

Integrando o público com o privado: a expansão do setor de serviços da saúde suplementar em Aracaju/SE

U. E. S. Celestino^{1 2}

¹Núcleo de Pós-graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (NPPCS), Universidade Federal de Sergipe, 49100-000, São Cristóvão-SE, Brasil

²Grupo de pesquisa Educação, formação, processo de trabalho e relações de gênero (CNPq). Bolsista do programa de mestrado em sociologia (UFS) pela Fundação de amparo à pesquisa e à inovação tecnológica do estado de Sergipe – FAPITEC/SE.

uilder1984@hotmail.com

A proposta da extensão universal do direito à saúde que acompanhou o movimento sanitário brasileiro promoveu conquistas legais após a crise financeira da previdência social que marcou a década de 1980. Após vinte anos das conquistas da saúde via Constituição de 1988 e dez anos do início da regulação do setor da saúde privada com as leis nº 9.656/98 e 9.961/2000, evidencia-se nova realidade no Brasil, caracterizada pelas dificuldades da ação governamental em dar garantias àquelas conquistas legais. Destaca-se que as questões relacionadas à saúde pública ligam-se ao processo de expansão do setor de serviços da saúde suplementar. O presente artigo objetiva particularizar esse cenário de discussão a partir da cidade de Aracaju/SE, valendo-se do cruzamento de dados da ANS com as estatísticas do IBGE e do Ministério da Saúde, possibilitando dimensionar a posição do mercado de planos de saúde em meio à população estudada e à própria estrutura da saúde pública.

Palavras-chave: Saúde suplementar, Sistema único de saúde (SUS), Aracaju/SE.

The proposal of the universal extension of the right to the health that accompanied the movement Brazilian hygienist promoted legal conquests after the financial crisis of Social welfare that marked of the 1980s. After twenty years of the conquests of the health through Constitution of 1988 and ten years of the beginning of the regulation of the section of the health deprived with the laws no. 9.656/98 and 9.961/2000, new reality is evidenced in Brazil, characterized by the difficulties of the government action in giving warranties the those legal conquests. The subjects related to the public health call to the process of expansion of the section of services of the supplemental health. The present article aims at to particularize that discussion scenery starting from the city of Aracaju/SE, being been worth of the crossing of data of ANS with the statistics of IBGE and of ministry of Health, making possible to measure the position of the market of plans of health and the studied population and the structure of the public health.

Keywords: Supplemental health, Unique system of health (SUS), Aracaju/SE.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o debate sobre as relações entre desenvolvimento econômico-social e a extensão da cobertura dos serviços de saúde caminhou no interior do movimento sanitário que, de acordo com as análises de Teixeira [1], pode ser periodizado da seguinte forma: o chamado sanitário desenvolvimentista (1955-64); o período de privatização do social (1964-74) e; a partir do restante da década de 1970, a retomada da medicina estatal, mas de interesse privado. Neste último período, tinha-se no país um modelo de saúde centralizador e uma prática médica curativa, individual, especializada e sofisticada, sem o desenvolvimento de medidas de saúde pública. Foi um período marcado pela mercantilização e empresariamento da medicina, que estava alimentada pelos recursos previdenciários do país. As conseqüências desse modelo tornaram-se notórias com a crise financeira da previdência social que marcou o início dos anos de 1980.

A crise do sistema previdenciário dos anos de 1980 colocou para público o debate de um projeto de reforma sanitária que contemplasse toda a população. Tratava-se de uma grande proposta de democratização da saúde como parte de uma estratégia maior de democratizar a sociedade [1]. Dessa forma, o movimento pela saúde no país apresentava-se como uma proposta tão revolucionária quanto o movimento de reforma agrária, reunindo intelectuais, profissionais

da área de saúde, organizações, associações, tendo por referência a saúde como valor universal [1].

Assim, como resultante das lutas populares e sindicais, a área da saúde foi a que mais obteve sucesso no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, fato refletido na Constituição Federal de 1988 [2]. Com um perfil bastante programático em diversos aspectos, a nova carta constitucional propôs um novo ordenamento ao setor da saúde, propiciando um desenho particular em aspectos ético-políticos fundamentais, cuja base consistia na solução do modelo anterior que, em relação à saúde, estabelecia quais eram os cidadãos de primeira ordem e de segunda ordem.

