

doi <https://doi.org/10.5335/srph.v25i1.17910>

## Entre novos e antigos acordos com o setor privado: a dualidade na provisão de serviços para a saúde pública no Brasil<sup>1</sup>

Entre nuevos y antiguos acuerdos con el sector privado: la dualidad en la provisión de servicios para la salud pública en Brasil

Between new and old agreements with the private sector: duality in the provision of public health services in Brazil

LORENA EVANGELISTA SANTOS<sup>2</sup>

FRANCIS SODRÉ<sup>3</sup>



### Resumo:

O presente ensaio teórico tem por objetivo demonstrar que a recorrência do Sistema Único de Saúde (SUS) ao setor privado ocorre por heranças históricas do processo de organização e controle social brasileiro, relação preservada e reinventada dentro do Estado de Direito. A correlação entre o público e o privado no provimento de serviços é endógena, histórica e política: um se beneficia (o privado) em detrimento do outro (o público). Os contornos dessa relação dentro do SUS demandam maior aprofundamento, e uma das principais dificuldades reside na identificação do que é efetivamente público e privado, visto que tais relações são complexas e compostas por diferentes atores jurídicos que atuam em nome do Estado. Assim sendo, é primordial revisitar a história e identificar as estratégias que vem sendo expandida por dentro do SUS para o provimento de serviços.

**Palavras-Chave:** Estado. Política de Saúde. Setor privado da saúde.

### Resumen:

Este ensayo teórico pretende demostrar que la recurrencia del Sistema Único de Salud (SUS) brasileño hacia el sector privado se deriva de legados históricos del proceso de organización y control social brasileño, una relación preservada y reinventada dentro del Estado de derecho. La correlación entre los sectores público y privado en la prestación de servicios es endógena, histórica y política: uno se beneficia (el sector privado) a expensas del otro (el sector público). Los contornos de esta relación dentro del SUS requieren mayor investigación, y una de las principales dificultades radica en identificar qué es efectivamente público y qué privado, dado que dichas relaciones son complejas y están compuestas por diferentes actores legales que actúan en nombre del Estado. Por lo tanto, es esencial revisar la historia e identificar las estrategias que se han expandido dentro del SUS para la prestación de servicios.

**Palabras clave:** Estado. Política de Salud. Sector Privado de la Salud.

<sup>1</sup> A presente pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo – FAPES.

<sup>2</sup> Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Federal do Espírito Santo (UFES). Mestre em Saúde Coletiva (UFES) e Graduada em Serviço Social (UFES).

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professora do departamento de serviço social e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES.

## Abstract:

This theoretical essay aims to demonstrate that the recurrence of the Brazilian Unified Health System (SUS) to the private sector stems from historical legacies of the Brazilian social organization and control process, a relationship preserved and reinvented within the rule of law. The correlation between the public and private sectors in service provision is endogenous, historical, and political: one benefits (the private sector) at the expense of the other (the public sector). The contours of this relationship within the SUS require further investigation, and one of the main difficulties lies in identifying what is effectively public and private, given that such relationships are complex and composed of different legal actors acting on behalf of the State. Therefore, it is essential to revisit history and identify the strategies that have been expanded within the SUS for the provision of services.

**Keywords:** State. Health Policy. Private Health Sector.

## Considerações iniciais

Anteriormente à promulgação da Constituição Federal de 1988 – CF 88, o Brasil adotava um modelo de saúde predominantemente orientado pelo sistema previdenciário e, conseqüentemente, focado no capital (Possas; 1981). Com a CF 88, essa lógica foi transformada e Saúde passou a ser inerente à condição de cidadania, logo, provida a toda a população em território brasileiro pelo Estado, rompendo com o modelo excludente anterior (Fleury; Ouverney, 2008). Essa vitória não apenas culminou na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas também inaugurou uma nova lógica de existência no Brasil, reestruturando o ordenamento jurídico nacional e adequando-o aos princípios do Estado Democrático de Direito, bem como às demandas políticas, econômicas e sociais de um país marcado por profundas desigualdades (Fleury; Ouverney, 2008). Nessa conjuntura, a articulação com o capital não seria meramente complementar, mas por dentro do Estado, o que inclui ganhos econômicos e participação nos espaços de decisões.

As décadas de 1990 e 2000 criaram o arcabouço legal que, simultaneamente, buscava regulamentar os direitos previstos na CF 88 e, com eles, o SUS, e reorganizar o formato jurídico do setor privado, abrindo caminho para sua participação nas políticas sociais e no uso do Estado como propulsor de livre mercado (Santos, 2023). Por setor privado em saúde, entende-se a saúde suplementar (planos de saúde) e os prestadores de serviços privados pelos segmentos sem e com fins lucrativos (Bahia, 2018; Santos, 2023). E, embora se coloquem de forma distintas no mercado, a correlação entre esses setores e para com o SUS atravessa todo o jogo político complexo para a provisão de serviços no Brasil (Barboza, 2021; Vaccaro; Gomes, 2022; Santos, 2015).

