ReGeo ISSN: 2177-3246

O DEBATE SOBRE PPPS NO SUS ÀS VÉSPERAS DAS ELEIÇÕES DE 2026: A TENSÃO ENTRE EXPANDIR PARCERIAS PRIVADAS NA GESTÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE E O RISCO DE APROFUNDAR A LÓGICA DE MERCADO NO SISTEMA UNIVERSAL

THE DEBATE ON PPPS IN THE SUS ON THE EVE OF THE 2026 ELECTIONS: THE TENSION BETWEEN EXPANDING PRIVATE PARTNERSHIPS IN THE MANAGEMENT OF PUBLIC HEALTH SERVICES AND THE RISK OF ENHANCING THE MARKET-BASED APPROACH IN THE UNIVERSAL HEALTH SYSTEM

EL DEBATE SOBRE LAS PPPS EN EL SUS EN VÍSPERAS DE LAS ELECCIONES DE 2026: LA TENSIÓN ENTRE AMPLIAR LAS ALIANZAS CON EL SECTOR PRIVADO EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD Y EL RIESGO DE REFORZAR LA LÓGICA DE MERCADO EN EL SISTEMA UNIVERSAL

https://doi.org/10.56238/revgeov17n9-013

Data de submissão: 19/07/2026 **Data de publicação:** 02/09/2026

Otto Guilherme Gerstenberger Junior
Pos Doutor em Direito Instituição e Negócios
Instituição: Universidade Federal Fluminense (UFF)
E-mail: ottoguilherme@yahoo.com.br
Lattes: http://lattes.cnpq.br/6920563188820015

Henrique Pedro da Silva Neto
Graduação em Medicina
E-mail: henriquepedro.neto@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/3303135455365857

Maria Fernanda Mendes Costa
Ensino superior completo
E-mail: marifer.m.costa@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/1355925210571499

RESUMO

A participação privada na gestão de serviços públicos de saúde voltou ao centro do debate político brasileiro no ciclo eleitoral de 2026, opondo a promessa de eficiência e agilidade gerencial das parcerias público-privadas ao receio de que sua expansão aprofunde a lógica de mercado em um sistema constitucionalmente universal. Este artigo analisa os termos dessa tensão, situando as parcerias no arcabouço jurídico do SUS, reconstituindo a experiência acumulada e sistematizando os argumentos e as condições em disputa. Adotou-se revisão integrativa da literatura, de natureza qualitativa, articulando o marco constitucional e legal da participação privada, a jurisprudência que validou os modelos de parceria, a experiência pioneira de concessão administrativa hospitalar, a literatura de referência sobre o sistema de saúde brasileiro e a produção acadêmica recente sobre parcerias e organizações sociais. Os resultados demonstram que a participação privada no SUS não é novidade, mas característica estrutural do sistema desde sua origem, operando por modalidades juridicamente distintas, do convênio complementar à concessão administrativa. Verifica-se que o debate eleitoral tende a polarizar posições que a análise técnica desagrega: a controvérsia relevante não é entre público e privado em abstrato, mas sobre quais funções podem ser delegadas, sob quais contratos, com qual

capacidade regulatória e com quais salvaguardas do interesse público. Constata-se que a experiência acumulada oferece lições sobre condições de êxito e riscos documentados, e que a expansão sem essas condições transfere ao mercado decisões que o sistema universal reservou à política pública. Conclui-se que o eixo racional do debate é o das condições e não o dos rótulos.

Palavras-chave: Parcerias Público-privadas. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Private participation in the management of public health services has returned to the center of the Brazilian political debate in the 2026 electoral cycle, opposing the promise of efficiency and managerial agility of public-private partnerships to the fear that their expansion will deepen the market logic in a constitutionally universal system. This article analyzes the terms of this tension, situating partnerships within the legal framework of the SUS, reconstructing the accumulated experience and systematizing the arguments and conditions in dispute. An integrative literature review of a qualitative nature was adopted, articulating the constitutional and legal framework of private participation, the case law that validated partnership models, the pioneering experience of hospital administrative concession, the reference literature on the Brazilian health system and recent academic production on partnerships and social organizations. The results demonstrate that private participation in the SUS is not a novelty, but a structural feature of the system since its origin, operating through legally distinct modalities, from the complementary agreement to the administrative concession. The electoral debate tends to polarize positions that technical analysis disaggregates: the relevant controversy is not between public and private in the abstract, but about which functions can be delegated, under which contracts, with what regulatory capacity and with which safeguards of the public interest. The accumulated experience offers lessons on conditions of success and documented risks, and expansion without these conditions transfers to the market decisions that the universal system has reserved for public policy. It is concluded that the rational axis of the debate is that of conditions, not labels.

