



Lisbon School
of Economics
& Management
Universidade de Lisboa

MESTRADO EM **DESENVOLVIMENTO E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL**

TRABALHO FINAL DE MESTRADO **DISSERTAÇÃO**

**A IMPORTÂNCIA DAS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS COMO
INSTRUMENTO DE DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO-SOCIAL:
ESTUDO DE CASO DA PPP DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
EM BELO HORIZONTE**

LUIGI FIGUEIRA HERDY CALDEIRA

SETEMBRO - 2024



Lisbon School
of Economics
& Management
Universidade de Lisboa

MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

TRABALHO FINAL DE MESTRADO DISSERTAÇÃO

**A IMPORTÂNCIA DAS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS COMO
INSTRUMENTO DE DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO-SOCIAL:
ESTUDO DE CASO DA PPP DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
EM BELO HORIZONTE**

LUIGI FIGUEIRA HERDY CALDEIRA

**SUPERVISION:
PROFESSOR PEDRO VERGA MATTOS**

SETEMBRO - 2024

*For every one step that you
take in the pursuit of higher
knowledge, take three steps
in the perfection of your own
character.*

Rudolf Steiner

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Económico e Social

IFC - *International Finance Corporation*

PBH – Prefeitura do município de Belo Horizonte

PIB – Produto Interno Bruto

PNB – Produto Nacional Bruto

PPI – Investimento Privado em infraestrutura

PPP – Parceria Público-Privada

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

ONU – Organização das Nações Unidas.

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde do município de Belo Horizonte

SPE – Sociedade de Propósito Específico

RESUMO, PALAVRAS-CHAVE E CLASSIFICAÇÃO JEL

As Parcerias Público-Privadas (PPP) podem ser definidas como arranjos contratuais de longo prazo, envolvendo uma entidade pública e um agente privado, com o objetivo de fomentar o desenvolvimento socioeconômico, especialmente em países de renda média e baixa. Esta prática se intensifica após o Consenso de Washington e da crise financeira de 2008-2009, motivada pela escassez de recursos públicos, pela necessidade de expansão da infraestrutura social e na prestação de serviços públicos de qualidade. Condição essencial para o estabelecimento das PPP é o conceito de valor pelo dinheiro (*value-for-money*) que compara os custos da prestação de serviços entre o setor privado o setor público, sem comprometer o nível de serviço ou a alocação de riscos. No entanto, há debates sobre as reais vantagens das PPPs em relação à contratação estatal tradicional, por essa razão este estudo procurou investigar a eficiência das parcerias no desenvolvimento socioeconômico, a partir de um estudo de caso real. O Brasil é um dos líderes mundiais em projetos de PPP, sendo evidente a opção por este instrumento de contratação pública. A PPP da Rede de Atenção Primária de Belo Horizonte, gere os serviços não-assistenciais de 48 centros de saúde, demonstrou superioridade em termos de eficiência e qualidade na gestão de recursos públicos, com centros sendo construídos em prazos menores do que os estabelecidos contratualmente. A análise qualitativa apontou para a agilidade e inovação proporcionadas por esses contratos, desde que bem estruturados, processo que consome tempo e recursos públicos. Este estudo revisou a literatura sobre PPP e examinou a parceria em atenção primária em Belo Horizonte, concluindo que parcerias bem desenhadas podem ser ferramentas importantes de desenvolvimento de políticas públicas de qualidade e atendimento às populações em que se inserem.

CLASSIFICAÇÃO JEL: C15; D61; H10; H54; O10; O22.

PALAVRAS-CHAVE: POLÍTICAS PÚBLICAS, PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS, PPP, EFICIÊNCIA, ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

KEYWORDS: PUBLIC POLICY, PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS, PPP, EFFICIENCY, PRIMARY HEALTHCARE

ABSTRACT, KEYWORDS AND JEL CODES

Public-Private Partnerships (PPP) can be defined as long-term contractual arrangements between a public entity and a private agent, aimed at fostering socioeconomic development, particularly in middle- and low-income countries. This practice intensified after the Washington Consensus and the 2008-2009 financial crisis, driven by the scarcity of public resources and the need to expand social infrastructure and deliver high-quality public services. A key condition for establishing PPP is the value-for-money concept, which compares the costs of service provision between the private and public sectors without compromising service levels or risk allocation. However, debates persist regarding the real advantages of PPP over traditional state procurement models. For this reason, this study sought to investigate the efficiency of PPP in promoting socioeconomic development through a real case study. Brazil is a global leader in PPP projects, with a clear preference for this public contracting instrument. The Belo Horizonte Primary Care Network PPP, which manages non-clinical services for 48 health centers, demonstrated superior efficiency and quality in public resource management, with health centers being constructed in shorter timeframes than those contractually stipulated. Qualitative analysis, based on interviews, highlighted the agility and innovation enabled by these contracts, provided they are well-structured, a process that requires time and public resources. This study reviewed the literature on PPP and examined the primary care PPP in Belo Horizonte, concluding that well-designed partnerships can be important tool for developing quality public policies and serving the populations in which they operate.

JEL CODES: C15; D61; H10; H54; O10; O22.

KEYWORDS: PUBLIC POLICY, PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS, PPP, EFFICIENCY, PRIMARY HEALTHCARE

ÍNDICE

Lista de siglas	i
Resumo, Palavras-chave e Classificação JEL	ii
Abstract, Keywords and JEL Codes	iii
Índice	iv
Lista de figuras	vi
Lista de tabelas	vi
Agradecimentos	vii
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento teórico.....	5
2.1. Fundamentação das Parcerias Público-Privadas.....	6
2.2. Breve histórico.....	8
2.3. O arcabouço legal brasileiro	8
2.4. Características importantes.....	9
2.5. O papel dos poderes públicos	11
2.6. Avaliação das parcerias	12
2.7. Parcerias em infraestrutura social.....	13
3. Estudo de caso	16
3.1. Objeto do Contrato de PPP	16
3.2. Perfil sócio-económico do município.....	17
3.3. Escopo do Contrato	17
3.4. Histórico da parceira.....	19
3.5. Perfil da SPE Saúde BH	23
4. Análise comparativa	24
4.1. Análise quantitativa: prazo de construção	24

4.2. Análise qualitativa	27
5. Conclusão	28
Referências	32
Anexos	39
Anexo I – Relação dos centros de saúde entregues	39
Anexo II – Guião de Entrevista	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Relatório de Acompanhamento de Obra civil CME/Laboratório	19
Figura 2 Distribuição dos ativos da PPP.....	22
Figura 3 Entrega de centros de saúde por ano e CME/Laboratório.....	23
Figura 4 Box plot das simulações dos dias de construção dos centros de saúde	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Direitos e obrigações.....	18
Tabela 2 Variação nos valores de contrato	23
Tabela 3 Lista dos centros de saúde com obras finalizadas.....	39

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o produto de um longo percurso de vida, iniciado ainda no Brasil quando decidi vir a Portugal complementar os meus estudos em Economia e Políticas Públicas.

Em primeiro lugar agradeço aos meus professores e orientador Pedro Verga Mattos cujo profundo conhecimento sobre os temas ora abordados foram fundamentais para que pudesse desenvolver o meu aprendizado em uma investigação profunda sobre o tema do desenvolvimento.

Também agradeço aos meus ilustres colegas pelos momentos de discussão e parcerias que enaltecera a produção de conhecimento. Um especial agradecimento à PBH Ativos que através dos seus diretores contribuíram com os dados aqui apresentados.

Por fim agradeço a minha família pelo apoio e compreensão nas horas dedicadas a conclusão deste ciclo que se encerra com este trabalho.

1. INTRODUÇÃO

Os arranjos contratuais de longo prazo para construção e operação de um ativo ou serviço público que envolvam de um lado uma instituição pública e, de outro, um agente privado, as chamadas Parcerias Público-Privadas (PPP ou parcerias) têm se disseminado pelo mundo nos últimos 30 anos (Broadbent & Laughlin, 2004, Joudyian et al. , 2021 e Alcaraz et al., 2023) e ganham notoriedade Lopes (2011) enquanto instrumento indutor do desenvolvimento socioeconómico, no período posterior a crise financeira internacional de 2008 e 2009.

A adoção ao modelo de PPP decorre, inicialmente, das restrições fiscais e orçamentarias do setor público, fruto da escassez de recursos disponíveis e limitada capacidade de endividamento dos estados para o financiamento da infraestrutura. No entanto, avança para uma orientação voltada à eficiência na prestação de serviços públicos e para a eficácia na alocação de recursos públicos, o que é conhecido por valor pelo dinheiro (*value-for-money*, em língua inglesa) (Hodge & Greve, 2007).

Não há uma metodologia única dedicada a medir o valor pelo dinheiro das parcerias, Grimsey & Lewis (2005) estabelecem que o valor pelo dinheiro ocorre quando o valor presente do custo da prestação do serviço para o setor privado for menor que o valor presente do custo para o setor público, ou seja, quando há evidentes benefícios económicos gerados pela parceria em oposição a contratação exclusivamente pública, com a ressalva de se manter o mesmo nível de serviço e alocação de risco.

A literatura académica, no entanto, questiona a vantagem socioeconómica das parcerias em relação ao modelo tradicional de contratação estatal em projetos de infraestrutura (Chernavsky, 2021), uma vez que a obtenção de evidências fiáveis e incontrovertidas de um comparador público são muito difíceis de serem obtidas (Hodge & Greve, 2007) e amplia a necessidade de investigação sobre a potencial vantagem das parcerias em termos de eficiência e eficácia.

As PPP são consideradas contratos complexos e incompletos que ensejam uma frequente comunicação entre os envolvidos, o que faz aumentar os custos de transação e de agência destes arranjos (Miranda Sarmiento & Renneboog, 2017). Segundo Villani, Greco & Phillips (2017) dado o grau de complexidade das relações entre as partes, a variabilidade de atores e serviços prestados em múltiplos setores económicos, as parcerias

podem ser consideradas como uma nova forma organizacional híbrida. Como consequência da repartição de responsabilidades entre os agentes do estado, as parcerias implicam em uma gradual alteração das capacidades destes, partindo de uma função de organizador e promotor das políticas públicas para um papel de colaborador e regulador de serviços públicos (Thamer & Lazzarini, 2015).

Com raízes no âmbito do desenvolvimento internacional, as parcerias são, neste contexto, mecanismos de financiamento da infraestrutura pública como alternativa à insuficiência de disponibilidade de recursos públicos, bem como para o alargamento da quantidade e qualidade dos serviços públicos oferecidos à população.

Por se tratar de um tema atual, este estudo tem por objetivo investigar se as parcerias público-privadas podem ser um instrumento capaz de acelerar o processo de desenvolvimento, entregando de forma mais eficiente e eficaz ativos e serviços públicos de qualidade às pessoas, principalmente, em países de renda média e baixa, para tanto foi analisado um estudo de caso baseado na experiência de PPP em saúde pública no município de Belo Horizonte no Brasil.

Rozenberg & Fay (2019) estimam a necessidade de investimento em infraestrutura (défice de infraestrutura) dos países de renda média e baixa entre \$1,5 a \$2,7 trilhões de dólares americanos por ano (entre 4,5% a 8,2% do produto nacional bruto (PNB) destes países) para se alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU). No Brasil, o déficit anual de infraestrutura é estimado em 1,8% do PNB, aproximadamente \$29 mil milhões de dólares americanos (Global Infrastructure Hub, 2024).

Globalmente, os investimentos privados em infraestrutura (PPI) atingiram \$86 mil milhões de dólares americanos em 2023, cerca de 0,2% do PNB dos países de renda média e baixa. Embora tenha havido uma queda de aproximadamente 5% em relação a 2022, quando somaram \$91,3 mil milhões de dólares americanos, o número de países aumentou de 54 para 68 e o número de projetos cresceu de 260 para 322, entre 2022 e 2023. Ademais, em números absolutos, os cinco países que mais receberam recursos do PPI em 2023 foram: China (que recebeu 47% do total dos PPI em 2023), Brasil (10% do PPI), Filipinas (9% do PPI), Índia (8% do PPI) e Peru (3% do PPI); juntos atraíram \$66 mil

milhões de dólares americanos ou 77% do valor total dos investimentos (Banco Mundial, 2023).