Diferente do modelo anterior que garantia cuidados de saúde apenas para os trabalhadores formais participantes do sistema da previdência social, o sistema de saúde, definido especificamente no título VIII da Constituição Federal [2] e posteriores leis regulamentadoras nº. 8.080/1990 [3] e 8.142/1990 [4], garantiu, no plano dos direitos, o acesso universal à saúde, eliminando quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Os documentos asseveram espaços para gestões democráticas no campo sanitário, compartilhadas entre os usuários dos serviços de saúde através da participação popular, possibilitando o controle social por diferentes sujeitos coletivos em interação entre si e com o Estado.

A concepção ampliada da saúde como “... o efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como a expressão ativa – e participativa – do exercício de direitos de cidadania...” [5], indica, no plano teórico, a expansão dos direitos de cidadania, a preocupação com a universalidade, com a justiça social, tendo o Estado como participante central na provisão da atenção social. Trata-se de uma base legal que rompeu com a situação anterior no plano jurídico e político.

No entanto, impõe-se reconhecer a intrínseca relação entre direitos sociais e econômicos, entendendo, também, que a intervenção estatal, na esfera das políticas sociais, não se realiza de maneira independente aos interesses econômicos. Estes, por sua vez, moldam e incluem, na agenda política e governamental, os itens que lhes são relevantes, segundo determinações históricas particulares que envolvem o ambiente sistêmico e o ambiente programático [6 e 7].

Não se pode esquecer que, se o projeto aprovado de *saúde para todos* atribuiu ao Estado a responsabilidade pela promoção, proteção e recuperação à saúde do cidadão, a ação governamental, a esse mesmo tempo, permitiu a continuidade do funcionamento, sem qualquer legislação, dos serviços privados de Saúde. O setor privado de saúde, que há quase trinta anos funcionava sem lei, assim permaneceu por dez anos seguidos ao marco de 1988 que definiu o atual sistema público e único de saúde.

A oferta dos serviços de saúde pela iniciativa privada operou sem legislação específica até a aprovação da lei nº 9.656/98 [8], que estabeleceu as regras para registro definitivo, autorização de funcionamento e registro dos produtos das operadoras de planos de saúde privados do Brasil. Como complemento, somente dois anos após a primeira lei do mercado é que surge a lei nº 9.961/2000 [9] criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que passou a ser responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização de todas as atividades da chamada saúde suplementar.

Com a ANS, tornou-se possível a análise de dados referentes à saúde suplementar, inclusive realizando-se cruzamentos com as estatísticas do IBGE e do Ministério da Saúde, na finalidade de entender a dinâmica do setor perante a sociedade brasileira. Tais cruzamentos possibilitam dimensionar a posição do mercado de planos de saúde em meio à população brasileira e à própria estrutura da saúde pública do país, tendo em vista a tarefa da agência de fiscalizar a interação entre a oferta dos serviços públicos de saúde com a oferta dos serviços de saúde do setor suplementar, e vice-versa.

2. O SETOR DE SERVIÇOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR EM ARACAJU

Passados dez anos da lei 9.656/98 [8], a agora chamada saúde suplementar atingiu uma taxa de cobertura de 21,6% de toda a população brasileira, correspondendo a quase 41 milhões de

peças que eram beneficiárias de planos de saúde privados com assistência médica e com ou sem odontologia [10].

Em Aracaju/SE, até o término de 2008, mais de 166 mil pessoas eram beneficiárias de planos de saúde de mesmas especificações, o que significa uma taxa de cobertura de 31,1% das pessoas residentes na cidade. Esse percentual é muito superior à taxa correspondente à cobertura Nacional (21,6%), como da região Nordeste (9,5%) e do estado de Sergipe (10,8%). A taxa de cobertura calculada pela ANS, que consiste na razão entre o número de beneficiários de planos de saúde de determinada área geográfica pelo número total de habitantes da área geográfica, aponta para o fato de que a capital sergipana concentra uma grande população compradora de serviços de saúde, comparativamente às demais cidades brasileiras incluídas na faixa de mais de 100 mil e menos de 1 milhão de habitantes (26,2%):

