



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
FACULDADE DE DIREITO DO RECIFE

ISAAC MELO SOARES

**A UTILIZAÇÃO DA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA (PPP) COMO GARANTIA DE
DIREITOS FUNDAMENTAIS NA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO
RECIFE, EM PERNAMBUCO**

RECIFE

2025

ISAAC MELO SOARES

**A UTILIZAÇÃO DA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA (PPP) COMO GARANTIA DE
DIREITOS FUNDAMENTAIS NA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO
RECIFE, EM PERNAMBUCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Direito da Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências Jurídicas,
como requisito para a obtenção do título de
bacharel em Direito.

Área de concentração: Direito Administrativo

Orientador(a): Prof^a. Larissa Medeiros Santos

Recife

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Soares, Isaac Melo.

A utilização da Parceria Público-Privada (PPP) como garantia de Direitos Fundamentais na Secretaria de Saúde do Município do Recife, em Pernambuco / Isaac Melo Soares. - Recife, 2025.

59 p.

Orientador(a): Larissa Medeiros Santos

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Jurídicas, Direito - Bacharelado, 2025.

Inclui referências.

1. Direito Administrativo. I. Santos, Larissa Medeiros. (Orientação). II. Título.

340 CDD (22.ed.)

ISAAC MELO SOARES

**A UTILIZAÇÃO DA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA (PPP) COMO GARANTIA DE
DIREITOS FUNDAMENTAIS NA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO
RECIFE, EM PERNAMBUCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Direito da Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências Jurídicas,
como requisito para a obtenção do título de
bacharel em Direito.

Aprovado em: 06 de agosto de 2025

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Larissa Medeiros Santos (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Manoel de Oliveira Erhardt (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr. Diógenes Teófilo de Jesus (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho aos meus pais, José Américo (in memoriam) e Ivanize, que me ensinaram, entre tantos valores, a importância da determinação, da honestidade e da fé. Graças ao amor, ao cuidado e ao apoio incondicional de vocês, consegui enfrentar os desafios e conquistar mais essa etapa da minha vida. Esta vitória também é de vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em quem deposito minha fé e confiança, que sempre se mostrou fiel, fortalecendo-me nas minhas fraquezas e guiando-me nos momentos de dificuldade. A Ele, que ouviu minhas orações e me concedeu força e sabedoria para seguir em frente.

Aos meus pais, José Américo (in memoriam) e Ivanize, pelo amor incondicional, pelo apoio constante e por estarem presentes em cada etapa da minha vida. Pai, o senhor pôde acompanhar a realização do meu sonho de ingressar na faculdade. Embora não esteja fisicamente aqui para celebrar comigo mais essa conquista, sei que permanece vivo no meu coração, acompanhando cada passo meu. Te amarei para sempre!

À minha tia Cheila, por sua presença constante, amor e cuidado em minha vida. À minha irmã, Júlia, e ao meu amado sobrinho, que trouxe luz, alegria e esperança para nossa família.

À minha orientadora, professora Larissa Medeiros, expresso minha sincera gratidão por todo o apoio, incentivo e orientação durante esse percurso.

Aos amigos que, ao longo da construção desta monografia, formaram uma verdadeira rede de apoio, oferecendo força, ajuda e carinho. Em especial, agradeço a Juliana Ória, Laís Monteiro, Bruna Anciolly, Brenda Lopes — que, inclusive, me apresentou este tema — e Karina Tenório.

“Os direitos do homem são muitos, e raro o direito
de gozar deles. Nem todo homem tem direito a
conhecer os seus direitos.”

— Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Este estudo abordou a utilização das Parcerias Público-Privadas (PPPs) como instrumento para a garantia de direitos fundamentais, com foco na Secretaria de Saúde do Município do Recife, em Pernambuco. Tratou-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa que visa compreender como as PPPs podem ser uma solução para os desafios enfrentados na efetivação do direito à saúde, especialmente na atenção primária. A pesquisa analisa os aspectos jurídicos, administrativos e operacionais da implementação desse modelo, considerando o contexto de subfinanciamento público, agravado pela vigência da Emenda Constitucional nº 95/2016, e buscou demonstrar como esse instrumento de colaboração entre o setor público e privado pode ser uma alternativa eficiente. A partir da análise da legislação federal e municipal, bem como de experiências anteriores em outros estados, o estudo discutiu a implantação da PPP na saúde do Recife, cujo objetivo é ampliar a cobertura da atenção primária de 76,8% para 100% da população, por meio da construção, operação e manutenção de 41 Unidades de Saúde da Família. Os resultados indicaram que a PPP, na modalidade de concessão administrativa, permite que o parceiro privado assuma os serviços de apoio e infraestrutura, sem interferir nas atividades assistenciais médicas, que permanecem sob responsabilidade do município. As conclusões apontam que, embora haja desafios, como resistências da sociedade e a necessidade de garantir segurança jurídica, o modelo apresentou-se como uma solução viável e inovadora para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) municipal, assegurando maior eficiência, qualidade na prestação dos serviços e efetivação dos direitos fundamentais.

Palavras-chave: Parceria Público-Privada; Direito à Saúde; Administração Pública; Atenção Primária; Direitos Fundamentais.

ABSTRACT

This study examines the use of Public-Private Partnerships (PPPs) as a tool for ensuring fundamental rights, focusing on the Municipal Health Secretariat of Recife, Pernambuco, Brazil. This qualitative case study sought to understand how PPPs can address the challenges in actualizing the right to health, particularly within primary care. The research analyzes the legal, administrative, and operational aspects of implementing this model, considering the context of public underfunding exacerbated by Constitutional Amendment No. 95/2016. It aimed to demonstrate how this instrument of collaboration between the public and private sectors can be an efficient alternative. Through an analysis of federal and municipal legislation, as well as previous experiences in other states, the study discussed the implementation of a health PPP in Recife. This initiative aims to expand primary care coverage from 76.8% to 100% of the population through the construction, operation, and maintenance of 41 Family Health Units. Results indicate that the PPP, structured as an administrative concession, allows the private partner to assume support and infrastructure services without interfering with medical care activities, which remain under municipal responsibility. The conclusions suggest that despite challenges, such as societal resistance and the need for legal certainty, the model presents itself as a viable and innovative solution for strengthening the municipal Unified Health System (SUS), ensuring greater efficiency, quality in service provision, and the effective realization of fundamental rights.

Keywords: Public-Private Partnership; Right to Health; Public Administration; Primary Health Care; Fundamental Rights.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 DIREITOS FUNDAMENTAIS	13
2.1 Aspectos gerais dos direitos fundamentais	13
2.2 Direitos Fundamentais no Brasil	14
2.3 Direito à saúde e a importância da atenção primária para o bem-estar da população	17
2.4 Sub-financiamento dos Municípios na garantia do direito à saúde	21
3 AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS (PPP)	26
3.1 As origens das Parcerias Público-Privadas (PPP)	26
3.2 Os Tipos de Parcerias Público-Privadas (PPP)	31
3.3 O interesse empresarial na parceria com a Administração Pública	33
3.4 As vantagens da PPP para a administração pública	34
4 O PAPEL DA PPP NA GARANTIA DE DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE	36
4.1 A utilização da PPP como alternativa viável na promoção à saúde no município	36
4.2 Exemplo de PPP de concessão administrativa na saúde	36
5 A IMPLANTAÇÃO DA PPP NA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RECIFE	39
5.1 Regulamentação das Parcerias Público-Privadas no Recife	39
5.2 O Município do Recife, a Atenção Primária e a Implantação da PPP na Saúde	40
5.3 A discussão sobre a implantação da PPP no Município do Recife	44
5.4 O projeto de implantação das PPP na cidade do Recife e suas etapas	45
5.5 Desafios da implantação da PPP no Município do Recife	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	55

1. INTRODUÇÃO

Com a Constituição Federal de 1988, que reconheceu os municípios como entes federados, foram também estabelecidos os direitos fundamentais, entre eles o direito à saúde, previsto no artigo 6º. A competência para assegurar esse direito é compartilhada entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Estes, no entanto, enfrentam diversas dificuldades na oferta de serviços que garantam à população o efetivo respeito a esse direito. Nesse contexto, as Parcerias Público-Privadas (PPPs) são vistas como uma abordagem moderna para auxiliar os entes, por meio da qual o setor privado pode assumir a gestão e/ou execução desses serviços, contribuindo para a superação de ineficiências do setor público e para a mitigação de riscos de abusos por parte das empresas contratadas. Isso pode resultar em benefícios concretos para a população em geral.

Dessa forma, o presente estudo investiga o instituto das Parcerias Público-Privadas a partir da legislação brasileira que o regulamenta, a Lei nº 11.079, de dezembro de 2004, que institui as normas gerais para licitar e contratar as PPPs no âmbito da administração pública. A problemática central desta monografia gira em torno da seguinte questão: as PPPs podem ser utilizadas como garantia de direitos fundamentais? Nesse contexto, é apresentada a implementação das PPPs na saúde da prefeitura da cidade do Recife, explorando diversos aspectos das leis que orientam essas parcerias, com o objetivo de determinar se há proteção jurídica à administração pública nessa relação e quais são os benefícios à população local.

As PPPs representam uma modalidade de colaboração entre o setor privado e o setor público, com foco na eficiência e nos resultados, visando a garantir e concretizar a prestação de serviços públicos com qualidade.

Conforme a Lei nº 11.079/2004, as Parcerias Público-Privadas são contratos administrativos de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa. A modalidade de concessão patrocinada refere-se à concessão de serviços públicos ou de obras públicas, quando, além da tarifa cobrada dos usuários, há uma contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado. Já a modalidade

de concessão administrativa é o contrato de prestação de serviços do qual a Administração Pública é a usuária direta ou indireta, ainda que envolva a execução de obras ou fornecimento e instalação de bens.

Considerando que este estudo se restringe a modalidade de concessão utilizada pelo Município do Recife em seu projeto voltado à garantia da prestação de serviços de saúde à população municipal, será abordada a modalidade de concessão administrativa. Serão analisados os instrumentos legislativos municipais de regulamentação das Parcerias Público-Privadas, como a Lei Municipal nº 17.856, de 1º de janeiro de 2013, que institui o programa municipal de PPP para todos os órgãos da administração direta, de qualquer um dos Poderes do Município, e a posterior Lei Municipal nº 18.824, de 30 de agosto de 2021, que dispõe sobre o regime de concessões e permissões de serviços públicos municipais e altera dispositivos da Lei Municipal nº 17.856/2013. Além disso, serão consideradas as demais normativas municipais que subsidiam os projetos de implantação das concessões e PPPs no município.

No âmbito do município do Recife, destacam-se projetos na área da educação, com a ampliação da oferta de vagas em creches e pré-escolas; na saúde, com a garantia da ampliação da cobertura da atenção primária à saúde da população usuária do SUS, o qual abordaremos neste trabalho; e, na assistência social, com a oferta de moradias à população de baixa renda¹. Esses projetos pretendem ser viabilizados por meio das Parcerias Público-Privadas, organizados pela Secretaria de Desenvolvimento Urbano e Licenciamento (SEDUL) e acompanhados pelo Conselho Gestor de Parcerias Estratégicas do Recife (CGPar), de acordo com as atribuições legais conferidas pelo Decreto Municipal nº 34.912, de 13 de setembro de 2021.

Assim, a PPP representa um modelo contemporâneo de cooperação para a execução de serviços e obras públicas, sendo uma alternativa oportuna,

¹ Até o momento da elaboração desta monografia, os projetos citados encontram-se em análise pelo Tribunal de Contas de Pernambuco (TCE-PE), conforme o inciso III, Art. 169, da Lei Federal nº 14.133/2021 (**Fonte: RECIFE. Site Recife Parcerias, Concessões e PPPs.** Recife: Prefeitura da Cidade do Recife, 2025. Disponível em: <https://parcerias.recife.pe.gov.br/>. Acesso em: 19 mar. 2025). **BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.** Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2021. **Art. 169, inciso III.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14133.htm. Acesso em: 19 mar. 2025.

especialmente em um momento de recessão econômica nacional e de desafios significativos para os investimentos que o Estado brasileiro enfrenta, em razão da promulgação da Emenda Constitucional 95, que limita os gastos públicos por 20 anos com marco inicial desde 2017.

O conceito de PPP surge como um objeto de análise intrigante e relevante, dada sua configuração que envolve a colaboração entre Estado e setor privado em prol do interesse público. A metodologia utilizada neste estudo compreende uma abordagem qualitativa de estudo de caso, apresentando uma visão geral sobre a utilização das Parcerias Público-Privadas como instrumento de garantia de direitos fundamentais no Município do Recife (PE). Essa configuração se revela atrativa do ponto de vista econômico para a Administração Pública, resultando em benefícios e eficiência para suas administrações. Simultaneamente, para o setor empresarial, pode representar um investimento de alto retorno, dada a natureza dos serviços essenciais oferecidos à população.

2. DIREITOS FUNDAMENTAIS

2.1. Aspectos gerais dos direitos fundamentais

Como expressão máxima da dignidade da pessoa humana, os direitos fundamentais são concebidos como prerrogativas essenciais e inalienáveis que protegem o indivíduo e garantem as condições mínimas para uma vida digna e plena. Longe de serem meras concessões estatais, eles representam conquistas históricas da humanidade, frutos de lutas incessantes por liberdade, igualdade e justiça.

