), 2004.

GOULART, Flávio A. de Andrade. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... ³/₄ considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n. 2, p. 292-318, 2001.

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

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

Lima, Sheyla Maria Lemos. Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. Rio de Janeiro: s.n., 2009.

LONGO, Francisco. **Mérito y flexibilidad: la gestión de las personas en las organizaciones del sector público**. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2004.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MATTOS, Paulo Todescan L. A formação do Estado Regulador. **Novos Estudos CEBRAP**, v. 76, p. 139-156, nov. 2006.

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

MELO, P.; CAMPOS, D. D. PPPs in the Portuguese Health Sector. **EPPPL: European Public Private Partnership Law Review**, v. 4, n. 3, p. 177-178, 2009.

MODESTO, Paulo. **Nova Organização Administrativa Brasileira: estudo sobre a proposta da Comissão constituída pelo Governo Federal para Reforma da Organização Administrativa Brasileira**. 2. ed. Belo Horizonte: Forum, 2010.

MONTEIRO, R. S. Public-Private Partnerships: Some Lessons from the Portuguese Experience. In: EIB CONFERENCE ON ECONOMICS & FINANCE, 2005, Luxemburgo. Mimeo.

MONTONE, Januário. Limite das PPPs na saúde. **Folha de São Paulo**, ano 91, São Paulo, 24 de março de 2011.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais**: Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2011.

OECD. Modernising Government: the Way Forward. In: OECD. **The Use of Market-type Mechanisms to Provide Government Services**. Paris: OECD, 2005. p.129-55.

_____. Public Sector Modernization: Changing Organizational Structures. **Policy Brief**, set. 2004a.

_____. Public Sector Modernization: Governing for Performance. **Policy Brief**, out. 2004b.

PACHECO, Regina Silvia. Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DO CLAD, 9., 2004, Madri. **Anais...** Madri: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), 2004.

_____. Novas formas de gestão pública. In: SEMINÁRIO AVANÇOS E PERSPECTIVAS DA GESTÃO PÚBLICA NOS ESTADOS, 2006, Brasília. **Anais...** Brasília: Consad. 2006

_____. Regulação no Brasil: desenho das agências e formas de controle. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 4, p. 523-543, 2006.

PECI, A.; SOBRAL, F. Parcerias Público-Privadas: Análise Comparativa da Experiência Inglesa e Brasileira. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2006, Salvador. **Anais...** Salvador: ANPAD, 2006.

PINHO, José Antonio Gomes de; SACRAMENTO, Ana Rita Silva. Accountability: já podemos traduzi-la para o português? **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 6, p. 1343-1368, nov./dez. 2009

PORTUGAL, Maurício; PRADO, Lucas Navarro M. **Comentários à lei de PPP**: Parceria público-privada: fundamentos econômico-jurídicos. São Paulo: Malheiros, 2007.

SALVADOR. Prefeitura. **Salvador em números**. Salvador: Prefeitura de Salvador, 2009. Disponível em: http://www.salvador.ba.gov.br/Paginas/Cortina_Salvador_Numeros.aspx. Acesso em: 10 de janeiro de 2012.

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. **RAE**, v. 48, n. 3, p. 64-80, jul./set. 2008.

SANTOS, Lenir. Administração pública e a gestão da saúde. In: SANTOS, N. R. dos; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 68-86.

_____. O poder regulamentador do Estado sobre as ações e os serviços de saúde. In: FLEURY, Sonia (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

SÃO PAULO. Prefeitura. **PPP na saúde**. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 2011. Disponível em: http://ppp.prefeitura.sp.gov.br/ppp_saude.htm. Acesso em: 10 de janeiro de 2012.

SECRETARIA da Saúde do Estado da Bahia. Diagnóstico da Situação de Saúde Estado da Bahia – 2008. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. 319-483, set./dez. 2008.

SUNDFELD, C. A. Debates jurídicos das Parcerias Público-Privadas. *Debates GVSaúde*, v. 1, 1º semestre de 2006.

