



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: "40 anos da "Virada" do Serviço Social"

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política Social e Serviço Social.

Sub-Eixo: Ênfase em Financiamento.

A EXPANSÃO DO MERCADO PRIVADO DE SAÚDE NO BRASIL: UMA BREVE ANÁLISE HISTÓRICA

Pâmela Karoline Lins Alves¹
Viviane Medeiros dos Santos²
Maria Valéria Costa Correia³

Resumo: A pesquisa aqui proposta tem como objeto de estudo a trajetória histórica da expansão da saúde suplementar com o apoio estatal, analisando até que ponto esse processo está relacionado com o processo de desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), além de demonstrar que, cada vez mais, o Estado vem investindo no setor privado (através de isenções fiscais, desonerações, perdão de dívidas, entre outras formas), enquanto alega escassez de recursos para investimento na saúde pública.

Palavras-chave: Estado; Setor Privado; Saúde Suplementar.

Abstract: Research proposed here has as object of study a historical trajectory of expansion of health supplements with State support analyzing to point this process is related to the process of desfinanciamento unified health system (SUS). In addition to demonstrating that, increasingly, the State is investing not private sector (Amendment of tax exemptions, makes provision, forgiveness of debt, among other forms), while claims scarcity of resources for investment in public health.

Key words: State; Private Sector; Health Insurance.

INTRODUÇÃO

Tem-se observado, desde a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), um processo de desmonte desse sistema, por meio do desfinanciamento da saúde. Esse processo tem sido caracterizado por ser resultado das reformas neoliberais e do ajuste fiscal no financiamento das políticas sociais.

A contrarreforma⁴ implementada no Brasil, a partir da segunda metade da década de 1995, como medida para o enfrentamento da crise do capital, aponta a

¹ Estudante de Pós-Graduação, Universidade Federal de Pernambuco, E-mail: pamela.t9@hotmail.com.

² Estudante de Pós-Graduação, Universidade Federal de Alagoas, E-mail: pamela.t9@hotmail.com.

³ Professor com formação em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, E-mail: pamela.t9@hotmail.com.

⁴ Denominam-se contrarreformas pelo seu caráter regressivo do ponto de vista da classe trabalhadora. Behring (2003) utiliza este termo para tratar do processo de "desestruturação do Estado e perda de direitos" no Brasil a partir da década de 1990.

necessidade de limitação das funções do Estado e do fortalecimento do setor privado na oferta de serviços de saúde. O Estado não deveria mais responsabilizar-se pela execução direta das políticas sociais, mas, apenas, coordená-las, financiá-las e regulá-las. Esse é o arranjo necessário à expansão dos interesses do capital na área da saúde, fragilizando ainda mais o projeto da Reforma Sanitária brasileira que defendeu a estatização progressiva da saúde, com alocação exclusiva do fundo público na expansão de serviços públicos nas três esferas de governo (CORREIA, 2012, 2015).

No bojo desse processo, o setor da saúde suplementar tem sido favorecido com o apoio estatal. Com vistas a sua ampliação, o Estado tem apoiado a ampliação da saúde suplementar através de isenções fiscais, subvenções, dentre outros mecanismos. Ressalta-se que o incentivo à saúde privada por meio de subsídios públicos não é algo recente, existe desde a ditadura empresarial militar, permaneceu nos anos 1980, por meio de uma política fiscal e, depois da criação do SUS, continua sendo nutrida.

Este trabalho tem como objetivo realizar uma análise histórica do processo de institucionalização e expansão do sistema de saúde suplementar, apresentando seu surgimento no Brasil e como ele vem sendo apoiado pelo Estado. Para tanto, abordaremos em dois itens. O primeiro trata do surgimento do setor privado na saúde brasileira, no qual será abordada a saúde entre as décadas de 1920 e 1960, analisando como o setor privado se insere neste período. O segundo item trata de como a saúde suplementar se concretiza e se expande ao tempo em que surge o movimento pela reforma sanitária e, posteriormente, o Sistema Único de Saúde, bem como o desenvolvimento da saúde suplementar na década de 1990 e sua expansão com apoio estatal até o governo Temer.

