

### O Mix Público e Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Coexistência em Evidência

The Public And Private Mix In The Brazilian Health System: Coexistence In Evidence

#### Márcia Roberta de Oliveira Cardoso

Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia – PPGP da Universidade Federal do Pará - UFPA. Psicóloga da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará – SESPA.

E-mail: [psirob2004@yahoo.com.br](mailto:psirob2004@yahoo.com.br)

#### Alcindo Antônio Ferla

Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS e professor colaborador no Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGP da Universidade Federal do Pará - UFPA.

E-mail: [ferlaalcindo@gmail.com](mailto:ferlaalcindo@gmail.com)

#### Resumo:

Este artigo objetiva descrever e analisar as principais nuances da relação público e privado no sistema de saúde brasileiro. Além de apresentar uma discussão sobre conceitos de público e privado, também serão pontuadas características, tendências e impactos do mix público-privado no sistema de saúde brasileiro. Foi realizado um levantamento bibliográfico em forma de revisão narrativa sobre a produção clássica e atual de artigos científicos, dissertações, teses e relatórios de pesquisas que apresentassem reflexões pertinentes ao tema nos últimos quinze anos. Os resultados encontrados foram categorizados nos seguintes eixos: Considerações acerca dos conceitos de público e privado; Características do Sistema de Saúde Brasileiro; Tendências e Impactos do Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro. Ficou clara a existência de uma polissemia conceitual sobre os termos público e privado e devido aos arranjos entre essas duas dimensões na estrutura do sistema de saúde brasileiro, parte-se da premissa de que ele é um sistema misto, onde o setor público e o privado coexistem no provimento, no financiamento, na

#### Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Professor Associado I da Universidade Federal do Pará na graduação e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGP.

E-mail: [pttarso@gmail.com](mailto:pttarso@gmail.com)

#### Nathália da Silva Nunes

Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia – PPGP da Universidade Federal do Pará – UFPA.

E-mail: [nathynunes@hotmail.com](mailto:nathynunes@hotmail.com)

demanda e na utilização dos serviços de saúde. Nesse contexto, foram constatados problemas próprios dos sistemas com cobertura duplicada, com impactos sobre a equidade, financiamento, produção, uso e acesso aos serviços de saúde. Assim, torna-se urgente criar estratégias e mecanismos de resistência que garantam uma ação de regulação integrada para um Sistema Nacional de Saúde que, entre outras coisas, defina a relação público/privado, além da necessidade de integração de políticas públicas, não apenas voltadas para ao desenvolvimento, mas também, para o bem-estar.

**Palavras-Chave:** Sistemas de Saúde; Saúde Suplementar; Saúde Pública.

#### Abstract:

This article aims to describe and analyze the main nuances of the public and private relationship in the Brazilian health system. In this sense, in addition to presenting a discussion on public and private concepts, characteristics, trends and impacts of the public-private mix in the Brazilian health system will also be punctuated. A bibliographic survey was carried out in the form of a narrative review on the classical and current

production of scientific articles, dissertations, theses and research reports that presented pertinent reflections on the topic in the last ten years. The results were categorized in the following axes: Considerations about the concepts of public and private; Characteristics of the Brazilian Health System; Trends and Impacts of the Public-Private Mix in the Brazilian Health System. It was clear the existence of a conceptual polysemy on the public and private terms and due to the arrangements between these two dimensions in the structure of the Brazilian health system, it is based on the premise that it is a mixed system, where the public sector and the private sector coexist in the provision, financing, demand and use of health services. Within this context, problems of the systems with duplicate coverage were found, with impacts on equity, financing, production, use and access to health services. Therefore it is urgent to create strategies and mechanisms of resistance that guarantee an integrated regulatory action for a National Health System that, among other things, defines the public / private relation, besides the need to integrate public policies, not only aimed at development, but also for well-being.

**Keywords:** Health Systems; Supplementary Health; Public health.

### Introdução

Este artigo tem por objetivo descrever e analisar as principais nuances da relação público e privado no sistema de saúde brasileiro, demonstrando a impossibilidade de que sejam tratados de forma separada no âmbito das políticas de saúde e, ainda mais especificamente, no âmbito das ofertas de ações e serviços de cuidado às pessoas e às coletividades. Nesse sentido, serão apresentados alguns conceitos de público e privado abordados sob diferentes perspectivas, dependendo do contexto histórico aqui a ser analisado. Também serão pontuadas características do sistema de saúde brasileiro, bem como análise das tendências e impactos do mix público-privado no sistema de saúde brasileiro.

Para Santos, Santos e Borges<sup>1</sup> a discussão sobre o chamado mix público-privado surge nos últimos vinte anos, no bojo dos movimentos de reforma do Estado. Seu foco são questionamentos sobre méritos e deméritos, escopo e limites da atuação do setor privado e do Estado no financiamento e na produção de bens e serviços nos diferentes

segmentos da economia. Em essência, a maior parte das investigações sobre o mix público-privado busca definir as combinações ideais de participação dos setores público e privado nos diferentes segmentos das economias nacionais.

De acordo com Bahia,<sup>2</sup> o tema 'relações entre o público e o privado' é extremamente abrangente. Nesse sentido, público e o privado são termos que integram uma das grandes dicotomias que utilizamos para classificar, dividir, explicar um universo. O público e o privado designam distintas situações de grupos sociais mais complexos e referem-se, respectivamente, àquilo que pertence ao coletivo, à comunidade e a membros singulares de uma dada sociedade. A titularidade de determinado bem dita as nuances da dicotomia público/privado.

