



DANIEL RODRIGUES FARIA

**RELAÇÃO ENTRE SAÚDE PÚBLICA E SUPLEMENTAR NO BRASIL NA
EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE:**

Visão dos Beneficiários e dos Gestores da Saúde Suplementar

CANOAS, 2025

DANIEL RODRIGUES FARIA

**RELAÇÃO ENTRE SAÚDE PÚBLICA E SUPLEMENTAR NO BRASIL NA
EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE:**

Visão dos Beneficiários e Gestores da Saúde Suplementar

Dissertação apresentada como requisito
para a obtenção de Mestrado em Direito e
Sociedade da Universidade La Salle –
Unilasalle em parceria com o Centro
Universitário Processus – UniProcessus.

Orientação: Profa. Dra. Sandra Regina Martini

Coorientação: Prof. Dr. Arthur Henrique de Pontes Regis

CANOAS, 2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F224r Faria, Daniel Rodrigues.

Relação entre Saúde pública e suplementar no Brasil na efetivação do direito à saúde [manuscrito]: visão dos benefícios e dos gestores da Saúde suplementar / Daniel Rodrigues Faria. – 2025.

114 f. : il.

Dissertação (mestrado em Direito) – Universidade La Salle, Canoas, 2025.

“Orientação: Profª. Dra. Sandra Regina Martini”.

“Coorientação: Prof. Dr. Arthur Henrique de Pontes Regis”.

1. Direito à saúde. 2. Saúde pública. 3. Saúde suplementar. 4. Direito fraterno. 5. Cooperação. I. Martini, Sandra Regina. II. Regis, Arthur Henrique de Pontes. III. Título.

CDU: 34:614

DANIEL RODRIGUES FARIA

**RELAÇÃO ENTRE SAÚDE PÚBLICA E SUPLEMENTAR NO BRASIL NA
EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE:**

Visão dos Beneficiários e Gestores da Saúde Suplementar

Dissertação apresentada como requisito
para a obtenção de Mestrado em Direito e
Sociedade da Universidade La Salle –
Unilasalle em parceria com o Centro
Universitário Processus – UniProcessus.

Aprovado pela banca examinadora em 15 de setembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sandra Regina Martini

Prof. Dr. Arthur Henrique de Pontes Regis

Profa. Dra. Fernanda Dalla Libera Damacena

Profa. Dra. Ana Flávia Costa Eccard

Dedico este trabalho à minha família, pelo amor incondicional, pelo apoio constante e pela compreensão nas horas de ausência. Sem a força, o incentivo e a presença de cada um, esta caminhada não teria sido possível.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo exemplo de vida, pelos valores transmitidos e pela instrução que sempre me inspirou a buscar o conhecimento com responsabilidade e dedicação.

A todos os professores que fizeram parte da minha formação acadêmica, cuja dedicação e ensinamentos foram fundamentais.

À minha orientadora, Profa. Dra. Sandra Regina Martini, e coorientador, Prof. Dr. Arthur Henrique de Pontes Regis, pela paciência, orientação e pelas contribuições valiosas que tornaram possível a realização desta dissertação.

Ao Centro Universitário Processus – UniProcessus, nas pessoas da Magnífica Reitora Claudine Fernandes de Araújo e Excelentíssimo Senhor Vice-Reitor Gustavo Javier Castro, por ser a instituição de ensino que me acolheu, permitindo que eu transformasse minha vocação em prática docente e fortalecesse meu compromisso com a educação.

À Universidade La Salle – Unilasalle pela oportunidade de profundos estudos e comprometimento com o desenvolvimento de uma sociedade mais igualitária, fraterna e participativa.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho, deixo aqui meu sincero reconhecimento e gratidão.

RESUMO

A dissertação investiga a relação entre a saúde pública e a saúde suplementar no Brasil, buscando compreender como beneficiários e gestores de operadoras de planos de saúde percebem essa interação e em que medida ela contribui ou dificulta a efetivação do direito fundamental à saúde. Parte-se do problema central: quais são as percepções de beneficiários e de gestores da saúde suplementar sobre a relação entre os sistemas de saúde pública e saúde suplementar no Brasil para a efetivação do direito à saúde? Para responder a tal questionamento, a pesquisa adota como referencial teórico o Direito Fraternal, de Elígio Resta, que se apresenta como vetor interpretativo capaz de superar a lógica de competição e propor soluções calcadas na cooperação entre os sistemas. A metodologia utilizada classifica o estudo como de natureza aplicada, com abordagem predominantemente quantitativa, apoiada na aplicação de questionários estruturados a beneficiários e gestores da saúde suplementar, e complementada por análises qualitativas decorrentes de manifestações espontâneas. Foi realizada, ainda, pesquisa bibliográfica e documental, com os documentos sendo interpretados e analisados. A coleta dos dados por meio da pesquisa empírica foi realizada de forma eletrônica e padronizada, assegurando a uniformidade do tratamento das respostas. Os resultados revelam que tanto beneficiários quanto gestores reconhecem a interdependência entre os sistemas, identificando que a insuficiência do SUS em garantir o direito à saúde gera pressões sobre a saúde suplementar, ao mesmo tempo em que falhas de cobertura desta última acabam por sobrecarregar o sistema público. Essa dinâmica evidencia tensões recorrentes, como a disputa em diversas áreas, como recursos financeiros e humanos, responsabilidades, além de impactos da judicialização. Entretanto, a pesquisa também demonstra que existe consenso quanto à necessidade de cooperação efetiva entre os sistemas, especialmente na perspectiva de que ações coordenadas podem ampliar a qualidade da assistência e reduzir desigualdades no acesso. Ao integrar os resultados da pesquisa empírica com o referencial do Direito Fraternal, foi realizada conclusão no sentido de que a efetivação do direito à saúde no Brasil demanda um redesenho das relações institucionais, que substitua a lógica antagonista por práticas

colaborativas e solidárias, além de intensificar os pontos de convergência. A fraternidade, concebida como princípio jurídico, apresenta-se como fundamento capaz de orientar políticas públicas mais integradas, favorecendo a construção de um sistema de saúde inclusivo, equitativo e comprometido com o bem-estar coletivo.

Palavras-chave: direito à saúde. saúde pública. saúde suplementar. direito fraterno. cooperação.

ABSTRACT

This dissertation examines the relationship between public health and supplementary health care in Brazil, seeking to understand how beneficiaries and managers of health plan operators perceive this interaction and to what extent it contributes to or hinders the realization of the fundamental right to health. The research problem is formulated as follows: what are the perceptions of these actors regarding the relationship between the systems and their influence on the constitutional mandate of universality and integrality of health care? To address this question, the study adopts the theoretical framework of Fraternal Law, proposed by Eligio Resta, which serves as an interpretative paradigm capable of overcoming the logic of competition and fostering cooperative and solidarity-based solutions between the systems. The methodology classifies the research as applied in nature, with a predominantly quantitative approach, based on structured questionnaires administered to beneficiaries and managers of supplementary health care, complemented by qualitative analyses derived from spontaneous opinions. Bibliographic and documentary research was also employed, with data interpreted through descriptive statistics and content analysis. Empirical data collection was carried out electronically, ensuring standardized instruments and uniform treatment of responses. The findings reveal that both beneficiaries and managers acknowledge the interdependence between the systems, recognizing that the structural limitations of the Unified Health System (SUS) place pressure on supplementary health, while gaps in private coverage in turn overload the public system. This dynamic highlights recurrent tensions such as competition for financial and human resources, overlapping responsibilities, and the impacts of judicialization. However, the research also indicates consensus regarding the need for effective cooperation between the systems, particularly under the perspective that coordinated actions may improve the quality of care and reduce inequalities in access. By integrating the empirical results with the theoretical framework of Fraternal Law, the study concludes that the realization of the right to health in Brazil requires a reconfiguration of institutional relations, replacing the competitive logic with collaborative and solidarity-based practices. Fraternity, understood as a legal principle, emerges as a foundation capable of guiding more integrated public

policies, fostering the construction of an inclusive and equitable health system, committed to collective well-being.

Keywords: right to health. public health. supplementary health. fraternal law. cooperation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Valores identificados por ano de Ressarcimento ao SUS.....	60
Figura 2 - Atendimentos identificados por ano de Ressarcimento ao SUS	60

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Respondentes por gênero.	71
Gráfico 2 - Respondentes por faixa etária.	72
Gráfico 3 - Respondentes por escolaridade.	72
Gráfico 4 - Respondentes por região de moradia.	73
Gráfico 5 - Percepção da relação entre a saúde pública e a saúde suplementar – Beneficiários.	74
Gráfico 6 - Percepção da relação entre a saúde pública e a saúde suplementar – Gestores.	75
Gráfico 7 - Percepção sobre competição por recursos e responsabilidades entre os sistemas – Beneficiários.	79
Gráfico 8 - Percepção sobre competição por recursos e responsabilidades entre os sistemas – Gestores.	79
Gráfico 9 - Percepção sobre os efeitos da competição na efetivação do direito à saúde – Beneficiários.	81
Gráfico 10 - Percepção sobre os efeitos da competição na efetivação do direito à saúde – Gestores.	81
Gráfico 11 - Reconhecimento da necessidade de cooperação entre o sistema público e suplementar de saúde – Beneficiários.	83
Gráfico 12 - Reconhecimento da necessidade de cooperação entre o sistema público e suplementar de saúde – Gestores.	83
Gráfico 13 - Cooperação entre o sistema público e suplementar de saúde como ferramenta de melhoria da assistência – Beneficiários.	85
Gráfico 14 - Cooperação entre o sistema público e suplementar de saúde como ferramenta de melhoria da assistência – Gestores.	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cinco maiores números de atendimentos de ressarcimento ao SUS por CID de 2010 a 2022	61
Tabela 2 - Percepção sobre a atuação coordenada, complementar ou suplementar dos Sistemas de Saúde – Beneficiários	77
Tabela 3 - Percepção sobre a atuação coordenada, complementar ou suplementar dos Sistemas de Saúde – Gestores	77

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	16
2.	A SAÚDE E SUA DISPOSIÇÃO CONSTITUCIONAL NO BRASIL.....	21
2.1.	Conceito de Saúde.....	22
2.2.	Saúde: um direito social de concretização complexa	24
2.3.	Organização Constitucional para concretização do direito à saúde: Sistema Público e Sistema Privado	32
2.3.1.	Breve contexto histórico da dualidade do Sistema de Saúde Brasileiro ..	33
2.3.2.	Organização Constitucional do Sistema Público de Saúde	36
2.3.3.	Organização Constitucional do Sistema Privado de Saúde.....	39
3.	A INTERDEPENDÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO E SUPLEMENTAR: CONVERGÊNCIAS E PONTOS DE TENSÃO	44
3.1.	Interdependência dos sistemas de saúde	45
3.2.	As dificuldades para implementação do direito à saúde sob a perspectiva da relação entre a Saúde Pública e Saúde Suplementar	48
3.3.	Pontos de tensão e convergência dos sistemas de saúde pública e saúde privada.....	57
3.4.	Reorganização Sistêmica sob a Perspectiva Fraterna	67
4.	ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS E DOS GESTORES DA SAÚDE SUPLEMENTAR	69
4.1.	Análise e interpretação dos resultados	73
4.1.1.	Percepção da relação entre a saúde pública e a saúde suplementar	73
4.1.2.	Percepção sobre a atuação coordenada, complementar ou suplementar dos Sistemas de Saúde	76
4.1.3.	Percepção sobre competição por recursos e responsabilidades	78
4.1.4.	Percepção sobre os efeitos da competição na efetivação do direito à saúde	80
4.1.5.	Reconhecimento da necessidade de cooperação entre o sistema público e suplementar de saúde	82
4.1.6.	Cooperação entre o sistema público e suplementar de saúde como ferramenta de melhoria da assistência	84

4.1.7. Opiniões e sugestões espontâneas	86
4.2. Resultado	89
5. CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	104
APÊNDICE B – Questionário de Pesquisa.....	106
APÊNDICE C – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa – Universidade La Salle - Unilasalle	109

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho examina a relação entre a saúde pública e a saúde suplementar no Brasil, com especial atenção à forma como beneficiários e gestores da saúde suplementar percebem essa interação e aos possíveis caminhos para a cooperação entre os sistemas na efetivação do direito à saúde.

Trata-se de uma temática que se insere no debate, sempre relevante para a sociedade, sobre a concretização de direitos sociais pelo Estado, em um cenário que se apresenta, não raro, desafiador e complexo.

A concretização de direitos sociais, entre os quais a saúde, é marcada por dificuldades orçamentárias e de governança, desigualdades históricas profundamente enraizadas nas estruturas de poder, e por uma crescente judicialização, de modo que a análise exige mais do que a mera invocação de fundamentos legais, mas requer um olhar capaz de conjugar elementos históricos, teóricos e, sobretudo, experiências concretas colhidas junto aos atores que vivenciam essa realidade.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado, organizando-a a partir de um sistema público, o Sistema Único de Saúde (SUS), e permitindo, de forma expressa, a participação da iniciativa privada, na qual se insere a saúde suplementar. Esse desenho constitucional, embora aponte para a existência de uma relação conjunta entre os sistemas, sugerindo uma colaboração recíproca, revela, na prática, uma configuração complexa, capaz tanto de gerar sinergias e complementaridades quanto conflitos e disputas diversas, como pelos poucos recursos, por profissionais ou responsabilidade.

As consequências de toda esta dinâmica recaem diretamente sobre a população, diversificando o grau de efetividade com que o direito à saúde se concretiza no cotidiano de cada pessoa.

É, portanto, essencial compreender de modo mais aprofundado como essa interação entre a saúde pública e privada se constrói no Brasil, especialmente no que diz respeito ao papel desempenhado pela saúde suplementar na efetivação do direito à saúde. Ao fazê-lo, este estudo não se limita a identificar características estruturais de cada sistema, mas busca compreender como gestores e

beneficiários, atores protagonistas diretos dessa relação, percebem e avaliam as formas de cooperação e de competição existentes, e quais obstáculos e oportunidades, portanto emergem dessa interação.

O problema de pesquisa que orienta este trabalho parte do seguinte questionamento central: quais são as percepções de beneficiários e de gestores da saúde suplementar sobre a relação entre os sistemas de saúde pública e saúde suplementar no Brasil para a efetivação do direito à saúde?

Este problema permite não apenas avaliar entendimentos e expectativas, mas também identificar, a partir da experiência e respostas concreta dos participantes da pesquisa, quais elementos estruturam a cooperação ou fomentam a fragmentação entre os sistemas.

A investigação não possui a pretensão de esgotar o tema, pois seria uma tarefa inviável diante da amplitude e da complexidade das variáveis envolvidas, mas oferecer uma contribuição específica ao debate, sustentada no ponto de vista de dois grupos cujas ações e visões influenciam diretamente a prática e a gestão da assistência à saúde: aqueles que utilizam (beneficiários) e aqueles que administram (gestores) os serviços de saúde suplementar. O intuito de trazer estes importantes atores para a pesquisa é aproximar a reflexão teórica da realidade prática, permitindo a identificação de convergências e divergências que podem orientar, por exemplo, políticas mais integradas.

Nesse sentido, se adota como referencial teórico o Direito Fraternal, formulado por Elígio Resta (2020), pois mostra-se especialmente adequado para análise, compreensão e interpretação da relação entre os sistemas público e suplementar. A proposta de Resta (2020), ao conceber a fraternidade como princípio jurídico capaz de orientar políticas públicas e relações sociais de forma inclusiva, rompe com a lógica de competição ou antagonismo, que frequentemente marca o diálogo (ou a ausência dele) entre as duas esferas.

O Direito Fraternal se apresenta como ferramenta para colaborar na interpretação e elaboração de propostas, pois se caracteriza como um paradigma teórico que exige a construção de soluções compartilhadas, afastando ou superando a ideia de rivalidade, direcionando o arranjo institucional da saúde no Brasil para uma cooperação efetiva e solidária entre a saúde pública e a saúde suplementar.

A pesquisa apresenta duas hipóteses: (i) os sistemas de saúde pública e saúde suplementar no Brasil estabelecem uma relação de cooperação para a efetivação do direito à saúde; e (ii) os sistemas de saúde pública e saúde suplementar no Brasil estabelecem uma relação de competição por recursos e influência na efetivação do direito à saúde.

Essas hipóteses orientam a investigação e delimitam o escopo da análise, que se concentra nas percepções dos participantes, sem se estender à avaliação técnica da eficiência de políticas públicas, mas com algumas análises de dados assistenciais ou financeiros relevantes para sustentar conclusões.

A relevância deste trabalho reside, assim, na possibilidade de identificar, a partir das percepções colhidas, barreiras e oportunidades para uma atuação mais integrada entre saúde pública e suplementar, de forma a atender o anseio constitucional de que haja realmente uma coordenação efetiva entre os dois setores como condição indispensável para a melhoria da qualidade da assistência e da garantia ao direito a saúde.

Contudo, no contexto brasileiro, a relação entre o sistema de saúde público e privado (especialmente, suplementar) é frequentemente marcada por tensões, sobreposições e lacunas que dificultam a cooperação. Ao associar a análise empírica das percepções de gestores e beneficiários à perspectiva do Direito Fraterno de Elígio Resta (2020), busca-se oferecer um olhar que valoriza a superação da lógica de oposição e a construção de soluções solidárias, pautadas na inclusão e no reconhecimento mútuo.

Dentro deste contexto, o objetivo geral deste trabalho consiste em analisar a relação entre a saúde pública e a saúde suplementar no Brasil, a partir das percepções de beneficiários e gestores da saúde suplementar, identificando possibilidades de cooperação que favoreçam a efetivação do direito à saúde. Para tanto, estabelecem-se como objetivos específicos: (i) investigar a dinâmica dessa relação, identificando pontos de conflito e de colaboração; (ii) coletar e interpretar empiricamente as percepções de beneficiários e gestores da saúde suplementar; (iii) apontar desafios e oportunidades para maior integração entre os sistemas; e (iv) propor recomendações que favoreçam uma atuação coordenada e fraterna entre saúde pública e suplementar.

A presente dissertação está estruturada em três capítulos de desenvolvimento, articulando fundamentos teóricos e análise empírica.

O primeiro capítulo de desenvolvimento, intitulado – A saúde e sua disposição constitucional no Brasil – examina a evolução histórica do direito à saúde, seu conceito, sua caracterização como direito social e a organização constitucional dos sistemas público e privado, com destaque para as bases jurídicas e políticas que sustentam essa configuração dual.

O capítulo seguinte analisa a interdependência entre saúde pública e suplementar, destacando pontos de convergência e de tensão, dificuldades estruturais e potencialidades de cooperação, sempre sob a dinâmica do Direito Fraterno, garantindo, assim, uma visualização do panorama da relação entre os sistemas.

Diante das percepções dos capítulos anteriores, o terceiro capítulo de desenvolvimento apresenta a pesquisa empírica, analisando as percepções dos beneficiários e dos gestores da saúde suplementar, descrevendo o perfil dos participantes, os instrumentos de coleta e as categorias de análise, interpretando as respostas com o manto do referencial teórico adotado, qual seja, o Direito Fraterno de Elígio Resta (2020).

Quanto à metodologia, a pesquisa classifica-se, quanto à natureza, como aplicada; quanto à abordagem, predominantemente quantitativa, pela análise de respostas em questionário estruturado, e, em menor escala, qualitativa, ao incluir espaço para relatos e opiniões espontâneas. No tocante aos objetivos, é exploratória e descritiva, orientada pelo método hipotético-dedutivo.

Foram utilizados procedimentos de pesquisa bibliográfica e documental, além de levantamento de dados primários por meio de questionários estruturados aplicados a beneficiários e gestores de operadoras de saúde suplementar. As coletas foram realizadas de forma eletrônica, com padronização de instrumentos e garantia de uniformidade no tratamento das respostas. A análise dos dados combinou técnicas de estatística descritiva e de análise de conteúdo, permitindo sistematizar as respostas e identificar padrões.

Para a etapa de revisão de literatura, foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial, especificamente OpenIA (2025) e Scispace (2025), tudo com o intuito de otimizar o tempo de pesquisa e ampliar o acesso a textos acadêmicos

e documentos especializados. A utilização das referidas ferramentas se deu para a busca, síntese e organização de conteúdos bibliográficos pertinentes aos temas inerentes ao estudo e se justificou na necessidade de realmente as ferramentas potencializarem o tempo destinado à revisão bibliográfica, permitindo maior dedicação à análise crítica e à produção do texto.

Assim, a presente pesquisa não tem a pretensão de esgotar o assunto, mas de contribuir para a compreensão crítica da relação entre saúde pública e suplementar no Brasil, oferecendo subsídios para, conforme relatado, a construção de estratégias mais integradas, solidárias e eficientes na efetivação do direito à saúde, em consonância com os preceitos teóricos do Direito Fraterno de Elígio Resta (2020), e de forma a atender o mandamento constitucional.

O desiderato não é apenas descrever uma realidade, mas também buscar inspirar mudanças de postura e de política que aproximem os sistemas público e suplementar de saúde, superando eventuais antagonismos e reforçando a natureza coletiva da saúde como bem fundamental.

2. A SAÚDE E SUA DISPOSIÇÃO CONSTITUCIONAL NO BRASIL

O presente capítulo tem como finalidade examinar a saúde sob a perspectiva de sua disposição constitucional no Brasil, analisando os elementos conceituais, jurídicos e estruturais que alicerçam o direito à saúde e sua organização no âmbito dos sistemas público e privado. A abordagem parte do entendimento de que a saúde, enquanto direito fundamental, é resultado de um processo histórico e social que moldou não apenas sua definição, mas também a forma como o Estado e a iniciativa privada se organizam para garanti-la.

Assim, inicialmente, é essencial entender o conceito de saúde, reconhecendo que sua compreensão ultrapassa a mera ausência de doença, incorporando dimensões físicas, mentais e sociais, bem como fatores econômicos, políticos e culturais. A construção e compreensão desse conceito é essencial para atingir a amplitude e a complexidade da prestação do direito à saúde, permitindo vislumbrar que a efetivação deste não se dá isoladamente, mas a partir de uma concepção integrada e, sob a ótica do Direito Fraterno de Elígio resta (2020), compartilhada.

Em seguida, discute-se a saúde como um direito social de concretização complexa, cuja efetividade demanda a conjugação de prestações positivas por parte do Estado, com políticas públicas que superem desigualdades históricas e estruturais. Tal análise envolve reconhecer que, apesar de sua consagração na Constituição Federal de 1988, o direito à saúde enfrenta barreiras significativas, sejam orçamentárias, políticas e institucionais, que repercutem diretamente na relação entre os setores público e privado e na capacidade de ambos atuarem de forma coordenada.

Por fim, também essencial que seja examinada a organização constitucional do direito à saúde, que se materializa na coexistência de um sistema público universal e gratuito, o Sistema Único de Saúde (SUS), e de um sistema privado de saúde, onde se compreende a saúde suplementar, tudo estruturado sob a livre iniciativa, mas igualmente de relevância pública. Nesse ponto, mostra-se pertinente avaliar as bases históricas e jurídicas dessa dualidade, bem como as características, competências e funções de cada

sistema, identificando o papel que desempenham na efetivação do direito à saúde e os desafios que emergem de sua interação.

É indubitável que essa compreensão é indispensável para contextualização posterior que irá analisar a interdependência dos sistemas e as respectivas situações de convergências e tensões, que serão exploradas nos capítulos subsequentes.

2.1. Conceito de Saúde

A constante evolução social tem o condão de possibilitar a mudança de conceitos e estruturas jurídicas, razão pela qual, justamente sob este ponto de vista histórico, é essencial apontar a desenvolvimento do significado de saúde, pois é um pressuposto lógico para o próprio aprofundamento na garantia desta pelo Estado.

Neste contexto, Gonzalez (2005), ao relatar os pensamentos de Bobbio, expõe que a experiência humana, ou seja, o momento histórico e, conseqüentemente, a mudança social tempera o próprio direito. Antigas sociedades relacionavam doença e saúde (cura) à desgraça e à obra divina, respectivamente (Schwartz, 2001), entrelaçando saúde a uma decisão de natureza sobre-humana, afastando, portanto, o indivíduo de uma preocupação maior de cuidado. Assim, somente com o desapego desta origem divina à ideia de saúde que a pessoa passou a ter maior preocupação com sua respectiva tutela.

Outro importante marco para o desenvolvimento do conceito de saúde foi a alteração das relações de trabalho, ocorrida de forma profunda nos primórdios da Revolução Industrial, onde se identificavam regras e jornadas rígidas, que não raro duravam 18 (dezoito) horas por dia; aumento do fluxo de pessoas nas cidades; as fábricas normalmente eram fixadas próximas aos rios, em locais insalubres; baixos salários; alimentação deficiente dos trabalhadores e familiares; péssimas condições de vida dos bairros operários; doenças e epidemias devastadoras nos trabalhadores; utilização da força de trabalho mais barata de mulheres e crianças (Cáceres, 1988). Neste contexto social, Frederick Engels realiza associação entre a saúde do indivíduo com o seu ambiente de trabalho

(Guedes, 2009) e, se o trabalhador adoecer, precisa ser curado, ou seja, a saúde permeia o conceito de ausência de doença.

Essa visão de saúde, qual seja, ausência de doença está presente na teoria dos sistemas sociais de Luhmann, que aponta como código tradicional e hegemônico do sistema de saúde (medicina) o código doença/saúde. Interessante que, sistemas sociais de função¹ tem seus reflexos operacionais normalmente relacionados ao valor positivo, entretanto, no sistema de saúde, os reflexos operacionais (busca da cura, tratamentos) não estão na saúde (o valor positivo), mas na doença (o valor negativo) (Rocha; Kòlling; Olsson, 2019). Cabe observar, porém, que conforme retrata Martini (2015), Luhmann, ao observar o sistema da medicina, não se preocupou com a extensão contemporânea do conceito de saúde, conduzindo, conforme já apontado, uma ideia de que é na doença (código negativo) que o sistema médico faria sentido.

No entanto, o conceito de saúde se estende da ideia de meramente uma ausência de doença, sofrendo influência do Estado de Bem-estar Social (*Welfare State*), que pode ser compreendido como um sistema de serviços e benefícios sociais de caráter universal, instituído pelo Estado com o propósito de equilibrar o avanço das dinâmicas de mercado com a manutenção da estabilidade social. Seu objetivo é proporcionar à sociedade garantias que assegurem um patamar mínimo de condições materiais e qualidade de vida para os indivíduos, permitindo que enfrentem os impactos negativos decorrentes de um modelo de produção capitalista avançado e excludente (Gomes, 2006).

Neste sentido, saúde não é meramente uma ausência de doença, mas situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, conforme expõe a Organização Mundial de Saúde (OMS).

O conceito de saúde da OMS, apesar de comumente utilizado, recebe críticas, ao passo que parece decompor o físico, o mental e o social, quando na realidade a ausência de um reflete no outro. Além disso, o perfeito bem-estar mostra uma ideia inatingível e utópica, pois conforme relata Sá Júnior (2004), seria

¹ “Eles se referem aos sistemas sociais que se diferenciam da sociedade global em função de uma determinada prestação funcional, ou seja, de uma contribuição específica para a redução da complexidade e da contingência da sociedade (Luhmann, 1997, p. 78). Os subsistemas funcionais são, portanto, sistemas sociais especializados, que operam de forma autônoma e autorreferencial, utilizando códigos binários próprios para produzir e reproduzir comunicações (Luhmann, 1997, p. 79).” (Dropa, 2022).

necessário atender todas as infinitas necessidades do ser vivo para considerá-lo saudável.

A compreensão de saúde transcende, portanto, uma definição única, adaptando-se a contextos variados e evolutivos. Abordagens mais modernas sugerem, nesta esteira, uma visão de saúde como um fenômeno dinâmico, que leva em conta tanto as capacidades individuais quanto os fatores sociais que influenciam o bem-estar (Olivero, 2023).

