



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

RAFAEL CERVA MELO

**Análise de incremento decenal sobre estabelecimentos assistenciais e ocupações profissionais
em relação ao Sistema Único de Saúde**

PORTO ALEGRE, 2021

RAFAEL CERVA MELO

**Análise de incremento decenal sobre estabelecimentos assistenciais e ocupações profissionais
em relação ao Sistema Único de Saúde**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Gestão e Avaliação

Orientador: Dr. Alcides Silva de Miranda

PORTO ALEGRE, 2021

CIP - Catalogação na Publicação

Melo, Rafael Cerva
Análise de incremento decenal sobre
estabelecimentos assistenciais e ocupações
profissionais em relação ao Sistema Único de Saúde /
Rafael Cerva Melo. -- 2021.
43 f.
Orientador: Alcides Silva de Miranda.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2021.

1. Saúde Coletiva. 2. Política de Saúde. 3. Setor
Privado da Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5.
Público-Privado na Saúde. I. Miranda, Alcides Silva
de, orient. II. Título.

Análise de incremento decenal sobre estabelecimentos assistenciais e ocupações profissionais em relação ao Sistema Único de Saúde

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Gestão e Avaliação

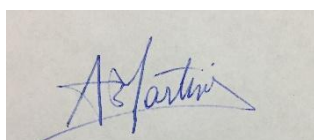
Orientador: Dr. Alcides Silva de Miranda

Aprovado em: 03/08/2021

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr Alcides Silva de Miranda - UFRGS (Orientador)




Profa. Dra Aline Blaya Martins - UFRGS



Prof. Dr Roger dos Santos Rosa - UFRGS



Prof. Dr Áquilas Nogueira Mendes - USP

 ***Dedico este trabalho àqueles que são a força motriz da Revolução. Aos trabalhadores e trabalhadoras de todo o mundo!***

AGRADECIMENTOS

Foi uma grande caminhada e eu não poderia deixar de agradecer aos que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta caminhada. Primeiramente, à minha companheira, Mariane Santos, e minha amada filha, Maria Luiza, por compreenderem meus vários momentos de ausência, não só na realização deste trabalho, mas também, nas diversas lutas políticas que venho me envolvendo desde o início da minha vida adulta. É o amor que levo por vocês no peito que dá potência ao ímpeto de construir um mundo novo!

Ao professor Alcides Miranda, grande mestre, o qual sempre admirei pelo trabalho acadêmico e pela postura ética e política. Foi, sem dúvida, uma enorme oportunidade de aprendizado. Às palavras e conselhos. Aos debates conjunturais, sempre certos. Ao grande amigo de sempre.

À minha mãe, a professora Denise Cerva, exemplo da minha vida, por me mostrar o valor do trabalho. No fim das contas, saber que minha mãe sorri com as minhas vitórias vale todos os esforços empreendidos.

À minha sogra, Maura, pela acolhida em tempos intempestivos e por todo o apoio e carinho.

Ao meu irmão, Miguel Melo, por, de uma forma ou outra, sempre acreditar nos meus sonhos, por mais inalcançáveis que pareçam.

Aos meus queridos camaradas do Partidão, por apoiarem minhas ausências em tarefas políticas em uma conjuntura tão adversa. Por me fazerem crescer intelectual e politicamente a cada dia.

Ao meu amigo e pai e Bàbá, Hendrix, e para todos irmãos do Ilé Àse Òrisá Wúre, por entrarem em minha vida em um momento tão agitado, trazendo-me uma nova família, um novo amparo.

Aos colegas e professores do PPG Saúde Coletiva UFRGS, pelos enormes aprendizados compartilhados.

Aos professores desta banca, por críticas pertinentes e por acreditarem na minha pesquisa.

Ao Grupo Hospitalar Conceição e ao Sistema Único de Saúde, por proporcionarem meu sustento, possibilitando meu trabalho como pesquisador.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela excelência em ensino público.

Meu mais profundo agradecimento a todos vocês!

RESUMO

A partir da problemática da relação público-privada no setor saúde brasileiro, nesta publicação, descreve-se um estudo descritivo e tendencial acerca do incremento proporcional de tipos de estabelecimentos e equipamentos de saúde no Brasil, em segmentos dos setores público e privado, no decorrer do período de 2010 a 2019. A principal tendência identificada foi o incremento proporcional do setor privado, com destaque aos serviços de média e alta complexidade. Destaca-se, também, decréscimo tendencial nos serviços de atenção básica, em específico, dos serviços estatais. A marcante tendência de expansão do setor privado em atividades de saúde de alta complexidade e do setor público, marcadamente por Organizações Sociais privadas, sem fins lucrativos, apresenta uma importante tendência de setorização do sistema de saúde brasileiro, voltado aos interesses de mercado. A desregulamentação, aliada à limitação de acesso e cobertura, em função das limitações econômicas ligadas à relação de consumo, é possível consequência desse cenário.

Palavra-chave: Sistemas de Saúde; Serviços de Saúde; Setor Privado; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

Based on the problem of the public-private relationship in the Brazilian health sector, this publication describes a descriptive and trend study on the proportional increase in types of health establishments and equipment in Brazil, in segments of the public and private sectors during the period 2010-2019. The main trend identified was the proportional increase in the private sector, especially in medium- and high-complexity services. The trend is also downward in primary care services, specifically state services. The marked tendency toward expansion of the private sector in highly complex health activities and of the public sector, markedly by private non-profit Social Organizations, presents an important trend toward sectorialization of the Brazilian health system, geared toward market interests. Deregulation allied to limited access and coverage, due to economic limitations linked to the consumption relationship, are possible consequences of this scenario.

Keywords: Health Systems; Health Services; Private Sector; Unified Health System

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 CONTEXTUALIZAÇÃO FENOMÊNICA	17
3 MATERIAIS E MÉTODOS	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
5 RESULTADOS - ARTIGO CIENTÍFICO (APÊNDICE)	26

1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco político e social, entre os mais importantes da história do Brasil (PAIM, 2013). Estabelecido na constituição federal de 1988, o seu arcabouço jurídico-normativo e sistêmico resulta de amplos debates e disputas em torno do projeto sanitário que se configurava em uma conjuntura política de fim da ditadura empresarial-militar e início da ascensão de um ciclo demarcadamente neoliberal (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Na realidade, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) não foi fenômeno isolado no contexto internacional, mas, como aponta clássico estudo de Celia Almeida (1996), no decorrer das décadas de 1970-80, esteve influenciada por um cenário de crise dos Estados capitalistas e tensionamentos por um receituário de “Estado mínimo”, o que perpassou, fortemente, a subsequente organização política do SUS.

Na literatura brasileira, é possível encontrar vasto material com análises dos projetos sanitários em disputa no histórico das políticas de saúde do Brasil, que culminaram na criação de um dos maiores sistemas universais de saúde do mundo (CAMPOS, 2018). O processo da RSB resulta da disputa entre o projeto do Movimento Sanitário Brasileiro, com suas várias disputas internas, e o projeto capitalista, que emergia no Brasil da época, que advogava na contramão da saúde em um projeto ampliado e vista como um direito universal (TEIXEIRA, 2009).

Conforme destacado por Miranda (2017), a disputa por mais direitos sociais no Brasil, no processo constituinte de 1988, foi acomodada em uma dinâmica e forma muito típica de manutenção dos estatutos e condomínios de poder pela classe dominante. Ao longo da constituição e da consolidação das políticas de saúde no Estado brasileiro, arranjos de coalizões decorrentes de transições conservadoras (o que Gramsci definiu como: “revolução passiva” “revolução-restauração”, “restauração-progressiva”, “reformismo pelo alto”, “revolução sem revolução”), conformando condomínios entre os blocos históricos de poder, determinaram a tutela dos movimentos políticos às elites político-econômicas brasileiras.

Sob a égide constitucional e a partir do processo de organização do SUS, de acordo com as categorizações do Direito Administrativo, conformaram-se, inicialmente, três segmentos ou subsetores de serviços de saúde (MIRANDA, 2017b):

- aqueles serviços próprios do SUS providos, gestados e executados por estabelecimentos estatais da Administração Direta e Indireta, sob a égide do Direito Público e Privado;
- aqueles serviços privados definidos como complementares, providos financeiramente, contratados ou conveniados pelo SUS, gerenciados e executados por estabelecimentos privados com e sem fins lucrativos;
- aqueles serviços privados definidos como suplementares, sem nenhuma relação formal com o SUS, providos financeiramente por diversas modalidades (desembolso direto, pagamento de planos etc.), gerenciados e executados por estabelecimentos privados com e sem fins lucrativos.

É importante destacar que um mesmo estabelecimento privado, com e sem fins lucrativos, pode dispor e executar, concomitantemente, serviços de saúde complementares ao SUS e suplementares, o que, na prática, tem gerado uma série de divergências quanto ao papel dos serviços privados no SUS.

Com o passar dos anos, também, foram institucionalizadas modalidades de serviços agenciados pelo Estado (MIRANDA 2017b) para associações privadas sem fins lucrativos e habilitadas com o estatuto de interesse público. São exemplos delas: Organizações Sociais em estados e municípios, Organizações da Sociedade Civil e congêneres.

Mesmo com o tensionamento normativo do texto constitucional sobre a prioridade para a gestão pública em relação à complementaridade do setor privado na prestação de serviços públicos, o SUS surgiu com grande dependência do setor privado. Na expansão do SUS ao longo dos anos, intensificou-se a atuação do setor privado na prestação de serviços, em uma relação de interdependência, principalmente, no que se refere aos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial especializada. Trata-se de uma relação histórica de dependência que o SUS “herdou” e tratou de aprofundar (VICTORA, et al. 2011).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem apresentando, desde sua criação, dificuldades de mediação nas relações entre os prestadores de serviço e os consumidores. Há diversos desafios para a regulação do setor suplementar no Brasil, em especial, quanto à transparência na atuação da ANS (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008). O setor suplementar da saúde, por sua vez, apresentou uma curva ascendente de incremento de usuários e aumento das taxas de lucro (ANS, 2019).

Apesar das evidências, que destacam as vantagens de sistemas públicos universais (CAMPOS, 2018), atualmente, a maior parte dos países prioriza sistemas privados ou mistos (“quase-mercado”) de saúde.