Quando, porém, o bem é a saúde, categorizar o público e o privado é reconhecidamente difícil, segundo Bahia.<sup>2</sup> Há um disseminado reconhecimento sobre a complexidade que envolve a definição de coletivo e individual no processo saúde-doença. Assim, a díade público-privado atende com mais precisão à classificação das respostas institucionalizadas e aos problemas de saúde do que à transposição automática da aceção de titularidade coletiva ou individual a eventos relacionados com a atenção a doenças e agravos ou prevenção de riscos. São as instituições organizadas para responder as demandas e necessidades de saúde que, em geral, recebem a predicação pública ou privada. Entretanto, a natureza das instituições não esgota o debate, na medida em que comumente essa definição está associada tão somente à natureza jurídica das organizações que provêm as ações e serviços e não abrange dois aspectos fundamentais sobre o funcionamento de um sistema de saúde: a gestão (formulação e definição de políticas, macro e microrregulação, fiscalização e controle) e a operação cotidiana, relativa às escolhas e percursos que, objetivamente, os usuários fazem pelos diferentes serviços.

A discussão sobre os modelos de sistemas de saúde vem ganhando novos contornos, após as diversas reformas que, desde os anos noventa,

vêm sendo implementadas tanto nos países europeus como nos demais países.<sup>3</sup> Estas, embora com objetivos formais e formatos finais distintos, derivaram, todas, do tratamento do gasto em programas sociais (entre os quais, o da saúde) como instrumento do ajuste macroeconômico. Elas resultaram na introdução de mudanças nos sistemas de saúde welfaristas e, diferentemente, no caso dos países latino-americanos, na formatação de sistemas em muitos casos totalmente distintos dos previamente existentes.

Deve-se observar, entretanto, que o formato final desses sistemas resulta da própria história da construção dos mesmos. No que diz respeito ao caso brasileiro, o processo iniciado pelo movimento da reforma sanitária, que culminou com as teses defendidas e aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, resultou, na Constituição Federal de 1988,<sup>4</sup> na opção por um modelo inspirado nos sistemas nacionais de saúde de acesso universal e integral. Entretanto, na realidade, já existia um setor privado robusto, tanto no campo da prestação de serviços (com um parque hospitalar predominantemente privado), como no que tange ao seguro privado (por meio de seguradoras e operadoras de planos privados de saúde).<sup>3</sup> Além disso, o “mercado” brasileiro é bastante atrativo ao complexo produtivo da saúde, quer seja pela sua dimensão, quer seja pela facilidade de predomínio do interesse privado na lógica de operação de diferentes governos ao longo da história.

Nesse sentido, este artigo, além de apresentar uma discussão sobre conceitos de público e privado utilizados no debate contemporâneo da saúde, também serão abordadas características, tendências e impactos do mix público-privado no sistema de saúde brasileiro.

### Metodologia

Para a elaboração deste artigo foi realizado um levantamento bibliográfico em forma de revisão narrativa sobre a produção clássica e atual de artigos científicos, capítulos de livros, dissertações, teses e relatórios de pesquisas que apresentassem reflexões pertinentes à relação

público e privado no sistema de saúde brasileiro, abordando alguns conceitos acerca dos termos público e privado, bem como reflexões sobre as tendências e os impactos do mix público-privado no referido sistema.

De acordo com Rother,<sup>5</sup> os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas, de uma forma geral, não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. Ainda segundo a autora, constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressa e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor. Além disso, um artigo de revisão narrativa é constituído de: Introdução, Desenvolvimento (texto dividido em seções definidas pelo autor com títulos e subtítulos de acordo com as abordagens do assunto), Comentários e Referências.

O critério de pesquisa foi a busca virtual em sites de produção acadêmica nos últimos quinze anos, tais como o Portal de Periódicos CAPES e bases de pesquisa de periódicos nacionais (SCIELO, BVS – BIREME e LILACS), além de algumas obras clássicas que abordaram a questão dos conceitos de público e privado. A opção por essas bases deveu-se ao fato de contemplarem a produção nacional com indexação em periódicos conceituados na área da saúde. Nesse sentido, na busca foram utilizados como principais termos ou palavras-chave: “sistema de saúde brasileiro”, “o mix público e privado na saúde”; “relação público e privado na saúde”; “saúde pública e saúde suplementar”.

Os critérios de inclusão para a seleção das publicações foram: capítulos de livros, artigos científicos, dissertações, teses e relatórios de pesquisas publicados em português que abordassem a temática proposta e respondessem ao objetivo do estudo. Como critérios de exclusão utilizaram-se: referências que não possuíssem acesso gratuito ao texto completo

online e outras línguas que não as citadas nos critérios de inclusão. A amostra foi constituída por estudos que preencheram os critérios de inclusão, selecionados pela pertinência ao tema e análise crítica dos autores e não por métodos aleatórios. Foram considerados os estudos não experimentais, descritivos, exploratórios e de abordagem qualitativa e quantitativa que tiveram como tema central a relação público e privado no sistema de saúde brasileiro.