Keywords: Public-private Partnerships. Unified Health System. Health Management.

RESUMEN

La participación privada en la gestión de servicios públicos de salud volvió al centro del debate político brasileño en el ciclo electoral de 2026, enfrentando la promesa de eficiencia y agilidad gerencial de las asociaciones público-privadas al temor de que su expansión profundice la lógica de mercado en un sistema constitucionalmente universal. Este artículo analiza los términos de esa tensión, situando las asociaciones en el marco jurídico del SUS, reconstruyendo la experiencia acumulada y sistematizando los argumentos y las condiciones en disputa. Se adoptó una revisión integradora de la literatura, de naturaleza cualitativa, articulando el marco constitucional y legal de la participación privada, la jurisprudencia que validó los modelos de asociación, la experiencia pionera de concesión administrativa hospitalaria, la literatura de referencia sobre el sistema de salud brasileño y la producción académica reciente sobre asociaciones y organizaciones sociales. Los resultados demuestran que la participación privada en el SUS no es novedad, sino característica estructural del sistema desde su origen, operando por modalidades jurídicamente distintas, del convenio complementario a la concesión administrativa. Se verifica que el debate electoral tiende a polarizar posiciones que el análisis técnico desagrega: la controversia relevante no es entre público y privado en abstracto, sino sobre qué funciones pueden ser delegadas, bajo qué contratos, con qué capacidad regulatoria y con qué salvaguardas del interés público. Se constata que la experiencia acumulada ofrece lecciones sobre condiciones de éxito y riesgos documentados, y que la expansión sin esas condiciones transfiere al mercado decisiones que el sistema universal reservó a la política pública. Se concluye que el eje racional del debate es el de las condiciones y no el de las etiquetas.

ISSN: 2177-3246

Palabras clave: Asociaciones Público-privadas. Sistema Único de Salud. Gestión en Salud.

1 INTRODUÇÃO

A cada ciclo eleitoral, o Sistema Único de Saúde volta ao centro do debate público, e o ciclo que se encerra nas eleições de 2026 não é exceção. Desta vez, um dos temas mais disputados é o papel do setor privado na gestão dos serviços públicos: de um lado, propostas de expandir as parcerias público-privadas e os contratos de gestão como resposta às filas, à ineficiência e à rigidez administrativa; de outro, a advertência de que essa expansão aprofunda a lógica de mercado num sistema que a Constituição desenhou como universal, público e orientado pela necessidade, e não pela rentabilidade.

O debate é legítimo e importante, mas seu formato eleitoral tende a empobrecê-lo. Reduzido a rótulos, privatistas contra estatistas, ele obscurece o que a análise técnica revela: a participação privada no SUS não é uma proposta nova a ser aceita ou rejeitada em bloco, mas uma realidade estrutural do sistema desde sua origem, que opera por modalidades juridicamente distintas, com riscos e resultados também distintos. A pergunta relevante não é se o privado deve participar, ele já participa, e sim em quais funções, sob quais contratos e com quais salvaguardas.

A literatura de referência sobre o sistema brasileiro documenta essa convivência desde a formação do SUS: o sistema nasceu de uma reforma conduzida pela sociedade civil, consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado, e, simultaneamente, herdou e manteve um setor privado prestador e suplementar de grande peso, numa relação público-privada que constitui uma de suas tensões permanentes (PAIM *et al.*, 2011). Compreender o debate atual exige, portanto, situá-lo nessa história, e não tratá-lo como dilema inédito.

Este trabalho examina a tensão anunciada no seu título com uma disposição deliberada: a de desagregar o que o debate eleitoral funde. Distinguem-se as modalidades de participação privada, que vão do convênio complementar à concessão administrativa; reconstituem-se o marco jurídico e a experiência acumulada; e sistematizam-se os argumentos de cada lado e as condições que a literatura e a experiência apontam como decisivas para que a parceria sirva ao sistema universal em vez de corroê-lo. O texto não faz advocacia de posição eleitoral: analisa os termos do problema.

