



**A ANÁLISE HISTÓRICA DA EXPANSÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR COM APOIO  
ESTATAL: dos anos 1920 aos dias atuais**

**Letícia Assis Martins de Oliveira<sup>1</sup>  
Pâmela Karoline Lins Alves<sup>2</sup>**

**Resumo**

A pesquisa aqui proposta tem como objeto de estudo a trajetória histórica da saúde suplementar com apoio do Estado brasileiro a partir da década de 1920 até os dias atuais, analisando até que ponto esse processo está relacionado com o desmonte 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 o setor público.

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

**Abstract**

The research proposed here has as object of study the historical trajectory of health with the support of the State from the 1920 to the present day, analyzing the extent to which this process is related to the disassemble of the unified health system (SUS). In addition to demonstrating that, increasingly, the State is investing in the private sector (through tax exemptions, makes provision, forgiveness of debt, among other forms), while claims scarcity of resources for the public sector.

**Keywords:** State, Private Sector, Health Insurance.

---

<sup>1</sup> Graduada em Serviço Social. Assistente Social. Universidade Federal de Alagoas – UFAL. E-mail: leassi25@gmail.com

<sup>2</sup> Graduada em Serviço Social. Assistente Social. Universidade Federal de Alagoas –UFAL. E-mail: pamela.t9@hotmail.com



## I. INTRODUÇÃO

O objeto de estudo aqui abordado – a trajetória histórica da saúde suplementar com apoio do Estado brasileiro – foi resultado do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado “A ampliação da saúde suplementar com apoio estatal: incentivos, desonerações e subsídios do estado brasileiro” e da nossa participação no Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais, o qual integra o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFAL.

Desde meados da década de 1990, o SUS vem sendo alvo das reformas neoliberais, denominadas contrarreformas, que tem atacado o seu caráter universal e público, visando seu desmonte, através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde (CORREIA, 2007).

O Estado, por sua vez, tem apoiado a ampliação da saúde suplementar através de isenções fiscais, subvenções, entre outros. 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.

A contrarreforma<sup>3</sup> implementada no Brasil a partir da segunda metade da década de 1995, como medida para o enfrentamento da crise do capital, aponta a 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

---

<sup>3</sup> 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.

alocação exclusiva do fundo público na expansão de serviços públicos nas três esferas de governo (CORREIA, 2012, 2015).

Portanto, este trabalho pretende realizar uma análise histórica do processo de institucionalização e expansão do sistema de saúde suplementar, considerando como o Estado tem apoiado a expansão desse setor e como esse processo vem acarretando no desfinanciamento da saúde e, conseqüentemente, em seu desmonte.

## II. DESENVOLVIMENTO

O setor privado na constituição da política de saúde brasileira

Até 1920, não se tinha uma definição clara das políticas sociais existentes. O que se tinha nessa época, eram ações de saneamento, mais precisamente localizada no Rio de Janeiro, através da Liga de Saneamento, que trouxe acontecimentos como a Revolta da Vacina e a erradicação da Febre Amarela na primeira década do século XX.

O setor saúde, no século XVIII, tinha como características a predominância de doenças e pestilências, entre elas a varíola e a febre amarela; uma organização precária dos serviços de saúde, localizados na sua maioria no Rio de Janeiro e o exercício de uma prática médica baseada em conhecimentos tradicionais, não científicos. (SINGER et al., 1978 apud BRAVO, 2013, p. 111).

A assistência médica no Brasil, até as primeiras décadas do século XX, eram restritas 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.<sup>4</sup> 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 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 da 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,

<sup>4</sup> Termo utilizado por Lima – Gonçalves (2002).

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 campanhista <sup>5</sup> 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 àquelas 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, no qual, esses médicos eram credenciados, podendo ser identificado, 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).

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, continua sendo através da compra direta da assistência hospitalar privada, mantendo a dependência nos serviços prestados pela mesma.

Estabelece 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).