O setor privado na constituição da política de saúde brasileira

A assistência médica no Brasil, até as primeiras décadas do século XX, era restrita devido à escassez de profissionais na área. A população era tratada através de técnicas terapêuticas realizadas pelos “práticos” locais ou por cirurgiões-barbeiros e boticários.⁵ Essa escassez de mão de obra para o atendimento à saúde resultou na restrição da política de saúde “às elites políticas e seus representantes, aos círculos

⁵ Termo utilizado por Lima – Gonçalves (2002).

profissionais da medicina e da saúde pública, e às elites estatais e burocracia, grupos que mantinham estreita relação, além de enorme interseção, entre si. (HOCHMAN, 1998; MERHY, 1997 apud ACIOLE, 2006, p. 128).

Nessa época, eram destinadas práticas filantrópicas para aqueles que não tinham condições de comprar os serviços de saúde, tendo como exemplo a instituição hospitalar chamada de Santas Casas, existente desde o período colonial e que se tornou um sistema de assistência à pobreza.

Em 1923, por lutas engendradas pelos trabalhadores de setores estratégicos para economia na época, influenciados pelos imigrantes, a assistência à saúde é ampliada, através do surgimento das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Com isso, as empresas passam a prestar serviços de Assistência Social aos trabalhadores, incluindo serviços médicos. As CAPs compravam, dessa forma, o trabalho médico, ampliando o número de usuários dos serviços e alargando as bases restritivas da assistência médica.

As Caixas de Aposentadorias e Pensões eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. (BRAVO, 2013, p. 122).

Essa nova forma de prestação de serviços de saúde passa a ser baseada em políticas previdencialistas, que substituem o sanitarismo campanhista⁶ praticado anteriormente. Isso ocorre devido à vinda do proletariado urbano no processo de industrialização brasileiro, como resultado da mudança no modelo econômico agroexportador de Estado oligárquico para o Estado burguês. Com isso, “a atuação do Estado não mais visava evitar endemias, mas a recuperar a saúde da classe trabalhadora em ascensão, com o objetivo de manter e restaurar a capacidade produtiva necessária à acumulação do capital” (CORREIA, 2000, p. 29). Dessa forma, essas práticas de saúde eram estendidas para aquelas categorias de trabalho com maior grau de importância para a produção.

De acordo com Correia (2005), as CAPs ofereciam serviços médicos através da compra de serviços privados, nos quais esses médicos eram credenciados, podendo ser identificadas, nesse período, as raízes da privatização da assistência médica no Brasil, sob a égide da política previdenciária instituída pelo Estado e sem ônus para os cofres públicos (ELIAS, 1996 apud CORREIA, 2005, p. 149).

⁶ Ações de combate a endemias ou de controle de doenças nas áreas de produção, para salvaguardar o modelo econômico agroexportador. Baseavam-se em uma estrutura militarista e integravam programas verticais. (CORREIA, 2000, p. 29)

A partir de 1930, ocorre a implementação da medicina previdenciária, juntamente com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que passam a substituir as CAPs, com o objetivo de estender a acessibilidade de seus serviços para todos os trabalhadores urbanos, no intuito de prevenir possíveis reivindicações.

Apesar do importante papel dos IAPs na ampliação do atendido, diversos setores da sociedade continuavam desassistidos pela saúde, como o setor rural, os domésticos, os autônomos e os desempregados.

Porém, a forma de aquisição desses serviços, pelos IAPs, continuava sendo através da compra direta da assistência hospitalar privada, mantendo a dependência nos serviços prestados pela mesma. Desse modo, o Estado atuava no sentido de estabelecer

a prática da compra de serviços de terceiros, em vez de investir em serviços próprios; política que é acompanhada de legislação com expressos limites sobre a concessão de aposentadorias e pensões pagas pelos Institutos de previdência no período. (ACIOLE, 2006, p. 143).

O ano de 1964, marcado pelo golpe militar, acarretou na tomada do poder executivo pelos militares, que se prolongaram no governo até 1985, dando início ao regime militar.

Observou-se que durante o período da ditadura existiu um forte controle do Estado autoritário sobre o conjunto da sociedade, forma que a classe dominante encontrou para exercer sua hegemonia, dando suporte para a consolidação do capitalismo monopolista. (BRAVO & CORREIA, 2012, p. 127).