Esses prestadores de serviços privados em saúde, logo, hospitais, clínicas, consultórios, laboratórios, profissionais autônomos, entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, se colocam

como parceiros do SUS e buscam participar dessa oferta (Braga, 2018; Costa, 2022). Essa entrada pode ocorrer pela compra direta via convênios, contrato administrativo ou parcerias (Brasil, 2017) ou até mesmo por dentro da gestão dos serviços públicos via contrato de gestão (Brasil, 2017).

Dentro do SUS, o que é público se classifica como “Administração pública”, abarcando a gestão direta e indireta desses serviços (Vaccaro; Gomes, 2022). Por gestão direta são considerados todos os serviços geridos diretamente pelo Estado. Gestão indireta não é tão simples, mas são elencados: Autarquias, fundação pública, consórcio público, empresa estatal, serviço social autônomo, fundação de apoio e parceria público privada, e com algumas contradições teóricas, Organizações Sociais da Saúde (OSS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) (Brasil, 2017; Vaccaro; Gomes, 2022; Santos, 2023), configurações jurídicas que se reconfiguram para atender novas viabilidades de inserção no mercado. Santos (2023) coloca que a entrada do setor privado por dentro da gestão pode ser considerada uma privatização não convencional, tratando-se de uma distinção que é metodológica e não no sentido clássico, pois embora o Estado ainda mantenha a titularidade desses serviços, seu papel ocorre pela via da provisão e fiscalização e não execução direta.

A questão é que a fronteira entre o que é público ou privado no SUS fica tão intrincada que desencadeia relações multifacetadas em um mesmo espaço. Citamos, como exemplo, um hospital gerenciado por uma organização indireta; dentro dele pode existir a relação com o Estado/gestor, compra de serviços médicos (cooperativas), de limpeza, alimentação, manutenção, lavanderia, entre outros. Vaccaro e Gomes (2022) nos remetem a esse fenômeno como “quarteirização”, em que, pela simultaneidade de empresas terceirizadas geridas por outras, ultrapassam-se os limites habituais da terceirização em que uma empresa contrata outra para determinado serviço. Logo, toda essa relação em que o Estado transfere a execução a outra entidade e essa contrata outras empresas são ações que podem ser decorrentes da privatização não convencional dos serviços públicos que abarca a terceirização, quarteirização e desdobra na mercantilização da saúde (Vaccaro; Gomes, 2022; Santos, 2023).

A mercantilização da saúde é uma questão histórica no Brasil e se apresenta dentro do Estado de Direito pela via da saúde suplementar, mas também pelos prestadores que vendem seus serviços à população e ao Estado, inclusive, induzidos por esse Estado (Santos, 2023; Mendes; Carnut, 2022). Um exemplo evidente dessa lógica mercantil foi a pandemia de Covid-19, que expôs de forma nítida a dependência do Estado em relação ao setor privado. Conforme

aponta Sodré (2020), o Estado arcou com os custos da manutenção e da provisão de serviços de saúde, pagando preços de mercado pela aquisição de leitos, insumos, equipamentos e outros. O poder público ficou à mercê dessas relações (Sodré, 2020).

Para tanto, é preciso considerar que a expansão dos nichos mercadológicos privados no Brasil ocorreu antes do Estado de Direito e continuou sendo expandida nele, ambas situações via incentivo Estatal. Os moldes e estratégias dessa relação tomaram novos contornos com a CF 88, influenciando diretamente áreas que deveriam ser de responsabilidade estatal (Santos, 2015; Santos, 2023; Costa, 2022). Tamanha é a relação do SUS com o setor privado que existe a expressão de “complementariedade invertida”, na qual, mediante diversas formas de inserção, o setor privado, ao invés de complementar o SUS, se torna complementado pelo público estatal (Vaccaro; Gomes, 2022).

A complementariedade invertida remonta a distorção do princípio da complementariedade prevista na CF 88, na qual o SUS iria dispor do devido investimento em sua rede própria e seria complementado pelo privado, todavia, a manifestação de repasses financeiros por meio de contratos, convênios e parcerias demonstram uma inversão dessa lógica, além disso, a transferência dos custos de plano de saúde para o SUS, principalmente para situações de maior complexidade e isenções pelo Estado, desdobram em relações desiguais, uma ganha em detrimento de outro (Vaccaro; Gomes, 2022; Costa, 2022). Assim, o que deveria ser um modelo de cooperação subsidiária transforma-se em um mecanismo de dependência e desigualdade, comprometendo o fortalecimento do SUS como política pública universal e equitativa.

Para tanto, este ensaio parte da hipótese de que a configuração do Estado brasileiro capitalista anterior à CF 88 induziu a atuação do empresariado da saúde, tornando essa relação, no período pós-constituente, um elemento considerado necessário para garantir o acesso aos serviços. Contudo, diferentemente do esperado, essa relação não apenas se manteve, como foi fortalecida e priorizada em detrimento da construção de uma política pública e estatal de saúde, alinhando-se aos interesses do capital. Assim, o ensaio teórico foi elaborado com base em uma revisão de literatura sobre a temática, logo, o texto que se segue aborda inicialmente o crescimento do setor privado na saúde antes da CF 88, posterior, com a CF 88, ou seja, dentro do Estado Democrático de Direito e, por fim, como se consolida e se expande na contemporaneidade, operando no interior do SUS.