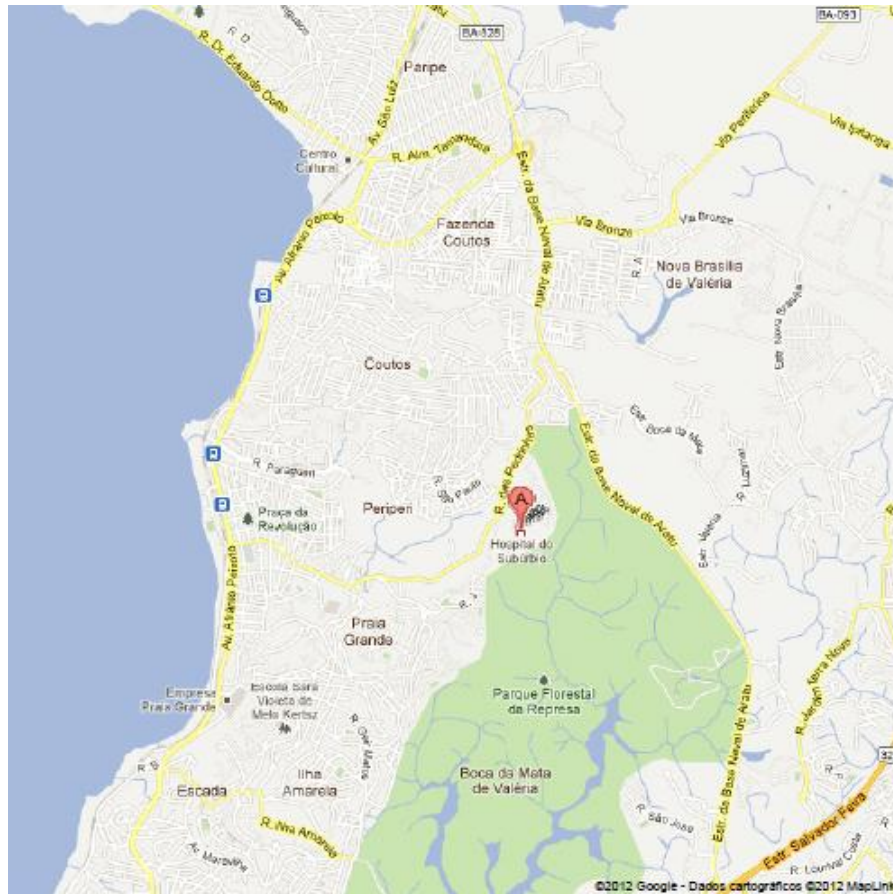
_____. **Parcerias Público-Privadas**. São Paulo: Malheiros, 2005.

TEMPORÃO, J. G. A fundação estatal fortalecerá o SUS. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 12.08.2007, p. A-3.

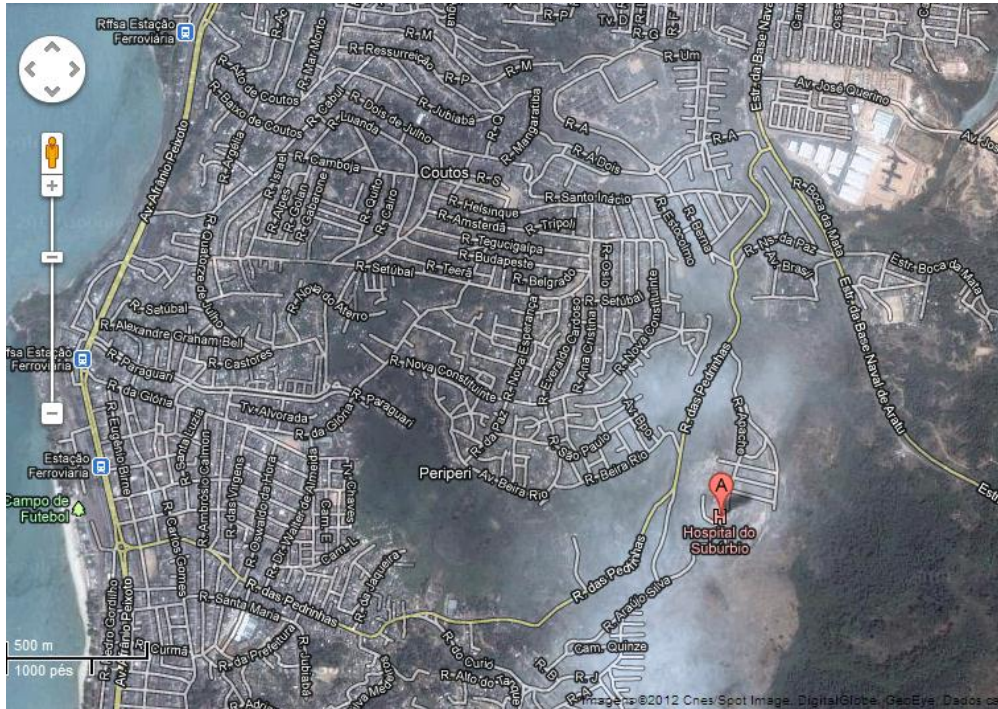
UFRJ. Região metropolitana de Salvador. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, [s.d.]. Disponível em: http://www.observatoriodasmetropoles.ufrj.br/como_anda/como_anda_RM_salvador.pdf. Acesso em: 11 de janeiro de 2012.

