



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

Fernanda dos Santos Fernandes

**DESEMPENHO DA GESTÃO HOSPITALAR POR PARCERIAS PÚBLICO-  
PRIVADAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Porto Alegre  
2021

Fernanda dos Santos Fernandes

**DESEMPENHO DA GESTÃO HOSPITALAR POR PARCERIAS PÚBLICO-  
PRIVADAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

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

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre

2021

### CIP - Catalogação na Publicação

Fernandes, Fernanda dos Santos  
Desempenho da gestão hospitalar por parcerias  
público-privadas no sistema único de saúde (SUS) /  
Fernanda dos Santos Fernandes. -- 2021.  
73 f.  
Orientador: Ronaldo Bordin.

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. Gestão em Saúde. 3. Avaliação  
de Políticas Públicas. 4. Parcerias Público-Privadas.  
5. Serviços de Saúde. I. Bordin, Ronaldo, orient. II.  
Título.

Fernanda dos Santos Fernandes

**DESEMPENHO DA GESTÃO HOSPITALAR POR PARCERIAS PÚBLICO-  
PRIVADAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração** – Saúde Coletiva

**Linha de Pesquisa** - Políticas, Planejamento, Gestão e Avaliação

Aprovada em: 25 de agosto de 2021.

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. Ronaldo Bordin  
Presidente – PPGCol/UFRGS

---

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa  
Membro – PPGCol/UFRGS

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Cristina Arthmar Mentz Albrecht  
Membro – FURG

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Rita Cássia Nagem  
Membro - UFRGS

Dedico este trabalho às mulheres mais importantes da minha vida: Lorena, Loiva, Luísa e Flávia.



## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu esposo Luciano Herbstrith Bessauer, e minhas filhas Luísa Fernandes Bessauer e Flávia Fernandes Bessauer, pelo apoio, incentivo e confiança. Obrigada por compreender o quanto este processo foi importante. Vocês são o que tenho de mais precioso no mundo. Amo vocês.

Aos meus pais, Waldir Fernandes e Otilia Loivaci dos Santos Fernandes, por terem me ensinado o mais importante. Vocês me deram a base para ser tudo o que sou. Amo vocês.

Ao meu orientador Prof. Dr. Ronaldo Bordin pela dedicação, paciência e gentileza. Você tornou essa travessia leve e tranquila.

À universidade pública, que me proporcionou o êxito profissional e a virtude do conhecimento.

Ao povo brasileiro que sempre custeou os meus estudos.

## RESUMO

**Introdução:** As Parcerias Público-Privadas (PPP) são um modelo de gestão que visa transferir para um parceiro privado a execução dos serviços públicos. Na área da saúde, as PPPs estão presentes em alguns países desde a década de 1990. No Brasil a lei que regulamenta as PPPs foi promulgada em 2004, mas a gestão por PPP na saúde teve início com a construção do Hospital do Subúrbio em Salvador (Bahia) em 2010. **Objetivo:** Comparar indicadores de desempenho dos hospitais com gestão por Parceria Público-Privada versus hospitais de mesmo porte com outros modelos de gestão vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Métodos:** Estudo descritivo, com base em dados secundários do Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS) e do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), referentes ao biênio 2018-2019, que avaliou os 3 hospitais com gestão por PPPs no país: Hospital do Subúrbio (HS), Instituto Couto Maia (ICM), ambos na Bahia, e o Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro (HMDCC) em Minas Gerais. Cada hospital foi comparado com outros três hospitais de mesma tipologia, e porte semelhante, situados na mesma unidade da federação da PPP. O ICM foi comparado com o Hospital Manoel Victorino, o Hospital Regional da Chapada e o Hospital Sarah Salvador. O HS foi comparado com o Hospital Santo Antônio, o Hospital Geral Roberto Santos e o Hospital Geral do Estado. O HMDCC foi comparado com o Hospital Metropolitano Odilon Bherens Hob, o Hospital de Clínicas de Uberlândia e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais EBSEH. Os indicadores avaliados foram: tempo médio de permanência (TMP), taxa de ocupação de leitos (TOL), taxa de mortalidade hospitalar (TMH) e valor médio da internação (VMI). **Resultados:** Os resultados dos indicadores de desempenho dos hospitais geridos por PPPs (TMP, TMH e TOL) não se mostraram superiores em relação aos hospitais com outros modelos de gestão, sendo que no caso do ICM o desempenho superior aos demais foi apenas no indicador de taxa de ocupação de leitos, do HS foi apenas no indicador de tempo médio de permanência, e o HMDCC não se mostrou superior em nenhum dos indicadores de desempenho. O VMI foi apresentado como um parâmetro, visto que o valor efetivamente pago pelos governos às PPPs se mostrou muito superior. **Conclusões:** Neste estudo a gestão por PPP não mostrou desempenho superior aos outros modelos com características semelhantes existentes no SUS.

