



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL  
MESTRADO PROFISSIONAL EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E  
PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

**CRISTINA MARIA DA PAZ OLIVEIRA MARTINS**

**PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA UM NOVO PARADIGMA DE  
FINANCIAMENTO, CAMINHOS E DESAFIOS:  
O CASO DE BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte

2015

**CRISTINA MARIA DA PAZ OLIVERIA MARTINS**

**PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA UM NOVO PARADIGMA DE  
FINANCIAMENTO, CAMINHOS E DESAFIOS:  
O CASO DE BELO HORIZONTE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Faculdade de Medicina como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Promoção de saúde e suas bases: cidadania, trabalho e ambiente.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Carla Jorge Machado

Belo Horizonte

2015

M386p Martins, Cristina Maria da Paz Oliveira.  
Parceria Público-Privada um novo paradigma de financiamento, caminhos e desafios [manuscrito]: o caso de Belo Horizonte. / Cristina Maria da Paz Oliveira Martins. - - Belo Horizonte: 2015.  
89f.: il.  
Orientador: Carla Jorge Machado.  
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Parcerias Público-Privadas/legislação&jurisprudência. 2. Avaliação da Tecnologia Biomédica. 3. Administração de Serviços de Saúde. 4. Privatização/organização & administração. 5. Proposta de Concorrência. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Machado, Carla Jorge. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 540



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E**  
**PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.  
Linha de pesquisa: Promoção de saúde e suas bases: cidadania, trabalho e ambiente.

Reitor: Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora: Prof<sup>a</sup>. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof<sup>a</sup>. Adelina Martha dos Reis

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Humberto José Alves

Coordenadora do Centro de Pós-Graduação: Prof<sup>a</sup>. Sandhi Maria Barreto

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Prof<sup>a</sup>. Ana Cristina Cortês

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof. Antônio Leite  
Alves Radicchi

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof. Virgílio Baião  
Carneiro

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e  
Prevenção da Violência: Prof<sup>a</sup>. Elza Machado de Melo

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e  
Prevenção da Violência

Prof<sup>a</sup>. Andréa Maria Silveira

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Prof<sup>a</sup>. Cristiane de Freitas Cunha

Prof<sup>a</sup>. Eliane Dias Gontijo

Prof<sup>a</sup>. Elizabeth Costa Dias

Prof<sup>a</sup>. Eugênia Ribeiro Valadares

Prof<sup>a</sup>. Izabel Christina Friche Passos

Prof. Paulo Roberto Ceccarelli

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof<sup>a</sup>. Stela Maris Aguiar Lemos

Prof. Victor Hugo de Melo

Belo Horizonte

2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA  
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

## ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA CRISTINA MARIA DA PAZ OLIVEIRA MARTINS

Realizou-se, no dia 18 de setembro de 2015, às 14:00 horas, Faculdade de Medicina da UFMG, 062, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA QUALIFICAÇÃO DA INFRAESTRUTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE BELO HORIZONTE: UM NOVO PARADIGMA PARA HUMANIZAR*, apresentada por CRISTINA MARIA DA PAZ OLIVEIRA MARTINS, número de registro 2013712590, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Carla Jorge Machado - Orientador (UFMG), Prof(a). Eliane de Freitas Drumond (Prefeitura Municipal de Belo Horizonte), Prof(a). Elza Machado de Melo (Faculdade de Medicina UFMG DMPS).

A Comissão considerou a dissertação:

) Aprovada

) Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 18 de setembro de 2015.

Prof(a). Carla Jorge Machado ( Doutora )

Prof(a). Eliane de Freitas Drumond ( Doutora )

Prof(a). Elza Machado de Melo ( Doutora )

## **DEDICO**

Aos meus pais, minhas queridas irmãs, irmão  
e sobrinhas pelo incentivo e apoio, amor  
incondicional, colo e bençãos.

Em especial a Valéria pelos seus ensinamentos,  
que com sua sabedoria me abraçou  
nos momentos mais difíceis.

## **OFEREÇO**

Às meninas do GERGETRO/SMSA/PBH, pela torcida, carinho e cuidar.

Aos professores Edison, Risoneide, Celina e a toda Turma do NESCON/UFMG, por  
sempre acreditarem no meu potencial.

Aos trabalhadores da Secretária Municipal de Saúde e aos membros dos Conselhos de  
Saúde Municipal, Distrital e Local de Belo Horizonte.

## AGRADECIMENTOS

À Professor Carla Jorge Machado pela orientação, pelo cuidar, pela compreensão, por não ter desistido de mim em momento algum e por ter proporcionado as condições para realização desta dissertação.

À Professora Elza Melo, coordenadora do mestrado, pelos abraços, sorrisos, paciência pelos conselhos e por todo conhecimento que adquiri ao longo do curso.

Às meninas da secretária do Núcleo de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, sempre com um sorriso e um ombro amigo.

À professora Cristiane Fortini Controladora Geral do Município de Belo Horizonte e professora de Direito Administrativo da pós-graduação da Faculdade de Direito da UFMG, por compartilhar o seu saber.

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte pela oportunidade e apoio para o desenvolvimento do trabalho.

**Ao Jorge meu marido, e aos meus amados filhos Danielle e Bernard, o apoio e carinho durante todo este caminhar, que com certeza sem eles não teria conseguido chegar até aqui!**

Em especial ao Bernard que foi me introduzindo no campo da doutrina jurídica, pelos ensinamentos, conselhos, incentivo e apoio para chegar ao final.

As meninas do gabinete da saúde, Isabela, Patrícia e Carol, ao chefe de gabinete Marcos Mendes, Fabiano Pimenta atual Secretário de Saúde e a Suzana Rates pelos sorrisos, abraços, carinho, preocupação.

**Minha eterna gratidão ao Secretário de Saúde de Belo Horizonte, Marcelo Gouvêia Teixeira, que com sua força, conhecimento, dedicação e ideias ousadas, deixou um legado para o SUSBH.**

**O SUS que queremos e merecemos ter.**

Aos meus amigos da equipe do projeto, que cumpriram um extenso e rigoroso programa de trabalho, mas que diante da ousadia do caminho também fizeram as horas mais agradáveis: Tatiana pela amizade e companhia nas reuniões intermináveis, sempre com um sorriso, Warley pelos abraços e risadas, Bete por me introduzir no campo da demografia e pelas gargalhadas e a Paola pelos momentos de descontração e carinho. Ana, Mariela, Paula e Rogério que contribuíram de alguma forma para a construção do projeto. Em especial a Denise por acreditar e investir no meu potencial.

Aos consultores, em especial para o Bernardo, Alexandre e Luciano da PWC, por compartilhar tanto saber. A Marlene e Agnes da L+M GETES, companheiras no

trabalho de campo e nas longas caminhadas pela rede, mas sempre de bom humor. Ao Tomás do IFC, apontando os caminhos para dar certo. Ao Mário, da Machado Mayer, pela delicadeza e sabedoria que conduzia os momentos de grandes tensões e ao Lucas.

E a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a construção do Projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, possibilitando a consolidação desta dissertação.

À DEUS, pela força!

“Se você abre uma porta, você pode ou não entrar em uma nova sala. Você pode não entrar e ficar observando a vida. Mas se você vence a dúvida, o temor, e entra, dá um grande passo: nesta sala vive-se! Mas, também, tem um preço... São inúmeras outras portas que você descobre.

O grande segredo é saber quando e qual porta deve ser aberta. A vida não é rigorosa, ela propicia erros e acertos. Os erros podem ser transformados em acertos, quando com eles se aprende. Não existe a segurança do acerto eterno.

A vida é generosa, a cada sala que se vive, descobre-se tantas outras portas, e a vida enriquece quem se arrisca a abrir novas portas.

Ela privilegia quem descobre seus segredos e generosamente oferece afortunadas portas. Mas a vida também pode ser dura e severa.

Se você não ultrapassar a porta, terá sempre a mesma porta pela frente. É a repetição perante a criação, é a monotonia monocromática perante a multiplicidade das cores, é a estagnação da vida...  
Para a vida, as portas não são obstáculos,  
mas diferentes passagens!”

(Içami Tiba)

## RESUMO

Baseado na RDC 50 foi criado pela equipe de projeto da Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde, um instrumento que avaliou a condição da infraestrutura dos 147 Centros de Saúde do município de Belo Horizonte. Dos aspectos construtivos, ao conforto ambiental e humano, ergonomia, acessibilidade, sustentabilidade, eficiência energética, mobiliários e equipamentos biomédicos. Consolidados os dados, desvelou-se uma infraestrutura precária e deficiente. Dos 147 Centros de Saúde, 59 (40%) apresentavam condições estruturais incompatíveis com o cuidado. Estudos demográficos também apontaram um déficit de 21 Centros de Saúde.

Neste cenário emergiu um grande desafio para a administração Pública. Onde e como aportar os recursos financeiros demandados para alavancar os projetos, diante dos obstáculos de ordem orçamentária? Sem perder de vista as características do serviço público?

Encontrar alternativas de financiamento para o setor da saúde, que sejam mais modernas e eficientes, visando à melhoria das condições de trabalho, é fundamental para garantir a promoção da saúde do trabalhador e dos usuários.

Pesquisa exploratória e descritiva de natureza documental que busca apresentar um novo paradigma de financiamento, a Parceria Público-Privada, caminhos e desafios. Ressaltamos e comparamos alguns pontos da lei que em algum momento chamou a atenção pela sua especificidade ou inovação, visto a amplitude e complexidade do tema. Também foram analisadas as formas de parcerias já existentes com o terceiro setor e o repasse de verbas do Ministério da Saúde para a qualificação da infraestrutura de unidades de saúde.

Este estudo tem como objetivo, apresentar as modalidades e formas de financiamento para a qualificação da infraestrutura da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, com vistas a subsidiar os gestores no processo decisório, com ênfase na modalidade de Parceria Público-Privada (PPP) e o seu potencial enquanto ferramenta de financiamento, gestão e desenvolvimento. Tendo como eixo central a elaboração da Edital de Licitação 008/11.

Mediante as análises das diferentes formas de alocação de recursos e modalidade de contratos e frente às diversidades que vem enfrentando o setor da saúde, é mandatório buscar formas alternativas de financiamento.

Diante destas demandas e da crescente necessidade de qualificar a rede, sem desconsiderar outras propostas e sem querer oferecer uma resposta única à questão da crise financeira, a PPP parece oportuna no contexto atual. Em especial para empreendimentos inovadores e de grande magnitude, este novo paradigma de financiamento pode se constituir em um instrumento de viabilidade, em um cenário caracterizado pela imposição de restrições orçamentárias.

Descritores: Parcerias Público-Privadas/legislação&jurisprudência; Avaliação da Tecnologia Biomédica; Administração de Serviços de Saúde; Privatização/organização & administração; Proposta de Concorrência.

## ABSTRACT

Based on the RDC 50 was created by the Qualification project team Infrastructure of Primary Health Care, an instrument that evaluated the condition of the infrastructure of the 147 health centers in the city of Belo Horizonte. The constructive aspects, environmental and human comfort, ergonomics, accessibility, sustainability, energy efficiency, securities and biomedical equipment. Consolidated data, unveiled to a precarious and deficient infrastructure. Of the 147 health centers, 59 (40%) had structural conditions incompatible with the cares. Demographic studies also showed a deficit of 21 health centers.

In this scenario emerged a major challenge for the public administration. Where and how to contribute the financial resources required to leverage the projects before the budgetary obstacles? Without losing sight of the public service features?

Find alternative financing for the health sector, which are more modern and efficient, aimed at improving working conditions, it is essential to ensure the promotion of occupational health and users.

Exploratory and descriptive research of nature documentary that seeks to present a new paradigm of financing, public-private partnership, paths and challenges. We emphasize and compare some points of the law at some point drew attention for its specificity or innovation, as the breadth and complexity of the issue. They also analyzed the forms of existing partnerships with the third sector and the transfer of the Ministry of Health funds for qualifying infrastructure of health facilities.

This study aims to present the methods and forms of financing for qualifying infrastructure of Care Network Health Health System, in order to support managers in decision-making, with emphasis in the form of Public Private Partnership (PPP) and its potential as a financing tool, management and development. Having centered on the preparation of the invitation to bid 008/11.

Through the analysis of different forms of resource allocation and type of contracts and in the face of diversity that has been facing the health sector, it is mandatory to seek alternative forms of financing.

Faced with these demands and the growing need to qualify the network, without disregarding other proposals and unintentionally provide a single answer to the question of financial crisis, the PPP seems timely in the current context. Particularly for innovative ventures and of great magnitude, this new paradigm of financing may constitute a feasibility instrument, in a scenario characterized by the imposition of budget constraints.

Descriptors: Public-Private Partnerships / legislation & jurisprudence; Evaluation of Biomedical Technology; Health Services Administration; Privatization / organization & administration; Competitive Bidding.

## RESUMEN

Con base en la RDC 50 fue creado por el equipo de infraestructura del proyecto de clasificación de la Atención Primaria de la Salud, un instrumento que evalúa el estado de la infraestructura de los 147 centros de salud en la ciudad de Belo Horizonte. Los aspectos constructivos, confort ambiental y humana, ergonomía, la accesibilidad, la sostenibilidad, la eficiencia energética, de valores y de equipo biomédico. Datos consolidados, dio a conocer a una infraestructura precaria y deficiente. De los 147 centros de salud, 59 (40%) tenían condiciones estructurales incompatibles con los cuidados. Los estudios demográficos también mostraron un déficit de 21 centros de salud.

En este escenario surgido un gran desafío para la administración pública. ¿Dónde y cómo aportar los recursos financieros necesarios para aprovechar los proyectos antes de que los obstáculos presupuestarios? Sin perder de vista las características de servicio público?

Encontrar alternativas de financiamiento para el sector de la salud, que son más moderno y eficiente, orientado a mejorar las condiciones de trabajo, es esencial para asegurar la promoción de la salud y usuarios profesionales.

La investigación exploratoria y descriptiva del documental sobre la naturaleza que busca presentar un nuevo paradigma de financiamiento, asociación público-privada, caminos y desafíos. Destacamos y comparamos algunos puntos de la ley en algún momento llamó la atención por su especificidad o la innovación, como la amplitud y la complejidad de la cuestión. También analizaron las formas de asociación existentes con el tercer sector y la transferencia de los fondos del Ministerio de Salud para la infraestructura de clasificación de establecimientos de salud.

Este estudio tiene como objetivo presentar los métodos y formas de financiamiento para la infraestructura de clasificación del Sistema de Salud Health Care Network, con el fin de apoyar a los gerentes en la toma de decisiones, con énfasis en la forma de asociación público-privada (PPP) y su potencial como herramienta de financiación, gestión y desarrollo. Habiendo centrado en la preparación de la llamado a licitación 008/11.

A través del análisis de diferentes formas de asignación de recursos y el tipo de los contratos y en la cara de la diversidad que ha sido enfrenta el sector de la salud, es obligatorio a buscar formas alternativas de financiación.

Frente a estas exigencias y la creciente necesidad de calificar la red, sin dejar de lado otras propuestas y sin querer dar una sola respuesta a la cuestión de la crisis financiera, el PPP parece oportuna en el contexto actual. En particular para las empresas innovadoras y de gran magnitud, este nuevo paradigma de la financiación puede constituir un instrumento de viabilidad, en un escenario caracterizado por la imposición de restricciones presupuestarias.

Descriptorios: Asociaciones Público-Privadas / legislación & jurisprudência; Evaluación de Tecnología Biomédica; Administración de Servicios de Salu; Privatización / organización y administración; Licitación Pública.

## LISTA DE ABREVIATURAS

§ - Parágrafo

§§ - Parágrafos

AEIS - Áreas Especiais de Interesse Social

APS - Atenção Primária à Saúde

Art. 65, § 1º, I, d - leia-se, artigo, parágrafo, inciso, alínea.

Art. - Artigo

Arts. - Artigos

ACE - Agente comunitário de Endemias

ACS - Agente comunitário de Saúde

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Social

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CS - Centro de Saúde

DS - Distrito Sanitário

ESF - Equipe de Saúde da Família

IBGE – Instituto brasileiro de Geografia e Estatística

IFC - International Finance Corporation

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IQVU – Índice de Qualidade de Vida Urbano

LDC 50 - Resolução de Diretoria Colegiada

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Assistência à Saúde da Família

NOBs - Normas Operacionais Básicas

OMS - Organização Mundial de Saúde

OP - Orçamento Participativo

OS - Organização Social

OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMBH - Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

PIB - Produto Interno Bruto

PNH - Política Nacional de Humanização

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PPP - Parceria Público-Privada

s.d. - sem data

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SISMOB - Sistema de Monitoramento de Obras

SMSA - Secretaria Municipal de saúde

SPE - Sociedade de Propósito Específico

SUS - Sistema Único de Saúde

TCU - Tribunal de Contas da União

UBS - Unidade Básica de Saúde

## INDICE DE QUADROS

Quadro 1. Principais características das Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.....	32
Quadro 2 – Premissas para o repasse de verbas das portarias do Ministério da Saúde dos componentes, construção, reforma e ampliação. ....	34
Quadro 3 – Características das leis 8.666 e 11.079. ....	42
Quadro 4 - Componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço.....	47

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –Proposta de intervenção para a rede de atenção primária, por Distrito Sanitário e fonte do recurso, do município Belo Horizonte – 2011. ....	56
Gráfico 2 – Resultado da avaliação dos equipamentos clínicos da Atenção Primária, do município Belo Horizonte – 2011. ....	57
Gráfico 3 – Resultado da análise da demanda de novos centros de saúde, por Distrito Sanitário. Belo Horizonte – 2011. ....	58

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>1.1 Objetivo.....</b>	<b>19</b>
1.1.1 objetivo geral .....	19
1.1.2 Objetivos específicos .....	19
<b>1.2 Metodologia .....</b>	<b>20</b>
<b>2. CONSTRUÇÃO DO MARCO LEGAL QUE REGE A SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 O Regime Constitucional .....</b>	<b>22</b>
<b>2.2 Sistema Único de Saúde – SUS e a descentralização .....</b>	<b>23</b>
<b>2.3 O estado de Minas Gerais, o SUS e a descentralização.....</b>	<b>24</b>
<b>2.4 Conselho Municipal de Saúde .....</b>	<b>25</b>
2.4.1 Orçamento Participativo no Município de Belo Horizonte .....	26
<b>3. MODALIDADES DE PARCERIAS E FORMAS DE REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS .....</b>	<b>29</b>
<b>3.1 As Organizações Sociais e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público .....</b>	<b>30</b>
<b>3.2 Repasses de recursos do Ministério da Saúde: Programa de Requalificação de Unidades     Básicas de Saúde .....</b>	<b>33</b>
<b>3.3 Parceria Público-Privada: Lei nº 11.079 de 30 de dezembro de 2004 .....</b>	<b>35</b>
<b>3.4 Normas para Licitações: Lei 8.666 de 21 de junho de 1993.....</b>	<b>40</b>
<b>4. POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: HUMANIZASUS .....</b>	<b>43</b>
<b>4.1 Ambiência e o Programa Nacional de Humanização .....</b>	<b>44</b>
<b>5. Parceria Público-Privada: um novo paradigma de financiamento para a qualificação da infraestrutura da Atenção Primária À Saúde de Belo Horizonte .49</b>	
<b>5.1 Introdução .....</b>	<b>49</b>
<b>5.2 Material e Métodos .....</b>	<b>51</b>
<b>5.3 O percurso .....</b>	<b>51</b>
Formatação da equipe .....	51
Percepção da rede .....	52
O diagnóstico da rede da atenção primária.....	52
Percepção do mercado .....	55
Elaboração do edital .....	56
<b>5.4 Resultados e discussão .....</b>	<b>56</b>
<b>5.5 Conclusões.....</b>	<b>64</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>66</b>
<b>7. RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>69</b>
<b>8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>71</b>
<b>9. GLOSSÁRIO.....</b>	<b>76</b>
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>79</b>

<b>Anexo A: Critérios para a análise de classificação dos grupos A, B e C.....</b>	<b>79</b>
<b>Anexo B. Ocorrência dos itens avaliados nos 146 centros de saúde* dentro dos critérios de avaliação para classificação nos grupos, A-B-C.....</b>	<b>80</b>
<b>Anexo C. Projeto arquitetônico .....</b>	<b>81</b>
<b>Anexo D. Layout de arquitetura – térreo, padrão para todas as unidades.....</b>	<b>81</b>
<b>Anexo E. Layout de arquitetura –1º Pavimento. ....</b>	<b>83</b>
<b>Anexo F. Layout de arquitetura –Bloco 2 - 1º e 2º Pavimento.....</b>	<b>84</b>
<b>Anexo G. Exemplo de implantação, interligação e articulação de nova Unidade. ....</b>	<b>85</b>
<b>Anexo H. Exemplo esquemático da determinação da disponibilidade e de desempenho para um Centro de Saúde.....</b>	<b>87</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A rede de Atenção Primária à Saúde do Município de Belo Horizonte vem sofrendo um processo de degradação continuada, que se reflete em uma estrutura física e tecnológica decadente, sem condições de prestar suporte aos profissionais da saúde e aos usuários do sistema.