VIANA, A. L. A.; HEIMANN, L. S.; LIMA, L. D. Descentralização no SUS: efeitos da NOBSUS 01/96. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. A. (Orgs.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. p. 471-488.

ANEXO 1 – MAPA DO SUBÚRBITO FERROVIÁRIO DE SALVADOR



ANEXO 2 – IMAGEM AÉREA DA REGIÃO DO HOSPITAL DO SUBÚRBIO



ANEXO 3 – INDICADORES DE DESEMPENHO DO CONTRATO DE CONCESSÃO DO HOSPITAL DO SUBÚRBIO

I - Relacionados à Auditoria Operacional:

Operação	Fonte de Verificação
Implantar a Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente	Portaria de constituição e registro das atas
Implantar a Comissão de Avaliação Revisão de Óbitos	Portaria de constituição da comissão e relatório do registro das investigações realizadas e providências adotadas
Implantar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	Portaria de constituição e registro das atas
Implantar o Comitê de FarmacoVigilância	Portaria de constituição do Comitê e relatório do registro das investigações realizadas e providências adotadas.
Implantar a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT)	Portaria de constituição e registro das atas
Implantar a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA)	Portaria de constituição e registro das atas

II - Relacionados ao Desempenho da Atenção:

Operação	Meta	Fonte de verificação
Intervalo de Substituição	1 dia	Relatórios do sistema de registro da produção
Índice de Renovação	7,9	Relatórios do sistema de registro da produção

Índice de Resolubilidade	Mínimo de 90%	Relatórios do sistema de registro da produção
Taxa de atendimentos de usuários em regime de não urgência/emergência	≤ 10%	Relatórios do sistema de registro da produção
Intervalo de tempo para realização de cirurgia de Emergência	≤60 minutos em 90% dos casos	Prontuário Eletrônico do Paciente e relatórios de produção do Centro Cirúrgico
Taxa de Reingresso na UTI – Adulto durante a mesma internação	Máximo de 2,3%	Relatórios do sistema de registro da produção e Prontuário Eletrônico do Paciente

III – Relacionados à Qualidade da Atenção – Registro e cálculo Mensal Consolidado para Avaliação Trimestral

Operação	Meta	Fonte de verificação
Densidade global de Infecção Hospitalar	Máximo de 20/1000	Relatório do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Prontuário Eletrônico do Paciente
Densidade de Infecção Hospitalar Associada a Cateter Venoso Central (CVC) na UTI Adulto	Máximo de 4,4/1000	Relatório do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Prontuário Eletrônico do Paciente
Taxa de Mortalidade Institucional	Máximo de 1,8%	Relatórios do sistema de registro da produção
Taxa de Mortalidade Operatória	Máximo de 0,51%	Prontuário Eletrônico do paciente e relatórios de produção do Centro Cirúrgico

Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio	Máximo de 15 %	Atestado de Óbito, Prontuário Eletrônico do Paciente, relatórios de produção
Taxa de Mortalidade do Acidente Vascular Cerebral	Máximo de 7,4%	Atestado de Óbito, Prontuário Eletrônico do paciente, relatórios de Produção
Taxa de Mortalidade de pacientes com Sepsis	Máximo de 25%	Atestado de Óbito, Prontuário Eletrônico do paciente, relatórios de Produção
Taxa de ocorrência de Úlcera de Decúbito	Máximo de 5%	Prontuário Eletrônico do Paciente, relatórios de Produção

IV - Relacionados à Gestão da Clínica – Consolidado para Avaliação Trimestral a partir do 2º trimestre

Operação	Fonte de Verificação
Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em urgência e emergência	Protocolos e Auditoria do prontuário eletrônico do paciente