**Descritores:** Saúde Coletiva. Gestão em Saúde. Avaliação de Políticas Públicas. Parcerias Público-Privadas. Serviços de Saúde.



## ABSTRACT

**Introduction:** Public-Private Partnerships (PPP) are a management model that aims to transfer the execution of public services to a private partner. In the health area, PPPs have been present in some countries since the 1990s. In Brazil, the law regulating PPPs was enacted in 2004, but PPP management in health began with the construction of the Hospital do Subúrbio in Salvador (Bahia) in 2010. **Objective:** To compare performance indicators of hospitals managed by a Public-Private Partnership versus hospitals of the same size with other management models linked to the Unified Health System (SUS). **Methods:** Descriptive study, based on secondary data from the Hospital Admissions System (SIH/SUS) and the National Register of Health Establishments (CNES), for the 2018-2019 biennium, which evaluated the 3 hospitals managed by PPPs in the country: Hospital do Subúrbio (HS), Instituto Couto Maia (ICM), both in Bahia, and the Metropolitan Hospital Dr. Célio de Castro (HMDCC) in Minas Gerais. Each hospital was compared with three other hospitals of the same type, and similar size, located in the same PPP's federation unit. The ICM was compared with Hospital Manoel Victorino, Hospital Regional da Chapada and Hospital Sarah Salvador. HS was compared with Hospital Santo Antônio, Hospital Geral Roberto Santos and Hospital Geral do Estado. The HMDCC was compared with the Hospital Metropolitano Odilon Bherens Hob, the Hospital de Clínicas de Uberlândia and the Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais EBSEH. The indicators evaluated were: mean length of stay (LOS), bed occupancy rate (BOR), hospital mortality rate (HMR) and mean hospital stay (MHS). **Results:** The results of the performance indicators of hospitals managed by PPPs (LOS, HMR and BOR) were not superior in relation to hospitals with other management models, and in the case of the ICM the performance superior to the others was only in the indicator of HS bed occupancy rate was only in the indicator of average length of stay, and the HMDCC was not superior in any of the performance indicators. The MHS was presented as a parameter, as the amount effectively paid by governments to PPPs was much higher. **Conclusions:** In this study, management by PPP did not show superior performance compared to other models with similar characteristics existing in the SUS.

**Keywords:** Public Health. Health Management. Public Policy Assessment. Public-Private Partnerships. Health services.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**APS** – Atenção Primária em Saúde

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**CA** – Concessão Administrativa

**CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**CONASS** – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

**EC** – Emenda Constitucional

**HMDCC** – Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro

**HS** – Hospital do Subúrbio

**ICM** – Instituto Couto Maia

**NGP** – Nova Gestão Pública

**OSS** – Organizações Sociais de Saúde

**OSCIPS** – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

**PNHOSP** – Política Nacional de Atenção Hospitalar

**PPP** – Parceria Público-Privada

**SIH** – Sistema de Informação Hospitalar

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TMH** – Taxa de Mortalidade Hospitalar