Segundo os dados da *Internacional Labor Organization* (2017), 56% da população mundial ainda não tem o acesso aos serviços de saúde como um direito garantido, enquanto apenas 5,6% vive em países onde a cobertura de sistemas de saúde é oferecida para todos os habitantes. Mais da metade da população mundial vive sem a cobertura de qualquer benefício de proteção social.

Concomitantemente ao cenário da falta de acesso a sistemas universais de saúde, a concentração de renda e a desigualdade social vêm aumentando de forma gradativa. Atualmente, 10% da população mundial detém metade da riqueza produzida no mundo, enquanto 3,4 bilhões de pessoas (quase metade da população mundial) vivem com menos de 5,50 dólares por dia (INTERNACIONAL LABOR ORGANIZATION, 2019).

No cenário econômico, diferentemente da “livre concorrência” ensejada por autores tradicionais do chamado “liberalismo” econômico, o que se observa é a dominação de grandes oligopólios empresariais, a centralização do capital internacional e a formação de grandes conglomerados econômicos (VIANA; SILVA, 2018).

Conforme aponta estudo de Andrade et al. (2012), também predomina, mundialmente, uma tendência de concentração do mercado de operadoras de planos e seguros de saúde, cenário repetido no Brasil. Entre 2003 e 2013, o número de operadoras médico-hospitalares com beneficiários caiu de 1.345 para 929, no Brasil (ANDRADE; et al., 2015), hoje, existem 729. Ao mesmo tempo, as receitas de operadoras privadas vêm subindo significativamente, dos 74 bilhões de reais em 2010, chegou-se à marca de 197 bilhões em 2018, com uma taxa de cobertura populacional que vem se mantendo na casa dos 24% nos últimos dez anos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019).

O setor privado de saúde, como um dos mercados mais lucrativos do mundo, vem aumentando suas receitas a cada ano que passa. Entretanto, existem evidências de que a predominância da produção de saúde no setor privado não garante menores gastos, tampouco, mais cobertura. Conforme antecipado, no Brasil, historicamente, a produção de serviços de saúde esteve ligada à participação massiva do setor privado. Nos últimos 30 anos, entretanto,

observou-se grande expansão de acesso aos serviços públicos de saúde, em principal, no nível de Atenção Básica (CAMPOS, 2018).

Atualmente, mais da metade dos leitos hospitalares do SUS são privados, conveniados complementarmente. Os serviços de diagnóstico por imagem e hemodiálise chegam a ter uma predominância de mais de 80% do setor privado. Mesmo assim, o SUS (por oferta direta ou compra de serviços privados) é responsável por 67% das internações hospitalares. A partir do ano de 2013, as internações hospitalares em serviços estatais passaram a ser proporcionalmente predominantes em relação aos serviços complementares ao SUS (VIACAVA, ET AL.; 2018). É necessário frisar que, apesar da demarcada presença do setor privado na assistência à saúde no Brasil, o vínculo empregatício público predomina entre os profissionais do setor (VIACAVA, ET AL.; 2018).

Também, convém destacar que, em boa parte, a expansão histórica do setor privado é resultado das próprias políticas de incentivo financeiro para o desenvolvimento do setor saúde no Brasil, a partir da iniciativa privada (GERSCHMAN, 2004). Essa forma de expansão privada, dependente de recursos públicos, com destaque ao crédito público para a consolidação de grandes hospitais privados durante a ditadura empresarial-militar, deu a tônica para a oferta e a distribuição de serviços, de equipamentos e de profissionais de saúde pelo Brasil. A expansão da saúde, ao longo dos anos, privilegiou os interesses privados e não as necessidade epidemiológicas e sociais, repercutindo em um panorama presente de grandes desigualdades sociais (VIACAVA; ET AL., 2018).

Após a criação do SUS, o Brasil entra na década de 1990, de cabeça e corpo, em uma conjuntura de crise do fiscal do chamado “capitalismo produtivo”, com a ascensão inicial do processo de sua “financeirização” da economia e terceirização para o “setor público-não estatal” ou, também denominado, internacionalmente, como de “quase-mercado” (ALMEIDA, 2017).

No governo Fernando Henrique Cardoso (PSDB), observou-se a consolidação institucional desse tipo de iniciativa, estabelecendo-se os Contratos de Gestão entre Estado e organizações sem fins lucrativos, como as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), que, mesmo cercadas de contradições quanto ao cumprimento de metas de atendimento estabelecidas, de qualidade dos serviços prestados e, até mesmo, quanto ao seu caráter público, consolidam-se como alternativa à demanda de expansão dos serviços de saúde no Brasil. Em 2004, durante o primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva (PT), é instituída a lei nacional das parcerias

público-privadas (PPP), Lei 11.079, que garante diversas prerrogativas legais para a participação do setor privado na atividade pública (ALMEIDA, 2017).

Essas formas de agenciamentos e investimentos expandiram-se fortemente a partir dos anos 2000, na mesma medida em que se retraíram serviços de saúde em estabelecimentos estatais, principalmente, leitos hospitalares. Mesmo com a priorização constitucional para o conveniamento com entidades sem fins lucrativos (CF: Art. 199º), a experiência brasileira coloca, em cheque, o caráter filantrópico dessas relações, na medida em que se identifica uma forte tendência para a desregulamentação e o aumento de custos aos cofres públicos. Um exemplo disso dá-se na elevada fatia de recursos paga como salário a dirigentes dessas instituições e na possibilidade de aplicação dos excedentes monetários na dinâmica da financeirização dos capitais (MORAIS; et. al., 2018).

A consolidação dessas formas de agenciamentos e investimentos tem sido apontada por autores como Bahia (2005), Almeida (2017) e Morais *et al.* (2018) com um fenômeno de certa dinâmica neoliberal privatizadora no mundo e, em especial, no Brasil, relacionada à intencionalidade de dirigentes estatais para o privilégio de mercados em detrimento de serviços públicos, manifestando-se pela propulsão, no setor saúde, de formas de financiamento “privatista”, com avanço de operadoras privadas e, mais recentemente, pela expansão das “terceirizações” no setor.

Questões econômicas, como a falta de financiamento público, ou mesmo, a manifestação das crises capitalistas, como estudaram Mendes e Carnut (2018), assim como questões políticas, que vão desde a decisão por isenções fiscais aos movimentos de privilegiamento do setor privado, consubstanciam tal cenário.

Assim, reitera-se a importância de dimensionar, analisar e discutir o fenômeno que envolve a relação do setor privado com a prestação de serviços no SUS, em especial, na relação de complementaridade.

Considerado o contexto referido sumariamente, propõe-se um levantamento de dados e informações correspondentes ao fenômeno em foco para o estudo, com análises sobre os termos e as características do incremento do setor privado, seus segmentos de serviços complementares e suplementares, com ênfase nas relações de complementaridade com o SUS.

A proposição do estudo surge das inquietações de seu proponente diante da conjuntura política recente no Brasil. Com o aprofundamento da crise do capitalismo (MENDES; CARNUT, 2018), com a ascensão de políticas austeras como forma de superação da crise fiscal e com a agenda privatizadora de serviços públicos e de retração dos direitos sociais, o tema da participação do setor privado na prestação de serviços de saúde ganha ainda mais importância.

Para além do discurso simplista que aponta a “incompetência” do Estado e a qualidade da iniciativa privada, é preciso identificar, com profundidade, o fenômeno da relação público-privada no SUS. Apesar de haver vasta literatura com essa temática, parece ser importante atualizar os estudos sobre esse tema diante de uma conjuntura de retração de serviços públicos, ao menos, em um projeto de governo.

Além disso, embora existam muitas publicações sobre esse contexto e essa temática sob a forma de ensaios críticos, ainda é escassa a literatura amparada em estudos empíricos que possam não somente descrever os fenômenos correlatos, mas, sobretudo, subsidiar a formulação de hipóteses plausíveis para estudos mais aprofundados e abrangentes. Autores como Miranda (2017b) e Viavaca, et al. (2017) fizeram estudos empíricos com a temática, observando um incremento do setor privado na produção de serviços hospitalares, ambulatoriais e de atenção básica, no SUS.

Projeta-se, com esta pesquisa, uma análise descritiva e tendencial acerca da participação do setor privado de forma complementar SUS na última década, para que, adiante, seja possível discutir alternativas para a defesa de um sistema universal, público e de qualidade. Esta é uma pesquisa que visa atualizar o dimensionamento e as tendências acerca das formas de atuação do setor privado na saúde, com especial atenção ao subsetor complementar.

Os resultados da pesquisa poderão contribuir para o debate não só acadêmico, mas, também, das lutas sociais de setores comprometidos com a construção de um sistema de saúde cada vez melhor para os brasileiros.

1.2 OBJETIVOS

a) Geral:

Analisar o incremento tendencial de estabelecimentos e serviços de saúde no decorrer de uma década no Brasil.

b) Específicos:

Dimensionar e analisar as taxas de crescimento ou de retração do setor privado em serviços complementares ao SUS, em função de níveis de complexidade assistencial e modalidades de serviços;

Dimensionar e analisar as taxas de crescimento ou de retração do setor privado em serviços complementares ao SUS, em função de suas modalidades jurídicas e administrativas;

Dimensionar e comparar as taxas de crescimento ou de retração do setor privado em serviços complementares ao SUS, em função de sua distribuição nos estados brasileiros;

Analisar, tendencialmente, os termos de complementaridade do setor privado com o SUS nas perspectivas de gestão de estabelecimentos e prestação de serviços complementares;

Debater elementos políticos e econômicos imbricados no cenário de relação do setor privado com o SUS;

Formular hipóteses plausíveis acerca das tendências e dos cenários futuros, a partir dos objetivos anteriores.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO FENOMÊNICA

O debate acerca da participação do setor privado no SUS remete a uma análise histórica sobre os modelos de organização da saúde no Brasil. O SUS, na realidade, herdou uma forma tradicional de organização do sistema de saúde, com forte incremento do setor privado e dependência financeira do setor público, o que ainda está muito presente em sua organização (VIACAVA; et. al., 2018).