O objetivo geral deste trabalho é analisar o debate sobre a expansão das parcerias privadas na gestão de serviços públicos de saúde no Brasil, explicitando a tensão entre os ganhos gerenciais prometidos e o risco de aprofundamento da lógica de mercado no SUS. Especificamente, pretende-se: situar a participação privada no arcabouço constitucional e legal do sistema; distinguir as modalidades de parceria e seus regimes jurídicos; reconstituir a experiência acumulada e suas lições; e sistematizar os argumentos em tensão e as condições de proteção do interesse público.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O DESENHO CONSTITUCIONAL: UNIVERSALIDADE COM PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR

O ponto de partida jurídico é a arquitetura definida pela lei orgânica da saúde, que organizou o SUS como sistema público universal e disciplinou a participação da iniciativa privada em caráter complementar, com preferência para as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, mediante contrato ou convênio regidos pelas normas do direito público (BRASIL, 1990). A Constituição admitiu o privado dentro do sistema, mas o admitiu subordinado: a assistência privada é livre como atividade econômica, e complementar quando presta serviço ao SUS, sob as regras deste.

Essa arquitetura tem duas consequências que estruturam todo o debate posterior. A primeira é que a participação privada no SUS é constitucionalmente prevista, o que retira força dos argumentos que a tratam como intrusão em si mesma ilegítima. A segunda é que essa participação é juridicamente qualificada, complementar, preferencialmente não lucrativa, regida pelo direito público, o que retira força, no sentido oposto, dos argumentos que a tratam como espaço livre de expansão mercantil. O desenho constitucional não proíbe a parceria; disciplina-a e a subordina à lógica pública do sistema.

A literatura de referência registra, contudo, que a relação real entre os subsistemas público e privado sempre excedeu o papel complementar desenhado na norma: o setor privado prestador e a saúde suplementar cresceram entrelaçados ao SUS, disputando recursos, profissionais e clientela, no que constitui uma das contradições estruturais do sistema (PAIM *et al.*, 2011). O debate sobre expandir parcerias ocorre, assim, sobre um terreno em que a fronteira entre o público e o privado já é, historicamente, porosa.

2.2 AS MODALIDADES DE PARCERIA: UM MAPA NECESSÁRIO

A expressão parceria público-privada é usada, no debate público, para fenômenos juridicamente muito distintos, e essa imprecisão alimenta parte da confusão. Quatro modalidades principais precisam ser distinguidas.

A modalidade de parceria em sentido estrito é a disciplinada pela lei federal das PPPs, que instituiu a concessão administrativa: o contrato de longo prazo em que o parceiro privado investe, constrói ou opera e é remunerado pela contraprestação do poder público, vinculada a indicadores de desempenho (BRASIL, 2004). É o modelo dos hospitais concedidos, em que uma empresa gere a unidade pública por décadas, sob metas contratuais. Distinta é a gestão por organizações sociais, entidades sem fins lucrativos que assumem serviços mediante contrato de gestão; distinto é o convênio

complementar clássico com hospitais filantrópicos; e distinta, ainda, é a terceirização de atividades-meio.

A validade constitucional do modelo das organizações sociais foi assentada pelo Supremo Tribunal Federal, que, ao julgar a ação direta contra a lei das OSs, confirmou a legitimidade dos contratos de gestão em áreas como a saúde, exigindo, porém, que a atuação estatal com essas entidades observe os princípios da administração pública, com procedimentos públicos, objetivos e impessoais (STF, 2015). A decisão encerrou a controvérsia sobre o se e transferiu o debate para o como: parcerias podem existir; devem, contudo, operar sob publicidade, impessoalidade e controle.

Tabela 1. Modalidades de participação privada na gestão e prestação no SUS

Modalidade	Natureza jurídica	Marco normativo	Exemplo típico
Convênio complementar	Prestação complementar por entidade privada, preferência filantrópica	CF, art. 199; Lei 8.080/1990	Santas Casas conveniadas
Contrato de gestão (OS)	Gestão de serviço por entidade sem fins lucrativos	Lei 9.637/1998; ADI 1.923	Hospitais estaduais sob OSs
PPP / concessão administrativa	Contrato de longo prazo com remuneração por desempenho	Lei 11.079/2004	Hospital concedido a operador privado
Terceirização de atividades-meio	Contratação de serviços de apoio	Legislação geral de licitações	Limpeza, manutenção, imagem

Fonte: elaboração própria com base em Brasil (1990), Brasil (2004) e STF (2015).