Ao considerar essa evolução é essencial incorporar ao conceito de saúde a perspectiva proposta por Eligio Resta (2020), que sugere que o verdadeiro bem-estar não pode ser alcançado sem uma concepção de fraternidade, que reconheça o outro como um “outro-eu” (Martini; Sturza, 2019) e, neste ponto, o bem-estar não pode ser experimentado individualmente, mas por todos:

Os direitos fundamentais, antes de tudo, acomunam-se: vivem de dimensões que não podem consistir de exclusividade, mas de inclusão; posso desfrutar da qualidade da vida somente se, contemporaneamente, desfrutam todos os outros. (Resta, 2020, pág. 60)

O conceito de saúde, portanto, não pode ser reduzido a uma experiência individual, mas deve ser compreendido como uma experiência compartilhada, em que a preocupação com a saúde de cada indivíduo reflete uma preocupação com a saúde da comunidade como um todo. Isso aponta para uma visão fraterna, que transcende a simples ausência de doença ou bem-estar individual, mas busca a construção de um bem-estar que seja coletivo, solidário e interdependente.

Desta forma, este cenário do conceito de saúde, que envolve diversos fatores sociais, econômicos, políticos e intersubjetivos, impacta significativamente a capacidade de implementar efetivamente um direito à saúde que exige uma ampla observação de todos os contextos envolvidos, devendo, sempre, ser analisado sob o espectro da fraternidade.

2.2. Saúde: um direito social de concretização complexa

O surgimento, multiplicação e proliferação dos direitos humanos estão atrelados a mudanças sociais, gerando um processo de incorporação, a partir

desta evolução, de novos direitos e modificação de outros ao ordenamento jurídico, de forma a tutelar novos valores e bens ou dos novos carecimentos (Pena; Oliveira, 2017).

Os direitos sociais surgem com destaque após a Segunda Guerra Mundial, com a influência do *Welfare State*, que enfatiza a intervenção do Estado para garantir o bem-estar social e a igualdade. Essa mudança marcou uma mudança do modelo anterior de estado liberal (abstencionista), que priorizava as liberdades individuais sobre o bem-estar coletivo, exigindo a intervenção estatal para cumprir valores sociais e garantir dignidade à pessoa humana (Silva; Alves, 2015).

Inclusive, o estado liberal de direito é aquele que se cinge ao reconhecimento de não intervenções ou proibições, que se relacionam às garantias de não intervenção do estado na vida do indivíduo, balizando que não deve sofrer violação a vida, liberdade e propriedade. Assim, referidas garantias liberais ou negativas efetivam um dever público de não fazer, constituindo prestações negativas.

Não obstante as referidas prestações negativas do Estado, certo é que as constituições recentes passam a tutelar também outros direitos, como moradia, saúde, educação, subsistência, entre outros denominados direitos sociais, gerando expectativa às prestações positivas do Estado. Portanto, quando se identifica nas constituições a incorporação dos referidos direitos sociais, se denomina o Estado de direito social (Cademartori; Cademartori, 2006).

Portanto, a construção histórica dos direitos sociais está profundamente entrelaçada com o princípio da dignidade humana, que tem sido crucial na formação de estruturas constitucionais que reconhecem estes direitos como fundamentais.

O Brasil se encontra neste âmbito e se caracteriza como um Estado de direito social ao passo que integra expressamente na Constituição Federal de 1988, além das garantias de não intervenção, diversos direitos sociais, conferindo-lhes importância ímpar, pois derivam da dignidade da pessoa humana enquanto fundamento da República Federativa do Brasil.

A referida afirmação de importância dos direitos fundamentais é realizada em razão do texto constitucional afirmar que tais direitos: são de aplicação imediata, conforme inteligência do §1º do artigo 5º; são cláusulas pétreas,

conforme §4º, inciso IV, do artigo 60; possuem hierarquia constitucional, ou seja, configura-se inconstitucional leis que dificultam ou impedem a efetivação de um direito fundamental (Marmelstein, 2019).

A saúde, desta forma, enquanto elemento norteador de demandas e interesses sociais (Martini; Finco, 2018), foi introduzida na Constituição Federal Brasileira de 1988 como um direito social, conforme expressa previsão do art. 6º², estabelecendo-se como um dever do Estado em garanti-la, consoante inteligência do art. 196³.

A questão é que, consoante Cademartori e Xavier (2001) expõem, não adianta a positivação de direitos sociais na carta constitucional sem um adequado processo de garantia de acesso e concretização destes direitos, relatando que não raramente, se identifica uma verdadeira defasagem entre a vontade social apontada na constituição e a efetivação destas no plano prático por diversos países.

Sob o ponto de vista unicamente teórico, partindo da premissa que a saúde é um dever do Estado, não deveria existir a necessidade de se buscar o Poder Judiciário (Juiz) para garantia deste direito. Porém, a judicialização da saúde (CNJ, 2019) mostra que o Estado, tal qual organizou-se para garantir à saúde, não vem conseguindo atender a este anseio social.

O Estado brasileiro enfrenta vários desafios para garantir acesso à população ao direito saúde, ou seja, em fazer valer o texto constitucional, começando pela própria dificuldade oriunda da amplitude do conceito de saúde, mas esbarrando também em diversos outros aspectos, profundamente enraizadas em inadequações sistêmicas, restrições econômicas, ineficiências estruturais e dinâmicas sociopolíticas.

Sob o ponto de vista político, historicamente, a formação do estado brasileiro é caracterizada por uma liderança forte e autoritária que excluiu a

² BRASIL, Constituição Federal. “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

³ BRASIL, Constituição Federal. “Art. 196. 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 recuperação.”

participação popular nos processos de tomada de decisão, enfraquecendo assim a influência da sociedade civil na governança (Costa; Carvalho, 2020).

O cenário político predominantemente é dominado pelas elites brancas, com afro-brasileiros e outros grupos não brancos significativamente sub-representados em cargos políticos e, via de consequência, excluídos de uma preocupação estatal. Essa sub-representação se deve em parte a preconceitos no recrutamento partidário, disparidades no capital educacional e econômico e distribuição desigual de recursos partidários e eleitorais (Campos, 2015).

Assim, não raro, justamente aqueles que mais necessitam de representação e mudança permanecem praticamente excluídos das estruturas de poder político, vez que o poder econômico se torna um filtro que favorece os já privilegiados e marginaliza ainda mais as populações vulneráveis, gerando uma barreira para que elas tenham uma presença significativa no cenário político.

O mundo passou pela pandemia da COVID-19 e foi possível vislumbrar ainda mais essas desigualdades sociais e a diferença de políticas públicas criadas, já que a resposta do governo muitas vezes negligenciou as necessidades dos desfavorecidos, exacerbando suas vulnerabilidades econômicas e sociais (Dantas; Silva; Barbosa, 2022) (Goes; Ramos; Ferreira, 2020).

Corroborando este afastamento do Estado da população marginalizada e sem representação política, não é incomum, diante da dinâmica do poder, que populações negras também sejam excluídas dos adequados cuidados de saúde em razão de um racismo institucional arraigado nos serviços de saúde, sendo necessárias mudanças sistêmicas para reduzir estas desigualdades e melhorar a qualidade do atendimento desta parte da população brasileira (Anunciação; Pereira; Silva; Nunes; Soares, 2022).

Este problema é acentuado com a priorização que o sistema político confere à estabilidade e continuidade e, desta forma, é resistente às mudanças em razão de sua estrutura e normas estabelecidas, que criam um *status quo* que os beneficiários buscam manter. Consequentemente, a inércia institucional do sistema político e os interesses adquiridos de várias partes interessadas contribuem para a relutância em adotar mudanças, mesmo que possam melhorar o bem-estar (Demir; Aktan, 2016).

Assim, esse viés do sistema político brasileiro garante que a elite política mantenha seu domínio, perpetuando um ciclo de exclusão e marginalização, que influencia diretamente na tomada de decisões do Estado para implemento de políticas públicas que garantam os mais diversos direitos sociais, dentre estes o direito à saúde.

Em resumo, Estado Brasileiro, em sua prática, tem mantido uma estrutura política que favorece os poderosos e silencia aqueles que mais precisam de representação e justiça e, ao invés de promover uma verdadeira inclusão e igualdade, o sistema reforça as divisões sociais e perpetua um ciclo de opressão que está intrinsecamente ligado às raízes históricas, criando um sistema de saúde que não consegue atingir o desiderato constitucional.

Devidamente assentado acima que diversas pessoas, portanto, ficam à margem das políticas públicas e estruturas de assistência à saúde, demonstrando uma ocultação ou verdadeira cegueira daqueles que dominam estruturas decisórias, que olvidam a perspectiva fraterna nas relações sociais, quando deveriam reconhecer no outros, marginalizados, um “outro-eu”, calcados em uma amizade verdadeiramente orgânica.

Ocorre que, não só o sistema político está intimamente ligado à efetivação do direito à saúde, pois, consoante já delineado, se trata de um conceito amplo. Não é possível olvidar, que o sistema de saúde brasileiro enfrenta desafios também em razão de recursos limitados, sofrendo interferência a depender do momento econômico. Exemplo disso é que o financiamento da saúde pública no Brasil é pró-cíclico, o que significa que tende a aumentar durante os booms econômicos e diminuir durante as recessões, o que prejudica a necessidade de estabilidade financeira do sistema de saúde (Matosinhos, 2022).

Portanto, apesar da manutenção ou comum aumento da demanda da população pelos serviços de saúde durante períodos de crise econômica, justamente neste momento ocorrem os cortes no financiamento da saúde, comprometendo a capacidade do sistema de reagir de forma eficaz. Além disso, não raro, existe uma forte dependência de repasses entre os diferentes níveis governamentais⁴, o que evidencia uma necessidade de uma política fiscal mais

⁴ As crises econômicas afetam de maneira desigual os estados brasileiros, com regiões mais prósperas, como São Paulo, sofrendo maiores retrocessos em relação a estados menos

estável, que assegure um fluxo de recursos constante e sustentável para o setor de saúde, especialmente em momentos de dificuldade econômica.

Por isso, é importante repensar o financiamento da saúde para que não dependa tanto das oscilações econômicas. Políticas de financiamento que aumentem os investimentos em saúde durante crises poderiam ser uma solução, garantindo que o sistema de saúde brasileiro seja mais resistente e capaz de atender à população, independentemente da situação econômica.

Todo este contexto corrobora, juntamente com outros fatores, com uma dificuldade de acesso ao direito à saúde, o que acaba gerando uma busca de solução (garantia do direito) perante o poder judiciário, fomentando, assim, a judicialização da saúde no Brasil.

Diante da dificuldade do Estado, esse acontecimento da judicialização da saúde envolve a crescente dependência de decisões judiciais para fazer valer os direitos à saúde, muitas vezes, porém, gerando impactos significativos na gestão de recursos e nas políticas de saúde pública.

O processo de judicialização não é meramente um mecanismo legal, mas também uma ferramenta que reflete questões mais amplas de governança, do processo legislativo (Ribeiro, 2013)⁵, alocação de recursos e variações econômicas, e acaba exigindo ao poder judiciário, não raro, lançar um olhar sobre políticas públicas.

O intuito deste trabalho não é aprofundar os motivos que geram a judicialização, apesar de obviamente, todos os problemas apontados servem de sustentação para a busca do poder judiciário diante da ineficiência do Estado em garantir do direito à saúde. O ponto importante para este estudo é que as intervenções judiciais nas demandas de saúde podem e devem garantir o direito à saúde, mas também perturbam o sistema de saúde ao impor decisões que entram, não raro, em conflito com políticas públicas e limitações financeiras e técnicas do sistema. Essa tensão surge quando o judiciário prioriza as

desenvolvidos, como o Maranhão, que são mais dependentes de repasses federais. (Andrietta, Levi, Scheffer, Alves, Oliveira e Russo, 2020).

⁵ Ribeiro (2013) comenta diversas deficiências do legislativo: elevado número de projetos em tramitação no legislativo e a falta de tempo para deliberação sobre todos eles; critério econômico e a opinião pública fixam, na maior parte dos casos, as prioridades; interesses conflitantes dos parlamentares que barram projetos que não lhes interessam; complexidade de alguns projetos; velocidade das transformações sociais, que exigem respostas legislativas mais rápidas e frequentes.

reivindicações individuais em detrimento da coerência sistêmica, levando a potenciais ineficiências e desigualdades na prestação de serviços de saúde, desafiando a sustentabilidade das políticas de saúde e a capacidade do Estado de cumprir suas obrigações (Sturza; Leves; Cavalheiro, 2019).

Um aspecto relevante é que a técnica jurídica utilizada no âmbito do Judiciário nem sempre dispõe de elementos adequados para uma avaliação completa e precisa dos casos relacionados à saúde, o que pode criar dificuldades substanciais para que o Juiz tome uma decisão com avaliação adequada do caso. Isso pode resultar em decisões que carecem da profundidade científica necessária, especialmente em situações que envolvem urgência ou emergência médica, onde a rapidez da intervenção judicial é crucial.

Esta necessidade de se buscar o Poder Judiciário é um dos problemas enfrentados para efetivação do direito à saúde e outros direitos sociais, pois, consoante já relatado, os vários aspectos da saúde exigem um processo amplo de organização em diversos setores, não tendo o Juiz condição para solução efetiva desta complexidade.

Resta (2020, pág. 12) tece crítica sobre esta perspectiva:

Ao juiz se pede tudo, da casa à saúde e até a felicidade, e é por isso que, diante de desilusões anunciadas, ao juiz se imputam todas as culpas do sistema político. Creio que seja esta curva acentuada de espera e desilusão que explica tanto a crescente judicialização dos conflitos quanto a crítica crescente.

A judicialização da saúde, portanto, levanta questões sobre a eficiência sistêmica. O papel do judiciário na garantia dos direitos à saúde pode gerar crises, pois muitas vezes opera independentemente da capacidade do executivo de implementar essas decisões de forma eficaz. Isso pode resultar em um desalinhamento entre os mandamentos judiciais e as realidades práticas da prestação de serviços de saúde, desafiando a integridade e a sustentabilidade do sistema (Castro; Santos, 2021).

Há a necessidade de se buscar novas técnicas de resolução de conflitos que possam abordar as causas mais profundas das disputas relacionadas à saúde sem recorrer a intervenções judiciais. Isso inclui explorar, por exemplo, a mediação e outros métodos alternativos de resolução de disputas que se alinham com a teoria da complexidade (Yoshioka; Bueno, 2020).

No mesmo sentido, Ribeiro (2013) sugere a denominada desjudicialização:

Por desjudicialização compreendeu-se, inicialmente, a edição de legislação que possibilita a solução de um problema social sem a necessidade de jurisdição. Todavia, é mais do que isso [...] significa a possibilidade de solução de conflitos de interesse sem a prestação jurisdicional, entendido que jurisdição é somente aquela resposta estatal. (Ribeiro, 2013, pág. 30)

Machado e Martini (2018) também apresentam trabalho caminhando sentido da desjudicialização da saúde, sugerindo o fomento ao diálogo entre os diferentes entes do governo (Executivo, Legislativo e Judiciário) e a sociedade civil para criação de políticas públicas (diálogos institucionais), a criação de espaços de mediação que possam resolver conflitos relacionados ao acesso à saúde fora da esfera judicial, o fortalecimento de instrumentos de solução de conflitos extrajudiciais e a aplicação do princípio da fraternidade, consoante ensinamentos de Elígio Resta, para equilibrar os interesses individuais e coletivos, garantindo que o direito à saúde seja implementado de forma equitativa, com foco na justiça distributiva e na cooperação entre todas as partes envolvidas.

Portanto, a perspectiva fraterna caminha em consonância com o ideal de superação das desigualdades e ineficiências no acesso à saúde, exigindo um processo calcado na cooperação e solidariedade, onde o interesse da coletividade é essencial para a garantia do próprio interesse individual. O princípio da fraternidade exige uma reorganização sistêmica que inclua não apenas a proteção jurídica formal, mas também a criação de laços sociais tais, que promovam um acesso à saúde inclusivo:

O direito fraterno é inclusivo, no sentido que escolhe direitos fundamentais e define o acesso universalmente compartilhado à bens “inclusivos”. Bens e direitos fundamentais são inclusivos quando o indivíduo não pode aproveitar sem que, ao mesmo tempo, não aproveitam todos os outros. O ar, a vida, o patrimônio genético só podem ser inclusivos; não podem ser apropriados quando não são igualmente distribuídos (Resta, 2020, p. 126).

Portanto, sob uma perspectiva do direito fraterno, a cooperação e solidariedade se apresentam para superar desigualdades, bem como para fomentar o próprio acesso à saúde, evitando o surgimento de conflitos ou a solução destes sem a própria necessidade de movimentação jurisdicional, possibilitando um amoldamento dos interesses sociais. O direito fraterno se revela

como um propulsor e promotor dos direitos humanos, ao passo, que é “para todos e que é aceito e/ou proposto por todos” (Martini; Sturza, 2019, p. 30).

A questão é que as desigualdades estruturais relatadas, não raro, impõem impedimentos aos esforços fraternos para alcançar a equidade na saúde e o bem-estar coletivo. No entanto, é importante a busca constante de uma colaboração intersetorial, conversada, transparente, para que a sociedade possa avançar em direção a um modelo de efetivação do direito à saúde que se alinhe com a visão do direito fraterno.

Portando, a fraternidade torna a saúde inclusiva, forçando que sejam superados o individualismo liberal e o paternalismo institucional, incentivando a consciência e a responsabilidade para com a comunidade, juntamente com a reivindicação de direitos individuais, de maneira mais ampla e universal (Martini; Sturza, 2019).

Com este viés de pensamento, de colaboração, calcada na fraternidade, se verifica como bússola deste trabalho e mostra a necessidade de aprofundar o estudo da organização do sistema de saúde brasileiro no âmbito constitucional, possibilitando, a partir uma ampla visão, a identificação de elementos estruturantes comuns, que possibilitam um verdadeiro diálogo interinstitucional, para aprimoramento deste sistema.

2.3. Organização Constitucional para concretização do direito à saúde: Sistema Público e Sistema Privado

A análise da organização constitucional voltada à concretização do direito à saúde exige um percurso que não pode ser dissociado do processo histórico e político que lhe deu origem. A Constituição de 1988, ao instituir no artigo 196 a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988), consolidou juridicamente um movimento social e institucional gestado desde a década de 1970 pela Reforma Sanitária, mas que se desenvolveu sobre um terreno marcado pela dualidade entre sistemas públicos e privados.

Essa coexistência entre sistemas públicos e privados na área da saúde não é fruto apenas de uma opção normativa, mas de um processo histórico-

institucional, em que a previdência social corporativa e a segmentação de categorias profissionais moldaram distintas formas de acesso à assistência (Menicucci, 2007).

Nesse sentido, a compreensão do arranjo constitucional demanda, em primeiro lugar, uma retomada do percurso histórico que culminou na institucionalização do Sistema Único de Saúde, revelando as tensões e contradições que persistem na articulação entre público e privado.

Em segundo lugar, impõe-se a análise do desenho constitucional do sistema público de saúde, especialmente no que se refere aos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que conferem densidade normativa ao direito à saúde como expressão de justiça social (Paim; Travassos; Almeida; Bahia; Macinko, 2011).

Por fim, é necessário examinar a disciplina constitucional do sistema privado de saúde, que, embora estruturado sob a lógica da livre iniciativa, assume relevância pública e se submete à regulação estatal, seja na forma de participação complementar ao SUS, seja por meio da saúde suplementar, regida por legislação específica e regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Essa abordagem, desenvolvida nos subtópicos a seguir, permitirá compreender de que modo a Constituição de 1988 procurou articular dois sistemas com naturezas e lógicas distintas, e como tal articulação, ao mesmo tempo em que amplia as possibilidades de acesso, reproduz problemas de segmentação e mercantilização, cuja superação requer a construção de um futuro centrado na solidariedade e cooperação, como preconiza Resta (2020), a partir da visão do direito fraterno.

2.3.1. Breve contexto histórico da dualidade do Sistema de Saúde Brasileiro

Analisando a letra da Constituição Federal de 1988, em especial os artigos 196 a 199, atualmente coexistem um sistema público (Sistema Único de Saúde – SUS) e um sistema privado, que em conjunto disponibilizam assistência à saúde à população.

Esta organização brasileira, ou seja, de convivência entre um sistema público e um sistema privado, conforme Menicucci (2007) esclarece, resulta de um longo processo histórico e institucional, ocorrido especialmente desde a década de 1930, momento de criação de diversas instituições de previdência que possibilitavam assistência à saúde entre os benefícios da seguridade social.

O Ministério da Saúde, neste período anterior à 1988, em parceria com os demais entes (estados e municípios), direcionava suas ações em promoção da saúde e prevenção de doenças, principalmente campanhas de vacinação e o controle de endemias, sendo que a atuação direta na assistência à saúde era restrita a poucos prestadores especializados, com foco em áreas como psiquiatria e tuberculose, além da existência da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), que desempenhava atividades principalmente no interior das regiões Norte e Nordeste. A assistência médico-hospitalar, que era prestada a uma parcela da população classificada como indigente, estava a cargo de alguns estados e municípios, mas principalmente de instituições filantrópicas, ou seja, diante da inexistência de direitos garantidos, a assistência à saúde se caracterizava praticamente um ato de caridade (De Souza, 2002).

Portanto, a presença mais significativa do Estado na assistência à saúde era desempenhada por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que posteriormente foi transformado no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia subordinada ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Menicucci (2007) de forma elucidativa expõe esta peculiar característica deste período:

A forma corporativa que caracterizou a criação e a expansão da previdência social brasileira, e vinculada a ela a assistência à saúde de maior proporção, expressou-se como uma conquista ou uma concessão para grupos particulares de trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. Dessa forma, na sua origem, a assistência médica pública não se constituiu em razão de objetivos universalistas e igualitários, e ao longo do tempo foram se desenvolvendo formas variadas de segmentação, que se traduziam na inserção em instituições de saúde diferentes. Uma das consequências dessa segmentação institucional foi a ausência de uma efetiva solidariedade entre os trabalhadores e de uma consciência de interdependência, de forma a constituir uma coletividade. Isso vai se traduzir posteriormente na ausência de uma sustentação política efetiva, embora ela se desse

formalmente, dos trabalhadores organizados a um sistema de saúde público universal. (Menicucci, 2007, pág. 59)

Portanto, a segmentação dos trabalhadores, notadamente aqueles inseridos no mercado formal, que possuíam acesso a diferentes níveis de serviços de assistência à saúde, a depender da categoria profissional, foi um ponto marcante que corroborou para a segmentação institucional da assistência à saúde em sistema público e sistema privado.

Além disso, como retrata Menicucci (2007), esta segmentação institucional impediu uma efetiva noção de solidariedade entre trabalhadores e da consciência de interdependência, situação que gerou uma ausência de sustentação política para uma maior aderência ao sistema público universal, mesmo que formalmente instituído na Constituição Federal de 1988.

Menicucci (2007), portanto, expõe que a estrutura e organização social levou os próprios trabalhadores a se despirem do propósito de iguais e do reconhecimento do outro enquanto também destinatário da assistência à saúde, criando uma barreira para a própria adesão imediata à universalidade de um sistema público de saúde. Neste ponto, merece guarida o ponto de vista apresentado por Resta, no sentido de que a humanidade é um lugar “comum”, não desigual, solidária:

O direito fraterno, portanto, evidencia toda a determinação histórica do direito fechado na angústia dos confins estatais e coincide com o espaço de reflexão ligado ao tema dos Direitos Humanos, com uma consciência a mais: a de que a humanidade é, simplesmente, um lugar “comum”, e somente no seu interior pode-se pensar em reconhecimento e tutela. [...]

A humanidade, então, despojada do seu conteúdo metafísico, faz nos encontrarmos descobertos diante das nossas responsabilidades na seara dos Direitos Humanos: o direito fraterno pode ser a forma na qual pode crescer um processo de auto responsabilização, desde que o reconhecimento do compartilhamento se libere da rivalidade destrutiva típica do modelo dos “irmãos inimigos”. (Resta, 2020, pág. 10 e 11)

É preciso, na linha do direito fraterno, superar as dinâmicas sociais de competição e confronto, à exemplo do retratado no desenvolvimento da expansão da previdência social brasileira, consoante acima delineado, o que gerou a falta de efetiva solidariedade entre trabalhadores e da consciência de interdependência. A fraternidade, na visão de Eligio Resta (2020), induz

compartilhamento dos bens e direitos humanos, razão pela qual, o desenvolvimento da universalidade do direito à saúde poderia ter andado a passos mais largos.

De qualquer feita, o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) está intimamente ligado à mobilização social que marcou a Reforma Sanitária Brasileira. Nesse sentido, Paim, Travassos, Almeida, Bahia e Macinko (2011, p. 11) observam que “o Sistema Único de Saúde aumentou o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado”. Essa constatação revela de certa forma um paradoxo, pois ao mesmo tempo em que houve a expansão do acesso e se institucionalizou a saúde como direito, foi preciso conviver com a crescente mercantilização da assistência à saúde.

Tal trajetória demonstra que o avanço representado pela Constituição de 1988 (Brasil, 1988) não foi suficiente para eliminar o caráter dual do sistema, visto que o setor privado permaneceu fortalecido e legitimado pela própria ordem constitucional. O movimento sanitário, embora vitorioso em estabelecer as bases normativas do SUS, não conseguiu suprimir a lógica da privatização já enraizada no campo da saúde brasileira. A ampliação da cobertura pública ocorreu, portanto, em simultâneo com a consolidação da saúde suplementar, criando um ambiente de tensões que se perpetua até os dias atuais.

Historicamente, a organização da assistência à saúde, portanto, se materializou por um grande período pela utilização complementar do setor privado pela saúde pública e gerou uma dependência estrutural deste segundo em relação ao primeiro que, em conjunto com a falta de sustentação política (em razão da falta de solidariedade e consciência de interdependência dos trabalhadores), moldaram uma significativa barreira para uma ampla reforma sanitária surgida com o processo de democratização e a promulgação da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988).

2.3.2. Organização Constitucional do Sistema Público de Saúde

Para tratar do Sistema Público de Saúde Brasileiro é preciso, primeiramente, dissecar o teor do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que

institui a saúde como um direito de todos e dever do Estado, destacando que o referido direito deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas, que atuem na prevenção (risco de doenças) e outros agravos, devendo o acesso ser universal e igualitário às ações e serviços inerentes à promoção, proteção e recuperação.

Assim, o art. 198 dispõe sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, promove as ações e serviços de saúde, seguindo as diretrizes de (i) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; (ii) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; (iii) participação da comunidade; cujo financiamento se dá com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Mantendo ainda a estrutura histórica, o §1º do art. 199 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), aponta que:

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (Brasil, 1988)

Assim, o SUS atua por meio de serviços públicos e, de forma, complementar por meio de instituições privadas.

De qualquer forma, independente se público ou privado, é de relevância pública os serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, conforme prevê o art. 197 da Constituição Federal de 1988.

Diante do texto constitucional é possível extrair que algumas características marcantes do Sistema Público de Saúde, qual seja, o acesso universal, equitativo, gratuito e integral.

Anteriormente à análise das características, compete apontar que acesso, consoante relatam Travassos e Castro (2012):

[...] é fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada no serviço. Refere-se às características da oferta de serviços

de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização por potenciais usuários e exprime a capacidade da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população. (Travassos e Castro, 2012, pag. 185/186)

Continuam Travassos e Castro (2012) apontando que a principal condição para o acesso aos serviços de saúde é a existência física de unidades, equipamentos e profissionais disponíveis. Contudo, essa disponibilidade sozinha não garante que as pessoas consigam utilizá-los. Obstáculos como distância, custos, organização dos serviços, falta de informação e questões culturais também influenciam o acesso, interagindo de maneiras que podem tanto facilitar quanto dificultar o uso dos serviços de saúde por parte da população.