Entretanto, não cabe, neste projeto, um resgate histórico acerca dos modos de organização e disputas de poder em torno do projeto sanitário. Mesmo assim, convém realçar alguns elementos contextuais para melhor compreender as dinâmicas que envolvem a participação do setor privado de forma complementar ao SUS.

A criação do SUS foi um marco legal na defesa da saúde pública, assumindo a perspectiva de um sistema público e universal, orientado pelo Estado, como forma de garantia do direito de acesso à saúde, como aponta Jairnilson Paim:

A Constituição Federal de 1988 incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência. Assimilando proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013, p. 1928).

Logo, na agenda da política de saúde brasileira, entra o desafio para a construção do maior sistema público de saúde do mundo. A construção do SUS, no entanto, tem seguimento em meio a um cenário de contrarreformas liberais, típicas das duas primeiras décadas de existência do SUS (MIRANDA, 2017). Cenário que foi determinante para o incremento do setor privado na saúde.

Após a criação do SUS, em vez de se observar um avanço do setor público, como orientava a constituição de 1988, denotou-se a ascensão de projetos neoliberais com maior espaço para o setor privado.

Mesmo com a chegada dos chamados governos de “esquerda”, a partir de 2003, ações profundas em defesa de um sistema público, de fato, foram “transfiguradas pelos gestores do Capital”, como avalia Paim (2013).

Nesse sentido, torna-se importante compreender as formas e as dinâmicas relacionais que implicam a participação do setor privado, inclusive, muitas vezes, assumindo o “papel” que deveria ser do Estado na prestação de serviços de saúde.

A constituição de 1988 estabelece, em seu texto, a caracterização de como deverá estruturar-se a prestação de serviços de saúde no Brasil. Ao mesmo tempo em que promulga a criação de um sistema de saúde público e universal, abre a possibilidade da participação da iniciativa privada de forma complementar ou suplementar. A iniciativa privada teria papel complementar às ações de saúde em que o Estado não conseguisse prover, ou não tivesse capacidade técnica. Preferencialmente, exerceriam as atividades complementares do SUS, as instituições privadas sem fins lucrativos, como as instituições filantrópicas. O SUS tem, em sua origem, demarcado caráter estatal e universalista (CAMPOS, 2018).

As relações entre o setor público e privado na configuração de sistemas de saúde, no entanto, não são práticas e harmoniosas. Ao analisar essa relação no SUS, Celuppi *et al* (2019) evidenciaram impasses quanto à participação do setor privado. Para as autoras:

(...) “A relação público-privada no sistema de saúde brasileiro é caracterizada pela disputa de poderes entre as esferas política, social e econômica. O SUS, desde a sua criação, foi prejudicado na expansão de serviços, na definição de fontes de recursos e na concessão de subsídios financeiros da União, resultando em um cenário de subfinanciamento crônico da saúde pública, que impera como um dos maiores impasses para a gestão e efetivação do direito universal à saúde como direito de cidadania. Essa situação é propícia para a priorização, expansão e fortalecimento do mercado privado de saúde, impactando profundamente no SUS. Nesse sentido, sugere-se o aumento dos investimentos da União e dos estados, definição de novas fontes de recursos, a exemplo da destinação de recursos do pré-sal para a saúde e educação” (CELUPPI, et al., 2019, 313).

No lugar de uma relação e cooperação do setor privado com a saúde pública, estabeleceu-se, no Brasil, uma relação de concorrência, política e financeira. O SUS herda uma rede de serviços bastante dependente do setor privado, a qual diversos governos trataram de aprofundar (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

Mais que uma concorrência ou dependência, a relação do setor privado, de forma complementar, parece impor ônus ao setor público em muitas situações. Os estudos sobre uso de serviços, vínculos profissionais e contratualizações no SUS vêm apresentando uma tendência de privilégio ao setor privado. De forma ampla, os serviços complementares são beneficiados com atividades mais lucrativas e menos custosas, enquanto os serviços públicos ficam com as atividades mais caras. Exemplos claros desse contexto são as clínicas de hemodiálise dominadas

por serviços de direito privado e o setor oncológico, liderado, fortemente, pelos serviços públicos do SUS (VIACAVA, et. al.; 2018). Na prática, é quase como se em vez de o Estado regular o setor privado para atuar de forma complementar, o setor privado escolha as atividades que deseja executar no SUS, ficando as atividades menos lucrativas ao setor público (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

Ao longo do processo de organização do sistema de saúde no Brasil, a participação do setor privado foi alternando-se em forma e proporção, mas sempre com papel central na organização da rede de serviços.

Desde a secular “caridade” das instituições filantrópicas até a participação de hospitais privados sob a tutela de governo federal, a partir de financiamentos de baixo custo, as políticas sanitárias do Brasil, ao longo dos anos, incentivaram a atuação do setor privado na assistência de saúde da população em geral (GERSCHMAN, 2004).

Após a criação do SUS, na década de 1990, o aprofundamento da crise política do Capitalismo entra na agenda política do Brasil. Nesse cenário, avançam alternativas ao papel do Estado na prestação de serviços de interesse público, demarcadamente, saúde e educação. Organizações internacionais, como a WHO, atuaram fortemente, nesse período, no incentivo da criação de alternativas não estatais de promoção de serviços de saúde, advogando pela insuficiência de Estados latino-americanos (ALMEIDA, 2017).

No mesmo contexto, o pioneirismo da saúde na descentralização da gestão dos serviços públicos, a municipalização da responsabilidade sobre os resultados de políticas públicas centrais acirrou o debate sobre formas de gestão alternativas ao modelo estatal tradicional. Nesse bojo, incluíam-se as inúmeras responsabilidades legais assumidas pelos entes federativos, a citar as questões de responsabilidade, que foram e são, até hoje, limitantes da expansão e manutenção de serviços públicos frente às necessidades sociais (COSTA; MARQUES; BORGES, 2010).

Ganha espaço, na agenda política nacional, o tema da reforma administrativa do Estado, pautando a modernização da gestão pública. Diante dos pressupostos pétreos da constituição de 1988 e da prioridade de entidades sem fins lucrativos na execução complementar das atividades estatais, ganha especial importância a alternativa das organizações não estatais, mas sem fins lucrativos, chamada de “terceiro setor” ou “quase-mercado” (ALMEIDA, 2017; SILVA, 2014).

Nesse cenário, são criadas, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (PSDB), as Leis 8.666 e 8.987, além da Lei 9.637, estabelecendo os Contratos de Gestão entre Estado e organizações sem fins lucrativos, como as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), que, mesmo cercadas de contradições quanto ao cumprimento de metas de atendimento estabelecidas, de qualidade dos serviços prestados e, até mesmo, quanto ao seu caráter público, consolidam-se como alternativa à demanda de expansão dos serviços de saúde em diversos níveis no Brasil (ALMEIDA, 2017). A partir dos anos 2000, é possível observar uma expansão importante do quase-mercado na saúde tanto na atenção hospitalar como na gestão de serviços de atenção básica (MORAIS; et. al., 2018). Na saúde, em especial, as OS ganham um espaço maior, hoje, com experiências bem consolidadas, passíveis de análise sobre sua eficiência e dos seus desafios (COSTA; MARQUES; BORGES, 2010).

Mesmo com a transição política, sob a asserção do Partido dos Trabalhadores ao governo federal, o quase-mercado mantém sua expansão. Aliadas a isso, ganham espaço as iniciativas das empresas públicas e da ampliação das parcerias diretas com o setor privado. Em 2004, durante o primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva (PT), é instituída a lei nacional das parcerias público-privadas (PPP), Lei 11.079, que garante diversas prerrogativas legais para a participação do setor privado na atividade pública (ALMEIDA, 2017). Já no governo Dilma Rousseff (PT), é criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a partir da Lei 12.550, como grande aposta para a recuperação de hospitais públicos, sobretudo, os universitários. A EBSERH é uma empresa pública de direito privado que, mesmo criada por governo distinto dos que advogavam pela reforma administrativa do Estado, trouxe valores gerenciais e organizativos do setor privado para as atividades estatais (GOMES, 2016).

Também em 2015, é sancionada a Lei 13.097 que, entre outras medidas, modifica a constituição federal e a lei orgânica da saúde, permitindo a entrada de Capital estrangeiro na saúde, sem restrições. Defendida como necessária pelo governo à época, em um cenário de crise fiscal, a medida, como avaliou Filippin (2015), potencializa a estruturação do setor privado na disputa pelo mercado da saúde, além da capitulação de recursos públicos da saúde.

Como se pode analisar a partir da literatura, o setor complementar é múltiplo, com diversas formas de participação de organizações não estatais. Verifica-se a iminência de um cenário misto, onde o setor não estatal foi se adaptando conforme as janelas políticas e as possibilidades

econômicas. As diversas formas de organização jurídico-administrativas parecem ter se alocado em vários âmbitos do SUS.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

É um estudo observacional e descritivo, de abordagem, predominantemente, quantitativa, a partir de unidades de análise individuadas em casos múltiplos, com enfoques transversais, em série histórica retrospectiva e com análise comparativa e tendencial, acerca do incremento e da distribuição proporcional de determinados estabelecimentos, equipamentos e ocupações profissionais de saúde.

Como unidades de análise, os estabelecimentos de saúde do Brasil possuem classificações e características típicas registradas em cadastros nacionais, como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – (CNES) e o cadastro do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para prestadores de serviços. Algumas dessas características estão destacadas no Quadro 1 e serviram de parâmetros para as análises realizadas no estudo.

Quadro 1: Disposição de algumas características típicas acerca de estabelecimentos e serviços de saúde, no Brasil, registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Estabelecimentos e serviços ofertados	Características
Êgides jurídicas dos estabelecimentos	Direito Público Direito Privado
Naturezas jurídicas dos estabelecimentos	Estatal Pessoas jurídicas privadas com fins lucrativos Pessoas físicas privadas com fins lucrativos Pessoas jurídicas privadas sem fins lucrativos Organizações internacionais ou extraterritoriais
Âmbitos federativos de gestão (inter)governamental dos estabelecimentos	Municipal Estadual Federal Consoiciada NSA (Não se aplica)
Modalidades de gestão institucional dos estabelecimentos	Estatal de Administração Direta Estatal de Administração Indireta ¹ Agenciada pelo Estado ² Privada
Níveis assistenciais dos serviços	Básicos (Atenção Básica/Primária) Especializados (Média e Alta Complexidade)
Tipos de serviços prestados	Ambulatoriais Pré-hospitalares de Urgência e Emergência Hospitalares Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Outros
Relação dos serviços ofertados com o SUS	Próprios Complementares (contratados ou conueniados) Suplementares (Não SUS)

¹ Autarquias convencionais e em regime especial (fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, etc.)