## Entre o mercado e a construção política da saúde como direito: a história por trás do Estado Democrático de Direito

Historicamente, no Brasil, a Saúde esteve profundamente associada à filantropia, com forte protagonismo das Santas Casas de Misericórdia e de outras instituições de caridade. Desde o período colonial, essas entidades assumiam grande parte da responsabilidade pela assistência, contexto em que o Estado atuava de forma limitada. Paralelamente, para quem podia pagar, predominava o modelo de cuidado individual, baseado na prática liberal dos médicos e no pagamento direto pelos serviços (Possas, 1981; Braga, 2018).

Possas (1981) argumenta que a confusão entre os conceitos de saúde e medicina foi responsável por grande parte dos problemas relacionados ao setor sanitário naquele período. Ao distinguir, a autora coloca saúde como uma questão pública, marcada pelo processo saúde-doença derivada de questões sociais, ambientais, culturais e econômicas, e, embora englobe medicina, não se restringe a ela. Todavia, foi no século XX, com as reformas sociais e aprofundamento de estudos que esse conceito tomou contorno mais definido, desdobrando na Saúde Pública, e, mais tarde, Saúde Coletiva.

O ano de 1923 é descrito como chave para compreensão da política social brasileira e nela o acesso a saúde, destaque para lei Eloy Chaves com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs) para determinadas categorias profissionais. Foi nesse período que a saúde como questão social ganhou o debate político (Mendes; Carnut, 2022; Andrade *et al.*, 2023). A partir de então, a proteção social ocorria pela lógica da previdência social, inicialmente pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, posteriormente por Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) a partir de 1930, Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1974, aos demais restava intervenções pontuais e coletivas pelo Estado, o pagamento direto e a caridade (Possas, 1981; Braga, 2018). Com a criação de ministérios, cita-se: Ministério da Saúde em 1953 e da Previdência e Assistência Social em 1974, responsabilidades foram redistribuídas e interesses privados preservados (Possas, 1981; Braga, 2018).

Ao Ministério da Saúde cabia o papel coletivo e a Previdência Social a assistência curativa e individual. O projeto traçado era responder ao setor produtivo e não à população em geral, tanto que as questões públicas agravavam diariamente. Possas (1981) coloca que na

década de 70, a esquistossomose, a tuberculose, a doença de Chagas e a mortalidade infantil cresciam assustadoramente.

Concomitante a esse desenho de proteção social, a medicina capitalista era expandida pela transferência de recursos ao sistema previdenciário, estima-se que nesse período menos de 2% da população brasileira conseguiria comprar livremente serviços médicos e hospitalares (Possas, 1981). Tamanha a participação privada que em 1977, o então INAMPS direcionava mais de 90% dos recursos para esse segmento por meio de contrato com empresas, hospitais e clínicas médicas (Possas, 1981).

Essas empresas se expandiram principalmente a partir de 1950 pelo fortalecimento do empresariado em saúde que se organizavam de forma articulada por: empresas de seguro saúde (1951), instituições filantrópicas (1963), instituições privadas lucrativas (1966), empresas de medicina de grupo (1966) e cooperativas médicas (1972). Desde sempre o discurso de compra de serviços pelos institutos sustentavam as instituições privadas de saúde (Possas, 1981). O resultado foi que gradativamente de 1950 até o Estado de Direito, a medicina capitalista cresceu pelo Brasil; estima-se que, em 1977, existiam no Brasil mais de 64 cooperativas (Possas, 1981).

Segmento privado lucrando com a venda dos serviços ao mesmo tempo coexistia os problemas de saúde pública, logo principalmente a partir da década de 1970 até a Constituição Federal de 1988 – CF de 88, no campo da saúde, duas forças políticas e econômicas se estabeleciam: uma lutando por Saúde como direito, dever do Estado e para todos, um projeto sanitaria (estatização); e outra buscando se firmar e garantir a expansão privada para com o Estado e paralelo a ele (Fleury; Ouverney, 2008; Braga, 2018).

Na CF 88, o projeto sanitaria saiu vitorioso, mas o setor privado também assegurou sua participação autônoma e complementar ao SUS (Vaccaro; Gomes, 2022, Andrade *et al.*, 2023). E, seguindo a lógica empresarial, a implantação do SUS ocorreu em um cenário neoliberal, com construção de direitos sociais andando em paralelo ao discurso de corte social e associada ao empresariado da saúde que cresceu antes Estado Democrático de Direito (Braga, 2018; Mendes; Carnut, 2022).

## A construção do Sistema Único de Saúde: entre novos e antigos acordos na política de saúde

Entre os desafios para a consolidação do SUS constam as fronteiras entre o que é público e o que é privado, pois o SUS nasceu, mas, no âmbito político e econômico, o privado foi e continua sendo uma estratégia para provisão de serviços (Bahia, 2018). Os anos 90 é marcado pela construção dos direitos sociais e, com eles, a política de saúde. A permissividade do setor privado por dentro do Estado democrático iniciou pela reconfiguração desse setor e pela reforma gerencial materializada no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) de 1995, que, sob o argumento de promover maior eficiência administrativa, reduzir custos e aprimorar a qualidade dos serviços públicos, reforçou a lógica de mercado (Brasil, 1995).

