

O Cebes no debate das relações entre o público e o privado

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato^{1,2}, Ana Maria Costa^{1,3}, Maria Lucia Frizon Rizzotto^{1,4}

DOI: 10.1590/2358-28982026149ED-P

NESTE EDITORIAL, APRESENTAMOS AS LINHAS QUE ORIENTAM o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) no debate e na ação sobre as consequências do aumento exponencial da participação privada no Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, é sempre importante lembrar que a Constituição Federal de 1988 representa um marco civilizatório na história brasileira, ao estabelecer, em seu art. 196, que:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação¹.

Esse dispositivo constitucional expressa uma concepção radicalmente democrática e universalista da saúde, fruto de décadas de luta do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

O que se observou nas décadas subsequentes, contudo, foi uma trajetória marcada pela contradição entre o mandato constitucional e as escolhas políticas e econômicas efetivamente realizadas. O SUS, embora tenha logrado avanços expressivos em cobertura vacinal, atenção básica, transplantes de órgãos e resposta a emergências sanitárias, convive com um subfinanciamento crônico e com a expansão vigorosa de um setor privado de saúde que se alimenta, paradoxalmente, de recursos públicos.

Segundo Sestelo, Souza e Bahia², o Brasil apresenta uma configuração singular no cenário internacional: um sistema público constitucionalmente universal coexistindo com um dos maiores mercados de planos de saúde do mundo, alimentado por generosos subsídios fiscais do Estado. Essa dualidade não é acidental nem natural. É resultado de disputas políticas, interesses econômicos e escolhas alocativas que, ao longo do tempo, moldaram um modelo híbrido que favorece, estruturalmente, o setor privado em detrimento do SUS. Sob essa perspectiva, é importante revisitar a história, seus contextos e conjunturas.

Nos 40 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde – 8ª CNS (1986-2026), que teve a participação inédita de representantes da sociedade civil, a Conferência aprovou um relatório que serviu de base para o Capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988. O conceito de saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde”³ representou uma ruptura com a visão biomédica e mercantil então dominante.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
lenauralobato@uol.com.br

²Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs) – Brasília (DF), Brasil.

⁴Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

Vale lembrar que ela definiu, antes de tudo, uma Reforma Sanitária pautada na construção democrática de direitos sociais para a qualidade de vida, incluindo, nesse contexto, o sistema de saúde universal, público e estatal, orientando que todos os serviços privados seriam progressivamente estatizados.

Alguns atores não compareceram à 8ª CNS, incluindo os representantes do setor privado, apesar de marcarem presença na Comissão Nacional de Reforma Sanitária formada após a conferência para definir estratégias operacionais para as mudanças pretendidas. O MRSB contou com um forte trabalho de incidência política na Assembleia Nacional Constituinte, que resultou no Capítulo da Saúde, mas não foi capaz de neutralizar a ação do setor privado, que conseguiu garantir seus interesses, incluindo o artigo que permite sua presença em caráter complementar, com atuação sob a governança regulatória do SUS para aquelas situações em que esse sistema de saúde não dispunha de serviços. A complementariedade valeria para o caso de o SUS não conseguir sozinho realizar o conjunto de ações e serviços para garantir a integralidade. Entretanto, a oferta pública sempre aquém das necessidades, ora pela falta de financiamento para ampliação de serviços próprios, ora por escolhas políticas em um jogo já bem claro dos interesses, resultou em um rápido crescimento tanto do setor de planos de saúde, que saiu da condição de complementar para a de setor suplementar, quanto da participação privada ao interior do SUS.

A expansão do setor privado, simultânea ao processo de implantação do SUS, relaciona-se a um conjunto de fenômenos que precisa ser identificado para ampliar o conhecimento e fundamentar melhor a prática política. As diretrizes da 8ª CNS constituem bandeiras que ainda orientam nossas estratégias políticas, mas são insuficientes para traçar táticas de ação no contexto atual das relações sociais e da dinâmica do setor privado.

O mundo contemporâneo vive uma agudização das consequências do capitalismo, financeirizado, corporificado e predatório ao meio ambiente, imprimindo condições deletérias ao trabalho e às condições de vida, bem como alterações significativas nas relações sociais, mais imediatistas, consumistas e individualistas, que comprometem a adoção de projetos coletivistas e solidários. O ‘privado’ é mais do que a apropriação privada dos meios de produção e exploração de mais-valia; é também um elemento forte na orientação das relações sociais, que disputa os sentidos do que chamamos de processo de saúde e adoecimento.

A saúde é, simultaneamente, um dos direitos mais caros inscritos na Constituição Federal de 1988 e um dos mercados mais lucrativos da economia brasileira. Essa duplicidade não é uma casualidade histórica: ela é produto de disputas políticas concretas, travadas por atores com interesses bem definidos, nos parlamentos, nos ministérios, nos meios de comunicação e nas ruas. Compreender a relação entre o setor público e o setor privado na saúde brasileira exige, portanto, ir além da análise técnica dos modelos assistenciais e mergulhar na economia política que os sustenta.

O Brasil gastou, em 2022, aproximadamente 9,8% do seu Produto Interno Bruto (PIB) com saúde, percentual comparável ao de países com sistemas universais consolidados. No entanto, enquanto nesses países a maior parcela é gasta pelo setor público, no Brasil, o gasto privado (5,1% do PIB) sempre superou o gasto público (4,7% do PIB)⁴, configurando uma anomalia estrutural que expressa, inicialmente, uma correlação de forças desfavorável ao projeto universalista.