A universalidade de acesso ao sistema de saúde implica que todas as pessoas, sem distinção de renda, status social, origem étnica, gênero ou qualquer outra característica pessoal, têm o direito garantido de acesso aos serviços de saúde. Todos devem ter oportunidades e acesso aos mesmos serviços de saúde, independentemente de sua condição socioeconômica ou outros fatores discriminatórios, ou seja, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Brasil, 1990).

Porém, a universalidade não significa tratar todos de maneira idêntica, mas sim oferecer cuidados adequados às necessidades de cada indivíduo, ou seja, com equidade.

A universalidade e equidade, portanto, enquanto pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), caminham no sentido de reduzir as desigualdades históricas, diversas das quais já tratadas neste trabalho, no acesso aos cuidados de saúde, sendo inegável uma evolução desde 1988, mas ainda se encontra em desenvolvimento para garantir uma cobertura verdadeiramente como disposta na constituição (Paim; Travassos; Almeida; Bahia; Macinko, 2011).

Outro princípio fundamental é a inexistência de contraprestação para que se utilize dos serviços prestados no SUS, ao passo que são financiados por impostos e outras fontes públicas, garantindo que o acesso à saúde não seja condicionado, pelo menos sob o ponto de vista teórico, à capacidade de pagamento ou renda da pessoa.

Nessa perspectiva teórica, a gratuidade é essencial para garantir que ninguém seja privado do direito à saúde por questões financeiras. Essa

característica do sistema visa, em última análise, assegurar que a saúde seja tratada como um bem público e universal, sem distinção de classe.

A integralidade dos cuidados em saúde é descrita pela Lei nº 8.080/1990 como a oferta de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, que atendam às necessidades de saúde em todos os níveis de complexidade (Brasil, 1990). Ou seja, o SUS deve garantir que os serviços abrangem desde a prevenção e promoção da saúde até o tratamento e a reabilitação, abordando o indivíduo de forma integral em todas as fases da vida.

Assim, considerando que, conforme já retratado neste trabalho, o conceito de saúde envolve diversos fatores sociais, econômicos, políticos e intersubjetivos, exigindo uma ampla observação de todos os contextos envolvidos, devendo, sempre, ser analisado sob a visão da fraternidade e, desta forma, para garantir a integralidade, o Estado, por imperativo constitucional, deve lançar seu olhar para todos estes aspectos.

Apesar de todas estas características e da evolução nas últimas décadas, o sistema de saúde brasileiro ainda enfrenta desafios, pois ainda se encontram presentes dificuldades estruturais, especialmente quando analisado sob a perspectiva de acesso à saúde para pessoas marginalizadas, comunidades indígenas e residentes de áreas rurais, que muitas vezes enfrentam barreiras geográficas, econômicas e políticas para acessar os serviços de saúde.

Reitera-se, neste sentido, a fraternidade como um vetor para amparar e desenvolver a assistência à saúde como realmente deve ser encarda, qual seja, como um bem da comunidade, devendo ser fomentado espaços de reconhecimento e diálogo entre os atores do setor, seja àqueles com poder político, econômico, população, todos engajados para melhor efetivação do direito à saúde.

2.3.3. Organização Constitucional do Sistema Privado de Saúde

Em razão principalmente de contextos históricos já tratados neste trabalho, a Constituição Federal de 1988, além de instituir o Sistema Único de Saúde (SUS),

liberou, consoante artigo 199, à iniciativa privada a realização de serviços de assistência à saúde, estabelecendo, portanto, um Sistema Privado de Saúde.

Todas as ações e serviços de saúde, inclusive do Sistema Privado, são de relevância pública e, portanto, compete ao Estado intervir, por meio da lei, para realizar a regulamentação, fiscalização e controle.

Referido Sistema Privado de Saúde tem atuação por meio de três formas de assistência à saúde: (i) a primeira, quando complementa os serviços do Sistema Público, ou seja, é contratado para prestar serviços ao SUS, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, e recebe contraprestação do Estado; (ii) a segunda, quando disponibiliza assistência à saúde à população mediante contraprestação das pessoas que acessam clínicas particulares, hospitais privados, entre outros serviços de saúde; (iii) a terceira, quando a assistência à saúde é prestada por meio da denominada operação de planos de saúde, denominada saúde suplementar.

Sobre a primeira forma, já foi possível relatar neste trabalho que de longa data o Estado se utiliza de serviços privados para complementação dos serviços públicos, sendo este, inclusive, um dos motivos que dificultaram a expansão do ideal de universalidade, ao passo que, anteriormente à ordem constitucional de 1988, já se estabelecia uma segregação de assistência (instituindo desigualdade) entre os trabalhadores.

Não obstante o referido efeito histórico, a atuação dos serviços privados em complementação ao público e sob pagamento do Estado é importante, ao passo que, não raro, as disponibilidades do Sistema Único de Saúde são insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área⁶, ou seja, a iniciativa privada colabora com a concretização do direito à saúde.

Confirmando a importância deste serviço complementar do setor privado, de acordo com estudo realizado pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) em parceria com a Umame (2024), que apresenta um panorama sobre o setor privado de saúde no Brasil e suas relações com o setor público, em 2023,

⁶ Brasil. 1990. Lei 8.080. “Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.”

47% das hospitalizações no SUS ocorreram em estabelecimentos privados. Portanto, desde logo, não se pode olvidar que o sistema privado realiza papel preponderante na efetivação do direito à saúde

A segunda forma de atuação do Sistema Privado de Saúde é a disponibilização de serviços à população mediante a respectiva contraprestação direta, ou seja, diante da autonomia de vontade, as pessoas podem utilizar de serviços de saúde privados, como hospitais e clínicas, realizando o respectivo pagamento. Portanto, esta segunda forma de atuação estabelece uma relação direta entre os fornecedores dos serviços privados e a população, que terá a liberdade de realizar ou não a contratação.

Já a terceira hipótese de ação do sistema de saúde privado é a denominada saúde suplementar, que se materializa pela operação de planos de saúde, ou seja, o destinatário final (beneficiário) obtém acesso aos serviços de assistência à saúde privados por meio de uma operadora de planos de saúde (pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão), que recebe uma contraprestação diretamente do beneficiário ou de pessoas jurídicas contratantes (planos denominados coletivos).

Consoante comenta Giovanella e Fleury (1996), a dinâmica da saúde suplementar reciclou o modelo tradicional de acesso à assistência privada, atingindo parcela importante da população, o que anda em consonância com o objetivo da universalização da saúde.

O setor de saúde suplementar, portanto, tem relevância para a disponibilização de assistência e respectiva concretização do direito à saúde previsto na ordem constitucional, pois, atualmente, atinge aproximadamente 51 milhões de pessoas⁷, ou seja, cerca de 25%⁸ da população brasileira.

Diante da relevância, ao setor de saúde suplementar foram estabelecidas regras pelo Estado, sendo instituída a Lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e Lei 9.961/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que é um órgão de regulação,

⁷ De acordo com dados de 08/2024, são atualmente 51.407.752 beneficiários. Sala da Situação. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html> Acesso em 13/10/2024.

⁸ Comparação com os dados do IBGE/DATASUS/2022.

normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Assim, a saúde suplementar se caracteriza como um mercado regulado pelo Estado, defluindo da lei e normas regulatórias da ANS uma série de aspectos, tais como, segmentações de cobertura, modelos de planos de saúde, cláusulas obrigatórias nos contratos, regulação econômico-financeira, obrigatoriedade de envio de informações à ANS, que realiza controle e fiscalização, entre tantos outros aspectos, que tem o condão de promover a defesa do interesse público em equilíbrio com os interesses das partes envolvidas.

O setor privado de saúde, seja qual for a forma de atuação, não tem as mesmas características do setor público de saúde⁹, sendo aberto à livre iniciativa, cuja utilização é opcional pela população, mas, se utilizado, necessita de contraprestação (é oneroso) que garanta equilíbrio das contas.

Portanto, o setor privado de saúde atua sob a ótica da manutenção de equilíbrio econômico e financeiro, mas, consoante desígnio constitucional (art. 170), não pode olvidar que “tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social” (Brasil, 1988, art. 170), inclusive, devendo buscar a redução das desigualdades regionais e sociais.

A questão é justamente que, atuando com características distintas, o setor público e o setor privado de saúde podem se apresentar em suas relações como antagônicos ou conflitantes, situação que pode gerar conflitos diversos, quando, na realidade, ambos são constituídos para caminharem no mesmo sentido, qual seja, a concretização do direito à saúde à população.

Quando estabelecida a referida tensão entre o setor público e privado de saúde, é imperiosa a aplicação da fraternidade, que servirá como guia para que, em vez de se posicionarem com interesses contrários, ambos sistemas trabalhem em conjunto para assegurar o bem-estar de todos, justamente sob uma ótica de cooperação e compartilhamento de responsabilidades.

A partir dessa análise, observa-se que a ordem constitucional de 1988 estruturou o sistema de saúde brasileiro em um modelo dual, no qual o setor

⁹ Conforme já relatado neste trabalho, do texto constitucional é possível extrair algumas características marcantes do Sistema Público de Saúde, qual seja, o acesso universal, equitativo, gratuito e integral.

público e o setor privado, embora regidos por lógicas distintas, compartilham a mesma finalidade de assegurar a efetividade do direito à saúde. Essa dualidade, contudo, não se traduz em uma separação absoluta, ao contrário, a prática revela interações constantes, seja pela participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde, seja pela regulação estatal sobre a saúde suplementar, que atua em paralelo e, por vezes, em sobreposição às funções do SUS.

Essa convivência normativa e institucional, longe de se apresentar de forma harmônica, evidencia tensões e, caracterizando uma verdadeira interdependência entre ambos os sistemas, já que a concretização do direito à saúde no Brasil depende de ambos.

É justamente essa interdependência que se torna o objeto de análise do capítulo seguinte, no qual se examinará como a articulação entre o sistema público e o sistema privado, em especial a saúde suplementar, revela desafios e possibilidades para a efetivação do direito à saúde em uma perspectiva fraterna e solidária.

3. A INTERDEPENDÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO E SUPLEMENTAR: CONVERGÊNCIAS E PONTOS DE TENSÃO

O presente capítulo dedica-se a examinar a interdependência entre o sistema público de saúde e a saúde suplementar no Brasil, com especial atenção aos pontos de convergência e de tensão que permeiam essa relação.

O estudo parte do reconhecimento de que, embora estruturados em bases jurídicas e operacionais distintas, ambos os sistemas compartilham o mesmo objetivo constitucional: assegurar a efetividade do direito fundamental à saúde.

Porém, para realizar esta análise não é possível apenas realizar um mapeamento das características e funções de cada sistema, mas buscar compreender de que forma a interação afeta a organização e a prestação de serviços destinados à efetivação do direito à saúde, com influências na equidade, na qualidade e na sustentabilidade dos sistemas.

Assim, ao tratar da interdependência dos sistemas de saúde, o enfoque recai sobre a análise e eventual constatação de que o sistema público e a saúde suplementar, embora concebidos como estruturas autônomas, apresentam relações recíprocas inevitáveis.

Inicialmente, por exemplo, é possível auferir que, se existe incapacidade do SUS de atender sozinho à demanda nacional e, desta forma, alia-se à função constitucional complementar do setor privado, gera um cenário em que atos de um sistema repercutem no outro, exigindo mecanismos de coordenação e governança capazes de otimizar recursos e evitar duplicidades. A existência, portanto, de interdependência, quando não gerida de forma estruturada, tende a acentuar desigualdades e trazer dificuldades na prestação dos serviços.

É preciso ainda analisar justamente as dificuldades para implementação do direito à saúde sob a perspectiva da relação entre a Saúde Pública e Saúde Suplementar, no sentido de aprofundar o debate ao evidenciar que a efetivação do direito à saúde é afetada por entraves históricos, estruturais e orçamentários que repercutem diretamente na articulação entre os sistemas.

Igualmente se mostra essencial o estudo de pontos de tensão e convergência dos sistemas de saúde pública e saúde privada, que poderá

identificar diretamente as áreas em que a coexistência dos sistemas gera atritos e onde se identificam oportunidades de colaboração.

Disputas por recursos, uso do SUS por beneficiários de planos privados sem a devida compensação e a judicialização de demandas geram pontos de tensão. Por outro lado, as convergências se manifestam em iniciativas que demonstram o potencial de cooperação, como programas de integração, uso compartilhado de infraestrutura e interoperabilidade de dados. O contraste entre esses dois quase opostos, tensão e convergência, revela que a relação entre os sistemas é dinâmica e depende, em grande medida, de decisões políticas e regulatórias.

Por fim, importante ainda o estudo de reflexões sobre a reorganização sistêmica sob a perspectiva fraterna, ancoradas na metateoria do Direito Fraterno de Elígio Resta (2020), sobre como reestruturar a relação entre os sistemas público e suplementar.

Será explorada a superação da lógica concorrencial e a adoção de uma postura cooperativa, apresentadas como condições essenciais para transformar a mera coexistência dos sistemas em parceria estratégica. A reorganização, orientada por valores fraternos, como solidariedade, equidade e corresponsabilidade institucional, busca não apenas corrigir falhas operacionais, mas reposicionar o cuidado em saúde como um bem comum, cuja concretização depende da atuação integrada de todos os atores envolvidos.

3.1. Interdependência dos sistemas de saúde

Já delineado que a organização constitucional do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 1988) apresentou um modelo híbrido (dual), que se estrutura sobre os pilares do Sistema Único de Saúde (SUS) e da saúde privada, que se vincula à prestação direta de serviços privados à população (em hospitais, clínicas etc.) ou pela estrutura da operação de planos de saúde, ou seja, a denominada Saúde Suplementar.

As características de cada sistema de saúde são diversas, atuando o sistema público sob o manto da universalidade, gratuidade e integralidade, enquanto o sistema privado atua sob o âmbito da livre-iniciativa, se estabelecendo

como uma alternativa de acesso à saúde mediante contraprestação pecuniária, que, no âmbito da saúde suplementar, encontra-se alicerçada no princípio da solidariedade intergeracional e mutualidade¹⁰.

No entanto, apesar de sistemas com características próprias, é possível identificar uma interdependência entre ambos, visualizadas por cotidianas e recíprocas interferências, no sentido de que atos realizados em um sistema gera efeitos no outro.

Como exemplo destas interferências cita-se o fato dos serviços públicos de saúde não oferecerem condição e estrutura para atender toda a população, sendo necessária, desta forma, a complementação por serviços privados, uma situação prevista, inclusive, expressamente no parágrafo primeiro do artigo 199 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

Segundo Pan e Dias relatam que “cada vez mais, famílias de renda média e alta têm sido levadas a optar pela saúde privada devido ao acesso limitado e à insatisfação com os serviços públicos de saúde”¹¹(Pan; Dias, 2024, p. 72, tradução nossa).

Assim, embora o sistema público de saúde brasileiro (SUS) represente a maior iniciativa pública universal em países com mais de 200 milhões de habitantes, o setor privado se consolidou como alternativa fundamental, absorvendo parte considerável da demanda (Pan; Dias, 2024).

Conforme já apontado neste trabalho, cerca de 25% da população brasileira (aproximadamente 51 milhões de pessoas) utilizam os serviços ofertados pelas operadoras de planos de saúde, sendo cabível concluir que o sistema de saúde suplementar não é apenas redundante, mas estruturalmente necessário e colabora para mitigar as falhas de acesso e qualidade do sistema público, sendo, sob o ponto de vista técnico, essencial para busca da efetivação do direito à saúde.

¹⁰ O Superior Tribunal de Justiça no julgamento do REsp n. 1.568.244/RJ, de Relatoria do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, julgado em 14/12/2016, DJe de 19/12/2016, externou na Ementa do acórdão que “Para que as contraprestações financeiras dos idosos não ficassem extremamente dispendiosas, o ordenamento jurídico pátrio acolheu o princípio da solidariedade intergeracional, a forçar que os de mais tenra idade suportassem parte dos custos gerados pelos mais velhos, originando, assim, subsídios cruzados (mecanismo do community rating modificado)”.

¹¹ No original: “increasingly, middle-income and high-income families have been driven to choose private health care due to limited access and dissatisfaction with public health care services”.

Corroborando esta afirmação de dificuldade enfrentada pelo Sistema Público em garantir acesso à população consoante determinação constitucional, o Ministério da Saúde editou a Portaria GM/MS nº 7.061, de 6 de junho de 2025 (BRASIL, 2025), que declarou situação de urgência em Saúde Pública em todo o território nacional.

A situação de urgência se deu pelo longo tempo de espera para realização de consultas, exames, tratamentos e cirurgias especializadas no SUS, situação que impacta diretamente na saúde da população, a equidade no acesso e a capacidade de resposta do sistema. A referida portaria reconhece a necessidade de diálogos interinstitucionais, entre União, Estados e Municípios, e mecanismos céleres de pactuação, financiamento e regulação para conter a desassistência e evitar a evolução para uma emergência em saúde pública.

A decisão de declarar a situação de urgência mostra que a atual insuficiência do sistema público para atender sozinho às demandas da população e reforça, ainda mais, a importância de políticas de integração e cooperação com a saúde privada, em especial a saúde suplementar.

Portanto, é possível verificar que a existência da saúde privada é essencial para a manutenção, pelo menos de acordo com a estrutura atual, da própria aptidão da saúde pública em cumprir seus deveres constitucionais.

Outro aspecto importante de raciocínio caminha no sentido de que os atendimentos não realizados no âmbito da saúde suplementar, seja por falta de cobertura pelos denominados planos de saúde, serão, geralmente, direcionados ao sistema público, intensificando o problema do orçamento, estrutura, enfim, de atendimento à população e efetivação do próprio direito à saúde.

Apoiando esta interdependência entre os sistemas, também cabível citar que serviços legalmente vinculados ao sistema público, como por exemplo, a vacinação, revelam, na prática, efeitos positivos aos custos relacionados à saúde suplementar, pois previnem doenças em toda a população, inclusive aos beneficiários de planos de saúde.

Estes são alguns notórios e tangíveis exemplos de que os sistemas de saúde pública e privada se relacionam, independentemente do anseio político ou legal, e geram efeitos recíprocos em suas atividades, tudo na tentativa de cada um cumprir os desígnios para os quais foram instituídos que, sob o ponto de vista

conceitual, convergem para o mesmo sentido, garantir o direito à saúde à população.

Esta interdependência dos sistemas impõe uma essencial coordenação estrutural e diálogo interinstitucional que, apesar de identificada em alguns momentos, precisa ser desenvolvida e aprofundada, revelando este justamente um ponto de dificuldade.

A inexistência de uma relação coordenada por meio de uma governança estatal e a inevitável coexistência e interdependência dos sistemas de saúde traduzem em desarmonias em diversos sentidos, permeando contextos de sobreposição e falta de clareza nas responsabilidades de ambos, que geram conflitos e tensionam ainda mais, pois as dificuldades são várias, os acommodamentos institucionais e orçamentários da saúde no Brasil.

Nestes pontos de crise entre o setor público e privado de saúde é imperiosa a aplicação da fraternidade, que deve servir como guia para que, em vez de se entenderem como sistemas autônomos e se posicionarem, não raro, como antagônicos, ambos trabalhem no mesmo caminho para assegurar o bem-estar de todos, justamente sob uma ótica de cooperação e compartilhamento de responsabilidades.

3.2. As dificuldades para implementação do direito à saúde sob a perspectiva da relação entre a Saúde Pública e Saúde Suplementar

O presente trabalho já apresentou diversas dificuldades enfrentadas na efetivação do direito à saúde no Brasil, mas o tema adquire especial relevância quando se adota uma perspectiva que ultrapassa a mera análise da efetivação em si do direito à saúde e se volta à possibilidade de construção de uma relação coordenada, solidária e fraterna entre os sistemas público e suplementar de saúde.

A Constituição de 1988 delineou uma arquitetura jurídica dual, ou seja, de coexistência do sistema público e privado de saúde, mas não apenas reconhece ambos como legítimos, mas também impõe o dever da efetivação do direito à saúde, derivando claramente e de forma anexa a obrigação de que estes sistemas se relacionem de forma positiva, razão pela qual, há necessidade de articulação

cooperativa, em benefício da promoção integral da saúde enquanto direito fundamental.

No entanto, apesar da regra constitucional, a realidade revela obstáculos que comprometem essa articulação e este tópico tem a finalidade de examinar como tais dificuldades se instalam como barreiras à construção de um diálogo entre os setores público e privado.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado, atribuindo-lhe o caráter de direito fundamental e ordem a uma prestação positiva do Estado (BRASIL, 1988), porém, a efetivação desse direito encontra, conforme já evidenciado no primeiro capítulo deste trabalho, entraves históricos e estruturais que impactam não apenas a população em sua dimensão individual de receptores dos serviços, mas também na própria articulação entre os setores público e suplementar da saúde.

Importante relatar que se pretende evitar a denominada tautologia de ideias, mas mostrar que a relação entre o sistema público e de saúde suplementar também é afetada em razão de obstáculos enfrentados na efetivação do direito à saúde.

Uma relevante dificuldade enfrentada pela efetivação do direito à saúde no Brasil que reflete na tensão para o estabelecimento de uma relação fraterna entre os sistemas de saúde pública e suplementar, refere-se à escassez de recursos financeiros, que é, inclusive, frequentemente invocada pelo Estado sob a justificativa da chamada “reserva do possível”.

Essa limitação orçamentária compromete a prestação universal e integral prevista constitucionalmente, de modo que o poder público, ao tentar se desonerar de seus deveres, acaba por transferir parte dessa responsabilidade à saúde suplementar. Como consequência, planos privados de assistência passam a ser pressionados a assumir demandas que não lhes seriam, originariamente ou tecnicamente, atribuídas, decorrendo de uma verdadeira disputa sobre recursos e influência¹² (Pereira; Alencar; Lemos Júnior, 2025).

¹² Um dos questionamentos realizados na pesquisa realizada para esta dissertação é justamente sobre a visão dos beneficiários e gestores da saúde suplementar sobre esta situação, qual seja, da tentativa dos Sistemas de Saúde transferir suas responsabilidades de um para o outro, portanto, frequentemente se encontrando em conflito por recursos e influência.

Brito-Silva, Bezerra e Tanaka (2012) apresentam que as disputas das finanças públicas foram intensificadas desde os anos 1990, momento em que se contrapõem duas ideais: (i) a busca pela construção da universalidade prevista na Constituição; (ii) a necessidade de contenção de gastos e a visão de que os direitos sociais seriam responsáveis por desequilíbrios fiscais. Justamente nesse contexto, os serviços de saúde, enquanto ligados a um direito social, tornam-se vulneráveis à lógica da restrição de despesas, o que compromete a integralidade e estimula a busca por alternativas no setor suplementar.

Assim, a histórica insuficiência de recursos financeiros e o consequente desequilíbrio nas contas públicas, além de dificultar a universalidade e integralidade, cria pressões do mercado da saúde suplementar, abre espaço para disputas sobre a alocação de recursos e efetiva o direito à saúde de forma fragmentada e desigual.

Este cenário intensifica, desta forma, a fragmentação entre o SUS e a saúde suplementar, onde o sistema público se vê sobrecarregado e limitado, atendendo grande parte da população com recursos parcos, enquanto o setor privado tem seu crescimento amparado na capacidade de captar prestadores e investimentos. Essa assimetria revela não apenas a clara fragilidade estrutural do financiamento público, mas também a necessidade de repensar o modelo de articulação entre os dois sistemas, de forma a evitar que o desequilíbrio fiscal seja usado como justificativa para reduzir a cobertura pública e transferir responsabilidades ao setor privado (Brito-Silva, Bezerra e Tanaka, 2012).

Neste sentido, Paim, Travassos, Almeida, Bahia e Macinko (2011, p. 28) retratam o seguinte:

À medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores público e privado criam contradições e injusta competição, levando a ideologias e objetivos opostos (acesso universal vs. segmentação do mercado), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde.

Importante reconhecer que, em diversas situações, a ausência de políticas públicas de saúde efetivas não decorre meramente da ausência de recursos, mas de omissão do gestor público, o que revela a necessidade de atuação do Poder Judiciário como instância de correção das falhas da política e de garantia de direitos fundamentais.

Todavia, mesmo quando não há omissão deliberada do gestor público, a escassez de recursos não deixa de impor limites inescapáveis à capacidade de resposta do Estado. O resultado é uma sobrecarga que dificulta o implemento correto de políticas públicas e ainda recai sobre a saúde suplementar, que passa a ser demandada social, judicial e politicamente a assumir funções alheias à sua estrutura contratual e financeira, provocando conflitos e desequilíbrios operacionais e regulatórios.

Apesar de críticas acadêmicas à aplicação da denominada “reserva do possível” à efetivação do direito à saúde, como observa Cunha (2015), que relata que tal aplicação constitui uma regressão social significativa, olvidar esta análise econômica da disponibilização e concretização deste direito (que tende ao infinito quando se avalia o próprio conceito) seria imprudente, pelo menos neste trabalho, ao passo que a escassez orçamentária gera reflexos no relacionamento entre a saúde privada e pública.

Portanto, este complexo contexto da relação entre a saúde pública e suplementar precisa ser compreendido na própria finitude dos recursos públicos. Holmes e Sunstein (2019) lembram que todo direito envolve custos e, por isso, não pode ser considerado absoluto.

Nielsen e Contini (2023) reforçam essa percepção de que nem tudo é possível o Estado garantir, ao sustentarem que os limites de recursos separam o plano ideal do plano real quando se analisa a concretização dos direitos, impondo, não raro, as denominadas escolhas trágicas ao Estado (especialmente Poder Executivo e Judiciário), que obrigam a avaliar as necessidades serão priorizadas e quais permanecerão sem atendimento.

Nesse contexto, mesmo a universalidade e a integralidade, inscritas no art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), sofrem tensões constantes diante da escassez de meios para sua plena realização, emergindo a necessidade de adotar mecanismos objetivos de priorização, como a definição de limite (*thresholds*) de custo-efetividade, capazes de expressar a disposição social de pagar por ganhos adicionais em saúde. Mais do que instrumentos técnicos, tais limites funcionam como critérios de justiça distributiva, orientando a alocação racional dos recursos escassos (Nielsen; Contini, 2023).

Nessa linha de raciocínio, a fixação de limites não deve ser entendida como uma negação do direito à saúde, mas sim como condição indispensável para sua concretização racional e equitativa. Ao se reconhecer que não é possível atender a todas as demandas ilimitadamente, a instituição de parâmetros transparentes contribui para assegurar que o direito seja garantido de forma equilibrada e que a limitação orçamentária não se converta em justificativa arbitrária para a desresponsabilização estatal.

Compete destacar que análises de custo-efetividade e de custo-utilidade já são exigidas, por exemplo, como requisito para aprovação de tecnologias em saúde, mas ainda não há, por exemplo, a definição de um limiar numérico que estabeleça critérios claros para julgar a relação entre custos adicionais e benefícios em saúde.

A ausência desse parâmetro favorece a judicialização da saúde, que frequentemente impõe a incorporação de tecnologias de alto custo e efetividade duvidosa, onerando o sistema de forma desordenada e fragilizando princípios como equidade e custo de oportunidade. Registra-se que não se trata de uma crítica à atuação do Poder Judiciário, mas o apontamento de que justamente a falta de parâmetros objetivos e claros leva a uma análise que pode se voltar à um campo subjetivo, o que torna a atuação jurisdicional mais complexa.

Nesse sentido, a instituição de um limiar de custo-efetividade poderia contribuir não apenas para a racionalidade das decisões de incorporação, mas também para a sustentabilidade financeira e a transparência, possibilitando maior previsibilidade na alocação de recursos e apoiando a priorização de investimentos em saúde (Pinto; Santos; Trajman, 2016).

A instituição de um limiar de custo-efetividade não é unânime e, frente à necessidade acadêmica, merece destacar para discussão que entre as críticas se destaca o risco de arbitrariedade, uma vez que as avaliações econômicas se baseiam em modelos matemáticos cujos parâmetros podem ser escolhidos de forma a influenciar os resultados conforme o limite pré-definido. Além disso, existe controvérsia metodológica sobre como calcular esse limiar, já que fatores como orçamento em saúde, produtividade do sistema e custo de oportunidade interferem diretamente em seu valor, tornando-o de difícil definição e passível de questionamentos (Pinto; Santos; Trajman, 2016).