O PDRAE mediante novas estratégias de inserção do setor privado manteve a ideologia mercantil que já existia antes da CF 88 (Brasil, 1995). Tornando o Estado regulador e não necessariamente provedor para as áreas de educação e saúde, campos das políticas de reprodução social, recorrendo aos arranjos privados para a oferta de serviços nessas áreas (Brasil, 1995). A assertiva do PDRAE foi legitimar a participação do setor privado, com ou sem fins lucrativos, dentro do Estado de Direito (Brasil, 1995). O Programa Nacional de Publicização (PNP) de 1998, dispondo de organizações sociais nas áreas de saúde, educação, meio ambiente, entre outros, permitiu a expansão de ações no campo social por meio de associações voluntárias, terceirizações ou trabalho não remunerado (Vaccaro; Gomes, 2022).

Nesse mesmo ano e antes mesmo da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), diversas organizações representativas do setor privado de saúde já buscavam se articular de forma mais estruturada junto ao Estado, cita-se: Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Confederação Nacional de Saúde (CNSa), a Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), cooperativas médicas e odontológicas, seguradoras e operadoras de planos de saúde (Braga, 2018).

Ampliando os rearranjos privados, em 1998, por meio da Lei Federal nº 9.637, foi criado o modelo de Organizações Sociais (OS) no Brasil (Brasil, 1998), e em 1999, mediante a Lei nº 9.790, foram criadas as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), mais conhecidas como terceiro setor, para participação nas políticas sociais (Brasil, 1999). Em 2014, foi estabelecido um novo marco para o terceiro setor, a Lei nº 13.019, de 31 de julho, a qual estabeleceu o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e organizações da

sociedade civil (Brasil, 2014a). O resultado foi a expansão da participação de instituições sem fins lucrativos, seja OSS ou OSCIP, nas políticas sociais.

Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) trazem que até 2023 haviam no Brasil 879.326 organizações da sociedade civil representando um aumento de 7,8% se comparado ao ano de 2021, que dispunha de 815.677. Por área de atuação, desenvolvimento e defesa de direitos tem o maior número (314.730), seguido por religião (269.290), outras atividades associativas (110.570), cultura e recreação (88.480), assistência social (49.030), associações patronais, profissionais e de produtos rurais (37.910), educação e pesquisa (32.980), saúde (22.080), entre outras (Brasil, 2024). Todas essas instituições podem vincular-se ao Estado provendo serviços não exclusivos ao Estado.

Para com o SUS, a complementariedade deve ocorrer de forma complementar por vínculos formais para suprir insuficiência no setor público (Brasil, 2017). O Ministério da Saúde dispõe de quatro instrumentos contratuais para firmar com o setor privado, prioridade filantrópica e sem fins lucrativos, sendo: convênio e contrato administrativo (serviços complementares); e termo de parceria e contrato de gestão (parceria) (Brasil, 2017). O quadro 1 apresenta os conceitos e particularidades de cada instrumento elaborado.

**Quadro 1. Tipos de instrumentos contratuais utilizados no SUS**

Complementares	Convênio Até 5 anos	Realização de projeto, atividade, serviço, aquisição de bens ou evento de interesse comum, mútua cooperação entre a administração pública e podendo ser instituições sem fins lucrativos; Vinculada a lei de licitação; Interesses comuns; Compromissos convergentes; Mesma posição jurídicas;
	Contrato administrativo Entre 5 a 35 anos	Órgãos ou entidades de Administração pública e particulares, envolve acordo de vontades para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas; Lei de licitação ou autorização para contratação direta por dispensa ou inexigibilidade de licitação; Prevalece o interesse da coletividade sobre o particular; Interesses opostos; Contraprestações; Posições jurídicas antagônicas;
Parcerias	Termo de parceria Até 5 anos	Termo entre o gestor do SUS e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), forma vínculo de cooperação entre as partes, para o fomento e a execução das atividades de interesse público; Envolver aquisição de bens ou prestação de serviços, deve conter elementos capazes de propiciar a avaliação do custo pela administração;
	Contrato de gestão (Parceria ou fomento) Até 5 anos	Instrumento jurídico firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como Organização Social (OS); Formação de parceria entre as partes para o fomento e execução de diversas atividades, entre elas a saúde;

Fonte: Dados coletados e sistematizados do Manual de contratação de serviços no SUS de 2017.

Para complementares, deve ser provada a insuficiência do poder público, paralelamente, o gestor deve buscar medidas de ampliar sua rede própria (Brasil, 2017). Nas parcerias, as entidades atuam nos serviços públicos não exclusivos do Estado, organizações com título de OSS utilizam o instrumento jurídico contrato de gestão; e as com título de OSCIP, termo de parceria (Brasil, 2017). Na saúde, a grande aposta são as OSS, mas não só.