Essa correlação de forças não é obra do acaso. Ela resulta da ação organizada de poderosos grupos econômicos do setor privado de saúde – operadoras de planos, hospitais, indústria farmacêutica, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico – que, ao longo de décadas, construíram uma presença sistemática nos espaços de decisão política, modelando o marco regulatório, capturando

órgãos públicos e inviabilizando reformas que pudessem ameaçar seus interesses. Do outro lado, a defesa do SUS universal encontrou aliados na academia, nos movimentos sociais, em frações dos partidos de esquerda e em entidades profissionais de saúde – mas, apesar da força da participação e do controle social, sua capacidade de pressão mostrou-se inferior à do capital privado.

Verifica-se, também, uma disputa de hegemonia sobre o que é o direito à saúde e a quem cabe provê-lo. Se o privado antes se colocava em oposição ao direito à saúde, à universalização do acesso e à construção de sistemas públicos, hoje ele não se opõe a esses preceitos, mas assume o compromisso de ‘contribuir’ para o Estado no cumprimento dessa ‘missão’⁵. Tenta imprimir ao direito à saúde uma renovação do antigo lugar da causalidade biológica do adoecimento e da individualização da cura, por meio da defesa da expansão do acesso a mais tecnologias, mais insumos, mais medicamentos e mais procedimentos médicos.

É importante lembrar a mudança de postura do setor privado em relação ao SUS, que é política e bastante simbólica. Nos anos 2000, representantes do setor privado passaram a ressaltar a importância do SUS e de sua organização. Sintonizado com essa súbita defesa do SUS, no plano internacional, as agências lançaram o projeto da Cobertura Universal de Saúde (CUS), que afirma a insuficiência dos sistemas públicos para atendimento das populações e que o setor privado deve estar pronto para assumir essa missão⁵. Essa mudança não está devidamente estudada, mas certamente foi influenciada pela dinâmica de não enfrentamento e de adesão por parte dos agentes públicos, premidos pela necessidade de expansão de serviços (em especial de alta complexidade), pelas iniciativas de investimento em tecnologia e pela própria expansão dos recursos para a saúde, além de interesses particularistas.

Na disputa pela hegemonia, o setor privado ‘copia’ o movimento sanitário ao criar *think thanks* que defendem o SUS e

fazem apologia da interação com o público. Como exemplo, o já conhecido Instituto Coalizão Saúde, formado pela ‘cadeia produtiva’ do setor, tem como objetivo ‘contribuir, de forma propositiva e pluralista, para o debate e a busca de novos avanços em saúde, em resposta às demandas da população e às necessidades do País’. Sua missão é ‘propor soluções que contribuam para a qualidade, a equidade e a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro’. São claros em defender a constitucionalidade da iniciativa privada na saúde e o “aperfeiçoamento de modelos que já vêm sendo implantados com sucesso, como as parcerias público-privadas”⁶. Na mesma direção, o Instituto para Estudos de Políticas de Saúde (Ieps) tem também papel formulador, e ressalta o objetivo de construir evidências para a adoção de políticas públicas⁷. Se o Coalizão e o Ieps são mais técnicos e formuladores, o recém-criado ‘Instituto Consenso – convergência em saúde’ terá, provavelmente, papel mais político, especialmente se observada a *entourage* de políticos e gestores participantes de sua inauguração em maio de 2026. O referido instituto se apresenta como um ‘novo marco para a articulação técnica entre saúde pública e privada’ e buscará, por meio de *lobbies*, dar legitimidade política à propalada eficácia da integração do privado com o SUS⁸.

Para nós, o Estado foi e é parte de um projeto contra-hegemônico quando se torna responsável pela construção de estruturas de bem-estar social no capitalismo. O neoliberalismo instalado no País exige a análise da atuação dos diferentes governos na área da saúde, particularmente em relação às estratégias adotadas na implementação do SUS. De saída, constata-se que o SUS vai perdendo o caráter de sistema único devido à franca expansão do setor privado. O caráter estatal foi sendo substituído pelos diversos mecanismos de privatização da gestão. Ademais, a saúde não foi central em nenhum projeto governamental. Esse contexto nos impõe ampliar o conhecimento sobre a dinâmica atual do setor

privado em suas várias dimensões para atualizar e fortalecer a disputa de hegemonia pelo direito à saúde e o SUS – universal, público e com integralidade. É um grande desafio que merece nossa aposta e nossa vigorosa ação política.

Contribuições de autoria

Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)*, Costa AM (0000-0002-1931-3969)* e Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Senado Federal (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
2. Sestelo JAF, Souza LEPE, Bahia L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):851-66. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500004>
3. Ministério da Saúde (BR). Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986 [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8-conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
4. World Health Organization [Internet]. [Geneva]: WHO; © 2026. Brazil [Country overview]; 2026 [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: <https://data.who.int/countries/076>
5. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):847-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>
6. Instituto Coalizão Saúde [Internet]. [local desconhecido]: ICOS; © 2025. Agenda Prioritária; 2026 [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: <https://icos.org.br/visao-sobre-a-saude/#agenda-prioritaria>
7. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde [Internet]. São Paulo: Ieps; © 2025. Quem somos; 2026 [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: <https://ieps.org.br/institucional/#ancora-quemsomos>
8. Instituto Consenso [Internet]. Brasília, DF: Instituto Consenso; [data desconhecida]. Quem somos; [data desconhecida] [acesso em 2026 jun 10]. Disponível em: <https://consenso.org.br/>