

Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde

Private health insurance in Brazil: approaches to public/private patterns in healthcare

Salud suplementaria en Brasil: enfoques sobre la vertebración pública/privada en la asistencia a la salud

José Antonio de Freitas Sestelo ^{1,2}
Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza ¹
Lígia Bahia ³

Abstract

This article draws on a previous review of 270 articles on private health plans published from 2000 to 2010 and selects 17 that specifically address the issue of the relationship between the public and private healthcare sectors. Content analysis considered the studies' concepts and terms, related theoretical elements, and predominant lines of argument. A reading of the argumentative strategies detected the existence of a critical view of the modus operandi in the public/private relationship based on Social Medicine and the theoretical tenets of the Brazilian Health Reform Movement. The study also identified contributions based on neoliberal business approaches that focus strictly on economic issues to discuss private health insurance. Understanding the public/private link in healthcare obviously requires the development of a solid empirical base, analyzed with adequate theoretical assumptions due to the inherent degree of complexity in the public/private healthcare interface.

Supplemental Health; Public-Private Partnership; Health Public Policy

Resumo

Este artigo parte de uma revisão de 270 textos sobre saúde suplementar publicados entre 2000 e 2010, e seleciona 17 que abordam a questão da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde. A análise do seu conteúdo considera os conceitos e expressões utilizadas, os elementos teóricos relacionados e as linhas argumentativas predominantes. A leitura das estratégias argumentativas aponta a existência de uma visão crítica sobre o atual modus operandi da articulação público/privado, fundamentada na Medicina Social e nas bases teóricas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ao lado de contribuições que, apoiadas em visões empresariais inspiradas por uma perspectiva neoliberal, tomam os aspectos econômicos em seu sentido estrito como foco da discussão sobre saúde suplementar. Resta evidente que a compreensão da articulação público/privada na saúde requer o desenvolvimento de uma sólida base empírica, analisada com base em pressupostos teóricos adequados ao grau de complexidade inerente à zona de fronteira da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde.

Saúde Suplementar; Parceria Público-Privada; Políticas Públicas de Saúde

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

² Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região, Salvador, Brasil.

³ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

J. A. F. Sestelo
Instituto de Saúde Coletiva,
Universidade Federal da Bahia,
Rua Basília da Gama, s/n,
Salvador, BA 40110-040,
Brasil.
sestelo.jose@gmail.com

Introdução

A articulação entre os elementos públicos e privados na assistência à saúde é um tema estratégico para o sistema de saúde no Brasil¹. Diversos autores têm elaborado contribuições relevantes para a sua abordagem na atual conjuntura^{2,3,4,5,6}, estabelecendo, no campo acadêmico, com base em diferentes referenciais teóricos, uma interessante discussão sobre as características e as especificidades do esquema assistencial em voga, com destaque para o papel dos planos e seguros de saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Essa discussão tem se beneficiado de aportes da Saúde Coletiva^{3,7,8}. Entendida como campo de saberes e práticas, inclusive de “prática teórica”⁹, a Saúde Coletiva constituiu-se fundamentalmente “a partir da análise das relações entre a medicina como prática social e a estrutura das sociedades concretas onde ela se desenvolve”¹⁰ (p. 9). Na década de 1980, antes da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e do surgimento da ANS, importantes contribuições acadêmicas relacionavam as dimensões econômicas e sociais com a saúde. Nessa perspectiva, Braga & Paula¹¹ avaliaram o comportamento do sistema de atenção à saúde no Brasil, desde os anos 1930, a partir de dois pontos complementares: a influência da estrutura produtiva do país sobre a conformação do setor de atenção à saúde, e o movimento do capital no interior do setor. Eles consideraram, em sua análise, “o desempenho do sistema de atenção à saúde como ‘locus’ de acumulação de capital, de valorização de capital, de transformação técnica e social do processo de trabalho médico e ainda como local político-ideológico de regulação pelo Estado de uma dimensão importante da vida das populações”¹¹ (p. 39).

De forma convergente, Cordeiro⁷, utilizando o conceito de “complexo médico-empresarial da saúde”, examinou o aumento da afluência do capital industrial e financeiro para o setor, a concentração empresarial dos meios de trabalho médico e a transformação da prática autônoma em trabalho assalariado. Identificou as empresas de medicina de grupo, que vendiam serviços de assistência diretamente a empresas empregadoras, como elementos importantes na dinâmica de mudanças nos processos de relações de trabalho em curso e investigou, detalhadamente, o seu desempenho no Estado do Rio de Janeiro baseando-se em dados primários, construídos sobre análise documental e entrevistas com informantes-chave.

No que se refere ao estudo das transformações da prática médica no Brasil, Arouca¹² é referência citada pelos autores mencionados

anteriormente quando afirma que a Medicina Preventiva, como disciplina acadêmica, longe de constituir uma prática concreta de mudança na articulação da medicina com o modo de produção capitalista, contribuiu, em última instância, para a manutenção do *status quo* dessa articulação. Funcionou como “disciplina tampão”, desvinculada de uma prática teórica que possibilitasse a produção de conhecimento sobre as reais determinações da crise do setor e, além disto, mostrou-se impermeável a uma prática política que levasse a mudanças. Fleury¹³ identifica no trabalho de Arouca¹² o fundamento para uma teoria do Movimento Sanitário que, na década de 1980, desencadeou, por meio da articulação entre prática teórica e prática política, o processo sociohistórico conhecido como Reforma Sanitária Brasileira, configurando um ponto de apoio fundamental para todo o campo da Saúde Coletiva.

Contudo, a criação, no Brasil, do SUS entre as décadas de 1980 e 1990, ocorreu em um cenário de viés ideológico neoliberal que propugnava a ampliação das relações comerciais na prestação de serviços, inclusive relativos à saúde, e uma redução no papel do Estado como provedor direto destes serviços¹⁴.

Nessa conjuntura, mesmo na Europa, onde países como Inglaterra e Suécia já tinham seus sistemas de saúde organizados em uma base de financiamento público estável e acesso universal, houve mudanças em direção a práticas de mercado. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio de sua representação regional, publicou em 1997¹⁵ uma análise sobre as estratégias em curso, a propósito do que denomina de Reforma do Sistema de Saúde Europeu. Entre os temas que percorreram as diversas estratégias dessa reforma, estava a mudança dos papéis atribuídos ao Estado e às relações de mercado dentro dos sistemas de saúde. A visão tradicional da dicotomia Estado *vs.* Mercado foi substituída pela de mescla (*mix*) público/privada, acompanhada por mudanças micropolíticas, como a introdução de contratos de gestão dentro de organizações públicas¹⁵.

A função estatal de proteção do interesse público frente às estratégias econômicas dos agentes privados foi transferida, no Brasil, em parte, para agências regulatórias, com base na concepção de um Estado regulador, mas não necessariamente provedor de serviços¹⁶. Essas agências, dotadas de maior autonomia administrativa e constituídas por um quadro estável de burocratas especializados, supostamente, tenderiam a exercer a função regulatória com maior eficiência normativa e independência política, assumindo o formato de autarquias

sob regime especial. Na área da saúde, foram criadas a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a ANS¹⁷.

Essa última, desde o início de sua atuação em 2000, fez valer um viés de regulação com ênfase no aspecto econômico/financeiro das operadoras de planos e seguros de saúde. Acrescente-se que, cinco anos após a sua criação, o processo de regulação da assistência à saúde dos clientes de planos¹⁸ ainda era pouco efetivo. Entre as evidências sobre a incipiência da aplicação da legislação estão os resultados do Índice de Desempenho Assistencial (IDAS). Em 2005, o valor do IDAS foi 0 para 54,1% das empresas, sendo que 70,7% delas por inconsistência das informações.