**V - Relacionados à inserção no Sistema de Saúde – Registro Mensal
Consolidado para Avaliação Trimestral**

Operação	Meta	Fonte de verificação
Taxa de atendimento aos usuários encaminhados pelo Complexo Regulador	Atender a 100% dos usuários referenciados para atendimento na urgência/emergência	Relatórios do sistema de registro da produção
Garantia de continuidade da Atenção	80 % de agendamentos realizados	Relatórios do sistema de registro da produção

VI - Relacionados à Gestão das Pessoas

Operação	Meta	Fonte de verificação
Percentual de Médicos com Título de Especialista	Mínimo de 82%	Relatório da área de Recursos Humanos, e Currículos.
Relação Enfermeiro/Leito	Mínimo de 0,40	Relatório da área de Recursos Humanos
Índice de Atividades de Educação Permanente	Mínimo de 6,5/1000 horas trabalhadas	Lista de presença dos encontros de Educação Permanente realizados e conteúdos explorados
Taxa de Acidente de Trabalho	Máximo de 0,30%	Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)

VII - Relacionados ao Desempenho na Área de Controle Social

Operação	Meta	Fonte de verificação
Prover meios de escuta dos usuários	Serviço implantado em até 3 meses de Funcionamento e resposta a 100% das demandas registradas.	Relatório trimestral dos atendimentos realizados por tipo de demanda e encaminhamento realizado
Avaliação da satisfação do usuário	Aplicar o questionário a no mínimo 60% dos usuários atendidos no Hospital e índice (mínimo) de satisfação de 80%	Relatório consolidado dos dados resultantes da aplicação do instrumento no trimestre

VIII - Relacionados ao Desempenho na área de Humanização

Operação	Fonte de Verificação
Implantar e manter Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do Programa HUMANIZASUS	Programa e cronograma do treinamento executado (lista de presença e conteúdo) no trimestre

IX - Relacionadas à Acreditação

Operação	Fonte de Verificação
Acreditação, após 24 meses de funcionamento, através de uma das organizações certificadoras.	Contrato com a organização certificadora e parecer da organização certificadora.

**ANEXO 4 - INDICADORES DE PRODUÇÃO E QUALIDADE PUBLICADOS NO
SITE DO HOSPITAL DO SUBÚRBIO**
(http://www.prodalsaude.com.br/?page_id=140)

HS

19/12/2011 08:28

GERE0160A

Indicadores Qualitativos

Pag 1 de 1

Período: 14/09/2011 a 13/12/2011 Dias: 91

Dados utilizados nos cálculos:

Paciente Dia: 25.854	MPe Todas Saídas: 4,09	MPe Saídas Externas: 8,32	TOH: 106,01%
Total Saídas (Int. + Ext.): 6.324	Saídas Internas: 3.217	Saídas Reg. (5 dias = 1 saída): 0	
Leitos Dia: 24.388	Média Leitos Disponíveis: Normais: 268	Virtuals: 48	
Pacientes da Emergência que NÃO foram Internados mas foram encaminhados para observação:			8.087

2 Desempenho da Atenção

Indicadores	Meta Trimestral / Memória de Cálculo	Valor
2.1 Intervalo de Substituição	01 dia - Memória de Cálculo: $(1 - \text{taxa de ocupação hospitalar}) \times \text{tempo médio de permanência} / \text{Taxa de ocupação hospitalar}$.	-0,2 dia(s)
2.2 Índice de Renovação	Mínimo de 4,9 - Memória de Cálculo: $\text{Total de Saídas} / \text{Número de leitos}$	20,0
2.3 Índice de Resolubilidade	Mínimo de 90% - Memória de Cálculo: $\text{Número de Clientes saídos em até 5 dias} / \text{número total de saídas} \times 100$.	92,3 %
2.4 Taxa de Atendimentos de Usuários em Regime de Não Urgência e Emergência	$\leq 10\%$ - Memória de Cálculo: $\text{Número de usuários em regime de não urgência e emergência atendidos} / \text{total de usuários atendidos} \times 100$.	4,8 %
2.5 Intervalo de Tempo para Realização de Cirurgia de Emergência	≤ 60 minutos em 90% dos casos - Memória de Cálculo: Intervalo de tempo entre a notificação da necessidade de cirurgia e a realização do procedimento anestésico para usuários que necessitam de cirurgia de emergência.	44 min
2.6 Taxa de Reingresso na UTI - Adulto Durante a Mesma Internação	Máximo de 2,3% - Memória de Cálculo: $\text{Número de reingressos na UTI Adulto durante a mesma internação} / \text{Número de saídas da UTI Adulto} \times 100$.	0,3 %