Dentro do contrato administrativo ocorrem as Parcerias Público-Privada (PPP) que, diferentes dos demais formatos (convênio, contrato de gestão e termo de parceria), podem ter durabilidade de até 35 anos e têm por objeto a gestão de hospitais, serviços de saúde, obras, fornecimento de equipamentos, medicamentos e insumos (Barboza, 2021; Vaccaro; Gomes, 2022). Não exclusivas das políticas sociais, as PPPs se expandem para outras áreas e se abrem a diferentes parceiros privados (Vaccaro; Gomes, 2022; Barboza, 2021).

Embora exista uma definição conceitual para a escolha dos instrumentos, na prática, os interesses são difíceis de serem capturados (Santos, 2023). Na operacionalização dessas relações, os instrumentos e contratos/parcerias pactuados têm apresentado inúmeras fragilidades e lacunas (Santos, 2015; Santos, 2023; Vaccaro; Gomes, 2022). Bahia (2018) e Costa (2022) ao trazerem à tona as lacunas entre o que é público e privado, foram precisas ao pontuarem que a gama de conexões estabelecidas entre o setor privado e o estatal não envolve somente renúncias fiscais, mas contratação de estabelecimentos privados ou mesmo prestação privada de serviços em estabelecimentos públicos.

Conquanto, é necessário o regramento sobre a inserção do setor privado junto ao SUS e seus rearranjos jurídicos, considerando que essas instituições, sem fins lucrativos ou não, ao mesmo tempo que se sujeitam a regras de contratação no SUS, coexistem, fornecendo serviços próprios de maneira privada (Santos, 2022). Neste sentido, podemos sintetizar que a participação do setor privado na saúde pública do Brasil aparece de distintas formas, formatos e modelos, os quais podemos de forma breve destacar:

**Quadro 2 - Formas de participação privada em saúde no Brasil**

Organização	Definição	Descrição	Detalhamento
<b>Provedor SUS</b>	Administração pública	Direta	Ofertado diretamente pelo Estado/gestor
		Indireta	Autarquias, fundação pública, consórcio público, empresa estatal, serviço social autônomo, OS, OSCIP, fundação de apoio e parceria público privada
	Setor privado (com ou sem fins lucrativos)	Entidades empresariais	Hospitais privados com ou sem fins lucrativos, consultórios isolados, drogaria, farmácias, laboratórios de diagnósticos e unidades de terapia
		Entidades sem fins lucrativos	
		Pessoa física	Profissionais autônomos
<b>Saúde suplementar</b>	Operadoras médicas hospitalares	Vendem de forma autônoma a população e se vinculam a outros grupos	Autogestão, cooperativa médica, filantropia, medicina de grupo e seguradora especializada em saúde
	Operadoras odontológicas		Cooperativa odontológica e odontologia de grupo

Fonte: Sistematização própria a partir de coleta no: Manual de contratação de serviços no SUS de 2017, CNES (Brasil, 2025a), estudos de Barboza (2021) e Braga (2018) Vaccaro e Gomes (2022).

No entanto, embora o Quadro 2 disponha de esforços para sistematizar a forma como o setor privado se manifesta e se vincula ao SUS e entre si, essas relações não são estanques, visto que vendem, compram e estabelecem outras conexões econômicas. Exemplo: cooperativas médicas que vendem seus serviços para organizações sociais que fazem gestão de hospitais públicos. Nem sempre concatenados, mas de forma correlacionada, os serviços privados em saúde atravessam a estrutura social e o SUS requisitando mais investigação sobre como ocorrem essas parcerias/contratos/convênios nas diferentes regiões brasileiras.

## **SUS no centro político: a relação contínua e aberta com o setor privado na atualidade**

Se o SUS avançou nesses mais de 30 anos de existência, o setor privado não ficou inerte às mudanças do sistema capitalista. Dentro dessa lógica, a saúde é vista como geradora e/ou oportuna para o capital. De modo que várias tem sido as iniciativas públicas que favorecem o crescimento de capital junto à saúde; a exemplo, a abertura econômica ao capital estrangeiro na área da saúde no Brasil (Brasil, 2015).

A Lei nº 13.097/2015 em seu art. 142 alterou a Lei 8080/90 permitindo a participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde em quatro situações, a saber: I) doações de organismos internacionais; II) pessoas jurídicas para instalar, operacionalizar ou explorar hospitais (entre eles, filantrópicos), policlínicas, clínicas e ações/pesquisas de planejamento familiar, serviços sem finalidades lucrativas; e, IV) demais casos que tiverem legislações específicas (Brasil, 2015).

Considerando as estratégias do setor privado e a lógica de mercantilização, a abertura a investimentos estrangeiros dentro do SUS requer mais aprofundamento (Santos, 2023). No entanto, a recorrência do setor privado ao fundo público tem estimulado a financeirização e conglomerados do empresariamento na saúde (Bahia *et al.*, 2025). Para Scheffer e Souza (2022) a abertura do capital estrangeiro na saúde caracteriza-se por recursos financeiros externos, por aplicação em atividades/sociedades e/ou segmentos de mercados, derivado de pressões empresariais dentro do processo de decisão. Os autores mencionam que essa entrada primeiramente ocorre entre planos de saúde, seguida por hospitais privados e serviços.