Tabela 1: Taxa de cobertura por planos de assistência médica, por faixa de número de habitantes dos municípios (Brasil – dezembro/2008)

Faixa de número de habitantes	Municípios	População	Beneficiários	Taxa de cobertura (%)
Total	5.565	189.612.814	40.910.532	21,6
Até 10.000	2.558	13.498.655	522.292	3,9
10.001 a 50.000 habitantes	2.422	51.359.754	3.312.075	6,4
50.001 a 100.000 habitantes	319	22.435.075	2.930.872	13,1
100.001 a 1.000.000 habitantes	252	63.211.221	16.552.725	26,2
1.000.0001 habitantes ou mais	14	39.108.109	16.946.503	43,3
Município ignorado	-	-	646.065	-

Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 12/2008 e População - IBGE/DATASUS/2008

Fonte da Tabela: ANS, Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, Março de 2009.

Tem-se na cidade de Aracaju uma intensificação da tendência de crescimento da oferta dos serviços da saúde suplementar que ocorre em todo o cenário nacional. A cidade apenas não supera o percentual da taxa de cobertura das grandes metrópoles brasileiras, cuja população é superior a 1 milhão de habitantes (43,3%).

Torna-se imprescindível constatar que os beneficiários de planos de saúde são, antes de consumidores, cidadãos que fazem a escolha por comprar determinado serviço de saúde, de igual maneira abdicando da oferta do mesmo serviço que deve ser disponibilizado pelo Estado. É evidente que essas questões se conectam com a precária, ou parcial concretização de um sistema de saúde público que pretendeu ser único, mas que na prática ainda não o foi.

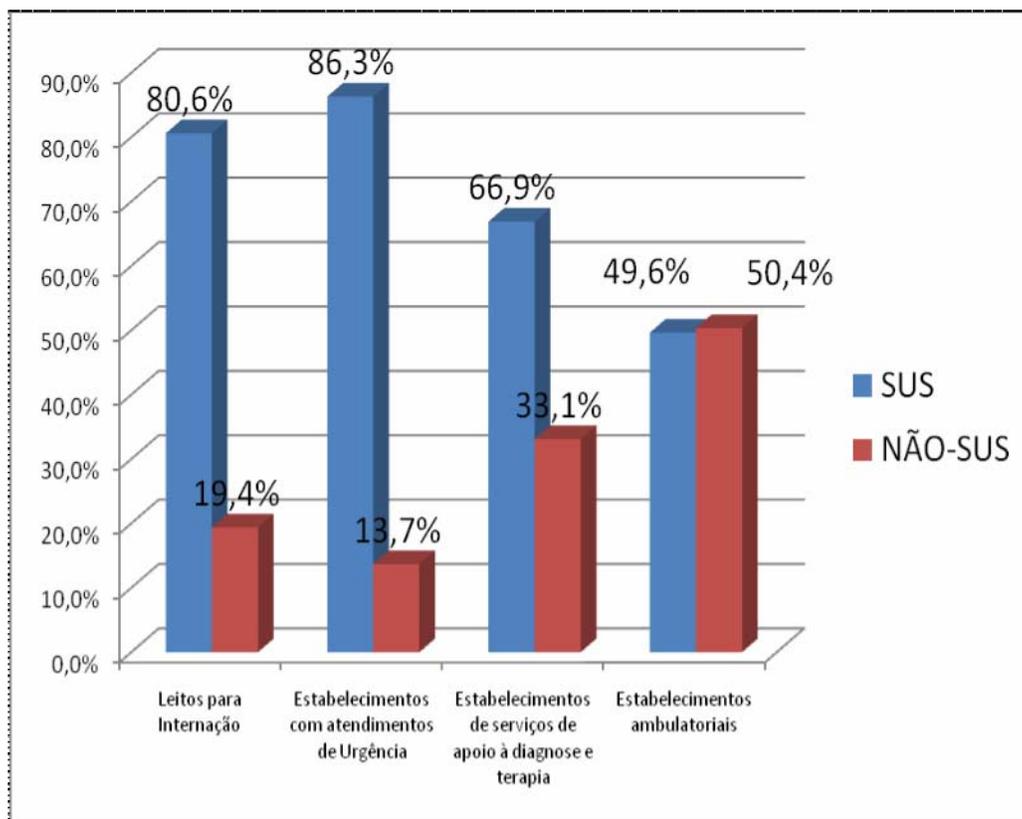
A saúde suplementar alimenta uma extensa rede que presta serviços de saúde a partir de estabelecimentos que disponibilizam leitos para internação, atendimento de urgência, serviços de apoio à diagnose e terapia e serviços ambulatoriais. É exatamente essa rede, cada vez mais extensa, que se impõe diante da necessidade de promoção, proteção e recuperação à saúde do cidadão, muitas vezes desprovido da ação governamental.