No entanto, sob a ótica do Direito Fraterno de Elígio Resta, essa discussão ganha ainda mais densidade, ao passo que, a compreensão da saúde como direito humano fundamental exige uma superação da lógica de competição entre o setor público e o suplementar e, assim, ao invés de fomentar sobreposição de responsabilidades e tensões regulatórias, uma abordagem fraterna favorece a solidariedade social e o reconhecimento mútuo entre os sistemas, de modo justamente a potencializar os recursos disponíveis e ampliar as condições reais de acesso da população à saúde. Ou seja, a visão fraterna tende a trazer efetividade na própria utilização dos recursos que, conforme delineado, são finitos e precisam ser bem utilizados.

Trata-se, portanto, de repensar os limites não como barreiras à efetividade do direito, mas como balizas que, se construídas de forma fraterna e cooperativa, podem assegurar maior racionalidade e justiça na concretização do direito constitucional à saúde.

Outro fator preponderante que interfere na relação entre a saúde pública e suplementar são as desigualdades sociais e territoriais, que estruturam, conforme já abordado neste trabalho, barreiras concretas e simbólicas de acesso à saúde pela população.

O sistema público, mesmo concebido sob a lógica da universalidade, não consegue garantir, de forma equitativa, o acesso à saúde em razão de determinantes sociais como pobreza, baixa escolaridade, racismo institucional, gênero e localização geográfica.

A desigualdade social gera assimetrias que geram efeitos também no setor suplementar, na medida em que parte da população busca a saúde privada como alternativa a um sistema público ausente, sem que haja, contudo, mecanismos sólidos de cooperação regulada, além de, não raro, muitos sequer tem condição de se utilizar da saúde privada, permanecendo à margem e invisíveis no que tange à efetivação do direito à saúde.

A invisibilidade marcada por práticas discriminatórias, racismo institucional e ausência de escuta qualificada atingem ambos os sistemas e a falta de diálogo e de articulação na abordagem dessas vulnerabilidades impede a construção de estratégias de cuidado integradas e respeitosas à diversidade.

Portanto, a ausência de estratégias intersetoriais e integradas de uma gestão política capazes de alcançar esta população invisível, simplesmente não gera pressão sequer para que se constitua a relação entre os setores público e suplementar, afastando-os de uma atuação colaborativa em prol do bem comum.

Ademais, outro aspecto proeminente é a influência da lógica mercantil na organização dos serviços de saúde, que reforça o distanciamento entre os sistemas de saúde pública e privada. A característica dicotômica de cada setor, ou seja, o setor privado é historicamente moldado pela racionalidade do mercado, enquanto o SUS opera sob os princípios da solidariedade e da equidade, quando não mediada por diretrizes públicas integradoras, acentua a segmentação, inviabilizando práticas de gestão compartilhada e negando o próprio relacionamento previsto na Constituição (Brito-Silva, Bezerra e Tanaka, 2012) (Pereira; Alencar; Lemos Júnior, 2025).

Amaral e Gondinho (2023, p. 1) ressaltam que “uma ressalva importante é que a Saúde Suplementar não oferece saúde em seu conceito pleno, mas sim procedimentos de saúde, o que a torna uma mercadoria”. Essa observação demonstra a lógica mercantil que orienta a saúde suplementar. A prestação privada não se organiza em torno do conceito ampliado de saúde, mas sim na oferta fragmentada de procedimentos, condicionados ao poder de compra dos usuários. Ao se estruturar dessa forma, a saúde suplementar fragiliza seu papel constitucional, reforçando contradições que dificultam a efetivação do direito à saúde em toda sua dimensão.

Importante papel tem a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, justamente para regular o setor de saúde suplementar e garantir que a lógica mercantil não supere a determinação constitucional, entretanto, conforme Moraes e Aguiar (2011), embora o texto constitucional de 1988 tenha consagrado a saúde como direito universal, as reformas administrativas baseadas no gerencialismo¹³ colocaram obstáculos à efetivação desse direito, porque introduziram uma

¹³ O termo gerencialismo, conforme apontam Moraes e Aguiar (2011), refere-se ao modelo de reforma administrativa adotado no Brasil a partir da década de 1990, inspirado na chamada Nova Gestão Pública. A ideologia gerencialista trouxe para a administração estatal instrumentos próprios do setor privado, como a busca por eficiência, a ênfase em resultados, o controle de custos e a adoção de práticas de mercado. No campo da saúde, entretanto, essa orientação acabou por reforçar a captura do público pelo privado, subordinando a racionalidade clínica à racionalidade econômica e dificultando a concretização do preceito constitucional de universalização do direito à saúde.

ideologia que valoriza mais a lógica do mercado e da eficiência econômica do que a universalização e a equidade.

Esse cenário revela que, ao invés de promover a efetivação do direito à saúde, a regulação muitas vezes legitima interesses mercadológicos, reproduzindo práticas patrimonialistas escondidas pelo gerencialismo. Portanto, é essencial uma governança adequada, inclusive no âmbito da regulação da saúde suplementar, pois o modelo atual gera distorções no equilíbrio entre os sistemas público e privado, sendo necessário intensificar o papel da ANS como garantidora da efetividade do direito à saúde.

Essa lógica, portanto, de fragmentação da efetivação do direito à saúde ainda se agrava por problemas operacionais sistêmicos, como a desarticulação entre os níveis de atenção, a precariedade da rede em áreas remotas, diante da imensidão territorial brasileira, e a falta de integração entre os serviços (Muniz Silva; Branco; Lelis, 2025) (Brito-Silva, Bezerra e Tanaka, 2012).

Por fim, a fragilidade da denominada cidadania ativa brasileira compromete um maior controle das sociedades das políticas públicas e dificulta a cobrança de condutas políticas adequadas. A relação entre os sistemas público e suplementar permanece sem percepção para o usuário, que desconhece seus direitos e os limites institucionais de cada esfera, o que perpetua a desinformação, o clientelismo e a judicialização (Brito-Silva, Bezerra e Tanaka, 2012).

A compreensão dessas dificuldades não se limita aos aspectos conjunturais da gestão ou à ausência de instrumentos normativos adequados, mas envolve o enfrentamento de desafios estruturais e persistentes que atravessam o modelo de atenção à saúde, o financiamento e a disponibilidade de profissionais, especialmente médicos. Tal como ressaltam Noronha, Santos e Pereira (2011), a não superação desses entraves compromete de forma decisiva a consolidação de um sistema de saúde robusto:

[...] se a sociedade brasileira não enfrentar os dilemas estruturantes do SUS – relacionados ao modelo de atenção à saúde, ao financiamento, à formação e oferta de profissionais de saúde, particularmente os relacionados à disponibilidade de profissional médico para atender as necessidades dos cidadãos usuários, e à gestão pública da saúde –, ele ficará cada vez mais distante de se estruturar e se consolidar como um forte sistema nacional de saúde [...] (Noronha; Santos; Pereira, 2011, p. 21).

Essa constatação reforça que a efetivação do direito à saúde demanda estratégias que impõe a necessidade de um arranjo institucional sustentado em bases solidárias e coordenadas, conforme a perspectiva do Direito Fraterno, de modo a enfrentar conjuntamente as lacunas históricas e as assimetrias operacionais que se interpõem à plena realização desse direito fundamental.

Assim, a consolidação de um diálogo entre a saúde pública e a suplementar demanda mais do que ajustes normativos pontuais ou iniciativas isoladas. É necessária a construção de um pacto político-institucional que reconheça a interdependência entre os sistemas, mas, ao mesmo passo, que promova, de forma sistemática, mecanismos de governança colaborativa orientados pela transparência, pela participação social e pelo planejamento integrado.

É perceptível, portanto, uma falta de vontade política dos atores que exercem esta atividade para uma integração significativa entre os sistemas de saúde.

Caminhando nesta direção, conforme *Jornal de Brasília* (2024), o então presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar afirmou que, apesar das conversas sobre integração, “vontade política para fazer alguma coisa não tem. [...] Passei pelo ministério e sei o sentimento com relação à saúde suplementar. É um setor que o ministério não quer se envolver [...]”. Essa resistência institucional decorre de diferenças ideológicas sobre o papel da participação do setor privado nos sistemas universais de saúde.

Portanto, a superação das barreiras históricas, financeiras, culturais e políticas que distanciam a saúde pública da suplementar exige não apenas reconhecer os limites impostos pela escassez de recursos, mas também reposicionar a cooperação intersetorial como elemento estruturante da política de saúde.

A lógica fraterna defendida por Resta (2020) torna-se, assim, não um ideal distante, mas uma diretriz pragmática para orientar o redesenho da relação entre os sistemas, de modo que se cumpra a regra prevista constitucionalmente e deixe de ser uma exceção eventual e passe a constituir um eixo permanente da gestão em saúde.

3.3. Pontos de tensão e convergência dos sistemas de saúde pública e saúde privada

Consoante delineado, não raro, ações realizadas por um sistema de saúde, seja público ou privado, reflete no outro, traduzindo uma interdependência que reflete em pontos de tensão, intensificados pelas dificuldades para implementação do direito à saúde, e convergências, quando se identifica uma aproximação dos sistemas, mesmo que sem uma governança devidamente estruturada.

Os pontos de tensão entre a saúde pública e saúde suplementar surgem, portanto, de diversos fatores, como a própria falta da referida articulação pensada e implementada, que geram distorções, como a concorrência por recursos e profissionais, uso do sistema público por beneficiários da saúde suplementar e a judicialização da saúde.

É possível visualizar, dentre as tensões estabelecidas entre o sistema público e suplementar, a disputa por prestadores de serviços de saúde e entre os prestadores e os próprios sistemas.

A lógica de remuneração da saúde suplementar, pautada pelo pagamento direto das operadoras de planos de saúde e pela maior segurança e previsibilidade, frequentemente, atrai profissionais e prestadores de serviços de saúde para o setor privado, ao mesmo tempo que este setor, não raro impõe regras que podem conflitar com a autonomia médica.

Trata-se de uma relação complexa consoante relata Menicucci (2007, p. 156):

O desenvolvimento da assistência à saúde privada constituiu relações complexas e, muitas vezes, conflituosas entre os seus diversos segmentos, particularmente entre as organizações que operam ou comercializam planos de saúde e os prestadores de serviços. Mas as conexões alcançam também o setor público, na medida em que grande parte dos prestadores de serviços, médicos ou hospitais, atua tanto no setor público quanto no privado. O conflito de interesses entre os atores que formam esse cenário se expressa na constituição de suas organizações e torna a arena da saúde um espaço competitivo, complexo e até contraditório ao colocar em oposição, por exemplo, o mesmo profissional, em razão de formas diferentes de inserção na assistência à saúde. (Menicucci, 2007, p. 156)

Esse acontecimento, assim, acaba por dificultar também o Sistema Único de Saúde (SUS) que, ao enfrentar dificuldades de financiamento e de garantia de infraestrutura adequada, utiliza-se de profissionais de saúde dividem sua atuação entre o setor público e o privado, mas, diante da sobrecarga de trabalho, das deficiências de recursos materiais e da defasagem remuneratória no SUS, tendem a priorizar atendimentos na saúde suplementar. Essa dinâmica contribui para o aumento da desigualdade no acesso, uma vez que a população dependente exclusivamente do sistema público acaba enfrentando longas filas, demora em consultas e barreiras de acesso a especialistas¹⁴.

O problema de ordem financeira, reflete também com campo estrutural: hospitais privados, impulsionados pelo aporte da saúde suplementar, conseguem investir em melhores tecnologias, equipamentos mais modernos e ambientes de maior conforto, reforçando a atratividade de sua rede assistencial. O SUS, por sua vez, muitas vezes permanece limitado a recursos escassos, dependendo de financiamento público sujeito a contingenciamentos orçamentários e ciclos econômicos desfavoráveis, conforme já comentado neste trabalho.

Assim, ao mesmo tempo em que a saúde suplementar se beneficia de profissionais capacitados e de uma infraestrutura mais robusta, o SUS arca com os efeitos adversos desse desequilíbrio, agravando a distância de qualidade entre os dois sistemas. Tal cenário realmente evidencia a necessidade de mecanismos de regulação e cooperação mais intensos, que permitam reverter esta lógica de competição em favor de uma verdadeira integração solidária, pois a coexistência de dois sistemas que disputam os mesmos profissionais e recursos materiais, em vez de se cooperarem, reforça desigualdades sociais e perpetua a fragmentação.

Importante também delinear que, apesar da compensação financeira posterior pela saúde suplementar à saúde pública (como ocorre no ressarcimento ao SUS¹⁵), torna-se imperioso pensar em estratégias conjuntas de formação, fixação e remuneração de profissionais, de modo que a rede pública e a privada

¹⁴ Já foi abordado neste trabalho que, em junho de 2025, o Ministério da Saúde editou a Portaria GM/MS nº 7.061, de 6 de junho de 2025 (BRASIL, 2025), que declarou situação de urgência em Saúde Pública em todo o território nacional, sendo um dos fatores justamente a longa espera para consultas e procedimentos com especialistas.

¹⁵ O artigo 32 da Lei 9.656/98 impõe às operadoras de planos de saúde o dever de ressarcir ao SUS os atendimentos realizados a seus beneficiários em instituições públicas ou conveniadas, sempre que tais procedimentos estiverem previstos nos contratos e no rol de cobertura obrigatória da saúde suplementar.

possam compartilhar responsabilidades sem que uma cresça às custas do enfraquecimento da outra.

Essa perspectiva fraterna exige superar a lógica da competição capitalista e caminhar para uma visão de saúde como bem comum, cujo acesso deve ser garantido de maneira justa a todos os cidadãos.

Outro aspecto relevante de tensão é o constante uso do sistema público (SUS) por beneficiários de planos privados para obtenção de medicamentos de alto custo e procedimentos, o que sobrecarrega o referido sistema e cria uma lógica perversa de financiamento indireto do setor privado.

Referido ponto está justamente interligado à ausência de uma política clara e congregada de responsabilidades principalmente da saúde suplementar, sendo constante e notória a judicialização diante de uma verdadeira assimetria (ou ausência) de conhecimento acerca da efetiva cobertura que deve ser alcançada pelos planos de saúde.

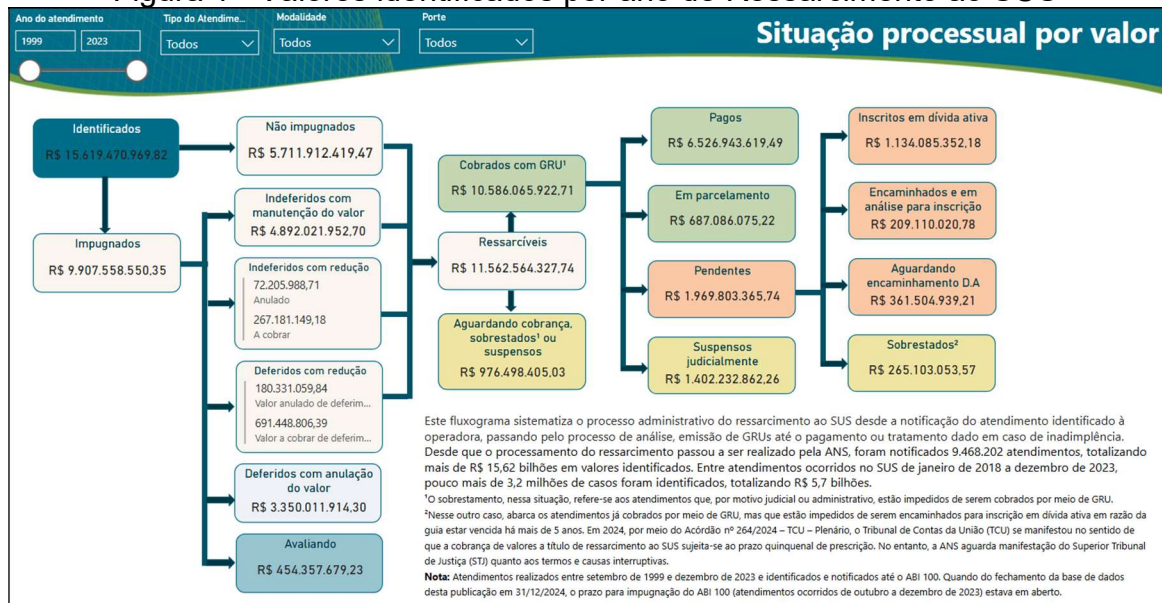
A tentativa de mitigar a aludida lógica de prejuízo ao sistema público pela saúde suplementar é evidenciada pelo denominado ressarcimento ao sistema Único de Saúde (SUS), disciplinado pelo art. 32 da Lei nº 9.656/1998 (BRASIL, 1998). Esse dispositivo impõe às operadoras de planos de saúde o dever de ressarcir ao SUS os atendimentos realizados a seus beneficiários em instituições públicas ou conveniadas, sempre que tais procedimentos estiverem previstos nos contratos e no rol de cobertura obrigatória da saúde suplementar.

Sem dúvida, o instituto do ressarcimento ao SUS busca assegurar que os limitados recursos do sistema público não sejam onerados ainda mais por serviços que, legal e contratualmente, deveriam ser garantidos pelo setor de saúde suplementar.

A prática, porém, revela um cenário de sobreposição de responsabilidades e ausência de informações adequadas à sociedade. Quando operadoras negam indevidamente coberturas, os beneficiários acabam recorrendo ao SUS, o que, além de agravar a pressão sobre a rede pública, gera litígios judiciais e administrativos para recuperação dos valores.

Os dados e publicações do Ressarcimento ao SUS publicizados no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Brasil, 2025) mostram a relevância desse tema:

Figura 1 - Valores identificados por ano de Ressarcimento ao SUS

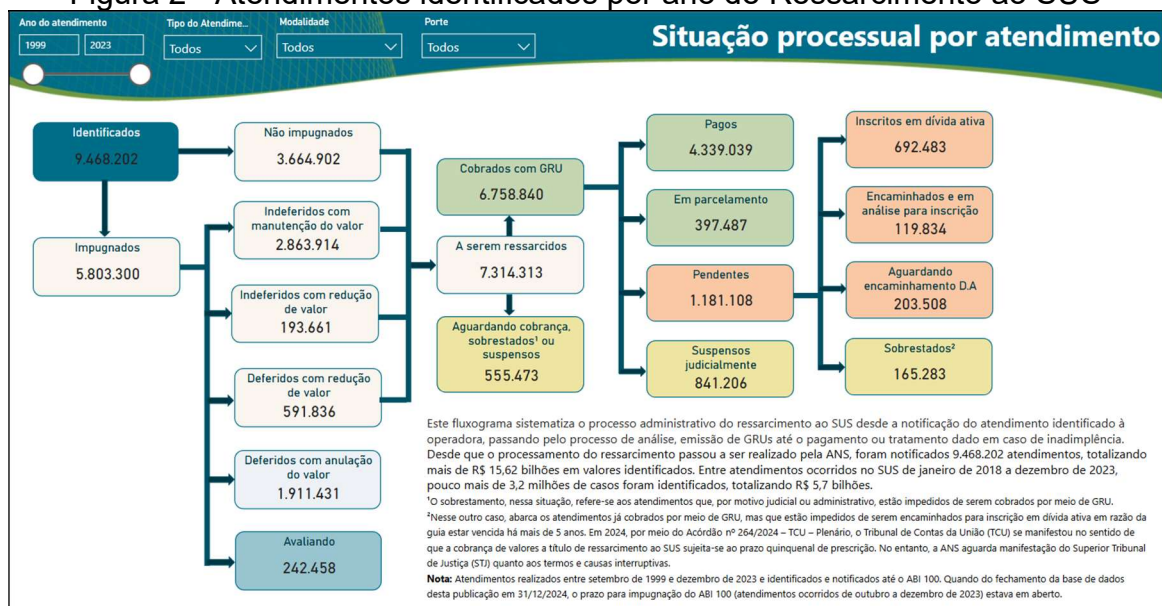


Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Entre 1999 e 2023, o valor total identificado para ressarcimento ao SUS ultrapassou R\$ 15 bilhões e, do ponto de vista processual, mais de R\$ 11,5 bilhões foram confirmados como devidos após análise administrativa das impugnações apresentadas pelas operadoras, embora apenas cerca de R\$ 6,5 bilhões tenham sido efetivamente pagos.

A dimensão assistencial também é expressiva:

Figura 2 - Atendimentos identificados por ano de Ressarcimento ao SUS



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Entre 1999 e 2023, foram mais de 9 milhões de atendimentos identificados no SUS como prestados aos beneficiários de planos privados.

As doenças mais frequentes, quando lançado o CID¹⁶ nesses atendimentos, estão associadas a procedimentos de alta complexidade e elevado custo, como transplante renal, neoplasias malignas da mama e neoplasia da próstata:

Tabela 1 – Cinco maiores números de atendimentos de ressarcimento ao SUS por CID de 2010 a 2022

Descrição, CID	Quantidade
Neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama, C504	384.772
Neoplasia maligna do mamilo e aréola, C500	364.712
Neoplasia maligna da próstata, C61	328.181
Rim transplantado, Z940	300.303
Neoplasia maligna da mama, não especificada, C509	264.631

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Tais números demonstram que o ressarcimento ao SUS, embora criado pela lei como uma forma de abrandar a limitação dos recursos públicos, na prática, se caracteriza como um ponto de atrito entre os sistemas público e de saúde suplementar, pois, de um lado, evidencia, não raro, o descumprimento de obrigações contratuais pelas operadoras, e de outro, impõe ao SUS o ônus de atender milhões de beneficiários de planos privados, com posterior e demorado processo de cobrança. O resultado é a litigiosidade, com o aumento da judicialização e a fragilização do entendimento da sociedade na delimitação clara dos papéis de cada sistema.

À luz do Direito Fraternal, o ressarcimento ao SUS, como concebido na lei, expressa uma lógica predominantemente reativa e compensatória, quando poderia ser repensado como espaço de cooperação e prevenção. Em vez de o

¹⁶ A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) (CID), conhecida em inglês como *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*, consiste em um sistema padronizado criado pela Organização Mundial da Saúde para organizar e codificar informações relacionadas ao processo saúde-doença. Esse instrumento atribui códigos específicos não apenas às diferentes doenças, mas também a sinais clínicos, sintomas, alterações anormais, circunstâncias sociais e causas externas de agravos à saúde. Sua finalidade é uniformizar a linguagem utilizada em âmbito mundial, permitindo a comparabilidade de dados epidemiológicos, estatísticos e clínicos entre países e instituições de saúde. (OMS, 2024)

SUS atuar como retaguarda emergencial e buscar, posteriormente, indenização pelas despesas, seria possível construir mecanismos de coordenação prévia entre os sistemas, evitando a duplicação de esforços e a sobrecarga do setor público. Essa mudança de paradigma reforçaria a ideia, conforme aponta Resta (2020), de saúde como bem inclusivo, compartilhado por todos, e não como fonte de conflito entre sistemas que, em essência, devem convergir para a efetivação do direito fundamental à saúde.

Após quase três décadas da publicação da Lei 9.656/98 (Brasil, 1998), que regula e dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, é possível identificar um exemplo paradigmático e atual de tentativa de superação das barreiras estruturais e de promoção de cooperação entre os sistemas público e suplementar, qual seja, o programa “Agora Tem Especialistas”, lançado em julho de 2025 pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Advocacia-Geral da União (AGU) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e formalmente instituído pela Portaria GM/MS nº 7.266, de 18 de junho de 2025 (BRASIL, 2025)

O programa possui como objetivos centrais a ampliação do acesso e redução do tempo de espera para consultas, exames, tratamentos e cirurgias eletivas, o fortalecimento da Atenção Especializada e a qualificação da rede de diagnóstico e tratamento do câncer, especialmente no que se refere ao acesso à radioterapia. Além disso, o programa prevê mecanismos de integração de dados e transparência na gestão da fila de espera, por meio da interoperabilidade de dados com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e da comunicação direta com usuários e gestores.

O projeto estabelece, ainda, a possibilidade de que as operadoras de planos de saúde convertam suas dívidas de ressarcimento ao SUS, em consultas, exames e cirurgias voltadas para pacientes da rede pública, especialmente nas áreas de oncologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, cardiologia e ginecologia. Diferentemente da sistemática anterior, em que os valores de ressarcimento eram destinados ao Fundo Nacional de Saúde sem necessariamente se transformarem em atendimento direto à população, bem como de uma estrutura morosa e de alto custo de cobrança, a nova política cria um mecanismo de integração entre a infraestrutura privada e a alta demanda reprimida do sistema público.

O desenho do programa possibilita que hospitais e especialistas credenciados pelas operadoras sejam mobilizados para atender pacientes do SUS, mantendo, logicamente, a respectiva gratuidade. Trata-se da primeira vez na história do SUS em que as dívidas de ressarcimento são convertidas em ações concretas de atenção à saúde, ao mesmo tempo em que o programa também prevê mutirões, utilização de capacidade instalada da rede complementar e suplementar, telessaúde e mecanismos de provimento e fixação de profissionais em áreas prioritárias.

Do ponto de vista do Direito Fraternal, a iniciativa ilustra a materialização de um caminho interessante, em que estruturas privadas são colocadas a serviço da coletividade, reconhecendo-se que os sistemas que garantem o direito à saúde devem compreendê-lo como um bem comum, cuja ideia de implementação requer um pensamento que não seja isolado, mas integrado. Embora se trate de experiência inicial e cujos efeitos ainda serão avaliados, o programa representa um marco importante no sentido de reduzir a fragmentação e promover sinergia entre saúde pública e suplementar, dando concretude à ideia de fraternidade proposta por Resta (2020).

Não se pode olvidar também que a política de incentivos fiscais também influencia na relação entre o sistema de saúde público e privado. Não raro, o Estado concede renúncias fiscais a empresas e indivíduos que contratam planos de saúde.

A ótica das referidas renúncias é sustentada pelo discurso de que este fomento gera o desenvolvimento do sistema privado, que é indubitavelmente importante à efetivação do direito à saúde. Entretanto, estes incentivos são realizados em detrimento do financiamento estável do SUS e, não raro, concedidos mediante pressões ocorridas por estruturas de poder vinculadas ao mercado, ou seja, se afastando justamente de uma governança que confira um pensamento estruturado entre os dois sistemas.

Esse desequilíbrio reforça a desigualdade no acesso e prejudica a universalidade do sistema público. Conforme destaca Ocké-Reis (2010), esse “subsídio do governo, [...] privou o SUS de recursos financeiros, os quais poderiam ser utilizados para ampliar a cobertura e incrementar a qualidade, para não falar dos efeitos inequitativos da renúncia de arrecadação fiscal”.

Portanto, além da disputa por recursos e da sobreposição de responsabilidades, um ponto de tensão recorrente entre os sistemas público e suplementar está relacionado aos mecanismos de financiamento e aos incentivos fiscais. No campo financeiro, dois aspectos se sobressaem: o ressarcimento ao SUS e a isenção fiscal concedida ao setor privado, a qual, ao reduzir a carga tributária das operadoras e dos beneficiários, também implica diminuição do orçamento destinado ao sistema público. Tal como apontam Amaral e Gondinho (2023):

No financiamento, dois aspectos foram abordados: o ressarcimento ao SUS e a isenção fiscal que subsidia o sistema privado e diminui o orçamento do setor público. A regulação efetiva do setor privado, utilizada como verdadeira ferramenta de gestão, é a melhor forma de garantir a integração entre os setores (Amaral; Gondinho, 2023, p. 2).

A reflexão evidencia que a regulação, quando exercida de forma robusta e direcionada a objetivos sistêmicos, pode assumir papel estratégico na harmonização entre as esferas pública e suplementar. Assim, mais do que um instrumento de contenção ou de fiscalização, a regulação pode funcionar como elemento de articulação, capaz de direcionar recursos, alinhar metas e assegurar que a complementaridade constitucionalmente prevista se concretize de maneira efetiva.