**TMP** – Tempo Médio de Permanência

**TOL** – Taxa de Ocupação de Leitos

**VMI** – Valo Médio da Internação

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2</b>	<b>CONTEXTO DO ESTUDO</b> .....	14
2.1	O CONCEITO E TIPOS DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA .....	14
2.2	AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NO SUS .....	17
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	21
3.1	OBJETIVO GERAL .....	21
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	22
4.1	COLETA DE DADOS .....	24
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	30
5.1	INTITUTO COUTO MAIA .....	30
<b>5.1.1</b>	<b>Tempo Médio de Permanência</b> .....	<b>30</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Taxa de Mortalidade Hospitalar</b> .....	<b>31</b>
<b>5.1.3</b>	<b>Valor Médio da Internação</b> .....	<b>32</b>
<b>5.1.4</b>	<b>Taxa de Ocupação de Leitos</b> .....	<b>32</b>
5.2	HOSPITAL DO SUBÚRBIO .....	33
<b>5.2.1</b>	<b>Tempo Médio de Permanência</b> .....	33
<b>5.2.2</b>	<b>Taxa de Mortalidade Hospitalar</b> .....	34
<b>5.2.3</b>	<b>Valor Médio da Internação</b> .....	35
<b>5.2.4</b>	<b>Taxa de Ocupação de Leitos</b> .....	36
5.3	HOSPITAL METROPOLITANO DOUTOR CELIO DE CASTRO HMDCC .....	37
<b>5.3.1</b>	<b>Tempo Médio de Permanência</b> .....	38
<b>5.3.2</b>	<b>Taxa de Mortalidade Hospitalar</b> .....	38
<b>5.3.3</b>	<b>Valor Médio da Internação</b> .....	39
<b>5.3.4</b>	<b>Taxa de Ocupação de Leitos</b> .....	40
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	42
6.1	INTITUTO COUTO MAIA .....	43
6.2	HOSPITAL DO SUBÚRBIO .....	45
6.3	HOSPITAL METROPOLITANO DOUTOR CÉLIO DE CASTRO .....	45
6.4	RESULTADOS ASSISTENCIAS E VALORES PAGOS .....	46

<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>48</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>50</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>54</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na década de 1990 o Brasil iniciava a regulamentação das leis aprovadas na carta magna de 1988, ao mesmo tempo que incorporava na sua prática de gestão governamental premissas das políticas neoliberais estabelecidas no consenso de Washington<sup>1</sup>. A Nova Gestão Pública (NGP), adotada naquele momento histórico pelo governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, redefinia as funções do Estado, que deviam ser mínimas e estratégicas (SANO; ABRUCIO, 2008).

O principal objetivo da NGP era de aumentar a governança do Estado, entendida como sua capacidade administrativa para governar eficaz e eficientemente, transferindo para o setor privado a execução dos serviços à população. Esse movimento teve origem no Reino Unido, rapidamente se propagando por toda Europa. Uma das propostas, oriundas do ideário inglês, era a gestão de serviços através de Parcerias Público-Privadas (PPPs), que rapidamente se difundiram, inclusive na área da saúde. No ano de 2010 a construção e gerenciamento de serviços de saúde através de PPP já estava estabelecido como modelo: o Reino Unido possuía 146 contratos por PPP, seguido da Itália com 71, Alemanha com 24, Espanha com 19, França com 16, Portugal com 8 e Finlândia, Polônia e Suécia com um cada. Ou seja, somente no continente europeu em 2010, havia 287 PPPs para construção e gerenciamento de serviços de saúde (BARLOW *et al.*, 2013, p. 147).

Para os defensores do modelo proposto pela NGP, de transferir para um parceiro privado a execução dos serviços públicos, há várias justificativas para sua adoção, que em síntese convergem para a eficiência da gestão privada, o equilíbrio orçamentário e fiscal do Estado e o aumento nos investimentos públicos (BARBOSA; MALIK, 2015, p. 1148). Já os críticos do modelo sugerem que o objetivo central busca a privatização e o amortecimento da proteção social do trabalho e dos trabalhadores (FERNANDES *et al.*, 2018, p. 957).

---

<sup>1</sup> O Consenso [neoliberal] de Washington é um conjunto de princípios orientados para o mercado, traçados pelo governo dos Estados Unidos e pelas instituições financeiras internacionais que ele controla e por eles mesmos implementados de formas diversas – geralmente, nas sociedades mais vulneráveis, como rígidos programas de ajuste estrutural. Resumidamente, as suas regras básicas são: liberalização do mercado e do sistema financeiro, fixação dos preços pelo mercado (“ajuste de preços”), fim da inflação (“estabilidade macroeconômica”) e privatização. Os governos devem “ficar fora do caminho” – portanto, também a população, se o governo for democrático –, embora essa conclusão permaneça implícita. As decisões daqueles que impõem o “consenso” têm, é claro, um grande impacto sobre a ordem global. Alguns analistas assumem uma posição ainda mais incisiva. A imprensa de negócios internacional se referiu a essas instituições como o núcleo de um “governo mundial de fato” de uma “nova era imperial”. (CHOMSKY, 2002, p.9).