² Agenciamento para associações privadas habilitadas como de "interesse público" (Org. Sociais, Org. da Sociedade Civil, etc.)

Assim, informações e dados subsidiários ao estudo foram obtidos a partir de fontes secundárias de domínio público, como o já referido CNES, e, também, relatórios de inquéritos domiciliares por amostragem realizados pelo IBGE.

Para classificar os dados para a análise, utilizou-se macrocategorias para expor os dados da pesquisa:

- a) SUS próprio: serviços de Administração estatal Direta, Administração estatal Indireta de Direito Público;
- b) SUS agenciado: Associações privadas com estatuto de “interesse público” (Organizações Sociais e congêneres);
- c) SUS complementar: entidades sem fins lucrativos conveniadas e empresas com fins lucrativos contratadas;
- d) SUS suplementar: entidades sem fins lucrativos e empresas com fins lucrativos sem vínculos com o SUS.

A partir da definição da disponibilidade de dados e informações sobre estabelecimentos, equipamentos e ocupações profissionais de saúde, deverão ser especificados alguns indicadores correlatos para as posteriores análises comparativas e tendenciais.

Ainda em função da disponibilidade de dados e informações do CNES, o período delimitado para a análise transversal e seriação retrospectiva é de uma década (2010 a 2019), considerados os registros cadastrados nos meses de julho de cada ano do referido período.

O material obtido foi processado com o auxílio dos programas *Tabwin* (versão 4.1.4), Excel e Epi-Info (versão 7.2.3.1).

A análise tendencial foi subsidiada pelo cálculo incremental a partir dos referidos indicadores (proporções e taxas de ofertas populacionais para estabelecimentos, equipamentos e ocupações profissionais) e de suas disposições tendenciais retrospectivas. Foram considerados os seguintes termos comparativos: a espacialidade dos estados brasileiros e as características típicas destacadas no Quadro 1.

Em se tratando da obtenção de dados e informações provenientes de fontes secundárias de domínio público, não houve a necessidade de procedimentos e de trâmites normativos de natureza ética para a realização do estudo. Os resultados desta pesquisa foram apresentados em um capítulo crítico-reflexivo e em dois artigos científicos, onde se apresentou dados qualitativos e análise científica. Com essa forma de apresentação, buscou-se otimizar a apresentação e divulgação dos dados de pesquisa. As normas das revistas escolhidas para os artigos estão em anexo, no trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Indicadores do setor*. 2019. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 24 out. 2019.

ALMEIDA, C. Parceiras público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, sup. 2, p. 1-16, 2017.

ALMEIDA FILHO, N de.; BARRETO, M. L. *Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos e aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ANDRADE, M. V.; GAMA, M. M.; RUIZ, R.; MAIA, A. C.; MODENESI, B.; TIBURCIO, D. Mercados e concentração no setor suplementar de planos e seguros saúde no Brasil. *Pesquisa e Planejamento Econômico*, v. 42, p. 239-270, 2012.

ANDRADE, M. V.; MAIA, A. C.; RIBEIRO, M. M.; LIMA, H. W.; CARVALHO, L. R. de. *Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ANS, 2015.

ALMEIDA, C. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde e Sociedade*, v. 5, n. 1, p. 3-53, 1996.

BAHIA, L. Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005.

CAMPOS, G. W. SUS: o que fazer? *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018.

CELUPPI, I. C.; GEREMIA, D. S.; FERREIRA, J.; PEREIRA, A. M. M.; SOUZA, J. B de. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 121, p. 302-13, 2019.

COSTA, L. S.; MARQUES, P.; BORGES, T. R. A prestação pelo setor público não estatal dos serviços de saúde pública: análise de hipóteses e potencialidades. *Revista do Serviço Público*, v. 61, n. 3, p. 249-267, 2010.

FILIPPON, J. A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 107, p. 1127-37, 2015.

GERSCHMAN, S. A. *A democracia inclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GOMES, R. M. dos S. A criação da Empresa Brasileiros de Serviços Hospitalares (EBESERH): um estudo de caso. *Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário*, v. 5, supl. 1, p.26-38, 2016.

INTERNATIONAL LABOR ORGANIZATION. *World Social Protection Report 2017-2019: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals*. Geneva: ILO, 2017.

INTERNATIONAL LABOR ORGANIZATION. *The global labour income share and distribution*. Geneva: ILO; 2019.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MIRANDA, A. S. A reforma sanitária encurralada? Apontamentos contextuais. *Saúde e Debate*, v. 41, n. 1, p. 385-400, 2017.

MIRANDA, A. S. Institucionalidades jurídicas e administrativas de estabelecimentos de saúde nas regiões do Brasil. *Novos Caminhos*, n.16. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2017 b.

MENDES, A.; CARNUT, L. Decifra-me ou te devoro! Estado, capital e a urgência do debate crítico na Saúde Coletiva. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n.3, p. 1465-1471, 2018.

MORAES, H. M. M de.; ALBUQUERQUE, M do. S. V de.; OLIVEIRA, R. S de.; CAZURU, A. K. I.; SILVA, N. A. F da. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 1, p. 1-18, 2018.

PAIM, J. S. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M.; O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1431-40, 2008.

SILVA, V. C. e. Terceiro setor e parcerias na saúde: as Organizações Sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde da Família. 2014. 148 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016.

TEIXIERA, S. M. F. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). *Revista de Administração de Empresas*, v. 49, n. 4, p. 472-480, 2009.

VIANA, A. L.; SILVA, H. P. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, V. 23, n. 7, p. 2107-2117, 2018.

VIAVACA, F.; OLIVEIRA, R. A. D de.; CARVALHO, C de. C.; LAGUARDIA, J.; BELLIDO, J. G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n.6, p. 1751-1762, 2018.

VICTORA, C. G.; BARRETO, M. L.; LEAL, M do. C.; MONTEIRO, C. A.; SCHMIDT, M. I.; PAIM, J.; BASTOS, F. I.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; TRAVASSOS, C.; REICHENHEIM, M.; BARROS, F. C. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet*, v. 377, p. 2042-53, 2011.

5. APÊNDICE COM RESULTADOS - ARTIGO CIENTÍFICO

Incremento decenal de estabelecimentos assistenciais e suas vinculações com o Sistema Único de Saúde

Rafael Cerva Melo^{#*}, Alcides Silva de Miranda[§]

[#]Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil,

[§]Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

*Autor correspondente: Maris e Barros, 301, Alvorada, Rio Grande do Sul, Brasil. Código Postal: 94820-410. E-mail: rafael.cerva@ufrgs.br

RESUMO

A partir da problemática da relação público-privada no setor saúde brasileiro, nessa publicação, descreve-se um estudo descritivo e tendencial acerca do incremento proporcional de tipos de estabelecimentos e equipamentos de saúde no Brasil, em segmentos dos setores público e privado e no decorrer do período de 2010 a 2019. A principal tendência identificada foi o incremento proporcional do setor privado, com destaque aos serviços de média e alta complexidade. Destaca-se também, decréscimo tendencial nos serviços de atenção básica, em específico os serviços estatais. A marcante tendência de expansão do setor privado em atividades de saúde de alta complexidade e do setor público, marcadamente por Organizações Sociais privadas, sem fins lucrativos, apresenta uma importante tendência de setorialização do sistema de saúde brasileiro, voltado aos interesses de mercado. A desregulamentação aliada à limitação de acesso e cobertura, em função das limitações econômicas ligadas à relação de consumo, são possíveis consequências desse cenário.

PALAVRAS -CHAVE Sistemas de Saúde; Serviços de Saúde; Setor Privado; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

Based on the problem of the public-private relationship in the Brazilian health sector, this publication describes a descriptive and trend study on the proportional increase in types of health establishments and equipment in Brazil, in segments of the public and private sectors during the period 2010-2019. The main trend identified was the proportional increase in the private sector, especially in medium- and high-complexity services. The trend is also downward in primary care services, specifically state services. The marked tendency toward expansion of the private sector in highly complex health activities and of the public sector, markedly by private non-profit Social Organizations, presents an important trend toward sectorialization of the Brazilian health system, geared toward market interests. Deregulation allied to limited access and coverage, due to economic limitations linked to the consumption relationship, are possible consequences of this scenario.

KEYWORDS Health Systems; Health Services; Private Sector; Unified Health System

Introdução

Nos últimos anos e em todo o mundo, têm sido escassos os estudos tendenciais acerca da estruturação e da distribuição de distintos estabelecimentos e equipamentos de saúde nos setores público e privado, considerando os seus diversos segmentos e tipos específicos. Tais estudos são importantes para consubstanciar o dimensionamento comparativo e prospectivo das ofertas de procedimentos e de serviços, além de contribuírem para as análises sobre acessibilidade, de acordo com diversas variáveis: geopolíticas, socioeconômicas, epidemiológicas, etc.

No plano internacional, predominaram as publicações sobre estudos tendenciais de alocação de recursos financeiros de custeio em função de agenciamentos entre os setores público e privado^{1, 2, 3, 4, 5}

No Brasil, tem sido ainda mais raras as publicações sobre esse tipo de estudo⁴, predominando as análises transversais, com dimensionamentos descritivos específicos sobre as ofertas hospitalares^{5, 6, 7} e de profissionais de saúde^{8, 9, 10}.