Os recursos captados pelo município de Belo Horizonte por meio das portarias publicadas pelo Ministério da Saúde, por si só, não contemplam integralmente as necessidades imediatas de intervenção na rede, visto à complexidade e à amplitude dessas necessidades.

A ambiência dos Centros de Saúde, que pode ser entendida como o espaço físico – arquitetônico –, é um aspecto estruturador dessa rede de atenção, sendo o espaço da atenção à saúde. Este espaço deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde quanto para os usuários (BRASIL, 2008). A X Conferência Municipal de Saúde reafirmou esta necessidade e estabeleceu as diretrizes fundamentais para o Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2010-2013.

Esta dissertação teve, então, como objeto de estudo, o projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde, construído sob a luz da Lei Federal nº 11.079, promulgada em 30 de dezembro de 2004 – a chamada “Lei Federal de PPP – Parceria Público-Privada” – e a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS – em 2003 pelo Ministério da Saúde.

O desejo pelo tema nasceu da minha vivência, quando em agosto de 2010, fui designada para assumir o cargo de Assessora Técnica do Projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte onde experienciei toda a sua formatação, da construção do arcabouço jurídico-econômico ao diagnóstico da infraestrutura dos 147 centros de saúde, das sete centrais de material estéril, dos oito laboratórios clínicos distritais e um Municipal, e da lavanderia. Estes espaços atualmente compõem a rede da Atenção Primária à Saúde do Município. A análise de todos os instrumentos e dados coletados culminou na construção e na publicação do Edital 008/2011, fruto de toda mobilização, mediação de interesses e vivências de vários segmentos e atores sociais

envolvidos no processo, ou seja, gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde.

Esta dissertação está organizada em sete capítulos, além deste introdutório que trata dos objetivos e da metodologia. O segundo capítulo trata da construção do marco legal da municipalização da saúde no Brasil e o papel da participação popular, situando o Município de Belo Horizonte neste contexto. No terceiro capítulo introduz-se o leitor no campo das leis e portarias, apresentando as formas e modalidades de contratação e os trâmites legais para os repasses financeiros, com ênfase na lei que versa sobre a Parceria Público-Privada. Na sequência foi apresentada a lei da licitação. O quarto capítulo traz as premissas concebidas pelo referencial teórico da Política Nacional de Humanização (PNH) com foco na ambiência. A sua importância reside em ser um dos pilares para a melhoria do processo de construção de projetos arquitetônicos em saúde. No quinto capítulo o projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde, os caminhos, as potencialidades e os desafios para a sua modelagem, através do estudo de caso *Artigo 1 – Parceria Público-Privada: um novo paradigma de financiamento para a qualificação da infraestrutura da Atenção Primária À Saúde de Belo Horizonte*, ainda não submetido, é apresentado. Finalmente, o sexto e o sétimo capítulos trazem as conclusões e as recomendações para futuras pesquisas relacionadas com o tema.

## **1.1 Objetivo**

### *1.1.1 objetivo geral*

Apresentar as formas de financiamento para a qualificação da infraestrutura da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, com vistas a subsidiar os gestores no processo decisório, com ênfase na modalidade de Parceria Público-Privada e o seu potencial enquanto ferramenta de financiamento, gestão e desenvolvimento.

### *1.1.2 Objetivos específicos*

- Apresentar os instrumentos utilizados para a construção do diagnóstico da infraestrutura da rede de Atenção Primária do município de Belo Horizonte;

- Analisar a infraestrutura da rede de Atenção Primária à Saúde do município de Belo Horizonte sob à luz da Política Nacional de Humanização;
- Analisar a construção da proposta de Parceria Público-Privada na modelagem do projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde do município de Belo Horizonte, potencialidades e desafios.

## ***1.2 Metodologia***

Pesquisa exploratória e descritiva de natureza documental que apresenta um novo paradigma de financiamento, a Parceria Público-Privada. Buscamos ressaltar e comparar as principais características das leis que regem as parcerias do setor da saúde no Brasil, assim como as forma e repasse de verbas de incentivo para a qualificação da infraestrutura da atenção básica.

A pesquisa documental foi realizada com base no referencial teórico de juristas especialistas em direito administrativo. Para tanto foram utilizados livros, artigos e site jurídicos. Os descritores utilizados foram parcerias, Organizações Sociais, OSs, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, OSCIP, terceiro setor, Parcerias Público-Privadas, PPP.

Por meio do site do Ministério da Saúde foi realizada a consulta às portarias que estabelecem as formas e o valor do repasse de incentivos financeiros para a construção, reconstrução, reforma e ampliação de unidades básicas de saúde e o documento base da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão para gestores e trabalhadores do SUS e seus cadernos.

Para a construção do referencial do Orçamento Participativo e do Conselho Municipal de Saúde, foi realizada a busca no site oficial da prefeitura de Belo Horizonte.

Os dados para a elaboração do estudo de caso foram coletados através de fonte secundária. A pesquisa foi realizada no banco de dados que fomentou a construção do edital 008/201. Este está composto de planilhas de estudos econômico-financeiro, instrumento utilizado na

coleta de dados para o diagnóstico dos 147 centros de saúde e seus três anexos, laboratório e Central de material estéril, documentos jurídicos, atas, memorandos, agendas, plano de trabalho, propostas, relatórios, cronogramas, entrevistas com gerentes do nível central e distrital, questionamentos, comunicados e esclarecimentos encaminhados aos participantes das consultas públicas, arquivos de apresentação do projeto para os Distritos Sanitários, Conselho Municipal de Saúde, Road Show, audiência pública e governo. Também analisamos os cadernos que compõem o certame objeto deste estudo - Edital 008/2011 do Processo 04.001.226.11.05 - intitulado Projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde do Município de Belo Horizonte, publicado em 30 de dezembro de 2011, na página oficial da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Pesquisamos também o banco de dados onde estão consolidados e analisados os dados coletados para o diagnóstico, análise das fontes e valor de financiamento provenientes do Ministério da Saúde e do Recurso Orçamentários do Tesouro municipal, construído pela autora e suas anotações das aulas ministradas pelos consultores e da disciplina Direito Administrativo, cursada durante o mestrado.

## **2. CONSTRUÇÃO DO MARCO LEGAL QUE REGE A SAÚDE NO BRASIL**

### ***2.1 O Regime Constitucional***

A saúde é constitucionalmente definida como direito social. Compete aos Municípios, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, a prestação dos serviços de atendimento à saúde da população. A Constituição Federal, promulgada em 05 de outubro de 1988, regulamentou o Sistema Único de Saúde – SUS – assegurando que a saúde é direito de todos e dever do Estado. As ações governamentais têm como base os pilares da universalidade, integralidade e equidade, submetidas ao controle social. Os custeios das ações de saúde devem ocorrer com recursos da seguridade social nas três esferas de governo, assegurando a participação do setor privado em caráter complementar e sob as regras públicas. As ações devem ser pautadas nas diretrizes de descentralização, com comando único em cada esfera de governo, regionalização e hierarquização.

Em sua definição constitucional, os serviços de saúde estão incluídos no rol dos serviços sociais. Estes serviços, segundo Sundfeld (2006):

À semelhança dos serviços públicos, são atividades cuja realização gera utilidades ou comodidades que os particulares fruem direta e individualmente. A prestação de tais serviços é dever inafastável do Estado, tendo os indivíduos o direito subjetivo de usufruí-los. O objetivo do Constituinte ao outorgar tais competências ao Poder Público não foi o de reservá-las, mas sim o de obrigar o seu exercício (SUNDFELD, 2006, p.83).

A Constituição Federal no seu art. 197 preconiza que a prestação dos serviços de saúde, sua regulamentação, fiscalização e controle sejam prestados diretamente pelo Poder Público ou indiretamente por meio de terceiros. Tem-se, dessa maneira, um serviço não exclusivo, que é prestado pelo Estado, embora seja admissível a prestação também por entidades privadas.

Em resumo, há ao menos três regimes de prestação dos serviços de saúde, constitucionalmente admitidos: regime de prestação pelo Estado, de relevante interesse público, prestado gratuitamente e de forma obrigatória à integralidade da população; o regime de prestação privado, sujeito ao interesse do particular, que está pautado nas regras

de mercado e na aferição de lucro, embora conformado pela regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público; e, finalmente, participação de agentes privados no SUS.

## ***2.2 Sistema Único de Saúde – SUS e a descentralização***

O SUS é composto por uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, constituindo o meio pelo qual o Poder Público cumpre seu dever na relação jurídica de saúde. O SUS é, reconhecidamente, uma das maiores conquistas do povo brasileiro nos últimos 27 anos, por revelar-se uma política pública mais inclusiva, garantindo ao cidadão brasileiro o direito à atenção à saúde de forma integral e gratuita. Garante ainda o direito à reabilitação, à promoção e à proteção da saúde implicando em ações e serviços federais, estaduais e municipais.

A partir de 1980, iniciou-se o movimento para a descentralização dos serviços de saúde no Brasil, como parte do processo de redemocratização. Anteriormente, este regime autoritário caracterizava-se por ser centralizado, burocrático, excluyente, produzindo assim ações sociais fragmentadas e descoordenadas. Em 1985, ganhou força com o movimento pela reforma sanitária, tendo como marco histórico a VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986.

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

Atualmente, a organização sanitária está pautada na universalização do cuidar, ficando ao encargo da esfera municipal a sua consolidação. Esta afirmativa está pautada na Constituição Federal Brasileira de 1988, que cria o SUS, e dois anos após a sua criação, a Lei 8080/90, mais conhecida como a Lei Orgânica da Saúde. Esta lei regulamenta o SUS em termos da sua organização, direção e gestão. Além de definir as competências e atribuições nas três esferas de governo, do funcionamento e da participação complementar

dos serviços privados de assistência à saúde e da política de recursos humanos (PESTANA E MENDES, 2004).

### ***2.3 O estado de Minas Gerais, o SUS e a descentralização***

Em 1991, o Estado de Minas Gerais, por meio da Secretaria Estadual de Saúde – SES – e o município de Belo Horizonte celebraram convênio visando à descentralização executiva das Unidades de Saúde, garantindo a resolutividade do sistema local de saúde com vistas à consolidação do SUS. Para a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2009), a municipalização é entendida como a transferência para o município do poder de gestão dos serviços de saúde, até então centrados nos órgãos estaduais e federais sediados no seu território, e a construção de um novo modelo de atenção à saúde.

O repasse dos imóveis de saúde sob a tutela do Estado ao Município se deu por comodato. Esta modalidade traz em seu bojo limitações que coíbem qualquer tipo de intervenção para a melhoria da infraestrutura. As benfeitorias, que porventura fossem realizadas, não seriam reembolsáveis, cabendo referência ao art. 584 do Código Civil: *o comodatário não poderá jamais recobrar do comodante as despesas feitas com o uso e gozo da coisa emprestada*. Assim, ao longo destas duas décadas, investiu-se muito pouco na infraestrutura das unidades de saúde. A rede de atenção primária estagnou, não expandiu e foi se deteriorando.

Pestana e Mendes (2004) sinalizam que esta situação também se deu pela banalização do serviço ofertado pela Atenção Primária à Saúde como uma atenção de baixa complexidade, reforçando a visão inadequada e incorreta de que esta é para a população menos favorecida e pode ser oferecida em espaço físico improvisado.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde, baseado neste cenário, argumenta que, os países comprometidos com a universalização da saúde realizaram fortes investimentos em infraestrutura, recursos humanos, tecnologia e medicamentos para atenção primária (BRASIL, 2014a). Pelo menos cinquenta por cento da população brasileira, ao longo dos últimos anos é coberta pelo SUS, segundo dados de 2014. Apesar das evidentes e importantes melhorias nas condições de vida dos menos favorecidos, contudo, *a cobertura*

*não consegue se expandir rapidamente pelas iniquidades na distribuição geográfica, de pessoal de saúde e da infraestrutura* (BRASIL, 2014a, p.50).

Enfim, o processo de descentralização e regionalização transferiu aos municípios deveres e responsabilidades que antes ficavam ao encargo do Governo Federal e dos governos Estaduais, delegando aos municípios a gestão do seu sistema de saúde. Estes passaram a ter autonomia e o poder de decisão para a definição de ações estratégicas ao enfrentamento dos problemas e necessidades locais da população.

#### ***2.4 Conselho Municipal de Saúde***

A Lei 8.142/90 delimita a atuação dos conselhos de saúde na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (BRASIL, 1990). A mesma lei estabelece, como um dos critérios exigidos para o repasse regular e automático de recursos destinados à cobertura de ações e serviços de saúde, a existência de conselho de saúde com composição paritária, ficando assim estabelecido, 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores e prestadores de serviços (BRASIL, 1990).

Para o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS, s.d) e para Alvarenga e Dias (2010) os Conselhos Municipais de Saúde – CMS – *são meios pelos quais a sociedade compartilha a responsabilidade da gestão da cidade com a administração, com o objetivo de produzir maior eficiência e transparência das ações*. Os investimentos do Orçamento Participativo<sup>1</sup> – OP – ampliam a oferta de escolas, centros de saúde, centros culturais, áreas de lazer, moradias e, sobretudo, de obras de infraestrutura que levam o desenvolvimento urbano e social a todas as regiões da cidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, s.d).

Nesta perspectiva, Takamatsu (1996), conclui que a prática do OP é um exemplo de incorporação das demandas da população, através da criação de canais alternativos. Afirma, ainda, que a participação popular busca criar resistências à exclusão social e

---

<sup>1</sup> O Orçamento Participativo será abordado mais detalhadamente em item subsequente desta dissertação.

catalisar ações, potencializando-as para a ampliação do acesso a bens e ao consumo coletivo.

Neste momento é importante destacar o papel do CMS na visão do CONASEMS:

O CMS deve discutir e aprovar o Plano Municipal de Saúde, o Relatório de Gestão Anual, as prestações de contas e, ainda, discutir e apreciar diretrizes para as políticas, programas e ações que serão implementadas no município. É necessário existir uma rotina mínima para os Conselhos que é sua importante participação na elaboração dos planos e em seu acompanhamento, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O grande impasse dos conselhos é justamente quando desconhecem sua dupla missão de ajudar a fazer e aprovar o plano, assim como acompanhar e controlar econômica e financeiramente este plano, objeto principal do controle social. Para exigirmos eficiência e eficácia das ações e serviços de saúde nos municípios devemos ser co-autores da principal ferramenta que detém essas informações que é o plano de saúde, além de acompanhá-lo, avalia-lo monitorando-o constantemente. (CONASEMS, s.d, p.19)

#### *2.4.1 Orçamento Participativo no Município de Belo Horizonte*

O Orçamento Participativo (OP) foi instituído em 1993, pelo então prefeito do Município de Belo Horizonte Patrus Ananias, com enfoque no fortalecimento da democratização do Estado, visibilidade e transparência do processo orçamentário. Este espaço é de discussão de demandas e negociação de interesses sociais onde está garantida formalmente a participação de associações, movimentos sociais e cidadãos, visando à interação do processo decisório sobre a alocação de recursos do município. Trata-se de uma forma de democracia direta, que por sua vez favorece a democracia representativa (ALVARENGA e DIAS, 2010).

A distribuição dos recursos destinados para o OP está atrelada ao Índice de Qualidade de Vida Urbano – IQVU –. Este índice foi construído após análise de vulnerabilidade social da população, ou seja, quanto mais carente e populosa a região, maior o volume de recursos recebido (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2014).

A cada dois anos, a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e lideranças comunitárias convocam a população para participarem do OP por meio de assembleias populares das nove regionais, onde são elencados e priorizados empreendimentos para o

desenvolvimento local, como construção/reforma de escolas municipais e de centros de saúde, urbanização de vias, praças, entre outras.

Resumidamente, pode-se dizer que o processo se inicia nas regionais com a apresentação das diretrizes, metodologia, calendário e valor dos recursos financeiros aprovados, e a eleição dos delegados, que serão os representantes legais da regional, com poder de voto. Após este processo, são selecionados no mínimo três empreendimentos por bairro, com definições de prioridade, e encaminhados para a análise de viabilidade. Após aprovação técnica e financeira, é feita a votação de 14 empreendimentos – objetos do OP – dados os trâmites legais e o montante de recursos.

No segundo momento são realizadas reuniões nos Territórios de Gestão Compartilhada, regionais, com a participação da população e seus representantes legais, com o objetivo de selecionar e priorizar 25 (vinte e cinco) empreendimentos. Estes são avaliados pelos técnicos da prefeitura juntamente com os delegados, com presença obrigatória, em relação a sua viabilidade e custo. Após aprovação técnica e financeira, é feita a votação de 14 (quatorze) empreendimentos – objetos do OP – dados os trâmites legais e o montante de recursos. Casos estes empreendimentos não absorvam todo o recurso, poderá ser votado mais um empreendimento, mas que não ultrapasse o valor residual.

A distribuição dos recursos destinados para o OP está atrelada ao Índice de Qualidade de Vida Urbano (IQVU). Este índice foi construído após análise de vulnerabilidade social da população e, quanto mais carente e populosa a região, maior o volume de recursos recebido (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2014).

Após a aprovação das propostas pelo poder público e mediante a liberação do recurso, a obra é licitada, segundo a Lei 8.666/93, onde ganha a empresa que apresentar melhor proposta. A primeira etapa consiste na licitação para a elaboração do projeto do empreendimento e, após sua aprovação pelas instâncias responsáveis, é feita uma nova licitação para execução da empreitada.