O mapa importa porque os argumentos válidos para uma modalidade não se transferem automaticamente às demais. A crítica à seleção de pacientes por um operador remunerado por produção não atinge, nos mesmos termos, o convênio filantrópico; o elogio à agilidade gerencial de uma OS não valida, por si, a concessão de um hospital por vinte anos. O debate eleitoral que fala de PPPs no SUS em bloco discute, na verdade, quatro objetos diferentes, e a análise séria precisa separá-los.

3 METODOLOGIA

Adotou-se a revisão integrativa da literatura como percurso metodológico, método adequado à reunião e à síntese de evidências de naturezas distintas sobre um mesmo objeto, permitindo compor panorama abrangente para subsidiar a discussão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). A escolha se justifica pela natureza do tema, que exige articular normas, jurisprudência, experiência administrativa e literatura acadêmica.

Formulou-se como questão norteadora: quais os termos da tensão entre a expansão das parcerias privadas na gestão de serviços públicos de saúde e a preservação da lógica pública do sistema

universal, e quais condições a experiência e a literatura apontam como decisivas? A partir dessa pergunta, organizou-se a seleção das fontes em quatro categorias.

A primeira reúne o marco constitucional e legal: a lei orgânica da saúde e a lei federal das parcerias público-privadas. A segunda compreende a jurisprudência estruturante sobre os modelos de parceria. A terceira abrange a experiência administrativa documentada, com destaque para a primeira concessão administrativa hospitalar do país. A quarta reúne a literatura acadêmica: a referência internacional sobre o sistema brasileiro e a produção recente sobre parcerias, eficiência alocativa e organizações sociais de saúde.

A análise organizou os achados em quatro eixos, apresentados na seção seguinte: a experiência acumulada e suas lições; os argumentos em tensão; os riscos documentados da lógica de mercado; e as condições de proteção do interesse público. A interpretação foi conduzida de forma qualitativa e deliberadamente equilibrada, sem adesão a posição eleitoral. Por tratar-se de estudo de revisão a partir de fontes públicas, não houve necessidade de apreciação por comitê de ética em pesquisa. Atendendo à finalidade do trabalho, os resultados são apresentados em texto e tabelas, sem recurso a gráficos.

4 RESULTADOS

4.1 A EXPERIÊNCIA ACUMULADA: O CASO PIONEIRO E O QUE ELE ENSINA

A experiência brasileira de concessão administrativa hospitalar tem seu marco no Hospital do Subúrbio, em Salvador, primeira PPP de saúde do país: contrato de concessão administrativa firmado em 2010 para a gestão e operação da unidade estadual, com operador privado selecionado em leilão público e remuneração vinculada a indicadores de desempenho e produção (BAHIA, 2010). O caso tornou-se referência nacional e internacional, e seu exame oferece lições nos dois sentidos do debate.

Tabela 2. Ficha da experiência pioneira: Hospital do Subúrbio (Salvador, BA)

Dimensão	Característica documentada
Modalidade	Concessão administrativa (Lei 11.079/2004), primeira PPP hospitalar do Brasil
Contrato	Firmado em 2010, após leilão em bolsa de valores; gestão e operação da unidade
Escopo assistencial	Hospital geral com ênfase em urgência e emergência, adulto e pediátrico, 100% SUS
Remuneração	Contraprestação pública vinculada a indicadores de desempenho e produção
Lição favorável	Viabilidade de metas contratuais assistenciais e de abertura rápida de serviço em região desassistida
Lição de cautela	Dependência crítica da capacidade estatal de especificar, medir e fiscalizar indicadores por décadas

Fonte: elaboração própria com base em Bahia (2010) e Brasil (2004).

A lição favorável do caso é que a concessão administrativa pode entregar serviço público efetivo: a unidade nasceu voltada integralmente ao SUS, em território historicamente desassistido, com metas contratuais de desempenho. A lição de cautela é simétrica e menos citada: tudo no modelo depende da capacidade do Estado de escrever bem o contrato, medir com independência os indicadores e fiscalizar por décadas um parceiro cujo incentivo econômico não coincide automaticamente com o interesse assistencial. A PPP não dispensa o Estado; exige um Estado regulador mais sofisticado do que o Estado prestador que substitui.