3. OFERTAS POR TIPO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: COMPARANDO O PÚBLICO COM O PRIVADO

Mesmo com a expansão da saúde suplementar, a grande maioria da população – quase 70% para o caso da cidade de Aracaju e quase 90% para o caso do estado de Sergipe – depende exclusivamente dos serviços de saúde disponibilizados pelo poder público através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, compreende-se que a rede de serviços que garante o funcionamento do SUS em termos quantitativos precisa ser superior à rede de serviços privados que não atende aos requisitos do SUS. Neste particular, o gráfico 1 possibilita estabelecer um comparativo da oferta de ambas as redes no estado de Sergipe:

Gráfico 1: distribuição percentual da oferta por tipo de serviço de saúde (Sergipe - dezembro/2008).



Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, retirado em: ANS, Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, Março de 2009.

A rede que atende exclusivamente a saúde suplementar (NÃO-SUS) responde por 19,4% dos leitos de internação, 13,7% dos estabelecimentos com atendimentos de urgência, 33,1% dos estabelecimentos que realizam exames e 50,4% dos estabelecimentos ambulatoriais do estado de Sergipe. Todas as ofertas superam o percentual da taxa de cobertura dos planos de assistência privada do estado de Sergipe (10,8%). Por outro lado, fazendo-se a inversão dos percentuais, percebe-se que a grande maioria da população sergipana (89,2%) serve-se de uma rede que, embora maior, ainda não acompanha a demanda populacional de maneira satisfatória.

A oferta de estabelecimentos ambulatoriais, destinados à realização de consultas com variadas especialidades médicas chega a ser superior na rede exclusiva da saúde suplementar (50,4%) que na oferta do SUS (49,6%). Trata-se de uma insustentável disparidade, onde as desigualdades quanto ao acesso à saúde repetem os quadros da má distribuição das riquezas do país.

4. CONCLUSÃO

Para além das conquistas legais do movimento sanitário brasileiro [1 e 5] com a definição e regulamentação do projeto de seguridade social previsto na Constituição Federal [2] e posteriores leis regulamentadoras [3 e 4], as análises baseadas nos percentuais apresentados indicam a presença cada vez mais forte da saúde suplementar na cidade de Aracaju/SE – enquanto um fenômeno que se repete em proporções variadas mas seguindo igual tendência no estado de Sergipe e nacionalmente – e ao mesmo tempo demonstra as deficiências de atendimento do sistema único de saúde (SUS). Trata-se de uma cadeia que procura, no aumento da saúde privada, uma compensação para o caos da saúde pública.

-
1. TEIXEIRA, S. F. (org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989.
 2. BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> acessado em 10 de maio de 2009.
 3. BRASIL. *Lei 8.080/1990*. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> acessado em 10 de maio de 2009.
 4. BRASIL. *Lei 8.142/1990*. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm> acessado em 10 de maio de 2009.
 5. LUZ, M. T.. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. In: *Saúde em Debate*. Londrina, n 32: 27-32 (1991).
 6. NOGUEIRA, V. M. R. & PIRES, D. E. P.. Direito à saúde - convite à reflexão. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n 3: 753-760 (2004).
 7. MARCONDES, W. B.. A convergência de referências na promoção da saúde. In: *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.1, n 1:5-13 (2004).
 8. BRASIL. *Lei 9.656/98*. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm> acessado em 10 de maio de 2009.
 9. BRASIL. *Lei 9.961/2000*. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm> acessado em 10 de maio de 2009.
 10. ANS, *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, Março de 2009.
-