No Brasil as primeiras experiências de gestão hospitalar privada foram com as Organizações Sociais de Saúde (OSSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), ainda na década de 1990, com ampla difusão principalmente no estado de São Paulo (SANO; ABRUCIO, 2008).

Embora relativamente recente, a gestão por PPP na saúde já possui estudos avaliativos sobre a efetividade da estratégia. Como o modelo não é padronizado, sendo que cada país possui uma legislação específica, e cada gestor constrói seu contrato com base em suas necessidades, a avaliação das experiências existentes é diversa. Alguns estudos apontam vantagens e resultados satisfatórios (MCINTOSH *et al.*, 2015; SEKHRI *et al.*, 2011), já os mais reservados em emitir considerações sugerem a elaboração de mais estudos (NUNES; MATOS, 2017; BARLOW *et al.*, 2013).

Em minha experiência como gestora pública observei que a decisão sobre a escolha do modelo de gestão de serviços hospitalares é mais influenciada pelos limites ou déficits orçamentários dos governos e os percentuais de arrecadação, do que pelos indicadores e necessidades em saúde, do mesmo modo que apontou Simonet (2014). A discussão conduzida pelos gestores do sistema sobre os gastos com saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre no nível local, tendo como premissa fundamental a eficiência de gestão, através de rigoroso controle dos custos e atuação do Estado como regulador e pagador do sistema. Os defensores dessa premissa, de que o problema da gestão hospitalar se resolve aumentando a eficiência, também propuseram novas modalidades de gestão e governança para o setor público.

A gestão por PPP no Brasil só veio a se concretizar na área da saúde com a construção do Hospital do Subúrbio em Salvador (Bahia) em 2010, apesar da Lei nº 11.079, que regulamenta as PPPs, ter sido promulgada em 2004.

Em abril de 2019, o Banco Mundial apresentou na Câmara dos Deputados, com o apoio do Ministério da Saúde, um relatório onde defendeu a presença do setor privado na saúde brasileira e o fechamento de hospitais de pequeno porte. Segundo algumas recomendações deste relatório,

pelo menos 24% dos hospitais brasileiros (de até 25 leitos) poderiam ser convertidos em unidades de APS ou até fechados” e “há fortes evidências de que os hospitais que funcionam com gestão autônoma, tais como a das Organizações Sociais em Saúde (OSS) têm melhor desempenho do que os que estão sob administração pública direta, desde que bem estabelecidos mecanismos de regulação (BANCO MUNDIAL, 2018).

Isso demonstra que há uma tendência por parte dos governos para a manutenção e ampliação da execução dos serviços hospitalares públicos por entes privados. Finalizando uma

década da implementação desta experiência no Brasil, quais foram os resultados obtidos? Houve diferença entre os indicadores de desempenho dos hospitais geridos por PPPs em relação aos hospitais com outros modelos de gestão no âmbito do SUS? São questionamentos que precisam emergir no debate para subsidiar os gestores na tomada de decisão.

## 2 CONTEXTO DO ESTUDO

### 2.1 O CONCEITO E TIPOS DE PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA

Há vários conceitos na literatura para definição de Parcerias Público-Privadas, e ainda não há consenso sobre o tema. Contudo, nas características definidoras pode-se verificar similaridades entre os critérios relacionados à “natureza dos atores, as metas e a partilha de riscos e responsabilidades” (ALMEIDA, 2017, p. 4)

De acordo com Thamer e Lazzarini (2015),

as chamadas parcerias público-privadas (PPPs) visam aumentar o alcance e a magnitude das ações do governo, aproveitando-se das competências de execução do setor privado. As PPPs diferem de outras formas de aquisição de serviços públicos por sua natureza cooperativa e de divisão de riscos. Seu conceito é difuso e varia de acordo com a legislação do país em estudo. O ponto em comum entre todas essas iniciativas é que elas se posicionam na região intermediária do espectro de possibilidades de contratação de serviços públicos, seja quando analisamos a divisão de responsabilidades entre público e privado, seja quando analisamos a transferência de riscos entre os parceiros.