A edição do Orçamento Participativo 2015/2016, apresenta como valores destinados para realização dos empreendimentos um montante de R\$ 150 milhões do orçamento municipal, a serem distribuídos entre as nove regionais. Nesta edição do OP estão vetadas as

solicitações que visem construções e reformas de equipamentos de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2014).

A construção e reformas de vários equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde estão previstas em outros projetos sustentadores e estão sendo viabilizadas através de Parceria Público-Privada – PPP. Podem ser apresentadas as seguintes solicitações: Reformas, revitalizações e ampliações de equipamentos de saúde, desde que não envolvam desapropriações e que não estejam previstas na Parceria Público-Privada – PPP da saúde. (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2014).

### **3. MODALIDADES DE PARCERIAS E FORMAS DE REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS**

No Brasil, a política macroeconômica dos anos 1990 e 2000 e, mais recentemente, a do governo Lula vem determinando as difíceis condições de financiamento do SUS e da Seguridade Social, instituídos pela Constituição Federal de 1988 (MENDES, 2009). Fica evidente nessa relação, que a prioridade dada ao capital financeiro não só inviabiliza o crescimento econômico, como também a garantia de um financiamento para as áreas sociais, principalmente da saúde pública brasileira. É notória a deficiência financeira e a morosidade do sistema no que tange as relações com o setor da saúde (MENDES, 2009).

De fato, em que pese a União cumprir a determinação constitucional de gastos mínimos com ações e serviços públicos de saúde, o governo brasileiro ainda gasta pouco frente aos países desenvolvidos. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, há variações entre países com níveis semelhantes de rendimento, indicando diferentes níveis de compromisso governamental com a saúde. Quando o Brasil é comparado com outros países que possuem sistemas universais de saúde, nota-se, claramente, *que o percentual em relação ao PIB e os valores gastos estão muito aquém, o que deixa evidente o subfinanciamento do SUS, o que ocorre desde a sua criação* (CONASS, 2009, p.14).

Em setembro de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29 que determina que o financiamento do SUS é responsabilidade das três esferas de governo. Os Municípios e Distrito Federal devem aplicar, anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos estados 12%. O montante aplicado pela União deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual (CONASS, 2012). No entanto, a realidade percebida é que os recursos públicos destinados ao SUS, apesar de apresentarem crescimento, não são suficientes para melhorar substantivamente a qualidade dos serviços prestados pelo sistema público de saúde do País.

### ***3.1 As Organizações Sociais e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público***

O SUS prevê uma estrutura organizacional híbrida de gestão da saúde, baseada no funcionamento de uma rede de atendimento pública e gratuita ao cidadão, trabalhando de forma concomitante, com as organizações sem fins lucrativos e com a rede privada de planos de saúde. Essa forma de gestão da saúde é conhecida como parceria.

Em sentido *lato sensu*, as parcerias público-privadas compreendem diversas formas de relacionamento entre o Estado e a iniciativa privada com vistas ao desenvolvimento de infraestrutura e de serviços de interesse público. A iniciativa privada tem como função participar com a capacidade de investir e de financiar, atuando com flexibilidade e com competência gerencial e operacional, enquanto o setor público assegura a satisfação do interesse público.

Essas parcerias do estado com a iniciativa privada e com as entidades não governamentais na prestação dos serviços de saúde pública foram intensamente ampliadas nos últimos vinte anos, tendo em vista que o poder público não tem mais condição de arcar, sozinho, com o financiamento e execução dos serviços (MODESTO, 2011). Estas organizações não governamentais são conhecidas como o “*terceiro setor*”, assim entendido por Barreto como:

Aquele composto por entidades da sociedade civil, sem fins lucrativos, e de finalidade pública, é uma zona que coexiste com o chamado Primeiro Setor – o Estado, e o Segundo Setor, o mercado. Trata-se, em suma, do desempenho de atividades de interesse público, embora por iniciativa privada. Daí porque, em muitos casos, as entidades integrantes de tal setor recebem subvenções e auxílios por parte do Estado, em decorrência de sua atividade de fomento. (BARRETO, 2005, p.51).

Neste contexto, uma vez que o setor público não necessariamente tem que possuir *expertise* em todos os seguimentos de serviços, o setor privado, quando comprovadamente for mais eficiente, poderá ser chamado para auxiliar na promoção da saúde, através da atuação em serviços não assistenciais.

A Constituição Federal, em seu art. 197, estabelece que os serviços de apoio e infraestrutura possam ser geridos pelo parceiro privado, ou seja, o serviço não assistencial.

O referido artigo ainda ressalta a relevância pública das ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Esta regulamentação também está contida no art. 199 da Constituição Federal, ao proclamar que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, e completa no seu primeiro parágrafo (§ 1º) que, as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

A Lei Federal 9.637/98, que instituiu as Organizações Sociais – OS's – caracteriza-as como entidades de interesse social e de utilidade pública, permitindo que estas absorvam atividades de entidade federal extinta no âmbito da área de saúde. Suas atividades devem ser direcionadas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, e à saúde.

Para Di Pietro (2009) fica evidente que o objetivo das OS's é o de substituir o Estado na prestação dos serviços, mesmo que este continue como o titular. A assunção dos serviços se dá pela constituição de uma associação ou uma fundação sem fins lucrativos, pelos próprios dirigentes do órgão público, para se qualificarem perante o Poder Público mediante a apresentação de um projeto. Uma vez aceito, dar-se-á a transferência da administração do órgão extinto, com a entrega das atividades, a cessão de bens, dos seus servidores, além da transferência de recursos.

Di Pietro (2009) chama a atenção para a forma de contratação das OS's, pois não há na lei federal qualquer previsão de licitação para escolha da entidade que vai receber esta qualificação e que, posteriormente, poderá celebrar o contrato de gestão. A autora tece críticas sobre as exigências para a referida qualificação, já que sequer precisam demonstrar a sua existência prévia, podendo ser constituída "*ad hoc*", com o objetivo único de se qualificarem. A soma destes fatores denota que as OS podem ser utilizadas com objetivos diferentes dos propostos originalmente, qual seja, prestar serviços para a sociedade de promoção da saúde.

A Lei Federal 9.790/99 que regulamenta a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP – estabelece que estas sejam entidades criadas pela iniciativa privada para o fomento e a execução de atividades consideradas de interesse público. A lei que criou a OSCIP, regulamentando as relações entre o Estado e a organização da Sociedade Civil surgiu como uma alternativa de atuação legal para o Terceiro Setor (INSTITUTO DE POLÍTICAS RELACIONAIS, s.d). Esta mesma lei veio para distinguir o caráter público do caráter privado e também para fortalecer a Sociedade Civil ao introduzir uma nova concepção de esfera pública social. Isto nada mais é do que o reconhecimento do caráter público em organizações não estatais, partindo da ideia de que o público não é monopólio do Estado. Isto é outro modo da Sociedade Civil caminhar para sua emancipação, consolidando e legitimando uma nova institucionalidade que a reconheça como sujeito público e como ator social, construindo sistemas de financiamento público sustentáveis para desenvolver suas atividades públicas. (INSTITUTO DE POLÍTICAS RELACIONAIS, s.d).

***Quadro 1. Principais características das Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.***

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>OS – Organização Social</b>	<b>OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público</b>
<b>Natureza Jurídica</b>	Associação ou fundação privada, sem fins lucrativos, constituída de acordo com o Código Civil.	
<b>Obtenção</b>	Vinculada ao cumprimento dos requisitos legais.	
<b>Forma de obtenção</b>	Ato vinculado.	Discrecionária.
<b>Legislação</b>	Leis 9.790/99.	Lei federal 9.637/98.
<b>Prestação de contas</b>	Anual.	
<b>Controle governamental</b>	Por resultados atingidos.	
<b>Controle interno</b>	Conselho Fiscal	Conselho de administrativo
<b>Fomento</b>	Transferência de: serviços, recursos orçamentários, bens e servidores públicos.	Transferência de: recursos orçamentários e bens públicos.
<b>Contratação</b>	Contratadas para prestar serviços sem a necessidade de licitação	

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>OS – Organização Social</b>	<b>OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público</b>
<b>Finalidade</b>	Absorver serviço público já existente.	Implementar projetos.
<b>Contratação do quadro funcional</b>	Dispensadas de concurso	

Fonte: DI PIETRO, 2009.

Analisando os detalhes das leis, fica evidente que a presença e a difusão de tais entidades, abrem precedentes para a delegação dos serviços públicos de saúde assistenciais de competência do poder público, como alternativa à execução direta. Soma-se isto ao fato de que não estão subordinadas ao regime jurídico imposto, pois não é necessário o preenchimento de seu quadro funcional através de concurso e, como não são disciplinadas pela Lei 8.666/93, estão dispensadas dos processos licitatórios para a compra de serviços e/ou bens (DI PIETRO, 2009).

Enfim, caso o Poder público transfira o gerenciamento da assistência à saúde para entidades privadas sem estar devidamente instrumentalizado, ou incorra no erro de contratar organizações não qualificadas, há risco de uma piora na qualidade dos serviços, assim como o desvio e desperdício dos recursos públicos (DI PIETRO, 2009).

### ***3.2 Repasses de recursos do Ministério da Saúde: Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde***

O Ministério da Saúde entende que uma rede de atenção básica bem estruturada é capaz de resolver cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde enfrentados pela população, e define a Unidade Básica de saúde como sendo:

[...] a porta de entrada preferencial do SUS em que são executadas ações de prevenção e reabilitação de doenças e a saúde nas comunidades. Tem como objetivo atender aos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade e encaminhamento para hospitais. A UBS desempenha um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade e é instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem. (BRASIL, 2014b, p.9)

Buscando sanar a falta de recursos públicos e outros entraves relativos à infraestrutura da rede de atenção básica, em 2011 foi lançado pelo Ministério da Saúde o *Requalifica UBS*:

*Requalificação das Unidades Básicas de saúde.* O programa tem como foco a estruturação e o fortalecimento da atenção básica com base na premissa de que uma estrutura física de qualidade é um instrumento facilitador para a mudança da prática das equipes de saúde.

O Programa de Requalificação de UBS tem como objetivo criar incentivo financeiro para as Unidades Básicas de Saúde implantadas em todo território nacional, como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica, visando a qualificação e desempenho de suas ações. A proposta do programa é o repasse de recursos aos Municípios para construção, reconstrução, reformas e ampliações de Unidades Básicas de Saúde, conforme as portarias publicadas pelo Ministério da Saúde elencadas no Quadro 1.

**Quadro 2 – Premissas para o repasse de verbas das portarias do Ministério da Saúde dos componentes, construção, reforma e ampliação.**

PORTARIA	VALOR	METRAGEM
Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011, componente reforma.	- R\$ 30.000,00 a R\$ 150.000,00 - R\$ 30.000,00 a R\$ 350.000,00	- 153,24m <sup>2</sup> a 293,28m <sup>2</sup> > 293,28m <sup>2</sup>
Portaria nº 2.394, de 11 de outubro de 2011, componente ampliação.	- R\$ 50.000,00 a R\$ 250.000,00	- sem definição de metragem.
Portaria nº 340, de 4 de março de 2013, componente construção.	- R\$ 408.000,00 - R\$ 512.000,00 - R\$ 659.000,00 - R\$ 773.000,00	- UBS Porte I - UBS Porte II - UBS Porte III - UBS Porte IV

Fonte: Portarias do Ministério da Saúde, PT nº 2912 de 12dez11, PT 2814 de 29nov2011 e PT 2.394 de 11 de outubro de 2011.

Os municípios que forem habilitados pelas portarias farão jus aos recursos os quais serão repassados em parcelas de acordo com o componente pleiteado pelo Município. Toda a documentação referente à obra, aos documentos e às fotos deve ser anexada em uma plataforma específica do Ministério da Saúde, o Sistema de Monitoramento de Obras – SISMOB. Se as regras/etapas não foram cumpridas, haverá obrigação do município em devolver os recursos para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a).

Nas portarias dos componentes construção, reforma e ampliação está estabelecido que, caso o custo final da obra seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores correrá por conta do Município ou Distrito Federal.

### **3.3 Parceria Público-Privada: Lei nº 11.079 de 30 de dezembro de 2004**

O sistema de saúde brasileiro passou por várias modificações no decorrer de sua história e atualmente apresenta-se como um projeto ousado que propõe ser universal, descentralizado, regionalizado, hierarquizado e equânime. Apesar do progresso advindo do SUS observa-se a existência de descompassos gerenciais e funcionais que inviabilizam a estratégia de eficiência do modelo (BERTO, 2012). Neste sentido, o Estado reconhece que muitas das dificuldades que enfrenta podem ser superadas por meio de parcerias com setor privado, pois estas são [...] *fórmulas modernas para superar a ineficácia estatal em determinados setores* (MARQUES, 2009, p.74).

Neto e Schirato (2011) trazem o conceito para o termo parceria no sentido *strictus sensu* e tem-se então, as Parcerias Público-Privadas associadas exclusivamente aos dois modelos nela contidos: *concessão patrocinada e concessão administrativa*.

Apesar de haver interesses diversos entre os dois setores, o privado na busca do lucro e o público na busca do interesse público, há a possibilidade de conciliar esses dois interesses através de mecanismos legais e contratuais. Assim, surge no ordenamento jurídico a lei que regula a Parceria Público-Privada (PPP).

A PPP foi regulamentada no Brasil através da Lei Federal nº 11.079/04 que institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

O estado de Minas Gerais, já vislumbrando as vantagens da PPP para a qualificação do serviço público, antecedeu a Lei Federal publicando, em 16 de dezembro de 2003, a Lei nº 14.868 que institui e estabelece normas específicas de licitação e contratação dos projetos a serem executados no âmbito da PPP. Em 14 de janeiro de 2005, o Município de Belo

Horizonte através da Lei nº 9.038, também estabeleceu as regras para esta nova modalidade de financiamento de serviços públicos.

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

A PPP é uma modalidade de concessão administrativa ou patrocinada que traz em seu bojo uma abordagem inovadora para a administração pública. Seja para a realização de obras de infraestrutura, ou a prestação de serviços públicos. Visa aperfeiçoar o desempenho de ambos os setores público e privado, compartilhando responsabilidades e riscos (PORTUGAL e PRADO, 2007; Di Pietro 2012).

Melhora a oferta da qualidade na prestação do serviço ao propor um prazo: não inferior a 5 (cinco) anos, pois estimula o investimento; porém, não superior a 35 anos, e o valor do investimento, não podendo ser inferior a vinte milhões. Estabelece a repartição de riscos e a constituição de um fundo garantidor, aumentando a confiança do mercado, e a constituição de uma Sociedade de Propósito Específico (SPE), específica para o empreendimento. Vincula o valor da contraprestação a indicadores de qualidade e disponibilidade dos serviços, e mantém o controle das ações e serviços através da gestão do contrato (PORTUGAL e PRADO, 2007).

De acordo com Moraes (2006), Farquharson e Ellis (2010), e Di Pietro (2012), esta modalidade está consolidada ou em desenvolvimento em alguns países, dentre eles: Austrália, Áustria, Bélgica, Brasil, Bulgária, Canadá, Chile, Itália, Japão, Coréia, México, Peru, Portugal, Polônia, Rússia, EUA, Reino Unido – Grã-Bretanha e Irlanda do Norte –. Di Pietro (2012) ressalta que este é um sistema de contratação pelo Poder Público ante a falta de disponibilidade de recursos financeiros e que aproveita a eficiência de gestão do setor privado. E, no caso do Brasil, representa uma alternativa para o crescimento econômico, em face das enormes carências sociais e econômicas do país.

Neto e Schirato (2011) e Di Pietro (2012) afirmam que a PPP demonstra ser um instrumento essencial para a renovação e a ampliação da desgastada e insuficiente infraestrutura brasileira, ante a falta de recursos financeiros, e aproveitando da eficiência do setor privado, deve ser cada vez mais aprimorada e aperfeiçoada. No caso do Brasil, representa uma alternativa para o crescimento econômico, em face das enormes carências sociais e econômicas do país. E, que não há *contradição em envolver os particulares na promoção de metas e objetivos de interesse público, [...] para a fruição da população* (NETO e SCHIRATO, 2011, p.17).

As modalidades decorrentes da PPP consistem em contratos de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa. A Lei Federal nº 11.079/04 em seu § 1º art. 2º, define a modalidade de concessão patrocinada:

Art. 2º, § 1º define uma das modalidades de parceria possíveis que é a Concessão patrocinada como sendo, a concessão de serviços públicos ou de obras públicas de que trata a Lei no 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, quando envolver, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado (BRASIL, 2004a).

Assim, a contra prestação pela oferta do serviço público pelo parceiro privado será composta de duas fontes, a tarifação do serviço, onde o usuário paga, e a complementação pelo Poder Público, não podendo ultrapassar 70% do valor previsto da contra prestação.

A Lei 11.079/04 em seu § 2º do art. 2º define a concessão administrativa como:

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

Essa modalidade prevê que a parceria não seja exclusiva para a construção ou o fornecimento de equipamentos, mobiliários, insumos. Vincula a realização de obras de infraestrutura à prestação de serviços públicos, fornecimento de mão-de-obra, a instalação de equipamentos, mobiliários, assim como a manutenção dos mesmos e operacionalização dos serviços elencados no contrato.

As concessões administrativas se encontram no meio do caminho entre a delegação e a terceirização. Entendemos serem, de fato, delegação de atividades administrativas (não necessariamente de serviços públicos), não meras terceirizações, pois pressupõem a construção, expansão, reforma ou manutenção da infraestrutura através dos quais também haverá a prestação de serviço, sendo vedado a sua utilização se tiver “como objeto único o fornecimento de mão de obra, o fornecimento e instalação de equipamentos ou a execução de obras públicas” (art.2º, § 4º, III Lei nº 11.079/04) com que teríamos aí sim, uma mera terceirização ou empreitada de obra pública, regidas pela Lei nº 8.666/93 (DE ARAGÃO, 2011, p.38). [Grifo nosso]

Motta (2007) entende que a expressão serviços, da Lei de PPP, esteja empregada, e deva ser interpretada, de modo a descortinar um vasto e variado universo potencial de objetos de interesse público, que inclui atividades, empreendimentos, instalações e utilidades, notadamente na área de infraestrutura. No entanto, através dessa visão dos objetos de parceria, pode-se vislumbrar o aspecto decisivo do fomento, consequência natural do planejamento econômico dentro de um regime que privilegia a livre iniciativa. Para o autor, por intermédio do fomento, o Estado busca proporcionar aos indivíduos os instrumentos do desenvolvimento econômico e do progresso sociocultural, adotando medidas capazes de incentivar a iniciativa privada de interesse coletivo nesses campos.

Para a implantação de uma PPP é necessário executar vários passos, visando o levantamento das premissas para a elaboração do certame. Nesta perspectiva podem ser destacados os estudos técnicos, como a mensuração e projeção da demanda, projeto operacional, indicadores de desempenho e programa de investimento. Também é necessário o estudo minucioso de: vantagens econômicas para o público, viabilidade econômico-financeira, modelo econômico-financeiro, modelo de negócio, estrutura de financiamento, e análise de risco. Tão importantes quando estes estudos são os estudos jurídicos e a modelagem jurídica que irão embasar a elaboração do edital e contrato.