A produção acadêmica recente sobre organizações sociais de saúde documenta a outra face da experiência: os litígios sobre a natureza e a proteção das verbas públicas geridas por entidades privadas, com o Judiciário chamado a arbitrar controvérsias sobre penhora de recursos e continuidade assistencial, evidenciando as zonas de atrito jurídico que a delegação da gestão produz (MOLDERO; SILVA; BARBOSA, 2024). A judicialização dessas fronteiras é, ela própria, um custo do modelo, raramente contabilizado nas promessas de eficiência.

4.2 OS ARGUMENTOS EM TENSÃO

O segundo conjunto de achados sistematiza os argumentos centrais de cada polo do debate, apresentados aqui na sua melhor versão, e não na caricatura eleitoral.

Tabela 3. Os argumentos em tensão, por dimensão do problema

Dimensão	Argumento pró-expansão das parcerias	Argumento crítico (risco de mercantilização)
Eficiência gerencial	Flexibilidade de contratação e compras agiliza a operação e reduz filas	Ganhos dependem de comparações raramente equivalentes em perfil de paciente e complexidade
Qualidade e metas	Contratos por desempenho criam accountability que a administração direta não tem	Indicadores mal desenhados induzem seleção de casos e priorização do que é medido
Investimento	Capital privado antecipa infraestrutura que o orçamento público não financia	Contraprestações de longo prazo enrijecem o orçamento e comprometem gestões futuras
Transparência	Contratos explícitos tornam custos e metas mais visíveis que na gestão direta	Segredo empresarial e estruturas societárias dificultam o controle social
Universalidade	Parceria bem regulada amplia acesso onde o Estado não chegou	Lógica de rentabilidade tende a evitar territórios, casos e serviços não lucrativos
Capacidade estatal	Estado concentra-se em regular, função em que pode se qualificar	Fiscalizar contratos complexos exige capacidade que muitos entes não têm

Fonte: elaboração própria com base em Paim *et al.* (2011), Brasil (2004) e STF (2015).

A tabela evidencia o achado central desta seção: os dois polos têm argumentos sérios, e cada um deles é condicional. A eficiência da parceria é real onde há contrato bem desenhado e fiscalização

efetiva, e ilusória onde não há. O risco de mercantilização é real onde a remuneração premia produção e o regulador é fraco, e controlável onde as salvaguardas operam. O debate racional, portanto, não opõe verdades a mentiras: opõe condições a condições, e desloca-se naturalmente da pergunta ideológica para a pergunta institucional.

A produção recente sobre a eficiência alocativa das parcerias e das transferências públicas reforça essa leitura condicional, ao documentar heterogeneidade significativa na distribuição dos recursos federais, correlacionada a fatores como porte municipal e emendas parlamentares, e não apenas a critérios de necessidade sanitária (LIMA; IVANESCIUC; CARVALHO, 2023). Onde a alocação já é distorcida por fatores políticos, a camada adicional das parcerias pode tanto disciplinar quanto amplificar a distorção, a depender do desenho.

4.3 O RISCO ESPECÍFICO: A LÓGICA DE MERCADO NO SISTEMA UNIVERSAL

O terceiro conjunto de achados examina com precisão o risco que dá título a este trabalho. A expressão lógica de mercado designa algo específico: o conjunto de incentivos pelos quais um agente remunerado por resultados econômicos tende a selecionar atividades, territórios e pacientes conforme a rentabilidade, e não conforme a necessidade, critério constitutivo do sistema universal.

Os mecanismos desse risco são conhecidos e documentados na experiência internacional e nacional. A seleção de risco: preferir casos previsíveis e rentáveis, deixando ao ente público os complexos e custosos. A seleção territorial: instalar-se onde há escala e evitar onde há dispersão. O desinvestimento no não medido: concentrar esforço nos indicadores contratuais e negligenciar o que o contrato não capturou, da promoção da saúde ao vínculo longitudinal. E a captura do regulador: a assimetria de informação e de quadros entre operadores profissionalizados e secretarias fragilizadas, que converte a fiscalização em formalidade.

A advertência estrutural da literatura de referência é que essas dinâmicas não operam no vazio, mas sobre um sistema cuja relação público-privada já é historicamente desequilibrada, com subsídios cruzados, dupla porta e disputa por profissionais entre os subsistemas, de modo que cada expansão mal regulada da lógica privada tende a acentuar iniquidades preexistentes (PAIM *et al.*, 2011). O risco, portanto, não é hipotético nem inventado pelo debate eleitoral: é uma tendência documentada, que o desenho institucional pode conter ou liberar.