Foram encontradas 50 referências ligadas a esses temas pesquisados no período já citado anteriormente. Foram selecionadas 22 referências pertinentes ao objetivo da pesquisa. Os resultados encontrados foram categorizados em eixos previamente definidos, norteadores da discussão, os quais foram: Considerações acerca dos conceitos de público e privado; Características do Sistema de Saúde Brasileiro; Tendências e Impactos do Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro.

### Resultados e Discussão

#### Considerações acerca dos conceitos de público e privado

De acordo com Menicucci,<sup>6</sup> sob uma perspectiva mais ampla, a noção de público e privado, bem como a relação entre as duas categorias, assume uma grande variabilidade de significados sociais, históricos e disciplinares que não ofusca, porém, a relevância que os conceitos assumem tanto no debate teórico quanto político, no passado como no presente. Em que pese as diferenças, é possível identificar pontos de conexão entre as diferentes concepções.

Para Arendt,<sup>7</sup> a separação entre o público e privado nasce na sociedade grega e se manifesta sob o ponto de vista da privacidade. O cidadão grego pertencia a duas ordens de existência: sua vida privada, própria do indivíduo, e a sua vida política, comum a todos. A esfera privada está ligada a casa, tanto pelo nome quanto pela posse de bens móveis e de dispor de bens móveis. Os cidadãos gregos eram apenas os homens livres, dispensados dos trabalhos produtivos, ou seja, a

condição de liberdade situava-se exclusivamente na vida política, espaço de reunião com os seus iguais. A vida pública era, portanto, uma prática coletiva exercida pelos homens livres, num imediatismo sem mediações, num exercício de individualidades sem representações, com duas atividades: a ação e o discurso. O caráter público da vida em comum constituía-se na conversação, e esta podia assumir a forma de conselho ou de tribunal, bem como a práxis comunitária para a guerra ou para os jogos, campo para a distinção honorífica, pois cada um procurava destacar-se, segundo o catálogo aristotélico das virtudes.<sup>7</sup>

Tomando o termo grego pólis, na sua tradução latina, teremos o vocábulo civitas, que se refere à cidade ou ente público e coletivo. Na sociedade romana, o público vem do termo res pública, que significa coisa pública ou negócios públicos dirigidos pelos cidadãos livres e iguais nascidos em Roma. Na modernidade, tanto polis como civitas passam a ter o sentido de Estado.<sup>8</sup>

No mundo moderno, entretanto, estas esferas pouco diferem entre si porque, conforme afirma Arendt,<sup>7</sup> a política se tornou uma função da sociedade; e a ação, o discurso e o pensamento são superestruturas assentadas no interesse social. Perante, este último, a sociedade moderna, ao impor regras normatizadoras aos seus membros, tomados em igualdade, espera de cada um, em vez de ação, certo tipo de comportamento. Disso, dimana, talvez, a dificuldade de se compreender a divisão entre as esferas pública e privada. Desde a antiguidade até hoje, a privacidade escondeu tudo o que estivesse ligado à necessidade vital, ou seja, a produção/reprodução da vida era trabalho restrito aos escravos e às mulheres e permanecia, assim, mergulhada nas sombras da esfera privada. A comunidade natural do lar era decorrência da necessidade: manutenção individual e sobrevivência da espécie eram tarefas compartilhadas entre homens e mulheres. Eram estas necessidades que reinavam em todas as atividades exercidas no lar muito mais urgentemente que qualquer parte do mundo comum.

Arendt<sup>9</sup>: afirma que “todas as coisas, a qualquer momento, podem se tornar praticamente

qualquer outra coisa”. A autora critica duramente a perda da importância de “fazer distinções”, pois, à medida que não se distinguem conceitos e “cada um de nós tem o direito de definir seus termos”, deixamos de viver em um mundo comum em que as palavras possuem um significado preciso.

Nesse processo em que todas as coisas podem tornar-se qualquer outra coisa, ideias antes bem definidas – como “público” e “privado” – perdem seu sentido original e dissolvem-se, transformando-se em instâncias que praticamente não se diferenciam. Imersa no debate sobre o desaparecimento da esfera pública e da esfera privada, Arendt<sup>7</sup> analisa que o político não pode mais sobreviver e que, como consequência, emerge o social. A partir de suas análises, buscou-se compreender a gênese dos conceitos de público e privado, para procurar discutir em que os conceitos se converteram na contemporaneidade e quais as implicações desse processo.

Segundo Habermas,<sup>10</sup> o termo público é um semeador de polissemias, isto é, tem uma grande variação de significados. O autor tece reflexões sobre as condições históricas em que se foi desenvolvendo a mudança estrutural na esfera pública, e sua interpenetração com a esfera privada. Segundo ele, a evolução do modelo liberal de mercado, de um comércio em pequena escala de relações horizontais de troca entre produtores individuais de mercadorias – traço característico do capitalismo mercantil – produz pela concentração do capital e pela conjugação de grandes empresas, relações verticais de concorrência imperfeita, preços independentes, e poder social em mãos privadas; isso gera processo de crise que desvelam a estrutura antagônica de sociedade, que quanto mais mostra um relacionamento coercitivo, mais urgente torna a necessidade de um elemento coercitivo forte: o Estado.<sup>11</sup>