Um outro ponto inovador da Lei da PPP está no fato de que a contraprestação pública só se inicia após a disponibilização do serviço objeto do contrato. Seu valor está atrelado aos indicadores de desempenho, conforme metas e padrões de qualidade e disponibilidade e definidos no contrato. O não cumprimento das metas pelo parceiro acarreta na redução dos valores a serem pagos. Portanto, vale ressaltar a importância da elaboração dos indicadores para análise das metas, que devem ser objetivos e mensuráveis.

Na estrutura de remuneração de uma PPP, segundo o art. 8 da Lei 11.079/04, merece destaque o fato de a legislação permitir que o Poder Público ofereça garantia de pagamento para a contraprestação devida. Assim, na hipótese deste não honrar os compromissos assumidos, o parceiro privado acionará o fundo garantidor. Esta premissa torna o investimento mais seguro para o ente privado aumentando o deságio e atraindo empresas consolidadas no mercado nacional e internacional.

A lei 11.079/04 no seu art. 9 estabelece que o vencedor da licitação constitua uma Sociedade de Propósito Específico – SPE – que tem como objetivo reunir interesses, habilidades e recursos de duas ou mais pessoas físicas ou jurídicas, para viabilizar e gerir o objeto do contrato. O Poder Público terá livre acesso para fiscalizar e controlar as ações desenvolvidas seja estas ações técnicas ou financeiras. A SPE deverá ser constituída antes da homologação do contrato. Portanto, o vencedor da licitação não aparecerá como parte contratual, mas, sim, a SPE, o que impede a vinculação dos ativos e receitas às empresas consorciadas, impossibilitando o desvio dos recursos para outros empreendimentos. É importante salientar que as licitações geralmente são de cunho internacional, mas independente da nacionalidade da ganhadora ela irá constituir uma nova empresa sediada no Brasil, portanto a empresa será regida pelas leis brasileira.

No caso da SPE não honrar com as normas contratuais poderá se encampada pelo agente financeiro, assumindo este, com a anuência do Poder Público, o controle da sociedade promovendo o seu saneamento financeiro e assegurando a continuidade dos serviços. O §1 do art. 9 dispõe que a transferência do controle da SPE estará condicionada à autorização expressa por parte do Poder Público, conforme estabelecidos no edital e o contrato.

Enfim, para Di Pietro (2012) a PPP traz em seu bojo algumas características da terceirização e da privatização, mas difere delas porque envolve a cooperação entre o governo e o setor privado para implantar projetos e prover os serviços. A PPP constitui uma opção para requalificar a infraestrutura, ampliar as oferta de serviços e propiciar acesso de qualidade tanto para os países desenvolvidos ou em desenvolvimento.

### ***3. 4 Normas para Licitações: Lei 8.666 de 21 de junho de 1993.***

A licitação é o procedimento administrativo realizado obrigatoriamente pelo Poder Público todas as vezes que este necessitar alienar, adquirir ou alugar bens, contratar obras ou serviços, outorgar concessões ou permissões. É obrigatória ampla publicidade do edital de licitação no Diário da União e em jornais de grande circulação, contendo a natureza do objeto a ser contratado, o valor e a data do evento. As empresas interessadas entregam as propostas em dois envelopes: o primeiro contendo toda a documentação relativa à empresa e à qualificação da empresa; o segundo, a carta proposta, isto é o valor que pretende receber pelo objeto do contrato.

A Lei 8.666/93, conhecida como “Lei da licitação”, estabelece normas para a licitação e contratos da Administração Pública de obras e serviços, dispondo em seu art. 3º que a licitação destina-se:

A garantir a observância do princípio constitucional da isonomia, a seleção da proposta mais vantajosa para a administração e a promoção do desenvolvimento nacional sustentável e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos (BRASIL, 1993).

Pela importância do tema o Tribunal de Contas da União – TCU – (BRASIL, 2010a) delibera sobre o objeto que se quer contratar, recomendando que seja estimado o custo do objeto a ser licitado, mediante realização de pesquisa de mercado. Deve-se, ainda, verificar a previsão e disponibilidade de recursos para o pagamento da despesa em conformidade com a Lei de Responsabilidade Fiscal. Caso a Administração Pública não disponha dos recursos para a contratação do objeto do certame este não poderá ser licitado.

A referida Lei proíbe o autor do projeto básico ou executivo participar, de forma direta ou indireta, do certame decorrente deste serviço. Isto é, quem idealiza, faz os cálculos de engenharia, o projeto arquitetônico e as plantas baixas que compõem o escopo, fica impedido de participar do processo licitatório para executar a obra.

O ganhador do certame será quem apresentar a melhor proposta dentro dos requisitos previamente estabelecidos em edital.

Além do valor estabelecido no contrato, a lei, em seu art. 58, § 2, permite que o Poder Público, de forma unilateral, faça modificações contratuais para melhor adequação às finalidades de interesse público. O objetivo desta alteração unilateral após a assinatura do contrato é equilibrar econômica e financeiramente a relação contratual.

A referida Lei ainda determina a obrigatoriedade de estudos para precificar o valor do objeto a ser licitado e, no seu art. 65 (I, d), autoriza o reajuste no valor do contrato na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis. Esta lacuna deixada pela lei pode gerar trazer consequências negativas, da paralização ou impeditivo da execução do objeto do contratado, ou mesmo facilitar o desvio de recursos (BRASIL, 2013b).

Partindo dessa perspectiva, TCU (BRASIL, 2013b) afirma que esse ‘jogo de preços’ geralmente torna o contrato muito oneroso, com indícios de sobre preço. Desta feita, é necessária a cuidadosa análise das justificativas apresentadas pelo contratado, para verificar sua coerência e consistência para o aditamento do valor contratado.

Em relação ao pagamento da obra esse é feito através de medições mensais, com base na planilha e no diário de obra que são aprovados pela fiscalização, respeitada a correspondência com o projeto e as modificações que por ventura tenham sido feitas e previamente aprovadas pela Administração Pública. Posteriormente, é feito o empenho prosseguido pela liberação do pagamento, conforme se compreende da leitura do art. 7º, §1 da Lei 8.666/93. Este artigo indica que a execução de cada etapa será obrigatoriamente precedida da conclusão e aprovação, pela autoridade competente, dos trabalhos relativos às etapas anteriores à exceção do projeto executivo, o qual poderá ser desenvolvido concomitantemente com a execução das obras e serviços, desde que também autorizado pela administração.

Finalmente, há muitos outros aspectos no que se refere às licitações, mas tratou-se aqui daqueles essenciais para a compreensão da parceria público-privada.

**Quadro 3 – Principais características das leis 8.666 e lei 11.079.**

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>LEI 8.666/93 (Licitações)</b>	<b>LEI 11.079/04 (PPP)</b>
<b>Investimento</b>	Público.	Privado.
<b>Prazo</b>	Até 5 anos, incluindo eventual prorrogação.	Acima de 5 anos e até 35, incluindo eventual prorrogação.
<b>Remuneração</b>	Mensal mediante medição do serviço. Tarefa executada e não do resultado final.	Após a disponibilização do serviço e segundo o seu desempenho baseado em indicadores.
<b>Responsabilidade</b>	Projetar ou construir ou fornecer serviços ou insumos ou equipamentos ou mobiliários.	Projetar, construir, financiar, operar e manter o empreendimento.
<b>Garantia do pagamento dos serviços</b>	Não.	Sim. Ex.: Fundo Garantidor, criado para essa finalidade.
<b>Constituição de uma empresa específica</b>	Não.	Sociedade de Propósito Específico.
<b>Lei autorizativa</b>	Não.	Sim.

Fonte: Lei 8.666 e Lei 11.079.

#### 4. POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: HUMANIZASUS

No ano de 2000, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH – cujo tema também foi pauta da XI Conferência Nacional de Saúde. O objetivo fundamental do programa é aprimorar as relações entre profissionais e usuários e entre os profissionais e hospital e a comunidade.

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção de políticas de saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004b, p.5).

A Política Nacional de Humanização – PNH – fruto da revisão do PNHAH, traz um significado importante e fundamental de redefinição do conceito de humanização reafirmando as premissas do SUS e se expandindo por toda a rede de saúde. O movimento a que se propõe é o da mudança dos modelos de atenção e gestão, a valorização do trabalhador e usuário, assim como a reestruturação dos espaços de promoção de saúde (BRASIL, 2008).

A preocupação com a humanização dos espaços de saúde é antiga e teve seu início no final do século XVIII, quando Howard e Tenon desenvolveram exaustivas pesquisas nos hospitais europeus. Seus estudos tiveram como finalidade estabelecer diretrizes para a criação de uma nova proposta hospitalar, chamada por Foucault de hospital terapêutico (TOLEDO, 2005).

As diretrizes da PNH são orientadas pelos seguintes princípios: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades de saúde; a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; o compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2008). [Grifo nosso]

Ainda dentro desse contexto, a Carta de Ottawa, tece contribuições importantes no que tange a humanização dos espaços:

[...] para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Para que possamos usufruí-la com qualidade é indispensável o acesso irrestrito à saúde, há um meio saudável, digno (BRASIL, 1986, p.7).

Neste sentido, Deslandes (2004) entende que a humanização envolve a melhoria das condições de trabalho do cuidador, referindo-se à infraestrutura e a cultura organizacional como um eixo do processo de humanização. Portanto, a valorização dos projetos construtivos, a construção, a ampliação e a reforma dos espaços de promoção da saúde, devem privilegiar a ambiência, a ergonomia, fluxos lógicos e ordenados de atendimento, sendo estes uma premissa para a humanização.

Casate e Corrêa (2005) enfatizam aspectos considerados de desumanização dos serviços de saúde: *o anonimato, a despersonalização, a falta de privacidade, e a aglomeração*. Sugere caminhos que podem favorecer a humanização tais como o investimento na estrutura física, revisão dos processos de trabalho e das condições de trabalho. Recomenda um olhar diferenciado para a arquitetura, mobiliário e equipamentos por serem elementos fundamentais para humanizar estes espaços.

#### ***4.1 Ambiência e o Programa Nacional de Humanização***

Para a Política Nacional de Humanização – PNH – a ambiência é fator determinante da humanização dos serviços de saúde e estruturante do processo terapêutico oferecido à população. A ambiência de uma Unidade Básica de Saúde significa o espaço físico (arquitetônico), que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários (BRASIL, 2008).

O ambiente físico e relacional pode produzir a satisfação e o sentimento de realização, ou no seu revés, o sofrimento e o adoecimento do trabalhador e usuário (RIOS, 2009). Neste contexto:

Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura etc. Além disso, é importante na ambiência o componente afetivo expresso na forma de acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre trabalhadores e gestores. Devem-se destacar os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente (BRASIL, 2004b, p. 43) [...] Garantindo conforto aos trabalhadores e usuários. [...] espaço que possibilita a produção de subjetividades [...] espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho. (BRASIL, 2010b, p.6)

Nesse sentido, *o espaço construído vai além da estrutura formal, física e técnica dos ambientes, transformando-se em espaço social, profissional e de relações interpessoais que proporcione atenção acolhedora e resolutiva* (BRASIL, 2010b, p.5). Okamoto (2002) ressalta que a arquitetura é importante, pois visa criar espaços harmoniosos que proporcionem sensações de bem estar físico e psicológico em seus usuários, favorecendo o comportamento harmonioso do homem, o que pode afetar positivamente seu bem-estar.

A PNH afirma que desta forma, a consolidação da humanização requer o compromisso com a ambiência e com os seus três eixos norteadores:

Dentro do conceito de ambiência o PNH segue primordialmente três eixos: o espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários. O espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho. O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. (BRASIL, 2010c, p.6)

Partindo desta premissa, o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2008) traz em seu bojo a proposta do cuidar, quando propõem a construção das UBS pautada na humanização dos espaços, tais como:

[...] recepção sem grades, para que não intimide ou dificulte a comunicação e garanta privacidade ao usuário; colocação de placas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos; espaços adaptados para as pessoas com deficiência como, por exemplo, banheiros adaptados, barras de apoio, corrimão, rampas, larguras das portas, sinalizações, piso antiderrapante, telefone público, balcão e bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura, entre outros; tratamento das áreas externas, incluindo jardins; ambientes de apoio como copa, cozinha e banheiros. (BRASIL, 2008, p27)

As UBS cuidadas dessa forma promovem a percepção ambiental e, quando utilizados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras, propiciando contribuições significativas no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010b). A humanização dos espaços envolve muitos aspectos, e aproxima-se muito da área do design de interiores. Ressalta-se o uso da *cor, de revestimentos e texturas, objetos de decoração e mobiliário, iluminação, contato com o exterior e, ainda, o uso de vegetação onde for possível* (BOING, 2003, p.72).

Ao adotar o conceito de Ambiência para a arquitetura nos espaços da Saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS. Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciadas por uma grupalidade, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais. (BRASIL, 2010b, p.5)

Na atenção primária esses espaços devem ser pensados de maneira a integrar as equipes de trabalho que atuam numa mesma unidade, criando áreas de espaços coletivos destinados a reuniões, orientações, palestras, oficinas e outros equivalentes (BRASIL, 2004b). Além disso, um espaço adequado permite adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e harmônica (PASSOS, 2006), com tecnologias que contribuam para a sustentabilidade e para a promoção da saúde.

Portanto, a humanização dos espaços, sob o olhar da ambiência, pode despertar sentimentos de prazer que devem satisfazer tanto as necessidades físicas quanto psíquicas de seus usuários, proporcionando e garantindo conforto físico, psicológico e segurança para o desenvolvimento das atividades (BRASIL, 2010b).

Neste contexto a PNH, ressalta as contribuições de alguns elementos que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental e, quando utilizados com equilíbrio e harmonia, criam ambientes acolhedores, contribuindo no processo de produção de saúde (Quadro 2).

**Quadro 4 - Componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço.**

ELEMENTO	CONCEITO
<b>Morfologia, formas, dimensões e volumes.</b>	Configuram e criam espaços, que podem ser mais ou menos agradáveis ou adequados para as pessoas.
<b>Luz, a iluminação, seja natural ou artificial.</b>	É caracterizada pela incidência, quantidade e qualidade. Contribui para a realização de atividades, para uma ambiência mais aconchegante quando exploramos os desenhos e as sombras. A iluminação artificial pode garantir privacidade. A iluminação natural pode influenciar no estado de saúde.
<b>Cheiro</b>	Os odores do ambiente podem interferir ou não no bem-estar. Podendo acalmar ou excitar.
<b>Som</b>	Proteção acústica que garanta a privacidade e controle os ruídos.
<b>Sinestesia</b>	Percepção do espaço por meio dos movimentos, das superfícies e texturas.
<b>Arte</b>	Meio de inter-relação e expressão das sensações humanas.
<b>Cor</b>	As reações a elas são profundas e intuitivas. Estimulam nossos sentidos e podem nos encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento. Podem nos fazer sentir calor ou frio, alegria ou tristeza.
<b>Privacidade e individualidade</b>	Privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente, que pode ser garantida com uso de divisórias ou com cortinas e elementos móveis que permitam a integração e privacidade. A arquitetura tem também seu papel no respeito à individualidade ao criar ambientes que ofereçam espaço para os pertences, para acolher sua rede social, entre outros cuidados que permitam ao usuário preservar sua identidade.
<b>Confortabilidade</b>	Acesso dos usuários a bebedouros e às instalações sanitárias, devidamente higienizadas e adaptadas aos portadores de deficiências. Espaços onde usuários e trabalhadores identifiquem seu mundo e suas referências de cuidado e atenção à saúde.
<b>Tratamento das áreas externas</b>	É lugar de espera ou de descanso de trabalhadores. Jardins e áreas com bancos podem se tornar lugar de estar e relaxamento. Nas Unidades Básicas essas áreas são importantes espaços de encontros e integração, locais de passagem em seus diferentes sentidos, que podem configurar-se como espaços e momentos de diferentes trocas, contribuindo para a produção de saúde como descreveremos mais adiante.

Fonte: (BRASIL, 2010b).

A PNH ao vislumbrar a construção de unidades de saúde, afirma a importância de levar a discussão da elaboração do projeto construtivo para a “ponta”. Uma vez que são estes

profissionais que vivenciam o dia a dia da unidade. [...] *estes podem dar mais detalhes do que funciona e do que atrapalha no andamento das atividades nas unidades, lembrando também que estas pessoas muitas vezes trazem para a discussão a opinião dos pacientes* (BRASIL, 2008, p13).

Preocupada com as relações entre os funcionários, pacientes e ambientes a PNH tecer considerações de como poderiam ser os espaços construtivos de assistência à saúde e propõem ambientes que propiciem a interlocução entre os atores, com espaços contíguos. Uma vez que, esses espaços devem ser pensados de maneira a integrar as equipes criando áreas que, além de multifuncionais, possam ser compartilhadas pelas equipes, espaços de acolhimento, áreas de encontros entre trabalhadores, espaços coletivos destinados a reuniões, orientações, palestras, oficinas e outros equivalentes (BRASIL, 2010c).

Nesse sentido, é importante que, ao criar essas ambiências, se conheçam e respeitem os valores culturais referentes à privacidade, autonomia e vida coletiva da comunidade em que se está atuando, construindo ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam na promoção do bem-estar e desfaçam o “mito” de esses espaços que abrigam serviços de saúde serem frios e hostis. (BRASIL, 2008. p13)

Enfim, para a PNH a preocupação com o espaço construído é assumir o compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos. Para tal, o espaço arquitetônico deve ser cuidadosamente planejado, pois este refletira à forma do cuidar. Sendo assim, repensar os espaços de produção de saúde sob a luz da ambiência é uma necessidade básica para humanizar a assistência, espaços de encontros entre sujeitos e da produção do coletivo (BRASIL, 2010c).

## **5. PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA UM NOVO PARADIGMA DE FINANCIAMENTO, CAMINHOS E DESAFIOS: O CASO DE BELO HORIZONTE**

### ***5.1 Introdução***

Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, é o terceiro principal centro urbano do país em termos econômicos, com uma população de 2.375.151 habitantes (IBGE, 2010). A rede de saúde do Município está dividida em Atenção Primária, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Regulação da Atenção Hospitalar, Regulação da Alta Complexidade e Vigilância à Saúde. Atualmente conta 583 Equipes de Saúde da Família e 307 Equipes de Saúde Bucal atuando nos 147 Centros de Saúde, 58 equipes de saúde mental, 60 polos de núcleo de apoio à saúde da família, 63 academias da cidade oito Centrais de Materiais Estéreis e seis Laboratórios, distribuídos entre nove distritos sanitários. O Programa Saúde da Família de Belo Horizonte tem maior cobertura entre as capitais do país, beneficiando 83% da população. Em áreas de vulnerabilidade social, esta cobertura chega a 100% (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2013).

Diante desta complexa rede, das condições precárias da infraestrutura, e da necessidade iminente de novas unidades de saúde para ampliar e qualificar o acesso da população, o município alavancou dois projetos sustentadores. Estes projetos visavam a Concessão Administrativa – por meio da Parceria Público-Privada (PPP) – dos Serviços não Assistenciais de Saúde: o Hospital Metropolitano e a Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde. O foco era o cumprimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Humanização (PNH).