A ênfase na regulação econômico-financeira guarda relação com as peculiaridades encontradas no processo de estruturação desse órgão. Ao contrário de outras agências criadas para atuar sobre novos mercados (telecomunicações e energia elétrica, por exemplo) surgidos com o processo de privatização de empresas públicas, a ANS encontrou um setor já estruturado, em crescimento e com fortes ligações com o mercado financeiro¹⁹. Embora a ANS esteja na esfera do Ministério da Saúde, a sua atuação guarda com o SUS uma interlocução precária, que se refere, principalmente, ao ressarcimento de despesas geradas por clientes de planos e seguros de saúde em hospitais da rede pública.

Tal mecanismo de ressarcimento, em si mesmo estritamente econômico, além de não prover compensações pecuniárias efetivas é, como salienta Menicucci⁴, um potente indicador da precariedade da regulação assistencial. De outra forma, Santos⁶, utilizando o conceito de *mescla (mix)* público/privada, refere-se ao sistema de serviços de saúde do Brasil como um sistema que promove uma cobertura “duplicada” apenas para a parcela da população que compra planos de saúde, sem que a regulação pública atue efetivamente sobre este fenômeno.

Embora a ANS não seja o marco de origem da dinâmica de compra e venda de planos e seguros de saúde, sua criação pode ter produzido algum impacto sobre a prática discursiva relativa a esta atividade. Mais especificamente, a atuação da ANS parece se refletir na produção acadêmica, que, como demonstram os achados de um trabalho de revisão sistemática com análise dos resumos de 270 textos do período de 2000 a 2010 (pós-ANS)²⁰, se afasta da tradição crítica que destacava as relações entre a saúde e a estrutura social para assumir um viés econômico-financeiro que naturaliza a existência da dinâmica de comércio de planos e seguros de saúde no interior do sistema.

De fato, depois dos trabalhos pioneiros de Braga & Paula¹¹ e de Cordeiro⁷, a produção acadêmica crítica refluí e, ainda no período imediatamente anterior à aprovação da *Lei nº 9.656* (1998), toma corpo uma prática discursiva que adota o termo “assistência médica supletiva”²¹ para tratar das empresas médicas que vendiam planos de pré-pagamento. O conjunto das empresas passa a ser tratado, alternativamente, como “setor” (da economia) ou como “subsistema privado” (do sistema de saúde), indicando uma separação entre análises de caráter estritamente econômico e outras de caráter político. Configura-se, assim, uma trilha diversa da que percorria a literatura caudatária da matriz teórica do movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Portanto, a atual saúde suplementar é um objeto que ainda requer investigação, em especial, sobre os conceitos utilizados na sua construção e sobre os referenciais teóricos utilizados em sua abordagem, no sentido de explorar a extensa interface público/privada que articula a estrutura social e econômica às políticas de Estado na área da saúde.

De fato, a opção pela não problematização da questão fundamental da compra e venda de serviços acaba contribuindo para a sua naturalização, o que, em última instância, pode representar o abandono do projeto de um sistema único de saúde, público e com acesso universal.

Assim, sabendo-se que, dentro do conjunto da produção acadêmica especializada existem trabalhos que, nomeadamente, tratam da articulação entre as dimensões pública e privada na assistência²⁰, cabe investigar o seu conteúdo, na perspectiva de evidenciar o caráter crítico ou naturalizador da sua visão sobre este tema.

Dessa forma, com base em uma revisão de textos relacionados à temática da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde²⁰, o presente artigo procura identificar e analisar os conceitos, os elementos teóricos e os argumentos utilizados na sua abordagem. Ou seja, trata-se aqui de destacar um segmento específico da produção acadêmica sobre saúde suplementar, e lançar um olhar em profundidade sobre a maneira como é tratada a questão da articulação entre o público e o privado na assistência por esses trabalhos.

Método

Foi realizada uma revisão sistemática sobre saúde suplementar no Brasil, a partir do marco normativo/temporal da *Lei nº 9.656* e da criação da ANS, de estudos publicados entre 2000 e 2010, disponíveis nas seguintes bases de dados: ban-

co de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), SciELO e Web of Science.

Nessas bases, foi possível o acesso a resumos e textos integrais de teses de doutorado e dissertações de mestrado acadêmico, produzidas em instituições de ensino e pesquisa do Brasil, além dos artigos publicados em periódicos indexados, caracterizando um conjunto de textos com formato acadêmico bem definido.

A busca no banco de teses da Capes foi por palavras-chave, usando sucessivamente os seguintes descritores: “saúde suplementar”, “planos de saúde”, “seguro saúde” e “mercado de saúde” para o período de 2000 a 2009. O ano de 2010 não estava disponível no momento do encerramento do trabalho (julho de 2011). A busca se limitou às dissertações de mestrado acadêmico e às teses de doutorado, excluindo-se os trabalhos de conclusão de mestrados profissionalizantes. Do total, retiveram-se as 44 teses e as 135 dissertações, cujos títulos contemplavam a temática da saúde suplementar no Brasil.

No SciELO, a busca por artigos publicados em periódicos indexados, de 2000 a 2010, foi realizada com os mesmos descritores utilizados na busca de teses e dissertações. Todos os 91 artigos encontrados, com títulos referentes à saúde suplementar no Brasil, foram analisados.

No Web of Science, foram utilizados, simultaneamente, os descritores *private health insurance* e *Brazil*, sem intervalo de tempo definido. Nesse caso, foram identificados 52 artigos, e os que tratavam da saúde suplementar no Brasil já haviam sido identificados na base SciELO.

Desse conjunto de 270 textos, foram selecionados, com base nos resumos, aqueles que, em seus objetivos, métodos ou resultados, apresentavam pelo menos uma das seguintes expressões: “público-privada”, “público e privado”, “público-privado” ou “público/privado”. Com isso, identificou-se um subconjunto de 25 textos que delimitam o foco específico em nosso objeto de investigação: a articulação entre as dimensões pública e privada da assistência. Esses textos foram analisados na íntegra, buscando-se identificar, por meio dos conceitos, dos referenciais teóricos e das linhas argumentativas, as perspectivas críticas ou naturalizadoras adotadas por seus autores.

Resultados

Dos 25 trabalhos selecionados para leitura do texto integral, oito textos foram excluídos: as teses de Andreazzi²², Aciole²³ e Santos²⁴ que, em duplicidade, têm seu conteúdo contemplado em

artigos dos mesmos autores^{18,25,26}, o artigo de Conill & Ugá²⁷ que é um editorial de apresentação de edição temática sobre saúde suplementar, a dissertação de Oliveira²⁸ que é um trabalho de pesquisa epidemiológica com uma população de beneficiários de plano de saúde e os artigos de Barbosa²⁹, Costa³⁰ e Duro et al.³¹ que tratam, respectivamente, do modelo de reforma gerencial de hospitais públicos, de mudanças políticas relacionadas com o processo de globalização do capital financeiro e de um estudo populacional para avaliação do desempenho do rastreamento do perfil lipídico conforme fonte de financiamento de consultas médicas.