Essa conjuntura repressora, para o âmbito da saúde, resultou na exclusão dos trabalhadores e técnicos do processo decisório das políticas de saúde, onde as decisões eram adotadas pelos governos autoritários em benefício próprio, como afirma Bertolozzi e Greco (1996), surgindo assim o movimento sanitário dentro das universidades, passando estas a ser um espaço de debates sobre o atual regime. Além disso, a respeito das políticas sociais, reforçou-se e deu-se continuidade à lógica e ao modelo previdenciário.

A primeira medida do Ministério da Saúde, em 1964, foi a intervenção nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), suspendendo a participação de empregados e empregadores na construção de programas de saúde.

Essa medida acarretou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)⁷ em 1967, o qual unificou todos os IAPs, concentrando recursos financeiros e

⁷ Instituto Nacional de Previdência Social, criado através do Decreto nº 72, de 21/11/1966. (Oliveira e Teixeira, 1989)

ampliando a compra de serviços da rede privada. (BERTOLOZZI e GRECO, 1996, p. 387)

Nessa época, o financiamento de hospitais privados surge na forma de uma linha de crédito ao setor saúde. Essa linha de crédito recebeu o nome de Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e sua legislação previa a distribuição de recursos numa proporcionalidade que até 60% deveria ir para o setor público, 30% para o setor privado, e 10% para pessoas físicas. Porém, devido ao modelo assistencial adotado pela previdência, essa relação se inverte e ocorre que 62% do total passou a beneficiar os hospitais privados lucrativos. (ACIOLE, 2006, p. 166).

A dependência que passa a existir entre o setor privado e a previdência possibilita o crescimento e expansão do setor supracitado. Como podemos observar com Oliveira e Teixeira (1989), o INPS passa a ser um grande comprador de serviços do setor privado, de tal forma que, em 1967, dos 2.800 hospitais privados existentes no país, 2.300 estavam contratados pelo INPS.

Algumas das formas dadas pelo Estado para favorecer a expansão do setor privado foram os empréstimos a juros baixos, pois eles possibilitaram a construção e expansão dos hospitais da rede privada (Oliveira; Teixeira, 1989), além da realização de convênios com as empresas. Nesta última forma, as empresas contratantes se responsabilizaram pela prestação de atenção médica aos seus empregados, desobrigando o INPS de fazê-lo. Essa ação ocorreu através de um sistema de “pré-pagamento”, no qual o empregador paga um valor fixo pela cobertura do serviço de seu funcionário. Porém, o Estado não deixa de subsidiar essa prática, já que a empresa passa a descontar de suas obrigações fiscais.

Essas medidas passam a ser denominadas de Medicinas de Grupos, o qual teve seu primeiro registro em 1956 com o primeiro plano de pré-pagamento fixo, conhecido como Policlínica Central.

A Constituição das medicinas de grupo representa mais uma importação dos moldes estadunidenses para o solo brasileiro. As empresas brasileiras foram constituídas nos mesmos moldes que as Health Medical Organizations estadunidenses (HMOs). Estas empresas administram a venda de diversos tipos de planos de saúde para indivíduos, empresas ou famílias e, por esse meio, acabam por se transformar em intermediárias entre os usuários/beneficiários desses planos e o trabalho médico, uma vez que passam a contratar assistência médica diretamente nos consultórios e hospitais (ACIOLE, 2006, p. 168).

Porém, essa modalidade de prestação de serviços à saúde acaba sendo alvo de críticas da medicina por substituir a previdência social e por limitar o trabalho médico, devido à implantação de seleção de pessoal, controle do absenteísmo e indução do retorno rápido ao trabalho. Portanto, a medicina estrutura novas modalidades de oferta de serviços, buscando preservar os padrões liberais da

profissão, assegurando um mercado livre e que preferencialmente atende as classes melhores remuneradas que tinham capacidade de custear seus serviços.

Uma dessas novas modalidades são as chamadas. Cooperativas Médicas, Seu idealizador é o Edmundo Castillo, presidente do sindicato dos médicos de Santos, que funda, em 1967, na cidade de Santos, a Cooperativa de trabalho médico (UNIMED). Ela tinha como objetivo “oferecer uma alternativa que não se caracterizasse pelo mercantilismo das empresas de medicina de grupo e pelo atendimento previdenciário deficiente.” (GUERRA, 1998 apud KOBORI, 2008, p. 38).

As cooperativas médicas surgiram no Brasil a partir de iniciativa tomada por alguns sindicatos médicos que, principalmente através da Associação Brasileira Médica – AMD, criticavam duramente a ação dos grupos médicos empresariais que vinham sendo criados nas décadas de 1950 e 1960. (KOBORI, 2008, p. 38).