Na maior parte dos estudos brasileiros com dimensionamentos comparativos sobre estabelecimentos, equipamentos e profissionais de saúde, os dados secundários foram obtidos a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), única fonte com a disponibilização regular e seriada. Acerca do CNES, em 2018, Rocha et. al. compararam a confiabilidade de um grupo de dados registrados em uma amostra estratificada de 2.777 hospitais, constatando que estes encontravam-se atualizados em 89% dos estatutos de funcionamento, em 44%, da oferta quantitativa de leitos e em 82% dos quantitativos de outros equipamentos⁹. Outro estudo recente também avaliou a confiabilidade dos dados hospitalares registrados no mesmo cadastro, com a conclusão de que eram consistentes e confiáveis^{9, 10}. Todavia, não foram identificados estudos com a avaliação da consistência e confiabilidade dos registros de outros tipos de estabelecimentos ambulatoriais do CNES.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido internacionalmente como um dos maiores do mundo no que se refere à sua intencionalidade de universalização da assistência em saúde e à prerrogativa de financiamento público. Apesar de existirem amparos legais que garantem a existência de um sistema público, universal e estatal no Brasil, muitos autores vêm tratando o sistema de saúde brasileiro como um sistema misto¹¹, dada a forte presença do setor privado na prestação de serviços de saúde, nas mais diversas modalidades jurídicas e administrativas.

A partir da constituição federal de 1988, o Sistema Único de Saúde - SUS foi estabelecido em um conjunto de diretrizes organizativas, entre elas, as que tratavam da participação do setor privado na saúde brasileira. A saúde é livre à iniciativa privada, podendo participar de forma complementar no SUS, onde serviços privados são contratados, pelo Estado, para prestar assistência à saúde, e as entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos possuem a preferência legalmente. Ainda, poderá participar, de forma suplementar, na medida que os cidadãos podem contratar serviços privados de saúde, através de desembolso direto ou pela contratação de planos ou seguros de saúde individuais ou empresariais, com financiamento compartilhado entre empregadores e empregados. Cabe destacar que os valores gastos por pessoas físicas com tratamentos de saúde, seja de forma direta ou através de planos e seguros individuais de saúde,

podem ser ressarcidos pelo Estado, através de deduções no imposto de renda, com regramentos específicos, mas sem teto de limite, o que corresponde a 46,8 % dos gastos tributários com saúde, beneficiando a população brasileira com acesso à saúde suplementar¹².

A participação do setor privado na saúde brasileira, entretanto, parece estar cumprindo um papel muito maior do que a complementaridade ou a suplementação. Um conjunto de políticas fiscais, incentivos governamentais e arranjos jurídicos vêm abrindo espaço, cada vez maior, por uma saúde pública produzida pelo setor privado. Cita-se o exemplo da Emenda Constitucional 95, aprovada no ano de 2016, que instituiu limite de gastos públicos em diversas áreas sociais, como a saúde¹³.

Mais da metade dos leitos hospitalares do SUS são privados, contratados complementarmente. Os serviços de diagnóstico por imagem e hemodiálise chegam a ter uma predominância de mais de 80% do setor privado. Mesmo assim, o Estado (por oferta direta ou compra de serviços privados) é responsável por 67% das internações hospitalares e, também, detém a predominância dos vínculos empregatícios entre os trabalhadores da saúde¹⁴.

Ganha ainda mais importância a análise sobre a relação do setor privado na produção de saúde, em especial, na produção estatal de saúde – saúde complementar – quando se olha para o debate acerca da crise do capitalismo, dos Estados capitalistas e da consequente ascensão de políticas austeras. Fala-se da crise do capital produtivo e do fortalecimento do capitalismo especulativo, rentista, que vem determinando políticas fiscais no mundo inteiro. A relação do setor privado com o Estado é muito mais que mera colaboração, ou mesmo, prestação de serviços “eficientes”. Ao contrário, pode visualizar-se a construção de arranjos políticos-administrativos, legais, que favoreceriam o setor privado e o direcionamento de recursos públicos para esse setor¹⁵.

No Brasil, as políticas de incentivo à participação do setor privado na saúde pública, nos últimos 10 anos, vêm avançando na variação de formas administrativas, através de organizações sociais, que mantêm o caráter privado das ações, ou ainda, através de operações de quase-mercado, o que, para muitos gestores públicos, acaba não sendo interpretado como uma forma de privatização de serviços.

O aumento da participação do setor privado em sistemas universais de saúde vem se demonstrando como uma tendência global. Por isso, acredita-se que é essencial analisar as formas de participação do setor privado na saúde. No Brasil, esse fenômeno é extremamente complexo e atravessado por um conjunto grande de variáveis. Compreender, minuciosamente, esse fenômeno passa a ser importantíssimo para analisar os horizontes de transformação e os caminhos que

devem seguir os sistemas nacionais de saúde nas conjunturas atuais da sociedade capitalista. Neste estudo, objetiva-se analisar a tendência proporcional de incremento de estabelecimentos e serviços de saúde complementares ao SUS, a partir de categorias descritas.

Material e métodos

É um estudo individuado, transversal, com série histórica retrospectiva de dados provenientes de fonte secundária, de caráter descritivo e propósito comparativo, a partir de análise proporcional e tendencial.

Como unidades de análise, constam os estabelecimentos e equipamentos (leitos hospitalares) assistenciais de saúde cadastrados no CNES, considerados os registros realizados nos meses de julho, período de 2010 a 2019. Esse período foi estabelecido por haver inconsistências grandes encontradas nos registros anteriores a 2010.

Pelo CNES, foi estabelecida uma classificação para tipos de estabelecimentos de saúde que destaca os níveis assistenciais a que correspondem os procedimentos cadastrados: ambulatórios de assistência básica, de média e alta complexidade; hospitais de média e alta complexidade. Os estabelecimentos que estão classificados como ambulatórios de Assistência Básica não correspondem, necessariamente, ao chamado nível de Atenção Primária ou Básica do SUS, constituindo, também, outros tipos de serviços ambulatoriais. Além disso, nos estabelecimentos hospitalares, também ocorrem procedimentos e serviços ambulatoriais.

Especificamente para a classificação de naturezas jurídicas e modalidades administrativas de estabelecimentos assistenciais de saúde, até 2016, o CNES adotava uma categorização própria e com 13 tipos, sendo que, a partir de 2016, passou a adotar a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com cinco tipos e 83 subtipos. Até 2015, no CNES, constavam registros para estabelecimentos classificados sob o tipo de “Organizações Sociais”, no entanto, mesmo constando essa mesma tipificação no IBGE, a partir de então, tais registros específicos deixaram de ser efetuados.

Como definição categorial para a análise comparativa entre estabelecimentos, foram considerados quatro segmentos em função da sua vinculação assistencial com o SUS:

- Estabelecimentos próprios do SUS (SUS próprio), da Administração Direta e Indireta, de Direito Público e Privado;
- Estabelecimentos agenciados pelo SUS (SUS agenciado), como associações privadas sem fins lucrativos de Direito Privado, do tipo Organizações Sociais e congêneres (com registros somente de 2010 até 2015);

- Estabelecimentos complementares contratados ou conveniados pelo SUS (Privado complementar), de natureza privada, com e sem fins lucrativos;
- Estabelecimentos suplementares sem vínculos assistenciais com o SUS (Privado suplementar), de natureza privada, com e sem fins lucrativos

Convém destacar que os estabelecimentos complementares ao SUS também podem disponibilizar equipamentos e serviços exclusivamente suplementares.

Os registros disponibilizados no CNES sobre as ocupações profissionais de nível superior em saúde estão desagregados em relação aos tipos assistenciais e às naturezas administrativas dos estabelecimentos. A partir da base de dados disponível, é possível estabelecer, pelo menos, duas categorias relacionais compatíveis com o escopo deste estudo: com atendimento no SUS e sem atendimento no SUS.

Os dados obtidos foram processados com o auxílio dos programas *Tabwin Excel* e *JASP*.

Para consubstanciar a análise tendencial da série histórica, foram calculadas taxas médias de incremento anual para cada segmento e tipo assistencial, assim como as variações cumulativas proporcionais entre o início e o final do referido período.

Por se tratar da obtenção de dados a partir de fonte secundária de domínio público, não houve a necessidade da submissão do projeto de estudo para o crivo de Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

No período de 2010 a 2019, houve uma taxa média de incremento anual de 4,2% no total de estabelecimentos assistenciais de saúde cadastrados no Brasil, com um incremento proporcional de 45,1% no referido intervalo. Os ambulatórios de Média Complexidade (MC) obtiveram maior incremento proporcional em relação aos outros tipos de serviços (5,7%), enquanto os ambulatórios de Assistência Básica (AB) e os hospitais de MC obtiveram os maiores decréscimos na mesma relação (respectivamente -4,6% e -0,7%).

Intrinsecamente, a taxa média de incremento anual foi de 2,8% para ambulatórios de AB; de 5,4% para ambulatórios de MC; de 2,8% para ambulatórios de Alta complexidade (AC); de 0,7% para hospitais de MC; de 3,6% para hospitais de AC; e de 0,8% para a quantidade total de leitos hospitalares. Os incrementos intrínsecos proporcionais ao longo do período foram respectivamente de 28,3% para ambulatórios de AB; de 60,4% para ambulatórios MC; de 28,4% para ambulatórios de AC; de 6,2% para hospitais de MC; de 38,0% para hospitais de AC; e de 7,5% para o total de leitos hospitalares.

Se projetadas as referidas taxas incrementais para o próximo decênio (2020-2029), os ambulatorios de AB diminuiriam, proporcionalmente, quase 5%, constituindo cerca de 1/3 do total de estabelecimentos. O maior incremento ocorreria entre os ambulatorios de MC, aumentando quase 5% e constituindo quase 2/3 do total de estabelecimentos.

No quadro 1, estão descritas as taxas anuais de incrementos proporcionais intrínsecos, de acordo com os segmentos e os tipos de serviços. No quadro 2, estão descritas as variações das composições proporcionais entre os referidos segmentos.

Tabela 1 - Taxas médias anuais (Tx%) e variação cumulativa (Vc%) de incrementos proporcionais intrínsecos para tipos assistenciais e segmentos de estabelecimentos de saúde e leitos hospitalares em relação ao Sistema Único de Saúde. Período 2010-2019.