Dados do relatório Infrascopes, ferramenta de avaliação que mede a capacidade dos países para implementar parcerias público-privadas sustentáveis e eficientes em setores-chave de infraestrutura, indicam a preferência do Brasil por esta modalidade entre os países da América Latina e do Caribe, tendo o país atingido a pontuação de 76,3 de 100. A pontuação reflete áreas críticas como: estruturas regulatórias, prontidão institucional, facilidades financeiras e mecanismos de prestação de contas públicas e avalia o quão bem os países estão equipados para gerenciar suas PPP, examinando a transparência, gestão de riscos e sustentabilidade fiscal. Sendo assim quanto maior é a pontuação de um país, mais favorável é o ambiente para a implementação e sustentabilidade bem-sucedida das parcerias. O índice ajuda a identificar os obstáculos para o engajamento do setor privado especialmente em infraestrutura. (Economist Impact, 2022).

É notório a opção por este instituto de contratação pública pelo Brasil, o país é o maior em quantidade de projetos de PPP de acordo com a base de dados desenvolvida por Alcaraz et al., (2023), que conjugou informações incompletas de três bases de dados no período de 1945 até 2012, totalizando 259 projetos e investimentos que somam \$60,3 mil milhões de dólares americanos.

Regulamentada pela Lei Federal 11.079 de 2004 (Brasil, 2004), as PPP, no Brasil, resultam diretamente da reforma gerencial brasileira (Melo-Silva et. al., 2021) ocorrida durante a década de 1990 e, conforme Thamer & Lazzarini (2015) são um recurso cada vez mais utilizados pelos governos, em especial, pelas unidades federativas: os estados e municípios.

O estoque dos investimentos dos contratos de PPP no Brasil soma quase \$1,0¹ trilhão de dólares americanos considerando os gastos previstos para os próximos 30 anos (Garrett Jr., 2023). Adicionalmente, em 2023, registou-se a abertura de 409 processos de licitação de PPP, abrangendo os âmbitos municipal (87%), estadual (8%) e federal (5%) e que resultaram em 206 novos contratos de parcerias público-privadas (Tadeu, 2024).

¹ De acordo com a fonte citada, o valor total dos investimentos é de \$4.5 trilhões de reais na data de 28 de abril de 2023, o valor divulgado em dólares americanos teve em conta a cotação da moeda (\$4.9762 USD/BRL) em fechamento ajustado do dia 27 de abril de 2023. Fonte: Yahoo Finanças disponível em: [Taxa ao vivo, gráfico e notícias da USD/BRL \(USDBRL=X\) - Yahoo Finanças](#)

O Pacto pela Saúde (Brasil, 2006) é um conjunto de reformas administrativas que estabeleceu a estratégia de saúde nacional e tornou prioritário a promoção de ações sobre a atenção primária, que são ações de saúde voltadas, entre outros, para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

No Brasil, o Governo do Estado da Bahia é o pioneiro na adoção das PPP ancorado na estratégia de desenvolvimento social com foco principal na saúde (Cabral, Fernandes, & Ribeiro, 2016), atualmente possui três parcerias em funcionamento: PPP Hospital do Subúrbio, de 2010, PPP Diagnóstico por Imagem, de 2015 e PPP Instituto Couto Maia, de 2018 (Governo do Estado da Bahia, 2023).

O objeto do estudo de caso, a primeira parceria em atenção primária à saúde do país, a PPP da Rede de Atenção Primária de Belo Horizonte, inaugurada em 2019, gere os serviços não-assistenciais em 48 centros de saúde do município, cobrindo cerca de 900.000 utentes. Até o fim de 2025, 11 novos centros de saúde serão entregues bem como o Centro de Materiais e Esterilização e Laboratório Central (CME e Laboratório) completando o escopo atual do contrato atingindo até 1,0 milhões de utentes.

Os serviços atribuídos ao parceiro privado contemplam a construção, equipagem e operação não-assistencial dos equipamentos de atenção primária, sendo que o primeiro centro de saúde, Cabana, foi entregue em dezembro de 2019 e, de acordo com as informações publicadas pela PBH, levou 270 dias para ser construído e equipado. Ao todo, os atuais 48 centros de saúde em operação sob a PPP obtiveram um prazo médio de construção e equipagem de 293 dias, abaixo do prazo máximo de 365 dias, conforme o contrato da parceria.

A metodologia desenvolvida para responder à questão de investigação ora proposta seguiu as seguintes etapas: uma revisão da literatura relevante, seguido pela aplicação de estudo de caso com base em uma PPP ativa e dos materiais disponibilizados pela concessionária em meio eletrônico. Cabe destacar que foi orientada ainda a realização de uma entrevista em formato semi-estruturada com Administração Pública do município responsável pela estruturação de projetos de parcerias, fato que não se verificou devido à indisponibilidade dos agentes públicos municipais após reiteradas solicitações.

A coleta de dados foi realizada a partir de dados primários publicados na página dedicada do projeto da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), bem como das respostas da

entrevista semiestruturada com a equipe técnica da PBH Ativos, empresa pública responsável por viabilizar políticas públicas em projetos de infraestrutura.

Em que pese a ausência de amostragem significativa do comparador público, é notória a superioridade da parceria em termos de eficiência na expansão da infraestrutura dos centros de saúde, bem como na eficácia da gestão dos recursos públicos.

Com o intuito de aprofundar as análises para além da esfera numérica, foi realizada uma entrevista em formato semiestruturado com representantes do governo municipal que embasaram a análise qualitativa deste estudo, destacando os ganhos de eficiência da PPP na prestação de serviços de saúde primária em Belo Horizonte.

A análise qualitativa proveniente da entrevista fortalece a hipótese de maior eficiência das parcerias na promoção de políticas públicas de qualidade, uma vez que os contratos mais flexíveis possibilitam maior agilidade na contratação de serviços e estimulam inovação, pois a remuneração está vinculada ao desempenho. Adicionalmente, quando bem desenhado, a parceria permite o compartilhamento de riscos baseado nas competências de cada parceiro que resulta em serviços de maior qualidade.

No segundo capítulo do deste estudo é realizada uma revisão da literatura acadêmica sobre as parcerias público-privadas e sua aplicação ao caso brasileiro; o capítulo seguinte detalha a parceria da Rede de Atenção Primária à Saúde do município de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais no Brasil, o quarto capítulo apresenta os resultados estatísticos dos dados de produção da PPP e realiza uma comparação com o modelo tradicional de contratação pública e o quinto capítulo conclui e sugere melhorias na metodologia e aprofundamento dos estudos.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Moore (2014) afirma ser quase impossível um governo funcionar sem algum apoio da iniciativa privada, da mesma forma o desenvolvimento do mercado é impraticável sem o alicerce governamental. Esta relação de interdependência entre os setores público e privado remontam a períodos históricos e ajudaram a pavimentar o desenvolvimento socioeconômico atual.

Para além da racionalidade técnica, traduzida pelo valor pelo dinheiro, é imprescindível salientar que a instituição das parcerias é eminentemente política

(Firmino, 2018). Trata-se, em primeiro lugar, de uma escolha voluntária dos agentes políticos para a constituição de bens e serviços que, posteriormente, deverá apresentar viabilidade técnica.

Notoriamente, as PPP têm um apelo otimista, pois se propõem a entregar ativos e serviços com maior rapidez e menores gastos (Grimsey & Lewis, 2005). Argumenta Whiteside, (2019) que as parcerias não apenas transformam a infraestrutura e serviços públicos em mecanismos de geração de lucro, mas também alteraram a natureza do setor público, normalizando as PPP como forma predominante de gestão pública, mesmo diante de falhas em projetos, crises financeiras, mudanças governamentais e auditorias rigorosas. Em várias jurisdições, as práticas tradicionais de compras públicas e orçamentação foram substituídas, com o setor público assumindo o papel de comprador, e não mais de provedor direto dos serviços.

Verhoest, Petersen, Scherrer, & Soeipto, (2015) resumem o arcabouço institucional ideal para a promoção das PPP em: (i) políticas claras e compromisso político, (ii) arcabouço legal e regulatório e (iii) acordos de especialização e desenvolvimento do setor.

2.1. Fundamentação das Parcerias Público-Privadas

Para se compreender o que são, qual a proposta de valor e os custos associados, ou seja, para se definir as parcerias, é necessário ter em conta que não há consenso na literatura acadêmica sobre o conceito de PPP (Villani, Greco & Phillips, 2017, Cruz & Sarmiento, 2019), devido a diversidade de modelos existentes e pela legislação adotada por cada país (Thamer & Lazzarini, 2015), portanto tende-se a descrever suas características principais.

De uma forma geral e ampla, Hodge & Greve (2007) classifica as PPP como uma nova forma de gestão e organização das instituições governamentais para o serviço público.

Já as organizações supranacionais, responsáveis pela disseminação desta metodologia pelo globo, conceituam a sua própria forma a definição das parcerias.

O Banco Mundial define as parceiras como:

“Um contrato de longo prazo entre uma entidade privada e uma entidade governamental, para o fornecimento de um bem ou serviço público, no qual a entidade privada assume um risco significativo e a responsabilidade de gestão e a remuneração está atrelada ao desempenho.”

Em: Banco Mundial (2017), p. 1.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) define as PPP como:

“... acordos contratuais a longo prazo entre o governo e um parceiro privado, em que este último presta e financia serviços públicos utilizando um ativo de capital, partilhando os riscos associados. Em um acordo de PPP, os objetivos de prestação de serviços do governo devem ser alinhados com os objetivos de comerciais do parceiro privado. A eficácia do alinhamento depende de uma suficiente e adequada transferência de riscos aos parceiros privados.”

Em: OCDE (2012), p. 18.

Com o intuito de delimitar as parcerias, Cruz & Sarmiento (2019) elencam seis características principais inerentes às PPP: (i) estabelecimento de um contrato de longo prazo entre entes público e privado para construção e manutenção de um ativo público, (ii) o financiamento e (iii) alocação de riscos, (iv) o pagamento está atrelado ao desempenho estabelecido em contrato, (v) há incentivo à inovação e que há dois tipos distintos de PPP vinculados a forma de pagamento (vi) as concessões em que não há contrapartida do estado e as PPP que ensejam, necessariamente, dispêndios do poder concedente ao privado.

Segundo Grimsey & Lewis (2005) a escolha pelo caminho das parcerias pelos governos podem ter diversas motivações, no entanto é imprescindível a obtenção de valor pelo dinheiro, ou seja, maior produção e qualidade de serviços públicos com gastos menores pelo privado em comparação ao comparador público.

Edelenbos & Klijn (2009) enfatizam que o pressuposto para o estabelecimento das parcerias está na criação de valor adicionado para a sociedade oriundo da combinação das forças dos setores público e privado. E, define as PPP como uma cooperação entre atores público e privado para o desenvolvimento conjunto um bem ou serviço público no qual os riscos, custos e benefícios são compartilhados entre eles.

Portanto, não é possível estipular uma única definição sobre as PPP, uma vez que há diversos modelos e estes variam de acordo com a legislação vigente em cada país. Pode-

se elencar as principais características destes acordos institucionais: que são contratos de longo prazo estabelecidos de forma voluntária entre poder público e iniciativa privada (aqui incluem-se outras formas de organizações civis como fundações, associações, organizações não-governamentais, etc.) para prestação de um serviço público, em que há colaboração na partilha de riscos e responsabilidades entre os parceiros e que a remuneração (privada) esteja vinculada ao desempenho na prestação do serviço (público).