Apesar de os criadores das Cooperativas Médicas se posicionarem contra as práticas realizadas pela medicina de grupo, as UNIMEDs acabam cedendo ao mesmo modelo de convênios-empresa implementados pelas medicinas de grupo e, portanto, disputando o mesmo espaço no mercado.

Podemos identificar, dessa forma, o surgimento dos seguros privados de saúde, através das medicinas de grupo e das cooperativas médicas, ao mesmo tempo em que ocorre a prestação de serviços de saúde oferecidos pelo Estado para aqueles que estão cobertos pela previdência social, e ainda a manutenção de práticas filantrópicas para aqueles desassistidos e em vulnerabilidade social.

Estabelece-se, assim, uma dupla organização sistêmica. De um lado, as massas expropriadas, suburbanas e proletárias serão assistidas pelo Estado, por meio dos mecanismos previdenciários de que esta lança mão. De outro lado, firmar-se-ão as organizações empresariais, ou mesmo de iniciativa dos médicos, para ofertar assistência à saúde, mediante produção de procedimentos; competição num mercado supostamente livre, em que consumidores serão aqueles em condições de participarem desse mercado, ideologizado pela ideia de livre escolha; e fundamentação ético-científica que dá sustentação a uma prática médica de consultório e de hospital. Agora, porém, mediada pela presença de intermediários: as empresas vendedoras de assistência médica, por meio dos chamados ‘planos de saúde’. (ACIOLE, 2006, p. 174).

Além disso, ocorre também nesse período o financiamento do setor privado pela previdência, no qual o Estado passa a conceder benefícios para que o setor privado se consolide, através de mecanismos de renúncia fiscal, como isenção de impostos e taxas.

Isso se deu por meio da consolidação de um pacto entre as empresas privadas e o Estado, em que é nítido o processo de privatização dos fundos públicos, via renúncia de contribuições sociais, isenção de imposto de renda e liberdade para inserir os custos da assistência na contabilidade empresarial (MOTA, 1995 apud CORREIA, 2000, p. 31).

Ou seja, já era possível observar o processo de consolidação do setor privado de saúde no Brasil e a maneira como tornou-se possível seu crescimento, por meio de grande apoio estatal. Como será melhor demonstrado no próximo tópico.

O desenvolvimento da saúde suplementar e o apoio estatal a sua expansão

É na década de 1990 que vai se iniciar e consolidar a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo consigo mudanças no que diz respeito à assistência pública em saúde. Por outro lado, ao mesmo tempo em que isso ocorre, houve uma regulação do segmento privado da assistência à saúde, o qual trouxe à tona a consolidação de um modelo dual.

Diante disso, faz-se necessário um breve resgate histórico do que significou a criação e implementação de um sistema público de saúde no Brasil. Portanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado de lutas sociais engendradas, na época, pelo Movimento de Reforma Sanitária, que trazia bandeiras contrárias ao “modelo médico assistencial privatista da previdência social que beneficiava o setor privado e só garantia o direito à saúde a quem trabalhava com carteira assinada”. (CORREIA, 2015, p.1).

Esse Movimento opôs-se à regulação da saúde pelo mercado, pondo em xeque a tendência hegemônica de prestação de assistência médica como fonte de lucro (MEDEIROS, 2008). Esse posicionamento foi expresso durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, quando se defendeu a estatização progressiva da saúde, conforme registro em seu relatório: “O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor.” (RELATÓRIO FINAL da 8ª CNS, p. 12, 1986). Porém, além do sistema público de saúde, a Constituição de 1988 permitiu a prestação dos serviços de saúde pelo sistema privado, através do artigo 199, ao estabelecer a assistência à saúde livre à iniciativa privada.

Com essa abertura à iniciativa privada, o SUS passa a ter mais empecilhos em sua consolidação, pois em vez da progressiva estatização da saúde, como preconizou o Movimento da Reforma Sanitária, na 8ª CNS, houve um processo de progressiva privatização por dentro do SUS e através da expansão da saúde suplementar (planos e seguros privados de saúde) com apoio estatal. (CORREIA, 2015, p. 1).