Treze trabalhos assumem uma argumentação crítica sobre o papel do esquema de comércio de planos e seguros dentro do sistema de saúde, entendida aqui como a visão que não toma a atual configuração dessa articulação como algo dado ou não passível de questionamento, mas sim como contingência, fruto de um processo histórico e, portanto, passível de modificação e de novos arranjos, criados pelo movimento político em sua relação dinâmica com a economia e a sociedade^{4,6,25,26,32,33,34,35,36,37,38,39,40} (Tabela 1).

Nesse grupo, o conceito de acumulação privada de capital e referências teóricas ligadas àquelas do Movimento Sanitário são utilizados para fazer a crítica ao modelo de incorporação de tecnologia na assistência³⁹. Autores de economia política da saúde são citados, admitindo a existência de uma complexidade na articulação entre as dimensões pública e privada, bem como a existência de uma relação entre o subfinanciamento da assistência pública, a queda na qualidade dos serviços e o crescimento dos planos de saúde. Além disso, o conceito de acumulação privada é utilizado como eixo para a identificação da estratificação social existente no setor privado em saúde, dos interesses materiais de cada estrato e suas formas de organização. É utilizado também para mapear os posicionamentos de distintos agentes sociais vinculados ao setor privado em saúde, em face das políticas públicas²⁵.

Para tratar da divisão da responsabilidade pela gestão dos riscos sociais entre Estado, mercado e famílias³², adota-se uma referência que trata de estratégias de proteção social em sociedades pós-industriais e discute-se a natureza dos riscos cobertos pela rede assistencial (*Esping-Andersen*, 1999). Considera-se que a institucionalização dos riscos, especialmente os que envolvem pessoas, ainda quando geridos por agentes privados, é revestida, obrigatoriamente, por um envoltório social. Essa mesma visão, ao lado de um referencial teórico Keynesiano, é utilizada para analisar os fenômenos sociais em uma perspectiva conjunta

Tabela 1

Trabalhos selecionados com viés argumentativo crítico sobre o lugar do esquema de comércio de planos e seguros dentro do sistema de saúde no Brasil.

Trabalho	Tipo	Principais conceitos/expressões	Elementos teóricos	Argumentos
Andreazzi & Kornis ²⁵	Artigo em periódico indexado. Deriva da Tese de Doutorado intitulada <i>Teias e Tramas: Relações Público-Privadas no Setor Saúde Brasileiro dos Anos 90</i> (Andreazzi ²²). Análise macroeconômica dos anos 90, ensaio de economia política aplicada à relação Estado/setor privado em saúde	Relações público/privadas; Regulação; Relação Estado/mercado; Processo de acumulação de capital; Equidade; Direito de consumo; Assistência suplementar em saúde	Economia Política; Macroeconomia; Teorias sobre regulação; Medicina Social; Campo da Saúde Coletiva	Aponta o caráter concorrencial do esquema de venda de planos em relação à lógica sistêmica da saúde como direito de cidadania representado pelo SUS
Bahia ³²	Artigo em periódico indexado. Revisão da literatura, descrição e análise de dados de fontes oficiais/entrevistas	Inter-relações SUS-planos privados de saúde; Institucionalização dos riscos; Assistência médica suplementar; Regulação governamental da assistência médica; Esquemas assistenciais privados; Cidadania regulada; Universalização excludente; Cidadania invertida; Mercado artificialmente expandido; Empresariamento da assistência médica; Interfaces público/privadas da gestão dos riscos à saúde	Economia Política; Economia da Saúde; Ciência Política; Teorias sobre regulação em saúde; Campo da Saúde Coletiva	Aponta que a institucionalização dos riscos, ainda que gerida por agentes privados, é, obrigatoriamente, revestida por um envoltório social. Distingue duas estratégias distintas de gerenciamento do risco de adoecimento individual: uma de caráter mutual/sindical, onde relações sociais ou de trabalho mediam o processo de transferência para o plano coletivo, e outra baseada em relações contratuais estabelecidas entre seguradoras e indivíduos. Examina a hipótese de adequação de uma mesma base de provedores de serviços à segmentação da demanda e refuta a ideia simplista da existência de uma única linha demarcatória no sistema de saúde brasileiro estabelecida entre usuários clientes de planos de saúde e usuários sem planos de saúde
Bahia ³³	Artigo em periódico indexado baseado em análise documental	Segmentação do sistema de saúde; Subsistema privado; Padrão híbrido e competitivo de financiamento e regulação	Economia Política; Campo da Saúde Coletiva; Teorias sobre regulação em saúde	Ideia de que não existe, de fato, na assistência à saúde, uma clara separação entre elementos públicos e privados, mas antes uma extensa zona nebulosa onde, de forma sub-reptícia, ocorre uma apropriação privada de recursos públicos. Além disso, as agendas dos principais fóruns de debate sobre políticas de saúde, como as conferências e instituições governamentais ligadas diretamente ao sistema de saúde, teriam assumido pautas especializadas no componente público do sistema, permitindo a constituição de outras arenas especializadas no componente privado e passando ao largo da nebulosa zona de interseção entre o público e o privado apontada

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Trabalho	Tipo	Principais conceitos/ expressões	Elementos teóricos	Argumentos
Castro ³⁴	Tese de Doutorado (IMS/UERJ)	Relação entre o público e o privado; Falhas de governo; Regulação econômica; Regulação na saúde; Mercado; Governança; Estado	Economia Política; Políticas de Saúde; Teorias sobre regulação pública; Campo da Saúde Coletiva	Delineia a hipótese de que, para avançar na construção do sistema de acesso universal com financiamento e provisão públicos, é preciso alterar a ótica de análise, passando de uma lógica de definição do tamanho do Estado para “qual o tamanho do mercado que se deseja”
Gerschman ³⁵	Artigo em periódico indexado baseado em análise comparativa de políticas públicas	Política de saúde suplementar; Atenção à saúde por meio de planos privados; Relação do sistema de saúde público com o privado no contexto de sistemas de saúde públicos e universais; Cidadania social; Sobreposição aos serviços de atenção à saúde do SUS; Nicho de mercado; Seguridade social; Segmentação do SUS	Políticas de saúde comparadas; Campo da Saúde Coletiva; Teorias sobre regulação em saúde	Evidencia a vigência de uma política de estímulos sub-reptícios à expansão do esquema dos planos ao lado de uma mitigação do caráter público e universal do sistema de saúde que, configura-se como um sistema, de fato, segmentado e focalizado nos aspectos menos rentáveis da atividade de provimento de serviços de saúde. Assume uma visão crítica sobre o atual esquema de relacionamento entre as dimensões pública e privada da assistência à saúde e propõe uma redefinição desta articulação em uma perspectiva de subordinação da dimensão privada à lógica pública no provimento da assistência à saúde
Gomes ³⁶	Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva (UFRJ)	Relação público e privado; Coberturas mediadas pelas empresas privadas; Universalidade; Equidade; Empresas de assistência suplementar; Seguridade social; Movimento sanitário; Subsistema de atenção médica supletiva; Inversão da complementaridade do sistema	Medicina Social; Campo da Saúde Coletiva; Políticas de Saúde	Compõe com o argumento que resiste à simplificação de admitir a existência de dois sistemas mutuamente excludentes, um de caráter público e o outro privado para avançar na investigação da interseção entre estes dois elementos a partir da manifestação dos depoentes e do posicionamento dos parlamentares sobre o tema
Ibanhes et al. ³⁷	Artigo em periódico indexado, elaborado com base em entrevistas com secretários estadual e municipal de saúde, membros do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo e funcionários do governo ligados ao SUS	Relação público/privado; Governança como categoria analítica; Regulação; Equidade; Público; Privado	Políticas de Saúde; Teorias sobre regulação; Campo da saúde Coletiva	A governança do gestor municipal sobre o seu território de saúde não inclui a dimensão política do sistema de saúde nem se apropria da interface entre o público e o privado como objeto de regulação