2.2. Breve histórico

O contexto histórico indica que a origem do termo tal como é amplamente utilizado atualmente remete à Inglaterra nos anos 1990, (Lopes, 2011) e que a disseminação das parcerias pelo mundo tem origem no sucesso alcançado pela iniciativa do governo inglês na década de 1990, intitulado como *Project Finance Initiatives* (PFIs, sigla em inglês) (Thamer & Lazzarini, 2015). A iniciativa, inicialmente, se baseou em projetos com o formato DBFO (*Design – Build – Finance – Operate*, sigla em inglês ou desenho-construção-financiamento-operação) em contratos complexos entre agentes públicos e privados com prazo mínimo de 30 anos (Broadbent & Laughlin, 2004).

A partir da segunda metade da década de 1990, o governo inglês, alicerçado na ideologia de complementariedade entre as competências dos entes público e privado (em língua inglesa, *Third Way*), ampliou a cobertura dos setores de atuação das iniciativas, inicialmente dedicadas aos transportes, predominantemente, por meio do programa PFI, para uma abordagem de cariz social, incluindo os setores de saúde e educação (Broadbent & Laughlin, 2004).

No Brasil, o estreitamento das relações institucionais entre governos e iniciativa privada tem origem na reforma gerencial da administração pública que ocorre a partir dos anos 1980 (Thamer & Lazzarini, 2015), e permitiu a redistribuição da execução de serviços públicos para a iniciativa privada, apoiado na conceção de maior capacidade em termos de eficiência e inovação dos atores de mercado (Melo-Silva et. al., 2023).

2.3. O arcabouço legal brasileiro

De acordo com Verhoest, Petersen, Scherrer, & Soeipto (2015), a criação de um quadro jurídico e regulatório pode facilitar ou tornar proibitivo a expansão das PPP. Enquanto alguns países promulgaram leis e regulamentos para aprovação de projetos de

parcerias específicos, outros têm uma abordagem menos formal e mais descentralizada, como no caso brasileiro.

Fruto da reforma gerencial brasileira, são duas as leis que regulam a participação privada na prestação de serviços públicos, a primeira, de 1995, a Lei 8.987 (Brasil, 1995) dispõe sobre o regime da concessão e prestação serviços e obras públicas, a segunda, a Lei 11.079 de 2004 (Brasil, 2004), chamada de lei das PPP, concebe as normas gerais para licitação e contratação de parcerias público-privadas.

Cabe ressaltar a diferença entre uma concessão de serviços públicos e uma parceria público-privada em que a primeira, o estado entrega a gestão do ativo à iniciativa privada que é remunerada mediante a cobrança de tarifa dos utilizadores finais do serviço público (Brasil, 2004). É o caso de uma rodovia, em que o ente privado cobra o pedágio aos utilizadores, por exemplo. Por sua vez, as parcerias público-privadas não ensejam a cobrança de tarifa aos usuários, mas sendo a administração pública responsável pelos pagamentos ao privado a partir do orçamento do estado, esta é a chamada contraprestação pecuniária.

Tal como visto, a concessão difere da PPP para o legislador brasileiro, o que não ocorre necessariamente em outras localidades, sendo abrangidos ambos os conceitos ao termo parceria público-privada.

2.4. Características importantes

Conforme mencionado, as parcerias variam em termos de formato e dado a sua crescente disseminação e importância na prestação de serviço público às populações, torna-se importante elencar as suas características com o intuito de clarificar o seu conceito.

Villani, Greco & Phillips (2017) destaca a característica colaborativa entre as partes nas parcerias enfatizando o conceito de objetivo comum e concluem que o formato híbrido e colaborativo/voluntário das parcerias pode criar vantagens aos arranjos institucionais que incluem governo, iniciativa privada e a sociedade por meio do desenvolvimento de um modelo de negócios adaptado às reais necessidades locais. Já Melo-Silva (2023) ressalta a cooperação entre público e privado com objetivo de superar desvantagens comerciais das compras públicas.

Salientado por Cruz & Sarmiento (2019), as parcerias se transformam em ambientes institucionais mais propícios à inovação, pois pressupõem uma inter-relação prolongada entre os agentes e assente na cooperação mútua.

Quando comparada a forma tradicional contratação pública, as parcerias apresentam maior grau de complexidade, pois utilizam fundos privados e de premissas de governança e responsabilidade modificadas (Hodge & Greve, 2007). Já Melo-Silva (2023) afirma que a opção pelas parceiras está assente na capacidade em reduzir necessidades de infraestrutura e serviços públicos e na disponibilidade e acesso ao capital pelo privado.

Edelenbos & Klijn (2009) apontam a complexidade na gestão devido ao aumento nas relações interdependentes entre as diversas organizações envolvidas nas parcerias, motivo pelo qual Villani, Greco & Phillips (2017) classifica as PPP como formas de organização híbridas com objetivo de produzir bem-estar social.

As parcerias, portanto, agregam sob a égide de um mesmo contrato, atores com estratégias operacionais diversas e, até mesmo opostas, que suscitam conflitos e ampliam as incertezas nas decisões, tornando imperativo uma gestão competente da parceria (Edelenbos & Klijn, 2009).

Melo-Silva (2023) ressalta característica inerente das PPP, o envolvimento de uma miríade de atores que estabelecem uma teia complexa de relações políticas, económica, éticas e sociais que pressupõem conflitos de interesse difusos. O que implica a necessidade de controle dos contratos de PPP para além da prestação de contas financeira-operacional e envolvendo a sociedade e o poder judiciário.

O sucesso de uma parceria está diretamente relacionado ao grau de complementariedade (de competências) entre os atores privados no consórcio, uma vez que as parcerias tendem a agregar produtos e serviços que demandam conhecimentos distintos, como o caso de uma PPP em saúde pública (Thamer & Lazzarini, 2015).

Cabral, Fernandes, & Ribeiro (2016) analisam o papel das partes interessadas utilizando como estudo de caso três PPP do Estado da Bahia em que constatam que a troca de experiências e aprendizado acumulado entre os entes relevantes da parceria são fatores de sucesso da parceria e auxiliam os governos nas futuras iniciativas.

Edelenbos & Klijn (2009) avaliam a melhor opção de governação de uma PPP, dentre os dois tipos de gestão, por projeto ou por processo. Enquanto a gestão por projeto é voltada ao resultado final, portanto mais rápida e voltada a medição do progresso, a gestão por processos atenta-se ao envolvimento e suporte das partes interessadas o que acaba por consumir mais tempo.

A conclusão encontrada por Edelenbos & Klijn (2009), com base na análise quantitativa, mostrou que a gestão de processos conduz a melhores resultados em projetos de alta complexidade com variados atores envolvidos e processos decisórios relevantes, como são as parcerias público-privadas.

Hodge & Greve (2007) & Girth (2014) definem a diluição dos riscos entre os entes como a principal característica das parcerias. Thamer & Lazzarini (2015) indicam que a substancial transferência de risco do agente público ao privado advém prioritariamente da responsabilidade deste garantir grande parte do volume de investimento necessário para o desenvolvimento das parcerias.

Em suma, as parcerias possuem são arranjos complexos de gestão com alto grau de complexidade, estabelecidos a partir ampla teia de relações político-sociais inerentes que suscitam a colaboração, cooperação e complementariedade entre os entes.

2.5. O papel dos poderes públicos

O estudo de Villani, Greco & Phillips (2017) torna evidente que a participação ativa do parceiro público, ou seja, não limitado as responsabilidades contratuais é um forte fator de sucesso da parceria.

Para além do ambiente regulatório bem definido, um dos principais fatores críticos de sucesso de uma parceria é o consenso político e social, isto é, o estabelecimento de uma política de governo de longo prazo que estabeleça as funções e diretrizes das PPP (Firmo, 2018).

Hodge & Greve (2007) alerta que as parcerias impõem ao poder público um papel de gestor de contratos ao qual os agentes públicos não estão necessariamente capacitados e elenca as atividades que passam a gerir: (i) intermediador de conflitos de interesse, (ii) indutor económico, (iii) defensor de políticas públicas, (iv) regulador, (v) fiscalizador,

(vi) planejador de longo prazo e (vii) administrador de bens públicos sem o controle das operações diárias.

Governos dotados de autonomia político-administrativa são mais prováveis em estabelecer parcerias, pois dado o fato que as parcerias implicam em compartilhamento de riscos entre os agentes, os privados buscam parceiros que oferecem estabilidade e compromisso político-administrativo de longo prazo (Girth, 2014).

Em termos de ideologia política, Alcaraz et al. (2023) explicita que, globalmente, todos os espectros político-ideológico (esquerda, centro e direita) adotam projetos de PPP tanto em termos de valores absolutos quanto de volume financeiro aplicado e refuta a hipótese de que governos de esquerda em países em desenvolvimento se utilizam mais das PPP dado sua maior vulnerabilidade de recursos.

As parcerias implicam substancial alteração nas competências dos gestores públicos na medida em que a burocracia estatal transita do papel fornecedor de serviços, único responsável pela operação e gestão dos ativos e serviços para um papel de colaborador que orienta, regula e controla o desempenho das parcerias (Thamer & Lazzarini, 2015).

O aumento da governança dos contratos por parte do poder público de facto faz aumentar os riscos para o setor público, na medida em que este deverá possuir uma distinta capacidade técnica em sua burocracia para a governação dos contratos complexos e de longo prazo como são os das parcerias (Hodge & Greve, 2007).

Verhoest, Petersen, Scherrer, & Soeipto (2015) ressaltam o papel fundamental da criação das unidades governamentais dedicadas exclusivamente à estruturação das PPP, pois estas reúnem as condições institucionais nacionais e locais para o desenvolvimento das parcerias.

2.6. Avaliação das parcerias

Os argumentos contrafactuais a respeito das avaliações das PPP decorrem de, entre outros, independência e rigor das avaliações, dificuldades na definição do comparador público, da metodologia de na construção das taxas de desconto para o cálculo do valor do dinheiro no tempo, do uso intenso de assunções, nas estimativas contestáveis da alocação dos riscos entre os parceiros, da estimativa dos benefícios no momento inicial e no otimismo político com o implantação da parceria (Hodge & Greve, 2007).

Pressuposto base para a realização dos testes de valor pelo dinheiro é que há condições suficientes críveis e grau de comparabilidade entre o comprador público e o privado, no entanto, é sabido que estes são assentes em diversas assunções que aumentam a incerteza e confiabilidade dos resultados. No entanto, conclui, baseado em evidências, que o setor privado tende a produzir valor por dinheiro através das PPP (Grimsey & Lewis, 2005).

Quando analisadas com o devido distanciamento e independência, as parcerias tendem a apresentar resultados contraditórios, produzindo casos de sucesso e fracasso nos mais diversos setores de atuação (Hodge & Greve, 2007).

O argumento central da pesquisa de Chernavsky (2021) é de que há um otimismo generalizado no debate público em favor da participação privada em infraestrutura, o que não é corroborado por evidências científicas. E explica que dado a baixa concorrência e custos maiores incorridos pelo setor privado, a opção privada tende a não ser a mais eficiente na provisão de serviços públicos de longo prazo e com elevados investimentos. No entanto, salienta que isto não inviabiliza por completo as parcerias, mas delimita onde é possível obter melhores resultados como no caso de projetos menos complexos, de menores custos, geralmente associados aos entes subnacionais.

2.7. Parcerias em infraestrutura social

Após a crise financeira de 2008/9, há um alargamento na cobertura dos serviços pela modalidade de PPP, (Broadbent & Laughlin, 2004) período no qual ganha protagonismo as parcerias em infraestrutura social (habitação, saúde, educação, entre outros) para além das parcerias em infraestrutura tradicional, como estradas, aeroportos, etc.

Klinenberg (2019) define, de forma ampla, a infraestrutura social no (conforme citado em Tomaney et. al., 2024) local onde ocorrem interação entre as pessoas, como escolas, parques, ambientes comunitários entre outros que estimulam o convívio popular.

A Constituição Federal brasileira determina a saúde como uns dos direitos sociais², bem como designou a responsabilidade ao Estado garantindo a universalidade e igualdade

² Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (EC no 26/2000, EC no 64/2010 e EC no 90/2015)

a todos³. (Brasil,1988). A carta magna brasileira exprime, com clareza, que enquanto o Poder Público é único responsável pela regulação, fiscalização e controle das políticas de saúde, sua execução, no entanto, é facultada tanto ao Poder Público quanto a iniciativa privada⁴.