---

<sup>5</sup> 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)

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 & 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)<sup>6</sup> em 1967, o qual unificou todos os IAPs, concentrando recursos financeiros e 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 & 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 de preservação do setor privado são os empréstimos a juros baixos dados pelo Estado, pois possibilita 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 responsabilizam pela prestação de atenção médica aos seus empregados e desobriga o INPS de fazê-lo. Essa ação ocorre

---

<sup>6</sup> Instituto Nacional de Previdência Social, criado através do Decreto nº 72, de 21/11/1966. (Oliveira & Teixeira, 1989)

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, no 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 de 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 dos 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).

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

Em meados da década de 1980, devido ao processo de redemocratização e a tendência à crítica ao modelo de saúde vigente, setores organizados na sociedade civil promoveram intenso debate sobre a saúde. Esses debates foram impulsionados pelo Movimento de Reforma Sanitária<sup>7</sup>.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado de lutas sociais engendradas, na época, por esse Movimento, 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

---

<sup>7</sup> Este movimento foi constituído por intelectuais, profissionais de saúde, organizações sindicais médicas, trabalhadores, estudantes universitários, religiosos, partidos de esquerda, movimentos sindicais e populares, e no âmbito da academia.

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 excludente<sup>8</sup>, 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<sup>9</sup>, enquanto os que tinham menores condições de acesso a esses serviços privados passaram a utilizar o SUS.

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. Por outro lado, ao mesmo tempo em que isso ocorre, houve uma regulação do segmento privado da assistência à saúde, no qual trouxe à tona a consolidação de um modelo dual. Ainda nessa mesma década, o sistema de saúde suplementar<sup>10</sup> se concretiza.

Para compreender como se deu o desenvolvimento desse sistema de saúde suplementar com o apoio estatal, será brevemente retratada a reforma do Estado no contexto da década de 1990, que contou, primeiramente, com as medidas tomadas no governo Collor e, depois, no governo Fernando Henrique Cardoso:

Durante o governo Collor, no início da década, foram tomadas as primeiras medidas no sentido de reduzir o Estado e romper com o passado intervencionista. O governo do presidente Fernando Henrique Cardoso consolidou a reforma do Estado [...], onde, as principais delas incluíram: a abertura do mercado, privatizações de empresas governamentais e flexibilização do monopólio de outras atividades, com repasse para o setor privado de atividades econômicas, além de serviços públicos, [...] o que exigiu mudanças no papel regulador do Estado. (MENICUCCI, 2003, p. 272-273).

Essas reformas são denominadas por Behring (2003) de "contrarreformas" por se tratar de retrocessos no âmbito das conquistas de direitos sociais e, também, de um processo desenfreado de privatização dos setores públicos em geral.

<sup>8</sup> Termo criado por Faveret e Oliveira (1990).

<sup>9</sup> 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, p. 132), "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."

<sup>10</sup> Reúnem as chamadas operadoras de planos de saúde, conjunto de organizações diversas como as empresas de seguro-saúde, as medicinas de grupo, as cooperativas de trabalho médico, os hospitais empresa e as autogestões, surgidas em diferentes momentos históricos (ACIOLE, 2006, p. 244).



Ou seja, é na década de 1990, devido à reestruturação capitalista e a entrada tardia de políticas neoliberais no país, que um processo de contrarreformas se instaura, trazendo consigo

Uma política de privatização das estatais e dos serviços públicos, estímulo à flexibilização da produção e do trabalho, encolhimento dos espaços públicos, precarização dos serviços públicos, maior alocação do fundo público na reprodução da acumulação do capital, (des)universalização dos direitos e, enfim, desregulação da economia deixando ao livre jogo do mercado a 'promoção do equilíbrio econômico e social'. (CORREIA, 2005, p. 103).