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Trabalho	Tipo	Principais conceitos/ expressões	Elementos teóricos	Argumentos
Menicucci ⁴⁶	Tese de Doutorado em Ciências Sociais (UFMG)	Configuração institucional da assistência à saúde no Brasil; Privatização; Regulação do mercado privado de assistência; <i>Mix</i> privado/público; Modelo dual de assistência	Ciências Sociais; Ciência Política; Políticas de Saúde; Novo Institucionalismo Histórico	Constrói uma interpretação original sobre a configuração institucional da assistência à saúde no Brasil a partir de uma reconstituição histórica da trajetória das políticas públicas setoriais. Utiliza conceitos teóricos neoinstitucionalistas para argumentar sobre a persistência de políticas de favorecimento da segmentação do acesso à assistência pela capacidade de pagamento simultaneamente à definição constitucional clara com relação ao acesso universal por direito de cidadania
Santos et al. ³⁸	Artigo publicado em periódico indexado, com análise quantitativa baseada em dados secundários provenientes de bases de dados oficiais	Tipos ideais (Weber); Asseguramento privado; Marco conceitual desenvolvido pela OECD; <i>Mix</i> público/privado do sistema de saúde; Cobertura duplicada; Corporativismo	Economia; Economia da Saúde; Políticas de Saúde; Economia Política; Campo da Saúde Coletiva	Assume uma crítica ao processo de apropriação privada da estrutura de prestação de serviços de saúde, com a virtual subordinação do interesse público ao interesse particular de determinados segmentos populacionais e empresariais, e a manutenção do padrão de desigualdade no acesso aos serviços
Santos ³⁹	Dissertação de Mestrado em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)	Público; Privado; Setor suplementar; Estado; Setor supletivo de assistência médico-hospitalar; Setor supletivo de saúde; Mercado privado de saúde	Administração e Planejamento em Saúde; Campo da saúde Coletiva	O foco na saúde do trabalhador permite uma discussão sobre a posição do movimento sindical no desenvolvimento do esquema de comercialização de planos e seguros de saúde para trabalhadores do mercado formal. Examina a inter-relação entre o espaço público e privado na assistência à saúde, buscando explorar a nebulosidade dessa interface e fazer uma crítica direta à apropriação privada da esfera pública com prejuízo para o conjunto da população
Santos ⁶	Tese de Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)	Cobertura duplicada; Regulação; Arranjo público/privado do sistema de saúde; <i>Mix</i> público/privado; Marco conceitual desenvolvido pela OECD; Interesse público em saúde; Estado de bem-estar social	Campo da Saúde Coletiva; Teorias sobre regulação em saúde; Saúde Pública; Políticas de Saúde	Propõe uma regulação sobre a articulação entre o público e o privado pautada pela lógica do interesse público em saúde. Aponta a limitação do viés focalizado em regulação econômica vigente na agência reguladora e demonstra a contradição do argumento que pretende transferir a lógica sistêmica da integralidade na atenção para o interior do segmento suplementar, sem atentar para a questão fundamental do lugar desse segmento no conjunto do sistema

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Trabalho	Tipo	Principais conceitos/ expressões	Elementos teóricos	Argumentos
Aciole ²⁶	Artigo publicado em periódico indexado com base em análise histórico/crítica feita com base nas dimensões econômicas e políticas relacionadas com os conceitos de público e de privado	Privado; Público; Sistema privado de atenção à saúde; Pertencimento coletivo; Opinião pública; Mercado; Relação público/privado; Estatal	Economia Política; Filosofia; Materialismo dialético e sua crítica; Ciências Sociais; Campo da Saúde Coletiva	Evidencia a relação dialética entre os elementos da polaridade “público/privado” e trata da complexidade da articulação que une/separa os dois termos. Ao mesmo tempo, traz a discussão para o campo da Saúde Coletiva percorrendo as dimensões pública e privada ligadas ao tema da saúde, e reafirmando que a construção de um sistema de saúde verdadeiramente público e guiado por uma lógica pública não pode prescindir de um diálogo com a totalidade social e seus contraditórios
Silva ⁴⁰	Tese de Doutorado em Direito do Estado (PUC/SP)	Globalização econômica; Sistema integrado de financiamento e provisão dos serviços públicos de saúde; Articulação público/privada; Livre mercado; Sistema de saúde suplementar; Focalização das políticas públicas de saúde; Universalidade	Direito do Estado; Políticas de Saúde	Assume uma visão crítica sobre as perspectivas de desenvolvimento do sistema de saúde como um todo, focando nas contradições entre a norma legal e a realidade fática

ENSP/Fiocruz: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; IMS/UERJ: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; OECD: Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico; PUC/SP: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; SUS: Sistema Único de Saúde; UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais; UFRJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

de economia e política, entendendo as instituições da assistência à saúde nas suas diferentes conformações históricas ³⁴.

Ainda nesse grupo, aparece o esforço de investigação empírica na análise das notas taquigráficas da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre o comércio de planos de saúde no Brasil, que ocorreu em 2003 no Congresso Nacional, identificando o perfil dos membros da CPI e sua vinculação com o tema “saúde” ³⁶. Os itens debatidos são agrupados em seis categorias: Políticas de Saúde, Jurídico/Legal, Regulação, Financiamento, Recursos Humanos e Ética. O acúmulo de capital (e poder) é o conceito central na análise e as referências são aquelas adotadas pelo Movimento Sanitário, utilizadas na abordagem do fenômeno da capitalização das empresas privadas de saúde com recursos públicos. Considera-se que o processo de privatização da saúde vem ocorrendo com o patrocínio do Estado, e que as bases do apoio estatal às empresas médicas se consolidaram no momento da unificação e da centralização da previdência social no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a partir

de 1967, onde as fortes relações patrimonialistas entre o setor público e o privado ficam definitivamente institucionalizadas.

Aponta-se a existência de um padrão híbrido e competitivo de financiamento e regulação ³³ na assistência à saúde, argumentando-se que as agendas dos principais fóruns de debate sobre políticas de saúde, como as conferências, assim como as instituições governamentais, teriam assumido pautas especializadas no componente público do sistema ³⁷, o que teria permitido a constituição de outras arenas especializadas no componente privado. Essa dupla especialização afastou do debate uma extensa faixa de fenômenos pouco estudados que transitam nos limites entre o público e o privado na assistência à saúde. Dentre esses fenômenos, destacam-se especificamente: a utilização de fontes públicas de financiamento à demanda e à oferta de planos de saúde, o fluxo de pacientes de planos para serviços públicos e a franquia para que dirigentes de empresas privadas assumam cargos públicos.

Ainda que nem sempre de forma explícita, pode-se assinalar também a presença, como ele-

mento transversal na abordagem da articulação entre o público e o privado para este primeiro grupo de textos, do conceito de regulação pública em saúde tomado como: “*um conjunto de políticas formuladas para obter resultados superiores do ponto de vista social nas relações internas às estruturas de governo e em sua relação com agentes no mercado*”¹⁷ (p. 63).