Segundo o CONASS (2016), a PPPs são um modelo de administração indireta que permite ao parceiro privado auferir lucro a partir da execução do serviço contratado. Há dois modelos de PPPs: 1) as patrocinadas, quando é possível cobrar uma tarifa diretamente dos usuários (como no caso das estradas pedagiadas); e 2) as administrativas, quando é vedada qualquer cobrança direta aos usuários (como no caso da saúde).

Na comparação entre as PPPs com formas tradicionais de cooperação pública e privada na saúde, se observa distinção entre ambos os modelos porque:

(a) os parceiros não compartilham a propriedade dos meios de produção - de um lado está uma organização pública como o Estado e, do outro, uma empresa privada lucrativa; ambos os parceiros tenderiam, portanto, a perseguir diferentes metas e implementar distintas estratégias; (b) os produtos das PPP são sempre bens públicos ou quase públicos, como serviços, e estão voltados para o benefício de uma terceira parte, que pode ser o Estado, a sociedade ou os usuários de determinado serviço de saúde; e (c) em geral são formuladas para existir durante longos períodos de tempo, geralmente mais de uma década. Outras premissas também orientam esse “paradigma”: as relações devem ser baseadas na “confiança” e buscar “benefícios mútuos” em que “todos ganham” (ALMEIDA, 2017, p. 4).

As PPPs estão presentes em alguns países desde a década de 1990, sendo que já existe um modelo extinto (Modelo de Alzira na Espanha), que foi revertido para a administração pública direta. Como se trata de uma experiência relativamente recente, há uma variedade de modelos de PPPs, sendo que cada país faz adequações na legislação de acordo com suas



necessidades. Contudo, de modo geral, pode-se dividir as PPPs em quatro modelos, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Modelos de Parceria Público-Privada na Saúde

Modelos	Descrição	Ocorrência
Parceria Público-Privada Integrada	Contrato integrado para construção e financiamento da infraestrutura e serviços relacionados, como manutenção durante a vida útil do edifício. Pagamento de longo prazo (acima de 30 anos) da autoridade pública ao parceiro privado.	Reino Unido, Itália, França, Espanha, Suécia, Canadá, Lesoto e Austrália.
DBFOT ( <i>Design – Build – Operate – Transfer</i> )	Modelo misto. São estabelecidos dois contratos: um para construção e gestão da estrutura (“ <i>bata cinza</i> ”) com período de duração de 30 anos, e um que fornece serviços médicos (“ <i>bata branca</i> ”) por um período de 7 a 10 anos, com no máximo 3 renovações.	Portugal
“Franchising”	Trata-se de uma franquia, em que as empresas privadas adquirem parcial ou totalmente a propriedade de hospitais públicos em dificuldade financeiras e os gerenciam, com autorização da autoridade pública.	Alemanha
“Full-service”	A empresa privada constrói e opera o hospital e parte ou toda a atenção primária, com contrato para prestar atendimento a uma área geográfica definida.	Espanha

Elaborado pela autora. Fontes: Barlow *et al.* (2013, p. 148); Nunes & Matos (2017, p. 305); Sekhri *et al.* (2011), Barbosa; Malik (2015, p. 1160)

De acordo com Montagu e Harding (2012, p. 16) as PPPs hospitalares, ao contrário das PPPs de estrutura, apresentam tendência de aumento da demanda e redução da capacidade de pagamento aos longos dos anos, ou seja, durante a vigência do contrato. Tais parcerias apresentam, por esta configuração, um risco maior para o parceiro privado. No caso brasileiro, onde se observa simultânea e rápida transição demográfica e epidemiológica, bem como congelamento do orçamento público na saúde através da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, o risco assume dimensões difíceis de mensurar. Na França o impacto financeiro

negativo das PPPs se deu no nível municipal, o que levou o governo a criar um fundo em 2014, “com uma dotação anual de € 100 milhões nos próximos 15 anos para socorrer governos locais incapazes de pagar dívidas contraídas pela PPP” (SIMONET, 2014, p. 5).