A honestidade da análise exige, contudo, registrar o contraponto: a gestão pública direta não é imune a patologias próprias, do clientelismo na nomeação de dirigentes à rigidez que impede repor um profissional ou comprar um insumo em tempo hábil. A defesa do sistema universal não se confunde com a defesa de qualquer forma de gestão estatal; e a crítica à mercantilização não se responde com a

idealização do statu quo. O padrão de comparação relevante é sempre entre alternativas reais, com suas imperfeições reais.

4.4 AS CONDIÇÕES DE PROTEÇÃO DO INTERESSE PÚBLICO

O quarto conjunto de achados sistematiza as condições que a experiência, a jurisprudência e a literatura convergem em apontar como decisivas para que a parceria sirva ao sistema, e cuja ausência transforma a promessa de eficiência em transferência de poder decisório ao mercado.

Tabela 4. Condições de proteção do interesse público nas parcerias em saúde

Condição	Conteúdo	O que sua ausência produz
Contrato assistencialmente denso	Metas de acesso, qualidade e integralidade, incluindo casos complexos e territórios difíceis	Seleção de risco e desinvestimento no não medido
Medição independente	Indicadores auditáveis, aferidos por instância que não dependa do operador	Cumprimento formal sem resultado real
Capacidade regulatória estatal	Quadros técnicos estáveis e qualificados na contratação e fiscalização	Captura do regulador e assimetria crônica
Transparência e controle social	Publicidade de contratos, custos e resultados; participação dos conselhos	Opacidade e blindagem ao escrutínio público
Reversibilidade	Capacidade real de retomar o serviço em caso de falha, sem colapso assistencial	Dependência que torna o parceiro infiscalizável
Subordinação ao planejamento do SUS	Parceria como instrumento das prioridades sanitárias, e não o inverso	Sistema orientado pela oferta rentável, não pela necessidade

Fonte: elaboração própria com base em STF (2015), Brasil (2004) e Paim *et al.* (2011).

A exigência de procedimentos públicos, objetivos e impessoais na relação com as entidades parceiras, fixada pela decisão que validou o modelo das organizações sociais, é o núcleo jurisprudencial dessas condições: a parceria constitucionalmente admissível é a parceria controlável (STF, 2015). As demais condições derivam da mesma lógica: a delegação da execução é legítima; a delegação do poder de definir prioridades sanitárias, não. O que o sistema universal não pode terceirizar é a decisão sobre quem atender, onde e com que prioridade.

5 DISCUSSÃO

Os resultados sistematizados permitem retornar ao debate eleitoral com uma leitura que o desloca produtivamente. A tensão anunciada no título deste trabalho é real, mas seu eixo racional não é o que a disputa política sugere. Quatro considerações desenvolvem essa conclusão.

A primeira é que o dilema em bloco, a favor ou contra o privado no SUS, é historicamente falso: a participação privada é estrutural desde a origem do sistema, prevista na Constituição e

disciplinada na lei orgânica, e o que esteve sempre em disputa foi seu grau, sua forma e sua subordinação à lógica pública (BRASIL, 1990). O debate que se apresenta como escolha entre modelos opostos é, na realidade, uma disputa sobre a posição do cursor num contínuo que o país percorre há mais de três décadas.

A segunda é que a fragmentação jurídica das modalidades exige respostas diferenciadas: a concessão administrativa de longo prazo, o contrato de gestão com entidade sem fins lucrativos e o convênio filantrópico têm incentivos, riscos e histórico distintos, e tanto a expansão indiscriminada quanto a rejeição indiscriminada tratam como um só objeto o que a análise precisa separar (BRASIL, 2004). Uma agenda pública madura diria qual modalidade, para qual serviço, em qual território, sob qual contrato, exatamente o grau de especificação que a retórica eleitoral evita.

A terceira é que a experiência acumulada, do caso pioneiro da concessão hospitalar à trajetória das organizações sociais, ensina que o fator decisivo do desfecho não é a natureza do operador, mas a capacidade do Estado contratante: onde há contrato denso, medição independente e fiscalização qualificada, a parceria pode entregar; onde não há, a delegação degrada-se em transferência de recursos sem controle (BAHIA, 2010). A ironia central do tema é que as parcerias exigem mais Estado, não menos: um Estado regulador sofisticado, que muitos dos entes que mais recorrem à delegação justamente não possuem.