A década de 1990 foi marcada também por uma mudança na aquisição dos serviços privados de saúde, onde no final dos anos 90, inverte-se a importância relativa de cada componente do gasto privado das famílias, "no qual, a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE, de 1987 e 1996, foi encontrado um aumento relativo e absoluto na participação dos gastos familiares com 'seguro-saúde', e uma diminuição daqueles com 'serviços médico-hospitalares'" (ANDREAZZI; KORNIS, 2003, p. 163).

Essa transferência de aquisição, em contrapartida, não significou um aumento da adesão à saúde suplementar, pois, segundo Andreazzi (2003), o crescimento da demanda de seguros e planos de saúde, de acordo com dados existentes até 1998, revelou-se menor do que nos anos anteriores.

Observou-se que, ao longo dos anos 90, não houve diferenças significativas na cobertura de planos de saúde dos indivíduos, em torno de 44%. Houve, sim, para os titulares, expressiva substituição da fonte pagadora que, da empresa empregadora e, em menor escala, do sindicato, passa ao próprio indivíduo. A participação relativa da empresa pagadora, desse modo, passa de 64,6%, em 1994, para 45,9%, em 1998. (ANDREAZZI e KORNIS, 2003, p. 166).

Portanto, o que houve na década de 1990 foi um aumento da utilização de planos e seguros privados de saúde pelo próprio indivíduo, o que anteriormente era feito através de empresas ou sindicatos.

Outro fator a ser mencionado, é a dedução de Imposto de Renda para Pessoa Física (IRPF), que de acordo com Andreazzi (2002):

Na faixa da alíquota de 15%, 2,2 milhões contribuintes deduziram, em 1997, R\$ 1,1 bilhões, significando uma renúncia fiscal de R\$ 168 milhões; na faixa da alíquota de 25%, 1,6 milhões de contribuintes deduziram R\$ 2,9 bilhões, representando outros R\$ 726 milhões de renúncia fiscal no IRPF. (ANDREAZZI, 2002, p. 81).

Quanto ao Imposto de Renda para Pessoa Jurídica (IRPJ), "34,7 mil empresas efetuaram deduções sobre o lucro real relativas a despesas com saúde, totalizando R\$ 3,2 bilhões, configurando uma renúncia fiscal da ordem de R\$ 800 milhões no IRPJ (alíquota base 25%)" (ANDREAZZI, 2002, p. 81).

Podemos identificar nesses dados que uma quantia significativa de recursos que poderiam estar sendo destinados para aprimorar os serviços públicos de saúde, foi destinado para incentivar a ampliação do setor privado, causando um maior sucateamento do SUS.

Com a expansão do sistema de saúde suplementar e a necessidade de um órgão regulador do mesmo, a década de 1990 foi marcada pela promulgação da Lei nº

9.656, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ela tinha como objetivo principal corrigir as distorções quanto a seleção de risco do setor privado e preservar a competitividade do mercado, pois havia uma resistência por parte das empresas médicas e seguradoras na ampliação do alcance de suas coberturas. Na construção dessa Agência, eram discutidos os limites da regulação governamental e a intensidade da intervenção estatal sobre o mercado. No entanto,

[...] os efeitos dessas normas legais não provocaram mudanças radicais na origem do capital, ou nas naturezas jurídica e institucional das operadoras, e nem na quantidade de empresas de planos e de seguros de saúde de menor porte. (BAHIA; VIANA, 2002, p. 15)

Para compreender como tem se dado nos dias atuais o crescimento da saúde suplementar no Brasil, foi analisado o crescimento do número de usuários nesse setor. Portanto, observa-se que, a partir de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), entre março de 2000 e março de 2015, houve um crescimento contínuo do sistema de saúde suplementar brasileiro, respectivamente, de 30,5 milhões de usuários para 50,2 milhões.<sup>11</sup>

Esse crescimento do sistema de saúde suplementar é resultado de diversas formas de financiamento direto e indireto asseguradas pelo Estado para o setor privado. Insere-se na lógica de financiamento que gira em torno da visão da saúde como mercadoria, na qual, “o crescimento vertiginoso do setor privado da saúde aprofunda cada vez mais a divisão do Sistema de Saúde, supostamente entre pobres e ricos, e a transformação das necessidades de saúde em mercadoria.” (ELIAS, 2000, p. 223).