Art. 197. São de relevância pública as 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.

Em: Brasil (1988), p. 119.

A agência do Banco Mundial, IFC (*International Finance Corporation*) é a instituição responsável para estruturação das PPP pelo mundo sendo a promoção da saúde uma das suas principais diretrizes (IFC, 2024).

Historicamente, o setor de saúde adota as PPP, é o caso do Reino Unido (remontando aos anos 1990/2000), mas também em países em desenvolvimento a partir da década 2010 como Uzbequistão (IFC, 2023), Colômbia (IFC, 2022) ou Bangladesh (IFC, 2019). O mesmo ocorre no Brasil em que a primeira parceria da área da saúde do país foi inaugurada em setembro de 2010, a PPP do Hospital do Subúrbio na cidade de Salvador no estado da Bahia. Esta parceria estabeleceu um novo paradigma no sistema de saúde pública no Brasil e é, até hoje, referência no atendimento à população local. Ademais, o hospital foi reconhecido como referência pelas instituições World Finance, KPMG, Banco Mundial e pelas Nações Unidas (Governo do Estado da Bahia, 2023).

Pires & Roger-Silva (2021) atestam a saúde pública como principal foco de atuação das PPP em que a qualidade dos serviços decorre da interação público-privada presente nas parcerias. Desta forma, o ente público se beneficia da qualificação e conhecimento técnico especializado do parceiro privado, transferindo os riscos de produção.

McKinnon (2009) citado por Pires & Roger-Silva (2021, p. 172) menciona que mesmo com objetivos institucionais divergentes entre os agentes público e privado (o

³ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

⁴Art. 197. São de relevância pública as 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.

público com foco na melhoria da saúde da população enquanto o privado na obtenção de ganhos de eficiência que geral lucro financeiro) estes não são excludentes, mas complementares, ou seja, é possível que uma parceria alcance os dois objetivos.

Ramesh et. al. (2023) demonstra, utilizando o impacto do caso do primeiro hospital operado por uma PPP na Austrália (*The Case Study Health Services*, de 1993), que o processo de gestão de parceria é complexo, envolve diversos atores e é não-linear, ou seja, os parceiros criam e aprendem conjuntamente a desenvolver uma operação de saúde eficaz e sustentável ao longo do período da prestação dos serviços.

Ramesh et. al. (2023) ainda destaca o potencial das PPP em enfrentar o déficit da cobertura de serviços de saúde em países (ou regiões) de renda média ou baixa, o que é questionado pela literatura proposta em Iroz et. al. (2024) que não comprova a eficiência das PPP de saúde no alargamento da qualidade dos serviços nesta categoria de países.

Conforme mencionado, a abrangência e complexidade dos contratos de parceria dependem da legislação vigente no país, no entanto o grau de inovação e flexibilidade está atrelado a estruturação da parceria.

Para além dos efeitos primários, ou seja, a melhora das condições de saúde dos beneficiários diretos, as parcerias (em saúde) também produzem efeito secundário beneficiando a sociedade como um todo (Pires & Roger-Silva, 2021). Vivas Orts et. al. (2020) mostra, na prática, o caráter inovador dos contratos de parceria, se adaptando a realidade local, como no caso da PPP do Hospital de Torrevieja na Espanha, em 2003.

O estudo de Joudyian et al. (2021) evidencia as PPP como ferramenta eficaz para promoção da saúde pública em países pobres, e alerta para a capacidade dos governos em monitorar a qualidade dos serviços oferecidos pelo parceiro privado e para o fato de considerar uma política de longo prazo.

“Não é de surpreender que as PPPs estejam se expandindo rapidamente e se tornando parte integrante das eficazes intervenções de saúde. Elas foram testadas como um meio de garantir que a abrangente prestação de serviços de Atenção Primária a Saúde seja eficiente, eficaz e justa. As PPPs são, também frequentemente vistas como um método inovador que pode produzir resultados desejados, principalmente quando o mercado não consegue distribuir benefícios de saúde para aqueles que precisam (ou seja, pessoas desfavorecidas e pobres nos países em desenvolvimento.”

Em: Joudyian et al. (2021), p. 2

Em paralelo, o estudo de Barbosa & Malik (2015) caracteriza a evolução das parcerias em saúde no Brasil e ratifica a necessidade de investimento privado em saúde pública como complementar ao gasto público, que faz ampliar o acesso e melhora a assistência a saúde para a população dependente.

No capítulo a seguir é introduzido o estudo de caso proposto: a concessão administrativa da Rede de Atenção Primária à saúde do município de Belo Horizonte.

3. ESTUDO DE CASO

A parceira em análise é intitulada Rede de Atenção Primária à Saúde para a prestação de serviços não-assistenciais de apoio (serviços não clínicos, detalhados a seguir) e infraestrutura à Atenção Primária à Saúde do município de Belo Horizonte, capital do estado das Minas Gerais no Brasil.

A PPP está em operação desde 2019, quando recebeu autorização para a construção e equipagem do primeiro centro de saúde, Cabana, que foi entregue em dezembro de 2019. Atualmente, o escopo do contrato determina a construção, equipagem e operação não-assistencial de 59 centros de saúde, dos quais 48 já foram entregues, além do Centro de Materiais e Esterilização e Laboratório Central. Os dados a seguir apresentados foram coletados nos diversos documentos publicados na página oficial da PBH⁵ referente a parceria.

3.1. Objeto do Contrato de PPP

Assinado em 18/02/2016, o contrato de concessão administrativa em regime de Parceria Público-Privada para prestação de serviços não-assistenciais de apoio e infraestrutura à Rede de Atenção Primária à Saúde do município de Belo Horizonte (Contrato) celebrado entre a Sociedade de Propósito Específico Saúde Primária BH S.A. (SPE ou Concessionária) e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA) consagrou a primeira, e única, PPP em Atenção Primária do país, o objeto da investigação.

⁵ Fonte: [PPP - Atenção Primária | Prefeitura de Belo Horizonte \(pbh.gov.br\)](http://ppp.atencao primaria | Prefeitura de Belo Horizonte (pbh.gov.br)) (Acessado em setembro de 2024).

O Contrato delegou à concessionária privada a construção e prestação de serviços não-assistenciais de até 77 Centros de Saúde, bem como do Centro de Materiais e Esterilização (CME) e Laboratório Central por um prazo total de 20 anos.

O centro de saúde, cabe ressaltar, é o local onde ocorrem a prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde no município de Belo Horizonte. Por conseguinte, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção e consiste em ações que visam promover a saúde, prevenir doenças, diagnosticar e tratar problemas de saúde a fim de melhorar as condições de saúde da sociedade, exemplos de procedimentos são a realização de consultas, exames, vacinas e outros procedimentos médicos (Brasil, 2006).

3.2. Perfil sócio-económico do município

De acordo com dados do censo de 2022, a população do município de Belo Horizonte era composta de 2.315.560 habitantes, o 6º maior município do país. O PIB per capita de 2021 era de R\$ 41.818,32, cerca de 1.0% abaixo da média do país (R\$ 42.247,32) e o índice de Desenvolvimento Humano do município (IDHM de 2021) era da 0,810, superior ao IDH nacional (2022) de 0,760. A taxa de escolaridade é de 97,6% (para crianças de 6 a 14 anos), já a mortalidade infantil (2022) 9,55 óbitos por mil nascidos vivos e a quantidade de estabelecimentos públicos de saúde totalizavam 328, em 2009 (IBGE, 2024).

Souza et al. (2020) estabelecem em 30,30% o percentual populacional de cobertura por planos de saúde privado na unidade federativa de Minas Gerais. Considerando os dados do IBGE para o município conclui-se que aproximadamente 1,61 milhões de pessoas não estão cobertas por planos de saúde privado e correspondem à população alvo da atenção primária no município.

3.3. Escopo do Contrato

O Anexo V do Contrato delimita os serviços que devem ser executados pela parceira privada e estabelece os requisitos mínimos de qualidade. A primeira parte do objeto do contrato é a qualificação da estrutura física (construção) de novos centros de saúde e a construção do CME e Laboratório. A segunda parte se refere a aquisição, instalação e manutenção de equipamentos mobiliários inerentes à operação dos centros de saúde. A terceira trata da realização dos serviços não-assistenciais, abaixo identificados:

- i. Manutenção predial dos ativos;
- ii. Serviços de rastreabilidade todos os instrumentais;
- iii. Serviços de higiene, limpeza e controle de pragas;
- iv. Operação de central de atendimento;
- v. Serviços de portaria;
- vi. Serviços de segurança por sistema de Circuito Fechado de Televisão (CFTV).

No Capítulo 3, o Contrato estabelece os direitos e obrigações da cada um dos parceiros, resumidos na Tabela 1 abaixo.

Tabela 1| Direitos e obrigações

Concessionário	Poder Concedente	Usuários
Obtenção e renovação de todas as licenças necessárias para a realizações das obras.	Custos relativos às desapropriações e atos administrativos para a realização das obras.	Gratuidade dos serviços assistências e não-assistenciais.
Obtenção dos financiamentos.	Realizar vistoria completa das instalações, dos equipamentos e da relação de funcionários.	Informar ao poder concedente sobre irregularidades nos serviços.
Executar os serviços não-assistências.	Executar aceite formal das obras.	Contar com canais de comunicação eficientes com a concessionaria.
Execução das obras.	Fiscalização do contrato.	Zelar pela conservação e bom uso dos estabelecimentos e equipamentos dos Centros de Saúde.
Informar o poder concedente sobre os serviços não-assistenciais.	Contratar o Verificador Independente.	
Total responsabilidade (trabalhista, fiscal, etc) relativa aos seus funcionário e terceiros.	Remunerar o concessionário.	

De acordo com o contrato, em 2016, a Rede de Atenção Primária era composta por 147 Centros de Saúde, oito centrais de esterilização e seis laboratórios. Se considerarmos

o número máximo de unidades (77) passíveis de transferência de gestão para a iniciativa privada por meio da PPP, a maior parte dos Centros de Saúde, ou 52,4%, seria administrada pelo parceiro privado. Tal fato que não se verificou, pois até a presente data foram adjudicadas obras em 59 Centros de Saúde (vide Figura 2) em um universo de 155, ou seja, 38,1% do total. Ainda que fosse considerado número máximo estabelecido no contrato (77), ainda assim menos da metade, 49,7% do total de Centros de Saúde seria administrado pela PPP.

Os demais equipamentos, oito centrais de esterilização e os seis laboratórios, deverão migrar para a gestão da PPP, uma vez que as obras do CME e Laboratório Central que vão absorver toda a demanda já foram adjudicadas, tendo sido iniciadas em abril de 2024 e com previsão de conclusão em outubro de 2025, representado pela Figura 1.