Sobre financeirização, Bahia *et al.* (2022) colocam como um conceito polissêmico e não consensual, mas como modo histórico de produção capitalista via acumulação financeira, produtiva e de riqueza fictícia por capitalização de taxas de juros e fluxos de rendimentos. As expressões ocorrem pela dimensão patrimonial (fundo de investimentos globais, ações em bolsas de valores, multinacionais, entre outros), contábil-financeira (utilização de bases operacionais não financeiras estáveis para resultados financeiros) e influência na Agenda Pública (ideologia e interesses) (Bahia *et al.*, 2022). A associação desse capital às redes privadas em saúde desdobra em regressão assistencial mediante aumento de gastos privados na saúde, concomitantemente, elevam-se as desigualdades de acesso aos serviços de saúde (Scheffer; Souza, 2022).

E, de modo geral, na saúde, existe um crescimento de empresas ou grupos empresariais associados aos subsetores de planos de saúde, hospitais privados, organizações sociais e clínicas de diagnóstico e terapia com padrão heterogêneo de inserção nos processos de financeirização (Bahia *et al.*, 2022). O setor privado busca oportunidade de mercado para expandir seus nichos mercadológicos e, mediante favorecimento do Estado, encontra na demanda uma possibilidade de expansão (Mendes; Carnut, 2022). Nessa lógica e buscando reduzir investimento de alto custo, planos de saúde têm se apropriado de conceitos da Atenção Primária em Saúde (APS)

para o fornecimento de planos populares (Costa, 2022). E, embora houvesse mobilização contra as organizações sociais, a APS já vinha sendo campo de mercado privado (Bahia, 2018).

A APS é ordenadora do cuidado em saúde nos territórios e tem um papel preventivo no cuidado (Santos, 2022). Logo, o setor privado tem se apropriado de forma superficial dos conceitos da lógica da APS para a oferta de planos populares (um tipo de segmento privado), ao mesmo tempo, tem buscado realizar a gestão dos serviços da APS (outro segmento) (Santos, 2022). Para tal busca, se fortaleceu internamente e junto ao mercado de serviços por meio associações específicas.

A exemplo recente, em julho de 2025, foi criada a Federação Brasileira das Organizações Sociais (FEBROS) para fortalecer esse segmento de modo a ampliar a operacionalidade de serviços públicos. Não tão recente, em 2019, a Medida Provisória 890/2019 criou o Programa Médicos pelo Brasil e previu a criação de uma agência para APS, exemplos de ampliação de nichos sem fins lucrativos por dentro do Estado (Costa, 2022).

Da Medida Provisória 890/2019 decorreu a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), por meio do Decreto 10.283/2020, instituição privada sem fins lucrativos, com a finalidade de gerenciar o Programa Médicos pelo Brasil, inserção de profissionais na APS (Brasil, 2025b). A ADAPS foi substituída pela Lei nº 14.621, de julho de 2023, mediante criação da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS) (Brasil, 2023).

A AgSUS é um serviço social autônomo, de direito privado e sem fins lucrativos, cuja finalidade é promover, em todo o território nacional, políticas de desenvolvimento da APS e da saúde indígena. Para cumprir seus objetivos, poderá firmar contratos, convênios e acordos com entidades públicas e privadas (Brasil, 2023). Atualmente, a AgSUS se coloca em reestruturação devido à ampliação de escopo e programas junto à APS e à saúde indígena (Brasil, 2025b).

A criação de uma agência privada sem fins lucrativos para o gerenciamento da APS no Brasil, seja a ADAPS ou a AgSUS, constitui um movimento de uma das modalidades privadas por dentro da APS (Santos, 2022). Logo, a transferência da gestão de toda a APS em todo território brasileiro para uma agência, gestão indireta, torna-se um convite para repensar a estruturação dos pilares do SUS e andamento da política pública que é o SUS (Santos, 2022).

E, embora alguns avanços na gestão direta, adendo à Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014, que estabeleceu piso para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes Comunitários de Endemias vedando inclusive a contratação temporária ou terceirizada, exceto em casos de

surtos epidêmicos (Brasil, 2014b), vários são os desafios frente ao capital, tais como a criação da ADAPS no meio da crise de Covid-19 e conseguinte a AgSUS, criação de organizações e programas.

A história revele que crise é funcional ao capital (Nakatani; Stocco; 2022). Nesses momentos, grandes monopólios buscam ampliar seus portfólios para obter lucro (Nakatani; Stocco; 2022). Logo, em momentos de crise, não é incomum que capitalistas utilizem essa demanda ou lacunas para obtenção de recursos.

Diante de elevados valores para manutenção da vida, a crise da pandemia covid-19 evidenciou a lógica lucrativa de momentos de crises, diante de elevados valores para manutenção da vida. Embora colocada como uma questão de saúde, a covid-19 consistiu em uma questão política, econômica e estrutural. Entre os entraves para seu enfrentamento constavam: alta demanda de insumos, equipamentos, leitos e profissionais qualificados, e a omissão do MS, exigindo protagonismo dos governadores (Sodré, 2020). A alternativa adotada foi expandir parcerias com o setor privado pela via estadual e municipal por meio da administração indireta e da terceirização de serviços, com destaque para relações com grandes hospitais e OSS (Sodré, 2020; Costa, 2022; Santos, 2023).