A judicialização, por sua vez, deflora de todas estas dificuldades e falhas estruturais e, ao mesmo passo, sua intensificação compromete a alocação racional de recursos, ao passo que, conforme já delineado neste trabalho, exige do Poder Judiciário uma resposta, quase sempre imediata, a um problema extremamente complexo¹⁷.

Portanto, a complexa relação entre saúde pública e suplementar é marcada por diversas dificuldades, pois a integração efetiva entre os setores ainda enfrenta entraves significativos, tanto no campo da gestão e do financiamento, quanto na

¹⁷ Exemplo da “necessária” intervenção do Poder Judiciário diante de assimetria de informações é a tese firmada no Tema 6 (Repercussão Geral) pelo Supremo Tribunal Federal, que apresentou os requisitos a serem observados para a concessão judicial de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mas não incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS), independentemente do custo.

articulação de ações que garantam a complementaridade prevista constitucionalmente.

Como apontam Amaral e Gondinho (2023), a falta de alinhamento entre os objetivos estratégicos das operadoras privadas, que atuam no mercado de Saúde Suplementar, e as diretrizes estatais para a atenção integral à saúde fragiliza a atuação complementar e compromete o fortalecimento do SUS:

A atuação da saúde suplementar na complementação da atenção integral à saúde junto ao SUS ainda é um desafio no Brasil. É necessário um maior alinhamento entre os objetivos estratégicos das empresas desse setor e as diretrizes do Estado para o fortalecimento da atenção integral à saúde. A integração entre o setor público e o setor privado é fundamental para garantir uma atuação complementar e efetiva no sistema de saúde brasileiro e deve ser melhor regulada. (Amaral; Gondinho, 2023, p. 2).

Essa reflexão evidencia que, embora o marco legal preveja a atuação da saúde suplementar como atividade complementar e regulada pelo Estado, o quadro atual ainda demonstra lacunas regulatórias e desalinhamentos estratégicos, demandando políticas integradoras e instrumentos de gestão capazes de harmonizar interesses e potencializar resultados em benefício da população.

Portanto, apesar de estruturas diversas, a articulação entre os sistemas deve ser pensada como um pacto entre iguais, com base no reconhecimento mútuo, interdependência e na responsabilidade compartilhada. O Direito Fraternal se opõe à lógica de antagonismo, sendo preponderante a reafirmação de que “a humanidade é um lugar comum [...] e somente no seu interior pode-se pensar em reconhecimento e tutela” (Resta, 2020, p. 10).

Não obstante a existência de zonas de tensão, se identificam inúmeras possibilidades de cooperação entre o sistema público e privado, especialmente no âmbito da saúde suplementar.

Interessante identificar que ambos os sistemas compartilham os serviços dos mesmos prestadores. A saúde pública tem sua estrutura complementada pelos prestadores de serviços privados e, a saúde suplementar, disponibiliza aos seus beneficiários, não raro, estes mesmos prestadores.

Além disso, as Operadoras de planos privados utilizam serviços públicos para transplantes, vacinas e medicamentos de alto custo. Em contrapartida, não

podemos deixar de lembrar que o SUS também se beneficia da infraestrutura privada por meio de convênios e parcerias público-privadas.

Todos os atendimentos aos usuários, seja no âmbito do Sistema Público e Suplementar, são extremamente relevantes e as informações que derivam destes não devem ser analisadas de forma fragmentada quando se pensa na necessidade de uma adequação estrutural ou proposição de medidas conjuntas e coordenadas.

Um projeto recente que reforça a viabilidade prática dessa diretriz é a integração dos registros da saúde suplementar à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), anunciada em julho de 2025 pelo Ministério da Saúde em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Com a referida integração, os dados de atendimentos realizados tanto na rede pública quanto na suplementar estarão reunidos em uma única plataforma tecnológica, acessível aos usuários, profissionais e gestores. Esta implementação conjunta de dados permitirá a consulta de históricos clínicos unificados, abrangendo exames, prescrições, diagnósticos e tratamentos, evitando duplicidade de procedimentos, reduzindo custos e promovendo maior continuidade do cuidado. Esta integração é essencial para uma análise ampla e que possibilita assertividade maior às ações estruturantes ao setor de saúde.

Esse projeto materializa, portanto, um exemplo prático de como a aproximação entre os sistemas público e suplementar pode ampliar a eficiência do sistema como um todo, alinhando-se ao modelo de gestão interligada e coordenada.

Esse modelo de gestão é desejável porque melhora a eficiência do sistema como um todo, reduz desperdícios e amplia o acesso. A saúde suplementar, além de aliviar a demanda do SUS, também pode aprender com os princípios como a integralidade e a equidade.

Outro elemento central para a aproximação entre os sistemas é o fortalecimento da participação social. Conselhos de saúde, conferências e demais espaços deliberativos precisam assumir uma função efetivamente estratégica na formulação e acompanhamento de políticas, com representatividade plural que contemple não apenas gestores e prestadores, mas também usuários de ambos os setores. A ausência de participação qualificada e contínua fragiliza o controle

social e reduz a capacidade da sociedade civil de influenciar o desenho e a implementação de políticas que garantam a integralidade do cuidado.

3.4. Reorganização Sistêmica sob a Perspectiva Fraterna

As dificuldades enfrentadas para a efetivação do direito à saúde no Brasil não impactam apenas a fruição desse direito de forma individual, mas também enfraquecem a possibilidade de uma atuação coordenada, complementar e solidária entre a saúde pública e a suplementar.

Diante de um cenário marcado por desigualdades persistentes, escassez de recursos e segmentação institucional, torna-se urgente repensar os caminhos para uma relação entre a saúde pública e a saúde suplementar, em que o compromisso mútuo com a dignidade humana e a justiça social seja prioridade e, para isso, estes sistemas necessitam ser provocados para atuação realmente conjunta e pensada.

Nesse contexto, a incorporação da fraternidade como valor jurídico e vetor hermenêutico, conforme propõe Resta (2020), pode orientar a superação de uma lógica concorrencial e antagonista, como visto em alguns resultados, sendo possível abrir espaço para uma ética da corresponsabilidade entre os sistemas, sem divisibilidade do direito fundamento à saúde.

O enfrentamento dos obstáculos aqui mapeados requer não apenas reformas administrativas ou financeiras, mas uma reconstrução do pacto entre a saúde pública e privada, incluindo a saúde suplementar, que promova a convergência, alicerçado nos valores da equidade, da justiça social e da fraternidade institucional, com a valorização de estratégias intersetoriais, canais de diálogo institucional e fortalecimento do controle social.

É imperioso destacar que a aplicabilidade do direito fraterno congrega força não apenas sob a perspectiva humana, ou seja, nas relações pessoais em si, mas direciona igualmente uma necessidade de atitude fraterna das instituições políticas e estruturas de poder, afastando a ideia de perpetuação deste poder mesmo que em malefício do outro, que figura em uma defasada perspectiva de inimigo.

Esta concepção dicotômica e conflituosa entre o sistema de saúde público e suplementar precisa perder força e, para tanto, impescinde de uma reorganização do sistema de saúde como um todo que seja guiada pelos valores da fraternidade, da cooperação e da solidariedade. A metateoria do Direito Fraterno propõe e possibilita sustentação para uma ruptura com o paradigma individualista e concorrencial, defendendo um direito à saúde como bem comum, universal e inclusivo.

Nesse sentido, tanto o SUS quanto a saúde suplementar precisam se comprometer com a construção de um sistema mais integrado, reconhecendo a interdependência de suas existências e superando o antagonismo. A saúde justa, na perspectiva fraterna, não é um privilégio individual ou de alguns, mas um compromisso de “todos para todos”, que exige políticas coordenadas, regulações pertinentes e participação social.

Em última análise, reconhecer que a efetivação do direito à saúde no Brasil depende de uma articulação entre o SUS e a saúde suplementar implica compreender que ambos operam sob a mesma responsabilidade social: garantir que o cuidado em saúde seja realizado de maneira justa, equitativo e de qualidade e, somente por meio de um direcionamento coordenado, baseado em parâmetros técnicos claros, governança cooperativa e compromisso com a justiça social, será possível transformar a coexistência desses sistemas em uma verdadeira parceria, ou seja, uma relação coordenada e coesa em prol da saúde como direito fundamental.

4. ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS E DOS GESTORES DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Nos capítulos anteriores, delineou-se o arcabouço conceitual, histórico e jurídico da relação entre a saúde pública e a saúde suplementar no Brasil, destacando-se a existência, portanto, de um modelo dual previsto pela Constituição Federal de 1988 e os desafios inerentes à efetivação do direito fundamental à saúde.

Verificou-se que, embora juridicamente previstos como sistemas distintos são interdependentes, ou seja, se relacionam e geram recíprocos efeitos. Portanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde suplementar frequentemente operam de forma paralela e até competitiva, em um cenário marcado por tensões na alocação de recursos, desigualdades estruturais e barreiras de cooperação.

No capítulo 3, identificaram-se pontos de convergência e de tensão entre os sistemas, analisando-se, sob a perspectiva do Direito Fraternal (Resta, 2020), a necessidade de superar a lógica da rivalidade e promover uma relação cooperativa e solidária. A teoria fraterna, ao reconhecer o outro como “outro-eu” e valorizar a construção coletiva de bens inclusivos, fornece o referencial normativo e ético para a reorganização do setor de saúde, integrando esforços públicos e privados em benefício da sociedade.

No capítulo 3, identificaram-se pontos de convergência e de tensão entre os sistemas, analisando-se, sob a perspectiva do Direito Fraternal (Resta, 2020), a necessidade de superar a lógica da rivalidade e promover uma relação cooperativa e solidária. A teoria fraterna, ao reconhecer o outro como “outro-eu” e valorizar a construção coletiva de bens inclusivos, fornece o referencial normativo e ético para a reorganização do setor de saúde, integrando esforços públicos e privados em benefício da sociedade.

Este capítulo apresenta e analisa os resultados obtidos por meio da pesquisa empírica realizada junto a beneficiários de planos de saúde e gestores da saúde suplementar, cujo objetivo central foi compreender as percepções desses dois grupos sobre a relação entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o

setor suplementar, bem como as possibilidades e limitações de cooperação entre ambos na efetivação do direito à saúde no Brasil.

A pesquisa se insere na avaliação do problema definido — “Quais são as percepções de beneficiários e de gestores da saúde suplementar sobre a relação entre os sistemas de saúde pública e suplementar no Brasil para a efetivação do direito à saúde?” — e busca fornecer evidências empíricas que permitam avaliar as hipóteses formuladas: (i) Hipótese 1 - Os sistemas de saúde pública e suplementar no Brasil estabelecem uma relação de cooperação para a efetivação do direito à saúde; (ii) Hipótese 2 - Os sistemas de saúde pública e suplementar no Brasil estabelecem uma relação de competição, dificultando a efetivação do direito à saúde.

A análise dos dados foi realizada de forma articulada à fundamentação teórica apresentada nos capítulos iniciais, especialmente no que se refere à tensão entre os modelos público e privado, à relação intrínseca prevista constitucionalmente (art. 199, §1º, CF/88), às assimetrias de financiamento e à perspectiva do Direito Fraterno de Elígio Resta, que propõe um paradigma capaz de superar lógicas exclusivamente competitivas ou corporativas.

Neste sentido, este capítulo busca não apenas descrever os resultados, mas interpretá-los criticamente, identificando convergências e divergências entre beneficiários e gestores, e relacionando-os aos elementos estruturantes da relação SUS–saúde suplementar discutidos neste trabalho. A partir dessa abordagem, será possível apontar o grau de confirmação ou refutação de cada hipótese e contribuir para a formulação de proposições que favoreçam a construção de um arranjo mais cooperativo, equitativo e eficiente.

A pesquisa foi realizada entre 24 de junho e 9 de julho de 2025, por meio de amostragem aleatória simples. O público-alvo, com idade mínima de 18 anos, foi composto por beneficiários de planos de saúde e gestores de operadoras da saúde suplementar vinculadas ao Sistema Unimed. O instrumento de coleta consistiu em um questionário estruturado contendo 14 questões, aplicado por meio eletrônico.

A abordagem metodológica adotada foi, preponderantemente, quantitativa, com análise das respostas e respectivos percentuais, mas com breve análise qualitativa, ao passo que foi possibilitado no questionário respostas livres,

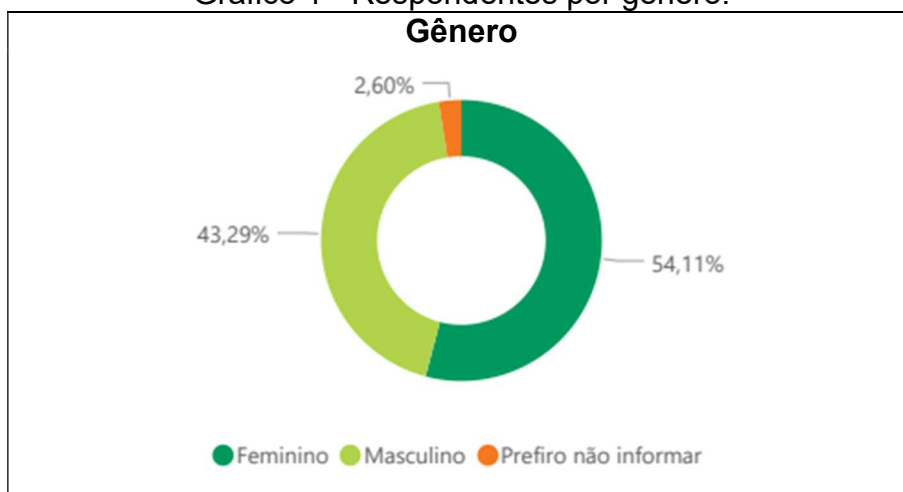
combinando com uma interpretação crítica dos dados, em diálogo com a revisão bibliográfica e documental desenvolvida nos capítulos anteriores. A proteção de dados e a confidencialidade das respostas foram garantidas, conforme boas práticas de pesquisa acadêmica.

A caracterização do perfil socioeconômico e demográfico dos participantes é essencial para compreender como suas percepções sobre a relação entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde suplementar podem ser moldadas por variáveis pessoais e profissionais. O levantamento contemplou dois grupos distintos: beneficiários de planos de saúde (segmento usuário) e gestores da saúde suplementar (segmento dirigente).

A amostra final compreendeu 231 respondentes, dos quais 95,75% eram beneficiários de planos de saúde e 4,25% gestores do setor. O nível de confiança foi estabelecido em 90%, com margem de erro de 5%.

Entre os respondentes, observa-se predominância do sexo feminino, que representa 54,11% do total, seguido do sexo masculino, com 43,29%, e daqueles que preferiram não informar, com 2,60%:

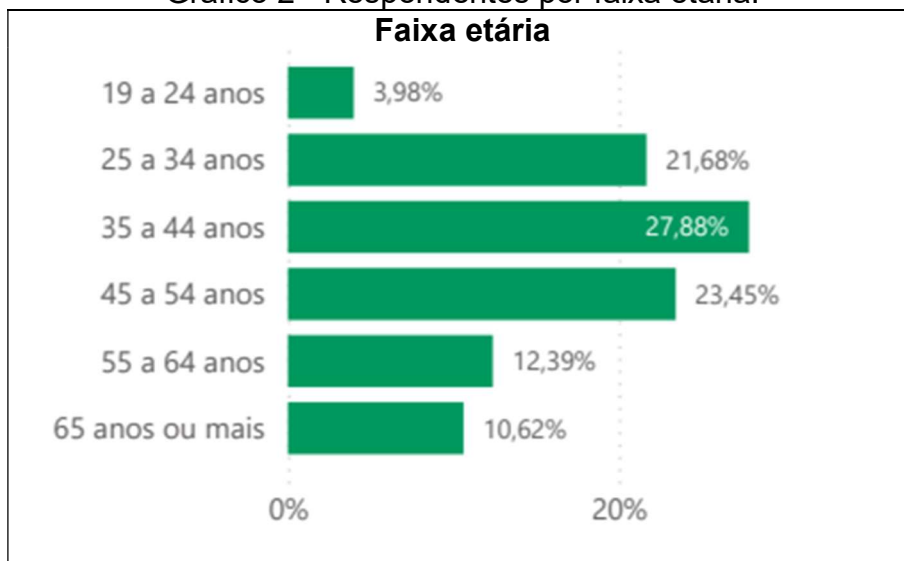
Gráfico 1 - Respondentes por gênero.



Fonte: Autoria própria (2025).

A maior parte dos respondentes situa-se nas faixas de 35 a 44 anos (27,88%) e 45 a 54 anos (23,45%), seguidas pela faixa de 25 a 34 anos (21,68%). As demais distribuem-se entre 55 e 64 anos (12,39%), 65 anos ou mais (10,62%) e 19 a 24 anos (3,98%):

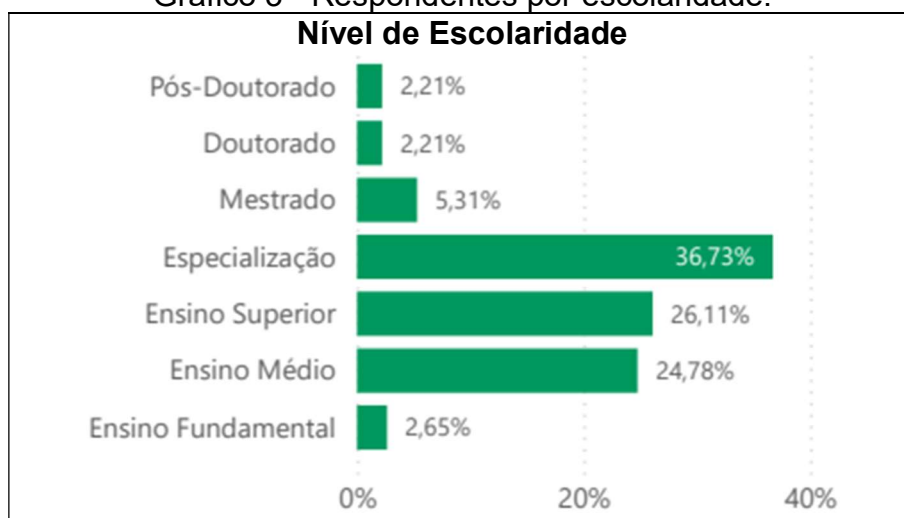
Gráfico 2 - Respondentes por faixa etária.



Fonte: Autoria própria (2025).

Verifica-se predominância de respondentes com especialização (36,73%) e ensino superior (26,11%), seguidos de ensino médio (24,78%), mestrado (5,31%), doutorado (2,21%) e pós-doutorado (2,21%). O elevado nível de escolaridade pode favorecer avaliações mais críticas sobre o funcionamento dos sistemas de saúde e sobre a efetividade das políticas de cooperação:

Gráfico 3 - Respondentes por escolaridade.



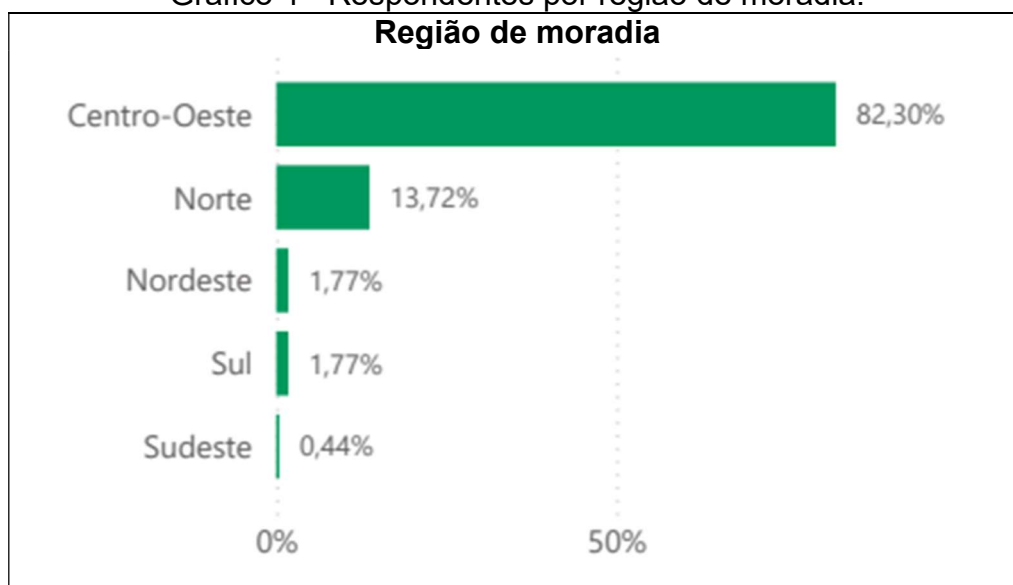
Fonte: Autoria própria (2025).

Há expressiva concentração de respondentes na região Centro-Oeste (82,30%), seguida pelas regiões Norte (13,72%), Nordeste (1,77%), Sul (1,77%) e Sudeste (0,44%). Essa concentração se deu em razão da amostra que foi

utilizada, ou seja, predominantemente beneficiários de operadoras de planos de saúde com sede na região centro-oeste.

Merece sempre atenção que esta distribuição geográfica influencia o contexto de análise, na medida em que a organização da rede assistencial, a disponibilidade de serviços e as estratégias de cooperação entre o SUS e a saúde suplementar variam significativamente entre as regiões do país.

Gráfico 4 - Respondentes por região de moradia.



Fonte: Autoria própria (2025).

Identifica-se, portanto, um perfil de respondentes com elevado nível educacional e concentrado em uma região específica, o que, embora possa influenciar a percepção sobre o sistema de saúde, também oferece um recorte relevante para compreender as relações e expectativas entre o setor público e o suplementar.

4.1. Análise e interpretação dos resultados

4.1.1. Percepção da relação entre a saúde pública e a saúde suplementar

A percepção sobre a relação entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o setor de saúde suplementar é um dos pontos centrais desta pesquisa, pois permite avaliar o grau de alinhamento ou distanciamento entre os dois segmentos na

efetivação do direito à saúde. Essa questão está diretamente vinculada às hipóteses formuladas no projeto — a de que os sistemas se relacionam de forma cooperativa (Hipótese 1) ou, em contraposição, de forma competitiva (Hipótese 2).

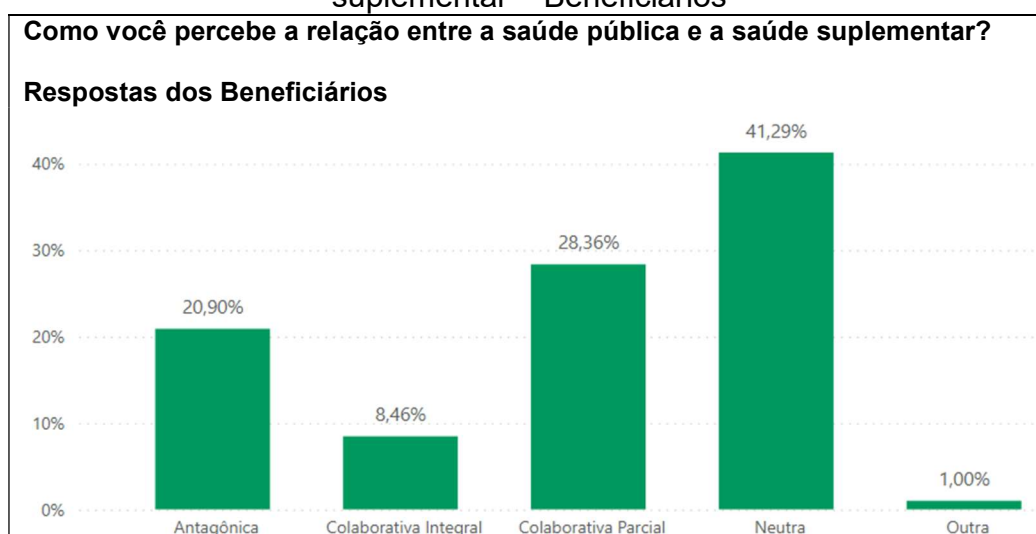
Assim, a análise da percepção sobre a natureza da relação entre o SUS e a saúde suplementar evidencia distinções significativas entre beneficiários e gestores.

Entre os beneficiários, 41,29% classificaram a relação como neutra, 28,36% como colaborativa parcial, 20,90% como antagônica, 8,46% como colaborativa integral e 1,00% indicaram “outra” percepção.

Já entre os gestores, há maior concentração de respostas no sentido do antagonismo: 44,44% consideraram a relação antagônica, 22,22% a classificaram como neutra, 22,22% como colaborativa parcial e 11,11% como colaborativa integral.

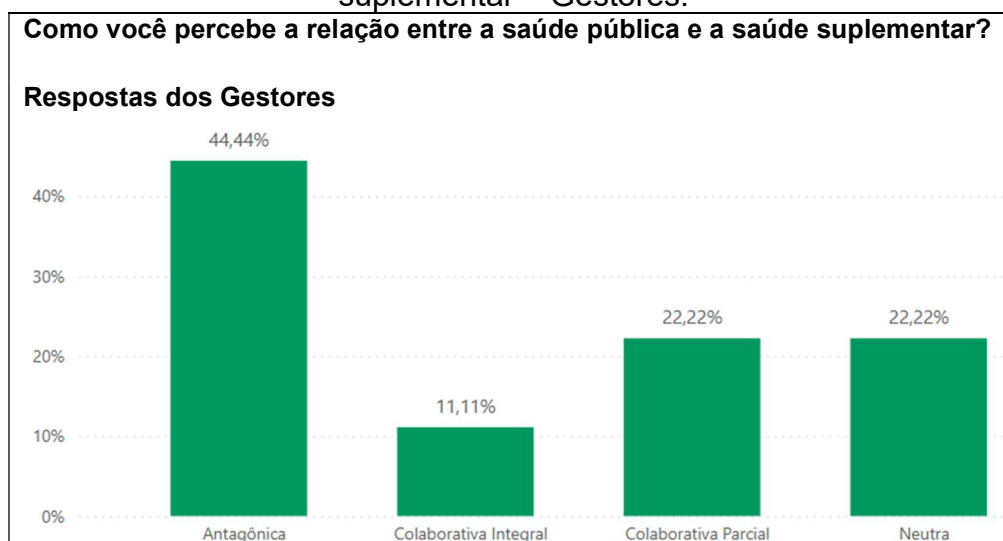
Os dados revelaram diferenças importantes na forma como beneficiários e gestores percebem a relação entre os dois sistemas. Enquanto beneficiários tendem a classificá-la como neutra ou colaborativa parcial, os gestores a identificam mais frequentemente como competitiva. Apenas uma pequena parcela, em ambos os grupos, percebe uma colaboração integral:

Gráfico 5 - Percepção da relação entre a saúde pública e a saúde suplementar – Beneficiários



Fonte: Autoria própria (2025).

Gráfico 6 - Percepção da relação entre a saúde pública e a saúde suplementar – Gestores.



Fonte: Autoria própria (2025).

Esses resultados permitem observar que, para os beneficiários, predomina uma percepção intermediária, que reconhece pontos de interação, mas sem uma articulação robusta. Tal percepção de neutralidade e colaboração parcial pode estar vinculada à experiência prática de utilização de ambos os sistemas, em situações específicas de encaminhamento ou complementação de serviços, ainda que de forma pontual.

Por outro lado, os gestores demonstram percepção mais crítica, com destaque para o antagonismo, possivelmente influenciada pela vivência de disputas por prestadores de serviços, recursos humanos e financeiros, além de tensões regulatórias. Essa leitura reforça elementos apontados neste trabalho, segundo os quais a coexistência de sistemas com lógicas de financiamento e gestão distintas tende a gerar conflitos estruturais (Paim; Travassos; Almeida; Bahia; Macinko, 2011; Menicucci, 2007).

À luz do problema de pesquisa e das hipóteses formuladas, constata-se que há elementos que confirmam parcialmente a Hipótese 1 (cooperação), na medida em que parte dos respondentes reconhece relações colaborativas, ainda que limitadas.