Os limites da função regulatória pública, no que se refere à extensão da prática do comércio de planos e seguros de saúde, são apontados com base em estudos^{6,38} que utilizam o conceito de mescla (*mix*) público/privada, introduzido pela taxonomia da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) no âmbito de seus países associados.

Na comparação entre políticas de saúde suplementar da União Europeia e do Brasil³⁵, identifica-se naquela região a disposição de um espaço bastante limitado e bem definido, onde os planos e seguros de saúde se acomodam e se relacionam com a estrutura e o funcionamento do Estado de bem-estar social. Em sentido diverso, no Brasil, se evidencia a vigência de uma política de estímulos sub-reptícios à expansão do esquema dos planos ao lado de uma mitigação do caráter público e universal do sistema de saúde que configura-se, de fato, segmentado e focalizado nos aspectos menos rentáveis da atividade de provimento de serviços de saúde.

No plano teórico, discute-se o significado da tradicional antinomia entre os conceitos de “público” e “privado”, em especial no campo da Saúde Coletiva²⁶. Utiliza-se um referencial marxista (Marx e Gramsci são explicitamente citados) para evidenciar a relação dialética entre os elementos dessa polaridade e tratar da complexidade da articulação que une/separa os dois termos.

Discute-se o descompasso entre a norma jurídica constitucional relativa à saúde como direito de cidadania e a realidade fática do sistema de saúde do Brasil⁴⁰, que reflete, desde os anos 1990, um viés privatista com políticas públicas focalizadas em parcelas específicas e empobrecidas da população. Nesse caso, ao transitar pelo campo do Direito do Estado, contrapõe-se, de forma crítica, a referência do texto constitucional com os determinantes macroeconômicos implicados na elaboração de políticas de Estado em saúde.

Uma interpretação original sobre a configuração institucional da assistência à saúde no Brasil é feita a partir de uma reconstituição histórica da trajetória das políticas públicas setoriais⁴ dentro do marco da ciência política. Utilizam-se conceitos teóricos neoinstitucionalistas para argumentar sobre a persistência de políticas que favoreceram a segmentação do acesso à assistência pela capacidade de pagamento simultaneamente à

definição constitucional de acesso universal por direito de cidadania.

Diferentemente dos resultados apontados antes, outros quatro trabalhos não se ocupam com a crítica à conformação atual do esquema de comércio de planos de saúde, mas assumem uma argumentação que naturaliza a existência desta prática como um dado de realidade ou prescreve a sua expansão como um ideal a ser perseguido pelos formuladores de políticas públicas^{18,41,42,43} (Tabela 2).

A posição que toma a existência de dois sistemas de saúde estanques, um público e outro privado, aparece nos resultados de um inquérito populacional realizado com beneficiários de planos de saúde e usuários do sistema público de assistência que não possuem vinculação com empresas de planos de saúde⁴³. Referências a documentos das organizações empresariais de planos de saúde são utilizadas para compor uma argumentação sobre o modelo de política de Estado voltada para o fortalecimento de empresas de prestação de serviços na assistência à saúde baseado em uma concepção econômica liberal.

Uma proposta de capitalização para as operadoras, a partir da eliminação do ônus do custeio da alta complexidade na assistência à saúde e transferência deste risco para as contas públicas⁴¹, identifica na perspectiva de expansão da base de clientes de baixa renda, viabilizada pelo barateamento do valor das prestações, um fator de manutenção do ciclo virtuoso de capitalização dessas empresas. Embora não sejam apresentados elementos de fundamentação teórica para a proposta, uma série de depoimentos colhidos entre empresários ligados às operadoras de planos e seguros de saúde é apresentada e conceitos da teoria econômica de livre mercado na venda de serviços de saúde são utilizados. Na referência ao sistema de saúde e ao papel do Estado na regulação pública da oferta de serviços de saúde, utiliza-se como tipo ideal o modelo estadunidense de proteção focalizada para grupos sociais específicos, com critérios de inclusão, e predominância de relações de contrato entre compradores e vendedores de pacotes de serviço como tônica do sistema.

Para apontar avanços, lacunas e perspectivas no processo de regulação pública sobre as empresas de planos e seguros de saúde utilizam-se, com algumas adaptações, eixos avaliativos propostos pela própria agência reguladora setorial em seu projeto de qualificação voltado para as empresas denominadas operadoras do setor de saúde suplementar¹⁸.

Por último, esse grupo inclui um estudo que, baseando-se em dados descritivos sobre o universo de hospitais filantrópicos no Brasil, dis-

Tabela 2

Trabalhos selecionados com viés de argumentação naturalizador sobre o lugar do esquema de comércio de planos e seguros dentro do sistema de saúde no Brasil.

Trabalho	Tipo	Principais conceitos/ expressões	Elementos teóricos	Argumentos
Santos et al. ¹⁸	Artigo publicado em periódico indexado, valendo-se de dados da ANS e baseado em uma matriz de três eixos: estrutura e operação do setor, regulação econômica e regulação assistencial. Decorre da Tese de Doutorado de Santos ²⁴ publicada em 2006	Regulação; Mercado saudável; Tecnologias sem cobertura atuarial; Incorporação tecnológica; Relação público/privado	Teorias sobre regulação em saúde; Economia de mercado; Economia da Saúde; Saúde Pública	Aponta avanços, lacunas e perspectivas no processo de regulação pública sobre as empresas de planos e seguros de saúde. Para isso, utiliza os eixos avaliativos propostos pela própria agência reguladora setorial, com algumas adaptações, em seu projeto de qualificação voltado para as empresas denominadas operadoras do setor de saúde suplementar
Cordeiro Filho ⁴¹	Dissertação de Mestrado em Administração de Empresas (PUC/SP)	Compartilhamento entre o público e o privado; Sistema privado de saúde; Acumulação de capital	Teorias econômicas liberais (livre mercado)	Propõe uma estratégia de capitalização das operadoras de planos e seguros de saúde a partir da eliminação do ônus do custeio da alta complexidade na assistência à saúde, e transferência deste risco para as contas públicas. Ao mesmo tempo identifica na perspectiva de expansão da base de clientes de baixa renda, viabilizada pelo barateamento do valor das prestações, um fator de manutenção do ciclo virtuoso de capitalização dessas empresas
Lima et al. ⁴²	Artigo em periódico indexado, compara a estrutura gerencial de uma amostra de dois grupos de hospitais baseando-se em matriz com seis dimensões de análise	Segmento hospitalar filantrópico; Desenvolvimento gerencial; Mercado de saúde suplementar; Regulação	Administração e gerência de serviços de saúde; Políticas de Saúde; Economia da Saúde	Estabelece uma discussão pautada na busca de soluções para viabilização econômica do empreendimento “hospital filantrópico” e sugere que a oferta de planos de saúde próprios por estes hospitais poderia ser uma estratégia adequada à garantia da sua manutenção, desenvolvimento e maior integração do sistema de saúde brasileiro
Pereira ⁴³	Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Economia Doméstica/UFV)	Economia do sistema familiar; Equidade; Integralidade; Mosaico público/privado na saúde; Qualidade de vida; Regulação; Mercado; Parceria Estado/empresa	Economia Doméstica; Economia da Saúde; Teorias econômicas liberais (livre mercado); Políticas de saúde	Adota o ponto de vista das empresas de planos de saúde ao propor a subsegmentação do rol de procedimentos mínimos estabelecidos pela ANS para baratear o valor das mensalidades dos planos e permitir o acesso de um maior contingente populacional à sua clientela, associando a expansão do esquema de comercialização de planos de saúde com um espaço relacional mais humanizado

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar; PUC/SP: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; UFRV: Universidade Federal de Viçosa (Minas Gerais).

tingue duas categorias de hospitais: aqueles que operam planos próprios de saúde e os demais ⁴². São citadas referências, na linha argumentativa, que remetem ao sistema de serviços de saúde dos Estados Unidos e ao fortalecimento econômico dessas empresas hospitalares na perspectiva de conjugar negócios com o exercício de função social na assistência à saúde.