Essa progressiva expansão da saúde suplementar, tendo o apoio do Estado, resultou no processo de universalização excludente⁸, como podemos analisar com Correia (2005):

Ao tempo que o acesso aos serviços de saúde tornou-se universal sem o requisito do vínculo empregatício, frente à precarização dos serviços de saúde da rede pública, houve a 'expulsão' das camadas médias e do operariado melhor remunerado destes serviços, os quais passaram a recorrer à rede privada da saúde através de convênios com cooperativas médicas e/ou seguradoras privadas. (CORREIA, 2005, p. 158).

Assim, aqueles com melhores remunerações migraram para os planos e seguros privados de saúde, enquanto os que tinham menores condições de acesso a esses serviços privados passaram a utilizar o SUS.

Mesmo que, em ambos casos, tenham acesso aos dois sistemas de saúde, o que não diminui a sobrecarga do Sistema Único de Saúde. Como afirma Ocké-Reis (2015):

Isso se torna mais grave à medida que os subsídios não desafogam – completamente – os serviços médico-hospitalares do SUS, já que os usuários de planos de saúde utilizam seus serviços (vacinação, urgência e emergência, banco de sangue, transplante, hemodiálise, serviços de alto custo e de complexidade tecnológica). Dessa maneira, paradoxalmente, o SUS acaba socializando parte dos custos das operadoras – a exemplo do contencioso em torno do ressarcimento. (OCKÉ-REIS, 2015, p.132)

Ainda no que se refere à mercantilização da saúde, percebe-se que o modelo assistencial brasileiro tem sido orientado pelo modelo norte-americano⁹, no qual as pessoas pagam por formas privadas de atenção médica ao tempo que existem um Sistema público universal, gratuito. Dentro desta lógica, pode-se evidenciar um nicho de mercado que tem um número expressivo de planos e seguros de saúde privados, que, segundo a ANS (2012), cresceu, aproximadamente, 48% desde o ano 2000, alcançando mais de 45 milhões de indivíduos em 2010 e chegando a 47,8 milhões no ano de 2011.

Dados recentes publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2019) evidenciam que até dezembro de 2018, 47.340, 067 milhões de brasileiros estavam vinculados a algum plano privado de saúde. Entre 2012-2017 houve um aumento de 47 bilhões nos gastos de saúde suplementar no país¹⁰. “Esse

⁸ Termo criado por Favaret e Oliveira (1990).

⁹ Nos Estados Unidos, dez companhias de seguro privado controlam quase 70% de todo o mercado. São elas que controlam a gestão e o financiamento do sistema de saúde do país. Calcula-se que os custos de saúde por lar, em 2007, chegaram à média de US\$ 15 mil. No entanto, o país está em 37º lugar em qualidade de atendimento segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Esse sistema de saúde é considerado o mais caro e o menos eficiente de todo o mundo. Um bom retrato sobre o que acontece no setor quando todas as cartas são dadas pelas empresas de seguro privado de saúde.

¹⁰ <https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2018/12/operadoras-de-planos-de-saude-estudam-novos-modelos-de-remuneracao.shtml>

mercado opera mais de mil e seiscentas empresas no país, e movimentou no ano de 2011 uma receita em torno de R\$83 bilhões, valor superior ao investimento do Governo Federal para assistir a uma população três vezes maior, que depende exclusivamente do SUS” (ANS, 2012 apud SANTOS, 2018).

Todavia, esse mercado tem enfrentando um decréscimo no número de beneficiários, nos últimos três anos foram mais três milhões de pessoas que se desvincularam de planos de saúde no país (ESTADÃO, 2019). Segundo os analistas do setor, este fato está relacionado com desemprego no país.

No que se refere a renúncia fiscal - o montante de recursos que o Estado deixou de arrecadar, que envolve o consumo das famílias e dos empregadores, bem como a produção de bens e serviços da indústria farmacêutica e dos hospitais filantrópicos - o estudo realizado por Ocké-Reis identificou que “o montante da renúncia não foi desprezível entre 2003 e 2015: em treze anos, a preços médios de 2015, o governo deixou de arrecadar R\$ 331,5 bilhões” (OCKÉ-REIS, 2018, p. 2038).