De acordo com Bullos (2010, p. 521) Direitos Fundamentais são os conjuntos de normas, princípios, prerrogativas, deveres e institutos, inerentes à soberania popular, que garantem a convivência pacífica, digna, livre e igualitária, independente de credo, raça, origem, cor, condição econômica ou status social. Sem os direitos fundamentais, o homem não vive, não convive, e, em alguns casos, não sobrevive.

A ideia de direitos inerentes ao ser humano não surgiu em um único momento, mas evoluiu ao longo de séculos, impulsionada por eventos marcantes. A exemplo, as revoluções industriais e as lutas sociais do século XIX, que revelaram que a liberdade por si só não garantia a dignidade, se não houvesse condições mínimas de existência.

Isso impulsionou a emergência dos direitos sociais, que podem ser vistos como a normatização das necessidades fundamentais da população, como exemplificado na Constituição de Weimar (Alemanha, 1919), considerada a primeira constituição a prever expressamente um amplo rol de direitos sociais, econômicos e culturais — como o direito ao trabalho, à seguridade social e à moradia.

Cite-se, também, o Tratado de Versalhes (1919), que, embora fosse um tratado de paz, incluiu princípios de justiça social e direitos trabalhistas, ao reconhecer que a paz mundial também dependia da justiça social. Destaca-se, ainda, a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Após as Guerras Mundiais, veio a Carta das Nações Unidas (1945), que criou a ONU com o objetivo central de promover a paz e a cooperação internacional, incluindo a promoção e o respeito aos direitos humanos. Em seguida, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, 1948) foi um marco divisor. Embora não seja um tratado com força vinculante imediata, ela universalizou os direitos humanos, servindo de inspiração para inúmeras constituições e tratados, abrangendo tanto direitos civis e políticos quanto sociais, econômicos e culturais, afirmando que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Os Pactos Internacionais de Direitos Humanos (1966), dois tratados cruciais, decorrentes da DUDH - o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP) e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) - deram força de lei internacional a muitos dos direitos da DUDH, estabelecendo mecanismos de monitoramento, os quais influenciaram de forma muito evidente as constituições pós-guerras, como a Constituição Federal Brasileira de 1988.

2.2. Direitos Fundamentais no Brasil

A trajetória dos Direitos Fundamentais no Brasil é um reflexo direto das lutas sociais e das profundas transformações políticas que moldaram nossa nação. Diferente de outros países onde sua incorporação constitucional foi mais precoce e robusta, no contexto brasileiro, a consolidação desses direitos foi um processo gradual, muitas vezes marcado por avanços e retrocessos (SILVA, 2020).

Historicamente, as primeiras constituições brasileiras, a exemplo da Constituição Imperial de 1824, já apresentavam algumas garantias individuais. Essas previsões eram nitidamente inspiradas pelo liberalismo europeu, assegurando direitos como a liberdade e a propriedade. Contudo, é fundamental notar que tais garantias eram inerentemente limitadas, convivendo com regimes autoritários e, em especial, com a chocante realidade da escravidão, que contradizia a essência dos ideais de liberdade então proclamados (BARROSO, 2009). As influências de

constituições estrangeiras, como a francesa e a americana, foram marcantes nesse período inicial, sobretudo no que se refere às liberdades civis.

A partir do século XX, e em consonância com o avanço das constituições sociais pelo mundo (que incorporaram os direitos, focada na igualdade e nas demandas sociais), o Brasil começou a integrar direitos de cunho trabalhista e previdenciário em suas Cartas Magnas. A Constituição de 1934 é amplamente reconhecida como um marco nesse sentido, por introduzir inovações sociais significativas, embora sua vigência tenha sido efêmera. Infelizmente, períodos de autoritarismo, como o Estado Novo (1937-1945) e o Regime Militar (1964-1985), representaram sérios retrocessos, com a sistemática suspensão de garantias fundamentais e a perseguição política, demonstrando a fragilidade dos direitos em contextos ditatoriais (MORAES, 2020).

A verdadeira e profunda virada no reconhecimento e proteção dos Direitos Fundamentais veio com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88). Conhecida popularmente como a "Constituição Cidadã" — um termo consagrado por Ulisses Guimarães, seu principal articulador —, ela representa o grande marco democrático e de direitos no país. Nascida de um amplo e participativo processo após longos anos de ditadura, a CF/88 buscou romper com o passado autoritário e edificar um verdadeiro Estado Democrático de Direito. Sua estrutura e a amplitude do rol de direitos refletem a forte influência de documentos internacionais cruciais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH de 1948) e os Pactos Internacionais de Direitos Humanos de 1966. Essa influência é tão marcante que o § 3º do Art. 5º da CF/88 estabelece que tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos aprovados em rito especial possuem status de Emenda Constitucional, conferindo-lhes grande força em nosso ordenamento jurídico (BARROSO, 2009).

O cerne da proteção desses direitos está consolidado no Título II da Constituição, intitulado "Dos Direitos e Garantias Fundamentais", que se desdobra em capítulos essenciais. O Capítulo I, "Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos" (Art. 5º), reafirma as liberdades clássicas e os direitos de defesa contra a intervenção estatal, protegendo a esfera de autonomia do indivíduo. Nele estão explicitadas garantias fundamentais como o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à

segurança e à propriedade, além das liberdades de expressão, de associação, a inviolabilidade do domicílio e o sigilo de correspondência, entre outros (BRASIL, 1988).

Já o Capítulo II, "Dos Direitos Sociais" (Art. 6º ao 11), constitui o pilar dos direitos fundamentais no Brasil, demandando uma atuação proativa e positiva do Estado para sua concretização. O Art. 6º é particularmente emblemático, pois lista um conjunto de direitos essenciais que visam assegurar uma vida digna a todos. Este rol inclui a educação, fundamental para o desenvolvimento pessoal e a plena cidadania; a saúde, abordada detalhadamente em outros dispositivos constitucionais, mas já ali reconhecida como direito básico; o trabalho, com garantias como salário mínimo e jornada justa; a moradia, adicionada por emenda constitucional como um direito essencial para a dignidade humana; o lazer, crucial para o bem-estar e qualidade de vida; a segurança, tanto em sua dimensão pública quanto social; a previdência social, que assegura cobertura em eventos como doença ou aposentadoria; a proteção à maternidade e à infância, com direitos específicos para esses grupos vulneráveis; a assistência aos desamparados, para quem não possui meios de prover a própria subsistência; e, mais recentemente, a alimentação e o transporte, ambos adicionados por emendas à Constituição, reforçando o compromisso com a vida e o acesso universal a outros direitos e serviços (SILVA, 2020; BRASIL, 1988).

No entanto, a existência desses direitos garantidos na Constituição e sua efetivação na prática configuram duas realidades frequentemente distintas. Embora a Constituição de 1988 represente um avanço legal extraordinário, sua implementação plena e sua eficácia social dependem criticamente de recursos adequados, de uma gestão pública eficiente e, fundamentalmente, da pressão e participação contínua da sociedade. Essa lacuna entre o direito formal e o direito material, especialmente em áreas como saúde, educação, transporte e segurança, tem sido um dos principais motes das demandas sociais no cenário pós-Constituição (BARROSO, 2009).

2.3. Direito à saúde e a importância da atenção primária para o bem-estar da população

O direito fundamental à saúde no Brasil constitui um dos pilares da dignidade humana e representa um dos mais significativos avanços sociais de nossa história recente. Sua consolidação — desde as primeiras previsões legais até a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) — foi resultado de intensas lutas sociais e da valiosa participação da sociedade civil.

A preocupação com a saúde pública, no âmbito legislativo, remonta ao período imperial e às primeiras décadas da República. No entanto, até meados do século XX, a saúde era tratada predominantemente sob uma ótica sanitarista — focada no controle de epidemias — e curativa — centrada no tratamento das doenças. A assistência individual, por sua vez, estava, em grande parte, restrita aos trabalhadores formais, vinculada à lógica da previdência social.

As Constituições anteriores à de 1988 traziam referências pontuais à saúde como direito. A Carta de 1934 representou um avanço ao atribuir à União a competência para legislar sobre "saúde e assistência pública". Já a Constituição de 1946 fortaleceu essa visão ao propor uma "rede nacional de hospitais e dispensários" e inserir a seguridade social como direito. Ainda assim, o modelo vigente era fragmentado, excludente e marcado por desigualdades, com a assistência à saúde sendo oferecida por diferentes instituições e modelos, como os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) (HAMILTON; FONSECA, 2003).

A verdadeira transformação conceitual e política sobre o direito à saúde no país ganhou força entre o final da década de 1970 e o início dos anos 1980, com o surgimento do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Composto por intelectuais, profissionais de saúde, sindicalistas e movimentos sociais, esse coletivo questionava o modelo vigente, defendendo uma saúde pública, universal e igualitária — direito de todos e dever do Estado.

O ápice desse movimento foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, que se consolidou como um marco divisor na história da saúde pública brasileira. Sob o lema "Saúde e Democracia", o evento reuniu milhares de participantes de todas as regiões do país, em um debate profundamente

democrático. Suas deliberações foram revolucionárias, estabelecendo as bases para um novo modelo de atenção à saúde, que defendia sua universalidade, a criação de um sistema único, a participação social e um financiamento adequado.

As propostas da 8ª Conferência foram levadas à Assembleia Nacional Constituinte e, graças à intensa mobilização da sociedade e ao engajamento de parlamentares comprometidos com a causa, foram incorporadas ao texto da Constituição Federal de 1988. É no artigo 196 que a saúde é consagrada como um direito universal e dever do Estado, nos seguintes termos: “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.”

Essa previsão constitucional, inovadora e abrangente, deu origem ao SUS — um dos maiores e mais complexos sistemas públicos de saúde do mundo é, indiscutivelmente, uma das maiores conquistas da sociedade brasileira desde o processo de redemocratização², por se consolidar como a política pública mais inclusiva do país nas últimas décadas.

A estrutura e o funcionamento do SUS foram regulamentados pela Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que define sua organização e seus princípios norteadores. Esses princípios são fundamentais para compreender como o direito à saúde deve ser concretizado na prática:

- **Universalidade:** assegura que todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes no país tenham acesso aos serviços de saúde, sem qualquer forma de discriminação. O SUS é, portanto, um sistema para todos³.

² A redemocratização no Brasil foi o processo de retorno à democracia e às liberdades civis após a Ditadura Militar (1964-1985). Caracterizou-se por uma transição gradual, que incluiu a Lei da Anistia (1979), a campanha Diretas Já (1983-1984) e a promulgação da Constituição de 1988, marcando o fim de um período autoritário e o restabelecimento do Estado Democrático de Direito.

Fonte: SENADO FEDERAL. *A redemocratização em dez atos*. Brasília, DF: Senado Federal, 2025. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2025/03/a-redemocratizacao-em-dez-atos>. Acesso em: 15 jun. 2025.

³ **BRASIL.** Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. **Art. 7º, inciso I.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 18 jun. 2025.

- **Integralidade:** estabelece que o cuidado em saúde deve ser completo, contínuo e abrangente, contemplando desde a promoção e prevenção até o tratamento, a reabilitação, os cuidados paliativos e a vigilância em saúde. Isso inclui consultas, exames, cirurgias, medicamentos e procedimentos de alta complexidade⁴.
- **Equidade:** reconhece que diferentes pessoas possuem diferentes necessidades, cabendo ao Estado investir mais onde houver maior vulnerabilidade, com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais e regionais no acesso à saúde.
- **Descentralização:** distribui a gestão e a execução dos serviços entre União, Estados e, principalmente, Municípios⁵, permitindo que as decisões sejam tomadas mais próximas da população, adaptadas às realidades locais⁶.
- **Hierarquização:** organiza os serviços de saúde em níveis de complexidade, onde a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial. A APS resolve a maior parte dos problemas de saúde, encaminhando os casos que exigem mais recursos para os níveis secundário e terciário⁷.
- **Participação Social:** assegura que a população tenha voz na formulação, no controle e na fiscalização das políticas públicas de saúde, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde⁸, instrumentos fundamentais da democracia participativa no SUS⁹.

⁴ Ibidem, p. 18. art. 6º, inciso II.

⁵ Ibid., art. 7º, inciso IX, alínea “a”.

⁶ Ibid., art. 7º, inciso IX.

⁷ Ibid., art. 7º, inciso IX, alínea “b”.

⁸ **BRASIL.** Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990. **Art. 1º, inciso I.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 15 jun. 2025.

⁹ **BRASIL.** Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. **Art. 7º, inciso VIII.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 jun. 2025.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde assume um papel estratégico, sendo a principal porta de entrada do cidadão no SUS e o eixo central de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Responsável por resolver grande parte das demandas em saúde, a APS tem foco na prevenção, no cuidado integral e na promoção da saúde.

Atualmente, a organização da APS está delineada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 2.436/2017, que orienta sua estruturação e operacionalização, tendo como modelo prioritário a Estratégia Saúde da Família (ESF). A PNAB define as atribuições dos municípios na oferta de ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos¹⁰. Também estabelece princípios como o acolhimento, a vinculação do usuário a uma equipe e território definidos e a busca pela resolutividade dos problemas de saúde. Outras políticas setoriais complementam a PNAB, ampliando a capacidade do SUS de atender às diferentes necessidades da população.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a experiência acumulada na implementação da APS demonstra que, para alcançar os resultados esperados, é fundamental fortalecer esse nível de atenção, ampliando sua capacidade de resposta e tornando-o o principal articulador da rede de serviços de saúde (BRASIL, 2014a).