A Lei 8.666/93, conhecida como “Lei da licitação”, é o procedimento administrativo realizado pelo Poder Público quando da necessidade de alienar, adquirir ou alugar bens, contratar obras ou serviços, outorgar concessões ou permissões. O objetivo é *garantir a observância do princípio constitucional da isonomia, a seleção da proposta mais vantajosa para a administração* (BRASIL, 1993).

A Lei 11.079/04, que rege a PPP, consiste em uma modalidade de concessão administrativa ou patrocinada, que traz em seu bojo uma abordagem inovadora para a administração pública (NETO e SCHIRATO, 2011). Dentre as várias inovações contidas na lei destacam-se três: realização de obras de infraestrutura vinculadas à prestação de serviços públicos, ao fornecimento de mão-de-obra, à instalação de equipamentos e mobiliários, assim como a manutenção de toda a estrutura; contraprestação baseada em indicadores de disponibilidade e desempenho; e financiamento do empreendimento a cargo do ganhador da licitação (BRASIL, 2004a). Assim, *as parcerias são as fórmulas modernas para superar a ineficácia estatal em determinados setores* (MARQUES, 2009, p.74). Em 2005, o município de Belo Horizonte, vislumbrando as vantagens da PPP para a qualificação do serviço público, promulgou a Lei nº 9.038, que estabelece as regras para esta nova modalidade de financiamento de serviços públicos.

As diretrizes da PNH orientam princípios de valorização dos diferentes atores no processo de produção da saúde, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e o compromisso com a ambiência, visando a melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2006). Esta preocupação com a humanização dos espaços teve seu início no final do século XVIII, com a criação de uma nova proposta hospitalar, chamada por Foucault de hospital terapêutico (TOLEDO, 2005). Portanto, a valorização dos projetos construtivos, a construção, a ampliação e a reforma dos espaços de promoção da saúde, devem privilegiar a ambiência, a ergonomia, fluxos lógicos e ordenados de atendimento. Os elementos citados são condições para a humanização (DESLANDES, 2004).

Nesse sentido, o espaço construído vai além da estrutura formal, física e técnica dos ambientes. Estes ambientes passam a ser espaço social, profissional e de relações interpessoais que proporcionem atenção acolhedora e resolutiva (BRASIL, 2010b). Okamoto (2002) ressalta que a arquitetura é importante por criar espaços harmoniosos que despertem sensações positivas aos usuários, favorecendo o comportamento harmonioso do homem, o que afeta positivamente seu bem-estar.

Neste cenário emergiu um grande desafio para a administração Pública. Onde e como aportar os recursos financeiros demandados para alavancar os projetos, diante dos obstáculos enfrentados de ordem orçamentária? Portanto, foi imprescindível uma profunda mudança na forma de contratação, mas sem perder de vista as obrigações e características

típicas do serviço público. Buscando formas inovadoras para solucionar este entrave e observando todos os preceitos legais, os projetos foram idealizados dentro da lógica de um modelo de investimento ainda pouco utilizado no Brasil, a PPP, mas consolidado em países desenvolvidos (MORAES, 2006; FARQUHARSON e ELLIS, 2010; DI PIETRO; 2012).

O presente artigo descreve o processo de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde do município de Belo Horizonte, sob a luz da Lei 11.079/04 e PNH. O cerne da questão é compreender como se deu a estruturação do projeto e apresentar os caminhos e premissas utilizados para tornar possível essa transformação. Ademais, buscase compreender em que medida a PPP pode contribuir com soluções concretas de melhoria da eficiência na prestação dos serviços, a custos mais baixos, com redução de despesas para os municípios.

## ***5.2 Material e Métodos***

Trata-se de artigo descritivo, para o qual foram utilizados os documentos quem compõe o Edital 008/11, Processo: n.º 04-001.226/11-05, disponível para consulta pública no site oficial da Prefeitura de Belo Horizonte, composto pelo Edital de Licitação e seus anexos.

## ***5.3 O percurso***

### *Formatação da equipe*

Todas as fases de elaboração do projeto, estruturação e contratualização, gerenciamento, monitoramento e avaliação, dependem do fator humano. O fator humano é considerado uma das partes mais importantes do processo (DINSMORE e NETO, 2013). Observando essa premissa e para imprimir o olhar e o desejo dos trabalhadores e usuários da rede, o então secretário de saúde, Marcelo Gouvêia Teixeira, designou para a composição da equipe, profissionais de diferentes categorias da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte. Este foi um dos diferenciais do projeto, a formação de uma equipe multiprofissional, na qual a primeira autora desse artigo foi designada assessora técnica.

Para a estruturação e a análise de viabilidade econômico-financeira e jurídica do projeto também foi celebrado contrato de colaboração com o *International Finance Corporation*

(IFC). Seus consultores e os representantes legais do Município, com poderes para fazer a interface com os diversos órgãos de governo, contribuíram no processo decisório.

A partir deste momento iniciou-se a organização do processo de trabalho para nortear a execução das atividades inerentes à implantação do projeto e à capacitação permanente da equipe.

### *Percepção da rede*

Foram realizadas entrevistas com os representantes de todas as gerências que compõem a rede de atenção à saúde, fóruns de discussão e reuniões com as gerências locais, distritais, municipais e trabalhadores. Nestes espaços foi possível identificar as necessidades que balizaram a construção do arcabouço do projeto em consonância com as diretrizes do SUS e da PNH. Paralelamente, aconteciam reuniões com o prefeito, secretários municipais, procurador geral do município, dentre outros.

Além do processo de escuta da rede, também aconteceram vários momentos de discussões com os conselhos de saúde, local, distrital e municipal e seus representantes nas câmaras técnicas, culminando na aprovação do projeto em assembleia e na Conferência Municipal de Saúde. Na sequência, em observância aos trâmites legais, o projeto foi submetido à Consulta Pública e à Audiência Pública.

Nestes espaços de participação social, buscamos construir um SUS mais Humano, repensando os espaços físicos no seu sentido mais amplo: arquitetura, ambiência, qualidade, acessibilidade e financiamento, fator condicionante de promoção da saúde e da prevenção de doenças e violência.

Esta etapa também foi um dos diferenciais do projeto, durante todas as fases, permitindo transformar as ideias em um contrato de Parceria Público-Privada.

### *O diagnóstico da rede da atenção primária*

Para elaboração do escopo do projeto foi verificado, *in loco*, um conjunto de padrões de qualidade e normas contidas na resolução RDC 50, que trata das questões da arquitetura

hospitalar e dos ambientes de saúde – estrutura física, aspectos construtivos, conforto ambiental e conforto humano, desenvolvimento sustentável, ergonomia, eficiência energética e gestão de manutenção – em todos os 147 Centros de Saúde (CS) e seus três anexos, quais sejam, os laboratórios e as centrais de materiais estéril da rede.

A coleta de dados compreendeu os meses de setembro a dezembro de 2010. O material coletado foi tabulado e processado, com base nos critérios de avaliação da disponibilidade e qualidade criados pela equipe (Quadro 3).

**Quadro 3 - Critérios utilizados para a avaliação dos 147 Centro Saúde e 3 anexos, do município de Belo Horizonte.**

<i>Critérios</i>					
Item	Estrutura / Acessos / Acabamentos	Item	Estrutura / Acessos / Acabamentos	Item	Infraestrutura de instalações
1	Imóvel alugado ou em comodato	11	Portas (madeira ou aço)	21	Quadro e Rede Elétrica / Plugs e Tomadas
2	Estrutura e fundação	12	Abrigo de resíduos	22	Gerador ou Nobreak
3	Infiltração em parede	13	Louças sanitárias	23	Iluminação Interna/ externa
4	Trincas em parede	14	Metais	24	Telefonia e lógica (dados)
5	Revestimento de teto (laje ou forro)	15	Bancadas/pias	25	Sistema de Detecção e Combate à Incêndio
6	Piso interno	16	Acessibilidade interna e externa	26	Rede de Água e Esgoto
7	Piso externo	17	Acesso de ambulância	27	Sistema de Drenagem (AP)
8	Revestimento de paredes internas	18	Sustentabilidade	28	Rede de Gases Medicinais
9	Revestimento de parede externa	19	Cobertura	29	Abrigo para Cilindro de Gases/GLP
10	Janelas (alumínio ou aço)	20	Protetor de Parede	30	Sistema de Climatização de Ar

Fonte: Cadernos do Edital 008/11.

Primeiramente foram avaliados pela presença/ausência e seguido da qualidade bom (A=1) razoável (B=2) ruim (C=3). Centros de saúde alocados em imóveis alugados ou em regime de acomodados não foram pontuado, pois esta foi a primeira premissa para a reconstrução. Os critérios que avaliaram a qualidade dos itens que mensuravam problemas estruturais e de maior relevância, do ponto de vista de segurança e custo, receberam notas com peso

baseado no grau de criticidade da intervenção que deveriam sofrer, ficando assim distribuído:

Estrutura e fundação: A = 1; B = 2; C = 19

Infiltração: A=1; B=2; C=16

Trincas: A=1; B=2; C= 13

Laje e forro: A=1; B=2; C=10

Para validar os critérios estabelecidos foram avaliados os nove centros de saúde pertencentes ao Distrito Sanitário – DS – Pampulha e os resultados foram apresentados para os gerentes distrital e locais e conselheiros do DS. Em seguida, o processo foi estendido para os oito DS, a saber: Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste e Venda Nova.

Consolidada as pontuações de cada unidade de saúde, estas foram agrupadas em três modalidades. O grupo A compreendeu as unidades que apresentaram pontuação menor que 36; o grupo B entre 37 e 60; e o grupo C maior que 61 (Quadro 4).

***Quadro 4 - Critérios utilizados para a classificação dos Centros de Saúde do município de Belo Horizonte.***

**Grupo A –REVITALIZAÇÃO** - Unidades que foram construídas recentemente, mas necessitam de pequenas intervenções, tais como reparo nos problemas detectados em relação à infraestrutura física, adequações para atender as normas da RDC 50, e a padronização para o novo padrão visual a ser projetado para toda a rede.

**Grupo B –REFORMA/AMPLIAÇÃO** – Unidades que necessitam de grandes reformas e ampliação ou construção de novos espaços em sua estrutura atual para garantir a qualidade de prestação de serviços. As edificações a serem mantidas possuem uma estrutura atual que atende minimamente às necessidades e aos padrões de atendimento. Algumas unidades passaram por reformas recentes, sendo que o nível de necessidades é variável entre as unidades. Todas as unidades devem atender as normas da RDC 50, e a padronização para o novo padrão visual a ser projetado para toda a rede deve ser feita.

**Grupo C – RECONSTRUÇÃO** -Unidades para as quais a menor relação custo/benefício é a substituição total, ou seja, demolir, construir e equipar um novo edifício. Todas as unidades devem atender as normas da RDC 50. A padronização para o novo padrão visual a ser projetado para toda a rede deve ser feita.

Fonte: Cadernos do Edital 008/11.

Após a apresentação do diagnóstico para os DS, foram revisitadas 22 CS com objetivo de sanar dúvidas em relação à estrutura física.

Neste momento, por meio das falas dos gerentes e trabalhadores, que vivenciavam as necessidades e distorções nos processos de trabalho, e de usuários evidenciou-se a necessidade de mapear o crescimento populacional visando a ampliação da rede. Para análise da demanda e projeção de população foram avaliados, nos 147 CS, os seguintes indicadores: número de Equipe de Saúde da Família, população total cadastrada e número de atendimentos. Também foi utilizado um mapa de localização das Áreas Especiais de Interesse Social (AEIS). Este mapeamento teve como objetivo demarcar os locais e quantidade de novas unidades.

Para compor o escopo do projeto foi necessário definir quais serviços prestados à rede seriam objeto da licitação. Foi imprescindível o estudo detalhado de todas as atividades inerentes à saúde, onde identificamos a existência de três tipos de serviços, que serão posteriormente detalhados neste trabalho: as atividades de assistência à saúde, as atividades de apoio e as atividades limítrofes.

Cabe observar a inexistência de um diagnóstico anterior da rede e deste modo, a importância do trabalho realizado.

#### *Percepção do mercado*

Com o objetivo de apresentar o projeto aos potenciais interessados foi realizado o *Road Show*, visando a sondagem e a análise da percepção do mercado, avaliando o interesse destes profissionais em participar da PPP. Após o evento, foram realizadas visitas técnicas nos 147 CS e em seus três anexos, nos seis laboratórios e nas oito centrais de materiais estéreis, para que conhecessem a infraestrutura da rede a fim de precificar as intervenções e os serviços propostos no escopo do projeto.

### *Elaboração do edital*

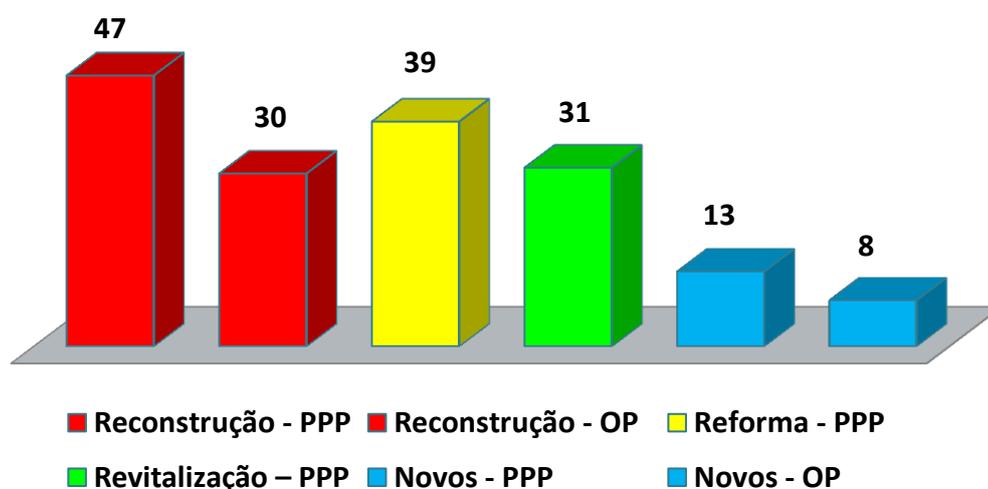
Após o diagnóstico da infraestrutura, dos serviços, dos tipos de contratos e valor, visando a estruturação e a análise de viabilidade econômico-financeiro, foram elaborados os cadernos que compuseram o edital.

### **5.4 Resultados e discussão**

Dos 147 Centros de Saúde que compõem a rede de saúde de Belo Horizonte, 28CS estão alocados em imóveis alugados ou em regime de acomodado e 31CS não suportam nenhum tipo de intervenção, portanto foram classificadas no grupo C, reconstrução. No grupo B foram classificadas 57CS, os necessitam de grandes intervenções, reforma e ampliação. Apenas 31CS foram classificadas no grupo A, ou seja, requerem pequenas adequações (Gráfico 1).

Dos 59 Centros de Saúde classificados no grupo C, vinte e sete (47%) estavam em casas adaptadas sem qualquer ambiência ou acessibilidade. Foi observada uma situação extrema em um Centro de Saúde onde o usuário necessitava ajoelhar para alcançar a janela por onde era disponibilizada a medicação.

**Gráfico 1 –Proposta de intervenção para a rede de atenção primária, por Distrito Sanitário e fonte do recurso, do município Belo Horizonte – 2011.**



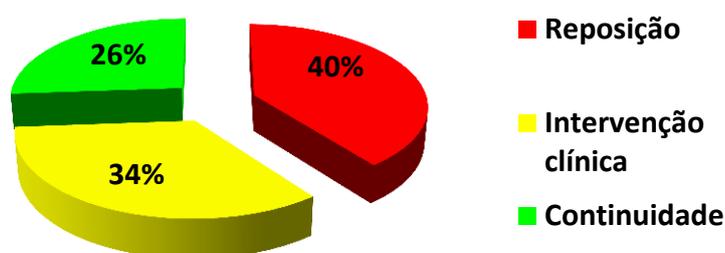
OP – Orçamento Participativo.

PPP – Parceria Público-Privada.

Fonte: Cadernos do edital 008/11.

Para complementar os dados referentes às adequações que cada CS deveria sofrer, além da infraestrutura, também foram avaliados os mobiliários (n=1.635) e equipamentos clínicos (n=3.385), por meio de *obsolescência* e *integridade*. Esta avaliação contribuiu para determinar o grau de intervenção que estes deveriam sofrer: reposição, intervenção técnica ou a sua continuidade – nenhuma intervenção –. Foi estimado que apenas 50% do mobiliário e 26% dos equipamentos clínicos ainda apresentavam condições de uso (Gráfico 2) (EDITAL 008/11). Também não foi encontrado qualquer plano de serviços de manutenção preventiva destes, ficando iminente o colapso da rede.

**Gráfico 2 – Resultado da avaliação dos equipamentos clínicos da Atenção Primária, do município Belo Horizonte – 2011.**



Fonte: Cadernos do Edital 008/11.

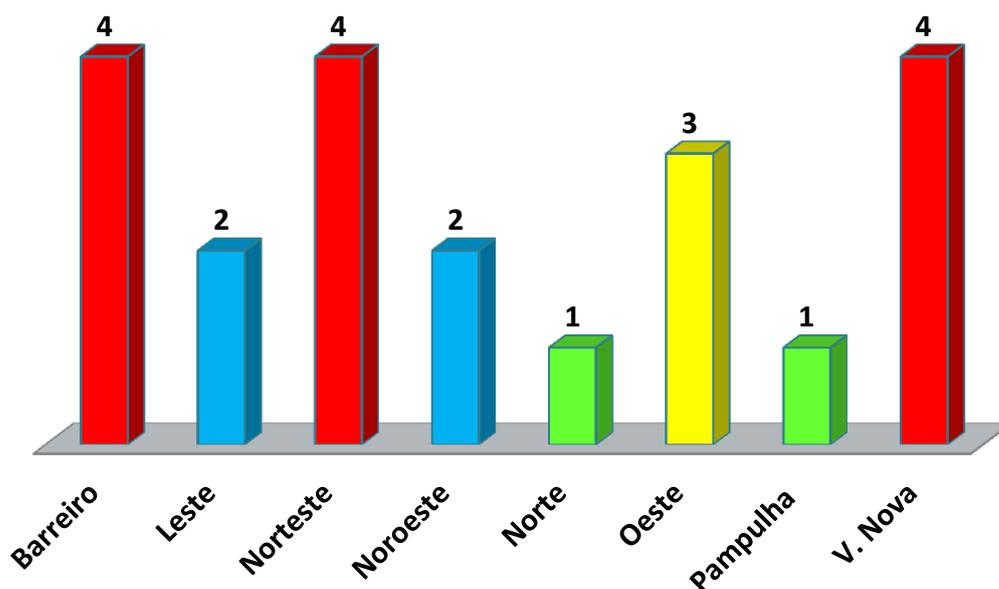
Na maioria das unidades não foram encontradas quaisquer evidências de estruturação dos fluxos de profissionais, pacientes, resíduos ou materiais. Portanto, pode-se afirmar que há material contaminado ‘cruzando’ com material limpo e pessoas circulando no mesmo espaço.

Em relação à *acessibilidade* ainda há um longo caminhar. Apenas algumas unidades classificadas no grupo A atenderam aos quesitos necessários para uma boa acessibilidade, com piso tátil em toda a extensão do passeio, barras de apoio e banheiros acessíveis. Em nenhuma das unidades foram encontradas sinalizações em braile.