Regiões brasileiras com maior escassez de recursos hospitalares e vulnerabilidade socioeconômica foram mais atingidas, acarretando em mais iniquidades em saúde (Costa, 2022). No período pós-pandêmico, vários desafios foram colocados à saúde brasileira, entre os quais, o aumento da fila por especialistas no SUS e diante da mudança de governo e reavaliação de pautas emergenciais, a disponibilidade de especialidades para a população foi levantada como prioritária.

O discurso de suprir vazios assistenciais tem legitimado a recorrência ao setor privado em diferentes modalidades (Brasil, 2017). Em maio de 2025 o governo federal por meio da medida provisória nº 1.301 instituiu o Programa Agora Tem Especialistas - PATE, o qual garante atendimento médico-hospitalar a ser realizado em estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, para a população brasileira (Brasil, 2025c).

O PATE surgiu da necessidade de reduzir a espera por especialistas, procedimentos, cirurgias e exames especializados, demandas de média e alta complexidade em saúde, e tem sido visto como oportuno e promissor para novas interações entre o público e o privado (Bahia *et al.*, 2025). A participação dos estabelecimentos ainda está em fase inicial, mas até setembro de 2025 havia 59 hospitais credenciados entre filantrópicos e com fins lucrativos, distribuídos

por 14 unidades federativas, destaque para o Rio Grande do Sul (10), Minas Gerais (7) e Paraná (4) (Bahia *et al.*, 2025).

Conquanto na extensão e adesão, uma coisa é fato: o sucesso do PATE será condicionado à atratividade do programa para o setor privado, o que, desde sempre e para sempre, envolve ganhos financeiros. A baixa adesão por empresas de saúde privada de grande porte é um fator identificado por pesquisadores, o que possivelmente implicará na necessidade de revisão da tabela remunerativa (Bahia *et al.*, 2025).

Ao mesmo tempo, todo investimento no programa exigirá mais aprofundamentos da transversalidade dessas ações a médio e longo prazo para população brasileira, considerando a necessidade de acompanhamento territorial e proposta de saúde que é o SUS.

De modo que a ampliação desses novos acordos exigirá estudos mais aprofundados, já que, historicamente, essa relação tem sido apontada como um obstáculo à consolidação do SUS. Contudo, a trajetória da Saúde no Brasil evidencia uma vinculação estrutural entre o público e o privado. Ainda assim, diante das recentes ressignificações do setor privado, torna-se fundamental avançar na compreensão das implicações e das novas configurações que a mercantilização e a privatização da saúde impõem ao SUS.

## Considerações finais

O que a história mostra é que a herança do setor privado com a construção do Estado de Direito no Brasil impactou diretamente a preservação desse modelo para as políticas públicas sob outros moldes. Trata-se de um processo que não é natural e nem neutro, mas profundamente político. O Estado servindo a dois senhores: de um lado, é responsável pela oferta de políticas públicas; de outro, recorre ao setor privado para executá-las. Nesse arranjo, o Estado mantém o papel de provedor, mas não necessariamente de produto.

A forma como o setor privado em saúde vem se expandindo é profundamente preocupante. Ele penetra o Estado e, ao mesmo tempo, atua de forma externa a ele, oferecendo serviços, influenciando decisões e estendendo sua atuação para outros campos com foco no acúmulo de capital. Não há transparência suficiente para quantificar exatamente quantas instituições operam nesse modelo, nem para identificar com precisão a quais interesses e articulações elas estão alinhadas. Isso evidencia, de maneira nítida, o caráter político dessa atuação.

Há uma preocupação relacionada à chamada complementariedade invertida no SUS. Requisitando, assim, que identifiquem as formas que o setor privado passa a atuar dentro do sistema, ou seja, quais serviços permanecem sob gestão estatal direta e quais foram terceirizados, transferidos para outras organizações ou adquiridos do mercado privado, para que assim seja disseminada a realidade do cenário político, econômico e social do SUS e o impacto sobre a população na oferta desses serviços. E mais, novos programas, agências e instituições têm surgido na contemporaneidade, exigindo o aprofundamento dos contornos dessa relação no território brasileiro e o impacto direto nas políticas públicas.

## Referências

ANDRADE, E. et al. **Seguridade Social: caminho para solucionar o desfinanciamento do SUS, lutar contra a desigualdade e reconstruir a democracia.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, p. 5–8, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4k3z6zwWVQdryx4kfYXQCVk/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 10 mai. 2026.

BAHIA, L. **Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/W7zxfv588XxhKQ7JJ8dGVKD/abstract/?lang=pt>. Acesso em:

10 mai. 2026.

BAHIA, L. et al. **Financeirização do setor saúde no Brasil: desafios teóricos e metodológicos à investigação de empresas e grupos empresariais.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 38, p. 1–13, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/bG4FMQpwfnGs99fmPYHhrJR/?lang=pt>. Acesso em: 12 mai.