Contudo, apesar da previsão expressa no texto constitucional e da plena vigência desses direitos, na prática eles nem sempre se materializam de forma eficaz. Isso ocorre, sobretudo, devido às limitações estruturais do Estado brasileiro, que frequentemente se mostra incapaz de garantir toda a infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos necessária para a plena efetivação desse direito fundamental.

¹⁰ **BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 set. 2017. **Art. 10.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 jun. 2025.

2.4. Sub-financiamento dos Municípios na garantia do direito à saúde

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) acontece de forma tripartite, compartilhado entre a União, Estados e Municípios, conforme a Constituição Federal, em seu artigo 198, §1º, que estabelece que o SUS será financiado nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social dos entes federados, além de outras fontes.

O §2º do artigo 198, incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000, e alterado posteriormente pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015, assim como os parágrafos seguintes, foram cruciais para estabelecer os percentuais mínimos de aplicação de recursos em saúde por parte de cada esfera de governo, visando a garantir um financiamento adequado e vinculado à receita dos entes federativos. Para a União, o valor mínimo foi estabelecido com base no montante aplicado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB)¹¹. Em relação aos demais entes federativos, para os Estados e o Distrito Federal, estabeleceu-se o mínimo de 12% da arrecadação dos impostos estaduais¹² e, para os Municípios, no mínimo 15% da arrecadação de seus impostos¹³.

Posteriormente, a Emenda Constitucional nº 86, de 2015 (EC 86/2015), instituiu o orçamento impositivo para as emendas parlamentares individuais¹⁴, tornando obrigatória sua execução até o limite de 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União, sendo que metade desse percentual deve ser destinado às ações e serviços públicos de saúde. Antes da EC 86/2015, a execução dessas emendas era discricionária, ou seja, o Poder Executivo não era obrigado a liberá-las. A Emenda

¹¹ **BRASIL.** Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Acrescenta § 3º ao art. 198 da Constituição Federal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 set. 2000. **Art. 77, inciso I, alíneas “a” e “b”.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 15 jun. 2025.

¹² Ibid., art. 77, inciso II.

¹³ Ibid., art. 77, inciso III.

¹⁴ O Orçamento Impositivo para as emendas parlamentares individuais é um mecanismo que garante que uma parte específica do orçamento público, proposta pelos deputados federais e senadores individualmente, seja obrigatoriamente executada pelo Poder Executivo.

SENADO FEDERAL. Consultoria de Orçamento, Fiscalização e Controle. *Orçamento em discussão: o orçamento impositivo das emendas individuais: disposições da Emenda Constitucional nº 86/2015 e da LDO 2015*. 16. ed. Brasília, DF: Senado Federal, 2015. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/documentos/estudos/tipos-de-estudos/orcamento-em-discussao/edicao-16-2015-o-orcamento-impositivo-das-emendas-individuais-disposicoes-da-emenda-constitucional-no-86-de-2015-e-da-ldo-2015/view>. Acesso em: 18 jun. 2025.

Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022, alterou o §11 do artigo 166 da Constituição Federal, elevando o percentual do orçamento impositivo para as emendas parlamentares individuais de 1,2% para 2% da RCL do ano anterior, mantendo a exigência de que metade desse valor seja destinada à saúde.

Em 2016, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95/2016), conhecida como “Emenda do Teto de Gastos”, que instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, com vigência prevista para vinte anos (até 2036). A emenda teve impactos profundos no financiamento de todas as áreas sociais, incluindo a saúde. Seu principal objetivo foi limitar o crescimento das despesas primárias da União à correção pela inflação do ano anterior (medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA). Isso significava que, a partir de 2017, o valor total das despesas federais não poderia crescer acima da inflação do ano anterior.

Para o SUS (e também para a educação), a EC 95/2016 revogou a regra de cálculo do piso mínimo que havia sido estabelecida pelo artigo 2º da EC 86/2015, que previa o escalonamento até 15% da RCL para a União. Com a EC 95/2016, o valor mínimo a ser aplicado em saúde pela União passou a ser o valor aplicado no ano anterior, corrigido apenas pela inflação.

Na prática, o teto de gastos significou um congelamento das despesas federais em termos reais, ou seja, sem considerar o crescimento populacional, o envelhecimento da população, a incorporação de novas tecnologias e o aumento da demanda por serviços de saúde.

Após dez anos de vigência (a partir de 2027), o Presidente da República poderia propor uma revisão do método de correção dos limites, mas apenas uma vez por mandato presidencial.

A EC 95/2016 foi amplamente criticada por especialistas em saúde pública e economistas, que alertaram para o risco de subfinanciamento do SUS. O sistema, que já enfrentava desafios de financiamento, teve seu orçamento federal atrelado a um limite que não acompanha o aumento da demanda e das necessidades de saúde da população. Além disso, reduziu a flexibilidade do Executivo para alocar recursos

de acordo com as necessidades emergentes, uma vez que o limite geral de gastos prevalecia.

O congelamento real de despesas levantou preocupações sobre a capacidade do SUS de manter e expandir a qualidade e o acesso aos serviços de saúde ao longo do tempo.

A EC 95/2016 foi alvo de diversas Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs) no Supremo Tribunal Federal (STF)¹⁵. O principal argumento dessas ações é que a emenda viola cláusulas pétreas da Constituição Federal, especialmente o direito social à saúde (art. 196) e a proibição do retrocesso social.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) apoiou as ADIs no STF contra a EC 95/2016, atuando como *amicus curiae* (colaborador), argumentando que a emenda coloca em risco a sustentabilidade do SUS e seu papel constitucional. Há a compreensão de que a EC 95 representa um “estado de coisas inconstitucional” no financiamento do SUS (CNS, 2020)¹⁶.

A pandemia de COVID-19 expôs a fragilidade do sistema de saúde sob o regime do teto de gastos. A necessidade de investimentos urgentes para leitos de UTI, equipamentos, vacinas e pessoal de saúde esbarrou nos limites orçamentários

¹⁵ Exemplos de ações diretas de inconstitucionalidade (ADIs) contra a Emenda Constitucional nº 95/2016:

ADI 5658, ajuizada pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), que questiona dispositivos da emenda e pede interpretação conforme a Constituição para o artigo 107 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), argumentando que a EC 95/2016 afeta investimentos em áreas essenciais como saúde e educação.

ADI 5680, ajuizada pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), que sustenta que a EC 95/2016 afronta preceitos constitucionais, altera profundamente os pactos jurídico-políticos do Estado brasileiro e atinge cláusulas pétreas, provocando aumento da desigualdade e impactos negativos na saúde, assistência social e educação.

ADI 5715, ajuizada pelo Partido dos Trabalhadores (PT), que pede a suspensão antecipada da norma e, no mérito, sua inconstitucionalidade, visando evitar “lesão de difícil reparação à sociedade brasileira”.

Fonte: SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. *Ações Diretas de Inconstitucionalidade – ADI 5658, ADI 5680 e ADI 5715*. Brasília, DF. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=439861&ori=1>. Acesso em: 14 jun. 2025.

¹⁶ **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)**. Pandemia: petição do CNS solicita que STF insira colaboração do controle social na saúde em ações contra EC 95. Brasília, DF, 13 abr. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/abril/pandemia-peticao-d-o-cns-solicita-que-stf-insira-colaboracao-do-controle-social-na-saude-em-aco-es-contr-a-ec-95>. Acesso em: 14 jun. 2025.

impostos pela emenda, exigindo a aprovação de “orçamentos de guerra” para contornar o teto.

As ADIs contra a EC 95/2016 não foram julgadas no mérito pelo Plenário do STF. Algumas delas tiveram pedidos de informações e diligências, e houve intensa mobilização por parte de entidades da sociedade civil para que o julgamento ocorresse¹⁷.

A questão do teto de gastos, no entanto, foi central nos debates políticos subsequentes e levou à sua revogação tácita com a aprovação de um novo arcabouço fiscal: a Lei Complementar nº 200/2023 (LC 200/2023), que substituiu o regime estabelecido pela EC 95/2016. Embora a EC 95/2016 não tenha sido formalmente revogada em sua totalidade no texto constitucional, sua regra principal de controle de gastos foi superada pelo novo regime fiscal.

A LC 200/2023 é vista como um avanço em relação à EC 95/2016, pois permite que as despesas em áreas como saúde e educação cresçam acima da simples correção inflacionária, vinculadas ao desempenho da receita. Isso, potencialmente, abre espaço para maiores investimentos no SUS, acompanhando as demandas da população.

No entanto, ainda é uma regra fiscal que impõe limites e busca o equilíbrio das contas públicas, não significando um “cheque em branco” para gastos. O desafio é garantir que o crescimento permitido seja suficiente para atender às crescentes necessidades sociais.

Dessa forma, os mecanismos de financiamento para a promoção da saúde, com valores monetários insuficientes e inúmeras exigências e contrapartidas obrigatórias, têm sido apontados como problemas cotidianos pelos gestores de saúde.

Segundo Mendes e Marques:

¹⁷ **SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL.** *Ações Diretas de Inconstitucionalidade – ADI 5658, ADI 5680 e ADI 5715.* Brasília, DF. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=439861&ori=1>. Acesso em: 14 jun. 2025.

A disputa por recursos financeiros para uma política universal da saúde no Brasil se tornou muito mais intensa a partir do final dos anos 1980. Se há algum tempo atrás ainda se tinha a crise fiscal e financeira do Estado desenvolvimentista brasileiro como o principal obstáculo à saúde pública, atualmente o principal inimigo é o grande capital financeiro e seus efeitos no corte dos recursos para a área social, em geral, e para a saúde, em particular (Mendes e Marques, 2009, p. 842).

Portanto, urge a necessidade de reverter o quadro de subfinanciamento que tem caracterizado a saúde pública nas últimas décadas e consolidar formas inovadoras de financiamento, que visem ao crescimento da rede pautado no compromisso social.

3. AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS (PPP)

3.1. As origens das Parcerias Público-Privadas (PPP)

A gestão pública no Brasil, assim como em diversas partes do mundo, passou por significativas transformações ao longo do tempo, influenciada por modelos administrativos e pela busca constante por eficiência na prestação de serviços essenciais à população. Essa evolução do Direito Administrativo como ramo autônomo, responsável por disciplinar a Administração Pública, ganhou ainda mais relevância no cenário pós-Segunda Guerra Mundial, que impôs a necessidade de sua constitucionalização e, conseqüentemente, uma regulamentação constitucional da própria Administração Pública (BARROSO, 2009).

No contexto brasileiro, a semente de uma administração pública mais estruturada começou a ser lançada em meados de 1937, com o início do Estado Novo, implementado por Getúlio Vargas. Esse período marca um passo inicial em direção ao que viria a ser o Estado Social de Direito no Brasil, com a instauração de estudos que levariam à criação do Departamento Administrativo do Serviço Público – DASP¹⁸. Dessa forma, o Estado Brasileiro implementou a administração pública burocrática moderna, que tinha como pilares a clara separação entre o público e o privado, bem como entre o político e o administrador. Esse modelo burocrático encontrava seu fundamento de legitimidade na sociologia de Max Weber (PEREIRA, 2006). A reforma administrativa de Vargas, embora impositiva e autoritária devido ao regime político da época, inseriu-se na conjuntura de consolidação dos princípios basilares do Estado de Bem-Estar Social no Brasil (DIAS, 2003).

Contudo, a partir do primeiro mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso, um novo capítulo na gestão pública brasileira começou a ser escrito com a criação do Programa de Reforma do Estado. O objetivo era implementar e debater a teoria gerencial da Administração Pública, que se distanciava dos ideais burocráticos. Essa nova abordagem mirava o controle de resultados, a eficiência, a

¹⁸ A principal responsabilidade do Departamento Administrativo do Serviço Público – DASP era planejar, coordenar e controlar as atividades administrativas federais, desde a seleção de pessoal por mérito até a padronização de procedimentos e gestão orçamentária.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. *Burocracia e reforma do Estado no Brasil*. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 1105-1134, nov./dez. 2006.

descentralização, a produtividade e a qualidade do serviço público, bem como a redefinição do papel do servidor (DIAS, 2003). Influenciada por regimes como os dos Estados Unidos e da Inglaterra, que se baseavam no conceito de "Governo Empreendedor" para maximizar a produtividade e a eficiência, a Administração Pública brasileira buscou romper com os paradigmas burocráticos weberianos¹⁹ (PEREIRA, 2006). A culminância dessa reforma foi a Emenda Constitucional nº 19/98, que consagrou a implementação da Administração Pública Gerencial no Estado Brasileiro. Conforme as palavras de Luiz Carlos Bresser Pereira (2006, p. 252), essa mudança representou uma "verdadeira revolução gerencial em curso, que impõe a incorporação de novos referenciais para as políticas relacionadas com a administração pública, virtualmente enterrando as burocracias".

Diante desse novo cenário gerencial, o Estado buscou inspiração e instrumentos do direito privado para aprimorar seu desempenho. Essa renovada ligação do Direito Administrativo com o direito privado levou à evolução do conceito clássico de contrato administrativo, dando origem a novas "ferramentas" de parceria e colaboração entre os setores público e privado (GUIMARÃES, 2013). Essa mudança tornou-se imperativa devido à inexistência ou insuficiência de recursos públicos para atender à crescente necessidade de ampliação e desenvolvimento dos Estados, principalmente na execução de obras de infraestrutura, o que impulsionou o desenvolvimento de novos instrumentos de financiamento do setor público (GUIMARÃES, 2013).