A quarta é que o risco de mercantilização é específico e endereçável: ele reside nos incentivos de seleção e no deslocamento do critério da necessidade pelo da rentabilidade, dinâmicas que operam sobre uma relação público-privada já historicamente desequilibrada (PAIM *et al.*, 2011). As condições sistematizadas na Tabela 4 são, precisamente, o antídoto institucional a esse risco. A questão eleitoral tecnicamente bem posta seria: o proponente da expansão compromete-se com essas condições, e o crítico da expansão oferece alternativa real para os problemas gerenciais que a alimentam?

Uma consideração final sobre o contexto eleitoral. Períodos pré-eleitorais são, simultaneamente, o pior e o melhor momento para este debate: o pior, porque a lógica do confronto reduz condições a rótulos; o melhor, porque é quando a sociedade efetivamente decide direções. A contribuição possível da análise técnica é insistir no deslocamento: de privatizar ou não privatizar para sob quais condições delegar e como garantir que o sistema continue orientado pela necessidade. O SUS não será salvo nem destruído por uma sigla contratual; será fortalecido ou corroído pela qualidade das instituições que contratam, medem e fiscalizam em seu nome.

Tabela 5. Do debate eleitoral ao debate técnico: o deslocamento proposto

Formulação eleitoral típica	Reformulação técnica correspondente
Privatizar ou defender o SUS	Qual modalidade de parceria, para qual serviço, sob qual contrato
O privado é mais eficiente	Em quais condições contratuais e comparações equivalentes a eficiência se verifica
Parceria é entrega do patrimônio público	Quais salvaguardas de reversibilidade e controle impedem a captura
Gestão pública é sinônimo de fila	Quais patologias da administração direta a reforma gerencial pública resolveria
Mais parcerias resolvem o subfinanciamento	Contraprestações de longo prazo cabem em qual trajetória fiscal do sistema

Fonte: elaboração própria.

6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Este estudo apresenta limitações que devem orientar a interpretação de seus resultados. A primeira decorre de seu desenho: por tratar-se de revisão integrativa, e não de investigação empírica original, as conclusões derivam da articulação de fontes normativas, jurisprudenciais e acadêmicas, sem avaliação primária de desempenho de parcerias específicas.

Uma segunda limitação refere-se à base comparativa disponível. As avaliações de parcerias em saúde no Brasil enfrentam o problema crônico da não equivalência entre unidades comparadas, em perfil de pacientes, complexidade e financiamento, o que torna as afirmações de superioridade ou inferioridade gerencial, em qualquer direção, menos conclusivas do que o debate público supõe. Este trabalho evitou, por isso, adjudicar o mérito comparativo, concentrando-se nas condições.

Uma terceira limitação envolve o contexto político em movimento. O trabalho analisa os termos do debate às vésperas das eleições de 2026, sem examinar programas partidários ou propostas de candidaturas específicas, seja pela sua mutabilidade, seja pela opção deliberada de neutralidade analítica. As formulações eleitorais referidas são tipos estilizados do debate público, e não posições atribuídas a atores determinados.

Registre-se, por fim, que o trabalho tratou do nível da gestão de serviços, sem esgotar temas conexos e relevantes, como a saúde suplementar, os subsídios fiscais ao setor privado e o subfinanciamento crônico do sistema, que condicionam o debate mas constituem objetos próprios. Atendendo à finalidade editorial desta edição, os resultados foram apresentados exclusivamente em texto e tabelas.

7 PERSPECTIVAS FUTURAS

A agenda de pesquisa decorrente deste trabalho comporta quatro direções. A primeira é a construção de avaliações comparativas metodologicamente equivalentes entre modalidades de gestão,

com ajuste de perfil de pacientes, complexidade e financiamento, único caminho para que o debate sobre eficiência saia do terreno das convicções e entre no da evidência.

Uma segunda direção refere-se à mensuração da capacidade regulatória dos entes subnacionais que contratam parcerias, dimensão que a experiência aponta como decisiva e que permanece sem indicadores sistemáticos: quantos fiscais, com que qualificação, com que independência e com que instrumentos acompanham os contratos vigentes (MOLDERO; SILVA; BARBOSA, 2024). A judicialização crescente das fronteiras entre o público e o privado é, nesse sentido, um sintoma mensurável do déficit regulatório.

Uma terceira direção envolve o estudo dos efeitos de longo prazo das contraprestações de PPPs sobre os orçamentos estaduais e municipais de saúde, testando a hipótese de que os compromissos plurianuais enrijecem a alocação futura e concorrem com o custeio da rede própria, questão central para a sustentabilidade que o debate eleitoral raramente enfrenta.