Analisando em um panorama geral o quanto esses incentivos dados pelo governo limita a expansão do SUS, podemos observar os dados trazidos por Levi e Mendes (2014) sobre o montante de gastos públicos e privados na saúde.

Só em 2014, as despesas totais do Brasil com saúde foram de R\$ 448,1 bilhões, ou 8,1% do PIB. Do gasto total do país com a demanda, 48,3% vieram da saúde pública e 51,7% do setor privado — este último é composto pelos gastos com saúde suplementar e também consultas, exames, pequenos procedimentos e medicamentos pagos pelo cidadão (MENDES E LEVI, 2014).

Diante disso, compreendemos a precarização dos serviços públicos de saúde vem do modo como a relação público/privada foi estabelecida, no qual permite que o Estado

---

<sup>11</sup> Entretanto, em um contexto de crise econômica, entre março de 2015 e março de 2016, essa expansão da saúde suplementar sofre uma queda, com perda de aproximadamente 1,3 milhão de usuários de planos de assistência médica. Em março de 2016, existiam 48,8 milhões de beneficiários de planos privados de saúde. De acordo com os mesmos dados divulgados pela ANS, essa queda teve sua maior porcentagem referente a contratação estabelecida entre o plano e o coletivo empresarial (aproximadamente 900 mil usuários), compreendida como resultado da crise conjuntural que o país vive atualmente. Processo esse que resulta no aumento dos usuários aos serviços públicos de saúde, tendo como pressuposto a análise de que com a diminuição da contratação realizada entre planos e empresas, não houve o aumento da contratação entre usuários e planos individuais. Ao invés disso, houve uma queda de 200 mil usuários referente aos planos individuais e familiares.

conceda medidas que proponha a estabilidade e expansão do setor privado, diminuindo a possibilidade de financiamento e qualificação do SUS.

### III. CONCLUSÃO

O setor saúde se inicia no Brasil marcado pelo ideal de combate e erradicação de doenças da época, sob uma perspectiva higienista e sanitária. Ao surgir, posteriormente, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) seguida pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), a oferta de serviços de saúde trouxe consigo um caráter excludente, por somente ter acesso a saúde os trabalhadores com carteira assinada e a população com maior poder aquisitivo, deixando para os indivíduos em vulnerabilidade a utilização de instituições filantrópicas, sem aparato do Estado.

O setor privado, nessa época, passa a surgir através da venda de seus serviços as CAPs, no qual, não existia uma grande estrutura, mas sim a relação entre os segurados e os consultórios médicos, credenciados individualmente. Além de também oferecerem serviços à população melhor remunerada. Portanto, nessa época, já existiam pequenas instituições privadas, pequenas clínicas, hospitais e consultórios, isolados entre si e sem uma maior estruturação, possuindo uma interdependência com a política de saúde.

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 sistema de saúde suplementar passa a ser 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 visão da 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.

Diante disso, observa-se que o Estado tem apoiado a saúde suplementar através de mecanismos como renúncias fiscais, desonerações, participação do capital estrangeiro na saúde, incentivo à criação de planos privados populares, perdão de dívidas, entre outras, resultando na desapropriação de um montante de recursos que poderia ser utilizado para expandir e aprimorar os serviços públicos.

## REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. **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 de Fátima Siliansky de; KORNIS, George Edward MACHADO. **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.

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.

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.

ELIAS, Paulo Eduardo. Relações de responsabilidade entre os gestores do SUS: perspectivas para a garantia do acesso, qualidade e humanização da atenção. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde.** Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde, p. 215-231. Brasília, 2000. Disponível em <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03\\_1444\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1444_M.pdf)> Acesso em: 14 abr. 2013.

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.

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.