Modernamente, as gestões governamentais assumem características e aspectos gerenciais que tendem às melhores práticas de governança, pautadas pela responsabilidade corporativa, prestação de contas, transparência e equidade na distribuição dos resultados. Essas iniciativas refletem a busca por um novo modelo, marcado pela privatização de bens e terceirização de serviços, visando atender às necessidades coletivas por meio de políticas públicas mais adequadas. A visão

¹⁹ Os paradigmas burocráticos weberianos, conforme explicado por Bresser-Pereira, descrevem um modelo de administração pública baseado na racionalidade legal. Caracteriza-se por uma hierarquia rígida, formalismo excessivo com foco em regras e procedimentos, impessoalidade nas decisões e profissionalização dos servidores. O objetivo central é garantir a precisão, previsibilidade e neutralidade na gestão, combatendo ineficiências e desvios por meio de um controle estrito dos processos.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. *Burocracia e reforma do Estado no Brasil*. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 1105-1134, nov./dez. 2006.

desse Estado Gerencial tem como foco a organização, supervisão e regulação das atividades, possibilitadas por alternativas de atuação amplamente discutidas nos âmbitos acadêmicos e profissionais, considerando a viabilidade política e o controle do déficit fiscal, com a repercussão necessária no consenso da sociedade.

A ideia das Parcerias Público-Privadas realmente se consolidou no Reino Unido no início da década de 1990, com a elaboração de programas de parceria entre o Estado e empresas privadas para solucionar o déficit público, que limitava o desenvolvimento. Outros países seguiram caminhos semelhantes, e o instituto jurídico da *Public Private Partnership* foi formalmente implementado pelo direito comunitário através do Pacto de Estabilidade e Crescimento (PEC), criado em 1997 pelo Tratado de Roma (GUIMARÃES, 2013).

No Brasil, as Parcerias Público-Privadas foram formalmente implementadas no ordenamento jurídico a partir do início dos anos 2000, como uma forma de viabilizar investimentos nas áreas de infraestrutura e impulsionar o crescimento do país. A instituição desse instrumento se deu em um cenário pós-desestatização, iniciado na década de 1980 com o Programa Nacional de Desestatização²⁰ (FORTINI, 2009). Nesse sentido, as PPPs já haviam sido empregadas em outros países (como Portugal, França e Itália), conjugando o controle estatal sobre a atuação privada e afastando-se, contudo, do modelo tradicional de concessão comum, onde os riscos eram predominantemente do parceiro privado (FORTINI, 2009).

A Lei Federal nº 11.079/2004 instituiu as normas gerais para licitação e contratação de PPPs, surgindo como uma tentativa do poder público e iniciativa privada dividirem os custos com a implantação de infraestruturas, somando esforços e capacidades. Essa colaboração é vital para a realização de obras e serviços para os quais o poder público, isoladamente, não dispõe de recursos suficientes, e onde

²⁰O Programa Nacional de Desestatização (PND), conforme Fortini (2009), foi uma política governamental brasileira iniciada na década de 1980 e intensificada nos anos 1990, com o objetivo de reduzir a participação do Estado na economia. Por meio de privatizações e concessões de empresas e serviços públicos, o PND buscava atrair investimentos privados, aliviar a dívida pública e aumentar a eficiência dos setores antes controlados pelo Estado. Esse movimento de desestatização abriu caminho para a posterior implementação de novos modelos de parceria, como as PPPs.

FORTINI, Cristina Maria Carvalho. *Parcerias na Administração Pública: concessões, permissões, autorizações, terceirizações, organizações sociais, organizações da sociedade civil de interesse público, serviços sociais autônomos e parcerias público-privadas.* Belo Horizonte: Fórum, 2009.

os empreendimentos, por sua natureza, não seriam capazes de proporcionar ao particular um retorno que permita a completa amortização do capital investido. A ideia de introduzir as PPPs no Brasil foi formalmente cogitada pelo projeto de lei que tramitou por cerca de um ano no Congresso, sendo sancionado em 30 de dezembro de 2004.

Com a sanção da Lei alguns questionamentos apareceram, e um preceito legal crucial que amenizou as preocupações com a irresponsabilidade fiscal nas PPPs é o art. 22 da Lei nº 11.079/2004. Esse dispositivo limita a celebração de contratos pela União, exigindo que a soma das despesas de caráter continuado derivadas do conjunto das parcerias já contratadas não exceda, no ano anterior, a 1% da receita corrente líquida do exercício, e que as despesas anuais dos contratos vigentes nos dez anos subsequentes também não excedam 1% da receita corrente líquida projetada. Essa medida visa a reduzir os riscos de incapacidade de pagamentos futuros. Além disso, o art. 28 da mesma Lei impede a concessão de garantias e o repasse de transferências voluntárias da União para Estados, Municípios e Distrito Federal caso esses entes não cumpram limites semelhantes, reforçando o controle fiscal de forma indireta.

Outro aspecto que exige análise cuidadosa na implantação da PPP é a questão da contabilidade dos contratos. Uma das justificativas para a PPP é a possibilidade de viabilizar investimentos em infraestrutura sem impactos imediatos sobre o endividamento público. Diferentemente da execução de obra pública tradicional (regida pela Lei nº 14.133/2021), onde a despesa é registrada no momento da execução, as PPPs são orçadas e registradas ao longo do tempo, diluindo o montante de recursos necessários por vários anos (podendo chegar a trinta e cinco anos). Embora isso alivie o impacto orçamentário presente, gera o questionamento de que governantes podem assumir pesados compromissos futuros, projetando para as próximas gerações o ônus do pagamento, caracterizando as PPPs como uma forma de realizar despesa sem dispor, no presente, de recursos orçamentários.

Mesmo após a implementação do Estado Gerencial e a criação da lei geral das PPPs, o Estado Brasileiro utilizou pouco essa modalidade contratual para grandes obras de infraestrutura. Contudo, nos últimos anos, o cenário mudou

significativamente, e diversos entes da administração pública iniciaram estudos e contratações via Parcerias Público-Privadas. Essa tendência reflete a busca do Estado por soluções no setor privado para aprimorar a aplicação e efetividade dos direitos e garantias fundamentais presentes na Constituição de 1988.

Segundo dados do portal "Radar PPP", o Brasil conta hoje com mais de 5.800 iniciativas de Parcerias Público-Privadas (PPP) e concessões em sua plataforma. Destas, 1.036 estão ativas, em diferentes estágios de maturidade, desde a manifestação pública de interesse até a conclusão do processo licitatório²¹. Esses números demonstram a grande demanda dos órgãos públicos por essa modalidade para atender às necessidades da população.

Antes da implantação de uma PPP, é necessário percorrer uma série de etapas cruciais, que começam com uma pesquisa aprofundada sobre os princípios que fundamentam a elaboração do projeto. Entre os estudos técnicos essenciais, destacam-se a mensuração e projeção da demanda, o projeto operacional, os indicadores de desempenho e o programa de investimentos. Além disso, é fundamental um levantamento detalhado das vantagens econômicas para o público, dos planos e do modelo econômico-financeiro, do modelo de negócio, da estrutura de financiamento e da análise de riscos. Igualmente relevantes são os estudos jurídicos e a modelagem jurídica, que servirão de base para a elaboração do edital e do contrato (Portugal & Prado, 2007). Para garantir a transparência em todo o processo, é essencial dar ampla publicidade às documentações e aos estudos desenvolvidos ao longo da construção do projeto.

Dessa forma, as PPPs têm se consolidado como uma estratégia jurídica cada vez mais utilizada, devido às especificidades de suas duas modalidades principais: a concessão administrativa e a concessão patrocinada, que iremos abordar a seguir, que muitas vezes propiciam a melhor solução para a disponibilização e prestação de serviços públicos de qualidade à população.

²¹ Dados extraídos do Radar de Projetos, que reúne informações sobre projetos de concessões e parcerias público-privadas no Brasil, atualizados diariamente.

RADAR PPP. *Radar de Projetos.* Disponível em: <https://radarppp.com/conteudos-iradarppp/iradarppp-analise-de-abril-de-2025/>. Acesso em: 15 jun. 2025.

3.2. Os Tipos de Parcerias Público-Privadas (PPP)

No Brasil, a Lei Federal nº 11.079/2004 estabelece as normas gerais para licitação e contratação de PPP, definindo duas modalidades principais: a Concessão Patrocinada e a Concessão Administrativa. A escolha do tipo de PPP depende da natureza do serviço e da forma de remuneração do parceiro privado.

Concessão Patrocinada

A concessão patrocinada é uma modalidade de concessão de serviços ou obras públicas que, além da tarifa cobrada dos usuários, envolve uma contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado. Essa é a principal distinção em relação à concessão comum (regulamentada pela Lei nº 8.987/1995), onde a remuneração do concessionário provém primariamente das tarifas pagas pelos usuários (eventualmente complementadas por receitas acessórias, mas sem pagamentos pecuniários diretos da Administração Pública). Nas concessões patrocinadas, o poder público complementa a receita da empresa privada. Essa complementação pode ser fundamental para viabilizar projetos de grande porte ou de alto risco, onde a tarifa por si só não seria suficiente para amortizar os investimentos e garantir a lucratividade esperada pelo parceiro privado (ENEI, 2007).

A Lei nº 11.079/2004 complementa a Lei de Concessões nessas situações. É importante notar que a contraprestação da Administração Pública só ocorre após a efetiva disponibilização do serviço ou da parcela utilizável, ou seja, não há pagamentos antes que a despesa seja liquidada. No entanto, a lei permite que a Administração estabeleça pagamentos à medida que as etapas concluídas possam ser utilizadas, mesmo que isso implique um maior aporte inicial de recursos por parte do parceiro privado antes do recebimento integral pelos serviços (GUIMARÃES, 2013). Para que a concessão patrocinada seja implementada, e caso mais de 70% da remuneração do parceiro privado seja paga pela Administração Pública, é necessária uma autorização legislativa específica²². Essa exigência busca

²² **BRASIL.** Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 2004. **Art. 10, § 3º.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/111079.htm. Acesso em: 15 jun. 2025.

evitar que o Estado assuma a maior parte do ônus financeiro sem o devido escrutínio e consentimento do Poder Legislativo, garantindo maior responsabilidade fiscal.

Exemplos notáveis de concessões patrocinadas incluem a construção e operação de linhas de metrô e vias expressas, onde o parceiro privado recebe parte da tarifa e uma contraprestação significativa do Estado para equilibrar os altos investimentos e riscos. No saneamento básico, essa modalidade permite a universalização de serviços em áreas de baixa renda, com o Estado complementando as tarifas para garantir a sustentabilidade do projeto. Embora menos frequente que a concessão administrativa, hospitais e grandes complexos de saúde podem ser contemplados. Nesses casos, parte da receita pode vir de convênios ou procedimentos específicos (como estacionamento, cafeterias, etc.), mas a maior parte da remuneração do parceiro privado viria da contraprestação pública, dada a gratuidade do acesso ao serviço de saúde no SUS. Além disso, projetos de iluminação pública em municípios também utilizam a concessão patrocinada, combinando a tarifa de iluminação com a contrapartida municipal, demonstrando a versatilidade dessa PPP em diferentes setores essenciais.

Concessão Administrativa

A concessão administrativa é o contrato de prestação de serviços em que a Administração Pública é a usuária direta ou indireta, e a remuneração integral ao parceiro privado é feita exclusivamente pelo Poder Público. Esse tipo de ajuste pode ser exemplificado pela construção e funcionamento de um presídio, onde o Estado é o usuário principal e paga pelo serviço (DI PIETRO, 2022). Nesse modelo, a iniciativa privada assume a execução material da atividade, enquanto o Estado mantém a responsabilidade pelo serviço em si.

Para Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2022), a concessão administrativa é uma forma de "terceirização da gestão do serviço", podendo ou não envolver obra, fornecimento e instalação de bens. Ela destaca que essa modalidade não se confunde com a simples terceirização de mão de obra, fornecimento de equipamentos ou execução única de obra pública, que são expressamente vedadas pela Lei nº 11.079/2004 (Art. 2º, § 4º, III). O objeto da concessão administrativa

abrange a prestação de serviços públicos onde a administração seja usuária direta (serviços prestados diretamente e remunerados pelo Estado) ou indireta (serviços prestados aos cidadãos, mas remunerados pelo Estado) (GUIMARÃES, 2013).

A concessão administrativa não existia antes da Lei nº 11.079/2004. Antes, a obtenção de serviços pela Administração era feita via contratos de serviços da Lei de Licitações (Lei nº 8.666/1993), com regras mais rígidas sobre o modo de prestação, remuneração mensal por custo (não por resultado), e prazos máximos de cinco anos, sem financiamento da operação pelo contratado. Com a PPP de concessão administrativa, há maior autonomia de gestão para o parceiro privado, que pode detalhar os meios e assume obrigações de resultado, alinhando-se à ideia de uma administração pública mais focada nos fins do que nos meios (GARCIA, 2018). A remuneração pode ser vinculada à qualidade e performance dos serviços, fomentando a eficiência²³.

Exemplos de atividades que podem ser objeto de concessão administrativa incluem serviços públicos econômicos onde não há cobrança de tarifas dos usuários (como rodovias em regiões de baixa renda), serviços públicos sociais (como saúde e educação pública, devido à gratuidade imposta pela Constituição, Art. 196 e Art. 206, IV), atividades preparatórias ou de apoio ao poder de polícia (como hotelaria em presídios) e atividades internas da Administração (como creches para servidores públicos) (ARAGÃO, 2006).