Discussão

A delimitação do escopo deste artigo a partir de uma pesquisa preliminar mais ampla relacionada com a análise do conjunto da produção acadêmica marcada pelos descritores “saúde suplementar”, “planos de saúde”, “mercado de saúde” e “seguro saúde”, situa esta discussão no âmbito da produção interessada na investigação do esquema de comércio de planos e seguros de saúde, sem incluir, necessariamente, a volumosa produção sobre os conceitos de “público” e “privado” *per se* presente em diversos campos de investigação.

A identificação dos conceitos utilizados ou introduzidos pelos trabalhos analisados, bem como a delimitação do seu referencial teórico principal, permitem um mapeamento do panorama da discussão em torno da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde, em particular no que se refere ao lugar ocupado pela dinâmica de comércio de planos e seguros privados.

A análise das estratégias argumentativas utilizadas possibilita a delimitação de duas linhas, definidas aqui como de caráter crítico ou naturalizador quanto à existência de um mercado de planos de saúde.

No interior da linha crítica, existe uma variedade de ferramentas conceituais desenvolvidas como elementos de prática teórica ou como estratégia de aproximação a um objeto de estudo dotado de notável complexidade.

As metáforas utilizadas por alguns autores para caracterizar a articulação público/privada ilustram bem um cenário de relações complexas e não claramente explicitadas: “teias e tramas” ²², “luzes e sombras” ³² são duas das mais significativas.

A complexidade do campo relacional que constitui a articulação público/privada, nesse caso, reside na grande quantidade de atores e na multiplicidade de interesses envolvidos no financiamento e na alocação de recursos para a assistência à saúde. Empresas prestadoras, operadoras de planos de saúde, agenciadoras e intermediários na relação de compra e venda de pacotes de serviços estabelecem uma teia de re-

lações entre si, o mercado financeiro e o Estado, que requer um grande esforço de investigação teórica e empírica para sua caracterização.

Dentro de uma visão crítica, portanto, a persistente nebulosidade sob a qual se estabeleceu essa rede complexa de relações constitui um desafio à pesquisa acadêmica sobre saúde suplementar ³². Mais do que isso, constitui um obstáculo ao planejamento das ações de assistência à saúde, porque instaura uma dinâmica de articulação fragmentada e pouco transparente, propícia à apropriação privada do espaço público ³³.

É possível perceber também uma linha de continuidade entre o nicho de discussão crítica na saúde suplementar posterior ao advento do marco regulatório e as referências teóricas e políticas adotadas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, quando se estabeleceu uma clara ligação entre a questão sanitária e suas dimensões econômicas e políticas, com ênfase nas peculiaridades dos países da periferia do sistema econômico capitalista.

Tanto quanto antes, a investigação sobre o processo de acumulação setorial de capital ²⁵ parece ser uma trilha promissora para a diminuição da nebulosidade, com a identificação mais precisa da estratificação social existente no setor privado de saúde, seus respectivos interesses materiais e formas de organização, assim como dos correspondentes posicionamentos de seus distintos agentes, em face das políticas de Estado.

De outra forma, a investigação sobre os fenômenos de aprisionamento ⁴ (*lock-in*), representados pela inibição de mudanças no processo de elaboração de políticas setoriais, representa uma estratégia igualmente interessante de pesquisa. Sem negar que a conjuntura internacional nas décadas de 1980 e 1990 era de crise fiscal dos Estados e de disseminação de políticas neoliberais, com ênfase na abertura dos mercados de serviços para empreendedores privados e na privatização de empresas estatais (o que seria um obstáculo ao adequado financiamento público do SUS), é possível trabalhar com o argumento de que as bases históricas privatistas no provimento da assistência, desenvolvidas desde a década de 1960, acabaram por determinar a persistência renovada de uma política favorável às empresas de planos e seguros de saúde de forma contraditória à lógica do sistema público universal.

Esse argumento remete à discussão sobre o papel do Estado. A diminuição da capacidade de governança do Estado brasileiro ^{34,37} sugere a necessidade de revisão das bases da relação Estado *vs.* Mercado. Deveria se discutir, antes, o tamanho que se deseja conferir à iniciativa privada no âmbito da assistência à saúde ao invés de focar o debate no tamanho que se deseja dar ao Esta-

do nessa equação³⁴. Trata-se de uma mudança importante de perspectiva. No primeiro caso, o Estado, baseado na visão republicana, traça os limites de conveniência para os elementos de mercado na prestação da assistência à saúde. No segundo, é o mercado quem traça os limites de atuação para o Estado, transformado em elemento de conveniência quando legítima e normatiza práticas dissociadas do interesse público em saúde.

A denominação “assistência suplementar em saúde” foi utilizada por agentes do mercado, nos anos 1990, para designar a parcela do setor privado que operava de modo exógeno às relações contratuais com o SUS²⁵. Com isso, instaurou-se uma retórica que compatibilizava a visão da saúde como bem de relevância pública e direito de cidadania com a dinâmica de compra e venda de planos e seguros de saúde. O termo “suplementar” compôs, claramente, uma estratégia retórica que apresentava o comércio privado de planos como elemento conceitualmente convergente a um sistema público, dotado de legitimidade política e institucional. Na prática, entretanto, o polo privado ligado ao comércio de planos de saúde contrapunha-se ao SUS com uma estratégia operacional concorrencial, típica da visão de mercado³⁹.

Embora oficialmente denominada de “suplementar” ao sistema público, o modelo de articulação entre as empresas de planos e seguros e a rede de serviços de saúde do SUS baseia-se, em grande parte, na duplicidade⁶ e superposição da oferta de serviços pelos prestadores públicos e privados. Caracteriza-se, desse modo, uma relação de complementaridade invertida, em que o sistema público funciona como um suporte assemelhado a um resseguro para as lacunas na assistência oferecida pelos planos de saúde, subvertendo o sentido original do termo “complementar” utilizado pelo texto constitucional. Dois fenômenos são a expressão mais concreta dessa situação: a dupla porta de entrada em hospitais financiados com recursos públicos com a correspondente segregação da clientela que não detém a posse de planos de saúde, e a figura do ressarcimento das despesas realizadas por clientes de planos em hospitais públicos. Essa última, vale reafirmar, além de não promover resultados pecuniários efetivos é, na verdade, um potente indicador da precariedade da regulação assistencial praticada⁴.

Para entender a origem do conceito de modelo duplicado de articulação, assim como o significado do termo “suplementar” como relativo a “serviços adicionais e não cobertos pelo esquema público”⁴⁴, é importante percorrer a trajetória de desenvolvimento do conceito de mescla

(*mix*) público/privada no interior de organizações multilaterais de fomento.

A visão sobre o caráter duplicado da articulação entre o público e o privado no sistema de saúde baseia-se no modelo de taxonomia de sistemas de seguros privados utilizado pela OECD⁴⁴. Essa organização foi criada no período pós-guerra, como órgão de fomento ao desenvolvimento econômico dos países da Europa Ocidental e do Atlântico Norte, e atualmente expande sua esfera de influência sobre países do hemisfério sul como o Chile.