2026.

BAHIA, L. et al. **Programa Agora Tem Especialistas: desafios para o direito universal à saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: GPDES/UFRJ, 2025. Disponível em:

<https://observatorio.gpdes.com.br/arquivos/publi/programa-agora-tem-especialistas-desafios-para-o-direito-universal-a-saude-no-brasil>. Acesso em: 12 mai. 2026.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. **O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos.**

Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 3, p. 158–171, 2018. Disponível em:

<https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/1147>. Acesso em: 14 mai. 2026.

BARBOZA, P. **A subsidiariedade dos serviços privados para complementação dos serviços públicos de saúde no âmbito do SUS.** 2021. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.11606/T.6.2021.tde-28122021-173042>. Acesso em: 19 jun. 2025.

BRAGA, I. **Empresariado e políticas de saúde no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, DF: Presidência da República, 1995. Disponível em: <https://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2026.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, DF, 2025a. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023**. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jul. 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2023-2026/2023/lei/114621.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2023-2026/2023/lei/114621.htm). Acesso em: 26 jul. 2025.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Participação social e organizações da sociedade civil**. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal>. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre a ADAPS**. Brasília, DF, 2025b. Disponível em: <https://agenciasus.org.br/sobre-a-adaps>. Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Manual de orientações para contratação de serviços de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_orientacoes\\_contratacao\\_servicos\\_saude.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_contratacao_servicos_saude.pdf). Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 maio 1998. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19637.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm). Acesso em: 25 jun. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999**. Dispõe sobre as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 mar. 1999. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19790.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19790.htm). Acesso em: 25 jun. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014**. Institui o piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 jun. 2014b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2014/lei/112994.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2014/lei/112994.htm). Acesso em: 27 jul. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014**. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2014a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/113019.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113019.htm). Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015**. Altera a legislação relativa à participação do capital estrangeiro na assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jan. 2015. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113097.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113097.htm). Acesso em: 27 jul. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Programa Agora Tem Especialistas**. Brasília, DF, 2025c. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2023-2026/2025/Mpv/mpv1301.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2025/Mpv/mpv1301.htm). Acesso em: 28 jul. 2025.

COSTA, D. **“Universalismo privatizante” e a “triade da desigualdade”**: saúde pública e privada no Brasil em tempos de crise econômica e sanitária. 2022. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://gpdes.com.br/producao-gpdes/universalismo-privatizante-e-a-triade-da-desigualdade-saude-publica-e-privada-no-brasil-em-tempos-de-crise-economica-e-sanitaria/>. Acesso em: 28 jan. 2026.

FLEURY, S.; OUVÉRY, A. **Política de saúde: uma política social**. In: FLEURY, S.; OUVÉRY, A. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: CEBES; Fiocruz, 2008. p. 23–64. Disponível em: [https://www.espp.pr.gov.br/sites/escola-saude/arquivos\\_restritos/files/migrados/File/TEXT01 POLITICA DE SAUDE POLITICA SOCIAL.pdf](https://www.espp.pr.gov.br/sites/escola-saude/arquivos_restritos/files/migrados/File/TEXT01 POLITICA DE SAUDE POLITICA SOCIAL.pdf). Acesso em: 14 mai. 2026.

MENDES, A.; CARNUT, L. **Economia política da saúde: subsídios para uma crítica marxista**. In: MENDES, A.; CARNUT, L. Economia política da saúde: uma crítica marxista contemporânea. São Paulo: Hucitec, 2022. p. 23–69.

NAKATANI, P.; STOCCO, A. F. **Austeridade e crise nas últimas décadas**. In: NAKATANI, P.; STOCCO, A. F. Capitalismo, austeridade e saúde no Brasil: perspectivas da economia política. São Paulo: Hucitec, 2022. p. 29–55.

POSSAS, C. **Saúde e trabalho: a crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

SANTOS, L. **A natureza jurídica pública dos serviços de saúde e o regime de complementaridade dos serviços privados à rede pública do SUS**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 815–829, jul./set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JZZgCq4tCwPL4VSKzHLMqQc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 mai. 2026.

SANTOS, L. **Atenção primária e a privatização dos serviços de saúde**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 22, n. 2, 2022. Disponível em: [https://revistas.usp.br/rdisan/pt\\_BR/article/view/181323](https://revistas.usp.br/rdisan/pt_BR/article/view/181323). Acesso em: 15 mai. 2026.

SANTOS, V. **O protagonismo do Estado na expansão e lucratividade do setor privado da saúde: o parasitismo do setor privado ao SUS**. 2023. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2023. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/123456789/12534>. Acesso em: 15 mai. 2026.

SCHEFFER, M.; SOUZA, P. **A entrada do capital estrangeiro no sistema de saúde no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 1–15, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mzhD5mWdTzvQYt7dFRcZF5B/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 15 mai. 2026.

SODRÉ, F. **Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1–12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/YtCRHxTywqWm4SChBHvqPBB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 mai. 2026.

VACCARO, S.; GOMES, T. **Terceirização da gestão na saúde pública**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.