Aciole<sup>11</sup> conclui que, embora o termo público receba uma forte conotação que liga à coisa comum, ao coletivo, em uma suposta primazia sobre o privado (o particular, o individual ou vice-versa), no contemporâneo e nas análises sobre essas temáticas parece mais adequado abandonar tal tendência, e até mesmo a demarcação nítida e

separatória entre ambos. Assim, será considerado uma simplificação colocá-los em polaridade de opostos, gerando a necessidade de uma interação mais profunda com a “coisa” que está sob análise. Vista deste ângulo, a relação público vs. privado não poderá, e não deve, ser resolvida pela saída simplista entre estatismo vs. Privatismo, formato que é muito frequente em nosso meio. Ademais, porque se é necessário não confundir estatal com sinônimo de público, tampouco, é menos necessário ver o privado como não estatal. Então, para Aciole<sup>11</sup> o importante é

[...] reconhecer e refletir sobre a existência de trânsito entre os dois setores, não exatamente distinguidos pela clientela que atendem ou servem, ou pela valoração ideológica que os marcam. A força de público reside, pois na relevância para compreender privado, e vice-versa, num mundo que reivindica contínua re-interpretação e constantemente aponta relações de interpenetração.

A partir dos conceitos trazidos pelos autores acima, é possível afirmar que a diluição da diferença entre a esfera privada e a esfera pública, tal como existia no mundo grego, a transferência das preocupações privadas para a política e a valorização da esfera privada como fenômeno social constituem questões a serem mais bem compreendidas e discutidas, num contexto em que a polissemia também revela variações de sentido nesses termos.

De modo geral, há certo reconhecimento de que, tanto teórica quanto empiricamente, é muitas vezes difícil separar o público e o privado no campo da saúde, enquanto categoria mais ampla, e que os vasos comunicantes entre os dois âmbitos são dinâmicos e complexos.

Como pensar essa dicotomia e a articulação entre os dois termos na sua apropriação no campo da

saúde, especificamente no Brasil? Como ponto de partida, assumindo uma característica geral da modernidade, parece mais profícuo falar da relação entre os dois termos do que pensá-los de forma separada, na medida em que se interrelacionam mutuamente, apesar de uma opacidade dessa relação na grande maioria das análises e no debate em torno da saúde (particularmente no debate relativo à assistência à saúde), segundo Menicucci.<sup>6</sup> Em relação a essa questão, serão apresentados a seguir algumas das principais características do sistema de saúde brasileiro.

### Características do Sistema de Saúde Brasileiro

Dentre os estudos que envolvem discussões sobre a configuração do sistema de saúde brasileiro, podemos citar Ferla,<sup>12</sup> que postula que o sistema de saúde brasileiro, único em termos de definição legal, de valores gerais de configuração e de organização participativa da tomada de decisões, é misto no sentido de estruturas e funções que compõem o componente assistencial.

Há na assistência, a presença de três subsistemas: a) um subsistema público, responsável por prover o componente público do sistema de serviços de saúde destinado a toda a população, b) um subsistema suplementar, responsável por prover a parte do sistema de serviços privados operada por meio de planos e seguros privados de saúde e c) um subsistema privado absoluto, que mantém ações e serviços para a parcela da população que compra diretamente esses serviços.<sup>12</sup>

Santos, Santos e Borges<sup>1</sup> apontam algumas formas de imbricamento público-privado no sistema de saúde brasileiro, a saber: a primeira diz respeito à prestação e produção de serviços. O Sistema Único de Saúde (SUS) produz serviços em unidades de saúde, incluindo os hospitais públicos e os privados complementares, estes últimos podendo ser conveniados ou contratados. É nos casos em que os serviços de saúde não são prestados em unidades próprias (públicas), que ocorre uma primeira forma de imbricamento público-privado no campo da prestação dos serviços. Nesta, a compra e a venda de serviços de saúde se dá entre

o poder público e os prestadores privados. Uma segunda forma de imbricamento público-privado no campo da prestação de serviços de saúde ocorre devido à superposição de demandas aos prestadores privados, os quais prestam serviços às operadoras privadas de assistência à saúde e, paralelamente, vendem também serviços ao poder público (SUS).

A terceira forma ocorre pelo pagamento privado direto de empresas e indivíduos a prestadores privados de serviços de saúde, uma vez que tais pagamentos constituem outro grande segmento de consumo no mercado. Além disso, seja por meio dos seguros privados ou pelo pagamento privado direto, é possível comprar junto aos estabelecimentos públicos, serviços médico-hospitalares de média e alta complexidade, o que geralmente ocorre naqueles estabelecimentos com quadro de profissionais referenciados, como os hospitais universitários e de ensino, que realizam serviços de saúde para o SUS. Esse arranjo se dá porque, embora o SUS não permita o financiamento privado de seus serviços, existe um vácuo na legislação que faz com que, na prática, a venda dos serviços para o setor privado possa se dar por intermédio de fundações criadas ou contratadas para gerenciar serviços desses hospitais, as quais não têm impedimento para vender serviços para o setor privado, e aqui reside uma quarta forma de imbricamento público-privado neste campo da prestação.<sup>1</sup>

Existem ainda outras formas de imbricamento público-privado na realidade brasileira que ocorrem no campo do financiamento. Elas se dão de três maneiras: (i) pelas desonerações fiscais a prestadores privados e consumidores dos seus serviços; (ii) pelo gasto de órgãos públicos com prestadores privados e operadoras de seguros de saúde para a assistência à saúde de seus trabalhadores e familiares, e; (iii) pelo uso de serviços do SUS por clientes de operadoras privadas, nos casos em que não ocorre o ressarcimento ao sistema público.<sup>1</sup>

É importante para a compreensão do sistema de saúde brasileiro o marco conceitual desenvolvido pela Organização de Cooperação para o

Desenvolvimento Econômico (OECD), em 2004 e sustentado por diversos autores como Santos<sup>1,3</sup> que diz respeito à forma em que se insere o seguro privado no sistema de saúde: complementar, substitutivo, complementar ou primário.