Assim, o governo Temer fomentou a proposta dos chamados planos de saúde “acessíveis”, que seriam planos de saúde mais baratos, porém com capacidade de cobertura limitada. De acordo com Correia (2018), a ideia é alterar as exigências mínimas de cobertura hoje vigentes para estimular as empresas operadoras de planos a oferecer produtos mais baratos para a população. A autora ainda afirma que a proposta de criação desse plano de saúde acessível vem de 20 instituições ligadas à Saúde Suplementar. Essa tentativa de ampliação e flexibilização das formas de oferta de planos de saúde é resultado, como pontuado por Soares (2018), da perda de 3,1 milhões de usuários de planos de saúde nos três últimos anos. Ou seja, para manter o mercado de planos de saúde, o Estado tem buscado meios que garantam o desenvolvimento econômico desse setor, mesmo que isso acarrete em menos recursos para o SUS.

Diante disso, o governo Temer fortaleceu a articulação e a aproximação com o setor empresarial da saúde, principalmente nos processos decisórios quanto a mudanças na política de saúde. Um dos mecanismos efetivos dessa articulação foi a elaboração do documento *Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde*, divulgado em 2017. Bravo, Pelaez, Pinheiro (2018) colocam que este documento foi elaborado pelo Instituto Coalizão Saúde Brasil, formado por representantes da cadeia produtiva do setor saúde e que tem como objetivo enfrentar e construir um novo sistema de saúde para o Brasil.

A tese defendida pelo grupo é a de que os setores público e privado precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos. A integração pressupõe mais participação da iniciativa privada na gestão dos serviços, através de um novo modelo de governança. Há preocupação com a participação de empresários na difusão de ideias e disputa político-ideológica, bem como a

possível apropriação de conceitos do SUS de modo a atribuir outros significados (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p.17).

Esse novo modo de se ofertar os serviços de saúde, defendido e proposto no governo Temer, está atrelado às orientações dos organismos internacionais para a saúde, nos quais o Banco Mundial e a Organização Mundial de saúde têm orientado os países da América Latina a adotarem o sistema denominado de Cobertura Universal de Saúde (CUS). Essa nova maneira de se ofertar os serviços de saúde, apesar de trazer a universalidade como um de seus objetivos, pretende fazê-lo a partir de parcerias com o setor privado que, de acordo com Barros e Negri Filho (2015), não trata a saúde como direito, mas como uma mercadoria a ser oferecida por seguradoras, acessíveis em diferentes níveis e formatos, segundo as posses dos cidadãos, ou, ainda, para os que não dispõem de recursos, uma cobertura assegurada pelo Estado, com possível intermediação privada no seguro e na prestação de serviços.

De acordo com Feo (2014), “a proposta de cobertura universal é funcional ao mercado e ao capital. Ela foi assumida pela OMS e OPAS depois de ser desenhada nos grandes centros financeiros internacionais.” O autor ainda coloca que a saúde é um espaço fundamental para a economia, tendo sua maior lucratividade na indústria farmacêutica e a indústria técnico-médica.

Trata-se da segunda indústria que mais lucra no mundo e isso faz com que as políticas de saúde sejam influenciadas pelos interesses do que estamos chamando na América Latina de Complexo Médico-Industrial e Financeiro da Saúde, conformado pelas grandes corporações privadas. Essas empresas não têm como interesse a saúde da população e, sim, a acumulação de capital e realização do lucro. (FEO, 2014)

Soares (2018) observa que os interesses capitalistas sobre o fundo público brasileiro evidenciam a racionalidade destrutiva do capital atualmente, o qual Harvey denomina, a partir de Marx, de acumulação por espoliação. “Para além das formas primitivas de acumulação, modos contemporâneos como a propriedade intelectual sobre os recursos genéticos, a destruição e usurpação dos recursos ambientais, a corporatização e privatização de bens públicos” (SOARES, 2018, p. 24).

Esse processo caracteriza, como pontua Soares (2018), a maior ofensiva da história desse país contra o conjunto de conquistas civilizatórias de nosso Estado, processo que foi aprofundado consideravelmente no governo Temer. Diante disso, de acordo com Correia (2018), para manter os ajustes neoliberais e fortalecer o processo de financeirização do capital, as atuais políticas de austeridade têm beneficiado os interesses do capital financeiro, pois ao privatizar os serviços públicos do Estado, facilita a intervenção do capital financeiro nestes setores.