3.3. O interesse empresarial na parceria com a Administração Pública

Para atrair o interesse empresarial nas parcerias, a Lei nº 11.079/2004 permite que o Poder Público ofereça garantias às obrigações pecuniárias assumidas. Isso pode ocorrer por meio de vinculação de receitas, utilização de fundos especiais (como o Fundo Garantidor de Parcerias Público-Privadas – FGP em âmbito federal), contratação de seguro-garantia, garantias de organismos

²³ **BRASIL.** Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 2004. **Art. 4º, inciso I; art. 6º, parágrafo único.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/111079.htm. Acesso em: 15 jun. 2025.

internacionais ou instituições financeiras, entre outros mecanismos (Art. 8º da Lei nº 11.079/2004). Essas garantias tornam o investimento mais seguro para o parceiro privado (BERTO, 2012; FARQUHARSON & ELLIS, 2010), atraindo empresas consolidadas e impactando positivamente o valor das propostas, dada a redução do risco de inadimplemento. Além disso, a lei adota como diretriz fundamental a repartição objetiva de riscos entre as partes, sendo uma cláusula obrigatória do contrato a previsão do compartilhamento de riscos, inclusive os referentes a caso fortuito, força maior, fato do príncipe e álea econômica extraordinária (Art. 4º, VI e Art. 5º, III, da Lei nº 11.079/2004). Essa partilha de riscos, que não existe expressamente prevista nas legislações que regulam as concessões comuns e os contratos administrativos em geral, é fundamental para reduzir o valor dos contratos e viabilizar os projetos.

3.4. As vantagens da PPP para a administração pública

As Parcerias Público-Privadas emergem como um instrumento estratégico vital para a Administração Pública, especialmente no cenário brasileiro, onde os desafios de investimento em infraestrutura e aprimoramento dos serviços públicos são constantes. Elas não são uma solução para todas as demandas, mas representam uma alternativa quando os modelos tradicionais se mostram insuficientes. Conforme o professor Roberto Caldas (2011, p. 188), as PPPs no Brasil possuem um caráter excepcional e subsidiário, surgindo quando os meios convencionais não atraem o interesse privado devido a baixas taxas de retorno ou altos riscos, e os recursos públicos são limitados. Por essa razão, as PPPs são uma estratégia jurídica eficaz para atrair investimentos privados para empreendimentos públicos, visando à prestação de serviços de qualidade.

A Lei Federal nº 11.079/2004 delineia as características distintivas das PPPs, tornando-as especialmente vantajosas para o setor público. Um dos principais diferenciais é a garantia e segurança financeira oferecida ao parceiro privado: diferentemente de outras modalidades, a contraprestação pecuniária é garantida e assumida pelo Estado, o que reduz significativamente os riscos tarifários, de demanda e de mercado (ENEI, 2007). Essa segurança jurídica e econômica confere

maior viabilidade aos projetos e atrai investidores com propostas mais competitivas, o que, por sua vez, tende a reduzir o custo final para a administração pública. Além disso, os contratos de longa duração, que podem variar entre 5 e 35 anos (RIBEIRO; PRADO, 2007; Portugal & Prado, 2007), possibilitam o escalonamento dos pagamentos públicos ao longo do tempo. Essa diluição é particularmente estratégica em projetos de grande porte, nos quais o parceiro privado assume o investimento inicial, e o pagamento pelo ente público só se inicia após a efetiva disponibilização da obra ou serviço (Lei nº 11.079/2004, Art. 7º), evitando desembolsos imediatos expressivos.

Outro aspecto inovador previsto na legislação é a vinculação da remuneração ao desempenho e à qualidade dos serviços prestados. De acordo com o Artigo 6º, § 1º da Lei nº 11.079/2004, o pagamento ao parceiro privado pode variar conforme indicadores de desempenho previamente definidos em contrato. Essa lógica incentiva o aprimoramento contínuo dos processos, do corpo técnico, das ferramentas e das tecnologias utilizadas, estimulando um padrão elevado de excelência durante toda a vigência contratual (ENEI, 2007). Esse modelo está alinhado ao princípio britânico do “Valor pelo Dinheiro” (*Value for Money*), que busca equilibrar custo e qualidade, promovendo ganhos de eficiência, inovação e sustentabilidade nas contratações públicas.

As PPPs são vistas como um caminho para otimizar a performance dos setores público e privado (MEDICI, 2011), aliviando a estrutura estatal da gestão de serviços complexos e permitindo que o setor público se concentre em suas funções essenciais de organização, supervisão e regulação. Conforme apontado pelo atual Ministro da Fazenda, Fernando Haddad, que tem defendido publicamente as Parcerias Público-Privadas como ferramentas cruciais para o desenvolvimento do Brasil. Segundo Haddad, há uma “ansiedade” por investimentos de longo prazo que o mercado de capital privado nem sempre consegue suprir, demandando a participação do Estado por meio das PPPs para viabilizar esses projetos, especialmente em infraestrutura. Essa perspectiva reforça a importância das PPPs como um caminho fundamental para investimentos que o setor privado, sozinho, não alcançaria (HADDAD, 2022).

4. O PAPEL DA PPP NA GARANTIA DE DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

4.1. A utilização da PPP como alternativa viável na promoção à saúde no município

No contexto da aplicação do Direito à Saúde, a PPP na modalidade de concessão administrativa se apresenta como a modalidade adequada para a oferta de serviços de atenção primária. Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2022) afirma que, para serviços sociais, como a saúde, a concessão administrativa é uma forma viável de delegação.

Uma das vantagens cruciais da concessão administrativa na saúde é a rapidez do processo de gestão e execução do serviço. É possível realizar um único processo licitatório que contemple a construção da infraestrutura, a gestão e a execução do serviço público de saúde. Além disso, no caso da saúde, não haverá qualquer contraprestação pecuniária por parte do usuário do SUS, sendo a remuneração do parceiro privado de responsabilidade exclusiva do Poder Concedente. Isso permite a viabilização de investimentos essenciais sem onerar diretamente o cidadão no ponto de uso do serviço.

Em um cenário onde a demanda por saúde é crescente e os recursos são limitados, a PPP representa uma solução para que municípios possam ampliar a cobertura da saúde, modernizar suas instalações e qualificar a prestação de serviços.

4.2. Exemplo de PPP de concessão administrativa na saúde

No contexto da concessão administrativa, que é integralmente remunerada pelo Poder Público, destacam-se projetos emblemáticos que demonstram resultados positivos para a população.

O Hospital do Subúrbio (HS), localizado em Periperi, Salvador (BA), destaca-se como a primeira unidade hospitalar pública do Brasil a operar por meio de uma Parceria Público-Privada. Inaugurado em 2010, o HS preencheu uma lacuna

de 20 anos na criação de novos hospitais de urgência e emergência na Região Metropolitana de Salvador, tornando-se um hospital geral estadual, de perfil de urgência e emergência para adultos e crianças, sob gestão privada. A gestão, operação e aparelhamento do HS estão sob o comando da Prodal Saúde S.A., vencedora de uma licitação na modalidade de concessão administrativa. Este contrato, com duração de 10 anos (prorrogáveis), prevê a reversão de todos os bens ao Governo do Estado da Bahia ao final da concessão²⁴.

É crucial entender que a PPP não incluiu a construção do hospital. As obras civis, que custaram R\$ 54 (cinquenta e quatro) milhões de reais, foram um investimento direto do Governo do Estado da Bahia via concorrência tradicional. A PPP foi pensada, portanto, como uma alternativa para a gestão e operação do equipamento já construído. A concessionária, por sua vez, investiu cerca de R\$ 36 (trinta e seis) milhões de reais para equipar e iniciar a operação dos serviços, incluindo modernos equipamentos de bioimagem e análises clínicas. O contrato de gestão e operação do HS, por 10 anos, tem um valor de R\$ 1.035.000.000,00 (um bilhão, trinta e cinco milhões de reais)²⁵.

Apesar desse valor total, a parceria é constantemente monitorada por um comitê com representantes da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) e auditores independentes, que acompanham os serviços realizados de forma quantitativa e qualitativa do hospital, garantindo a qualidade e a eficiência do serviço prestado gratuitamente aos usuários do SUS. O sucesso do HS é evidenciado por quatro prêmios internacionais, incluindo o reconhecimento da KPMG International Cooperative como um dos 100 melhores projetos de infraestrutura pública global e o Prêmio do Serviço Público das Nações Unidas (UNPSA) em 2015²⁶.

Ainda sobre as PPPs na Bahia, o estado, desde 2015, opera a primeira PPP de Diagnóstico por Imagem do Brasil, um projeto com investimento de R\$ 120 (cento e vinte) milhões de reais que visa a melhorar a qualidade do atendimento em 11

²⁴ **HOSPITAL DO SUBÚRBIO.** Informações institucionais. Salvador, BA. Disponível em: <https://www.hospitaldosuburbio.com.br>. Acesso em: 16 jun. 2025.

²⁵ **RADAR PPP.** *Caso prático: formação em PPPs – Hospital do Subúrbio da Bahia.* São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.radarppp.com/wp-content/uploads/201511-casos-praticos-formacao-em-ppps-hospital-do-suburbio-ba.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2025.

²⁶ **HOSPITAL DO SUBÚRBIO.** op. cit.

(onze) unidades de bioimagem em hospitais estaduais. Complementarmente, o Instituto Couto Maia (ICOM), inaugurado em 2018, representa a segunda experiência de PPP hospitalar na Bahia. Vencedora da licitação para construção e administração, a concessionária Couto Maia S/A investiu na construção e no fornecimento de equipamentos, móveis e veículos, sendo responsável por serviços de apoio como alimentação, manutenção e segurança, enquanto a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) mantém a gestão direta de todas as atividades assistenciais ao paciente²⁷.

Um outro exemplo relevante de parceria público-privada na área da saúde é a Rede de Atenção Primária de Belo Horizonte (BH), a primeira do país voltada para a atenção primária, implantada em 2019. Essa PPP abrange a gestão dos serviços não assistenciais de 48 centros de saúde já em funcionamento, com contrato no valor de R\$ 2.040.128.053,92 (dois bilhões, quarenta milhões, cento e vinte e oito mil, cinquenta e três reais e noventa e dois centavos). O escopo inclui a construção, equipagem e operação dos serviços não assistenciais, além da entrega, até o final de 2025, de 11 novos centros de saúde, do Centro de Materiais e Esterilização (CME) e do Laboratório Central, ampliando a estrutura prevista no contrato²⁸.

A PPP de Qualificação da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte serviu como referência para o projeto da PPP de Atenção Primária do Recife, que realizou visita técnica à capital mineira para conhecer o modelo de gestão adotado²⁹. Esses exemplos demonstram como a concessão administrativa se mostra especialmente adequada para serviços públicos em que não é viável a cobrança direta de tarifas, como na saúde pública, uma vez que o Estado assume o papel de usuário direto ou indireto do serviço, garantindo a gratuidade e o acesso universal à população.

²⁷ **BAHIA.** Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Informações sobre Parceria Público-Privada do Hospital do Subúrbio. Salvador, BA. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/ppp/pppicom/>. Acesso em: 16 jun. 2025.

²⁸ **BELO HORIZONTE.** Prefeitura de Belo Horizonte. Atenção Primária em Parcerias Público-Privadas. Belo Horizonte, MG. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/transparencia/acoes-e-programas/parcerias-publico-privadas/atencao-primaria>. Acesso em: 16 jun. 2025.

²⁹ **BELO HORIZONTE.** Prefeitura de Belo Horizonte. Prefeituras de Recife e Salvador visitam PBH para aproximar políticas públicas. Belo Horizonte, MG. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/prefeituras-de-recife-e-salvador-visitam-pbh-para-aproximar-politicas-publicas>. Acesso em: 16 jun. 2025.

5. A IMPLANTAÇÃO DA PPP NA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RECIFE

5.1. Regulamentação das Parcerias Público-Privadas no Recife

Como já mencionado, a legislação brasileira que regulamenta as licitações e contratações de Parcerias Público-Privadas é representada pela Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Essa Lei estabelece normas gerais para todos os entes federativos e diretrizes específicas aplicáveis ao Governo Federal, que são normas especiais, incluindo a instituição do Fundo Garantidor e a criação do Comitê Gestor de Parcerias Público-Privadas (CGP), com a finalidade de monitorar os contratos de PPP³⁰.

No âmbito do município do Recife, além da legislação federal mencionada, os contratos de Parcerias Público-Privadas são regulamentados pela Lei nº 17.856, de 1º de janeiro de 2013, que institui o Programa Municipal de PPP, abrangendo todos os órgãos da administração direta, de qualquer dos Poderes do Município. Complementarmente, a Lei nº 18.824, de 30 de agosto de 2021, dispõe sobre o regime das concessões e permissões de serviços públicos municipais, alterando dispositivos da Lei nº 17.856/2013. Essa norma, em seu artigo 26, cria o Conselho Gestor de Parcerias Estratégicas do Recife (CGPar), cujas atribuições são regulamentadas pelo Decreto Municipal nº 34.912, de 13 de setembro de 2021. Além disso, os contratos também devem obedecer à Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos (Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021), à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 — que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) —, às disposições da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000), bem como às demais normas aplicáveis, especialmente aquelas previstas no edital e seus anexos.