Na primeira forma, o seguro privado comercializa planos de saúde que oferecem serviços já cobertos pelo sistema público de cunho universal ou pelo seguro social de adesão compulsória. O que caracteriza essa forma de inserção do seguro privado é, portanto, a cobertura duplicada de serviços de saúde que dele decorre. Isso não impede que, em alguns casos, o seguro privado complementar ofereça alguns elementos adicionais, tais como diferenciação na hotelaria, livre escolha de prestador e/ou acesso mais ágil que no sistema estatutário. Ele também pode eventualmente prover alguns serviços não cobertos pelo sistema estatutário e que não são considerados como fundamentais para a saúde – por exemplo, cirurgia estética. O seguro complementar está presente em diversos países, tais como Reino Unido, Irlanda, Finlândia, Portugal, Espanha, Itália e Grécia.<sup>1,3</sup>

Nos casos em que o indivíduo deve optar pelo sistema público ou pelo seguro privado, este atua como substitutivo. Ele se verifica em países com sistema de seguro social no formato posterior às reformas dos noventa, tais como Alemanha, Holanda, Bélgica e, na América Latina, o Chile.

O seguro privado pode ser complementar ao sistema estatutário, quando as pessoas o adquirem para complementar o acesso a serviços que não são cobertos pelo sistema estatutário, ou o são apenas parcialmente. Neste último caso, o seguro privado complementar se destina a cobrir co-pagamentos impostos pelo sistema estatutário, como ocorre na França, por exemplo. Já o seguro privado atua como sistema primário quando ele é o elemento preponderante do sistema de saúde, como no caso estadunidense.

Devido a esses arranjos entre o público e o privado na estrutura operacional do sistema de saúde brasileiro, parte-se da premissa de que ele é um sistema misto, onde o setor público e o privado coexistem no provimento, no financiamento, na

demanda e na utilização dos serviços de saúde.

Aciole<sup>11</sup> realizou uma cartografia do público e do privado argumentando que, apesar da aparente distinção entre um subsistema estatal (público) e um subsistema privado, interessaria examinar o conjunto de estabelecimentos, equipamentos e profissionais que garantem a oferta para que sejam identificados os diversos graus de imbricamentos e a interdependência desses recursos. Também seria necessário ter em mente que nesses dois espaços atuam atores sociais com projetos próprios, quer estejam alocados nas esferas do Estado ou do mercado. Esses projetos se expressam em práticas e arranjos tecnoassistenciais em constante tensão pela permanência de duas categorias distintas no sistema de saúde, a do consumidor e a do cidadão.

Dentro dessa concepção apontada por Aciole,<sup>11</sup> considera-se que no Brasil coexiste um mix público e privado no sistema de serviços saúde, cujas diretrizes devem ser únicas, o que significa dizer que estas devem estar condicionadas à atuação reguladora do Estado, como apregoa a Constituição Federal.<sup>4</sup>

### Tendências e Impactos do Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro

De acordo Bahia,<sup>2</sup> atualmente, no Brasil, as expressões Saúde Pública, saúde privada, assistência pública, assistência privada, medicina pública e medicina privada, utilizadas pela mídia praticamente como sinônimos, referem-se, quase sempre, à rede de cuidados e serviços estatais e por vezes conveniadas com o Ministério da Saúde e com secretarias estaduais e municipais de saúde e aqueles estabelecimentos e profissionais de saúde ‘credenciados’ pelas empresas de planos e seguros privados de saúde, respectivamente.

Como a rede ‘pública’ é integrada por estabelecimentos privados (entre as quais as filantrópicas) e a ‘privada’ por instituições públicas (entre as quais estabelecimentos estatais), a rigor a rotulação público ou privado resulta de uma apropriação bastante singular – uma transposição de características da demanda (a cobertura ou não por planos e seguros privados de saúde) à oferta

de ações e serviços de saúde. Essa operação, quase sempre sutil, de ocultamento do privado no público e do público no privado, vincula o ordenamento dos componentes do sistema de saúde antes à percepção da capacidade de pagamento direta ou indireta do que a natureza dos estabelecimentos e prestadores de serviços que o compõem. Diz-se, portanto, frequentemente, que a saúde é pública ou privada não em razão das características individuais ou coletivas do bem saúde, mas porque a titularidade ou não de planos e seguros de saúde distingue segmentos populacionais. Na realidade, o elemento diferenciador é a natureza 'particular' do pagador das ações e procedimentos assistenciais: o governo ou uma organização cuja natureza pode ser pública ou privada, mas que oferta ou comercializa planos privados de saúde.<sup>2</sup> Nesse plano de análise, entretanto, torna-se invisível o fato de que há ações individuais e coletivas que são ofertadas pela política pública e consumidas por usuários do sistema público e beneficiários do sistema privado, como na área da vigilância em saúde e, mesmo, na regulação das ações e serviços oferecidos no país. Mas as análises decorrentes de tal perspectiva agregam conhecimento útil à compreensão da dinâmica "macropolítica" do sistema de saúde brasileiro.