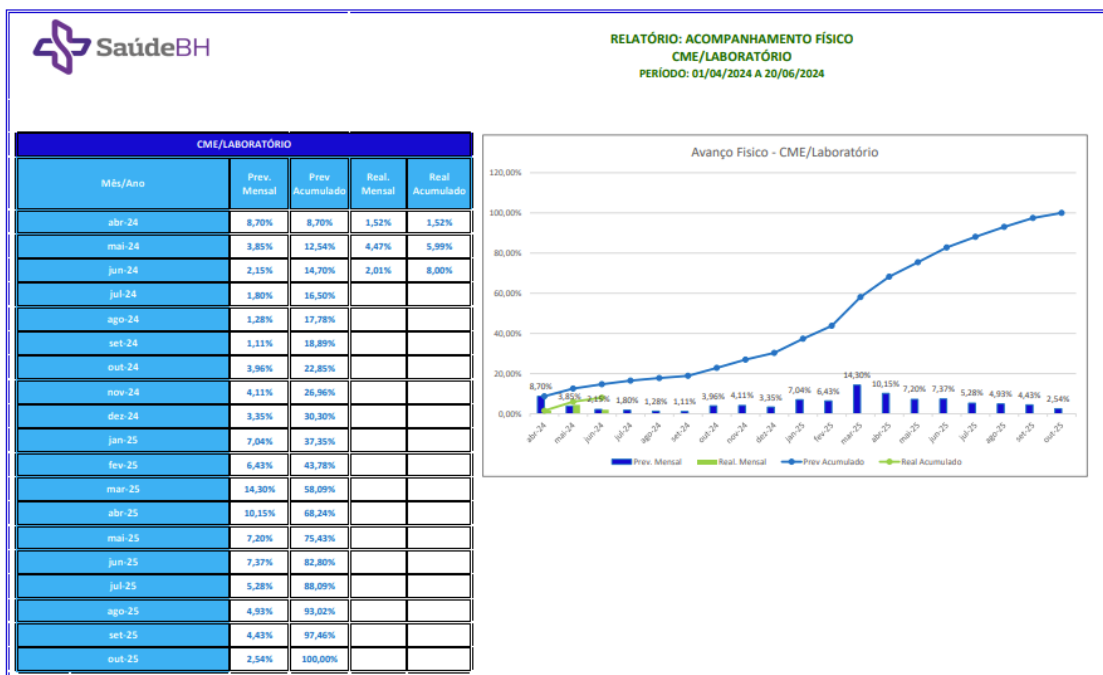


Figura 1 | Relatório de Acompanhamento de Obra civil CME/Laboratório

Fonte: Concessionária Saúde BH

3.4. Histórico da parceira

O início da operação privada estava condicionado a, entre outras questões, comprovação pelo Governo municipal de constituição de garantias públicas, conforme estipulado na subcláusula 5.1 (ii). De acordo com o 1º Termo Aditivo do Contrato, o

poder concedente não realizou a constituição integral das garantias públicas, imprescindíveis para a obtenção de financiamento de longo prazo pela Concessionária, impossibilitando o início das obras.

Adicionalmente, durante o ano de 2016 houve o processo de eleições municipais no Brasil, o que notadamente dificulta e retarda as ações da burocracia estatal, ademais estas eleições alteram já a partir de 2017 a gestão política que atuava na prefeitura, fato que atrasa ainda mais a resolução dos conflitos, pois a nova administração necessita de tempo para integrar o histórico dos processos administrativos.

Na sequência dos acontecimentos narrados no 1º Termo Aditivo, somente em 2019 é que o poder concedente consegue estabelecer as garantias públicas necessárias e dar efetividade ao Contrato. Desta forma, o Centro de Saúde de Cabana teve suas obras iniciadas em abril de 2019 e foi entregue em dezembro do mesmo ano, se tornando o primeiro Centro de Saúde a ser construído e operado pela iniciativa privada no Brasil, disponível para atender os 19 mil utentes cadastrados, cerca de 300 por dia.

O 1º Termo Aditivo do Contrato também reduziu o escopo total do projeto eliminando 37 Centros de Saúde, dos originais 77 para o máximo de 40 e retirou o Centro de Esterilização e Materiais e o Laboratório Central. O valor estimado do Contrato reduziu para \$1,41 mil milhões de reais, correspondente ao somatório das receitas da concessão a preços constantes de 2018, e com base no valor estimado de \$77.8 milhões de reais de contraprestação anual e pagamento de aporte pelo poder concedente.

Em 27/12/2019 é publicado o 2º Termo Aditivo ao Contrato que altera o controle societário da SPE, transferindo de 92,78% das ações da SPE Saúde Primária BH S.A. pertencentes a Odebrecht Properties Parcerias S.A. para Transportes Pesados Minas S.A., os atuais controladores da PPP.

Cabe destacar que a SPE era controlada por duas grandes construtoras nacionais a saber: a Odebrecht e a Cowan, porém com o desmonte ocorrido no setor de construção no âmbito da Operação Lava Jato (Campos, 2019) perderam progressivamente as condições técnico-operacional, financeira e moral para gerir um ativo dotado apelo social.

Ator importante em contratos de parcerias, o verificador independente tem por objetivo ser um agente autónomo capaz de monitorar de forma isenta a execução das

atividades do projeto. Ao verificador cabe aferir os resultados obtidos pela concessionária e informar ao poder concedente evitando parcialidade e conflitos de interesse.

A atuação do verificador independente está diretamente ligada aos indicadores de desempenho e mecanismo de pagamento estipulados no contrato de parceria, uma vez que a remuneração da parceira privada decorre do cumprimento de diversos fatores de desempenho operacional.

É o Anexo VII do Contrato que estabelece o Sistema de Mensuração de Desempenho estes correspondem a um conjunto de indicadores que visam englobar a totalidade dos serviços estabelecendo condições mínimas exigidas pelo poder concedente. O sistema de desempenho repercute diretamente na remuneração da concessionária criando um incentivo a atingir os melhores resultados operacionais na gestão dos ativos da PPP.

O Contrato fixa um valor máximo anual de pagamento pelo estado, intitulada contraprestação anual máxima, que só será realmente executada se o concessionário atingir os valores mínimos exigidos. No caso específico há uma parcela fixa de 75% da contraprestação máxima e os demais 25% variável com o desempenho alcançado.

Em 21/08/2021, é a Accenture do Brasil Ltda. é contratada pela PBH como empresa especializada para prestação de serviços como verificador independente do Contrato. A empresa fica responsável por aferir o desempenho da concessionária e indicar o valor de remuneração a ser pago pelo poder concedente à concessionária.

O 8º Termo Aditivo ao Contrato, em 29/03/2022, ampliou o escopo do projeto com um acréscimo de dez novos Centros de Saúde, totalizando 50, e teve como base uma Nota Técnica da Secretaria Municipal de Saúde em que coloca em causa a estrutura física, a falta de acessibilidade e ambientes sanitários adequados para o atendimento da população.

O 10º Termo Aditivo ao Contrato, de 27/10/2023, reestabelece a construção e operação de serviços de apoio não-assistenciais, já previamente discriminados, do CME e Laboratório.

Também, em 27/10/2023, o 12º Termo Aditivo incluiu 9 novos Centros de Saúde ao escopo da PPP, exigindo um reequilíbrio econômico-financeiro e totalizando os atuais 59 centros de saúde sob gestão da iniciativa privada. O valor do estimado do Contrato somou \$2,2 mil milhões de reais que correspondem ao somatório das receitas projetadas

provenientes da operação, em valores a preços constantes (2018), com base no valor estimado de \$126,95 milhões de reais das contraprestações máximas anuais.

A Figura 2 ilustra a distribuição dos centros de saúde já em operação (48), em construção (5) e com obras a iniciar (6) bem como do futuro Centro de Material e Esterilização e Laboratório Central completando todos os ativos geridos pela parceria privada no município de Belo Horizonte.

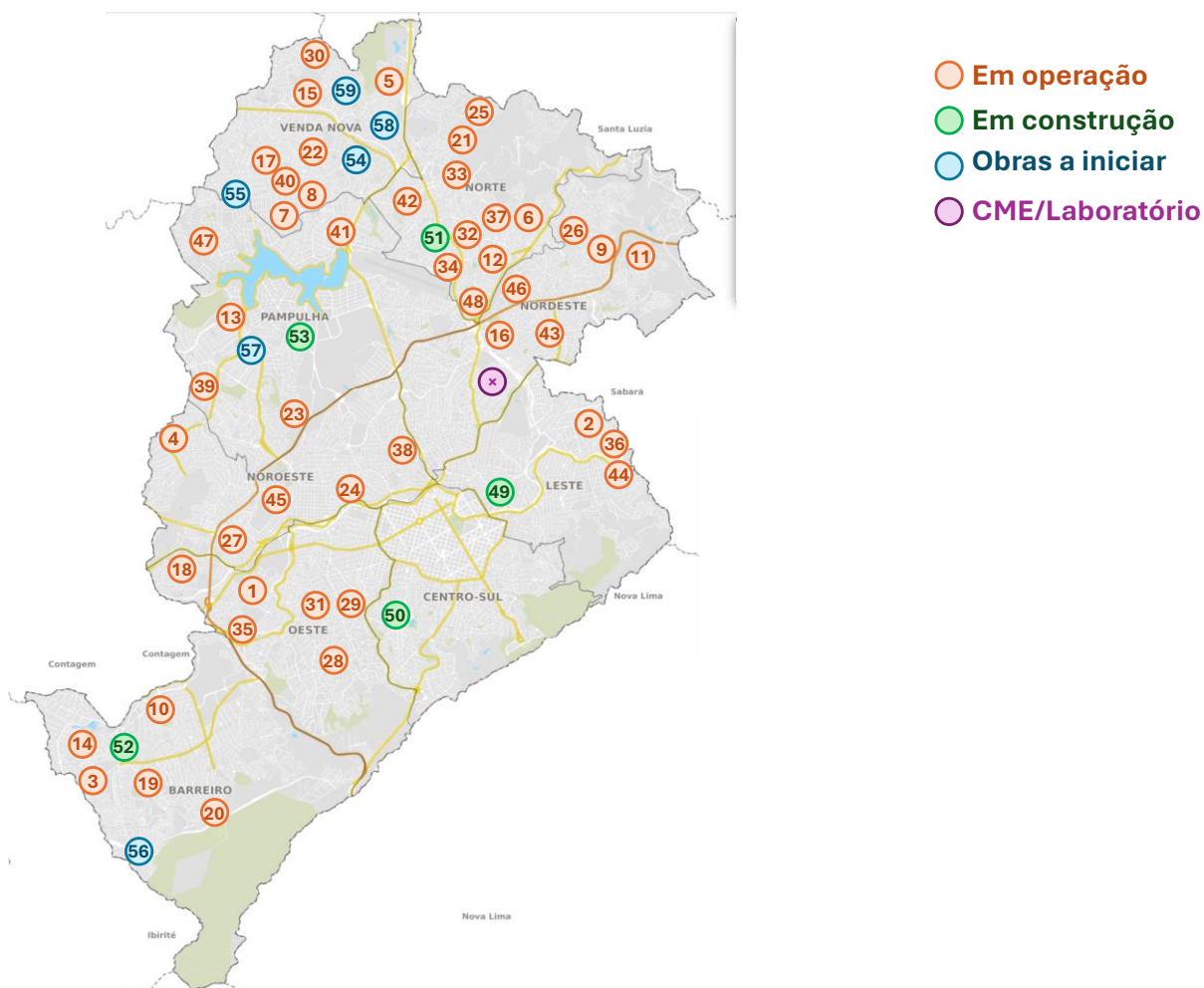


Figura 2 | Distribuição dos ativos da PPP

Fonte: PBH
Elaboração própria.

Já a Figura 3 apresenta a distribuição dos centros de saúde ao longo do tempo e as previsões de entrega para os anos de 2024 e 2025, quando todos os ativos do escopo do Contrato deverão estar em operação pela iniciativa privada, atingindo aproximadamente 1,0 milhão de utentes. A grande concentração se deu nos anos de 2021, 2022 e 2023 e

contribuíram para atender a sociedade durante a pandemia de COVID-19, principalmente porque a competência para realizar a vacinação da população ocorre nos centros de saúde.