Tipos assistenciais e segmentos de estabelecimentos em relação ao SUS	SUS Próprio		SUS Agenciado*		Privado Complementar		Privado Suplementar	
	Tx%	Vc%	Tx%	Vc%	Tx%	Vc%	Tx%	Vc%
Ambulatórios de Assistência Básica	2,6	25,2	7,9	44,2	-2,6	-22,0	3,5	36,6
Ambulatórios de Média Complexidade	4,3	45,1	28,7	241,4	1,2	11,1	6,2	71,0
Ambulatórios de Alta Complexidade	4,0	41,7	23,8	181,8	0,4	3,7	4,1	43,7
Hospitais de Média Complexidade	1,7	16,5	26,8	222,2	-2,4	-19,5	3,6	36,7
Hospitais de Alta Complexidade	4,8	52,5	27,3	200,0	1,5	13,8	6,1	69,6
Leitos hospitalares de Média e Alta Complexidade	2,0	19,4	26,5	203,2	-0,7	-6,6	2,8	28,4

*Dados do período 2010-215.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES

Tabela 2 – Variações nas composições proporcionais entre tipos assistenciais e segmentos de estabelecimentos de saúde e leitos hospitalares em relação ao Sistema Único de Saúde Período de 2010 a 2019.

Categoria	SUS Próprio	SUS Agenciado*	Privado Complementar	Privado Suplementar
Ambulatórios de Assistência Básica	-1,2	0,0	-1,9	3,1
Ambulatórios de Média Complexidade	-2,0	0,0	-2,6	4,7
Ambulatórios de Alta Complexidade	3,2	0,2	-7,0	4,0
Hospitais de Média Complexidade	3,6	0,5	-9,8	6,4
Hospitais de Alta Complexidade	2,6	0,8	-8,3	6,2
Leitos hospitalares de Média e Alta Complexidade	3,7	0,9	-6,5	3,2

*Dados do período 2010-215.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES

No que concerne, especificamente, aos ambulatorios de AB, as maiores taxas médias anuais de incremento ocorreram entre os estabelecimentos cooperativados, complementares ao SUS e suplementares (respectivamente 22,8% e 9,7%); tendo o maior incremento cumulativo ocorrido em cooperativas suplementares (aproximadamente 120%). Os estabelecimentos de AB da Administração Estatal Direta obtiveram a menor taxa anual de incremento (2,6%), desconsiderados os estabelecimentos com taxas de decréscimo (Administração Estatal Indireta e Privado sem fins

lucrativos complementar ao SUS). Observou-se que, entre 2015 e 2019, as taxas anuais de incremento para ambulatórios de AB da Administração Estatal Direta foram menores do que nos cinco anos anteriores.

Particularmente, sobre os ambulatórios de MC, as maiores taxas anuais de incremento ocorreram entre estabelecimentos agenciados pelo SUS (28,7%) e cooperativas suplementares (15,3%); também, ambos com o maior incremento cumulativo. Os ambulatórios de MC da Administração Estatal Direta obtiveram incremento médio anual de 4,2%, abaixo da taxa incremental dos ambulatórios suplementares com fins lucrativos (4,8%). Observou-se que, entre 2015 e 2019, as taxas anuais de incremento dos ambulatórios de MC da Administração Estatal Direta foram menores do que nos cinco anos anteriores.

Considerados os ambulatórios de AC, as maiores taxas anuais de incremento ocorreram entre estabelecimentos agenciados pelo SUS (23,8%) e cooperativas suplementares (11,0%); ocorrendo o maior incremento cumulativo nas Organizações Sociais (23,8%) e nas cooperativas complementares (100%). Os ambulatórios de AC da Administração Estatal Direta obtiveram incremento médio anual de 3,9%, também nesse tipo, abaixo da taxa incremental dos ambulatórios suplementares com fins lucrativos (4,1%).

Acerca dos hospitais de MC, as maiores taxas anuais de incremento ocorreram entre estabelecimentos agenciados pelo SUS (26,8%), Estatais da Administração Indireta sob Direito Privado (13,2%) e privados suplementares sem fins lucrativos (8,4%); os três tipos também com o maior incremento cumulativo. Os hospitais de MC da Administração Estatal Direta obtiveram incremento médio anual de 1,6%, enquanto os estabelecimentos privados com fins lucrativos (complementares e suplementares) obtiveram taxas anuais de decréscimo.

Para os hospitais de AC, as maiores taxas anuais de incremento ocorreram entre estabelecimentos Estatais da Administração Indireta sob Direito Privado (42,1%), agenciados pelo SUS (27,3%), e privados suplementares sem fins lucrativos (14,0%); os três tipos também com o maior incremento cumulativo. Os hospitais de AC da Administração Estatal Direta obtiveram incremento médio anual de 4,8%, enquanto os estabelecimentos privados com e sem fins lucrativos, complementares ao SUS, obtiveram as menores taxas anuais de incremento (respectivamente 2,2% e 1,0%)

Por fim, considerados os leitos hospitalares, as maiores taxas anuais de incremento ocorreram entre estabelecimentos Estatais da Administração Indireta sob Direito Privado (27,6,1%), agenciados pelo SUS (26,5%), e as cooperativas complementares ao SUS (201%); ainda, os três tipos com o maior incremento cumulativo. Os leitos da Administração Estatal Direta

obtiveram incremento médio anual de 2,0%, com taxa de decréscimo nos estabelecimentos privados com fins lucrativos e complementares ao SUS (-6,0%).

Grosso modo, o segmento conjunto de estabelecimentos vinculados ao SUS (próprios, agenciados e privados complementares) variou proporcionalmente ao longo da década com tendência de decréscimo, nos seguintes termos: de 51,8% para 48,7% dos ambulatórios de AB; de 29,5% para 24,8% dos ambulatórios de MC; de 66,7% para 62,8% dos ambulatórios de AC; de 77,5% para 71,1% dos hospitais de MC; de 73,1% para 66,9% dos hospitais de AC; e de 83,3% para 80,0% dos leitos hospitalares de MC e AC.

Não foi o propósito deste estudo, todavia, convém relatar que, entre os anos de 2019 e 2020, período de início da pandemia COVID, essa tendência decenal de decréscimo proporcional de estabelecimentos vinculados ao SUS foi alterada, tendo havido uma reversão com tendência de incremento positivo: +2,2% para ambulatórios de AB, +3,0% para ambulatórios de MC, +2,7% para ambulatórios de AC, +1,8% para hospitais de MC, +3,3% para hospitais de AC e +3,2% para ambulatórios de AB.

Embora a análise inicial contasse com um recorte de dados entre 2010 e 2019, foi possível encontrar um fenômeno bastante interessante nos dados entre 2019 e 2020, uma contratendência de retração do setor privado e ampliação do setor público, o que, hipoteticamente, pode estar relacionado com a pandemia da Covid-19. Dessa forma, pareceu indispensável a apresentação desses dados.

Nos Ambulatórios de Atenção Básica, segmento de serviços de baixa complexidade que correspondem ao primeiro contato com a população (cuidados primários), foi possível observar que houve uma taxa maior de crescimento do SUS suplementar ($\uparrow 3,1\%$), enquanto houve retração do SUS próprio ($\downarrow 1,2\%$) e do SUS complementar ($\downarrow 1,9\%$), no período 2010-2019. O incremento percentual mais robusto, na comparação 2010-2019, foi nos segmentos SUS agenciado (44,2%) e setor suplementar (36,6%), enquanto se observou retração no SUS complementar (-22%). Já no período 2019-2020, destaca-se uma grande retração do setor suplementar, com uma taxa de decréscimo de mais de -6%.

Em ambulatório de média complexidade, o nível secundário de atenção, a tendência foi mantida, com crescimento do SUS com crescimento de serviços suplementares ($\uparrow 4,7\%$) e retração do SUS próprio ($\downarrow 2,0\%$) e suplementar ($\downarrow 2,6\%$). Observou-se um incremento anual de 28,7% no SUS agenciado, seguido de 6,2 % no setor suplementar, 4,3% no SUS próprio e 1,2 % no SUS complementar, que, na variação geral, não representou acréscimo. A contratendência é observada

no período após 2019, onde se observa um decréscimo de -11,2 % no setor suplementar, ao contrário do crescimento ou estagnação nos demais setores.

Observou-se, nos ambulatorios, uma taxa de encolhimento dos serviços complementares ao SUS bastante expressiva (↓7%), enquanto SUS próprio (↑3,1%) e suplementar (↑4%) mantiveram crescimento semelhante. Quanto à média de crescimento anual, a tendência manteve-se a mesma, com destaque ao SUS agenciado (23,8%), seguido do setor suplementar (4,1%) e do SUS próprio (4%). Da mesma forma, observou-se uma retração do setor suplementar de -8,4% no período 2019-2020.

Nas unidades hospitalares de média complexidade, o decréscimo do SUS complementar, na variação do período 2010-2019, foi ainda mais evidente (↓9,8%), enquanto se observa crescimento no SUS próprio (↑3,6%) e setor suplementar (↑6,4%). Nas taxas médias de crescimento anual, o SUS agenciado segue aparecendo em crescimento (26,8%), seguido do setor suplementar (3,6%) e do SUS próprio (1,7%), enquanto o setor complementar ao SUS decresceu em média -2,4% ao ano. Já após 2019, observou-se queda de -2,6% do setor suplementar e crescimento exponencial de 11% do SUS próprio.

Na alta complexidade hospitalar, a variação percentual, entre 2010 e 2019, teve tendência parecida com a média complexidade, com um retração do setor complementar ao SUS (↓8,3%) e crescimento do SUS próprio (↑2,6%) e do setor suplementar (↑6,2%). Da mesma forma, as médias de crescimento anual (2010-2019) mantiveram-se parecidas ao cenário observado na média complexidade, com 27,3% no SUS agenciado, 6,1% no setor suplementar, 4,8% no SUS próprio e 1,5% no SUS complementar. No período entre 2019 e 2020, chama a atenção o crescimento de 21,9% dos serviços do SUS próprio, de 8,1% do SUS complementar e a retração de -2,4% no setor suplementar.

Quando se analisa leitos hospitalares, a variação percentual, entre 2010 e 2019, apontou, também, crescimento do SUS próprio (↑3,7%), do setor suplementar (↑3,2%) e decréscimo do SUS complementar (↓6,5%). As taxas médias anuais de crescimento, da mesma forma, mantiveram tendência, onde o SUS agenciado cresceu 26,5%, o setor suplementar 2,8% e o SUS próprio 2,0%, enquanto o SUS complementar retraiu em -0,7%. Após 2019, os leitos do SUS próprio chegaram a apresentar um crescimento de 29,3%, os do SUS complementar, de 10%, enquanto observou-se queda de -4,0% de leitos no setor suplementar.