CONCLUSÃO

O sistema de saúde suplementar surge juntamente com a consolidação das medicinas de grupo e das cooperativas médicas, ao mesmo tempo em que ocorre a prestação de serviços de saúde oferecidos pelo Estado para aqueles que estão cobertos pela previdência social, e ainda a manutenção de práticas filantrópicas para aqueles desassistidos e em vulnerabilidade social.

O setor privado na saúde é regulado (art.199 da CFF/1988) mantendo-se consolidado na década de 1990, ao tempo em que o Sistema Único de Saúde era implementado. Devido a isso, observa-se uma conjuntura que favorece o desmonte do SUS, no qual os interesses capitalistas estão voltados para a ampliação do setor privado e dessa forma, na concepção de saúde como mercadoria.

Com a implantação do neoliberalismo no país, em meados da década de 1990, princípios como a ampliação da liberdade de mercado e a limitação do Estado intervencionista foram legitimados. Esses fatores beneficiaram o setor privado em detrimento do setor público, pois cada vez mais vem sendo investido na expansão da saúde suplementar, quando a saúde pública vem passando por um processo de restrição, assim como o aumento do número de recursos sendo destinados para o setor privado, enquanto há a diminuição do mesmo sendo destinado para o setor público.

Além da agenda atual para a saúde, como foi mencionado nesta pesquisa, ser no sentido da adoção de um sistema de saúde que tenha como principal provedor do serviço o setor privado, ficando para o SUS a focalização da assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria Fátima Siliansky. **TEIAS E TRAMAS**: relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90. 2002. 350 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

ANDREAZZI, Maria Fátima Siliansky; KORNIS, GEM. **TRANSFORMAÇÕES E DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIVADA EM SAÚDE NO BRASIL DOS ANOS 90**. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, n. 13, p. 157-191, 2003.

ACIOLE, Giovanni Gurgel. **A saúde no Brasil**: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec; Campinas, SP: sindicato dos médicos de Campinas e Região, 2006. 357p.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; NEGRI FILHO, Armando de. Cobertura universal de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 31, p.1333-1335, jun. 2015.

BRAVO, Maria Ines Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.6-23, 28 abr. 2018. Argumentum. <http://dx.doi.org/10.18315/argumentum.v10i1.19139>.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1 ed - São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2012, **Desafios do controle social na atualidade**, n.109, pp.126-150.

CALGARO, Fernanda. **Cada centavo economizado na Saúde irá para assistência da população, diz novo ministro**. 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/01/02/novo-ministro-da-saude-luiz-henrique-mandetta-assume-cargo-em-cerimonia-em-brasilia.ghtml>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

CORREIA, Maria Valéria Costa. O protagonismo do setor privado na saúde pública brasileira. In: CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018. Cap. 1 p. 21-32.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que Controle Social?** Os conselhos de saúde como instrumento. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 164p.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselhos de saúde**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 280 p.

FEO, OSCAR. Entrevista concedida a André Antunes e Maíra Mathias – EPSJV/Fiocruz, em 08 de setembro de 2014. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Entrevista&Num=95>. Acesso em: 12 mar. 2019.

KOBORI, Márcio. **A política de saúde do Brasil: dilemas entre as relações público-privado**. 2008. 55 f. TCC (Graduação) - Curso de Economia, Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008. Cap. 3.

LOURENÇO, Enio. **O SUS sobreviverá à era Bolsonaro?** 2019. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/saude/o-sus-sobrevivera-a-era-bolsonaro/>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **PÚBLICO E PRIVADO NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL: atores, processos e trajetória**. Tese de Doutorado em Sociologia e Política - Faculdade de Filosofia e Ciências

Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG: [402 p.], 2003.

ANTÔNIO PENTEADO MENDONÇA (São Paulo). Estadão. **Planos de saúde a vida não para**. 2019. Disponível em:

<<https://economia.estadao.com.br/blogs/antonio-penteado-mendonca/planos-de-saude-a-vida-nao-para/>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **Gasto privado em saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 7, n. 31, p.1351-1353, jul. 2015.

_____. **Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 19 Março 2019] , pp. 2035-2042. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05992018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05992018>.

SANTOS, Viviane Medeiros dos. A captura do fundo público na política de saúde: o fortalecimento do setor privado. **Argumentum**, [s.l.], v. 10, n. 3, p.203-216, set./dez. 2018. Argumentum. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.18682>.

SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.24-32, 28 abr. 2018. Argumentum. <http://dx.doi.org/10.18315/argumentum.v10i1.19496>.