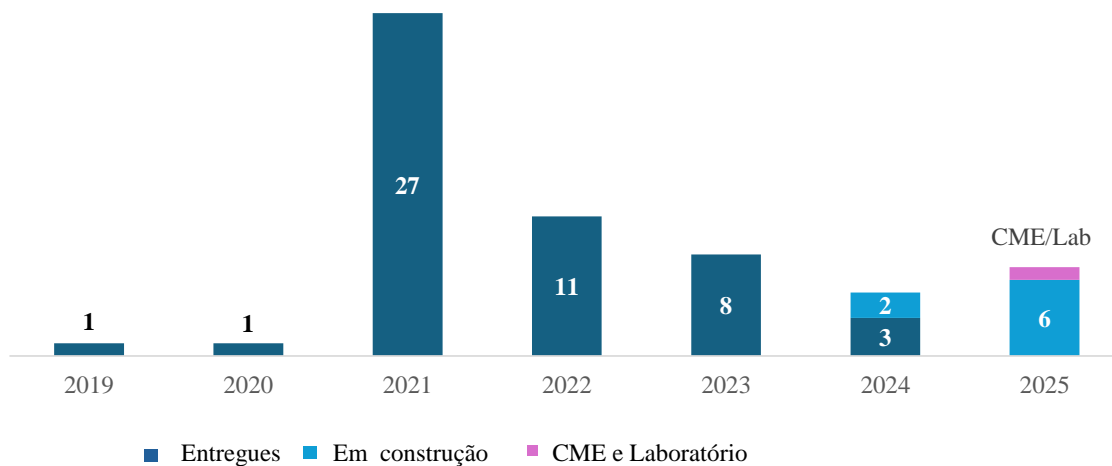


Figura 3 | Entrega de centros de saúde por ano e CME/Laboratório

Elaboração própria.

A Tabela 2 reflete em termos quantitativos o aumento do escopo da parceria entre o 1º e o 12º (último) aditivo contratual, período no qual a PPP passou dos iniciais 40 centros de saúde para os atuais 59, mais o CME e Laboratório e registou uma majoração de 54% no valor global do Contrato e de 63% na contraprestação pecuniária anual ao privado.

Tabela 2 | Variação nos valores de contrato

	1º Termo Aditivo – 25/09/2019	12º Termo Aditivo - 27/10/23	Variação (%)
Valor de Contrato	R\$ 1.417.234.522,48	R\$ 2.183.256.588,49	+54,1%
Contraprestação anual máxima e aporte	R\$ 77.818.854,15	R\$ 126.952.851,69	+63,1%

3.5. Perfil da SPE Saúde BH

A SPE Saúde BH (SPE) conforme referido pertence ao conglomerado económico Transpes, empresa brasileira especializada em transporte rodoviário de cargas, com forte atuação no transporte de cargas especiais e pesadas adicionalmente a empresa é acionista majoritária em dois projetos de PPP em infraestrutura social em Belo Horizonte: PPP Rede de Atenção Primária à Saúde e PPP em Educação, que divulga anualmente o

Relatório de Sustentabilidade no qual dissemina os principais resultados da parceria e ações socioambientais do grupo.

No último Relatório de Sustentabilidade a SPE publicou os indicadores de desempenho operacional alcançado em 2023, o principal deles é o “Tempo de espera do cliente até que o atendimento seja efetuado deve ser inferior a 60 segundos” que tem como meta ser superior a 90% e teve como resultado alcançado de 100%; já a “Satisfação dos usuários” também com meta ser superior a 90%, foi atingido como resultado 93,75% em média para o ano, em relação ao “Tempo de disponibilidade da central de atendimento a média alcançada em 2023 foi de 100%, por fim, o mesmo resultado (100%) foi obtido pelo indicador “Realizar a manutenção corretiva dos equipamentos dentro dos prazos estabelecidos”.

Os indicadores sociais divulgados caracterizam os 512 funcionários envolvidos nas operações da SPE, sendo 310 (61%) mulheres e 202 (39%) homens. Do total, 327 (64%) tem idade entre 31 até 50 anos, 105 (21%) até 30 anos e 80 (16%) estão na faixa etária acima dos 50 anos. Em relação as raças, a grande maioria 462 (90%) se consideram como pardos, 25 (5%) brancos, 21 (4%) pretos, 3 (<1%) asiáticos e (<1%) 1 indígena.

Em relação a responsabilidade ambiental a redução no consumo de água alcançou, em 2023, o valor de 35% devido entre outros as ações de educação, a implantação de sanitas mais eficientes, duchas com controle de vazão. O sistema construtivo dos centros de saúde em *Light Steel Frame* (LSF), ou Estrutura Leve de Aço possui os benefícios como aumento de produtividade, redução do prazo de construção entre outros.

4. ANÁLISE COMPARATIVA

No capítulo anterior foram discriminados os três objetivos da parceria, sendo o primeiro é a construção dos centros de saúde, para os quais há uma base de dados em que é possível desenvolver uma metodologia estatística para análise quantitativa. Os demais objetivos foram avaliados por meio de análise qualitativa das informações disponibilizadas pela concessionária Saúde BH.

4.1. Análise quantitativa: prazo de construção

A análise aqui proposta teve por base a metodologia adotada por Rodrigues & Zucco (2018) em que se reproduziu um *quasi-experimento* para comparar o desempenho da PPP

com o modelo tradicional de contratação pública (MTCP) utilizando a experiência do município de Belo Horizonte na construção e operação de ativos de infraestrutura escolar.

Após análise detalhada da ferramenta⁶ de reposição de dados dos contratos celebrados pela PBH nos últimos 7 anos, portanto desde 2017 até 2023, foi encontrado apenas um contrato da execução de obras para implantação de centro de saúde Vera Cruz, que ocorreu em 2017, e que será utilizado como o comparador público tradicional.

O prazo máximo estabelecido em contrato para a construção (do Vera Cruz) foi de 365 dias corridos, porém a obra levou 424 dias para ser concluída, tendo sido iniciada em 22/08/2017 e concluída em 20/10/2018, ou seja, um atraso de 59 dias.

Durante a vigência da PPP não houve investimentos em novos centros de saúde por meio do MTCP. Logo, diferentemente da experiência escolar, no âmbito da atenção primária à saúde não é possível desenvolver uma comparação direta do desempenho das duas modalidades de contratação.

A PBH publicou as datas de início e fim das construções de 48 centros de saúde o que permite uma análise estatística da variabilidade do tempo de construção da PPP, discriminada na Tabela 3 no Anexo. A partir dos dados divulgados foi possível extrair a dispersão do número de dias para construção dos centros de saúde da PPP e realizar uma análise de regressão linear.

Depreende-se, que o tempo para construção dos centros de saúde pelo modelo de PPP, em média, tende a não exceder o tempo máximo de 365 dias, conforme estabelecido em Contrato. O intervalo interquartil, que se concentram 50% das ocorrências, se dá entre os 290 e 297 dias, Figura 4.

⁶Fonte:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNDBmM2M0NjMtYjczOS00NDRIWl5MWQzMmQxNWlxNjdmYzZmliwidCI6IjVkdzdmY2E1LWlxZDEtNDI3OS1iNzk3LWEzYTY1NzA2Y2YxOSJP> (Acessado em 30 de agosto de 2024).

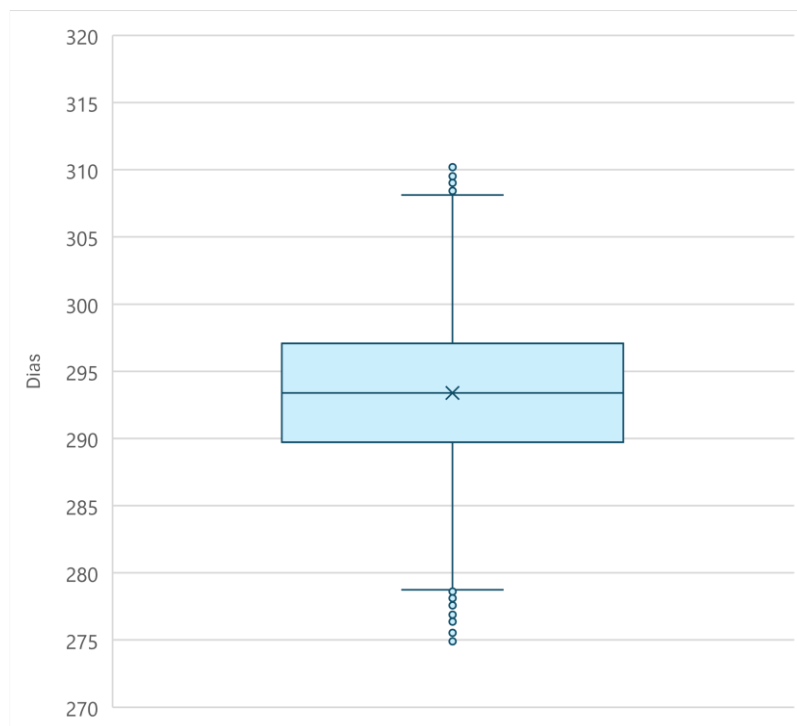


Figura 4| Box plot das simulações dos dias de construção dos centros de saúde

Desta forma, é possível estabelecer uma comparação direta entre o prazo de construção dos centros de saúde utilizando os dados das construções da PPP e, de forma, simplificada utilizando a única obra pelo MTCP.

Como demonstrado, a PPP tende a não haver atrasos, mas sim entregas antecipadas, em média, de 72 dias enquanto pelo modelo de contratação tradicional realizada pela PBH em 2017 a construção do centro de saúde de Vera Cruz levou 424 dias, excedendo em 59 dias o prazo máximo de 365 dias.

Não se pode afirmar que o MTCP resultará em atraso enquanto a PPP não, porém há evidências que indicam que o contrato de parceira incentiva a adoção de inovações que acelerem as entregas das construções, oferecendo incentivos mútuos entre os parceiros. De um lado o poder concedente garante um fluxo de entrega de ativos com maior assertividade e, por outro, o parceiro privado recupera o investimento e dá início as operações antecipadamente, ambos gerando maior valor por dinheiro para a sociedade.

Os dados reais de construção dos centros de saúde entregues pela PPP levaram em média 293 dias para serem concluídos, quase todos dentro do prazo, a exceção de quatro ou 8,33%. O centro de saúde Serrano levou 482 dias, Pedreira Prado Lopes, 420 dias,

Rio Branco, 398 dias e Padre Eustáquio, 378 dias para ser entregue. Que para efeitos estatísticos estão dentro de uma zona discrepante (*outliers*) e podem ser eliminados da amostragem.

No entanto, ressalta-se, assim como em Rodrigues & Zucco (2018), que o modelo de contratação pública tradicional deve seguir a legislação brasileira Brasil (1993), em que o processo de licitação de obras públicas deve ser realizado individualmente, ou seja, por unidade de centro de saúde, enquanto pelo contrato da parceria pode-se adjudicar a construção de diversas unidades, vide os Aditivos 1º, 8º e 12º do Contrato.

Conforme explicitado no segundo capítulo, o arcabouço legal das parcerias estabelece acordos mais flexíveis entre o público e o privado e acomodam a realidade de mercado e geografia local, o que pode ser comprovado por este estudo de caso, visto que a maior flexibilidade na adjudicação das construções, reduzem o consideravelmente o processo burocrático e se traduzem em redução de custos e maior eficiência na gestão pública.

Da experiência percebe-se que devido a mobilização de recursos (humanos, financeiros e políticos) que demanda a estruturação das PPP esta pode vir a esgotar os meios do modelo tradicional de contratação pública, visto que a PBH notadamente optou pela modalidade da PPP para realizar os investimentos em saúde primária.

4.2. Análise qualitativa

Com o objetivo de aprofundar a análise numérica e perceber melhor os fenômenos mais complexos e subjetivos, que não são captados pela análise quantitativa, foi objetivada a realização de entrevista com as principais instituições (SMSA e PBH Ativos) em formato semiestruturada, Anexo II – Guião de Entrevista contendo perguntas predefinidas abertas e fechadas. Este modelo possibilita uma maior fluidez na condução da entrevista, pois permite ao entrevistador reagir com perguntas adicionais a partir das respostas obtidas, aprofundando os pontos relevantes. No entanto, após diversas iterações e agendamentos todas as solicitações de entrevistas foram postergadas a pedidos das instituições.

Pode-se depreender da análise do caso que há o instituto de externalidades positivas advindas do contrato de parceria: o tempo de espera inferior a 60 segundos, a satisfação dos usuários, a disponibilidade da central de atendimento e a realização de manutenção corretiva, todos superaram os parâmetros de desempenho estabelecidos em contrato.