Santos, Santos e Borges<sup>1</sup> apontam algumas desigualdades do sistema de saúde brasileiro. Uma das mais marcantes diz respeito ao subfinanciamento do SUS e ao subsídio fiscal permitido aos gastos privados. Outras se referem às desigualdades entre os segurados e os não segurados nas suas características sócio demográficas e nas de oferta, acesso e uso de serviços, comportamento do profissional de saúde e ao próprio financiamento setorial.

Entretanto, ao setor privado, seja ele vinculado ao SUS ou fornecedor de serviços aos planos privados de saúde, correspondem vários problemas sérios e que devem ser analisados, como a evidência de que os princípios do setor privado não garantem que este resolva o problema de iniquidade de acesso aos serviços de saúde ou atue de forma predominante na melhoria dos níveis de saúde de uma população ou de um território. Por operar

sob a lógica de interesses privados, a existência e o funcionamento de serviços e profissionais de saúde no setor privado não são suficientes para que este se organize como "sistema de saúde" para o país como um todo. Ao contrário, a atuação do setor privado é influenciada pela motivação de obtenção de lucro que este setor persegue, e não pela solidariedade ou pelo direito de cidadania, que são valores necessários a um modelo de proteção social que não atribua ao indivíduo toda a responsabilidade por sua saúde.<sup>1</sup> Assim, assim, sua ação mais visível será seletivamente sobre a parcela da população que tem capacidade financeira de consumir seus serviços.

Santos<sup>13</sup> afirma que no Brasil, por mais problemas que apresente e por mais imbricado que esteja com o setor privado, o SUS ainda é um sistema de saúde de interesse público para todos os brasileiros, inclusive pela prerrogativa legal de ordenar o setor suplementar e por fazer um conjunto de ofertas universais, particularmente em tempos de crise, onde reduz o emprego e o vínculo com planos e seguros privados de saúde. Nenhum outro país desse tamanho tem sistema público para todos. Portanto, o SUS está organizado em rede, com ações, serviços, clínicas e postos de saúde, hospitais, centros de serviços de apoio à diagnose e terapia (SADT), profissionais que executam as ações e os serviços, recursos físicos, e políticas orientadoras articuladas. Sozinhos, esses pontos não formam uma rede, somente quando seus pontos são interligados (com sistema de informação, logística, comunicação etc.) é que constituem os fios da rede. Isso não ocorre no setor privado pela sua natureza fragmentada. Além disso, a lógica da atenção à saúde não se resolve se estiver centrada nos eventos hospitalares e agudos, como costuma ocorrer na assistência prestada pelo setor privado, que é orientado pela lógica de pagamento por serviço executado.

Para Cordeiro, Connil, Santos e Bressan,<sup>14</sup> uma questão importante a ser considerada na compreensão do mix público-privado é a influência exercida pelo imaginário social, onde há o predomínio da ideia de que o sistema privado é eficiente e o público não. Esse

imaginário foi fortemente alimentado no período do esgotamento da ditadura militar brasileira, onde a crise financeira para a oferta de ações e serviços foi abordada como responsabilidade dos indivíduos. Soma-se a isso uma sensação geral de insegurança que se aprofunda pelos problemas decorrentes de um modelo segmentado e pouco eficiente, favorecendo a constituição de argumentos para a escolha de assistência privada, principalmente em termos de crise econômica. Outro aspecto importante é que o imaginário liberal é fortemente predominante na formação das profissões da saúde.

Ainda segundo Cordeiro, Connil, Santos e Bressan,<sup>14</sup> existem avanços no SUS com melhora nos indicadores de morbidade e mortalidade, o gasto total com saúde é razoável, mas, ao mesmo tempo, o sistema apresenta baixa resolubilidade, é fragmentado, segmentado com baixo gasto público. Convivem de forma contraditória a abundância e a escassez de alguns serviços e de tecnologias tanto no SUS como no segmento suplementar, ainda que de natureza e em graus diferentes. No primeiro, nota-se o aparecimento e o recurso a tecnologias leves enquanto no segundo predominam as tecnologias duras. Esse cenário aponta para a complexidade do processo regulatório de forma que o interesse público possa prevalecer na garantia dos princípios constitutivos do sistema de saúde e de seu resultado final.

### O que fazer diante desse contexto?

Para Menicucci<sup>6</sup> o maior desafio para uma construção institucional do sistema de saúde do Brasil que garanta maior efetividade e sustentabilidade parece estar relacionado à definição das formas de articulação do mix privado/público que se constituiu ao longo do tempo. Dada a institucionalização de um sistema dual, é necessária a demanda da construção social de uma agenda radicalmente inovadora que supere a discussão focada apenas no sistema 'único' e possa levar a uma reconstrução do arcabouço regulatório do sistema de saúde como um todo e não apenas centrado em seus segmentos.