No momento da avaliação deparamos com CS, recém-inaugurados ou em construção, sem projeto de sustentabilidade como, por exemplo, previsão para a captação das águas de chuva, placas de aquecimento solar, aproveitamento iluminação natural, ventilação natural, dentre outros.

Da análise de demanda de novas unidades, para a garantia da integralidade da atenção e otimizar o processo de trabalho, surgiu um novo cenário, a necessidade imediata de expansão da rede em 21 unidades (13%). Dos nove DS que compõem o município de Belo Horizonte, oito apresentaram déficit de unidades: Barreiro Venda Nova e Nordeste - quatro unidades cada; Oeste – três unidades; Leste e Noroeste – duas unidades cada; Norte e Pampulha – uma unidade cada, (Gráfico 3).

**Gráfico 3 – Resultado da análise da demanda de novos centros de saúde, por Distrito Sanitário. Belo Horizonte – 2011.**



Fonte: Cadernos do Edital 008/11.

O memorial descritivo que compõe o edital 008/2011 previu que, nas unidades de saúde cujo componente é reconstrução ou construção, sejam observadas as premissas da PNH, HumanizaSUS. Essas premissas indicam que os projetos construtivos devem contemplar a ambiência, conforto, acessibilidade, ergonomia, interatividade, acesso seguro e facilitado para as atividades desenvolvidas, uma vez que têm relação direta com a qualidade de vida

e trabalho. Neste contexto, a PPP também deverá atender aos princípios que contêm diretrizes que auxiliam na busca de uma atuação ética, social e ambientalmente correta, de forma a apresentar respostas mais satisfatórias às demandas da sociedade e do mercado. Também foram desenvolvidos conceitos básicos e premissas de projeto para as unidades de saúde objetos da PPP, bem como modelos que expressam as necessidades arquitetônicas das unidades de acordo com a quantidade de equipes.

A esse respeito, cabe comentar que as construções das unidades de saúde estão divididas em duas tipologias: Tipo I – 970 m<sup>2</sup> para CS com uma a três equipes; e Tipo II – 1.085 m<sup>2</sup> para CS com mais de três equipes.

Com o intuito de aperfeiçoar os processos e as tecnologias, hoje sem homogeneidade nas diversas unidades distribuídas entre os Distritos Sanitários, os laboratórios e as centrais de materiais estéreis deverão ser centralizados em uma única edificação.

Com base nos estudos feitos para a construção do escopo do projeto foi constatada uma realidade já esperada perante as denúncias dos usuários e funcionários, o sucateamento e a precariedade da infraestrutura da rede de atenção primária. Estes fatos são devidos principalmente às limitações financeiras do poder público, do descompasso do financiamento Federal, Estadual e Municipal com a realidade e sua morosidade.

Diante do exposto, pode-se constatar que a superlotação, a falta ou inadequação de espaços físicos, equipamentos e mobiliários não condizem com as premissas do SUS e da PNH.

As atividades de assistência à saúde, isto é, as atividades fim, são aquelas destinadas à promover, proteger, tratar e reabilitar a saúde individual e coletiva. Estas são prestadas diretamente pelos profissionais de saúde. As atividades de apoio compreendem os serviços de lavanderia, construção, reformas, manutenção, operação da infraestrutura, higienização, recepção, segurança, atividades relativas à tecnologia da informação, centro de distribuição, atividades de controle de estoque do almoxarifado e atividades de transporte de materiais e de funcionários. As atividades limítrofes são aquelas que podem ser executadas pelo poder público ou pelo privado, conforme normatizado na Constituição Federal. São as seguintes: procedimentos de análise dos exames laboratoriais, de imagens e esterilização de materiais.

Dentro deste contexto, foi estabelecido que somente os serviços classificados como atividades de apoio ficariam sobre a responsabilidade do parceiro privado. Esses serviços já são prestados por terceiros, sob a sistemática de contratação estabelecida pela Lei 8.666/93, de 21 de junho de 1993, levando a um maior dispêndio de recursos públicos pela fragmentação dos serviços e gerando a perda de qualidade. Os serviços não assistências sob a responsabilidade da PPP ficaram assim definidos: portaria; higiene e limpeza; engenharia e manutenção; central de atendimento; vigilância eletrônica (CFTV); rastreabilidade; *help desk*; jardinagem; e controle de pragas.

Observados todos os trâmites legais o projeto foi publicado para apreciação dos interessados na Parceria Público-Privada, ou seja, para a apreciação do mercado. Porém, não foi apresentada qualquer proposta para a Concorrência Pública n.º 008/2011, referente ao Projeto. Assim, a sessão pública que se realizaria em fevereiro 2012 foi cancelada pela Comissão de Licitação.

Após a escuta do mercado – potenciais parceiros privados – ficou claro que havia risco acima do aceitável em relação ao componente reforma. Por ser uma intervenção complexa não havia como definir o escopo e estimar o real valor do investimento. Os riscos de uma reforma são tão altos que a Lei 8.666 prevê que estas podem ter um aditivo de até 50% do valor inicial. Ficou claro que o projeto era muito ousado, visto a complexidade e a dimensão da rede de Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte para um modelo de Parceria Público-Privado ainda pouco explorado. Neste momento, foi considerada a necessidade de reestruturar alguns aspectos específicos do projeto com o objetivo de retomar os estudos. A análise compreendeu:

1. Sondagem e análise da percepção do mercado sobre o projeto;
2. Análise dos principais pontos que levaram a não apresentação de propostas tempestivas para a para a Concorrência Pública n.º 08/2011;
3. Reavaliação da alocação dos riscos do projeto;

4. Avaliação dos impactos econômico-financeiros dos diferentes cenários sobre o projeto; e
5. Elaboração de nova proposta de escopo para o projeto, compreendendo:
  - a. Ajuste no escopo do projeto mediante a retirada de 89 Centros de Saúde dos componentes reforma e revitalização;
  - b. Elaboração de novos cenários e revisão dos custos operacionais;
  - c. Definição da nova contraprestação;
  - d. Revisão do Edital de Licitação no 008/2011 incorporando as alterações referentes à redefinição do escopo do Projeto;
  - e. Elaboração de um novo parecer jurídico para dar suporte à redefinição do escopo do Projeto para que seja dado prosseguimento ao processo licitatório.

O novo escopo do projeto ficou assim definido:

- a. 55 unidades deveriam ser reconstruídas;
- b. 22 novas unidades deveriam ser construídas;

- c. aquisição e incorporação as unidade de saúde, de mobiliário e equipamentos clínicos, para todos CS, novos ou reconstruídos, devidamente compatibilizados com os ambientes em que serão instalados.
- d. construção de uma unidade para abrigar o Laboratório e a Central de Material Estéril, visando a sua centralização; deve ser montado com novos equipamentos, permitindo maior agilidade no processamento dos instrumentais usados na rede primária e melhoria nos processos de trabalhos e ganhos de sinergia entre os processos atualmente descentralizados;
- e. prestação de todos os serviços de apoio, elencados no contrato, em todas 78 unidades de saúde sob a sua responsabilidade.

Desta forma, após ajustes, foi aberto o segundo chamamento público. No dia 29 de maio de 2015, teve início a sessão pública de abertura e julgamento das propostas. Neste dia foi selecionada a melhor proposta para a celebração de Contrato de Concessão Administrativa, na modalidade de Parceria Público-Privada (PPP), para a prestação de serviços não assistenciais à Rede de Atenção Primária à Saúde do Município de Belo Horizonte, precedida de obras de reconstrução e construção de unidades de saúde.

Destacam-se dentre os parâmetros gerais básicos do projeto de PPP, após ajustes:

- a. inalterada a modalidade de contratação: concessão administrativa para a prestação de serviços de apoio de natureza não assistencial à operação da Rede de Atenção Primária à Saúde do Município de Belo Horizonte, precedida das obras de reconstrução e construção de novas unidades, nos termos e nas condições estabelecidas no Contrato;
- b. valor da contraprestação anual máxima: R\$114.445.431,02 (cento e quatorze milhões, quatrocentos e quarenta e cinco mil, quatrocentos e trinta e um reais e dois centavos);

- c. prazo de duração do contrato: a outorga da Concessão será de 20 (vinte) anos, contado a partir da homologação da licitação. A Licitante declarada vencedora será convocada para assinatura do contrato no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, tempo previsto para a estruturação da Sociedade de Propósito Específico (SPE), em agosto de 2015;
- d. o prazo máximo para a entrega de todas as unidades de saúde equipadas e mobiliadas será de 36 meses, a após a assinatura do contrato; e
- e. indicadores de desempenho: abrange o conjunto de indicadores de disponibilidade e desempenho. O desembolso ocorrerá mensalmente e será calculado a partir de uma tabela, que faz a correlação entre o índice de remuneração. O índice de remuneração é uma ‘nota’ que varia de 0 a 4, mensurada a partir da performance da concessionária na execução do contrato e do índice de avaliação, que corresponde a um percentual a ser aplicado como uma das variáveis prevista no edital.

Atualmente, o vencedor da licitação está tramitando os documentos para constituir a Sociedade de Propósito Específico – SPE – que se incumbirá, na forma do Edital, de executar a concessão. A SPE tem como objetivo reunir interesses e recursos de duas ou mais empresas para viabilizar e gerir o objeto do contrato. O Poder Público terá livre acesso para fiscalizar e controlar as ações desenvolvidas de ordem técnica ou financeira. Esta deverá ser constituída antes da homologação do contrato. Portanto, o vencedor da licitação não aparecerá como parte contratual, mas, sim, a SPE, que será nova empresa brasileira.

De acordo com o preconizado na lei da PPP, para gerir deste contrato, será constituída uma equipe pelo Poder Público, responsável pela fiscalização da concessão. Sendo franqueado o livre e incondicional acesso às instalações e bancos de dados utilizados pela SPE na execução do contrato.

A SPE fornecerá relatórios com informações mensais detalhadas sobre os serviços não assistenciais, os contratos e as notas fiscais das atividades, os comprovantes de pagamentos

de salários e demais obrigações trabalhistas, as apólices de seguro contra acidente de trabalho e os comprovantes de quitação das respectivas obrigações previdenciárias. Demonstrativos contábeis e financeiros devem vir acompanhados do relatório de empresa de auditoria independente, obedecidas as exigências legais vigentes.

No tocante à atualização dos valores, o Edital 008/11, prevê em fórmula o reajuste anual da contraprestação pública máxima. O primeiro reajuste será realizado após um ano contado a partir da data de entrega da proposta comercial ou do início do pagamento da contraprestação pública, o que ocorrer depois.

Por fim, as garantias mencionadas no art. nº 8 da Lei 11.079/04 serão oferecidas através da PBH ATIVOS S/A que iniciou suas atividades no ano de 2011, com a finalidade de complementar políticas públicas, dando apoio sistemático ao município de Belo Horizonte na realização de operações financeiras estruturadas e atividades afins.

### **5.5 Conclusões**

Como reza a Cartilha da Humanização, é importante dar voz aos trabalhadores da Saúde e usuários para compreendermos o modo do fazer. Esta escuta juntamente com o diagnóstico situacional nos permitiu identificar as possibilidades, as necessidades, os recursos e as limitações da rede de Atenção Primária à Saúde do município de Belo Horizonte, em relação à infraestrutura. Também, foi possível identificar as necessidades sociais de saúde para a construção de uma proposta de intervenção pautada no compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

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

No início o projeto enfrentou resistências e obstáculos, especialmente no que se referia ao temor da *privatização da saúde*. O ganho de confiança adquirido foi através de muitas

apresentações e esclarecimentos durante a coleta de dados qualitativos, onde se desmistificou o tema, quebrando os preconceitos.

O diagnóstico construído poderá ser referencial para o planejamento de ações de vários setores da prefeitura, como por exemplo: Gerência de Atenção a Saúde, Planejamento, BHmetas, Sala de Situação, Coordenadoria de Direitos das Pessoas com Deficiência dentre outros, assim como base de negociações para alavancar verbas nas três esferas do governo. Sendo também uma fonte valiosa para futuras pesquisas.

Este estudo de caso, não teve a pretensão de esgotar as infinitas formas de fazer o diagnóstico situacional de uma rede, mas, de fazer um recorte de uma realidade que permita identificar as necessidades e apontar caminhos para alavancar a sua qualificação por meio da modelagem baseada na Parceria Público-Privada.

Enfim, fornecer subsídios para qualificar o processo de trabalho redesenhando os ambientes dos espaços de promoção da saúde e apontando um novo paradigma de financiamento, é buscar o fortalecimento do SUS que queremos e merecemos ter.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização dos serviços de saúde traz em seu bojo a premissa do cuidar do ponto de vista da infraestrutura e a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho, construindo espaços saudáveis e acolhedores, propiciando maior integração entre os trabalhadores e usuários em diferentes momentos.

Essa interação, que o conceito de ambiência ajuda a compor, interfere no tipo e intensidade das relações, visto que o ambiente físico não é apenas pano de fundo para as ações das pessoas. Os indivíduos despertam sentimentos de prazer ou desconforto, tranquilidade ou impaciência, cooperação ou rivalidade. Portanto, urge a necessidade de se repensar os espaços de saúde com foco no projeto construtivo que contemple ambientes de qualidade atendendo às necessidades de seus usuários, proporcionando e garantindo conforto físico, psicológico, e também segurança para o desenvolvimento das atividades.

É importante discutir com os trabalhadores a elaboração de projetos construtivos de unidades de saúde, uma vez que são estes profissionais que vivenciam o dia a dia das unidades, além de poderem trazer para a discussão a opinião dos usuários.

Diante do exposto, podemos concluir que a humanização dos espaços, sob o olhar da ambiência, é um dos requisitos que deve ser observado pelos gestores, pois trata-se de uma ferramenta que pode influenciar o processo de trabalho e as relações pessoais. Os espaços podem carregar consigo a mensagem da certeza do cuidado.

Apesar dos esforços do Ministério da Saúde para sanar as deficiências e qualificar a infraestrutura das unidades de saúde, os recursos destinados estão muito aquém da necessidade imediata do município de Belo Horizonte. Isto pode ser constatado tendo em vista a situação das propostas aprovadas no programa RequalificaUBS, onde apenas 23% das unidades de saúde foram contempladas no quesito construção, 42% no quesito reforma e 45% no quesito ampliação. É um cenário desolador, mas compreensível, visto que os recursos também devem ser compartilhados entre outros municípios.

As portarias publicadas pelo Ministério da Saúde estão muito aquém das necessidades do município. Mas têm o seu valor e lugar, pois, essas contemplam de fato as necessidades de infraestrutura dos municípios que adotaram como modelo equipes de saúde da família descentralizadas, sendo esta uma opção para a qualificação dos espaços destinados a promoção da saúde.

Ainda na seara de captação de recursos, temos o Orçamento Participativo, mas as verbas destinadas à implantação das obras elencadas nesta modalidade provêm dos Recursos do Orçamento do Tesouro. Portanto, pode-se inferir que o crescimento inexpressivo da rede está estagnado perante as limitações financeiras do ente público. Em 1996 o município contava com 135 CS, atualmente a rede conta com 147 CS.

Portanto, em duas décadas a rede cresceu menos de 10% (12 CS). Este crescimento parece pouco perto das necessidades da população, pois a base da saúde pública não está construída na doença e nem na medicalização: está alicerçada na reabilitação, prevenção e promoção da saúde. Ou seja, parece razoável que seriam necessárias mais unidades de saúde.

No que tange às Organizações Sociais e às Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, ambas são consideradas entes de fomento, mas a primeira está inserida, de modo radical, no fenômeno da "*privatização do social*", absorvendo serviços e bens estatais já existentes. A segunda propõe uma parceria, atuando de forma paralela através do fomento da atividade. Mas, nos dois casos, é a administração que aporta os recursos financeiros. Portanto, não há que se falar em parceria propriamente dita, pois não há contrapartida de natureza patrimonial ou monetária da entidade privada.

A despeito disto, não se pode confundir serviços assistenciais com serviços de apoios. Os serviços de apoio, em sua grande maioria, são terceirizados e prestados de forma precária, sem qualquer controle, fiscalização e padronização dos processos e da qualidade.

Enfim, conclui-se mediante as análises das diferentes formas de alocação de recursos e modalidade de contratos e frente às diversidades que vem enfrentando o setor da saúde, que é mandatório buscar formas alternativas de financiamento. Deve-se visar sempre o crescimento da rede e o compromisso social, ou seja, estas formas alternativas devem

respeitar esses princípios e não simplesmente delegar ao privado a gestão dos serviços assistenciais.

Diante destas demandas e da crescente necessidade de qualificar a rede, sem desconsiderar outras propostas e sem querer oferecer uma resposta única à questão da crise financeira, a Parceria Público-Privada parece oportuna no contexto atual.

## 7. RECOMENDAÇÕES

O caminho percorrido não foi fácil e não será fácil. Como participante ativa de todo o processo, a autora desta dissertação testemunhou muitas ‘idas e vindas’, longas reuniões sem horários, como na madrugada e também aos finais de semana. Planilhas dos serviços especializados, engenharia, orçamentos, estimativas de investimentos em obra, redes e sistemas, infraestrutura, equipamentos médicos, mobiliário, contratos, indicadores, quantitativas, qualitativas foram cuidadosamente avaliadas para desenhar e redesenhar cenários para encontrar o ponto de equilíbrio de um empreendimento inovador e ousado.

Mesmo com tantos estudos e cenários por parte dos envolvidos, o caminho ainda é incerto. Em primeiro lugar depende em muito da vontade política de fazer um movimento transformador. Empreendimentos ousados e de grande monta necessitam ser mais cautelosos.

Apesar das dificuldades, o movimento foi e será transformador. Talvez este ainda não seja o melhor modelo, mas no momento esta alternativa concretiza o desejo de uma rede e de muitos usuários.

É importante ressaltar, mais uma vez, que é preciso cautela na adoção da Parceria Público-Privada. A modelagem para a PPP demanda grande volume de recursos e tempo. A elaboração da análise preliminar de viabilidade do projeto delineando o escopo, apontando as vantagens em relação aos ganhos de eficiência e qualidade se comparada com a forma tradicional de contratação é essencial para garantir o apoio dos atores envolvidos no processo, e para não se correr o risco de estagnação por falta de interesse do mercado. Além disso, o processo de elaboração do edital bem conduzido refletirá no sucesso da parceria e nos objetivos a serem alcançados.

Neste sentido, a percepção de sucesso da Parceria Público-Privada firmada com o Município de Belo Horizonte, para alavancar o projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde, é decisiva para fomentar outros empreendimentos no campo da saúde em outros municípios.

Não se pretende aqui defender a Parceria Público-Privada como a única solução para as questões relacionadas ao baixo financiamento da saúde e as limitações orçamentárias, mas compartilhar os caminhos possíveis para a melhora da saúde pública no Brasil, sugerindo estratégias. Para alavancar uma PPP devem ser observadas várias condições, das quais uma delas é o valor mínimo do contrato, que não poderá ser inferior a R\$20.000.000,00 (vinte milhões de reais). Isso inviabiliza a contratação desta modalidade pelos municípios de pequeno porte, o que pode ser um tema para estudos futuros.

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

Deixo como legado a continuidade deste estudo, pois é fundamental o monitoramento deste empreendimento para validar a eficácia, eficiência e a efetividade da Parceria Público-Privada, apenas na prestação dos serviços não assistências, como previsto na modelagem do projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde do município de Belo Horizonte. Um novo paradigma de financiamento sem privatizar a assistência à saúde, este é o SUS que queremos e merecemos ter.