Ao mesmo tempo, a forte percepção de antagonismo entre os gestores corrobora a Hipótese 2 (competição), indicando que a relação entre os sistemas

ainda é marcada por disputas e pela ausência de mecanismos de governança efetiva — cenário que se distancia do ideal de “direito fraterno” proposto por Resta (2020), baseado na solidariedade e no reconhecimento mútuo.

É possível, porém, identificar que ambos não percebem uma integração efetiva, ou seja, neste ponto os beneficiários e gestores convergem, ainda que por motivações diferentes, para uma visão em que o potencial cooperativo se encontra subaproveitado, devendo ser explorado para melhora à efetivação do direito à saúde.

4.1.2. Percepção sobre a atuação coordenada, complementar ou suplementar dos Sistemas de Saúde

Nesta etapa da pesquisa, buscou-se avaliar o grau de concordância ou discordância dos respondentes em relação a afirmações que tratam diretamente da integração e da complementaridade entre o SUS e a saúde suplementar. Essa abordagem permite mensurar percepções mais específicas sobre a efetividade da articulação intersistêmica, para além da classificação geral da relação.

Ao explorar as percepções sobre a forma como o Sistema Único de Saúde e a saúde suplementar se relacionam, nota-se que beneficiários e gestores compartilham algumas visões, mas divergem de maneira significativa quanto ao grau de coordenação e ao papel de cada sistema.

Entre os beneficiários, apenas 8,76% percebem uma atuação integralmente coordenada para garantir a saúde à população, enquanto 18,61% reconhecem uma coordenação restrita a poucos pontos. A maior parcela (37,59%) entende que a saúde suplementar cumpre função de complementar a saúde pública diante da insuficiência do Estado em assegurar plenamente o direito à saúde. Outros 8,76% interpretam a saúde suplementar como um serviço “além do necessário”, considerando que o SUS já garantiria integralmente os serviços de saúde. Por fim, 26,28% afirmam que os dois sistemas atuam de forma individual, sem qualquer relacionamento:

Tabela 2 - Percepção sobre a atuação coordenada, complementar ou suplementar dos Sistemas de Saúde – Beneficiários

Sobre a saúde pública e saúde suplementar, marque as opções que você entende que são verdadeiras: Respostas dos Beneficiários.

Respostas	Percentual (%)
A saúde pública e a saúde suplementar atuam com uma relação integralmente coordenada para garantir a saúde à população brasileira.	8,76%
A saúde pública e a saúde suplementar atuam em poucos pontos coordenadas para garantir a saúde à população brasileira.	18,61%
A saúde suplementar complementa a saúde pública, ao passo que o Estado não cumpre o dever de garantir saúde à população	37,59%
A saúde suplementar realmente é um suplemento (além do necessário), ao passo que o Estado já garante integralmente os serviços de saúde através do Sistema Único de Saúde - SUS.	8,76%
A saúde pública e a saúde suplementar atuam de forma individual, não tendo qualquer relacionamento entre elas.	26,28%

Fonte: Autoria própria (2025).

No grupo dos gestores, não houve indicação de atuação integralmente coordenada, e apenas 9,09% reconheceram uma coordenação pontual. Para 27,27%, a saúde suplementar complementa a pública diante do não cumprimento integral do dever estatal; 18,18% consideram a suplementar como um “plus” dispensável frente à integralidade supostamente garantida pelo SUS; e a percepção predominante, apontada por 45,45%, é a de que ambos os sistemas operam de forma isolada.

Tabela 3 - Percepção sobre a atuação coordenada, complementar ou suplementar dos Sistemas de Saúde – Gestores

Sobre a saúde pública e saúde suplementar, marque as opções que você entende que são verdadeiras: Respostas dos Gestores.

Respostas	Percentual (%)
A saúde pública e a saúde suplementar atuam em poucos pontos coordenadas para garantir a saúde à população brasileira.	9,09%
A saúde suplementar complementa a saúde pública, ao passo que o Estado não cumpre o dever de garantir saúde à população	27,27%
A saúde suplementar realmente é um suplemento (além do necessário), ao passo que o Estado já garante integralmente os serviços de saúde através do Sistema Único de Saúde - SUS.	18,18%
A saúde pública e a saúde suplementar atuam de forma individual, não tendo qualquer relacionamento entre elas.	45,45%

Fonte: Autoria própria (2025).

A análise conjunta desses dados revela que, tanto para beneficiários quanto para gestores, a percepção de integração plena é muito limitada, enquanto se destacam visões que situam os sistemas como complementares apenas em parte ou como entidades que atuam separadamente.

Resulta deste resultado uma maior preponderância da Hipótese 2 da pesquisa, segundo a qual a relação é marcada por competição e disputas por recursos, já que a ausência de coordenação mais robusta e a predominância de respostas que indicam atuação isolada robustecem a ideia de sistemas que coexistem mais por determinação legal do que por cooperação estratégica.

Ao mesmo tempo, a percepção de complementaridade da saúde suplementar, especialmente forte entre beneficiários, aponta para um reconhecimento implícito da importância da saúde suplementar como subterfúgio às insuficiências do SUS. Essa compreensão remete ao debate teórico presente nos capítulos iniciais, que tratou do papel histórico da saúde suplementar no Brasil como alternativa ou escape frente às limitações estruturais do sistema público (Paim; Travassos; Almeida; Bahia; Macinko, 2011) (Menicucci, 2007), mas que também alertou para os riscos de aprofundar desigualdades de acesso e cobertura.

Sob a ótica do Direito Fraterno de Resta (2020), tais percepções demonstram que a articulação entre os sistemas ainda carece de um projeto coletivo de integração que vá além da lógica funcional ou da sobreposição de serviços. Para que a relação avance em direção à cooperação efetiva, é necessário um alinhamento institucional que priorize a equidade e a solidariedade, valores que, no presente cenário, ainda não se refletem de forma consistente nas práticas relatadas por beneficiários e gestores.

4.1.3. Percepção sobre competição por recursos e responsabilidades

Uma questão central da pesquisa é a identificação se os respondentes percebem uma competição entre os sistemas público e suplementar de saúde por recursos, influência e transferência recíproca de responsabilidades.

A percepção sobre a existência de competição entre a saúde pública e a saúde suplementar, bem como a tentativa recíproca de transferir responsabilidades, revela um aspecto central de conflitos que permeiam essa relação no Brasil.

Ao serem os beneficiários questionados se entendem que a Saúde Pública e a Saúde Suplementar competem por recursos, influência e tentam transferir,

reciprocamente, suas responsabilidades, 38,50% afirmaram acreditar que tal competição e transferência ocorrem de forma plena, enquanto 27,00% negaram essa ocorrência e 34,50% a identificaram parcialmente:

Gráfico 7 - Percepção sobre competição por recursos e responsabilidades entre os sistemas – Beneficiários

Você entende que a Saúde Pública e a Saúde Suplementar competem por recursos, influência e tentam transferir, reciprocamente, suas responsabilidades? Respostas dos Beneficiários

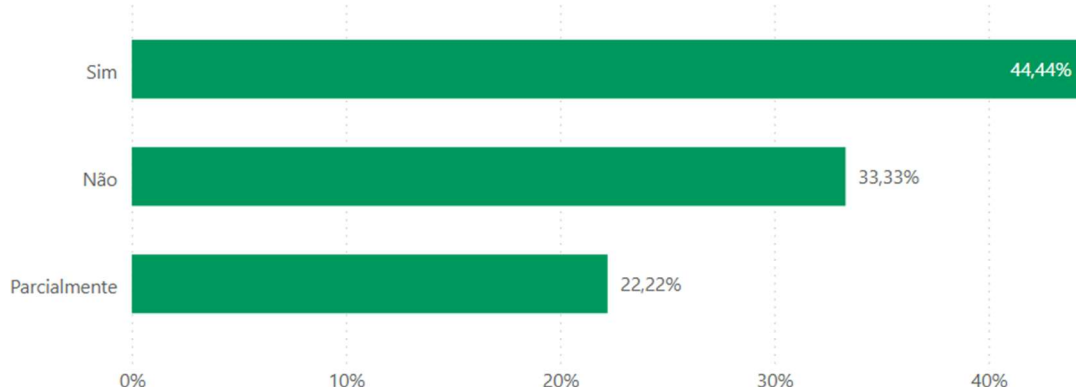


Fonte: Autoria própria (2025).

Entre os gestores, o índice de concordância plena é ainda mais elevado (44,44%), enquanto 33,33% não reconhecem essa disputa e 22,22% a percebem parcialmente.

Gráfico 8 - Percepção sobre competição por recursos e responsabilidades entre os sistemas – Gestores

Você entende que a Saúde Pública e a Saúde Suplementar competem por recursos, influência e tentam transferir, reciprocamente, suas responsabilidades? Respostas dos Gestores



Fonte: Autoria própria (2025).

Essa visão reforça o conteúdo da Hipótese 2 do projeto de pesquisa, que aponta para a presença de disputas entre os sistemas, não apenas por recursos financeiros, mas também por prestadores de serviços e influência política. A compreensão de que existe um jogo para se abster de responsabilidades indica que, para parte significativa dos respondentes, as fronteiras entre as obrigações de cada sistema são, muitas vezes, tratadas de maneira flexível ou estratégica, resultando em situações nas quais um sistema busca minimizar seus próprios custos ou encargos transferindo-os ao outro.

Do ponto de vista teórico, esse fenômeno pode ser relacionado à fragmentação da política de saúde brasileira, já discutida nos capítulos iniciais, que resulta da coexistência de dois sistemas com lógicas distintas: um, público e universal; outro, privado e voltado a segmentos específicos da população. Conforme Paim, Travassos, Almeida, Bahia e Macinko (2011), tal configuração tende a gerar áreas de sobreposição e lacunas de cobertura, criando incentivos para a transferência mútua de responsabilidades.

Na perspectiva do Direito Fraternal de Resta (2020), essa dinâmica é incompatível com uma lógica de cooperação, pois prioriza interesses setoriais em detrimento da construção de um projeto comum de saúde. A superação desse quadro exigiria não apenas uma reorganização meramente regulatória, mas também a implementação efetiva de mecanismos formais de articulação, que delimitassem com clareza as responsabilidades de cada esfera, ao mesmo tempo em que favorecessem a atuação colaborativa.

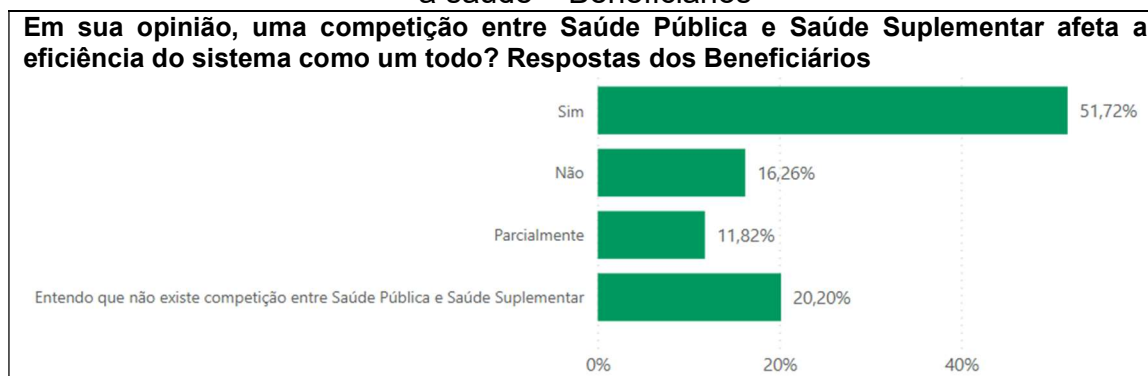
A presença significativa de respostas “parcialmente”, qual seja, 34,50% entre beneficiários e 22,22% entre gestores, merece atenção, pois sugere que, para uma parcela dos respondentes, essa competição e transferência de responsabilidades não ocorrem de forma constante ou generalizada, mas se manifestam em momentos ou pontos específicos, como em determinadas regiões, especialidades médicas ou situações de alta complexidade. Esse ponto abre espaço para investigações mais detalhadas, que possam mapear onde e como tais disputas se intensificam e quais são as consequências práticas para o acesso e a qualidade da atenção à saúde.

4.1.4. Percepção sobre os efeitos da competição na efetivação do direito à saúde

A percepção sobre os efeitos da competição entre a saúde pública e a saúde suplementar na eficiência do sistema de saúde com um todo revela uma concordância significativa no sentido de claro impacto negativo, embora haja diferenças de intensidade entre beneficiários e gestores.

Entre os beneficiários, 51,72% acreditam que a competição afeta diretamente a eficiência do sistema, enquanto 16,26% discordam dessa relação. Uma parcela de 11,82% reconhece o impacto apenas parcialmente, e 20,20% afirmam não identificar competição entre os dois setores:

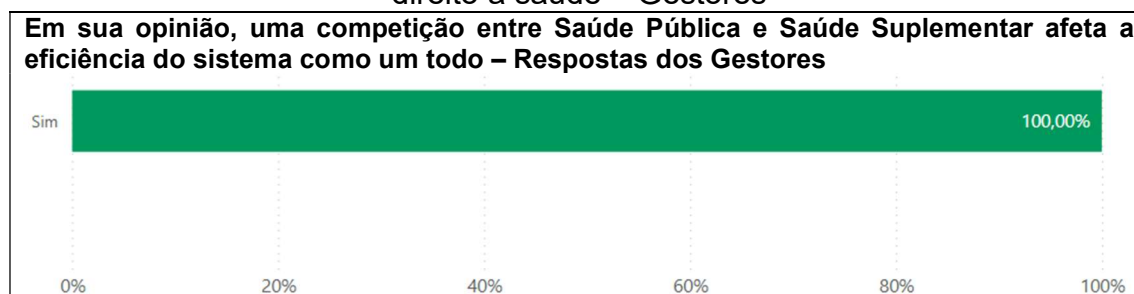
Gráfico 9 - Percepção sobre os efeitos da competição na efetivação do direito à saúde – Beneficiários



Fonte: Autoria própria (2025).

Já entre os gestores, a unanimidade é expressiva: 100% concordam que a competição compromete a eficiência do sistema:

Gráfico 10 - Percepção sobre os efeitos da competição na efetivação do direito à saúde – Gestores



Fonte: Autoria própria (2025).

Esse resultado confirma a tendência já observada nas respostas anteriores (Figura 9 e Figura 10), nas quais os gestores apresentaram maior percepção da

existência e dos efeitos da competição. Para esse grupo, vivenciar cotidianamente a disputa por prestadores e menos responsabilidade — muitas vezes em um cenário de recursos escassos — parece consolidar a compreensão de que tal dinâmica resulta em desperdício, sobreposição de esforços e fragilização de estratégias de atenção integrada.

A leitura dos beneficiários é mais heterogênea, refletindo diferentes graus de conhecimento e de experiência com os dois sistemas. Parte deles percebe claramente o prejuízo que a competição traz à eficiência, mas há também aqueles que não identificam a própria existência dessa disputa, possivelmente por não vivenciarem situações de sobreposição ou transferência de responsabilidades entre os setores.

Do ponto de vista teórico, esses achados também dialogam com as reflexões de Paim, Travassos, Almeida, Bahia e Macinko (2011) e Menicucci (2007), segundo as quais a competição institucionalizada, em um contexto de sistemas coexistentes e fragmentados, tende a gerar redundâncias e ineficiências, em vez de induzir à melhoria da qualidade. No plano normativo, essa constatação contraria o espírito de complementaridade previsto no artigo 199, §1º, da Constituição Federal, que pressupõe relações colaborativas e integradas entre os setores.

Sob a ótica do Direito Fraterno proposto por Resta (2020), a cooperação entre sistemas não é apenas desejável, mas essencial para que o conjunto das instituições de saúde atue em benefício da coletividade. A percepção unânime dos gestores e majoritária dos beneficiários sobre o efeito negativo da competição reforça a urgência de mecanismos de governança que priorizem a solidariedade institucional, eliminando práticas que perpetuam disputas em detrimento da eficiência e da equidade.

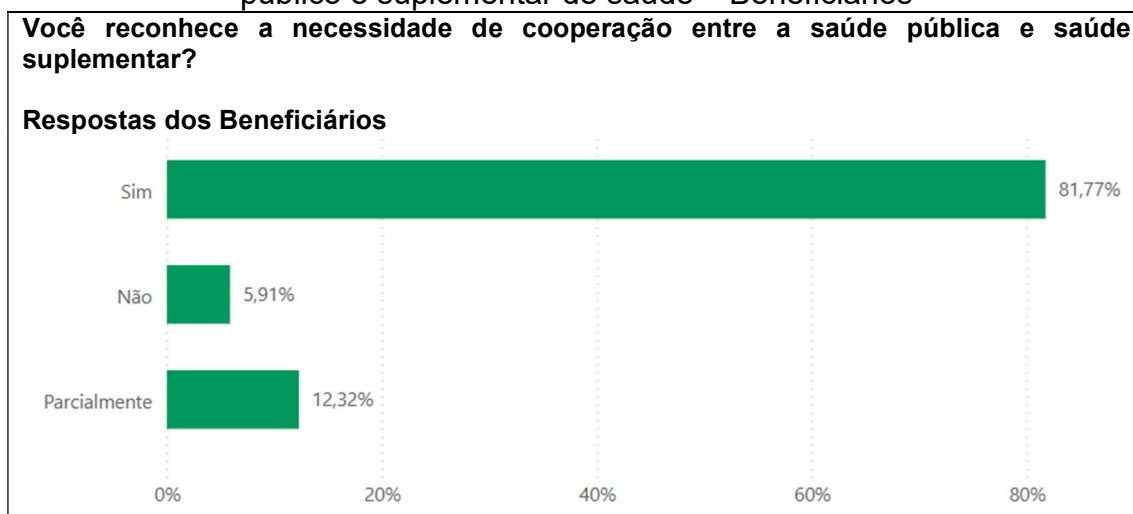
4.1.5. Reconhecimento da necessidade de cooperação entre o sistema público e suplementar de saúde

O reconhecimento da necessidade de cooperação entre a saúde pública e a saúde suplementar aparece, nos resultados, como um dos pontos de maior

convergência entre beneficiários e gestores, revelando um entendimento quase consensual sobre a importância de um trabalho articulado entre os dois sistemas.

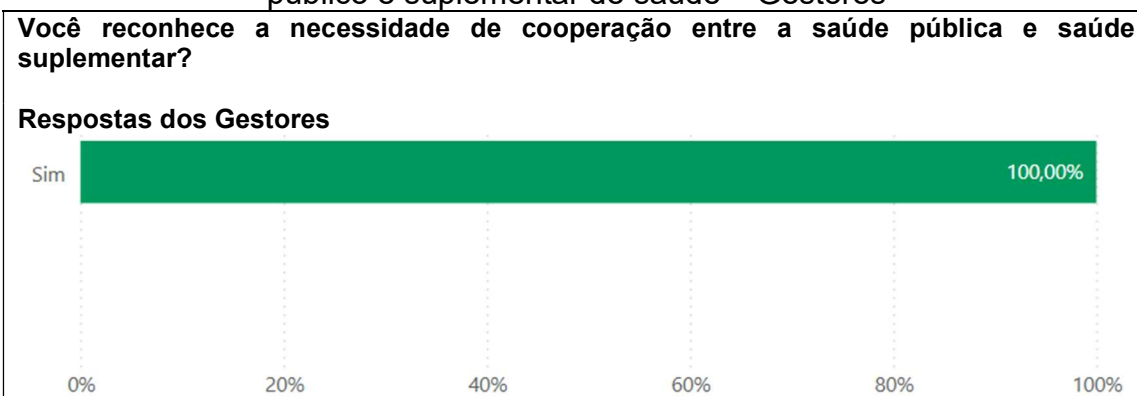
Entre os beneficiários, 81,77% afirmaram reconhecer plenamente essa necessidade, 12,32% reconheceram parcialmente e apenas 5,91% declararam não ver necessidade de cooperação. Já entre os gestores, o consenso é absoluto, 100% consideram necessária a cooperação entre os dois setores:

Gráfico 11 - Reconhecimento da necessidade de cooperação entre o sistema público e suplementar de saúde – Beneficiários



Fonte: Autoria própria (2025).

Gráfico 12 - Reconhecimento da necessidade de cooperação entre o sistema público e suplementar de saúde – Gestores



Fonte: Autoria própria (2025).

A leitura desses dados evidencia que, mesmo diante de percepções divergentes sobre o grau atual de integração ou sobre a existência de competição, há um entendimento compartilhado de que a cooperação é um caminho desejável

para a efetivação do direito à saúde. Esse consenso se aproxima do intensão social de que a Hipótese 1 do projeto de pesquisa se concretize, pois aponta para a possibilidade de relações de cooperação como instrumento para melhorar o desempenho do sistema como um todo.

Contudo, como discutido nos capítulos iniciais, o simples reconhecimento da necessidade não garante a sua concretização, seja, a história da relação entre os sistemas de saúde no Brasil demonstra que, embora a Constituição Federal de 1988 tenha previsto a relação entre o público e o privado, a materialização esbarra em barreiras estruturais, como a fragmentação da gestão, a ausência de protocolos de articulação, as diferentes lógicas de financiamento e a disputa por recursos humanos e materiais.

Seguindo a linha do Direito Fraterno (Resta, 2020), a cooperação não pode se limitar a acordos pontuais ou a respostas emergenciais, mas deve se constituir como prática permanente, fundada na solidariedade institucional e na corresponsabilidade pela saúde coletiva. Nesse sentido, o alto índice de concordância observado entre os respondentes representa um capital simbólico e político que, se bem aproveitado, pode servir como base para intervenções políticas e estratégias de gestão que priorizem a articulação entre os sistemas de saúde público e privado.

Assim, o desafio identificado nos dados não está na sensibilização sobre a importância da cooperação entre os sistemas de saúde, mas na transformação desse consenso em ações concretas, capazes de superar a lógica de antagonismo e compartimentalização que ainda caracteriza a relação.

4.1.6. Cooperação entre o sistema público e suplementar de saúde como ferramenta de melhoria da assistência

A percepção de que a cooperação entre a saúde pública e a saúde suplementar pode gerar uma assistência mais qualificada e beneficiar diretamente a sociedade é amplamente compartilhada pelos entrevistados, revelando mais um ponto de convergência entre beneficiários e gestores.

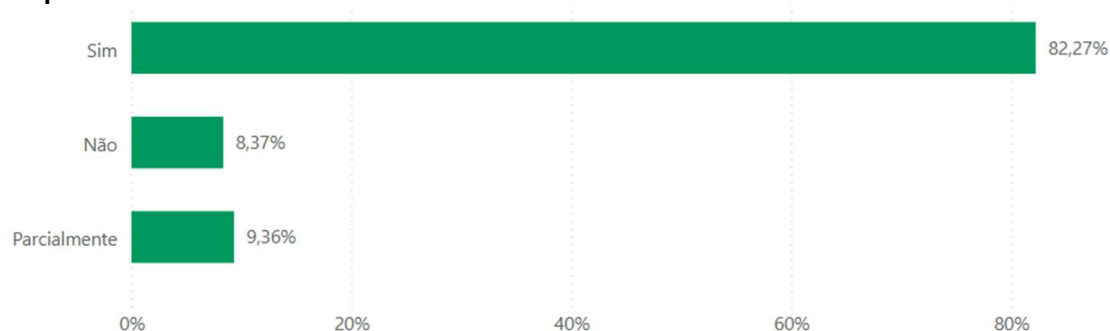
Entre os beneficiários, 82,27% concordaram plenamente que a cooperação colabora para uma melhor assistência e atende ao interesse da população. Outros

9,36% concordaram parcialmente e 8,37% discordaram dessa afirmação. No caso dos gestores, o consenso é total: 100% reconhecem que a cooperação entre os dois sistemas traz ganhos concretos para a qualidade do cuidado e para o interesse social:

Gráfico 13 - Cooperação entre o sistema público e suplementar de saúde como ferramenta de melhoria da assistência – Beneficiários

Você entende que uma cooperação entre a saúde pública e saúde suplementar colabora para uma melhor assistência à saúde e interessa à sociedade (população)?

Respostas dos Beneficiários

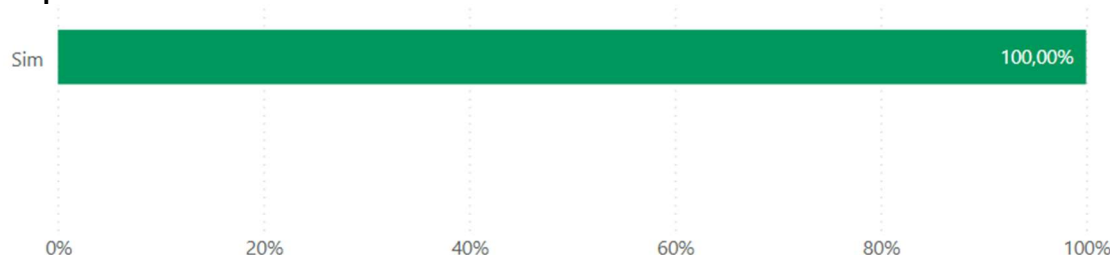


Fonte: Autoria própria (2025).

Gráfico 14 - Cooperação entre o sistema público e suplementar de saúde como ferramenta de melhoria da assistência – Gestores

Você entende que uma cooperação entre a saúde pública e saúde suplementar colabora para uma melhor assistência à saúde e interessa à sociedade (população)?

Respostas dos Gestores



Fonte: Autoria própria (2025).

Esses resultados reforçam a ideia perpetrada na Hipótese 1 do projeto de pesquisa, segundo a qual é possível estabelecer relações de cooperação voltadas à efetivação do direito à saúde, desde que os sistemas se articulem de maneira intencional e estruturada. Tal entendimento, majoritário entre beneficiários e unânime entre gestores, sugere, mais uma vez, que a percepção sobre o valor social da cooperação não está restrita a aspectos técnicos ou administrativos, mas

está ancorada na ideia de que a integração dos esforços é benéfica para a sociedade quando o assunto é saúde.

Na perspectiva dos capítulos iniciais, essa convergência de visões aproxima-se do ideal constitucional, contudo, como também discutido, não se deve permanecer na mera previsão legal, pois não tem sido suficiente para consolidar práticas colaborativas efetivas, persistindo lacunas de coordenação e barreiras institucionais que limitam o potencial dessa integração.

À luz do Direito Fraternal (Resta, 2020), a percepção positiva quanto aos benefícios sociais da cooperação pode ser interpretada como um indicativo de que existe, no imaginário dos atores envolvidos, um espaço para a construção de práticas baseadas na solidariedade e na corresponsabilidade. O que é preciso é transformar expectativa em realidade, momento em que se exige, porém, a implementação de políticas que priorizem mecanismos de comunicação, integração de fluxos assistenciais e alinhamento de objetivos entre os dois setores.

Os dados evidenciam que há um reconhecimento social de que a cooperação não é apenas possível, mas desejável e vantajosa. O desafio está em criar as condições políticas, regulatórias e técnicas para que essa expectativa se traduza em ações concretas e sustentáveis, capazes de impactar positivamente a assistência e o bem-estar da população.

4.1.7. Opiniões e sugestões espontâneas

Além das questões estruturadas e de múltipla escolha já analisadas nos tópicos anteriores, a pesquisa contemplou um campo aberto para que os participantes pudessem registrar livremente suas opiniões sobre a Saúde Pública e a Saúde Suplementar realizarem maior cooperação entre si para melhor disponibilização do direito à saúde à população. Foram obtidas 86 manifestações espontâneas, provenientes de beneficiários e gestores, que evidenciam uma pluralidade de visões, mas também revelam padrões de pensamento convergentes.

De modo geral, as falas apresentaram-se polarizadas entre críticas severas, ora direcionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), ora às operadoras

de planos de saúde, e proposições construtivas que enfatizam a importância de uma maior cooperação entre os dois segmentos.