O foco no desenvolvimento econômico e na padronização de estruturas de cooperação que possibilitem o intercâmbio de mercadorias e serviços entre os países membros define o viés dos elementos conceituais veiculados por essa organização. O conceito de mescla (*mix*) público/privada, por exemplo, carrega uma visão que toma sem distinções qualitativas os elementos públicos e os privados do sistema de serviços de saúde para compor um cenário, onde cada país elabora um esquema próprio para a sua população.

Em 1993, a Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES) publicou uma crítica⁴⁵ à transposição para a América Latina do conceito de mescla (*mix*), elaborado e utilizado por organizações multilaterais, como o Banco Mundial, dominadas pelos países do núcleo do sistema econômico. Em lugar de mescla (*mix*) público/privada, propôs o conceito de “articulação público/privada”, mais adequado para a investigação da trama que articula elementos públicos e privados – que são, de fato, qualitativamente distintos – no sistema de serviços de saúde de países periféricos.

Ademais, a ideia de “articulação”, coerente com os fundamentos teóricos da Medicina Social e da Reforma Sanitária Brasileira, ao colocar o foco na interface entre os processos econômicos e sociais no campo da saúde, permite escapar da armadilha conceitual que, ao não distinguir qualitativamente os espaços público e privado, subordina o primeiro ao segundo, ou melhor, submete todos os aspectos da vida social à lógica da acumulação do capital.

Essa, de fato, tem sido a tônica (e a lógica) da ação regulatória prevista na legislação e aplicada pela ANS sobre a dinâmica do comércio de planos de saúde. Mesmo quando assume uma retórica de regulação do processo assistencial praticado pelos prestadores, a precariedade de sua base de dados, alimentada pelas operadoras¹⁸, estabelece limites objetivos às iniciativas de ampliação do espectro da intervenção governamental.

Entre os trabalhos revisados, aqueles que utilizam conceitos referenciados por teorias li-

berais no campo da economia ou da administração assumem de forma naturalizada as práticas de mercado na prestação da assistência à saúde. Isso significa tomar o modelo atual de regulação da articulação entre o público e o privado na saúde suplementar como algo que não pode, não precisa ou não deve ser mudado. Consequentemente, esses trabalhos não se detêm em considerações sobre as alternativas possíveis ao modelo vigente.

Sob esse prisma, o foco passa a ser, por exemplo, a ampliação da oferta de serviços de saúde como estratégia para o fortalecimento econômico de empresas que vendem planos de saúde⁴¹ ou o crescimento dos planos próprios de hospitais beneficiados com isenção fiscal⁴².

No primeiro caso, o argumento é de que a expansão da oferta de planos de saúde ambulatoriais a preços populares e o compartilhamento dos riscos financeiros do uso de serviços de alto custo com o Estado seriam elementos necessários para o fortalecimento das pequenas e médias empresas do setor e gerariam aumento da oferta de empregos e de arrecadação para o Estado. Assim, se estabeleceria um ciclo virtuoso de benefícios econômicos, coroado com a prestação de serviços de saúde de qualidade diferenciada, característica dos prestadores privados, e ainda com o alívio da demanda sobre o sistema público. A falácia desse argumento se revela, apesar da habitual estratégia de dissimulação baseada em uma retórica conceitualmente convergente ao sistema público, na disputa prática e feroz pelas fontes públicas de financiamento.

No caso da ideia de estímulo aos planos próprios dos hospitais filantrópicos, o argumento parte de uma constatação empírica básica: este tipo de unidade prestadora compõe uma parcela importante dos leitos do país e, especialmente em pequenas cidades do interior, é, muitas vezes, a única opção de internação para pessoas doentes. Dito isso, o seu desenvolvimento transita por duas dimensões distintas de argumentação.

Em primeiro lugar, descreve as peculiaridades de um universo específico de prestadores de serviço de saúde que é beneficiado por incentivos fiscais e pela amortização de parte de seus investimentos por meio de financiamentos públicos proporcionados pela oferta concomitante de serviços ao SUS. Faz essa descrição com um foco na estrutura gerencial, portanto no aspecto administrativo dessas organizações, e associa o desenvolvimento desses elementos a uma melhor perspectiva de crescimento e sustentabilidade econômica.

Em segundo, transita pela relação desse universo de prestadores de serviços de saúde com o conjunto do sistema de saúde. Refere-se, por

tanto, às instâncias reguladoras e formuladoras de políticas de saúde e sugere a conveniência do estabelecimento de estratégias adicionais de incentivos ao desenvolvimento econômico dos hospitais filantrópicos por meio de sua inserção no mercado de saúde suplementar⁴². Nesse caso, o claro favorecimento da parcela da população detentora de planos vendidos pelos hospitais em relação à população usuária em geral não é considerado relevante.

O conceito de acumulação de capital é tomado aqui não como uma trilha para identificação de assimetrias na distribuição dos recursos destinados à assistência, mas como a finalidade natural e desejável da prestação de serviços de saúde. Uma meta voltada à saúde financeira das empresas que promete a redistribuição de parte desse excedente de volta, àqueles que puderem pagar, na forma de benefícios sociais relacionados com a assistência à saúde.

Comentários finais

A estratégia de seleção do material analisado partiu de um universo de 270 textos sobre saúde suplementar no Brasil, no período posterior à criação da agência regulatória, e separou 17 trabalhos vinculados à questão da articulação entre o público e o privado no sistema de saúde para exame do seu conteúdo.

Destaca-se, nesse material, a existência de uma discussão crítica sobre o modelo de regulação praticado pela agência e sua relação com referências teóricas que estabelecem uma articulação entre as dimensões econômicas e sociais, por um lado, e a questão da atenção à saúde, por outro. Esses trabalhos podem ser caracterizados como um segmento diferenciado da produção acadêmica sobre saúde suplementar, dotado de características diversas daquela que predomina no conjunto do material produzido no período pós-ANS.

É possível identificar uma série de conceitos e estratégias argumentativas no interior dessa discussão que, em conjunto, apontam para as contradições inerentes ao fenômeno da apropriação privada do espaço público no sistema de saúde e questionam o papel do Estado no estabelecimento de limites adequados a este processo e à preservação do interesse do conjunto da população.

No ano 2000, já era possível vislumbrar a contradição essencial relacionada com a necessidade de regulação estatal da dinâmica de compra e venda de planos de saúde. A proposta então discutida envolvia o risco de perda do sentido original de unidade do sistema, ao des-

locar essa tarefa para uma instância que não dialoga com os diversos níveis de gestão do SUS, a ANS. Em 2010, aponta-se que a tendência à expansão ilimitada desse comércio se configura na primeira e principal falha da regulação, porque ameaça subverter o princípio da saúde como direito de cidadania. Regular, no sentido da efetivação do direito à saúde, seria estabelecer limites ao processo de apropriação privada do espaço público na assistência à saúde de forma que o empresariamento privado se ativesse aos aspectos de fato suplementares a um sistema integral e efetivo.

Assim, a crítica ao atual modelo de regulação da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde encontrada no material revisado, reafirma a concepção de que o esforço regulatório mais efetivo seria aquele voltado à revisão das interferências indesejáveis da dinâmica de compra e venda de planos de saúde sobre o conjunto do sistema⁶. Ou seja, não se trata simplesmente de uma mescla (*mix*) público/privada de recursos assistenciais usados indistintamente

para o atendimento das necessidades da população, mas de uma situação na qual se articulam elementos dotados de lógicas contraditórias que devem ser compreendidas e explicitadas para que assim se possa instaurar um regime regulatório que contribua para fortalecer o caráter público e a unicidade do sistema de saúde.