Segundo Barlow *et al.* (2009), o Reino Unido foi o precursor na utilização do modelo de PPP integrada na área da saúde, no qual o ente privado constrói um hospital e realiza a manutenção da estrutura por um longo período, geralmente 30 anos. Logo, a experiência britânica foi a primeira a ser avaliada. Segundo estudos realizados, “não conseguiu obter uma boa relação custo/benefício com a transferência de risco para o setor privado”, pois na prática o custo pelo eventual não cumprimento do contrato pelo setor privado acaba suportado pelo setor público. Com base na experiência do Reino Unido outros países europeus também adotaram a PPP como alternativa de gestão, com variações do modelo escolhido.

No caso espanhol da comunidade autônoma de Valência, conhecido como ‘Modelo de Alzira’, a PPP no formato de Concessão Administrativa (CA), abrangia a construção de um hospital e a operação do atendimento hospitalar e de atenção primária, para uma área geográfica específica, cuja implementação ocorreu em 1999 e a reversão para a gestão pública direta em 2018, após compromisso eleitoral assumido em 2015, motivado por mobilização civil contra a “privatização da assistência médica” (COMENDEIRO-MAALØE *et al.*, 2019, p. 409).

De acordo com Sekhri e Ni (2011), a PPP de Alzira é do tipo “integrada”, cujo modelo “é mais apropriado em situações em que o objetivo político é mobilizar capital privado para melhorar fundamentalmente a qualidade, o acesso e a eficiência na prestação de serviços de saúde”. Ao avaliar a primeira década e operação da PPP, Sekhri e Ni (2011) apontaram aumento na qualidade do serviço, com melhoria nos indicadores de acesso hospitalar e redução de 25% nos custos, em relação aos hospitais públicos.

A empresa Ribera Salud detinha a concessão de Alzira, cujo valor pago pelo contrato em 2017 foi de 190 milhões € ou 777 € *per capita*. Entretanto, os dados sobre as receitas anuais da CA não eram públicos. Defensores do modelo de Alzira argumentavam que ele era superior em termos de produtividade, gastos *per capita* e qualidade. Por outro lado, os que defendiam o fim da CA apontavam numerosas preocupações sobre a governança e as operações financeiras da parceria.

Para Barlow *et al.* (2013) e Comendeiro-Maaløe *et al.* (2019) houve renegociação para o financiamento de Alzira em 2012, pois a empresa subestimou a inflação dos custos quando apresentou sua proposta para vencer a concessão. Quando o fim da CA foi anunciado em 2018, foi realizado um estudo comparando 26 indicadores de desempenho da PPP de Alzira com

hospitais públicos (COMENDEIRO-MAALØE *et al.*, 2019). O desempenho de Alzira foi pior do que seus pares em 15 dos 26 indicadores, no entanto superou 25% a 50% dos serviços públicos comparados. Os autores advertem a limitação deste estudo quanto à ausência de dados confiáveis sobre a assistência na atenção primária, que fazia parte da PPP, o que em certa medida pode influenciar as taxas de hospitalização. Por fim, os autores concluem que o desempenho não depende necessariamente do tipo de modelo de governança, sendo que a decisão espanhola de reverter a PPP foi mais política do que técnica.

## 2.2 AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NO SUS

A perspectiva política–ideológica neoliberal foi o guarda-chuva que orientou a reforma estatal nas décadas de 1980 e 1990, inclusive no sistema de saúde brasileiro. Contudo o SUS foi concebido a partir da perspectiva do *estado de bem-estar social*, avessa ao neoliberalismo econômico. Soma-se a isso o cenário de hiperinflação e restrições macroeconômicas da época e teremos a contradição elementar entre o ‘estado de bem-estar social’ e o ‘neoliberalismo econômico’, que caracterizou uma disputa ininterrupta na arena do SUS ao longo de toda sua existência. Por um lado, o tensionamento constante para a ampliação do financiamento público em saúde, por outro, o discurso pela necessidade de aumentar a eficiência na gestão em saúde (REIS *et al.*, 2016).

As parcerias com o setor privado iniciaram por áreas de infraestrutura (saneamento, estradas, energia). No SUS, as primeiras parcerias do setor público com o setor privado foram viabilizadas através das Organizações Sociais de Saúde (OSS), que foram contratadas para realização da gestão de hospitais públicos. As premissas do modelo estavam balizadas em um discurso de eficiência, marcado principalmente pelo fato da gestão de pessoas torna-se atribuição das OSS. Tal processo de mudança no modelo de gestão estava ancorado em

propostas de ‘diminuição’ do Estado, do amortecimento da proteção social do trabalho e dos trabalhadores. Se o foco central da implementação das OSS, instituições sem fins lucrativos, de um lado estabeleceu na prática metas para a privatização, de outro buscou a flexibilização da gestão, principalmente das relações de trabalho (FERNANDES *et al.*, 2018, p. 957).