Ademais, a parceria atuou em questões atuais sobre emprego, gênero, questão etária e racial. Gerando um total de 512 empregos diretos no município, sendo as mulheres a maioria, 61%, na questão etária, sendo 16% dos empregados maiores que 50 anos e 93% de negros e pardos.

A gestão privada ainda abordou a questão ambiental optando por um método construtivo ecologicamente mais sustentável e que gera menos resíduos degradantes do meio-ambiente. E, por fim, a questão do consumo reduzido de água.

A parceria está, portanto, alinhada com a Agenda 2030, uma vez que apresenta interações claras com diversos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, como o ODS 3 (Saúde e Bem-estar), ODS 1 (Erradicação da Pobreza), ODS 10 (Redução das Desigualdades), ODS 5 (Igualdade de Gênero), ODS 12 (Consumo e Produção Responsáveis) e ODS 13 (Ação Climática). Essas interações demonstram o potencial das PPP para contribuir para a implementação de políticas públicas sustentáveis, promovendo um desenvolvimento inclusivo e responsável.

5. CONCLUSÃO

Desde os anos 1990 que se nota uma expansão das parcerias público-privadas ao redor do mundo como uma alternativa a prestação de serviços públicos. Este estudo se dedicou a investigar o impacto deste fenômeno da economia política contemporânea, nomeadamente sua capacidade de alargar a qualidade dos serviços públicos em países em desenvolvimento contribuindo para redução da miséria e pobreza.

O debate sobre o valor pelo dinheiro das parceiras, isto é a eficiência na criação de ativos e na prestação de serviços públicos, bem como sobre a eficácia na gestão de recursos públicos em comparação ao modelo tradicional de contratação pública, continua a gerar discussões na literatura acadêmica, sem haver consenso claro entre os dois modelos. No entanto, a revisão da literatura aponta vantagens das PPP, especialmente em projetos de menor escala, como os conduzidos por governos municipais.

O Brasil, assim como os países de renda média e baixa, ainda enfrenta desafios significativos em termos de desenvolvimento, especialmente no que diz respeito à infraestrutura social ao mesmo tempo em que carecem de disponibilidade de recursos para investimentos. É neste contexto que as parcerias surgem como alternativa ao

financiamento da infraestrutura pública e para a ampliação da oferta e melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos à população.

As parcerias foram regulamentadas no Brasil há mais de 20 anos, e cada vez mais têm se tornado a escolha dos governos subnacionais. Dados de junho de 2024 evidenciam a escolha desta modalidade de contratação pública, em que o país registou recorde no lançamento de licitações com um total de 40 processos iniciados (Raciunas, 2024).

Os estados da Bahia e das Minas Gerais foram os pioneiros na adoção das parcerias em infraestrutura social tendo recebido reconhecimento internacional aos seus projetos como a PPP do Hospital do Subúrbio em Salvador e a PPP da Rede de Atenção Primária em Belo Horizonte. Desta forma, com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre as parcerias e como estas podem ser um fator importante de desenvolvimento em países em desenvolvimento, este estudo procurou medir o desempenho da PPP em comparação ao modelo de contratação pública a partir do estudo de caso da PPP da Rede de Atenção Primária de Belo Horizonte.

Assim como o resultado do estudo de Rodrigues & Zucco (2018) a presente investigação provou que o modelo de parceria público-privada obteve desempenho superior ao modelo tradicional de contratação pública por ser mais eficiente na expansão da infraestrutura da rede de atenção primária à saúde em Belo Horizonte, em que pese o comparador público não apresentar amostra significativa.

O estudo sugere que as PPP podem oferecer vantagens significativas em contextos em que o Estado tem capacidade limitada para supervisionar a expansão de serviços públicos. Essa análise serve como um exemplo importante de como diferentes modelos de contratação podem afetar a qualidade e a eficiência da provisão de infraestrutura social.

Em que pese o esforço necessário para a estruturação de uma PPP, uma vez que o processo é mais lento, não conhecido pelos servidores e onde há o envolvimento de muitas partes interessadas como consultorias privadas, bancos de fomento, organismos internacionais, representante da sociedade civil entre outros, as parcerias tendem a serem mais eficientes.

As parcerias apresentam melhores resultados quando da expansão da estrutura física dos centros de saúde, em que as unidades são concluídas com maior previsibilidade. Os atuais 48 centros de saúde em operação foram entregues em um prazo médio de

construção e equipagem de 293 dias, abaixo do prazo máximo de 365 dias, conforme o contrato da parceria, ao passo que o comparador ultrapassou este prazo em 59 dias, totalizando 424 dias para ser concluído.

Outra conclusão relevante é a redução da carga dos serviços não-assistenciais para os gestores dos centros de saúde, permitindo concentrarem-se em atividades centrais relacionadas ao cuidado de pacientes e na melhoria da qualidade do atendimento.

Ressalvado por Villani, Greco & Phillips (2017) a participação ativa da burocracia estatal envolvida na parceria é aspecto fundamental para o sucesso desta, o que foi efetivamente observado no estudo de caso, pois a adjudicação do contrato só foi possível com o envolvimento da instituição municipal PBH Ativos. O papel central desta ocorre no desenho e efetivação dos contratos de garantia necessários para liberação da operação de crédito de longo prazo, realizados por outra importante instituição federal brasileira, o banco nacional de desenvolvimento econômico e social (BNDES).

Outra característica apontada na revisão de literatura e devidamente verificada no estudo de caso é a qualificação dos servidores públicos do município para atuarem em um ambiente de colaboração criado pelo advento da parceria. Em que pese, o município já possuir outras PPP ativas, para os servidores da atenção primária à saúde a celebração do contrato institui uma nova, híbrida, Thamer & Lazzarini (2015) relação entre público e privado, na qual os agentes públicos passam a operar de forma colaborativa e de regulação junto às demais partes interessadas. No entanto, convém ressaltar que a PPP da Rede de Atenção Primária assumiu a gestão dos serviços não-assistenciais de parte da rede, 38,1%, ou seja, os agentes públicos, agora, necessitam desenvolver competências de gestão de parceria público-privada, bem como por operação direta.

Foram identificadas as seguintes limitações para este estudo. Em primeiro lugar, a abrangência da análise foi restrita a um único caso, o que reduz a capacidade de generalizar os resultados para outros contextos ou situações semelhantes esta ausência de uma comparação mais ampla limita a robustez das conclusões obtidas. Em segundo, a indisponibilidade de acesso aos relatórios do verificador independente que impediu uma avaliação mais precisa e objetiva dos dados analisados. E, por fim, a não realização das entrevistas com as partes envolvidas na operação dos centros de saúde comprometeram a

profundidade da investigação, ao não capturar *insights* e percepções que poderiam enriquecer a compreensão dos resultados e dos desafios enfrentados no caso estudado.

Essas limitações sugerem que futuras investigações poderiam beneficiar-se de uma abordagem comparativa mais ampla, além da inclusão de dados qualitativos por meio de entrevistas e a disponibilização de documentação complementar para uma avaliação mais robusta.

Por fim, a conclusão sobre a questão de investigação proposta, se as parcerias podem ser um instrumento de alargamento da quantidade e qualidade dos serviços públicos foi prejudicada pela falta de dados, o que limitou a capacidade de realizar uma análise mais aprofundada e abrangente. No entanto, as informações coletadas até o momento sugerem que há potenciais ganhos de eficiência, sobretudo em termos de construção dos ativos, e externalidades positivas associadas à implementação das parcerias. Esses ganhos podem incluir uma melhor gestão de recursos, maior eficiência na prestação de serviços públicos e impactos socioeconômicos positivos resultantes do envolvimento do setor privado em projetos de infraestrutura e serviços públicos.

REFERÊNCIAS

- Alcaraz, V., Lara Galera, A., Molina Millán, J., & Muñoz Medina, B. (2023). Public–Private Partnerships: Left or Right Government Economic Policy? *Public Organization Review*, 23(4), 1523–1544.
- Banco Mundial. (2017) PPP Reference Guide 3.0 (Full version). Washington, DC: World Bank.<https://ppp.worldbank.org/public-privatepartnership/sites/ppp.worldbank.org/files/documents/PPP%20Reference%20Guide%20Version%203.pdf>
- Banco Mundial. (2023). Private Participation in Infrastructure (PPI) – 2023 Annual Report.<https://ppi.worldbank.org/content/dam/PPI/documents/PPI-2023-Annual-Report-Final.pdf>
- Barbosa, A. P., & Malik, A. M. (2015). Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. *Revista De Administração Pública*, 49(5), 1143-1165.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
- Brasil, Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993. (1993). Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.
- Brasil, Lei no 8.987, de 13 de fevereiro de 1995. (1995). Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil.

- Brasil, Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. (2004). Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil.
- Brasil, Portaria MS n. 399/2006 de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde 2006: Política Nacional de Atenção Básica.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf
- Broadbent, J., & Laughlin, R. (2004). PPPs: Nature, development and unanswered questions. *Australian Accounting Review*, 14(2), 4-10.
- Cabral, S., Fernandes, A. S. A., & Ribeiro, D. B. de C., (2016). Os Papéis dos Stakeholders na Implementação das Parcerias Público-Privadas no Estado da Bahia. *Cadernos EBAPE.BR*, 14(2), 325–339. <https://doi.org/10.1590/1679-395147398>
- Campos, P. (2019). Os efeitos da crise econômica e da operação Lava Jato sobre a indústria da construção pesada no Brasil: falências, desnacionalização e desestruturação produtiva. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*. 24. 127. 10.5433/2176-6665.2019v24n1p127.
- Lopes, P. (2011). Crescimento econômico e desigualdade: As novidades pós-Consenso de Washington. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 94, 03-20. <https://doi.org/10.4000/rccs.1475>
- Chernavsky, E. (2021). O infundado entusiasmo com a participação privada em infraestrutura. *Brazilian Journal of Political Economy*, 41(3), 563-587. <https://doi.org/10.1080/10967490903094350>
- Cruz C.O. & Sarmiento J. M. (2019). Manual de parcerias público-privadas e concessões. Belo Horizonte: Forum, 2020. 680p. ISBN 978-85-450-0681-7
- Curtinaz M. D., & Vieira, D. M. (2022). Stakeholders, fatores críticos de sucesso e geração de valor em parcerias público-privadas. *RAP: Revista Brasileira de*

Administração Pública, 56(1), 47–79. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200659>

Economist Impact. (2022). Evaluating the environment for public-private partnerships in Latin America and the Caribbean. New York, NY.

Edelenbos, J., & Klijn, E. H. (2009). Project versus process management in public-private partnership: Relation between management style and outcomes. *International Public Management Journal*, 12(3), 310-331. <https://doi.org/10.1080/10967490903094350>

Firmino, S. (2018). Fatores críticos de sucesso das Parcerias Público-Privadas: aspetos político-institucionais. Estudo de caso das rodovias em Portugal. *Revista de Administração Pública*. 52. 1270-1281. 10.1590/0034-761220170228.

Garrett Jr., G. (2023, 28 de abril). Brasil tem R\$ 4,5 trilhões em PPPs e concessões contratadas e em potenciais investimentos. Exame. <https://exame.com/brasil/brasil-tem-r-45-trilhoes-em-ppps-e-concessoes-contratadas-e-em-potenciais-investimentos/>

Global Infrastructure Hub (2024) - Infrastructure market overview - Brazil <https://www.gihub.org/countries/brazil/>.

Grimsey, D., Lewis, M. K. (2005) Are public private partnerships value for money?: Evaluating alternative approaches and comparing academic and practitioner views. *Accounting Forum*. 29 (4). 345-378. <https://doi.org/10.1016/j.accfor.2005.01.001>

Girth, A.M. (2014). What Drives the Partnership Decision? Examining Structural Factors Influencing Public-Private Partnerships for Municipal Wireless Broadband, *International Public Management Journal*, 17:3, 344-364, DOI: 10.1080/10967494.2014.935240

Governo do Estado da Bahia. (2023). Com cerca de 1 milhão de atendimentos, Hospital do Subúrbio tem contrato de PPP renovado.