Para avançar nessa discussão e se colocar como elemento ativo da transformação social, a produção acadêmica sobre a dinâmica de comércio de planos e seguros de saúde precisa de uma sólida base empírica, capaz de lidar com a nebulosidade e a dissimulação, e de uma base teórica adequada ao grau de complexidade inerente à zona de fronteira da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde. Para isso, pode se beneficiar do conhecimento acumulado na fase que precedeu o estabelecimento do modelo de agências regulatórias como política de Estado, reconhecendo as peculiaridades e assimetrias nas relações entre os agentes envolvidos na formulação de políticas públicas de saúde no Brasil.

Resumen

Este artículo parte de una revisión de 270 textos sobre salud suplementaria, publicados entre 2000 y 2010, y selecciona 17 que abordan la cuestión de la vertebración entre lo público y lo privado en la asistencia a la salud. El análisis de su contenido considera conceptos y expresiones utilizadas, elementos teóricos, así como las líneas argumentativas predominantes relacionados con la cuestión. La lectura de las estrategias argumentativas apunta la existencia de una visión crítica sobre el actual modus operandi de la vertebración pública/privada, fundamentada en la Medicina Social y en las bases teóricas del movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileña, además de contribuciones que

– apoyadas en visiones empresariales inspiradas por una perspectiva neoliberal – toman aspectos económicos en su sentido estricto como foco de la discusión sobre salud suplementaria. Por ello, es evidente que la comprensión de la vertebración pública/privada en la salud requiere el desarrollo de una sólida base empírica, analizada fundamentándose en presupuestos teóricos adecuados al grado de complejidad inherente de la línea divisoria en la vertebración entre lo público y lo privado en el ámbito de la asistencia a la salud.

Salud Complementaria; Participación Público-Privada; Políticas Públicas de Salud

Colaboradores

J. A. F. Sestelo teve substancial contribuição na concepção do artigo, coleta, análise e interpretação de dados, redação, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final para publicação. L. E. P. F. Souza teve substancial contribuição na concepção e desenho do artigo, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica importante do seu conteúdo e aprovação da versão final para publicação. L. Bahia contribuiu com a análise e interpretação de dados, redação, revisão crítica do conteúdo do artigo e aprovação da versão final para publicação.

Agradecimentos

Ao Prof. Jairnilson Silva Paim pela leitura crítica do manuscrito.

Referências

1. Santos NR, Amarante PDC, organizadores. *Gestão pública e relação público privada na saúde*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2011.
2. Aciole GG. *A saúde no Brasil: cartografia do público e do privado*. São Paulo: Editora Hucitec/Campinas: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região; 2006.
3. Bahia L. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: Matta GC, Lima JCF organizadores. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde, contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 123-85.
4. Menicucci TMG. *Público e privado na política de assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
5. Ocké-Reis CO. *SUS: o desafio de ser único*. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. *Gestão pública e relação público privada na saúde*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2011. p. 101-14.
6. Santos IS. *O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada [Tese de Doutorado]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
7. Cordeiro HA. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
8. Medici ACA. *Medicina de grupo no Brasil*. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 1991.
9. Paim JS. Do "dilema preventivista" à saúde coletiva. In: Arouca S, organizador. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 151-6.
10. Donnangelo MCF. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
11. Braga JCS, Paula SG. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/Editora Hucitec; 1981.
12. Arouca S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
13. Fleury S. Para uma teoria do movimento sanitário. In: Arouca S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 243-7.
14. Marques RM, Mendes A. *SUS e seguridade social: em busca do elo perdido*. *Saúde Soc* 2005; 14:39-49.
15. World Health Organization. *European health care reform: analysis of current strategies*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1997.
16. Bresser-Pereira LC. *Sociedade civil: sua democratização para a reforma do Estado*. In: Bresser-Pereira LC, Wilhelm J, Sola L, organizadores. *Sociedade e estado em transformação*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista/Brasília: Escola Nacional de Administração Pública; 1999. p. 23-65.

17. Ribeiro JM, Costa NR, Silva PLB. Políticas de saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas. *Interface Comun Saúde Educ* 2000; 4:61-84.
18. Santos FP, Malta DC, Merhy EE. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:1463-75.
19. Bahia L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:1385-97.
20. Sestelo J. Produção acadêmica sobre saúde suplementar no Brasil de 2000 a 2010: revisão crítica e investigação sobre a articulação entre o público e o privado [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2012.
21. Silva LMV, Souza LEPE, Cerdeira AJP, Pinto CMF, Oliveira RSA. Algumas características do setor privado de saúde de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1997; 13:701-9.
22. Andreazzi MFS. Teias e tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90 [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
23. Aciole GG. A saúde no Brasil: entre o Estado e o mercado [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.
24. Santos FPA. Regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde suplementar [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2006.
25. Andreazzi MFS, Kornis GEM. Transformações e desafios da atenção privada em saúde no Brasil nos anos 90. *Physis (Rio J.)* 2003; 13:157-91.
26. Aciole GG. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva. *Interface Comun Saúde Educ* 2006; 10: 7-24.
27. Conill EM, Ugá MAD. A saúde suplementar no Brasil: dinâmica, práticas e tendências. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:1382.
28. Oliveira DS. Análise epidemiológica de pacientes submetidos à prótese de quadril – avaliação do banco de dados de uma operadora de saúde do Estado do Paraná [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2009.
29. Barbosa NB. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:2497-506.
30. Costa RCR. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista de Sociologia Política* 2002; (18):49-71.
31. Duro LN, Assunção MC, Dias-da-Costa JS, Santos IS. Desempenho da solicitação do perfil lipídico entre os setores público e privado. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:82-8.
32. Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 6:329-39.
33. Bahia L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saúde Soc* 2005; 14:9-30.
34. Castro MHL. A relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: repensando o papel do Estado [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
35. Gerschman S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:1441-51.
36. Gomes MMG. A Comissão Parlamentar de Inquérito dos planos de saúde [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
37. Ibanhes LC, Heimann LS, Junqueira V, Boaretto RC, Pessoto UC, Cortizo CT, et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:575-84.
38. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:1431-40.
39. Santos IS. Planos privados de assistência à saúde no mundo do trabalho [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
40. Silva BMP. O Sistema Único de Saúde: o descompasso entre a realidade normativa e a realidade fática [Tese de Doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.
41. Cordeiro Filho A. Desenvolvimento das pequenas e médias empresas do setor de serviços na saúde suplementar [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.
42. Lima SML, Portela MC, Ugá MAD, Barbosa PR, Gerschman S, Vasconcelos MM. Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:116-23.
43. Pereira JC. Assistência pública e privada à saúde e suas implicações na economia familiar [Dissertação de Mestrado]. Viçosa: Programa de Pós-graduação em Economia Doméstica, Universidade Federal de Viçosa; 2004.
44. Rannan-Eliya RP, Lorenzoni L. Guidelines for improving the comparability and availability of private health expenditures under the system of health accounts framework. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2010. (OECD Health Working Papers, 52).
45. Eibenschutz C, organizadora. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996.
46. Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória [Tese de Doutorado]. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.

Recebido em 21/Mai/2012

Versão final reapresentada em 30/Nov/2012

Aprovado em 08/Jan/2013