3 Qualidade da Atenção

Indicadores	Meta Trimestral / Memória de Cálculo	Valor
3.1 Densidade Global de Infecção Hospitalar	Máximo de 20/1.000 - Memória de Cálculo: $\text{Número de episódios de infecção hospitalar} / \text{Total de Clientes dia} \times 1.000$ (mensal)	8,5/1.000
3.2 Densidade de Infecção Hospitalar Associada a Cateter Venoso Central (CVC) na UTI Adulto	Máximo de 4,4/1.000 - Memória de Cálculo: $\text{Número de episódios de infecção primária da corrente sanguínea} / \text{Total de CVC dia} \times 1.000$ (mensal).	12,3/1.000
3.3 Taxa de Mortalidade Institucional	Máximo de 3,0% para o primeiro e segundo ano de operação. Máximo de 2,3% a partir do terceiro ano - Memória de Cálculo: $\text{Número de óbitos após 24 horas de internação} / \text{Total de saídas} \times 100$.	1,77 %
3.4 Mortalidade Operatória	Máximo de 0,51% - Memória de Cálculo: $\text{Número de óbitos operatórios} / \text{Número de cirurgias realizadas} \times 100$.	0,46 %
3.5 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio	Máximo de 15% - Memória de Cálculo: $\text{Número de óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio} / \text{Número de saídas hospitalares com código de diagnóstico principal de Infarto agudo do miocárdio} \times 100$.	7,87 %
3.6 Taxa de Mortalidade do Acidente Vascular Cerebral	Máximo de 7,4% - Memória de Cálculo: $\text{Número de óbitos por AVC} / \text{Número de saídas hospitalares com código de diagnóstico principal de AVC} \times 100$.	3,72 %
3.7 Taxa de Mortalidade de Clientes com Sepsis	Máximo de 25% - Memória de Cálculo: $\text{Número de óbitos por Sepsis} / \text{Número de saídas hospitalares com diagnóstico de Sepsis} \times 100$.	11,11 %

HS

26/09/2011 13:59

Indicadores Quantitativos

GERE0160

Pag 1 de 1

Período: 14/06/11 a 13/09/11 Ano: 1 Trimestre: 4 Perc. Conclusão: 100% Perc. Operação: 100%

Atividade	Área	Peso Previsto	Real	Perc. Real	
1	INTERNAÇÃO HOSPITALAR	72,45%	4.569	8.119	177,7%
	1.1 Clínica Médica		1.419	3.026	213,2%
	1.2 Clínica Cirúrgica		946	3.237	342,2%
	1.3 Pediatria		1.051	877	83,4%
	1.4 UTI Adulto		352	423	120,2%
	1.5 UTI Pediátrica		103	151	146,6%
	1.6 Semi Intensiva Adulto		411	270	65,7%
	1.7 Semi Intensiva Pediátrica		205	0	0,0%
	1.8 Internação domiciliar		82	135	164,6%
2	URGÊNCIA / EMERGÊNCIA / AMBULATÓRIO	21,00%	53.052	90.968	171,5%
	2.1 Atendimentos de Emergência		9.636	28.659	297,4%
	2.2 Consultas Pronto Atendimento / Triagem / Acolhimento		25.200	57.258	227,2%
	2.3 Consultas Ambulatoriais / Acompanhamentos para Egressos, nas áreas de Urologia, Ortopedia, Neurociru		14.400	2.996	20,8%
	2.4 Procedimentos Cirúrgicos e Ortopédicos Ambulatoriais		3.816	2.055	53,9%
3	SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT)	6,55%	61.266	176.753	288,5%
	3.1 Diagnóstico em Laboratório Clínico		30.675	149.831	488,4%
	3.2 Diagnóstico em Radiologia		6.816	14.737	216,2%
	3.3 Diagnóstico por Anatomia Patológica		5.751	679	11,8%
	3.4 Diagnóstico por Ultra-Sonografia		7.920	2.860	36,1%
	3.5 Diagnóstico por Ressonância Nuclear Magnética		990	670	67,7%
	3.6 Diagnóstico por Tomografia Computadorizada		2.970	4.884	164,4%
	3.7 Diagnóstico por Endoscopia		990	516	52,1%
	3.8 Métodos Diagnósticos em Especialidades (Eletrocardiograma e Eletroencefalograma)		3.600	2.576	71,6%
	3.9 Hemodinâmica		1.554	0	0,0%