<https://www.saude.ba.gov.br/2023/06/30/com-cerca-de-1-milhao-de-atendimentos-hospital-do-suburbio-tem-contrato-de-ppp-renovado/>

Hodge, G.A., Greve, C. (2007). Public–Private Partnerships: An International Performance Review. *Public Administration Review*, 67, 545-558. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00736.x>

IBGE. (2024). Panorama Belo Horizonte. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>

IFC. (2019). Bangladesh: Bangladesh Hospital PPP. Public-Private Partnership Stories. <https://www.ifc.org/content/dam/ifc/doc/2010/2019-bangladesh-hospital-ppp-brief.pdf>

IFC. (2022). Colombia: Bosa Hospital. Fact Sheet. <https://www.ifc.org/content/dam/ifc/doc/2022/2022-colombia-bosa-hospital-ppp-brief.pdf>

IFC. (2024). Health. PPP Sector Fact Sheet. <https://www.ifc.org/content/dam/ifc/doc/2024/ppp-sector-factsheet-health.pdf>

IFC. (2023). Uzbekistan: Dialysis PPP. Fact Sheet. <https://www.ifc.org/content/dam/ifc/doc/2023/2023-uzbekistan-dialysis-ppp-brief.pdf>

Iroz, C.B., Ramaswamy, R., Bhutta, Z.A. et al. (2024). Quality improvement in public–private partnerships in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Health Services Research* 24, 332. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10802-w>

Joudyian, N., Doshmangir, L., Mahdavi, M. et al. (2021). Public-private partnerships in primary health care: a scoping review. *BMC Health Services Research* 21, 4. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05979-9>

Melo-Silva, G., Lourenço, R. L., & Angotti, M. (2021). Parcerias Público-Privadas: modernização administrativa e relacionamentos econômicos imersos em conflitos

- de interesse e corrupção. *Revista De Administração Pública*, 55(3), 538–558.
<https://doi.org/10.1590/0034-761220190479>
- Miranda Sarmiento, J. J., & Renneboog, L. (2017). Anatomia das Parcerias Público Privadas: A sua criação, financiamento e renegociações. *Revista Julgar*, 1-61.
<http://julgar.pt/anatomia-das-parcerias-publico-privadas-a-sua-criacao-financiamento-e-renegociacoes/>
- Moore, M. H. (2014). Criando valor público por meio de parcerias público- privadas. *Revista do Serviço Público*, 58(2), 151-179.
<https://doi.org/10.21874/rsp.v58i2.169>
- OCDE (2012). Recommendation of the Council on Principles for Public Governance of Public-Private Partnerships. <https://www.oecd.org/governance/budgeting/PPP-Recommendation.pdf>
- Pires Barbosa, A., & Malik, A. M. (2015). Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. *Revista de Administração Pública - RAP*, 49(5), 1143-1165.
- Pires, G. & Roger-Silva, D. (2021). Public-private partnerships and physical activity: a matter of health promotion and chronic disease prevention. 170-177. 10.22491/2357-9730.106800.
- Raciunas, C. (2024, 27 de julho). Número de Parcerias Público-Privadas em junho chega ao maior nível do ano, aponta levantamento. CNN Brasil. <https://www.cnnbrasil.com.br/economia/investimentos/numero-de-parcerias-publico-privadas-em-junho-chega-ao-maior-nivel-do-ano-aponta-levantamento/>
- Ramesh, N., Robinson, A., & Islam, M. R. (2023). Public-Private Partnership in Healthcare is a Necessity in Difficult Times: A case study. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 18(3). <https://doi.org/10.24083/apjhm.v18i3.2819>

- Rodrigues, B., & Zucco, C. (2018). Uma comparação direta do desempenho de uma PPP com o modelo tradicional de contratação pública. *Revista De Administração Pública*, 52(6), 1237–1257.
- Rozenberg, J., & M. Fay. (2019). Beyond the Gap: How Countries Can Afford the Infrastructure They Need while Protecting the Planet. Washington, DC: World Bank.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/189471550755819133/Beyond-the-Gap-How-Countries-Can-Afford-the-Infrastructure-They-Need-while-Protecting-the-Planet>
- Souza, P. et al. (2020). Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*. 26(1) 2529-2541. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43532020>
- Tadeu, E. (2024, 28 de março). PPPs: recuperação a toda força. *Valor Econômico*. <https://valor.globo.com/publicacoes/especiais/revista-logistica/noticia/2024/03/28/ppps-recuperacao-a-toda-forca.ghtml>
- Thamer, R., & Lazzarini, S. G. (2015). Projetos de parceria público-privada: fatores que influenciam o avanço dessas iniciativas. *Revista De Administração Pública*, 49(4), 819 - 846.
- Tomaney, J., Blackman, M., Natarajan, L., Panayotopoulos-Tsiros, D., Sutcliffe-Braithwaite, F., & Taylor, M. (2024). Social infrastructure and “left-behind places.” *Regional Studies*, 58(6), 1237–1250.
<https://doi.org/10.1080/00343404.2023.2224828>
- Verhoest, K., Petersen, O. H., Scherrer, W., & Soeipto, R. M. (2015). How Do Governments Support the Development of Public Private Partnerships? Measuring and Comparing PPP Governmental Support in 20 European Countries. *Transport Reviews*, 35(2), 118–139.
<https://doi.org/10.1080/01441647.2014.993746>

- Villani, E., Greco, L. and Phillips, N. (2017), Understanding Value Creation in Public-Private Partnerships: A Comparative Case Study. *Journal of Management Studies*, 54: 876-905. <https://doi.org/10.1111/joms.12270>
- Vivas Orts, D., Sancho Mestre, C., Gómez Sacedón, M., & Roche Vilanova, C. (2020). La colaboración público-privada en Salud en España. El caso del Departamento de Torre Vieja. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 19, 1–19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cpps>
- Wang, H. Xiong, W. Wu, G. & Zhu, D. (2018). Public–private partnership in Public Administration discipline: a literature review, *Public Management Review*, 20:2, 293-316.
- Whiteside, H. (2019). Public-private partnerships: market development through management reform. *Review of International Political Economy*, 27(4), 880–902.

ANEXOS

Anexo I – Relação dos centros de saúde entregues

Tabela 3 | Lista dos centros de saúde com obras finalizadas

	Centro de Saúde	Data de Início	Data de Fim	Duração (dias)
1	Centro de Saúde Aarão Reis	03/08/2020	30/04/2021	270
2	Centro de Saúde Boa Vista	01/04/2020	22/12/2020	265
3	Centro de Saúde Cabana	01/04/2019	27/12/2019	270
4	Centro de Saúde Campo Alegre	23/05/2022	27/02/2023	280
5	Centro de Saúde Carlos Prates	10/02/2021	01/11/2021	264
6	Centro de Saúde Carlos Renato Dias	03/08/2020	26/04/2021	266
7	Centro de Saúde Cícero Ildefonso	26/07/2021	25/04/2022	273
8	Centro de Saúde Confisco	02/09/2021	24/05/2022	264
9	Centro de Saúde Copacabana	08/06/2020	22/03/2021	287
10	Centro de Saúde Coqueiros	21/05/2020	01/02/2021	256
11	Centro de Saúde Etelvina Carneiro	13/01/2021	04/10/2021	264
12	Centro de Saúde Fábio Correa Lima	29/08/2022	19/06/2023	294
13	Centro de Saúde Felicidade II	31/05/2021	14/03/2022	287
14	Centro de Saúde Floramar	01/07/2021	07/03/2022	249
15	Centro de Saúde Granja de Freitas	19/09/2022	22/05/2023	245
16	Centro de Saúde Havaí	09/03/2021	06/12/2021	272
17	Centro de Saúde Itaipu - Jatobá	16/04/2020	18/01/2021	277
18	Centro de Saúde Jardim Alvorada	23/11/2020	13/10/2021	324
19	Centro de Saúde Jardim Comercíarios	22/03/2021	21/02/2022	336
20	Centro de Saúde Jardim Leblon	03/01/2022	17/10/2022	287
21	Centro de Saúde João Pinheiro	15/02/2021	29/11/2021	287
22	Centro de Saúde Lajedo	04/05/2020	08/03/2021	308
23	Centro de Saúde Lisandra Angélica David Justino	17/09/2020	14/06/2021	270
24	Centro de Saúde Mantiqueira	13/11/2020	12/07/2021	241
25	Centro de Saúde Maria Goretti/Ipê	23/05/2022	13/03/2023	294
26	Centro de Saúde Mariano de Abreu	19/07/2021	09/05/2022	294
27	Centro de Saúde Marivanda Baleeiro/Conjunto Paulo VI II	01/07/2020	19/04/2021	292
28	Centro de Saúde MG 20	25/01/2021	21/10/2021	269
29	Centro de Saúde Padre Eustáquio	23/05/2022	05/06/2023	378
30	Centro de Saúde Pedreira Prado Lopes	17/05/2021	11/07/2022	420
31	Centro de Saúde Piratininga	03/08/2020	02/08/2021	364
32	Centro de Saúde Primeiro de Maio	17/10/2022	17/07/2023	273
33	Centro de Saúde Rio Branco	08/09/2020	11/10/2021	398
34	Centro de Saúde Santa Amélia	23/05/2022	06/02/2023	259
35	Centro de Saúde Santa Maria	14/12/2020	23/08/2021	252

36	Centro de Saúde Santa Mônica	01/07/2020	12/04/2021	285
37	Centro de Saúde São Bernardo	10/06/2021	18/04/2022	312
38	Centro de Saúde São Jorge	08/03/2021	13/12/2021	280
39	Centro de Saúde São Paulo	06/11/2020	04/08/2021	271
40	Centro de Saúde Serra Verde	18/05/2020	01/03/2021	287
41	Centro de Saúde Serrano	04/02/2021	01/06/2022	482
42	Centro de Saúde Trevo	03/10/2022	13/07/2023	283
43	Centro de Saúde Tupi	15/07/2021	11/04/2022	270
44	Centro de Saúde Vila Maria/João Vital	01/07/2020	03/05/2021	306
45	Centro de Saúde Vila Pinho	14/10/2020	13/09/2021	334
46	Centro de Saúde Urucua	16/12/2020	20/09/2021	278
47	Centro de Saúde Ventosa	17/05/2021	28/02/2022	287
48	Centro de Saúde Zilah Spósito	25/01/2021	22/10/2021	270

Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte

Elaboração própria

Anexo II – Guião de Entrevista

Guia da entrevista semiestruturada

1. Qual foi a principal motivação para escolher o caminho das PPP?
2. Quais as principais vantagens para a PBH em optar pelo modelo de PPP versus o modelo de contratação pública tradicional?
3. Quais os maiores desafios?
 - a. Fase Estruturação
 - b. Apoio político
 - c. Aprovação nos órgãos de controle do município
 - d. Gestão do contrato
 - e. Comunicação com a concessionária
4. Uma PPP que engloba os serviços não-assistências tem o potencial de melhorar a operação dos CS?
5. Há alguma percepção de ganhos de eficiência na prestação dos serviços nos CS da PPP
 - a. No número de atendimentos
 - b. Tempo de espera
 - c. Satisfação dos usuários
6. Qual a percepção da sociedade sobre os CS da PPP? Conseguem diferenciar?
7. Uma PPP que engloba os serviços não-assistências tem o potencial de melhorar a operação dos CS?
8. Durante a vigência do contrato de PPP houve alguma construção de Centro de Saúde pela via de contratação pública?
 - a. Se sim, qual o prazo para conclusão das obras? Atraso na conclusão?

9. Houve não cumprimento dos indicadores de desempenho pela concessionária que implicaram em penalidades?

a. O VI informou o não cumprimento dos indicadores de desempenho?

10. Houve algum pagamento em atraso a concessionaria neste período?

11. Quais as principais qualidades e defeitos do modelo de PPP para a Administração Pública?

a. Há programa de capacitação dos servidores adaptando para modelo de PPP, co-gestão dos ativos públicos?

Considerações finais (livre)