A leitura e análise das respostas permitiram a organização das manifestações em cinco grandes eixos.

O primeiro deles tece críticas à saúde pública, perfazendo-se um número expressivo de participantes que manifestaram descrença quanto à capacidade do SUS de prover atendimento de qualidade e em tempo hábil, apontando problemas como filas prolongadas, falta de profissionais, carência de equipamentos e descaso governamental. Algumas falas são categóricas: “Serviço do SUS é horrível!” e “Saúde pública sempre foi um desastre, com raras exceções.”

Essas percepções ecoam elementos já discutidos nos capítulos iniciais, especialmente no que diz respeito à insuficiência de recursos e à dificuldade de gestão em um sistema de cobertura universal, como previsto no art. 196 da Constituição.

Um segundo eixo é o de críticas à saúde suplementar, ou seja, também foram frequentes as insatisfações com o referido sistema, particularmente quanto à demora em autorizações, negativa de procedimentos e aumento de custos sem contrapartida proporcional na qualidade. Um beneficiário relatou: “Pagamos R\$ 1.300,00 pelo plano e não tivemos o amparo necessário.”

Conforme já delineado neste trabalho, embora a saúde suplementar opere sob lógica de mercado, enfrenta limitações impostas pela regulação da ANS, assimetria de informações sobre sua responsabilidade, pressão para conter custos, o que pode impactar a experiência do usuário.

Um terceiro eixo é o de percepção de antagonismo e competição, pois muitas manifestações refletem a percepção de que saúde pública e suplementar competem por recursos, prestadores e influência política, e que essa disputa enfraquece a eficiência do sistema como um todo. Exemplos manifestações neste sentido: “Um deixa a responsabilidade para o outro” e “A saúde suplementar atua para desqualificar o SUS e se apropriar das verbas públicas”.

Essa percepção está diretamente relacionada à hipótese de que a ausência de articulação planejada gera distorções estruturais, conforme já assinalado na discussão teórica sobre a tensão público-privado.

O quarto eixo identificado corrobora o reconhecimento da necessidade de cooperação, pois, apesar das críticas, um número significativo de participantes ressaltou que a integração entre saúde pública e suplementar poderia trazer ganhos concretos para o acesso e a qualidade dos serviços: “Se realmente houvesse maior cooperação, teríamos um atendimento mais amplo, humano e efetivo” e “O SUS e os planos de saúde devem caminhar lado a lado, e não em competição”.

Essas opiniões reforçam o argumento desenvolvido à luz da teoria do Direito Fraterno, de Elígio Resta, segundo a qual a fraternidade, enquanto valor jurídico-político, se traduz em práticas institucionais de solidariedade e corresponsabilidade.

Por fim, ainda é possível identificar um último eixo, com sugestões para aprimoramento, com propostas concretas, como maior investimento na Atenção Primária, integração de dados entre sistemas, definição clara de responsabilidades, equalização da remuneração médica e ampliação de parcerias para procedimentos de alta complexidade. Algumas falas destacaram a necessidade de segurança jurídica e de políticas de Estado e não apenas de governo para garantir continuidade nas ações.

As manifestações espontâneas realizadas na pesquisa garantem uma percepção qualitativa em relação aos percentuais já apresentados. É possível auferir que tendem a demonstrar maior direcionamento à Hipótese 1 da pesquisa, ou seja, de que existe relação de cooperação, mas apontam que essa relação é percebida como incipiente, frágil e muitas vezes ofuscada pela competição e pela sobreposição de responsabilidades.

No olhar do Direito Fraterno, as manifestações revelam que, para grande parte dos respondentes, falta um pacto de reciprocidade institucional capaz de colocar o interesse coletivo acima de disputas setoriais. Quando mencionam a necessidade de “andar lado a lado” ou de “trabalhar em conjunto”, aproximam-se da ideia de uma fraternidade prática, que se manifesta em políticas de cooperação efetiva, orientadas pelo princípio constitucional da universalidade.

Por outro lado, as críticas intensas à ineficiência dos dois sistemas também dialogam com as reflexões sobre as dificuldades de operacionalizar o direito à

saúde em um contexto de escassez de recursos, desigualdade e fragmentação institucional.

O material obtido nos campos abertos confirma que as percepções sociais sobre a saúde pública e suplementar não são homogêneas, mas carregam forte carga emocional e vivencial, muitas vezes pautada pela experiência pessoal de atendimento. Essa heterogeneidade é relevante para compreender a complexidade de implementar modelos cooperativos: a cooperação não depende apenas de instrumentos jurídicos ou administrativos, mas também da construção de confiança entre usuários, gestores e profissionais.

Assim, as manifestações espontâneas sugerem que, embora exista consciência da importância de integração entre os dois sistemas, a concretização dessa relação ainda precisa ultrapassar dificuldades estruturais, políticas e culturais para que se possa tornar verdadeiramente uma relação coordenada e fraterna.

4.2. Resultado

A análise integrada dos dados quantitativos e das manifestações qualitativas evidencia que, embora exista um reconhecimento majoritário da necessidade de cooperação entre a saúde pública e a saúde suplementar, essa percepção convive com uma crítica recorrente à falta de integração efetiva entre os sistemas.

As respostas percentuais indicam que beneficiários e gestores reconhecem a existência de pontos de coordenação, mas percebem predominância de atuação individualizada e, em muitos casos, competitiva, com transferência de responsabilidades e disputa por recursos e profissionais.

As opiniões espontâneas reforçam essa percepção, revelando insatisfação generalizada com a qualidade e a eficiência de ambos os sistemas, bem como descrença na possibilidade de cooperação plena, especialmente diante de entraves políticos, estruturais e de gestão.

Contudo, também se auferem visões construtivas que sugerem caminhos para maior integração, como a coordenação de serviços, o uso racional de recursos e a construção de pactos claros de responsabilidades.

Os resultados da pesquisa permitem responder ao problema proposto, evidenciando que, tanto para beneficiários quanto para gestores da saúde suplementar, a relação entre a saúde pública e a saúde suplementar no Brasil é marcada por interações pontuais e insuficientemente coordenadas, coexistindo com percepções de competição, transferência de responsabilidades e fragmentação no atendimento.

Embora haja consenso majoritário quanto à importância e à necessidade de cooperação, identificada nas respostas objetivas e reforçada nas manifestações espontâneas, predomina a percepção de que tal integração, na prática, é limitada e condicionada por diversas barreiras, sejam políticas, estruturais e gerenciais.

Nesse contexto, a Hipótese 1, que sustentava a existência de uma relação de cooperação entre os sistemas para a efetivação do direito à saúde, não se confirma plenamente, sendo validada apenas parcialmente, já que a cooperação é reconhecida como necessária, mas não se concretiza de forma abrangente.

A Hipótese 2, que apontava para a percepção de tensões e disputas entre os setores, foi confirmada, uma vez que os dados revelam a presença significativa de competição por recursos, influência e profissionais, bem como a tentativa de repassar responsabilidades entre os sistemas.

Assim, os achados empíricos corroboram que a efetivação do direito à saúde, sob a ótica do Direito Fraterno, exige uma reestruturação das relações entre os setores público e suplementar, com base em pactos claros, integração de fluxos e corresponsabilidade, superando o cenário de desconfiança e isolamento identificado na pesquisa.

5. CONCLUSÃO

A presente dissertação teve como propósito central examinar as percepções de beneficiários e gestores da saúde suplementar a respeito da relação existente entre os sistemas de saúde pública e suplementar no Brasil, buscando compreender como essa interação contribui ou limita a efetivação do direito à saúde.

A formulação do problema de pesquisa partiu da constatação de que o arranjo constitucional brasileiro consagra, simultaneamente, um sistema público universal e um setor privado reconhecido como de relevância pública, estabelecendo uma configuração institucional marcada pela coexistência e interdependência.

Assim, indagou-se: quais são as percepções de beneficiários e de gestores da saúde suplementar sobre a relação entre os sistemas de saúde pública e saúde suplementar no Brasil para a efetivação do direito à saúde?

A partir desse problema, foram delineadas duas hipóteses que orientaram toda a investigação: (i) os sistemas de saúde pública e saúde suplementar no Brasil estabelecem uma relação de cooperação para a efetivação do direito à saúde; e (ii) os sistemas de saúde pública e saúde suplementar no Brasil estabelecem uma relação de competição por recursos e influência na efetivação do direito à saúde.

Portanto, a primeira hipótese pressupôs que o sistema público e o sistema suplementar estabelecem, no contexto brasileiro, relações de cooperação que contribuem para a efetivação do direito à saúde, sem adentrar ou aprofundar se esta cooperação ocorre de forma pontual ou com intensidades variadas.

A segunda hipótese sustentou que, ao lado dessas relações colaborativas, existem também dinâmicas de competição que comprometem ou limitam a realização desse direito, seja pela disputa por recursos, profissionais e infraestrutura, seja pela transferência de responsabilidades de forma assimétrica e descoordenada.

O caminho adotado para examinar essas hipóteses envolveu a articulação entre uma fundamentação teórica, centrada em revisão bibliográfica e interpretada sob a visão referencial do Direito Fraternal de Elígio Restá (2020), a análise

documental de marcos normativos e dados setoriais e a pesquisa empírica junto a dois grupos diretamente envolvidos na operacionalização e utilização da saúde suplementar.

Sob o ponto de vista teórico, o trabalho iniciou-se com a contextualização histórica e jurídica do sistema de saúde brasileiro, ressaltando que a Constituição Federal de 1988 representou um marco civilizatório ao consagrar a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo o Sistema Único de Saúde com uma estrutura universal, integral e equitativa. Ao mesmo tempo, reconheceu-se a relevância pública das ações e serviços prestados pela iniciativa privada, que não conjuga totalmente das mesmas características.

Essa arquitetura dual, concebida formalmente para garantir e ampliar o acesso, nasceu, entretanto, num cenário histórico marcado por desigualdades profundas e pela segmentação do atendimento, com a formação de um setor privado robusto voltado a grupos de maior poder aquisitivo e de um setor público subfinanciado, que, apesar de seu alcance universal, enfrenta crônicos desafios orçamentários, administrativos e de gestão.

Com o desenvolvimento teórico se buscou compreender essa configuração dual a partir de uma perspectiva crítica, evidenciando que a existência de sistema público e privado de saúde não é uma peculiaridade brasileira, mas adquire no Brasil um caráter singular em razão do modo como foi historicamente construída e das condições socioeconômicas e políticas que a moldaram.

Ressaltou-se que, embora a Constituição tenha fixado princípios como universalidade, integralidade e equidade para o Sistema Público, a concretização do direito à saúde depende de arranjos institucionais e políticos que não foram e não se encontram plenamente estruturados, o que resultou em um espaço permeado na prática por relações de cooperações pontuais entre os sistemas de saúde e competições mais recorrentes.

Nessa análise, o Direito Fraterno se mostrou como um instrumento conceitual capaz de traçar caminhos para superar tais tensões, pois parte do pressuposto de que bens fundamentais, como a saúde, são por essência inclusivos, e sua fruição plena requer reconhecimento recíproco e corresponsabilidade entre os diferentes atores sociais e institucionais.

Neste aspecto, relevante destacar o entendimento firmado da plena aplicabilidade do Direito Fraterno às estruturas políticas e de poder, evidenciando princípios e vetores interpretativos que podem amoldar um diálogo interinstitucional que seja pautado na fraternidade, com reconhecimento de que o direito à saúde, por exemplo, não deve ser pensado como divisível, mas um bem único e comum.

O segundo capítulo aprofundou-se na interdependência entre o sistema público (SUS) e a saúde suplementar, ou seja, foi identificado que atos de um sistema, não raro, geram efeitos no outro, sendo trabalhadas situações tanto no plano jurídico como no plano fático.

Assim, ficou demonstrado que o sistema público de saúde, em diversas circunstâncias, recorre a prestadores privados para suprir insuficiências, especialmente em procedimentos de alta complexidade, e fornece serviços à população que beneficia a saúde suplementar, como ocorre, por exemplo, em campanhas de vacinação.

Em outra ótica, a saúde suplementar contribui para desafogar a demanda sobre o SUS, atendendo uma parcela expressiva da população (cerca de 25%), mas, sob outra ótica, também acaba concentrando recursos humanos e financeiros, muitas vezes em detrimento das necessidades mais amplas da coletividade atendida pelo sistema público.

Essa inegável interação entre os sistemas, que poderia ser fonte de sinergia, carece de mecanismos estáveis de coordenação e planejamento conjunto, o que limita seu potencial e, por vezes, gera efeitos contrários ao próprio desígnio constitucional, acentuando desigualdades no acesso e na qualidade do atendimento.

Assim, no exame das dificuldades para concretização de uma relação coordenada e cooperativa entre os sistemas de saúde público e saúde suplementar, foi destacado diversos obstáculos estruturais, como o subfinanciamento do SUS, a fragmentação das políticas e a ausência de governança integrada.

A lógica de mercado, que orienta grande parte da saúde suplementar, não raro leva à priorização de práticas capitalistas, cujo objetivo é meramente o lucro, e, nesse contexto, parâmetros de alocação de recursos, como limiares de custo-

efetividade, embora úteis sob o prisma da racionalidade econômica, precisam ser concebidos e aplicados com base em valores éticos e sociais, para que não se transformem em instrumentos de verdadeira exclusão. Desta forma, é essencial que, sob a ótica do Direito Fraterno, para tais decisões é primordial a incorporação do princípio da solidariedade, reconhecendo a evidente interdependência dos sistemas e a indivisibilidade do direito à saúde.

O capítulo dedicado à pesquisa empírica, então, foi determinante para, após o contexto teórico, fosse possível avaliar o contexto social, em especial trabalhando a veracidade ou não das hipóteses formuladas.

Os dados colhidos junto a beneficiários e gestores revelaram percepções convergentes no sentido de que a cooperação entre os sistemas existe e é benéfica, seja por meio do uso recíproco de estruturas, da participação conjunta em programas de prevenção ou de respostas articuladas diante de urgências sanitárias, sendo objeto de exemplo, o denominado programa “Mais Acesso à Especialidades”.

Porém, essa cooperação entre saúde pública e saúde suplementar é percebida como exceção à regra, uma vez que não se tem uma continuidade efetivamente assegurada, face à ausência de uma estrutura verdadeiramente vinculante e perene, sendo, portanto, totalmente dependente de circunstâncias específicas, o que possibilita concluir que apesar de verdadeira da primeira hipótese, ou seja, embora haja cooperação, esta não se encontra consolidada como prática institucionalizada pelo Estado.

Quanto à segunda hipótese, os resultados da pesquisa mostraram evidências robustas de que há competição significativa entre os sistemas, manifestada na disputa por prestadores qualificados, na sobreposição de demandas e na transferência de responsabilidades, o que, na visão dos respondentes, compromete a eficiência global e a justiça no acesso aos serviços de saúde.

Esses resultados reforçam a ideia de que a relação entre o sistema público e suplementar de saúde no Brasil é estruturalmente ambígua, pois dependem um do outro (interdependência), mas operam sob lógicas distintas e sem coordenação, o que frequentemente provoca choques e tensões, que trazem

como consequência diversos desequilíbrios indesejáveis à efetivação do direito à saúde.

Assim, do mesmo modo, o referencial do Direito Fraternal contribuiu nesta seara para interpretar essa ambiguidade estrutural não como uma barreira intransponível, mas que deve ser vista como uma oportunidade de reconfiguração da relação, com base no reconhecimento da interdependência, na construção de uma governança cooperativa e na percepção social de que este relacionamento alavanca a efetivação do direito à saúde e, portanto, merece ser reforçado e objeto de busca pela sociedade.

Desta forma, com a fraternidade sendo utilizada como vetor de interpretação, enquanto princípio jurídico e ético, o debate se desloca de uma disputa por espaços e recursos para a busca de soluções conjuntas, orientadas por valores de solidariedade, equidade e respeito mútuo.

A resposta ao problema de pesquisa, considerando todos os aspectos teóricos e a pesquisa empírica, é que as percepções de beneficiários e gestores revelam uma relação entre a saúde pública e suplementar marcada por uma cooperação pontual e uma competição periódica, sendo esta última considerada prejudicial à efetivação do direito à saúde.

A confirmação de ambas as hipóteses consegue mostrar que é preciso reforçar a relação e diminuir a competição entre os sistemas de saúde pública e suplementar. Interessante identificar que o reforço da relação tem como efeito natural a diminuição da competição e o contrário é igualmente verdadeiro. Contudo, frente ao estudo realizado, diante de situações históricas e estruturais que permeiam a dificuldade do relacionamento entre os sistemas, será importante um verdadeiro pacto político-institucional que assegure canais permanentes (legais e perenes) de diálogo, defina responsabilidades de forma clara e transparente e promova o uso eficiente e solidário dos recursos disponíveis, tudo sob o manto dos princípios do Direito Fraternal.

Considerando, desta forma, um viés acadêmico, este trabalho contribuiu para integrar o referencial do Direito Fraternal de Elígio Costa com a análise de percepções colhidas por meio de pesquisa de campo, oferecendo subsídios para compreender e enfrentar as tensões e potencialidades da relação entre a saúde pública e suplementar brasileira.

Já, sobre o ponto de vista prático, a pesquisa realizada fornece elementos que podem orientar a formulação de políticas públicas e estratégias de gestão capazes de transformar relações pontuais de colaboração, em atos estruturados de cooperação, fortalecendo a capacidade do sistema de saúde como um todo de assegurar o direito à saúde.

No entanto, é preciso reconhecer que a pesquisa apresenta limitações e não esgota integralmente o tema, podendo ser complementada com investigações futuras que abordem desde a análise de dados quantitativos sobre fluxos financeiros entre os sistemas, para avaliar a eficiência, bem como, por exemplo, os efetivos resultados de programas que estabeleceram ponto de cooperação, como o Mais Acesso à Especialidades.

Porém, é possível reafirmar que a efetivação plena do direito à saúde exige mais do que meramente ajustes normativos ou administrativos isolados. É preciso um compromisso político que incorpore a fraternidade como valor estruturante das relações institucionais, promovendo um sistema de saúde que seja expressão concreta da solidariedade, da justiça social e do compromisso coletivo com o bem-estar de todos e, nesse horizonte, o sistema dual, de saúde pública e privada deixa de ser uma dificuldade e se torna um verdadeiro instrumento de fortalecimento, capaz de potencializar recursos, ampliar o acesso e garantir que a saúde seja, de fato, um direito de todos e um dever compartilhado por toda a sociedade.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Sergio Henrique do; GONDINHO, Brunna Verna Castro. A saúde suplementar e sua atuação na complementação da atenção integral à saúde junto ao Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 15, n. spec, p. e006, 2023. DOI: 10.14295/jmphc.v15.1350. Disponível em: <https://jmpfhc.emnuvens.com.br/jmphc/article/view/1350>. Acesso em: 08 ago. 2025.

ANUNCIAÇÃO, Diana; PEREIRA, Lucélia Luiz; SILVA, Hilton P.; NUNES, Ana Paula Nogueira; SOARES, Jaqueline Oliveira. (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3861–3870, out. 2022.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e Publicações do Ressarcimento ao SUS** — Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus> Acesso em 28/07/2025.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10/05/2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm Acesso em 09/05/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 7.061**, de 6 de junho de 2025. Declara Situação de Urgência em Saúde Pública em âmbito nacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 107, p. 168, 9 jun. 2025. Disponível em: > Acesso em: 31 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 7.266**, de 18 de junho de 2025. Dispõe sobre o Programa Agora Tem Especialistas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 114-A, 18 jun. 2025. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-7.266-de-18-de-junho-de-2025-637187199> Acesso em: 31 jul. 2025.

BRITO-SILVA, Kelly; BEZERRA, Lídia Maria de Andrade; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 248-255, 2012. Disponível em <https://repositorio.usp.br/>

bitstream/handle/BDPI/39740/S1414- 32832012000100019.pdf?sequence=1> Acesso em 20/06/2025).

CÁCERES, Florival. **História Geral**. São Paulo, Moderna, 1988. 3ª Ed. rev. e ampl.

CADEMARTORI, Daniela; CADEMARTORI, Sergio. **A relação entre Estado de direito e democracia no pensamento de Bobbio e Ferrajoli**. Sequência: estudos jurídicos e políticos, v. 27, n. 53, p. 145-162, 2006.

CADEMARTORI, Sérgio; XAVIER, Marcelo Coral. Apontamentos iniciais acerca do garantismo. **Revista de Estudos Criminais**, Porto Alegre, n. 1, p. 19-25, 2001.

CAMPOS, Luiz Augusto; MACHADO, Carlos. A cor dos eleitos: determinantes da sub-representação política dos não brancos no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, p. 121-151, 2015.

CASTRO, Vanessa Soares de. SANTOS, Marcos Paulo dos. **A intervenção do poder judiciário diante da omissão estatal na garantia do direito à saúde: a judicialização da saúde**. (2021). Disponível em <<https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/21349/18249>> Acesso em: 20/09/2024

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Sumário executivo justiça pesquisa. Judicialização da saúde no brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. 2019. Disponível em <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>> Acesso em 15/05/2023.

COSTA, Francisca Fábriça Teodoro; CARVALHO, Alba Maria Pinho de. Uma análise dos sentidos da não-participação popular no estado brasileiro: dilemas históricos e perspectivas contemporâneas. **Revista de Políticas Públicas**, v. 24, n. 2, p. 737–753, 27 Dez 2020 Disponível em: <https://cajapio.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/13674>. Acesso em 14/05/2023

CUNHA, J. R. A. **As teorias do mínimo existencial e da reserva do possível como retrocessos à efetivação do direito à saúde no Brasil**, 2015. Disponível em: < <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/download/199/366>> Acesso em 02/08/2025.

DANTAS, Marianny Nayara Paiva, SILVA, Mercês de Fátima dos Santos e BARBOSA, Isabelle Ribeiro. Reflexões sobre a mortalidade da população negra por covid-19 e a desigualdade racial no Brasil. **Saúde e Sociedade**. v. 31, n. 3 e200667pt. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902022200667pt>> Acesso em 28/08/2024.

DE ASSUMPCAO, Everson Alexandre. A construção histórica dos direitos sociais. **Revista Internacional Consinter de Direito**, Vila Nova de Gaia, n. 15, p. 297-310, dez. 2022. Disponível em <http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-95222022000200297&lng=pt&nrm=iso>. Acesso

em: 10/10/2024. Epub 28-Fev-2023. <https://doi.org/10.19135/revista.consinter.00015.14>.

DE SOUZA, Renilson Rehem. **O sistema público de saúde brasileiro**. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <https://www.inesul.edu.br/site/documentos/sistema_publico_brasileiro.pdf> Acesso em: 11/10/2024

DEMIR, Ibrahim., AKTAN, Conskun Can. **Resistance to change in government: actors and factors that hinder reform in government. International journal of social sciences**. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/318658872_RESISTANCE_TO_CHANGE_IN_GOVERNMENT_ACTORS_AND_FACTORS_THAT_HINDER_REFORM_IN_GOVERNMENT> Acesso em 09/09/2024.

DROPA, Romualdo Flávio. **Direitos Fundamentais na Teoria dos Sistemas de Niklas Luhmann** [livro eletrônico]. 1ª ed. Ponta Grossa: 2022.

GIOVANELLA, Ligia. FLEURY, Sonia. Parte III - Serviços de saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso: Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. *In*: EIBENSCHUTZ, Catalina. **Política de saúde: o público e o privado**. Editora FIOCRUZ, 1996. p. 177-198. Disponível em <<https://books.scielo.org/id/q5srn>> Acesso em 10/09/2024.

GOES, Emanuelle Freitas; RAMOS, Dandara de Oliveira; FERREIRA, Andrea Jacqueline Fortes. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, p. e00278110, 2020.

GOMES, Fábio Guedes. Conflito social e welfare state: estado e desenvolvimento social no Brasil. **Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, mar./abr. 2006.

GONZALEZ, Everaldo T. Quilici. A Concretização dos Direitos Humanos: os direitos fundamentais no pensamento jurídico de Norberto Bobbio. *In*: **XIV Congresso Nacional do CONPEDI**. 2005.

GUEDES, Thiago Araújo. Saúde: conceituação e surgimento do direito à saúde e do estado social. **Revista do Curso de Direito da FSG**, n. 6, 11. 2009.

HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. **The cost of rights: why liberty depends on taxes**. New York: W. W. Norton & Company, 2019.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE; UMANE. **Setor privado e relações público-privadas da saúde no Brasil: em busca do seguro perdido**. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2024. Disponível em: <https://ieps.org.br/setor-privado-e-relacoes-publico-privadas-da-saude-no-brasil/>. Acesso em: 31 jul. 2025.

JORNAL DE BRASÍLIA. **Não há vontade política para integração da saúde pública e privada**, diz presidente da ANS. 23 jul. 2024. Disponível em: <<https://jornaldebrasil.com.br/noticias/politica-e-poder/nao-ha-vontade-politica->

para-integracao-da-saude-publica-e-privada-diz-presidente-da-ans/> Acesso em: 9 ago. 2025.

MACHADO, Clara; MARTINI, Sandra Regina. **Desjudicialização da saúde, diálogos interinstitucionais e participação social: em busca de alternativas para o sistema. Rei - Revista Estudos Institucionais**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 774–796, 2018. DOI: 10.21783/rei.v4i2.190. Disponível em <<https://estudosinstitucionais.emnuvens.com.br/REI/article/view/190>> Acesso em: 20/09/2024.

MARMELSTEIN, George. **Curso de direitos fundamentais** – 8. ed. – São Paulo: Atlas, 2019.

MARTINI, Sandra Regina. Construção do sistema social da saúde a partir da Teoria Sistêmica de Niklas Luhmann. **Revista de Direito Sanitário**, v. 16, n. 1, p. 112-127, 2015. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v16i1p112-127. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/100027>. Acesso em: 03 dez. 2023.

MARTINI, Sandra Regina; FINCO, Matteo. Teoria Geral dos Sistemas Sociais: aportes teórico-metodológicos para a análise do direito à saúde. In: **Direitos Humanos e Efetividade: Fundamentação e Processos Participativos**. 2018. Disponível em: < <https://iris.uniroma1.it/handle/11573/1577429>> Acesso em 05/12/2023.

MARTINI, Sandra Regina; STURZA, Janaína Machado. As dimensões da sociedade através da metateoria do Direito Fraternal: um espaço para a análise do direito à saúde. **Revista de Sociologia, Antropologia e Cultura Jurídica**, v. 2, n. 2, p. 990-1008, 2016.

MARTINI, Sandra Regina; STURZA, Janaína Machado. **Direitos Humanos: saúde e fraternidade**. Porto Alegre: Evangraf, 2019.

MATOSINHOS, Livia Aladim. **Economic Fluctuation and Public Health Financing in Brazil.2022**. Disponível em <<https://locus.ufv.br/items/95a6c254-0f2e-4919-9eb5-e303eb191827>> acesso em 25/09/2024.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 320 p. ISBN 978-85-7541-356-2.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **A constituição do mix privado/público na assistência à saúde**. In: **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 57-102. ISBN 978-85-7541-356-2. Disponível em <<http://books.scielo.org>> Acesso em 02/09/2024.

MORAES, Lúcia de Fátima Barbosa Magalhães; AGUIAR, Sylvana Maria Brandão de. Regulação da saúde suplementar no Brasil: do antigo ao novo patrimonialismo. **Revista Gestão Pública: Práticas e Desafios**, Recife, v. II, n. 4, p. 228-253, jun. 2011.

MUNIZ SILVA, Amanda; BRANCO, Marcos André de Sousa; LELIS, Henrique Rodrigues. O direito à saúde na constituição de 1988: desafios e perspectivas. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 11–24, 2025. DOI: 10.51891/rease.v11i2.18019. Disponível em: <<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/18019>> Acesso em 09/08/2025.

NIELSEN, Fernando Nardon; CONTINI, Alaerte Antonio Martelli. **The effectiveness of public health actions and services in Brazil: The indispensability of defining economic limits.**, 2023. Seven Editora eBooks. Disponível em: <<https://sevenpublicacoes.com.br/index.php/editora/article/download/1433/1569>>.