A complexidade do sistema de saúde brasileiro

exige a formulação de diretrizes mais universais, coerentes com a concepção de que a saúde é um bem de relevância pública. A saúde suplementar deve, portanto, integrar a agenda mais abrangente da regulação da saúde e frequentar mais assiduamente a pauta das instâncias de controle social que deliberam sobre as políticas de saúde.<sup>15</sup> Nesse sentido, vale ressaltar que a abordagem da regulamentação dos planos de saúde nos conselhos e conferências de saúde, nas comissões intergestoras tripartite e bipartite, na atuação cotidiana dos gestores públicos e nos fóruns de debate sobre o Sistema Único de Saúde é ainda superficial e não está à altura da relevância das inúmeras intersecções entre a saúde suplementar e o SUS.

Hoje, no Brasil, o obscurecimento do debate sobre as relações entre público e privado impede que a natureza contemporânea das bases corporativas, que alicerçam a privatização do sistema de saúde brasileiro, estimule um debate democrático, conforme afirma Bahia.<sup>2</sup> O liberalismo separa o privado do público e estabelece que o primeiro é o reino de uma pluralidade de interesses e visões irreconciliáveis. Ao público caberia impor ou sobrepor um consenso plasmado numa concepção compartilhada de justiça, a qual minimiza o antagonismo que decorre do pluralismo de valores e tende a reduzir a política à ética. Com isso, o pensamento liberal tende a ignorar o Estado e evadir-se da política, enfatizando duas esferas heterogêneas: a ética e a economia.<sup>2</sup>

Por isso, de acordo com Bahia,<sup>2</sup> precisamos contribuir para reforçar uma democracia que intensifique a capacidade de apreensão da natureza da política e desenvolver abordagens que inscrevam a questão do poder e seu antagonismo em seu próprio centro. Nesse sentido, a questão central passa a ser não eliminar o poder, mas sim constituir formas de poder mais compatíveis com os valores democráticos. Nesse sentido a autora afirma que

A política busca a criação da unidade em um contexto de conflitos e diversidade e está sempre associada ao 'nós' em relação a 'eles'. A novidade não é a superação da oposição nós versus eles,

mas propor um caminho diferente para que ela seja estabelecida. O propósito é construir um 'eles' de tal modo que não sejam reconhecidos como inimigos a serem destruídos, mas como adversários cujas ideias serão combatidas, mas cujo direito de defendê-las não seja questionado. Requer que tratemos a quem nos opomos como opositores legítimos. O adversário não é um mero competidor, pois na acepção liberal compartilhamos com ele alguns princípios como liberdade e igualdade. Discordamos, porém, em relação ao sentido e à implementação dos princípios, porque sabemos que não há uma solução racional e harmoniosa para os conflitos. O bom funcionamento da democracia requer um intenso embate de posições políticas. Portanto, abrir espaço para o dissenso e promover os fóruns para manifestá-lo é vital.<sup>2:127</sup>

No caso do Brasil, segundo Scheffer, Azevedo e Bahia<sup>15</sup> a institucionalização de um novo patamar na expressão concreta de direitos e garantias na saúde passa pela produção de um consenso em torno da redefinição do papel do Estado na superação de desigualdades inaceitáveis no acesso e na qualidade das ações de saúde. Apesar da aparente distinção entre um subsistema estatal (público) e um subsistema privado no Brasil, a análise comparativa da oferta e de suas práticas permitiu identificar diversos graus de imbricamentos, com uma interdependência que alimenta a geração dessas desigualdades.

Ter como horizonte uma ação de regulação integrada para um Sistema Nacional de Saúde significaria um passo adiante na construção da reforma sanitária, pois implica ações dirigidas tanto ao segmento público (o SUS) como ao segmento privado, contratado ou não pelas operadoras de planos de saúde (segmento suplementar), ou seja, ações regulatórias direcionadas ao conjunto dos componentes essenciais e aos resultados do sistema de saúde como um todo.<sup>14</sup>

### Considerações Finais

Neste artigo, para analisar as principais nuances da relação público e privado no sistema de saúde brasileiro, procurou-se abordar inicialmente os

conceitos sobre os termos público e privado trazendo para dialogar com o tema autores clássicos como Arendt,<sup>7</sup> Chauí,<sup>8</sup> Habermas<sup>10</sup> e Aciole.<sup>11</sup> Cabe ressaltar que esses autores foram em sua maioria citados nas produções acadêmicas pesquisadas como principais referências no que diz respeito à discussão conceitual dos termos público e privado. Ficou clara a existência de uma polissemia conceitual e mais do que buscar uma suposta pureza conceitual, do ponto de vista prático e também analítico, a separação entre os dois conceitos não parece frutífera, visto que as formas de articulação entre eles se tornam bastante complexas e variadas no âmbito da saúde.

Outro assunto abordado neste trabalho se referiu às características do Sistema de Saúde Brasileiro, onde ficou patente uma tensão dialética que envolve o desenvolvimento capitalista do Brasil, alimentando a constituição de dois subsistemas de atenção à saúde: um privado, centrado na oferta e consumo de procedimentos médico-clínicos, em grande parte financiado pela organização previdenciária estatal garantidora de uma clientela cativa; outro, estatal, voltado para atendimento das questões de natureza coletiva e sanitária, financiado e gerido pelos organismos da saúde, de acordo com Aciole.<sup>11</sup> Eis, apenas delineada, um grande campo de investigação e análise que pedem desdobramentos: mecanismos de regulação e de desenho de modelos assistenciais que vão, subliminarmente, constituindo e sendo constituídos, em função de interesses matriciais que definem e condicionam possibilidades exploratórias de nichos de procedimentos, que vão sendo marcados como preferenciais para o Mercado, e obrigatórios para o estado.