Ao CGPar, atribuem-se as competências de definir os serviços prioritários para execução no regime de parceria público-privada; disciplinar os procedimentos para celebração dos contratos de parceria público-privada; autorizar a abertura de

³⁰ **BRASIL. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004.** Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2004. **Art. 14 e 22.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/111079.htm. Acesso em: 15 jun. 2025.

procedimentos licitatórios e aprovar os instrumentos convocatórios; e, apreciar os relatórios de execução dos contratos.

Compete à Secretaria Executiva de Parcerias Estratégicas da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano e Licenciamento (SEPE/SEDUL), a implementação do Programa Municipal de PPP, regulamentada pelas Leis Municipais nº 17.856/2013 e 18.884/2021, como exemplo as ações de comunicação de abertura de Consulta Pública, a realização de Audiência Pública.

5.2. O Município do Recife, a Atenção Primária e a Implantação da PPP na Saúde

Para compreender o projeto de oferta de serviços de atenção primária à saúde no município do Recife, viabilizado por meio de uma Parceria Público-Privada, é fundamental considerar tanto a organização administrativa e territorial da cidade quanto a estrutura de prestação dos serviços de saúde sob responsabilidade da gestão municipal. Essa estrutura segue os princípios e diretrizes estabelecidos pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), bem como pelo Decreto nº 7.508/2011, que a regulamenta e trata da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), do planejamento, da assistência à saúde e da articulação interfederativa.

O município do Recife tem uma composição territorial diversificada, caracterizada por morros, planícies, áreas aquáticas e Zonas Especiais de Preservação Ambiental. A cidade está dividida em 94 bairros, aglutinados em 6 (seis) Regiões Político-Administrativas (RPA). À cada Região Político-Administrativa corresponde uma sede regional, onde são instaladas as unidades administrativas desconcentradas dos diferentes órgãos da Prefeitura da Cidade do Recife - PCR³¹ (RECIFE, 2024).

³¹ **RECIFE. Lei nº 16.293, de 03 de fevereiro de 1997.** Dispõe sobre as Regiões Político-Administrativas do Município do Recife e dá outras providências. **Diário Oficial do Município do Recife**, Recife, PE, 04 fev. 1997. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pe/r/recife/lei-ordinaria/1997/1630/16293/lei-ordinaria-n-16293-1997-dis-poe-sobre-as-regioes-politico-administrativas-do-municipio-do-recife-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 16 jun. 2025.

O município atua de forma descentralizada, tanto em sua gestão administrativa — por meio das RPAs — quanto na implementação das políticas de saúde, conforme estabelece a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198. Esse artigo tem sua compreensão sobre a descentralização da oferta dos serviços de saúde regulamentada pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990³², respeitando os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Decreto nº 7.508/2011, que estabelece um novo arranjo para a descentralização, definindo que a oferta de serviços permanecerá organizada em níveis crescentes de complexidade em unidades geográficas específicas e para usuários definidos, mas com a prestação de ações e serviços de saúde organizados a partir de regiões de saúde.

A legislação brasileira estabelece que os municípios são os gestores e executores dos serviços de atenção primária à saúde, conforme estipulado no artigo 18, da lei federal 8.080/1990, a qual especifica a atenção primária como a porta de entrada preferencial do SUS. Na Portaria Ministerial nº 2.436/2017, de Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estão detalhadas as diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária, incluindo a Estratégia da Família (ESF)³³. A Portaria define as responsabilidades dos municípios na oferta de ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos, acolhimento, vinculação e descrição dos usuários a equipes e territórios definidos. A União e os Estados atuam com a responsabilidade de

³² **BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 16 jun. 2025.

³³ A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é regulamentada por uma série de legislações e normativas, sendo a mais importante a Portaria GM/MS nº 2.436/2017, a que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A ESF é o modelo prioritário de organização da Atenção Primária à Saúde, a qual reorienta a forma como a saúde é prestada, saindo de um modelo focado na doença e no hospital para um modelo centrado na pessoa, na família e na comunidade. As ESFs são compostas de equipes multiprofissionais, como Médico de Família e Comunidade, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde e equipe de saúde bucal (Cirurgião-Dentista e Técnico de Saúde Bucal), que atuam em um território delimitado, em um número específico de família (população adscrita). **BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Edição Extra, n. 182-A, p. 68-76, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 19 jun. 2025.

coordenação, financiamento complementar, formulação de políticas nacionais e apoio técnico aos municípios.

A Rede de Atenção Primária à Saúde do Município do Recife é composta por 08 (oito) Distritos Sanitários e cerca de 300 serviços de saúde, sendo desses 137 (cento e trinta e sete) Unidades de Saúde da Família (USF), contando com 370 (trezentos e setenta) Equipes de Saúde da Família e 20 (vinte) Unidades Básicas Tradicionais (UBT), para atender os 1.488.920 habitantes distribuídos ao longo 218,5 km² de extensão geográfica do Recife³⁴, correspondendo a 76,8% (setenta e seis vírgula oito por cento) da cobertura da atenção primária no município³⁵ (RECIFE, 2024).

Os estudos para a implantação da Parceria Público-Privada na área da saúde do Município do Recife estão sendo realizados em parceria com a iniciativa Participação do Setor Privado em Infraestrutura Social (PSPInfra)³⁶, entidade composta pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), International Finance Corporation (IFC) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), sob a co-liderança do IFC e do BNDES, e com o gerenciamento da Secretaria Executiva de Parcerias Estratégicas (SEPE/SEDUL). O projeto é dividido em quatro etapas de entrega, com intervalo de doze meses entre cada uma³⁷. A primeira etapa contempla a conclusão de 10 (dez) Unidades de Saúde da Família (USF); a segunda, mais 10 (dez) USF; a terceira, outras 10 (dez); e a quarta, e última, 11 (onze) USF, totalizando 41 (quarenta e uma) unidades³⁸ (RECIFE, 2023).

³⁴ **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).** Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 16 jun. 2025.

³⁵ **RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife. II Relatório Detalhado Quadrimestre Anterior (RDQA).** Recife, PE, 2024. Disponível em: https://transparencia.recife.pe.gov.br/uploads/pdf/II%20Relat%C3%B3rio%20Detalhado%20Quadrimestral%202024_fa89fc5c8bcbff62a879c4170b361748.pdf. Acesso em: 19 mar. 2025.

³⁶ A PSPInfra tem como propósito contribuir para o desenvolvimento da infraestrutura no Brasil, unindo o potencial dos governos à tecnologia e expertise do setor privado, para a estruturação de PPPs (parcerias público-privadas) e concessões. **BNDES. Apresentação Institucional PSPInfra.** [S. l.]: BNDES, 2021. Disponível em: https://hubdeprojetos.bndes.gov.br/export/sites/default/cms/anexos-livres/Apresentacao-Institucional_PSPInfra_2021.pdf. Acesso em: 19 mar. 2025.

³⁷ Até o mês de junho de 2025, data de elaboração desta monografia, não havia sido divulgado pelo Município do Recife um cronograma das fases do projeto de implantação da PPP na saúde, nem a previsão para a conclusão de suas etapas.

³⁸ **RECIFE. Recife Parcerias, Concessões e PPPs.** Recife, PE. Disponível em: <https://parcerias.recife.pe.gov.br>. Acesso em: 19 mar. 2025.

A implantação da PPP na modalidade concessão administrativa tem como objetivo a modernização, expansão, operação e manutenção da atenção primária no Recife, com a construção, gestão, operação, conservação e manutenção de 41 (quarenta e um) Unidades de Saúde da família, com estrutura de alocar 127 (cento e vinte sete) Equipes de Saúde da Família e 127 (cento e vinte sete) Equipes de Saúde Bucal, pelo prazo de 20 (vinte) a 25 (vinte e cinco) anos³⁹. Com a implantação da PPP na saúde do Município do Recife, a pretensão é de alcançar 100% (cem por cento) da meta de cobertura de saúde primária à população⁴⁰ (RECIFE, 2023).

O projeto tem como principal objetivo a ampliação da capacidade do município na cobertura de saúde primária, elevando o índice de 76,8% (setenta e seis vírgula oito por cento) para 100% (cem por cento) da cobertura. Em seu escopo, estão previstos os investimentos em CAPEX⁴¹ e OPEX⁴², que abrangem demolição e adequação de terrenos, obras civis e projetos, mobiliário, equipamentos clínicos, tecnologia da informação, energia limpa e operação dos serviços não assistenciais das Unidades de Saúde.

Entre os serviços não assistenciais, incluem-se: gestão de utilidades (água e energia elétrica), lavanderia e rouparia, help desk/service desk⁴³, manutenção predial e conservação, recepção, manutenção de equipamentos médicos, seguros e garantias, limpeza, gestão de resíduos, jardinagem, dedetização e vigilância predial.

³⁹ Projeto e o site de parcerias do município, coloca em seu escopo 20 anos. No entanto, a minuta do Edital do projeto, também disponibilizada no mesmo site, informa o prazo de 25 anos. **RECIFE. Portal de Parcerias Público-Privadas.** Recife, PE. Disponível em: <https://parcerias.recife.pe.gov.br>. Acesso em: 19 jun. 2025.

⁴⁰ Informações sobre o objetivo da implantação da PPP de alcançar 100% (cem por cento) de cobertura da atenção primária à saúde da população do Município do Recife, disponibilizadas no Portal de Parcerias Público-Privadas. Ibid. **RECIFE. Portal de Parcerias Público-Privadas.**

⁴¹ O CAPEX (Capital Expenditure), ou despesa de capital, refere-se aos gastos de uma empresa com a aquisição, melhoria ou manutenção de ativos de longo prazo, como imóveis, equipamentos, maquinaria e tecnologia. **XP INVESTIMENTOS. Opex e Capex.** [S. l.]: XP Investimentos. Disponível em:

<https://conteudos.xpi.com.br/aprenda-a-investir/relatorios/opex-e-capex/#:~:text=E%20o%20que%20%C3%A9%20Capex,op%C3%A7%C3%B5es%20para%20o%20seu%20neg%C3%B3cio!>. Acesso em: 11 jun. 2025.

⁴² O OPEX (Operational Expenditure), ou despesas operacionais, refere-se aos custos contínuos necessários para manter as operações de uma empresa. Ibid. **XP INVESTIMENTOS. Opex e Capex.**

⁴³ O help desk geralmente se concentra em resolver problemas técnicos de TI de menor complexidade, como redefinição de senha ou instalação de software, enquanto o service desk lida com problemas mais complexos e tem uma abordagem mais estratégica e proativa, focando na gestão de serviços de TI e na experiência do cliente. **ZENDESK. Service Desk x Help Desk.** [S. l.]: Zendesk. Disponível em: <https://www.zendesk.com.br/blog/service-desk-x-help-desk/>. Acesso em: 11 jun. 2025.

Essa estrutura dará suporte ao alcance da cobertura integral da atenção primária à saúde para toda a população do município.

5.3. A discussão sobre a implantação da PPP no Município do Recife

O projeto de implantação da oferta de serviços de atenção primária à saúde no município do Recife consolidou, ao longo de sua trajetória, uma ampla discussão com órgãos fiscalizadores e a sociedade civil. Foi realizada uma audiência pública, por meio de videoconferência, no dia 07/11/2023, proporcionando aos participantes a oportunidade de tirar dúvidas e contribuir com o processo. Além disso, foi promovida uma consulta pública entre os dias 09/10/2023 e 28/11/2023, na qual as contribuições puderam ser enviadas por escrito, por meio de endereço eletrônico disponibilizado pelo Município. Todas as manifestações recebidas, acompanhadas das respectivas respostas e considerações do Município, devem ser publicadas no site oficial da Prefeitura destinado à divulgação de informações sobre parcerias, concessões e PPPs, antes da abertura do processo licitatório (RECIFE, 2023).

Em Reunião Extraordinária, realizada no dia 14 de dezembro de 2023, foi analisada a proposta de implantação da PPP pelo Conselho Municipal de Saúde do Recife (CMS-Recife), que foi aprovada, por unanimidade dos conselheiros, através da Resolução nº032, de dezembro de 2023, publicada em Diário Oficial do Município⁴⁴.

Tal procedimento é necessário tendo em vista a competência do CMS-Recife, em apreciar previamente os contratos e convênios firmados entre o setor público e as entidades privadas, conforme a Lei Municipal Nº 15.773, de 18 de junho de 1993⁴⁵, que institui o CMS-Recife, o qual tem o objetivo de representar a sociedade

⁴⁴ **RECIFE. Conselho Municipal de Saúde do Recife. Resolução nº 032, de 14 de dezembro de 2023.** Aprova o projeto de concessão da Parceria Público-Privada (PPP), na modalidade bata cinza, para a Atenção Primária à Saúde (APS) no Recife. **Diário Oficial do Município do Recife**, Recife, PE, Edição n. 166, 21 dez. 2023. Disponível em: <https://dome.recife.pe.gov.br/dome//pdfviewer.php>. Acesso em: 19 jun. 2025.

⁴⁵ **RECIFE. Lei nº 15.773, de 18 de junho de 1993.** Institui o Conselho Municipal de Saúde, define o objetivo da Conferência Municipal de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial do Município do Recife**, Recife, PE, 19 jun. 1993. Art. 2º, inciso XI. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/pe/r/recife/lei-ordinaria/1993/1578/15773/lei-ordinaria-n-15773-1993-i>

civil na formulação e fiscalização de políticas de saúde no Município, sendo um órgão permanente e de composição paritária. São 48 conselheiros divididos entre usuários do SUS Recife (50%), trabalhadores da saúde (25%) e gestores/prestadores da Secretaria Municipal de Saúde (25%). Integrante da estrutura básica da Secretaria de Saúde do Recife, o CMS-Recife é responsável pela fiscalização, propositura e deliberação sobre as políticas públicas de saúde do município⁴⁶.