## 8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALVARENGA, J.; DIAS, W. R.. *O orçamento participativo digital e a democracia participativa: um estudo de caso a partir da experiência de Belo Horizonte*. Revista tecer. Vol.3(5), 2010. p.159-163. Disponível em: <http://pe.Izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/tec/article/view/4>. Acesso 08 mar 2014.

BARRETO, L. H. D. *Terceiro setor: uma análise comparativa das organizações sociais e organizações da sociedade civil de interesse público*. 2005. Disponível em: <http://jus.com.br/art.s/7165/terceiro-setor>. Acesso 22 jul. 2014.

BERTO, A. M.. *Parceria Público-Privada na Gestão Hospitalar: sob a ótica do usuário*. VI ENAPEGS. FGV. Eixo Temático 2: Gestão Social, Políticas Públicas e Território. Disponível em: <http://anaisenapegs.com.br/2012/dmdocuments/113.pdf>. Acesso 18 jun. 2014.

BOING, C. V. A.. *Influência da configuração dos sistemas de circulação vertical e horizontal no deslocamento dos funcionários em edifícios hospitalares*. Florianópolis, 2003, 193 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/86324>. Acesso em 15 fev. 2014.

BRASIL. *Caminhos da Saúde no Brasil*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2014a. 100 p. (CONASS Debate, 2)

BRASIL. *Cartilha para Apresentação de Propostas ao Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 2014b. Disponível em: <http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/cartilha.pdf>. Acesso em 02 fev. 2014.

BRASIL. *Constituição federal, 1998*. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso 20 jul. 2014.

BRASIL. *Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002*. Código civil. Capítulo VI: Do Empréstimo. Seção I. Do Comodato. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm). Acesso em 20 jul. 2014.

BRASIL. *Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18666\\_compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18666_compilado.htm). Acesso 26 mar. 2014.

BRASIL. *Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999*. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19790.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19790.htm). Acesso 22 jul. 2014.

BRASIL. *Lei de licitações e contratos administrativos*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2009. (série legislação: nº38)

BRASIL. *Lei nº 8.142 de 28 de dezembro 1990*. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8142.htm). Acesso 22 jul. 2014

BRASIL. *Lei nº 11.079 de 30 de dezembro de 2004*. 2004a Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/111079.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/111079.htm). Acesso em 20 jul. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Ambiência*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) Disponível em: [http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro\\_dra\\_izabel\\_rios\\_caminhos\\_da\\_humanizacao\\_saude.pdf](http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_izabel_rios_caminhos_da_humanizacao_saude.pdf). Acesso em 10 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em 10 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS. Documento-Base*. 3. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização. Atenção Básica*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 2). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf). Acesso em 10 ago. 2014.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção. À Saúde Departamento De Atenção Básica. *Manual de estrutura física dos Centros de Saúde: saúde da família*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 52 p.: il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. *O Sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso. Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. 1ª Edição. Brasília: CONASS, 2009. 67 p. Disponível em [http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_19.pdf](http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_19.pdf). Acesso 17 mar. 2014.

BRASIL. *Obras públicas: recomendações básicas para a contratação e fiscalização de obras públicas*. Tribunal de Contas da União. 3. ed. Brasília: TCU, SECOBEDIF, 2013b. Disponível em: [portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2545893.PDF](http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2545893.PDF). Acesso 20 jun. 2014.

BRASIL. *Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011*. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2206\\_14\\_09\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2206_14_09_2011_rep.html) Acesso em 08 ago. 2014.

BRASIL. *Portaria nº 2.394, de 11 de outubro de 2011*. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2394\\_11\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2394_11_10_2011.html). Acesso em 08 ago. 2014.

BRASIL. *Portaria nº 340, de 4 de março de 2013*. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0340\\_04\\_03\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0340_04_03_2013.html). Acesso em 08 ago. 2014.

BRASIL. *Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde*. Carta de Ottawa. Ottawa, novembro de 1986.

BRASIL. *Sistema de monitoramento de obras da saúde*. 2013a. Disponível em: <http://institucional65.wordpress.com/2013/08/16/sistema-de-monitoramento-de-obras-da-saude/>. Acesso em 08 ago. 2014.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Licitações e contratos: orientações e jurisprudência do TCU*. Tribunal de Contas da União. 4. ed. rev., atual. e ampl. Brasília: TCU-Secretaria-Geral da Presidência: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações, 2010a. 910 p <http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls /portal/docs/2057620.pdf>. Acesso 20 jul. 2014.

CASATE, J.C; CORRÊA, A.K.. *Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem*. Rev. Latino-American. Enferm. 2005 Jan-Fev; 13 (1): 105-11. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acesso em 10 agos. 2014.

CONASEMS. *Participação social no SUS: o olhar da gestão municipal*. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participacao\\_social\\_olhar\\_gestao\\_municipal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participacao_social_olhar_gestao_municipal.pdf). Acesso em fev. 2014.

CONASS. *Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012*. Regulamentação da EC 29/00. Nota Técnica. 2012. Disponível em: [http://www.conass.org.br/NOTAS%20T%C3%89CNICAS%202012/NT%2006\\_2012%20LC%20141.pdf](http://www.conass.org.br/NOTAS%20T%C3%89CNICAS%202012/NT%2006_2012%20LC%20141.pdf). Acesso em fev. 2014.

DE ARAGÃO, A. S.. *As Parcerias Público-Privadas-PPP'S no direito positivo brasileiro*. Revista de Direito Administrativo, v. 240, p. 105-146, 2005. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com/revista/redae-2-maio-2005-alexandre%20arag%C3%A3o.pdf>. Acesso em fev. 2014.

DESLANDES, S. F.. *Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&lng=en&nrm=iso). Acesso em 31 Aug. 2014.

DI PIETRO. M. S. Z.. *As Organizações Sociais e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público: Leis nºs 9637/98 e 9790/99*. Palestra proferida em 22/09/2009, no Ministério Público do Estado de São Paulo. Disponível em: [https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.mpsp.mp.br%2Fportal%2Fpage%2Fportal%2Fcao\\_cidadania%2Fcaopublicacoes%2FOS%2520E%2520OSCIP.doc&ei=3NzeU6qqHtC\\_sQSQjYLoDw&usg=AFQjCNH2pI1B-VMg\\_WKhHAaIFVuLXbQr-g](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.mpsp.mp.br%2Fportal%2Fpage%2Fportal%2Fcao_cidadania%2Fcaopublicacoes%2FOS%2520E%2520OSCIP.doc&ei=3NzeU6qqHtC_sQSQjYLoDw&usg=AFQjCNH2pI1B-VMg_WKhHAaIFVuLXbQr-g). Acesso em 23 jul. 2014.

DI PIETRO, M. S. Z. *Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas*. 9ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

DINSMORE, P. C., SILVEIRA NETO, F. H.. *Gerenciamento de Projetos: como gerenciar seu projeto com qualidade, dentro do prazo e custos previstos*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2013.

FARQUHARSON, E., ELLIS, O.. *Conceitos de Projetos de PPP. Apostila Treinamento Fundamentos de PPP*. Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social-BNDES. Internacional Finance Corporation-IFC. Estruturadora Brasileira de Projetos-EBP, Infrastructure UK-IUK. São Paulo: 2010.

IBGE. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310620>. Acessado em 06/01/2014.

INSTITUTO DE POLÍTICAS RELACIONAIS. *OSCIP – Organização da sociedade civil de interesse público*. Instituto de Políticas relacionais. Disponível em: [http://www.relacionais.org.br/site/?page\\_id=11](http://www.relacionais.org.br/site/?page_id=11). Acesso 22 jul. 2014.

MARQUES, A. J.S. (org.). *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. 324 p. il. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/choque\\_gestao\\_saude\\_minas\\_gerais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/choque_gestao_saude_minas_gerais.pdf). Acesso em 12 mai. 2014.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M.. *O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização*. Ciências de saúde coletiva. vol.14 nº 3. Rio de Janeiro May/June, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300019> . Acesso 17 jun. 2014.

MONTONE, J.. *As Parcerias Público-Privadas na área da saúde: novas formas de ampliar o direito de acesso ao sistema único de saúde (SUS)*. In: MODESTO. P. Terceiro setor e parcerias na área de saúde. Belo Horizonte: fórum, 2011.

MORAES, M.S.. *Aspecto do modelo brasileiro das Parcerias Público-Privadas sob a luz da experiência britânica*. Encontro de Administração Pública e Governança. São Paulo: 22 a 24 de novembro 2006.

MOTTA, C. P. C.. *Eficácia nas concessões, permissões e parcerias*. Belo Horizonte. Del Rey, 2007. 658 p.

NETO, F.A.M; SCHIRATO, V.R (org.). *Estudos sobre a lei das Parcerias Público-Privadas*. Belo Horizonte: fórum 2011. p.9 – 13.

OKAMOTO, J.. *Percepção ambiental e comportamento: visão holística da percepção, do ambiente na arquitetura e na comunicação*. Ed. Mackenzie. São Paulo, 2002. 261p.

PASSOS, E. (org.). *Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde*. Organizado por Eduardo Passos e Regina Benevides. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

PESTANA, M. V. C.; MENDES, E. V.. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte, 2004. 80 p. Disponível em [http://files.conselhosaudetp.webnode.com.br/200000227-d45e9d5587/Pacto\\_de\\_Gest%C3%83%C2%A3o%5B1%5D.pdf](http://files.conselhosaudetp.webnode.com.br/200000227-d45e9d5587/Pacto_de_Gest%C3%83%C2%A3o%5B1%5D.pdf). Acesso em 08 agost. 2014

PIOLA, S. F. et. al.. *Saúde no Brasil: Algumas questões sobre o sistema único de saúde (SUS)*. Texto para Discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Nº. 1391, 2008. Disponível em: <https://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/91018/1/597727244.pdf>. Acesso 18 jun. 2014.

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Orçamento Participativo 2015/2016. Cada vez mais presente em sua vida: Metodologia e Diretrizes*. Belo Horizonte, 2014. Disponível em: [http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/sites/gestao\\_compartilhada.pbh.gov.br/files/biblioteca/arquivos/pb-0032-14g\\_caderno\\_op\\_2015-2016\\_metodologias\\_e\\_diretrizes\\_los.pdf](http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/sites/gestao_compartilhada.pbh.gov.br/files/biblioteca/arquivos/pb-0032-14g_caderno_op_2015-2016_metodologias_e_diretrizes_los.pdf). Acesso em fev. 2015

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Orçamento Participativo: a decisão nas mãos do cidadão*. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=29871&chPlc=29871&viewbusca=s>. Acesso em mai. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Qualificação da infraestrutura da atenção primária à saúde de Belo Horizonte: edital 008/11*. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pac=not&idconteudo=53930&pidplc=&app=salanoticias>. Acesso 19 mai. 2013

RIOS, I. C.. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253-261, jun. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022009000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200013&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 31 ago. 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. *Relatório de gestão do SUS-BH 2013*. Belo Horizonte, 2013. 241p.

SUNDFELD, C. A.. *Fundamentos de direito público*. 4ª edição, 10ª tiragem. São Paulo: MALHEIROS, 2006.

TAKAMATSU, S. L.. *Gestão pública participativa: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte*. Fundação Getúlio Vargas. Escola brasileira de administração pública-EBAP. Centro de formação acadêmica e pesquisa. Curso de mestrado em administração pública. Rio de janeiro, 1996.

TOLEDO, L. C.. de M. *Humanização do edifício hospitalar: um tema em aberto*. PROJETAR: II Seminário sobre Ensino e Pesquisa em Projeto de Arquitetura. 2005. Disponível em: [http://projedata.grupoprojetar.ufrn.br/dspace/bitstream/123456789/1306/1/100%20TOLEDO\\_L.pdf](http://projedata.grupoprojetar.ufrn.br/dspace/bitstream/123456789/1306/1/100%20TOLEDO_L.pdf). Acesso em: 08 agos. 2014.

## 9. GLOSSÁRIO

**Ad hoc** – destinado a essa finalidade.

**Comodato** – contrato unilateral por meio do qual uma pessoa empresta a outrem coisa infungível, a título gratuito, para que esta use o bem e depois o restitua.

**Contraprestação pública** – valor de remuneração a ser pago anualmente pelo Poder Concedente à Concessionária.

**Deduções por desempenho** – soma das deduções financeiras decorrentes da apuração dos indicadores de desempenho decorrentes do total de pontos por falha incorridos.

**Deduções por disponibilidade** – soma das deduções financeiras decorrentes da apuração dos indicadores de disponibilidade decorrentes do total de pontos por falha incorridos.

**Deságio** – depreciação do valor nominal de um título ou do preço de uma mercadoria em relação ao seu valor de mercado.

**Encampação** – anulação de contrato.

**Estrutura organizacional híbrida** – relacionado a organizações que operam na interface entre o setor público e o setor privado.

**Fundo garantidor** – instrumento criado para evitar, dentro de seus limites de manter o fluxo de caixa, o uso de precatórios para os pagamentos ao parceiro privado,

**Help desk** – serviço de atendimento aos clientes.

**Homologação** – ratificação ou confirmação, por autoridade judicial ou administrativa, de certos atos particulares, a fim de que possam se investir de força executória ou se apresentar com validade jurídica.

**Indicadores de desempenho** – são medidas quantificáveis para compreender se os objetivos estão sendo atingidos.

**Índice de Qualidade de Vida Urbano – IQVU** – é um índice que quantifica a desigualdade espacial no interior do tecido urbano em termos de disponibilidade e acesso de bens e serviços urbanos, apontando as áreas mais carentes de investimentos públicos e expressando, em números, a complexidade de fatores que interferem na qualidade de vida dos diversos espaços da cidade.

**Isonomia** – direitos iguais, normas iguais.

**Lei orçamentária anual – LOA** – é uma lei elaborada pelo Poder Executivo que estabelece as despesas e as receitas que serão realizadas no próximo ano.

**PBH ATIVOS S/A** – é uma sociedade anônima de capital fechado que tem como acionistas o Município de Belo Horizonte, a PRODABEL - Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte S/A e a BHTRANS - Empresa de Transportes e Trânsito de Belo Horizonte S/A.

**Produto Interno Bruto** – representa a soma, em valores monetários, de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região, durante um período determinado.

**Projeto básico** – servirá de base para a elaboração dos projetos complementares. Também pode servir de base para elaborar uma estimativa de preço da obra.

**Projeto executivo** – Manual de instruções da Obra. Esse documento conterá todas as informações necessárias para a perfeita execução e interpretação da arquitetura na obra.

**Sociedade de Propósito Específico** – É criada exclusivamente para dar existência legal a um projeto e ao seu fluxo de caixa, em que o risco dos investidores está relacionado à qualidade dos créditos de que a SPE é titular.

## 10. ANEXOS

### *Anexo A: Critérios para a análise de classificação dos grupos A, B e C.*

ITENS	GRUPO - C	GRUPO - B	GRUPO - A
Imóvel Alugado ou em Comodato	O imóvel não é de propriedade da Prefeitura.		O imóvel é de propriedade da Prefeitura.
Estrutura	Necessário laudo técnico para analisar as trincas diagonais, que sugerem haver recalques da fundação.		
Infiltração em Parede	Praticamente todos ambientes tem pontos de umidade, necessário retirada do reboco.	Quantidade significativa de ambientes com pontos de umidade, necessário retirada do reboco.	Poucos ambientes com pontos de umidade e com necessidade de retirada do reboco.
Trincas em Parede	Trincas inclinadas que indicam possíveis recalques da fundação ou falta de vergas (quando visualizadas próximo à portas e janelas).	Trincas horizontais e verticais que indicam provável falta de amarração da alvenaria com elementos estruturais como vigas e pilares ou trincas de retração.	Poucas trincas horizontais e verticais ou trincas de retração.
Revestimento de Teto (Laje ou Forro)	Revisão geral do revestimento dos tetos, com tratamento de pontos de umidade e repintura.	Revisão parcial do revestimento dos tetos, com tratamento de pontos de umidade e repintura.	Revisão pontual dos tetos, com repintura.
Piso Interno	Substituição do piso interno.	Revisão parcial do piso interno.	Revisão pontual do piso interno.
Piso Externo	Substituição do piso externo.	Revisão parcial do piso externo.	Revisão pontual do piso externo.
Revestimento de paredes internas	Revisão geral do revestimento das paredes internas, com repintura ou recolocação de peças cerâmicas.	Revisão parcial do revestimento das paredes internas, com repintura ou recolocação de peças cerâmicas.	Revisão pontual do revestimento das paredes internas.
Cobertura	Revisão total da cobertura, com substituição da estrutura, telhas, calhas e condutores.	Revisão parcial da cobertura, com substituição de telhas, calhas e condutores.	Cobertura em bom estado, porém é necessária revisão pontual.
Revestimento de paredes externas	Revisão geral do revestimento das paredes externa e muros, inclusive retirada do reboco e repintura	Revisão geral do revestimento das paredes externa e muros	Revisão pontual do revestimento das paredes externa e muros
Janelas (alumínio ou aço)	Necessária a substituição de grande parte das janelas	Necessária a substituição de algumas janelas, com revisão da pintura, mecanismos e estanqueidade das demais	Necessária a revisão da pintura, mecanismos e estanqueidade das demais
Portas (madeira ou aço)	Necessária a substituição de grande parte das folhas de porta, fechaduras e maçanetas.	Necessária a substituição de algumas das folhas de porta, fechaduras e maçanetas e revisão das demais.	Necessária a revisão das folhas de porta, fechaduras e maçanetas.
Louças Sanitárias	Substituição das louças, que estão trincadas ou manchadas.		
Metais	Substituição de grande parte dos metais, que apresentam problemas com ferrugem ou nos mecanismos	Substituição de parte dos metais, que apresentam problemas nos mecanismos.	Revisão dos metais, com controle de fluxo, que apresentam problemas nos mecanismos.
Bancadas	A maioria ou a totalidade das bancadas devem ser substituídas, bancadas de ardósia, mármore e concreto.	Parte das bancadas devem ser substituídas, bancadas de ardósia, mármore e concreto.	Todas as bancadas são de granito e necessitam apenas de revisão nos encontros das peças.
Acessibilidade interna e externa	Totalmente inadequada.	Acessibilidade externa adequada, porém acessibilidade interna inadequada.	Acessibilidade externa e interna adequadas, porém são necessárias intervenções.
Acesso de Ambulância	Não existe acesso de ambulâncias dentro da unidade	Existe acesso de ambulâncias, porém o trajeto até o local de parada é feito através de ambientes comuns, como recepção	Existe acesso de ambulâncias e o trajeto até o local de parada é feito diretamente, sem trânsito por ambientes comuns.
Abrigo de resíduos	Não existe abrigo de resíduos, necessária construção.	Existe abrigo de resíduos, mas não atende às exigências da ANVISA e não há separação de lixo infectante e lixo comum.	Existe abrigo de resíduos, mas não atende às exigências da ANVISA, porém há separação de lixo infectante e lixo comum.
Barras de apoio	Substituição (barras fora de norma ou enferrujadas) e/ou instalação de barras de apoio em aço inox.		
Protetor de Parede	Instalação de protetor de parede.		

Fonte: Arquivos do projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte.