Uma quarta direção, de natureza institucional, refere-se ao desenho de salvaguardas contratuais contra a seleção de risco e o desinvestimento no não medido: quais formatos de remuneração, quais cestas de indicadores e quais mecanismos de auditoria independente demonstradamente alinham o incentivo do operador ao critério da necessidade, permitindo que a parceria, onde adotada, sirva ao sistema universal em vez de erodi-lo.

8 CONCLUSÃO

Este trabalho analisou o debate sobre a expansão das parcerias privadas na gestão de serviços públicos de saúde às vésperas das eleições de 2026, explicitando a tensão entre os ganhos gerenciais prometidos e o risco de aprofundamento da lógica de mercado no SUS. A revisão realizada permite três conclusões.

A primeira é que o dilema apresentado ao eleitor como escolha binária é analiticamente falso. A participação privada é característica estrutural do SUS desde sua origem constitucional, e opera por modalidades juridicamente distintas, do convênio filantrópico à concessão administrativa, cujos incentivos, riscos e histórico não se confundem. O debate sério não opõe público a privado em abstrato: especifica modalidades, funções, contratos e salvaguardas.

A segunda é que os dois polos do debate sustentam argumentos condicionais, e que a condição dominante é a mesma nos dois casos: a capacidade do Estado. A parceria entrega onde o contrato é assistencialmente denso, a medição é independente e a fiscalização é qualificada; a lógica de mercado avança onde a remuneração premia seleção, o contrato ignora o não medido e o regulador é capturado.

As parcerias exigem mais Estado, não menos, e esse é o paradoxo que a retórica da eficiência raramente enuncia.

A terceira é que o risco de mercantilização é específico, documentado e endereçável. Ele não está na presença do privado, mas no deslocamento do critério da necessidade pelo da rentabilidade, e seu antídoto é institucional: contratos densos, transparência, reversibilidade, controle social e subordinação de toda parceria ao planejamento sanitário público. O que o sistema universal não pode delegar é a decisão sobre quem atender, onde e com que prioridade.

Conclui-se que o eixo racional do debate eleitoral sobre as PPPs no SUS é o das condições, e não o dos rótulos. Às vésperas de 2026, a pergunta tecnicamente honesta a dirigir a qualquer proposta, expansionista ou crítica, é a mesma: que instituições de contratação, medição e fiscalização a acompanham, e como se garante que o sistema permaneça orientado pela necessidade de saúde da população. O SUS, patrimônio civilizatório construído pela sociedade brasileira, não se fortalece nem se perde por siglas contratuais, mas pela qualidade das instituições que decidem, contratam e fiscalizam em seu nome, e é sobre essa qualidade que o voto, em última análise, também decide.

CONFLITOS DE INTERESSE

O autor declara não haver conflitos de interesse na realização deste estudo. A pesquisa não recebeu financiamento específico de agências de fomento públicas, comerciais ou sem fins lucrativos. Este artigo tem finalidade acadêmica e analítica, não constitui manifestação político-eleitoral e não atribui posições a partidos ou candidaturas.

REFERÊNCIAS

BAHIA (Estado). Secretaria da Fazenda. Projeto Hospital do Subúrbio: parceria público-privada na modalidade de concessão administrativa. Salvador: Sefaz-BA, 2010.

BRASIL. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Brasília: Presidência da República, 2004.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização do SUS. Brasília: Presidência da República, 1990.

LIMA, S. A. de O.; IVANESCIUC, B.; CARVALHO, G. H. F. de. Parcerias público-privadas e eficiência alocativa no Brasil: evidências distributivas com base em dados governamentais (2014-2023). Lumen et Virtus, São José dos Pinhais, v. 13, n. 31, e12326, 2023. DOI: 10.56238/levv13n31-075.

MOLDERO, L. de S.; SILVA, M. F. da; BARBOSA, A. P. Desafios da penhorabilidade de verbas públicas em organizações sociais de saúde: gestão eficiente em cidades inteligentes. Aracê, São José dos Pinhais, v. 6, n. 4, p. 16582-16606, 2024. DOI: 10.56238/arev6n4-323.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. DOI: 10.1590/S1679-45082010RW1134.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923/DF. Relator para o acórdão Ministro Luiz Fux. Julgamento sobre a constitucionalidade do marco das organizações sociais. Brasília: STF, 2015.