No dia 19 de fevereiro de 2024, foi realizada, de forma presencial, uma nova audiência pública na Câmara Municipal do Recife para discutir a implantação da PPP na área da saúde do município. A iniciativa partiu do vereador Tadeu Calheiros (Podemos), que conduziu o debate. Durante a sessão, surgiram questionamentos sobre uma possível privatização da prestação dos serviços de saúde no Recife. Em resposta, a equipe técnica da Prefeitura do Recife reforçou que o modelo adotado é o de concessão administrativa, o qual não abrange a prestação de serviços médicos, que continuará sendo de responsabilidade direta do Município⁴⁷.

Portanto, diante de um assunto que levanta muitos questionamentos em especial por ensejar a discussão sobre a suposta privatização da saúde pública, uma ampla discussão sobre o tema se faz necessário para que os objetivos da concessão administrativa sejam aceitos pela usuários do SUS e dirimidas todas as dúvidas sobre a continuidade de oferecimento dos serviços de saúde de forma gratuita.

5.4. O projeto de implantação das PPP na cidade do Recife e suas etapas

O projeto de implantação da PPP na saúde do Município do Recife foi amplamente discutido com a sociedade civil, através de audiências públicas, em

nstitui-o-conselho-municipal-de-saude-define-o-objetivo-da-conferencia-municipal-de-saude-e-da-outras-providencias-1993-06-18-versao-original. Acesso em: 19 mar. 2025.

⁴⁶ Ibidem, p. 44. Artigos 2º e 4º.

⁴⁷ **RECIFE. Câmara Municipal do Recife. Projeto de PPP na Atenção Primária é debatido na Câmara do Recife.** Recife, PE, fev. 2024. Disponível em: <https://www.recife.pe.leg.br/comunicacao/noticias/2024/02/projeto-de-ppp-na-atencao-primaria-e-debatido-na-camara-do-recife>. Acesso em: 19 mar. 2025.

atendimento ao artigo 21, da Lei nº 14.133/21, consulta pública, conforme ao artigo 10, inciso VI, da Lei Federal de PPP nº 11.079/2004 e ao artigo 22, inciso X, da Lei Municipal de PPP nº 17.856/2013, e apreciação do Conselho Municipal de Saúde do Recife, atendendo o Inciso XI, do artigo 2º, da Lei Municipal nº 15.773/93, e apresentado aos potenciais licitantes interessados, como forma de sanar dúvidas referentes às minutas editalícias e contratuais⁴⁸, por meio das reuniões virtuais de ROADSHOW⁴⁹.

A contratação de parceria público-privada, para o projeto de ampliação da cobertura da saúde da família no Recife, será precedida de licitação na modalidade de Concorrência internacional, com o critério de julgamento de menor valor de contraprestação mensal máxima, a ser pago pelo poder concedente à concessionária⁵⁰.

O contrato de PPP evidenciará, no entanto, características próprias, conforme expressas na Lei nº 11.079/2004, a exemplo da possibilidade de inversão das fases de habilitação e julgamento — procedimento que será adotado pela Prefeitura da Cidade do Recife (PCR), realizando primeiro o julgamento e, em seguida, a habilitação da vencedora.

No que se refere à concorrência, a Lei nº 14.133/2021 trouxe alterações em relação às regras anteriormente previstas na Lei nº 8.666/1993. A título de exemplo, introduziu o Diálogo Competitivo como nova modalidade de licitação aplicável às contratações de parcerias público-privadas — embora essa não seja a modalidade escolhida pela PCR.

A minuta do edital e seus anexos foram disponibilizados no Portal Eletrônico de Parcerias do Município, em outubro de 2023, contendo as diretrizes relativas ao processo de contratação da PPP, com o objetivo de receber contribuições da

⁴⁸ **RECIFE. Recife Parcerias, Concessões e PPPs.** Recife, PE. Disponível em: <https://parcerias.recife.pe.gov.br>. Acesso em: 19 mar. 2025.

⁴⁹ Roadshow, também conhecido como evento itinerante, é uma estratégia de marketing que permite promover uma marca ou produto em diferentes pontos geográficos. **ANTANDER OPEN ACADEMY. Roadshow: significado e definição.** [S. l.]: Santander Open Academy. Disponível em: https://www.santanderopenacademy.com/pt_br/blog/roadshow.html#:~:text=de%20marketing%20original,-,Roadshow:%20significado%20e%20defini%C3%A7%C3%A3o,de%20tour%20por%20diferentes%20cidades.. Acesso em: 21 mar. 2025.

⁵⁰ Minuta de Edital disponibilizada em **Recife Parcerias, Concessões e PPPs**. op. cit.

sociedade civil durante a consulta pública, visando ao aprimoramento dos documentos que compõem o edital da proposta⁵¹. Embora se trate de uma versão preliminar, ainda sem informações definitivas, como datas, cronogramas e valores, e com alguns anexos contendo apenas tópicos, o documento já define o objeto da contratação: a delegação, por meio de concessão administrativa, dos serviços de apoio e infraestrutura à operação da Rede de Atenção Primária à Saúde do Município. A minuta é composta por 16 anexos, incluindo modelos de termos, declarações a serem apresentadas pelos proponentes, minuta do contrato e cronograma da licitação.

Até o mês de junho de 2025⁵², o projeto de implantação da PPP da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR) ainda se encontra na fase de demonstração da legalidade e regularidade do instrumento convocatório, do contrato, das despesas decorrentes e de sua execução, junto ao Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE) e aos órgãos de controle interno. Esses órgãos são responsáveis por averiguar a adequação dos gastos contratuais e a conformidade dos documentos apresentados, nos termos do inciso III do artigo 169 da Lei nº 14.133/2021⁵³.

Após o cumprimento de todos os trâmites técnicos e legais, o processo culminará na publicação do edital. Em seguida, terá início o processo licitatório, nos termos da Lei nº 14.133/2021.

A primeira diretriz da minuta do edital foi estabelecer, como objeto, que o parceiro privado será responsável pelos serviços não assistenciais de apoio, tais como: gestão de utilidades, lavanderia e rouparia, help desk/service desk, manutenção predial e conservação, recepção, manutenção de equipamentos médicos, seguros e garantias, limpeza, gestão de resíduos, jardinagem, dedetização, vigilância predial, além da infraestrutura. Ou seja, a concessionária não será responsável pela gestão das atividades-fim de saúde.

⁵¹ Ibidem, p. 46. **Recife Parcerias, Concessões e PPPs.**

⁵² Foi considerado o marco temporal o momento de escrita desta monografia.

⁵³ **BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.** Lei de Licitações e Contratos Administrativos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 abr. 2021. **Art. 169.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14133.htm. Acesso em: 19 mar. 2025.

De acordo com o artigo 199, § 1º, da Constituição Federal de 1988, os serviços de "assistência à saúde" podem ser delegados à iniciativa privada apenas quando o Poder Público não tiver capacidade de prestá-los diretamente. Essa atuação deve ocorrer de forma complementar, e não como subcontratado, delegado ou concessionário do serviço público (Constituição, 1988).

É importante destacar que os serviços não assistenciais incluídos no escopo do edital já são prestados por empresas terceirizadas a PCR. A unificação desses serviços em um único contrato visa aprimorar a eficiência operacional, gerar ganhos de escala e reduzir custos.

Conforme mencionado acima, a licitação será realizada na modalidade concorrência internacional, permitindo a participação de pessoas jurídicas brasileiras e estrangeiras que atendam aos requisitos estabelecidos no edital. O critério de julgamento será o de menor valor da contraprestação mensal a ser paga pela Administração Pública, conforme previsto na alínea b do inciso II do art. 12 da Lei n. 11.079/2004. Esse critério busca garantir a contratação mais vantajosa, sem comprometer-se com a exigência de qualificação.

O vencedor do certame deverá constituir uma Sociedade de Propósito Específico (SPE) antes da assinatura do contrato, conforme determina o artigo 9º da Lei nº 11.079/2004 e no inciso II do artigo 11 da Lei Municipal nº 17.856/2013. A fiscalização da concessão será realizada pelo Poder Público, com o apoio de um verificador independente, que terá acesso irrestrito às instalações e aos bancos de dados utilizados na execução do contrato. Além disso, o concessionário deverá fornecer relatórios detalhados sobre os serviços prestados, conforme previsto no edital e seus anexos, e, mensalmente, apresentar contratos e notas fiscais das atividades terceirizadas, comprovantes de pagamento de atraso e demais obrigações trabalhistas. Também será necessária a apresentação de demonstrativos contábeis e financeiros, acompanhada do relatório de uma empresa de auditoria independente, em conformidade com as exigências legais vigentes.

Os critérios para o cálculo da contraprestação são definidos por indicadores de desempenho, fórmulas e parâmetros de qualidade estabelecidos no edital e seus anexos. A vinculação do valor da contraprestação ao desempenho tem como

objetivo incentivar o parceiro privado a cumprir as obrigações contratuais, uma vez que seus pagamentos dependerão diretamente dos resultados alcançados. Dessa forma, caso as metas condicionais para cada indicador não sejam atingidas, o parceiro não receberá o valor integral da contraprestação.

5.5. Desafios da implantação da PPP no Município do Recife

A principal dificuldade do município do Recife, na implantação da PPP na área da saúde, será oferecer garantias reais (incorporadas nos contratos) aos investidores privados — o que representa uma das barreiras ao desenvolvimento da PPP, especialmente em projetos não autossustentáveis, ou seja, que dependem da alocação de recursos orçamentários de longo prazo, como é o caso deste na área da saúde. Essa dificuldade torna-se ainda mais evidente quando observamos os altos custos envolvidos na implantação da PPP.

O investimento inicial em CAPEX está estimado em R\$ 234,9 milhões (duzentos e trinta e quatro milhões e novecentos mil reais), distribuídos ao longo dos quatro primeiros anos, com um reinvestimento adicional de R\$ 83,2 milhões (oitenta e três milhões e duzentos mil reais) durante o período contratual, totalizando um investimento em CAPEX de R\$ 318,1 milhões (trezentos e dezoito milhões e cem mil reais).

O valor médio estimado para as despesas operacionais (OPEX) é de R\$ 28 milhões (vinte e oito milhões reais) por ano, dividido em duas etapas: a fase de transição, na qual os valores são escalonados de forma proporcional até o quinto ano, quando atingem o valor médio previsto; e a fase de operação plena, que se inicia no sexto ano e se mantém até o término do contrato⁵⁴.

Esses valores, no entanto, não contemplam os custos de reassentamento de terrenos ocupados, nem a aquisição ou desapropriação de áreas destinadas à

⁵⁴**BNDES. Recife Saúde.** [S. l.]: BNDES. Disponível em: <https://hubdeprojetos.bndes.gov.br/pt/projetos/Recife-Saude/34167cb5-5083-11ed-b658-0242ac11002b>. Acesso em: 11 jun. 2025.

construção das Unidades de Saúde — responsabilidades que ficarão a cargo do município.

O município não apresenta dados referentes aos gastos de custeio das unidades de saúde com recursos próprios como forma de demonstrar a vantajosidade econômica do alto investimento na implantação da PPP. Tampouco apresenta estudos sobre eventual falta de capacidade técnica para realizar o projeto por conta própria.

Como mencionado no início deste estudo, as unidades de saúde recebem custeio do Governo Federal para seu funcionamento, como forma de incentivo à oferta e ampliação dos serviços de atenção primária nos municípios. Esse aspecto deve ser considerado na análise dos gastos com a implantação da PPP no município do Recife, garantindo que as unidades de saúde a serem construídas atendam às exigências legais para receber o custeio pelo Ministério da Saúde — o que poderia reduzir o impacto financeiro do projeto.

Outra possibilidade de viabilização da PPP seria o credenciamento das novas unidades de saúde no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) do Governo Federal. O PAC prevê investimentos na construção de unidades de atenção primária, bem como na aquisição de equipamentos clínicos, com o objetivo de ampliar e qualificar a capacidade de atendimento dos serviços públicos de saúde⁵⁵.

Até o momento, não foram divulgadas, por parte do município do Recife, informações sobre a adoção dessas iniciativas como forma de viabilizar e reduzir os custos da implantação da PPP. No entanto, tratam-se de alternativas que poderiam agregar vantajosidade ao prosseguimento do projeto.

Para entender a relevância disso, basta observar os dados do próprio município. De acordo com o 6º (sexto) Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) de 2024, disponível no Portal da Transparência do Recife⁵⁶, a Secretaria de Saúde teve um gasto de R\$ 2.035.715.846,18 (dois bilhões, trinta e

⁵⁵ **BRASIL. Ministério da Saúde. Novo PAC Saúde.** Brasília, DF. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/novo-pac-saude>. Acesso em: 11 jun. 2025.

⁵⁶ **RECIFE. Portal da Transparência.** Recife, PE. Disponível em: <https://transparencia.recife.pe.gov.br//codigos/web/estaticos/estaticos.php?nat=DF#filho>. Acesso em: 12 jun. 2025.

cinco milhões, setecentos e quinze mil, oitocentos e quarenta e seis reais e dezoito centavos) no ano. Desse total, R\$ 33.121.427,48 (trinta e três milhões, cento e vinte e um mil, quatrocentos e vinte e sete reais e quarenta e oito centavos) ficaram como "restos a pagar" para o exercício seguinte.