Os dados referentes a profissionais de saúde também apresentam características importantes, que consolidam a análise sobre a expansão do setor privado. Os dados analisados

demonstram uma tendência de crescimento no setor privado, superior ao setor público, onde se deve levar em consideração a questão do duplo vínculo profissional.

Tabela 3 – Taxas médias anuais (Tx%) e variação cumulativa (Vc%) de incrementos proporcionais intrínsecos para ocupações profissionais de nível superior, em relação ao atendimento no Sistema Único de Saúde. Período de 2010 e 2019.

Categoria profissional	Quantidade de Profissionais		Quantidade de ocupações		Ocupações com atendimento SUS		Ocupações sem atendimento SUS	
	Tx%	Vc%	Tx%	Vc%	Tx%	Vc%	Tx%	Vc%
Biomedicina	9,3	121,8	9,3	122,3	7,2	86,5	14,0	225,6
Fonoaudiologia	6,6	78,2	7,0	84,1	6,1	70,7	8,7	110,9
Enfermagem	6,5	75,5	6,6	77,3	5,6	63,4	15,1	251,6
Farmácia	7,8	95,9	6,7	79,6	5,7	64,8	11,8	172,8
Fisioterapia e Terapia Ocupacional	7,7	95,4	7,6	93,0	6,8	81,0	9,2	119,9
Medicina	4,5	48,0	3,7	38,9	2,2	20,7	7,6	92,5
Medicina Veterinária	4,2	44,0	4,0	40,4	3,8	37,9	16,0	273,0
Nutrição	9,9	133,9	9,1	118,8	7,6	93,2	14,6	241,4
Odontologia	4,6	49,7	4,7	50,7	2,3	86,5	7,9	98,3
Psicologia	8,7	111,4	8,6	109,6	5,9	70,7	13,5	211,9

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES

Entre as ocupações profissionais de nível superior em saúde, os maiores incrementos naquelas com atendimentos no SUS ocorreram nas categorias de Nutrição, Biomedicina, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Os maiores incrementos naquelas sem atendimentos no SUS ocorreram nas categorias de Medicina Veterinária, Enfermagem e Nutrição.

No Brasil, as ocupações profissionais de Enfermagem constituem quase a metade da força de trabalho em estabelecimentos de saúde, as ocupações de Medicina constituem, aproximadamente, 25%, e as ocupações de Odontologia, em torno de 10%. Ao longo do período analisado, as ocupações de Enfermagem obtiveram discreto aumento proporcional em relação às demais (1,9%) e as ocupações de Medicina e de Odontologia obtiveram diminuição (respectivamente -3,3% e -1,2%). Tais ocupações profissionais são consideradas típicas na composição de equipes de Atenção Primária à Saúde no Brasil, sendo que, em todas elas, houve maior incremento proporcional nas atividades fora do SUS no período. Na Medicina, houve uma diferença proporcional cumulativa de 71,8% na comparação entre atividades Não SUS e SUS; na Enfermagem, essa diferença foi ainda maior, de 188,2%; na Odontologia, a diferença foi menor, de 11,8%.

Quadro 4 – Razões entre profissionais cadastrados em estabelecimentos assistenciais e suas ocupações, com e sem atendimentos no Sistema Único de Saúde. Meses de Julho de 2010 e 2019, projeção de tendência inercial para 2029.

Categoria profissional	Jul/2010		Jul/2019		Projeção Jul/2029	
	Prof/	Prof/	Prof/	Prof/	Prof/	Prof/

	Ocup. SUS	Ocup. Não SUS	Ocup. SUS	Ocup. Não SUS	Ocup. SUS	Ocup. Não SUS
Biomedicina	1,0	0,3	0,8	0,5	0,7	1,0
Fonoaudiologia	0,9	0,5	0,9	0,5	0,8	0,7
Enfermagem	1,1	0,1	1,0	0,2	0,9	1,2
Farmácia	1,2	0,2	1,0	0,3	0,8	0,7
Fisioterapia e Terapia Ocupacional	0,9	0,4	0,8	0,5	0,8	0,6
Medicina	2,2	0,8	1,8	1,0	1,4	1,3
Medicina Veterinária	1,1	0,0	1,1	0,0	1,0	1,6
Nutrição	1,1	0,2	0,9	0,3	0,7	0,8
Odontologia	0,9	0,5	0,7	0,7	0,6	1,0
Psicologia	0,9	0,4	0,7	0,5	0,5	1,0

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES

É possível observar, em todas as categorias profissionais, tendência de crescimento superior nas “Ocupações Não SUS”, em relação às “Ocupações SUS”, o que corrobora uma tendência de crescimento maior do setor privado. Destacam-se as categorias de Enfermagem, com uma taxa incremento proporcional de 251,6% e média anual de 15,1% em “Ocupações Não SUS”, a Biomedicina, com incremento proporcional de 225,6% e média anual de 14% em “Ocupações Não SUS”, e a Medicina Veterinária, com incremento proporcional de 273% e média anual de 16% em “Ocupações Não SUS”. A Medicina Veterinária, entretanto, possui atuação mais restrita no SUS, em contrapartida com uma atuação mais comum em serviços de saúde animal, majoritariamente privados no Brasil.

Discussão

A tendência geral representou um panorama de expansão importante do setor privado na saúde brasileira. O país reconhecido, internacionalmente, pelo maior sistema universal de saúde parece estar acumulando um crescimento médio do setor privado, acima da expansão do setor público. Denota-se que, no período analisado, houve maior incremento proporcional dos estabelecimentos ambulatoriais de Média Complexidade e dos hospitais de Alta Complexidade. Tal fenômeno possui magnitude proeminente no segmento dos estabelecimentos privados suplementares. Essa questão parece reafirmar o fortalecimento do modelo centrado na medicina especializada e uma atração do setor privado por esse. O estudo “Demografia Médica no Brasil”, publicado em 2015, pelo Conselho Federal de Medicina¹⁶, discutiu a mesma tendência de atração

dos profissionais médicos pelo setor privado, em que a medicina lucrativa baseada na especialidade encontraria campo fértil.

Em uma tendência crescente, com o fortalecimento da Média e Alta Complexidade e da medicina especializada de mercado, pode-se analisar uma realidade contrária aos princípios do SUS. Na prática, a saúde integral, centrada na Atenção Básica e na função essencial do Estado Brasileiro, dá cada vez mais espaço ao mercado.

Os resultados, de forma geral, evidenciaram tendência de crescimento do setor privado sem relação com o SUS (privado suplementar), em uma taxa marcadamente maior que o crescimento do setor público (SUS próprio), aliada à retração do setor privado prestador de serviço ao SUS (SUS complementar). Vale destacar que o segmento que chamado aqui de SUS agenciado, correspondente a serviços geridos por Organizações Sociais de direito privado sem fins lucrativos, *quasi-market*, tem dados apresentados, no sistema de informações públicas de saúde, somente até o ano de 2015. Esse segmento vinha apresentando crescimento exponencialmente acima do setor essencialmente público (SUS próprio). Após o ano de 2015, acredita-se que essas informações passaram a ser cadastradas e publicadas como “SUS próprio”, o que pode representar, na análise, um falso crescimento do segmento essencialmente público na saúde brasileira.

No segmento privado sem fins lucrativos e complementar ao SUS (em especial, entidades filantrópicas), observou-se uma tendência de nicho de mercado desse segmento específico em hospitais da média complexidade, ao mesmo tempo em que os dados apontaram expansão do subsegmento cooperativado, complementar ao SUS e suplementar, em ambulatorios de média complexidade, sinalizando tendências específicas e relação com o setor saúde.

No segmento estatal, verificou-se migração da égide do Direito Público para o privado, tendência de agenciamento ao quase-mercado (OS), maior volume em estabelecimentos ambulatoriais de Atenção Básica e de ambulatorios e hospitais de Alta Complexidade. O segmento suplementar expande-se em quase todos os tipos de estabelecimentos, exceto na Atenção Básica e nos leitos hospitalares, ou seja, concentra-se em ambulatorios de Média Complexidade e Alta Complexidade. Acredita-se que seja possível levantar a hipótese de que o setor privado, em tese, esteja evitando segmentos pouco produtivos e de alto custo, reafirmando uma relação com o Estado desregulada e sob interesses de mercado.

Esse panorama deve ser observado com bastante atenção, uma vez que não se trata de mera movimentação econômica de mercado. Ou seja, o setor privado da saúde não cresce a partir de um contexto onde a população brasileira vem ampliando seu poder de compra, diminuindo a

dependência da saúde pública. O que se observa é um conjunto de políticas fiscais, econômicas e sociais, acumuladas em diversos governos, que abrem lastro para o desenvolvimento neoliberal nos diversos setores da sociedade, incluindo a saúde. Um sistema de saúde com grandes limitações e vulnerabilidades vem sendo retraído, ainda mais, por regimes fiscais limitantes de recursos públicos e potencializadores do mercado privado¹⁵.

Estudos de crescimento do setor privado, na saúde brasileira, demonstram uma curva crescente, quase contínua. A ampliação de usuários de planos privados de saúde é observada mesmo em cenários de recessão econômica e retração de consumo, enquanto o orçamento público é apontado como oscilante, com tendência à queda¹⁸.

Quando se observa ainda, comparadamente, o crescimento do SUS e do setor privado nos diversos níveis de atenção, identifica-se certa atração do setor privado por segmentos mais lucrativos, como os hospitais de alta complexidade, em detrimento aos serviços de atenção primária. Um setor privado especializado em alta complexidade e um sistema público voltado ao “pacote básico” de serviços são uma tendência bastante discutida na literatura nacional e internacional. Orientações de organismos internacionais, como o Banco Mundial, pontuam a orientação de sistemas nacionais de saúde para a garantia de “cuidados básicos”, no sentido contrário ao ideário universalista e integral adotado no SUS¹⁹.