NORONHA, José Carvalho de; SANTOS, Isabela Soares; PEREIRA, Telma Ruth. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 152-179.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. SUS: o desafio de ser único. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 101-114.

OLIVERO, I. V. **Dualidades del Concepto de Salud. Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo**, v. 11, n. 22, p. 92-104, 5 jun. 2023. Disponível em: <<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/10853>> Acesso em 08/09/2024.

OPENAI. Chat GPT 5. **Inteligência Artificial**. Disponível em: <https://chat.openai.com>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID)**, 2024. Disponível em: <<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>> Acesso em 10/08/2025.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39643>> Acesso em 08/09/2024.

PAN, Juliana; DIAS, Murillo de Oliveira. Healthcare in Brazil: An Overview. **British Journal of Multidisciplinary and Advanced Studies**, v. 5, p. 69-89, 2024. Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/MurilloDias/publication/380324593_Healthcare_in_Brazil_An_Overview/links/66360af906ea3d0b74258af7/Healthcare-in-Brazil-An-Overview.pdf> Acesso em 30/07/2025.

PENA, Luciana da Silva. OLIVEIRA, José Luiz de. Efetividade dos direitos fundamentais: caminho para o exercício da democracia na perspectiva de Norberto Bobbio. **Revista Eletrônica do Grupo PET – Ciências Humanas**,

Estética da Universidade Federal de São João Del-Rei – ANO XI – Número X
– Janeiro a Dezembro de 2016 e Janeiro a Dezembro de 2017.

PEREIRA, Cicero Antonio; ALENCAR, Maria Cleusenir de Andrade; LEMOS JÚNIOR, Eloy Pereira. Direito fundamental à saúde vs. Reserva do possível: um confronto resultante da crise de legitimação do estado capitalista. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 11, n. 7, p. 388–398, 2025. DOI: 10.51891/rease.v11i7.20170. Disponível em: <<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/20170>> Acesso em: 31 jul. 2025.

PINTO, Márcia; SANTOS, Marisa; TRAJMAN, Anete. Limiar de custo-efetividade: uma necessidade para o Brasil? **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 58–60, 2016. DOI: 10.21115/JBES.v8.n1.p58-60. Disponível em: <https://www.jbes.com.br/index.php/jbes/article/view/330>. Acesso em: 31 jul. 2025.

RESTA, Eligio. **O direito fraterno** [recurso eletrônico] / Eligio Resta. – 2. ed. – Santa Cruz do Sul: Essere nel Mondo, 2020.

RIBEIRO, Diógenes V. Hassan. Judicialização e desjudicialização: entre a deficiência do legislativo e a insuficiência do judiciário. **Revista de informação legislativa** 50.199 (2013): 25-33.

ROCHA, Leonel Severo; KÖLLING, Gabrielle Jacobi; OLSSON, Gustavo Andre. **Interações entre o sistema da medicina e da saúde: observações a partir da Teoria dos Sistemas Sociais**. Sequência (Florianópolis), 2019.

SÁ JUNIOR, Luis Salvador de Miranda. **Desconstruindo a definição de saúde**. **Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)**, p. 15-16, 2004.

SCHWARTZ, Germano. **O tratamento jurídico do risco no direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001. p. 45.

SILVA, Maria Manuela; ALVES, Dora Resende. O estado social e os direitos sociais- um novo paradigma? Social state and social rights - a new paradigm?. **Cadernos de Dereito Actual**, [S. l.], n. 3, p. 351–361, 2015. Disponível em: <https://www.cadernosdedereitoactual.es/ojs/index.php/cadernos/article/view/57>. Acesso em: 25/09/2024.

SCISPACE. **Inteligência Artificial**. Disponível em: <https://scispace.com/>

STURZA, Janaína Machado; LEVES, Aline Michele Pedron; CAVALHEIRO, Andressa Simmi. A saúde como um sistema social: do risco da inefetividade à judicialização excessiva em matéria de medicamentos. **Revista Jurídica Cesumar-Mestrado**, v. 19, n. 2, p. 557-586, 2019.

TRAVASSOS, Claudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**, v. 2, p. 183-206, 2012.

YOSHIOKA, Karyna Yukie; BUENO, Filipe Braz da Silva. A desjudicialização das demandas na visão de complexidade de luhmann no uso das constelações familiares como ferramenta de mediação. **Revista de Ciências Jurídicas e**

Sociais da UNIPAR, [S. l.], v. 22, n. 2, 2020. DOI: 10.25110/rcjs.v22i2.2019.7867.
Disponível em
<<https://unipar.openjournalsolutions.com.br/index.php/juridica/article/view/7867>>
Acesso em 23/09/2024.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar como participante de pesquisa relativa ao estudo intitulado “**RELAÇÃO ENTRE SAÚDE PÚBLICA E SUPLEMENTAR NO BRASIL NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: Visão dos Beneficiários e Gestores da Saúde Suplementar**”, cujos pesquisadores responsáveis são: Daniel Rodrigues Faria, advogado e estudante do curso de Mestrado Interinstitucional da Universidade La Salle e Uniprocesso e Sandra Regina Martini, professora e orientadora da dissertação de mestrado do primeiro pesquisador. O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que visa assegurar seus direitos como participante de pesquisa.

Sua colaboração neste estudo será de muita importância, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo. Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo.

A pesquisa tem como objetivo descrever como os beneficiários e gestores da saúde suplementar percebem a relação entre a saúde pública e suplementar.

Sua participação consiste em responder um questionário, virtualmente, mediante preenchimento de formulário. A duração média de preenchimento é de 5 minutos.

A pesquisa em questão apresenta riscos mínimos para os participantes. Por ser conduzida de forma virtual, a coleta de dados dispensa a necessidade de interação presencial, o que reduz a riscos de constrangimentos ou situações desconfortáveis. Qualquer eventual desconforto será minimizado por meio da garantia de confidencialidade das informações e pelo caráter voluntário da participação, assegurando que os participantes tenham controle sobre seu envolvimento no estudo. De qualquer forma, caso ocorra qualquer desconforto na realização da pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador, que utilizar-se-á dos meios legais para solução e eventual imposição de responsabilidades.

A participação nesta pesquisa envolverá interações em ambiente virtual e, embora todas as medidas razoáveis de segurança sejam adotadas para proteger a confidencialidade dos dados e a privacidade dos participantes, é importante destacar que o ambiente digital possui riscos inerentes, como ataques cibernéticos, interceptação de dados por terceiros e outros incidentes imprevistos. Ainda que sejam adotados protocolos de armazenamento seguro dos dados, não é possível garantir com absoluta certeza a inviolabilidade das informações transmitidas, mas os pesquisadores comprometem-se a adotar todas as precauções possíveis para mitigar esses riscos.

O participante da pesquisa não terá um benefício direto, mas terá espaço para expressão de opiniões, refletir sobre o funcionamento dos sistemas de saúde público e suplementar, além de fomentar discussões e propostas voltadas à melhoria da eficiência e acessibilidade dos serviços de saúde, com potencial impacto positivo na qualidade dos serviços oferecidos no país.

Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis. Também deverá ser esclarecido quanto ao direito do participante de não responder qualquer uma das perguntas.

Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira como participante da pesquisa.

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. Os dados e instrumentos utilizados ficarão guardados sob a responsabilidade do pesquisador, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos. Os resultados deste trabalho, que serão finalizados até setembro de 2025, poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e podem ser solicitados pelo participante da pesquisa ao pesquisador responsável. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Este termo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade La Salle, cujo funcionamento ocorre nos seguintes horários: Segunda-feira: 13h às 17h / Terça-feira: 13h às 17h / Quarta-feira: 15h às 20h / Quinta-feira: 08h às 12h / Sexta-feira: 13h às 17h. O CEP está localizado na Av. Victor Barreto, 2288, Centro - Canoas RS, 92010-000, na sala 215-1 no 2º andar do prédio 1, ao lado do elevador 6. Contato: E-mail: cep.unilasalle@unilasalle.edu.br Telefone: 51 3476.8213

Quaisquer dúvidas, entre em contato com o(s) pesquisador(es) responsável(is):
Pesquisador: Daniel Rodrigues Faria, E-mail: daniel@afadvogados.com.br;
Telefone: (61) 98448-1184

Orientadora: Sandra Regina Martini, E-mail: sandra.martini@unilasalle.edu.br,
Tel: (51) 99948-2697

Uma via deste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e as respostas realizadas serão encaminhadas ao e-mail informado pelo participante da pesquisa. É importante o participante de pesquisa guardar uma cópia do documento eletrônico recebido.

O participante de pesquisa deve ter, no mínimo, 18 (dezoito) anos, e terá acesso às perguntas depois que tenha dado o seu consentimento. Assim, caso, concorde em participar, será considerado anuência quando responder ao questionário/formulário.

APÊNDICE B – Questionário de Pesquisa

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Nenhuma resposta é obrigatória. Dados serão mantidos em sigilo e trabalhados de forma anonimizada.

1. **Nome**

2. **E-mail***

*Necessário para recebimento do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e respostas.

3. **Gênero**

- a) Feminino
- b) Masculino
- c) Outro:

4. **Faixa Etária**

- a) 19 a 24 anos
- b) 25 a 34 anos
- c) 35 a 44 anos
- d) 45 a 54 anos
- e) 55 a 64 anos
- f) 65 ou mais

5. **Escolaridade? (marque seu maior grau de escolaridade)**

- a) Ensino Fundamental
- b) Ensino Médio
- c) Ensino Superior
- d) Especialização
- e) Mestrado
- f) Doutorado
- g) Pós-Doutorado

6. **Qual Região você reside?**

- a) Norte: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins
- b) Nordeste: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe
- c) Centro-Oeste: Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul
- d) Sudeste: Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo
- e) Sul: Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina

Considerando que:

- **Saúde Pública** é o conjunto de ações e serviços de saúde oferecidos gratuitamente pelo Estado para toda a população, principalmente por meio

do SUS (Sistema Único de Saúde), como atendimentos em postos de saúde, hospitais públicos e campanhas de vacinação; e

- **Saúde Suplementar** é o atendimento à saúde feito por meio de planos de saúde particulares, pagos pelo próprio usuário ou por empresas,

Responda:

7. Você se qualifica em qual(is) categoria(s) abaixo?

Possível marcar mais de uma opção.

- a) Beneficiário de Plano de Saúde
- b) Gestor de Operadora de Planos de Saúde
- c) Não sou Beneficiário de Plano de Saúde, nem tampouco Gestor de Operadora de Planos de Saúde
- d) Outro:

8. Como você percebe a relação entre a saúde pública e a saúde suplementar?

- a) Antagônica: Eu vejo que a saúde pública e saúde suplementar atualmente como competidores, tentando sempre transferir suas responsabilidades uma para outra, portanto, frequentemente em conflito por recursos e influência.
- b) Colaborativa Integral: Eu acredito que a saúde pública e saúde suplementar já trabalham juntas para melhorar o sistema de saúde brasileiro como um todo.
- c) Colaborativa Parcial: Eu acredito que a saúde pública e saúde suplementar trabalham juntas para melhorar o sistema de saúde brasileiro como um todo, mas ainda existem espaços para ampliar a colaboração.
- d) Neutra: Não vejo qualquer relação de antagonismo ou colaboração entre a saúde pública e saúde suplementar.
- e) Outro:

9. Sobre a saúde pública e saúde suplementar, marque as opções que você entende que são verdadeiras?

É possível marcar mais de uma resposta

- a) A saúde suplementar complementa a saúde pública, ao passo que o Estado não cumpre o dever de garantir saúde à população
- b) A saúde suplementar realmente é um suplemento (além do necessário), ao passo que o Estado já garante integralmente os serviços de saúde através do Sistema Único de Saúde - SUS.
- c) A saúde pública e a saúde suplementar atuam de forma individual, não tendo qualquer relacionamento entre elas.
- d) A saúde pública e a saúde suplementar atuam com uma relação integralmente coordenada para garantir a saúde à população brasileira.
- e) A saúde pública e a saúde suplementar atuam em poucos pontos coordenadas para garantir a saúde à população brasileira.
- f) Outro:

10. Você entende que a Saúde Pública e a Saúde Suplementar competem por recursos, influência e tentam transferir, reciprocamente, suas responsabilidades?

- a) Sim

- b) Não
- c) Parcialmente
- d) Outro:

11. Em sua opinião, uma competição entre Saúde Pública e Saúde Suplementar afeta a eficiência do sistema de saúde como um todo?

- a) Sim
- b) Não
- c) Parcialmente
- d) Entendo que não existe competição entre Saúde Pública e Saúde Suplementar

12. Você reconhece a necessidade de cooperação entre a saúde pública e saúde suplementar?

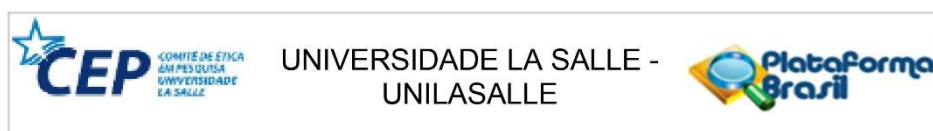
- a) Sim
- b) Não
- c) Parcialmente

13. Você entende que uma cooperação entre a saúde pública e saúde suplementar colabora para uma melhor assistência à saúde e interessa à sociedade (população)?

- a) Sim
- b) Não
- c) Parcialmente

14. Apresente, se desejar, sua opinião sobre a Saúde Pública e a Saúde Suplementar realizarem maior cooperação entre si para melhor disponibilização do direito à saúde à população.

APÊNDICE C – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa – Universidade La Salle - Unilasalle



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENTRE SAÚDE PÚBLICA E SUPLEMENTAR NO BRASIL NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: Visão dos Beneficiários e dos Gestores da Saúde Suplementar

Pesquisador: DANIEL RODRIGUES FARIA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87032925.8.0000.5307

Instituição Proponente: SOCIEDADE PORVIR CIENTIFICO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.556.212

Apresentação do Projeto:

Objeto/escopo do projeto: Dissertação de mestrado (Minter)

Tema/ Problema/ Questão norteadora: A presente pesquisa tem como objetivo analisar a relação entre a saúde pública e a saúde suplementar no Brasil, sob a perspectiva dos beneficiários e gestores da saúde suplementar, a fim de compreender como essa interação contribui ou dificulta a efetivação do direito à saúde. Quais são as percepções de beneficiários e de gestores da saúde suplementar sobre a relação entre os sistemas de saúde pública e saúde suplementar no Brasil para a efetivação do direito à saúde?

Hipótese: Hipótese 1. Os sistemas de saúde pública e saúde suplementar no Brasil estabelecem uma relação de cooperação para a efetivação do direito à saúde. Hipótese 2. Os sistemas de saúde pública e saúde suplementar no Brasil estabelecem uma relação de competição por recursos e influência na efetivação do direito à saúde. Essas hipóteses servirão como guias para a coleta de dados, análise e interpretação dos resultados. Durante o desenvolvimento do projeto, será importante testá-las empiricamente, buscando compreender a complexa relação entre saúde pública e saúde suplementar

Cronograma da pesquisa: 1º semestre de 2025

Locais de realização: Unimed

Crítérios de Inclusão: Pessoas com idade igual ou superior a 18(dezoito anos); Beneficiário de

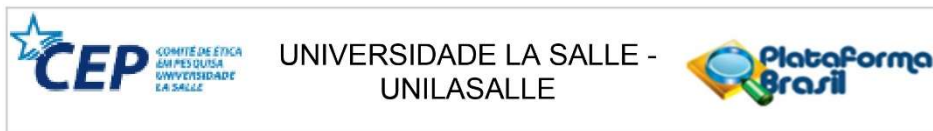
Endereço: Avenida Victor Barreto, 2288, Prédio 01 - 2º andar - Sala 215

Bairro: Centro **CEP:** 92.010-000

UF: RS **Município:** CANOAS

Telefone: (51)3476-8213

E-mail: cep.unilasalle@unilasalle.edu.br



Continuação do Parecer: 7.556.212

planos de saúde; Gestor da saúde suplementar.

Crítérios de Exclusão: As demais pessoas que não se enquadram no critério de inclusão.

População de estudo: A população do estudo é composta por beneficiários de planos de saúde e gestores da saúde suplementar, com idade igual ou superior a 18 anos, vinculados a operadoras localizadas prioritariamente nos estados de Goiás e Tocantins. A escolha por essa população se justifica por múltiplos fatores:

¿ Em primeiro lugar, o pesquisador atua profissionalmente como advogado na área da saúde suplementar nessa região, o que possibilita maior conhecimento prático sobre a dinâmica local, favorecendo o acesso, a compreensão do contexto e o engajamento dos participantes.

¿ Em segundo lugar, essa delimitação geográfica inicial permite a condução de uma análise empírica viável e qualitativa, condizente com os objetivos da pesquisa e com os recursos disponíveis no escopo do mestrado.

¿ Por fim, a escolha não compromete a possibilidade de expansão futura do estudo para outras regiões do Brasil, caso se revele pertinente, viável e relevante, o que reforça seu potencial contributivo para o debate nacional sobre a relação entre os sistemas público e suplementar de saúde.

Amostragem: não se aplica

Metodologia da pesquisa: Será realizada uma pesquisa qualitativa, com entrevistas estruturadas com gestores e beneficiários de planos de saúde. A pesquisa será realizada por meio de coleta de dados mediante preenchimento de formulário online gratuito (google forms). Para pesquisa será utilizado formulários de pesquisa online para as entrevistas estruturadas. Apesar da possibilidade da realização de uma pesquisa sem vinculação à instituições específicas, já se tem autorização da utilização dos dados dos gestores vinculados à Unimed Federação Centro Brasileira, que congrega as cooperativas médicas Unimed dos estados de Goiás, Tocantins e do Distrito Federal. Já se tem igualmente autorização para utilização dos dados dos beneficiários vinculados à Operadora Unimed Araguaína -

Cooperativa de Trabalho Médico.

Procedimentos empregados para coleta de dados: Entrevistas

Análise de dados: A análise dos dados coletados na pesquisa será conduzida com base em abordagem qualitativa, utilizando técnicas de interpretação e categorização das respostas dos participantes. A metodologia será estruturada nas seguintes etapas: Organização dos Dados Coletados, anonimizando-os;

Endereço: Avenida Victor Barreto, 2288, Prédio 01 - 2º andar - Sala 215

Bairro: Centro

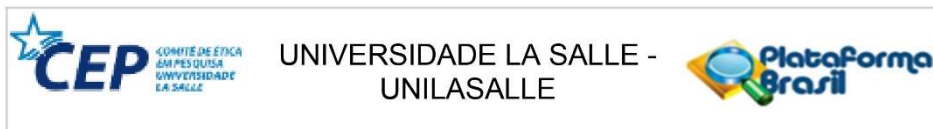
CEP: 92.010-000

UF: RS

Município: CANOAS

Telefone: (51)3476-8213

E-mail: cep.unilasalle@unilasalle.edu.br



Continuação do Parecer: 7.556.212

Análise de Conteúdo em temas recorrentes e discursos predominantes e divergências; Cruzamento de Dados, com aplicação do Direito Fraternal, de Eligio Resta, para analisar se há indícios de cooperação ou conflito entre os sistemas de saúde; Interpretação à Luz das Hipóteses da Pesquisa, para verificar se há tendência de maior cooperação ou conflito entre os setores público e suplementar; Apresentação dos Resultados, com descrição em

gráficos, tabelas e categorias descritivas, sempre garantindo a fidelidade das respostas e respeitando o anonimato dos participantes.

Os participantes serão selecionados com base em dados fornecidos pelas instituições participantes, de acordo com os critérios de inclusão previamente estabelecidos:

- ¿ Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- ¿ Ser beneficiário de plano de saúde ou gestor de operadora da saúde suplementar;

A seleção se dará por meio de convite após a obtenção das informações básicas de contato, respeitando todas as exigências éticas, inclusive as relacionadas à proteção de dados pessoais (nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados ¿ LGPD). A coleta será feita por entrevistas estruturadas, conduzidas virtualmente (formulários online), mediante consentimento livre e esclarecido dos participantes. A justificativa para esse método de seleção está na necessidade de viabilidade prática, segurança dos dados e respeito aos princípios éticos, além de garantir a coerência com a abordagem qualitativa proposta. A escolha dos participantes por conveniência, dentro do público-alvo delimitado, é compatível com os objetivos exploratórios do estudo e com a metodologia adotada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a relação entre a saúde pública e a saúde suplementar no Brasil, compreendendo como beneficiários e gestores da saúde suplementar percebem essa relação e identificando possibilidades de cooperação que promovam a efetivação mais eficiente do direito à saúde.

Objetivo Secundário:

Investigar a dinâmica da efetivação do direito à saúde entre os sistemas de saúde pública e saúde suplementar no Brasil, identificando pontos de conflito e colaboração. Coletar e analisar empiricamente as percepções de beneficiários e gestores da saúde suplementar sobre a relação entre os dois sistemas de saúde.

Endereço: Avenida Victor Barreto, 2288, Prédio 01 - 2º andar - Sala 215

Bairro: Centro

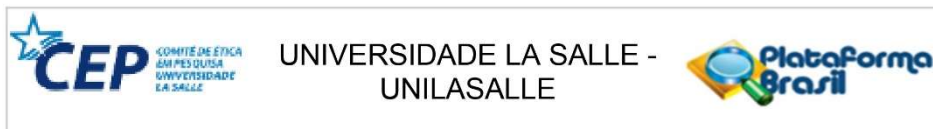
CEP: 92.010-000

UF: RS

Município: CANOAS

Telefone: (51)3476-8213

E-mail: cep.unilasalle@unilasalle.edu.br



Continuação do Parecer: 7.556.212

Identificar os desafios e oportunidades existentes para uma cooperação mais efetiva entre a saúde pública e a saúde suplementar, com base nas perspectivas coletadas. Propor recomendações e estratégias que promovam uma integração mais fraterna e colaborativa entre os sistemas de saúde, visando à melhoria da eficiência e garantia do direito à saúde conforme preconizado pela Constituição Brasileira (Brasil, 1988).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa em questão apresenta riscos mínimos para os participantes. Por ser conduzida de forma virtual, a coleta de dados dispensa a necessidade de interação presencial, o que reduz a riscos de constrangimentos ou situações desconfortáveis. Qualquer eventual desconforto será minimizado por meio da garantia de confidencialidade das informações e pelo caráter voluntário da participação, assegurando que os participantes tenham controle sobre seu envolvimento no estudo. De qualquer forma, caso ocorra qualquer desconforto na realização da pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador, que utilizar-se-á dos meios legais para solução e eventual imposição de responsabilidades.

A participação nesta pesquisa envolverá interações em ambiente virtual e, embora todas as medidas razoáveis de segurança sejam adotadas para proteger a confidencialidade dos dados e a privacidade dos participantes, é importante destacar que o ambiente digital possui riscos inerentes, como ataques cibernéticos, interceptação de dados por terceiros e outros incidentes imprevistos. Ainda que sejam adotados protocolos de armazenamento seguro dos dados, não é possível garantir com absoluta certeza a inviolabilidade das informações

transmitidas, mas os pesquisadores comprometem-se a adotar todas as precauções possíveis para mitigar esses riscos.

Benefícios:

O participante da pesquisa não terá um benefício direto, mas terá espaço para expressão de opiniões, refletir sobre o funcionamento dos sistemas de saúde público e suplementar, além de fomentar discussões e propostas voltadas à melhoria da eficiência e acessibilidade dos serviços de saúde, com potencial impacto positivo na qualidade dos serviços oferecidos no país.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto trata de temática interessante e relevante, que é a relação entre saúde pública e suplementar no Brasil, e busca, por meio de questionários, coletar dados de beneficiários e gestores da saúde

Endereço: Avenida Victor Barreto, 2288, Prédio 01 - 2º andar - Sala 215

Bairro: Centro

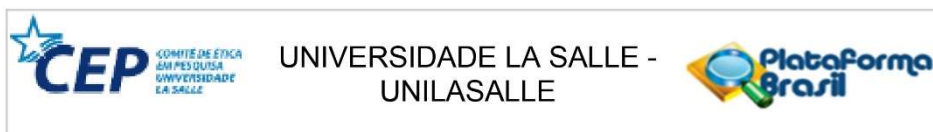
CEP: 92.010-000

UF: RS

Município: CANOAS

Telefone: (51)3476-8213

E-mail: cep.unilasalle@unilasalle.edu.br



Continuação do Parecer: 7.556.212

suplementar

acerca de sua percepção sobre a efetivação do direito à saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE está adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para pesquisas realizadas de forma presencial é necessário a apresentação do Termo de compromisso livre e esclarecido (TCLE) ao Comitê de ética em Pesquisa para que seja aplicado o carimbo de aprovação.

Até 180 dias após do término da pesquisa, com intuito de esclarecer se a mesma foi desenvolvida em conformidade com os aspectos éticos propostos, o pesquisador deve anexar na PB o relatório final. O modelo do relatório encontra-se no site da Universidade La Salle, na página do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2505338.pdf	30/04/2025 17:19:08		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Daniel_Faria.pdf	30/04/2025 17:17:01	DANIEL RODRIGUES FARIA	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_DE_PESQUISA_Daniel_Rodrigues_Faria_4.docx	30/04/2025 17:15:54	DANIEL RODRIGUES FARIA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinado_Daniel_assinado_Prof_Miranda.pdf	30/04/2025 17:04:07	DANIEL RODRIGUES FARIA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_Instituicao_Coparticipante_UNIMED_FEDERACAO_CENTRO_BRASILEIRA.pdf	04/04/2025 16:34:29	DANIEL RODRIGUES FARIA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_Instituicao_Coparticipante_UNIMED_ARAGUAINA.pdf	04/04/2025 16:33:04	DANIEL RODRIGUES FARIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_3.docx	04/04/2025 16:31:36	DANIEL RODRIGUES FARIA	Aceito
Outros	Unimed_Araguaina_Representacao.	10/03/2025	DANIEL	Aceito

Endereço: Avenida Victor Barreto, 2288, Prédio 01 - 2º andar - Sala 215

Bairro: Centro

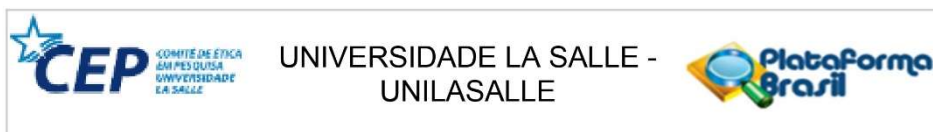
CEP: 92.010-000

UF: RS

Município: CANOAS

Telefone: (51)3476-8213

E-mail: cep.unilasalle@unilasalle.edu.br



Continuação do Parecer: 7.556.212

Outros	pdf	17:19:04	RODRIGUES FARIA	Aceito
Outros	Federacao_Centro_Brasileira_Represen tacao.pdf	10/03/2025 17:18:27	DANIEL RODRIGUES FARIA	Aceito
Outros	Formulario_de_protocolo_de_pesquisa_ Daniel_Rodrigues_Faria_assinado_Dani el_e_Profa_Sandra.pdf	10/03/2025 16:06:02	DANIEL RODRIGUES FARIA	Aceito
Outros	Formulario_de_encaminhamento_de_pr ojecto_de_pesquisa_assinado_Daniel_Pr ofa_Sandra_Prof_Miranda_Dr_Danubio_ Dr_Renato.pdf	10/03/2025 16:04:06	DANIEL RODRIGUES FARIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Daniel_Rodrigues_Faria_2025_ 02.docx	10/03/2025 15:29:05	DANIEL RODRIGUES FARIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CANOAS, 08 de Maio de 2025

Assinado por:
Márcia Welfer
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Victor Barreto, 2288, Prédio 01 - 2º andar - Sala 215

Bairro: Centro

CEP: 92.010-000

UF: RS

Município: CANOAS

Telefone: (51)3476-8213

E-mail: cep.unilasalle@unilasalle.edu.br