**Anexo B. Ocorrência dos itens avaliados nos 146 centros de saúde\* dentro dos critérios de avaliação para classificação nos grupos, A-B-C.**

	Estrutura / Acessos / Acabamentos	Classificação		
		C	B	A
1	Estrutura	10	33	103
2	Infiltração em Parede	33	65	48
3	Trincas em Parede	27	53	66
4	Revestimento de Teto	44	45	57
5	Piso Interno	50	41	55
6	Piso Externo	38	53	55
7	Revestimento de paredes internas	56	36	54
8	Revestimento de paredes externas	36	49	61
9	Abrigo de resíduos	142	3	1
10	Janelas	47	38	61
11	Portas	64	22	60
12	Louças Sanitárias	36	24	86
13	Metais	38	20	88
14	Bancadas	41	20	5
15	Acessibilidade interna e externa	51	37	58
16	Acesso de Ambulância	84	3	59
17	Cobertura	43	31	72
18	Barras de apoio	51	49	46
19	Protetor de Parede	144	0	2

\* No momento da visita técnica o centro de saúde Conjunto Betânia estava sendo demolido.

Fonte: Arquivos do projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte.

### *Anexo C. Projeto arquitetônico*

Após uma análise detalhada dos conceitos acerca do Projeto de Qualificação da Infraestrutura da Rede de Atenção Primária de Belo Horizonte, entendendo suas necessidades espaciais, fluxos e políticas operacionais, além do funcionamento das atividades individuais e em grupo e número de Equipes de Saúde da Família de um Centro de Saúde, foi desenvolvido um Programa Arquitetônico Ideal para as novas Unidades.

Sendo assim, foram projetados 02 blocos que se interligam e se articulam, de acordo com regras urbanas de cada terreno da nova Unidade a ser implantada e suas necessidades para um melhor aproveitamento de iluminação e ventilação naturais. Módulo de circulação vertical norteia o fluxo de pessoas e serviços e se localizam em ponto estratégico, a fim de assegurar as condições exigidas pela Legislação do Corpo de Bombeiros e o conforto dos usuários em geral. A estrutura é modular possibilitando a articulação dos módulos de acordo com o terreno e a criação de vetores de crescimento.

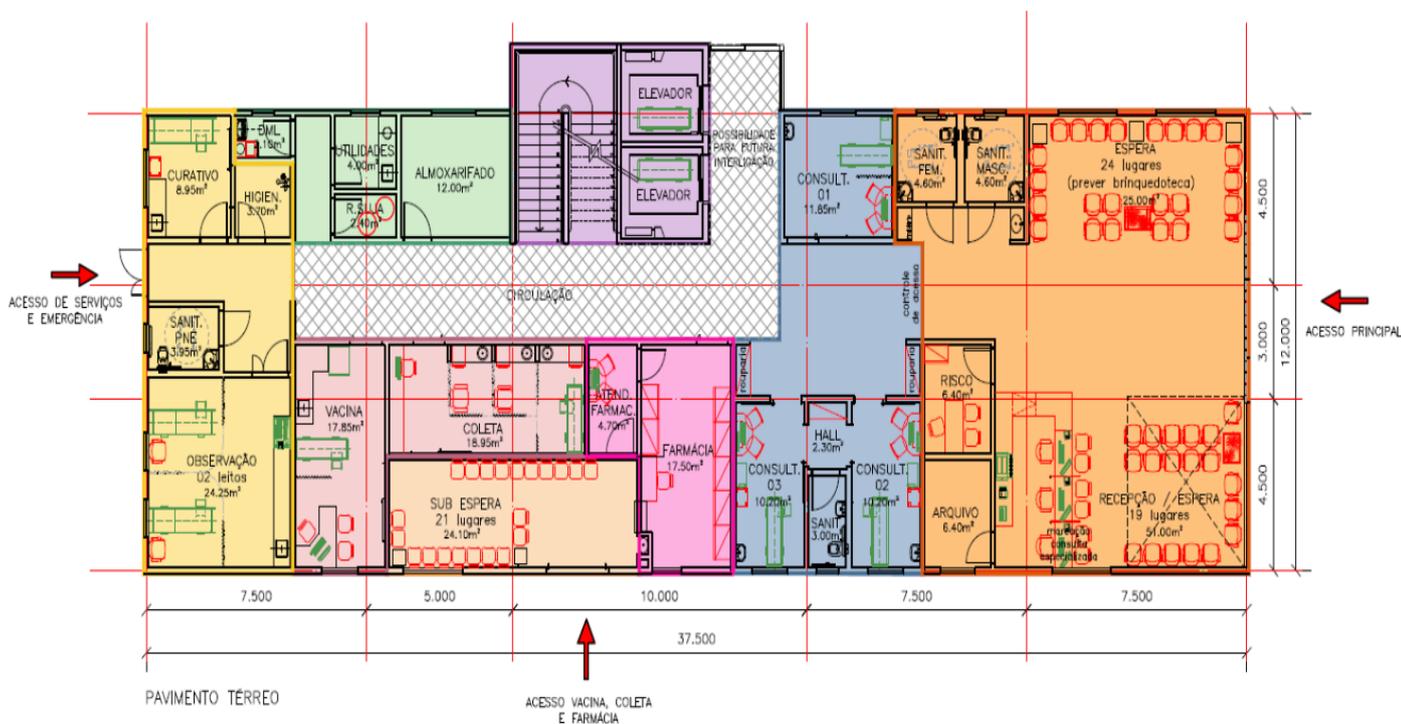


**Anexo D. Layout de arquitetura – térreo, padrão para todas as unidades.**

O pavimento térreo do bloco 01 será a porta de entrada do centro de saúde, contemplando a recepção, espera principal, sala de classificação de risco, sala de coleta – 03 boxes, sendo 01 deles com maca –, sala de vacina, sala de observação – com 02 macas –, sala de curativos e a farmácia, com espera independente, consultório farmacêutico e área de armazenamento e dispensação. Neste andar também está previsto três consultórios, permitindo o acesso direto de usuários com necessidades especiais, sendo dois consultórios interligados por um corredor e banheiro, facilitando a interlocução da equipe e um deles com uma mesa ginecológica. Haverá um acesso específico para ambulância e área para carga e descarga.

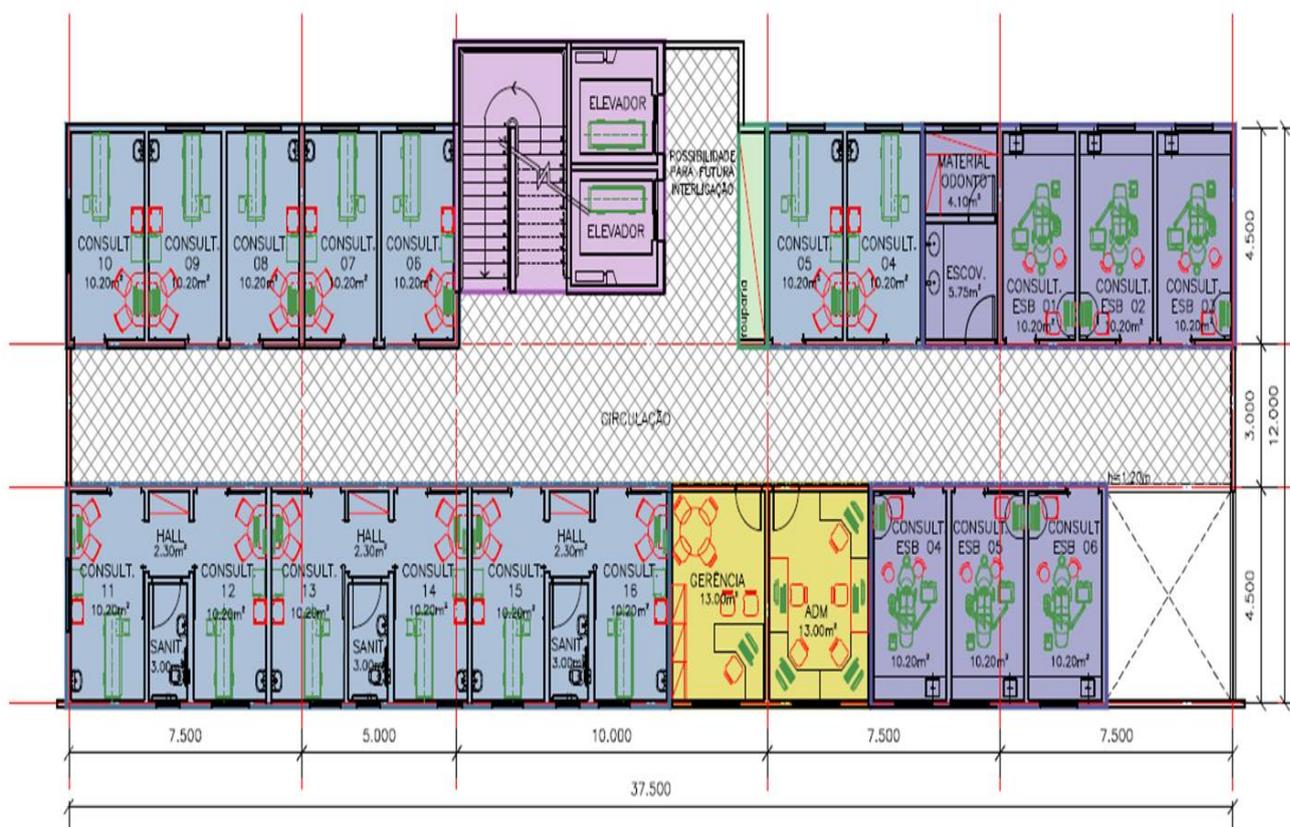
A Farmácia, coleta e sala de vacinas terão acesso independente evitando a circulação dos usuários por toda a unidade para serem atendidos.

A área da recepção foi projetada com o pé-direito duplo para aumentar a possibilidade de ventilação e iluminação natural do ambiente.



**Anexo E. Layout de arquitetura –1º Pavimento.**

Estão localizados consultórios da equipe de saúde bucal e 01 escovário, quatro consultórios de e apoio e os consultórios de atendimento das ESF, todos interligados por um corredor e banheiro e um deles equipado com uma mesa ginecológica. O número de consultórios previstos são dois por ESF e cinco de apoio.

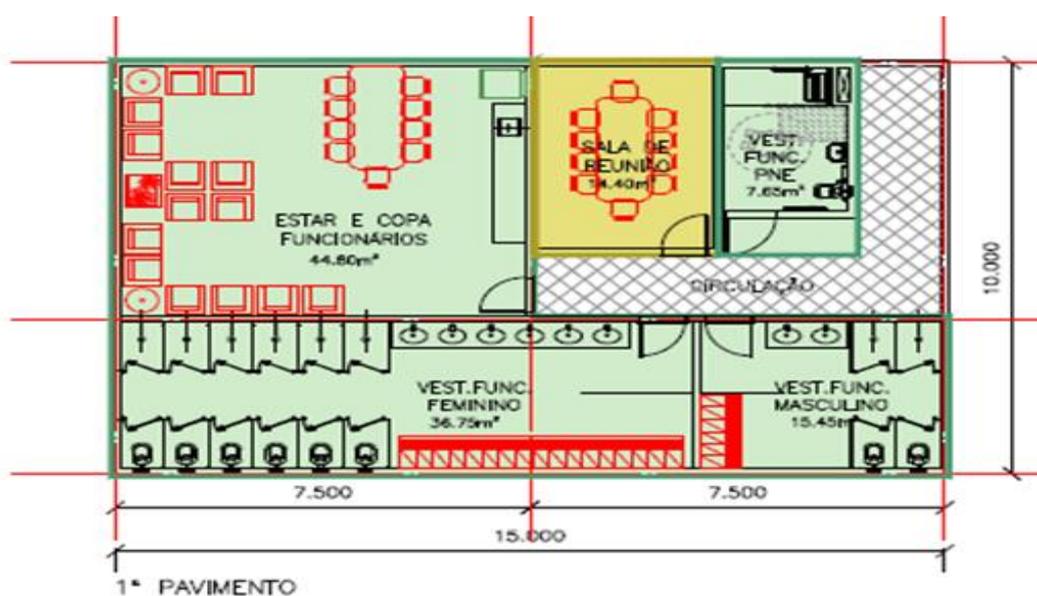
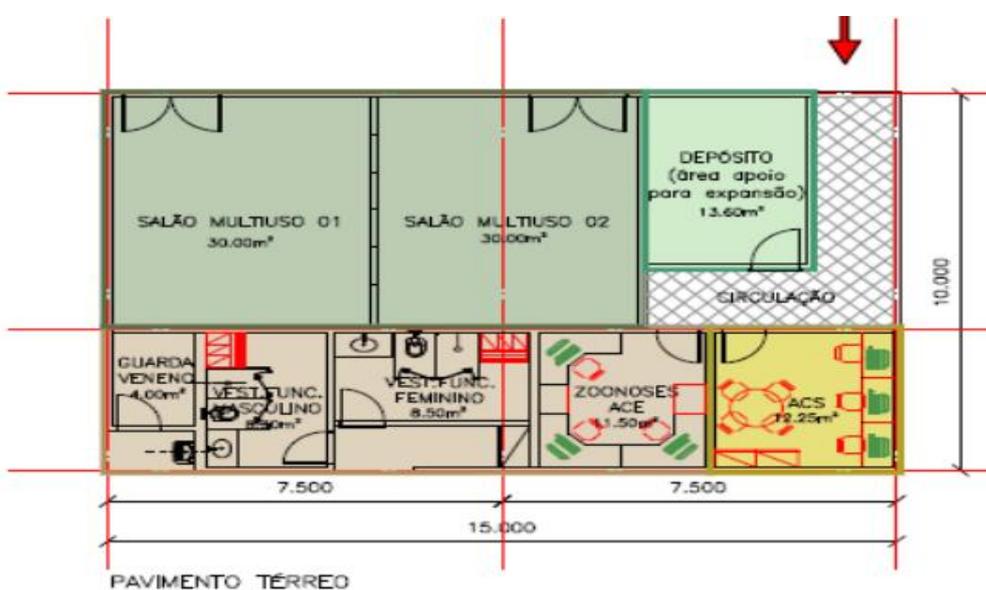


Fonte: Edital 008/11

**Anexo F. Layout de arquitetura –Bloco 2 - 1º e 2º Pavimento.**

O bloco 02 no pavimento térreo abrigará os salões de destinados à prática de atividades em grupo, entre elas o Lian Gong, grupos operativos, educação permanente dentre outras. Essa área tem seu acesso independente. Ainda conta com as salas dos ACS e ACE, área para guarda de venenos e 02 vestiários de funcionários da zoonoses.

No pavimento superior, estão localizados os vestiários de funcionários, sala de reunião, copa, cozinha e a sala de descanso.



*Anexo G. Exemplo de implantação, interligação e articulação de nova Unidade.*



Fonte: Edital 008/11

**Anexo H. Exemplo esquemático da determinação da disponibilidade e de desempenho para um Centro de Saúde.**

Unidade Funcional	Condições de mínimas de disponibilidade	Parâmetros dentro da condição aceitável?	Disponível?
Consultórios	Temperatura do ambiente	Sim	Sim (não se aplica dedução)
	Iluminação	Sim	
	Eletricidade	Sim	
	etc.	Sim	
Recepção	Temperatura do ambiente	Sim	Não (aplica-se dedução)
	Iluminação	Não	
	Eletricidade	Sim	
	etc.	Sim	
Farmácia	Temperatura do ambiente	Sim	Não (aplica-se dedução)
	Iluminação	Não	
	Eletricidade	Não	
	etc.	Sim	

Fonte: Edital 008/11

Cada evento de indisponibilidade deve sempre ser considerado dentro de um período de horas de funcionamento do Centro de Saúde em um mesmo dia. Assim, a título de exemplo, é apresentada a seguinte tabela que relaciona o tempo de não atendimento das condições mínimas de disponibilidade e o número de deduções por indisponibilidade.

Tempo de não atendimento das CONDIÇÕES MÍNIMAS (Tempo de INDISPONIBILIDADE)	Número de deduções acumuladas por indisponibilidade
6 horas em um mesmo dia	1 dedução
12 horas em um mesmo dia	2 deduções
Indisponibilidade ocorrida a menos de uma hora do <b>final do expediente</b> do dia "X" e corrigida na primeira hora de operação do dia "X + 1" (portanto após o início de operação do CS nesse dia)	2 deduções

Fonte: Edital 008/11

Exemplo de mensuração do desempenho: Indicador – limpeza.

Descrição do indicador	Critério de Aceitação	Medidas a serem utilizadas para o indicador	Base para acompanhamento do indicador	Criticidade	Tempo para correção	Unidade de Monitoramento
Limpeza – Área crítica	A CONCESSIONÁRIA deve garantir que a limpeza agendada em Áreas de Alto Risco funcional tenha sido concluída de acordo com os horários de limpeza acordado com o PODER CONCEDENTE e as Normas de Serviço.	Determinado por falha.	Registros e controles que contenham detalhes sobre a execução da limpeza, entre os quais: tipo de limpeza executada, horário de execução, profissionais que executaram a referida limpeza.	Alta	20 min	Por sala afetada limitadas a 4 salas por CS por dia.
Limpeza - Semi crítica	A CONCESSIONÁRIA deve garantir que a limpeza agendada em Áreas de Médio Risco funcional tenha sido concluída de acordo com os horários de limpeza acordado com o PODER CONCEDENTE e as Normas de Serviço.	Determinado por falha.	Registros e controles que contenham detalhes sobre a execução da limpeza, entre os quais: tipo de limpeza executada, horário de execução, profissionais que executaram a referida limpeza.	Baixa	30 min	Por sala afetada limitadas a 4 salas por CS por dia.
Limpeza - Não crítica	A CONCESSIONÁRIA deve garantir que a limpeza agendada em Áreas de Baixo Risco funcional tenha sido concluída de acordo com os horários de limpeza acordado com o PODER CONCEDENTE e as Normas de Serviço.	Determinado por falha.	Registros e controles que contenham detalhes sobre a execução da limpeza, entre os quais: tipo de limpeza executada, horário de execução, profissionais que executaram a referida limpeza.	Baixa	1 hora	Por sala afetada limitadas a 4 salas por CS por dia.
Limpeza Ad-hoc	Limpeza que é feita na ocasião da ocorrência (tempo e qualidade).	Tempo de atendimento e qualidade do atendimento.	Dados do Help Desk	Baixa	20 min	Por sala afetada limitadas a 4 salas por CS por dia.

Fonte: Edital 008/11

Para cada indicador não atendido, corresponderá uma dedução por falha ocorrida que será calculada a partir do número de pontos estabelecido na tabela abaixo.

<b>Criticidade da falha</b>	<b>Pontos por Falha</b>
Baixa	6
Média	9
Alta	15
Indisponibilidade por UNIDADE FUNCIONAL	Variável

Fonte: Edital 008/11

A cada ponto devido a falha de desempenho e/ou de disponibilidade corresponderá a uma dedução monetária. Ao longo do período de concessão este valor deve ser reajustado na mesma proporção e sempre que a contraprestação pública máxima sofrer reajustes de forma que a proporção entre este valor de dedução por ponto devido a falha de desempenho e/ou de disponibilidade e o valor da contraprestação pública máxima deve ser resguardada e preservada durante todo o período da concessão.