Além disso, é marcante o retraimento do setor privado prestador de serviços ao setor público, chamado de SUS complementar. Historicamente, o setor privado contratado pelo Estado para prestação de serviços mantinha uma relação de interdependência, com participação marcante na prestação de serviços no Brasil, antes mesmo da criação do SUS. Os dados parecem apontar para uma transição do capital privado da relação complementar para a relação suplementar com o SUS, em um cenário econômico de favorecimento do setor privado e diminuição de orçamento público, a partir de políticas como a Emenda Constitucional 95, de 2016, que impôs teto orçamentário para macroáreas como educação e saúde, e pode colocar, em risco, os termos da universalidade em favor de uma saúde de mercado¹⁹.

Em uma forte tendência de crescimento e expansão da saúde privada suplementar e um crescimento inferior do setor público, aliada à retração da rede complementar, é possível que se observe, ainda, em médio prazo, um contrarreforma sanitária, substituindo os princípios da universalidade e integralidade por um sistema público voltado para as lacunas deixadas por segmentos que o setor privado não deseja explorar. Frequentemente, sistemas de saúde em países do capitalismo dependente ou chamados “em desenvolvimento”, que apontaram para

desregulamentação estatal e favorecimento econômico privado, ampliaram desigualdades em acesso à cobertura de saúde^{20, 21, 22}.

É preciso analisar com muita atenção, também, o que os dados apresentam como crescimento do SUS. Até 2015, dados de Organizações Sociais, chamados aqui de SUS agenciado, eram apresentados separadamente dos dados de serviços estatais. Após esse período, passaram a ser apresentados conjuntamente. Entretanto, a taxa de crescimento do SUS agenciado era quase o dobro do segmento estatal. Na prática, o crescimento do SUS, pode estar ocorrendo majoritariamente por Organizações Sociais. Embora exista grande discussão em torno das Organizações Sociais na relação com o SUS, como alternativa para expansão do sistema de saúde brasileiro, é marcante a expressão dessas organizações como entidades privadas, onde há diminuição do controle estatal e desregulamentação sobre as atividades de saúde pública. Associações do “terceiro setor”, também chamadas de *quasi-market* (quase mercado), apesar de representarem atividades sem fins lucrativos, de interesse público, na prática, reproduzem características de lucratividade, buscando mecanismos políticos de isenção fiscal e autorregulação. Para muitos autores, a expansão de Organizações Sociais representa transferência de recursos públicos para o setor privado¹⁴.

Quando se olha para o incremento de profissionais de saúde, a mesma tendência de crescimento superior do setor privado em detrimento ao setor público da saúde é reafirmada. Há alguns anos, esse fenômeno é abordado por pesquisas da área da saúde. Embora o setor público, muitas vezes, ofereça melhores remunerações, na prática, observa-se uma menor reposição de força de trabalho, além de expansão retraída, do setor público com o setor privado²³.

No período entre 2019-2020, quando colocado em análise tendencial, é possível, especialmente, uma contratendência exponencial. Trata-se como hipótese a crise gerada pela Pandemia de Covid-19, que operou pela necessidade de resposta rápida e expansão de leitos e serviços fora dos movimentos de mercado. A crise econômica e diminuição de possibilidades lucrativas fizeram o setor privado retrair de forma importante e o setor estatal crescer vigorosamente. O cenário desse período fez a tendência de expansão do mercado se esvaziar. Essa análise poderá ser aprofundada com o fim da pandemia, onde se terá dados mais consolidados e robustos sobre esse fenômeno.

Considerações Finais

A marcante tendência de expansão do setor privado em atividades de saúde de alta complexidade e do setor público por Organizações Sociais privadas, sem fins lucrativos, apresenta uma importante tendência de setorização do sistema de saúde brasileiro, voltada aos interesses de mercado. A desregulamentação, aliada à limitação de acesso e cobertura, em função das limitações econômicas ligadas à relação de consumo, é possível consequência desse cenário.

O fortalecimento do mercado da doença, no sentido de exploração de setores lucrativos e de interesses de segmentos econômicos, sobressai-se a uma relação regulada e estratégica entre público e privado, se é possível que ocorra. O setor privado relaciona-se com o SUS, estritamente, conforme seus interesses econômicos. No panorama, em de uma crescente no fortalecimento do SUS e dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira, vê-se uma forte tendência à contrarreforma, tocada pela égide do setor privado.

Este estudo apresenta limitações diante dos dados que foram analisados, por se tratarem de registros que se limitam às informações governamentais, sem uma leitura fina das relações econômicas que envolvem a rede de serviços de saúde no Brasil. Em se tratando de um país de grandes proporções territoriais, com inequidades regionais, é bem possível que os fenômenos aqui apresentados possam variar entre regiões com maior ou menor desenvolvimento econômico. A hipótese é de que o mercado procure janelas de oportunidade e desenvolvimento financeiro, ante a frágil regulamentação pública no SUS e que, portanto, busque os mercados internos mais favoráveis. Evidentemente que a abordagem aqui trazida não explica, sozinha, o fenômeno identificado. Estudos que analisem os serviços de apoio diagnóstico, provavelmente, poderão colaborar, em análises cada vez mais profundas, acerca da relação do setor privado com o SUS.

Destaca-se, por fim, o período 2019-2020, que, diante da hipótese de retração econômica relacionada com a Pandemia de Covid-19, restou, ao sistema público e estatal, a salvaguarda da saúde brasileira. Onde as possibilidades de lucro diminuem infinitamente, parece haver retração quase automática da saúde de mercado.

A continuidade desse fenômeno deve ser acompanhada com estudos não só de análise de vínculos de serviços, como, também, de natureza econômica. As movimentações quanto à forma na prestação de serviços de saúde, no Brasil, poderão, inclusive, reinventar a forma de organizar o Sistema Único de Saúde. Além disso, estudos de análise de qualidade de serviços serão indispensáveis para avaliar se a tendência pró-mercado estará se relacionando com maior ou menor qualidade na saúde brasileira.

Referências bibliográficas

1. Akintoye A, Chinyio, E. (2005), "Private Finance Initiative in the healthcare sector: trends and risk assessment", *Engineering, Construction and Architectural Management*, Vol. 12 No. 6, pp. 601-616. <https://doi.org/10.1108/09699980510634155>.
2. RameshM, Xun WU, Realigning public and private health care in southeast Asia. *The Pacific Reviw*. Vol. 21, 2008 In: <https://www.tandfonline.com/toc/rpre20/current>
3. Giovanella L, Stegmüller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(11):1-19, nov, 2014
4. Marquis MS, Long SH. Trends In Managed Care And Managed Competition, 1993–1997. *Health Affairs*, Vol. 18, p. 75 – 86. 1993.
5. Martin AB, Whittle LS, Levit KR. Trends in State Health Care Expenditures and Funding: 1980-1998. *Health Care Financ Rev*; 22(4): 111–140. 2001.
4. Pessoa LR; Santos IS; Machado JP; Martins ACM; Lima CR. Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: o caso do trauma no Brasil. *Saúde em Debate*, V. 40 N. 110 p. 9 – 19. 2016.
5. Dubeux, LS, Carvalho EF. Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS. *Rev. Bras. de Saúde Materno Infantil*, V. 9, n. 4 p.467 - 476 . 2009.
6. Castro MSM; Travassos Cláudia, Carvalho, MS. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. *Rev. de Saúde Pública*, V. 39, N. 2. p. 277 – 284. 2005.
7. Oliveira, EXG, Travassos C, Carvalho, MS. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. *Cad. de Saúde Pública*, V. 20 p. S298 - S309, 2009.
8. Cascaes AM, Dotto L, Bomfim RA. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, V. 27, N. 1, 2018.
9. Rocha TAH, Silva NCB, Barbosa ACQ, Amaral PV, Thumé E, Rocha JV, Alvares V, Facchini LA. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. *Ciência & Saúde Coletiva* Jan 2018, Vol. 23 Nº 1 p.s 229 - 240
10. Machado JP, Martins M, Leite IC. Qualidade das bases de dados hospitalares no Brasil: alguns elementos. *Rev. Brasileira de Epidemiologia*, V. 19, n. 3 p.s 567 - 581, 2016.
- 11 - Serapioni M, Tesser CD. 2019. O sistema de saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. *Saúde em Debate*. 43: 44-57. 2020.
- 12 - Dain S, Ocké-Reis CO, Geiger F, Castro K, Noronha, JC. 2015. *Regime fiscal dos estabelecimentos e empresas de planos e seguros privados de saúde: legislação fiscal*,

mensuração de gastos tributários, relações com a política fiscal, impacto sobre a equidade e relações com a regulação. Agência Nacional de Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Organização Pan-Americana de Saúde. <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/12/relatorio-final-0-Regime-Fiscal-Planos-Privados.pdf>. Aces. in 17 dez 2020.

13 - Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, Rocha R, Macinko J, Hone T, Tasca R, Giovanella L, Malik AM, Werneck H, Fachini LA, Atun R. 2019. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*. 394: 345-56.

14 - Viavaca F, Oliveira RAD, Carvalho C C, Laguardia J, Bellido JG. 2018. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 23:1751-62.

15 - Junqueira V, Mendes A. 2018. The Brazilian public health in contemporary capitalism. *International Journal of Health Services*. 48: 760-75.

16 - Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015.

17 - Bahia L, Scheffer M, Dal Poz M, Travassos C. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. 2016. *Cadernos de Saúde Pública*. 32: 1-5.

18 - Santos MAB, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil - arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. 2004. *Ciência e Saúde Coletiva*. 9: 795-806.

19 - Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. The future of the SUS: impacts of neoliberal reforms on public health – austerity versus universality. 2019. *Saúde em Debate*. 43: 58-70.

20 - Ademiluyi IA, Aluko-Arowolo SO. Infrastructural distribution of healthcare services in Nigeria: An overview. 2009. *Journal of Geography and Regional Planning*. 2: 104-110.

21 - Nwakeze NM, Kandala NB. The spatial distribution of health establishments in Nigeria. 2011. *African Population Studies*. 25: 680-96.

22 - Le DC, Kubo T, Fujino Y, Pham TM, Matsuda S. Health Care System in Vietnam: Current Situation and Challenges. 2010. *Asian Pacific Journal of Diseases Management*. 4: 23-30.

23 - Morais HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, Cazuzu AKI, Silva NAF. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. 2018. *Cadernos de Saúde Pública*. 34: 1-13.