Quanto às tendências e impactos do mix público-privado no sistema de saúde brasileiro, foi observado que há problemas próprios dos sistemas com cobertura duplicada, destacados por diversos estudos, algumas são instigantes para se pensar no caso brasileiro pelas evidências que mostram sobre equidade, financiamento, produção, uso e acesso aos serviços de saúde.

Conforme apontou Santos,<sup>13</sup> estes estudos

evidenciam que a convivência de cobertura para seguro privado com um sistema público, chamada cobertura duplicada, gera alguns efeitos, tais como: (i) o sistema público fica com maiores e mais complexas filas de espera; (ii) o arranjo público-privado contribui para a iniquidade na oferta, no acesso e no uso dos serviços; (iii) incentiva o desenvolvimento do setor privado nos serviços em que a população tem dificuldade de acesso no sistema público, geralmente consultas a especialistas, cirurgias eletivas, SADT e medicamentos; (iv) não diminui a pressão da demanda por serviços do sistema público e, tampouco, pelo financiamento desse sistema; (v) não contribui para a preservação dos objetivos gerais do sistema de saúde – de universalidade, integralidade e equidade; de colaboração positiva para os resultados de saúde, o desenvolvimento do próprio sistema de saúde e objetivos sociais, como a melhoria das condições de vida da população. Ao contrário, corrói esses objetivos do sistema. Portanto, não há evidência de que o seguro privado alivie os sistemas públicos universais.

A segmentação das coberturas dos planos e seguros de saúde representa um desafio permanente à universalização da atenção à saúde, na medida em que seus efeitos ultrapassam as fronteiras das relações de consumo e incidem sobre a organização e a utilização de serviços de

saúde da sociedade como um todo.<sup>16</sup> Na prática, os segmentos populacionais cobertos por planos e seguros de saúde não optaram pelos melhores preços e/ou qualidade dos planos. Os contratos são compatíveis com o status socioeconômico de seus clientes e não com suas necessidades de saúde. Essa estratificação interna franqueia ou impõe barreiras de acesso aos prestadores de serviços de saúde.

As transformações que os arranjos público-privados vêm sofrendo se dão não apenas pelo crescimento do setor privado, mas também por mudanças no formato administrativo-jurídico e de financiamento das instituições que prestam serviços de saúde e no tipo de contrato de prestação dos serviços, fazendo com que os conceitos de público e privado venham se transformando e se tornando cada vez mais difusos.<sup>1</sup>

Todas essas mudanças conferem dinamismo ao mix público-privado que, ao contrário de um fenômeno estático, é uma situação em constante mutação. Assim, além da coexistência do público e do privado nos sistemas de saúde parecer inevitável em praticamente todos os países do mundo, como afirmam Santos, Santos e Borges,<sup>1</sup> ela resulta de uma determinada configuração em dado momento e, por este motivo, é dinâmica.

### Referências

<sup>1</sup>Santos IS, Santos MAB, Borges DCL. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. v. 4, p.73-131.

<sup>2</sup>Bahia L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificativa. In: Santos N R S, Amarante PDC (Organizadores). Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.

<sup>3</sup>Santos IS, Uga 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(5):1431-1440.

<sup>4</sup>Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

<sup>5</sup>Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paul Enferm. 2007; 20(2): v-vi.

<sup>6</sup>Menicucci T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: Santos N R S, Amarante PDC (Organizadores). Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.

<sup>7</sup>Arendt H. A condição humana. 9.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1999.

<sup>8</sup>Chauí M. Convite à Filosofia. São Paulo: Ática; 2000

<sup>9</sup>Arendt H. Entre o passado e o futuro. 6.ed. São Paulo: Perspectiva; 2007.

<sup>10</sup>Habermas J. Mudança estrutural da esfera pública. Investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1984.

<sup>11</sup>Aciole GV. A saúde no Brasil, cartografias do público e do privado. Campinas: Sindimed, Hucitec; 2006.

<sup>12</sup>Ferla AA, Coordenador. Incorporação da tecnologia de linhas de cuidado na Saúde Suplementar: análise multicêntrica de experiências no ciclo mãe-bebê e em saúde mental nas Regiões Norte e Sul do Brasil a partir de marcadores selecionados: projeto na modalidade de Auxílio à Pesquisa, ANS nº 25/2007. Porto Alegre: UFRGS; 2010.

<sup>13</sup>Santos I S. A solução para o SUS não é um Brazilcare. RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2016 jul./set.; 10(3).

<sup>14</sup>Cordeiro HA, Conill EM, Santos IS, Bressan AI. Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In: Santos N R S, Amarante PDC (Organizadores). Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.

<sup>15</sup>Scheffer M, Azevedo G, Bahia L. Aporte de recursos públicos para planos privados de saúde. In: Santos N R S, Amarante PDC (Organizadores). Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.

<sup>16</sup>Bahia L, Scheffer M. Planos e Seguros Privados de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC (Organizadores). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 1110 p.