Destaca-se que a dotação orçamentária inicial — orçamento planejado e previsto na Lei Orçamentária Anual do Município — para a saúde em 2024 era de R\$ 1.562.090.000,00 (um bilhão, quinhentos e sessenta e dois milhões e noventa mil reais), mas foi atualizada ao longo do ano, chegando a R\$ 2.203.571.549,77 (dois bilhões, duzentos e três milhões, quinhentos e setenta e um mil, quinhentos e quarenta e nove reais e setenta e sete centavos).

Para 2025, o orçamento previsto para a saúde é de R\$ 2.006.380.000,00 (dois bilhões, seis milhões e trezentos e oitenta mil reais), com uma dotação atualizada para R\$ 2.156.692.570,77 (dois bilhões, cento e cinquenta e seis milhões, seiscentos e noventa e dois mil, quinhentos e setenta reais e setenta e sete centavos). E já no primeiro quadrimestre, de acordo com o 2º (segundo) RREO de 2025, o município já empenhou despesas que somam R\$ 1.148.185.476,30 (um bilhão, cento e quarenta e oito milhões, cento e oitenta e cinco mil, quatrocentos e setenta e seis reais e trinta centavos), ou seja, mais da metade do total gasto em 2024.

Esses números mostram que a formalização do contrato da PPP trará um impacto financeiro significativo para o orçamento municipal, com base nos próprios demonstrativos de execução orçamentária. Os RREOs indicam, ainda, que em todos os anos, desde 2020, o município vem encerrando os exercícios com déficit orçamentário, com despesas sendo realocadas para o exercício subsequente como restos a pagar.

Os esforços do município para honrar seus compromissos com a implantação da PPP, diante da limitação dos gastos do setor público, podem ser difíceis, reforçando a necessidade de articulação e apoio dos demais entes federativos — como o Estado de Pernambuco e o Governo Federal — para garantir a disponibilidade dos recursos necessários, respeitando as obrigações previstas na Lei de Responsabilidade Fiscal.

Nesse contexto, uma alternativa complementar para viabilizar o desenvolvimento do projeto a longo prazo seria o refinamento dos regimes de controle de gastos do município, de modo a acomodar as parcerias. Além disso, torna-se necessário reavaliar o projeto com foco em torná-lo mais viável e econômico. No processo licitatório, por exemplo, poderia ser adotada a modalidade de diálogo competitivo, permitindo a negociação de soluções mais eficientes e sustentáveis entre a Administração Pública e os licitantes.

Ainda assim, considerando todo esse cenário de escassez de recursos disponíveis, a maior preocupação do município do Recife deve ser a de garantir o direito fundamental de sua população à saúde básica. Atualmente, 23,2%⁵⁷ dos cidadãos encontram-se sem assistência médica básica diretamente em sua comunidade. Por meio da PPP ou de outra alternativa, é obrigação do município oferecer atenção básica à saúde — e é direito do cidadão recifense recebê-la.

⁵⁷ O Município do Recife possui 76,8% de cobertura de atenção primária, de acordo com o II Relatório Detalhado Quadrimestre Anterior (RDQA), de 2024, da Secretaria de Saúde do Recife - instrumento de prestação de contas, monitoramento e acompanhamento dos instrumentos de gestão da Secretaria de Saúde do Recife. **RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife. II Relatório Detalhado Quadrimestre Anterior (RDQA).** Recife, PE, 2024. Disponível em: https://transparencia.recife.pe.gov.br/uploads/pdf/II%20Relat%C3%B3rio%20Detalhado%20Quadrimestral%202024_fa89fc5c8bcbff62a879c4170b361748.pdf. Acesso em: 19 mar. 2025.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso da evolução da administração pública brasileira, aliado à análise das Parcerias Público-Privadas (PPPs), revela um caminho promissor para aprimorar a oferta de serviços essenciais à população. A transição de um modelo burocrático rígido para uma gestão orientada por eficiência, resultados e qualidade abriu espaço para instrumentos inovadores como as PPPs. Nesse contexto, elas se consolidam como uma alternativa estratégica e viável para os municípios, especialmente diante da escassez de recursos públicos e da crescente demanda social.

As PPPs, em especial na modalidade de concessão administrativa, demonstram capacidade de mobilizar investimentos e incorporar a expertise do setor privado em projetos públicos. Essas parcerias são caracterizadas por elementos centrais, como a garantia de pagamento ao parceiro privado, a longa duração dos contratos e a remuneração atrelada ao desempenho e à qualidade dos serviços prestados. Esses atributos não apenas reduzem os riscos para o setor privado, tornando os projetos mais atrativos, como também incentivam a busca contínua por eficiência e inovação, com impactos diretos na melhoria dos serviços ofertados à população. Exemplos concretos, como o Hospital do Subúrbio e a PPP de Diagnóstico por Imagem na Bahia, além da PPP de Qualificação da Atenção Primária em Belo Horizonte, ilustram como essas parcerias podem transformar a infraestrutura e fortalecer os serviços públicos.

No entanto, embora a implementação da PPP de Atenção Primária no Recife vise a assegurar 100% de cobertura desse serviço à população, o projeto enfrenta desafios relevantes. O município precisará oferecer garantias robustas aos investidores, especialmente em contratos de natureza não autossustentável, que dependem de alocação orçamentária de longo prazo, como ocorre na saúde. O elevado custo de implantação suscita preocupações quanto à sustentabilidade financeira, agravadas pela ausência de estudos que comprovem a vantajosidade econômica da parceria em comparação ao modelo tradicional de custeio próprio das unidades. Além disso, não foram apresentados dados que evidenciem eventual

insuficiência de capacidade técnica da gestão municipal para executar diretamente esses serviços.

É essencial, portanto, reforçar que a adoção da PPP não representa uma solução universal, nem deve ser confundida com a privatização de direitos. No ordenamento jurídico brasileiro, sua aplicação é de natureza subsidiária e excepcional, recomendada quando os modelos convencionais se mostram inviáveis e os recursos públicos são insuficientes. O êxito desse tipo de parceria depende de um planejamento rigoroso, ancorado em estudos de viabilidade técnica, econômica e jurídica, além de exigir acompanhamento contínuo, fiscalização qualificada e total transparência. A adequada repartição de riscos e o respeito aos limites fiscais — como determinado pelo artigo 22 da Lei nº 11.079/2004 — são condições indispensáveis para garantir responsabilidade na gestão e proteção do interesse público.

Apesar dos desafios inerentes, como o subfinanciamento crônico e a necessidade de modernização da gestão pública, as PPPs despontam como um instrumento relevante para ampliar o acesso e a qualidade dos serviços de atenção primária, modernizar equipamentos e assegurar, de forma mais efetiva, o direito fundamental à saúde. Ao permitir que o Poder Público concentre seus esforços em atividades essenciais — como regulação, fiscalização e planejamento —, enquanto o setor privado assume funções de apoio, operação e infraestrutura, essas parcerias contribuem para materializar os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade. O debate sobre as PPPs, portanto, deve ir além de preconceitos ideológicos e focar em seu potencial como ferramenta estratégica para fortalecer a gestão pública e promover um Estado mais eficiente, justo e comprometido com as necessidades da população.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, Alexandre Santos de. **Delegações de Serviço Público. Interesse Público**, São Paulo, v. 8, n. 40, p. 122-123, nov./dez. 2006.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: Os Conceitos Fundamentais e a Construção do Novo Modelo**. São Paulo: Saraiva, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 mar. 2025.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 maio 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 19 mar. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 19 mar. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 fev. 1995. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8987cons.htm. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm. Acesso em: 19 mar. 2025.

CALDAS, Roberto Caldas. **Parcerias Público-Privadas**: Teoria, Prática e Regulação. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 35. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

ENEI, Cláudio. **As parcerias público-privadas no Brasil**. *Revista do BNDES*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 28, p. 113-146, dez. 2007.

FARQUHARSON, Edward; ELLIS, Vicki. **How to Engage with the Private Sector in Public-Private Partnerships in Emerging Markets**. Washington, D.C.: The World Bank, 2010.

FORTINI, Cristiana. **Contratos Administrativos: Franquia, Concessão, Permissão e PPP**. 2ª edição. São Paulo: Atlas, 2009.

GARCIA, Flávio Amaral. **Licitações e Contratos Administrativos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

GUIMARÃES, Fernando Vernalha. **PPP - Parceria Público Privada**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

HAMILTON, Wanda; FONSECA, Cristina. **Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953**. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 791-825, set./dez. 2003.

MEDICI, André Cezar. **As Parcerias Público-Privadas na Saúde: o caso do Hospital do Subúrbio (BA)**. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 20, n. 1 (41), p. 1-28, abr. 2011.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 36. ed. São Paulo: Atlas, 2020.

NeoFeed: **"Com Haddad, saem as privatizações e entram as parcerias com o setor privado"**. Publicado em 30 de dezembro de 2022. Disponível em: <https://neofeed.com.br/economia/com-haddad-saem-as-privatizacoes-e-entram-as-parcerias-com-o-setor-privado/>. Acesso em: 25 jun. 2025.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Burocracia e reforma do Estado no Brasil**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 1105-1134, nov./dez. 2006.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA DA PREFEITURA DO RECIFE (Brasil). **Transparência Recife**. [Recife, PE]: Prefeitura da Cidade do Recife, 2024. Disponível em: <http://transparencia.recife.pe.gov.br/codigos/web/geral/home.php>. Acesso em: 19 mar. 2025.

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

PORTUGAL, Pedro; PRADO, Luiz Guilherme. **Parcerias Público-Privadas: Desafios para o Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

RECIFE. Decreto Municipal nº 34.912, de 13 de setembro de 2021. Regulamenta o funcionamento do Conselho Gestor de Parcerias Estratégicas do Recife - CGPar, criado pela Lei Municipal no 17.856, de 1º de janeiro de 2013. **Diário Oficial do Município do Recife**, Recife, PE, 14 set. 2021. Disponível em: <https://desenvolvimentoeconomico.recife.pe.gov.br/sites/default/files/2021-09/DECRET0%20N%C2%BA%2034.912%20DE%2013%20DE%20SETEMBRO%20DE%2021%20-%20cgPPP.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2025.

RECIFE. **II Relatório Detalhado Quadrimestre Anterior (RDQA)**, de 2024, da Secretaria de Saúde do Recife - instrumento de prestação de contas, monitoramento e acompanhamento dos instrumentos de gestão da Secretaria de Saúde do Recife. [S. l.: s. n.], 2024. Disponível em: https://transparencia.recife.pe.gov.br/uploads/pdf/II%20Relat%C3%B3rio%20Detalhado%20Quadrimestral%202024_fa89fc5c8bcbff62a879c4170b361748.pdf. Acesso em: 19 mar. 2025.

RECIFE. Lei Municipal nº 15.773, de 18 de junho de 1993. Que institui o Conselho Municipal de Saúde do Recife (CMS-Recife). **Diário Oficial do Município do Recife**, Recife, PE, 19 jun. 1993.

RECIFE. Lei Municipal nº 16.293, de 03 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre as Regiões Político-Administrativas do Município do Recife e dá outras providências. **Diário Oficial do Município do Recife**, Recife, PE, 4 fev. 1997. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pe/r/recife/lei-ordinaria/1997/1630/16293/lei-ordinaria-n-16293-1997-dispoe-sobre-as-regioes-politico-administrativas-do-municipio-do-recife-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 19 mar. 2025.

RECIFE. Lei Municipal nº 17.856, de 01 de janeiro de 2013. Dispõe sobre as parcerias público privadas (PPP) no Município do Recife. **Diário Oficial do Município do Recife**, Recife, PE, 2 jan. 2013. Disponível em: <https://desenvolvimentoeconomico.recife.pe.gov.br/sites/default/files/2021-09/LEI%20N%C2%BA%2017.856%20-%20PPP.pdf>. Acesso em: 19 set. 2024.

RECIFE. Lei Municipal nº 18.824, de 30 de agosto de 2021. Dispõe sobre o regime das concessões e permissões de serviços públicos municipais e altera dispositivos da Lei nº 17.856, de 01 de janeiro de 2013. **Diário Oficial do Município do Recife**, Recife, PE, 31 ago. 2021. Disponível em: <https://desenvolvimentoeconomico.recife.pe.gov.br/sites/default/files/2021-09/LEI%20MUNICIPAL%20n%C2%BA%2018.824%20,%20DE%2030%20DE%20AGOSTO%20DE%202021%20-%20PPP.pdf>. Acesso em: 19 set. 2024.

RECIFE. Resolução nº 032, de dezembro de 2023, do **Conselho Municipal de Saúde do Recife (CMS-Recife)**. [S. l.: s. n.], 2023.

RECIFE. **Site Recife Parcerias, Concessões e PPPs**. Recife: Prefeitura da Cidade do Recife, 2025. Disponível em: <https://parcerias.recife.pe.gov.br/>. Acesso em: 19 mar. 2025.

RIBEIRO, Maria Fernanda G. C.; PRADO, Pedro G. (Coords.). **Parceria Público-Privada**: Guia para gestores públicos. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

SENADO FEDERAL. **A redemocratização em dez atos**. Brasília, DF: Senado Federal, 2025. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2025/03/a-redemocratizacao-em-dez-atos>. Acesso em: 15 jun. 2025.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 43. ed. São Paulo: Malheiros, 2020