Para Moraes *et al.* (2018), as OSS fazem parte do Terceiro Setor e sua adoção pelo Estado brasileiro representa um movimento pela privatização da saúde. Das vantagens apresentadas para sua adoção os autores elencam uma

autonomia administrativa muito maior do que aquela possível dentro do aparelho do Estado, o que representaria, entre outras vantagens, a contratação de pessoal nas condições de mercado, a adoção de normas próprias para compras e contratos e a

ampla flexibilidade na execução orçamentária e financeira. (MORAIS et al., 2018, p. 5).

Contudo, o objetivo principal que parece ter guiado os gestores na escolha das OSS como modelo de gestão dos serviços de saúde foram os limites de gastos estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000).

Ao analisar contratos por gestão de serviços de saúde por OSS, no período de 2009 a 2014, nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, Moraes *et al.* (2018) concluíram que tais organizações auferem excedentes financeiros, através dos altos salários pagos aos seus dirigentes, cujos valores são determinados pelo próprio conselho de administração da entidade. Tal situação não é passível de fiscalização pelos órgãos de controle por força da Lei de Acesso à Informação (BRASIL, 2011), cuja aplicação está restrita aos servidores públicos.

Considerando o desempenho assistencial, Veras (2018) analisou no Estado de Goiás 4 (quatro) hospitais públicos geridos por OSSs quanto aos indicadores média de permanência, taxa de mortalidade, valor total, valor dos serviços hospitalares, número de internações e valor dos serviços profissionais. Tais hospitais eram geridos pela administração pública direta do Estado e foram transferidos para a gestão por OSSs em 2012. O estudo concluiu que “as mudanças significativas ficaram concentradas em torno dos valores (total, serviços hospitalares e serviços profissionais). As variáveis número de internações e média de permanência não demonstraram alterações significativas em relação a nenhum hospital” (VERAS, 2018, p. 56).

Depois das OSS vieram as PPPs. Se as primeiras tinham uma vedação implícita ao lucro, as segundas tinham justamente o lucro como oportunidade a ser alcançada mediante a superação de determinado risco. No estudo sobre as PPPs como política na gestão da saúde, Almeida (2017, p. 2) sintetizou os três objetivos deste modelo: “a retirada do Estado da provisão direta de serviços, a introdução de mecanismos de mercado na gestão dos sistemas públicos e privatizações”.

O modelo de gestão por PPP já é reconhecido pelos órgãos oficiais. O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) apresenta, no Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS (2016), alternativas para a gerência de unidades de saúde através da administração indireta, nas seguintes modalidades: 1) autarquia, 2) fundação pública, 3) consórcio público, 4) empresa estatal, 5) serviço social autônomo, 6) organização social, 7) organizações da sociedade civil, 8) fundação de apoio, e 9) parceria público privada.

Segundo dados do CONASS (2016), o uso de PPP como modalidade de administração indireta no SUS ainda é inicial, com experiências já implementadas no “Hospital do Subúrbio

em Salvador (BA), Hospital Metropolitano da Região do Barreiro em Belo Horizonte (MG) e a Modernização da Rede Hospitalar em São Paulo (SP)”.

Estudo realizado por Luedy e Barreto (2016) analisou o desempenho do Hospital do Subúrbio, com base no contrato estabelecido com a gestão pública baiana em 2010. O período de análise foi referente aos primeiros 5 (cinco) anos de operação, de 2010 a 2015, e sugeriu que o desempenho da PPP foi satisfatório. Com emergência 24 horas e perfil de atendimento adulto e pediátrico, os autores destacam que o parceiro privado atingiu todas as metas quantitativas estabelecidas, como número de internações, consultas e exames realizados, contudo as metas de qualidade não foram totalmente atingidas, e algumas sequer tiveram os resultados informados nos instrumentos de avaliação.

Carrera (2012) avaliou o processo de implementação da PPP do Hospital do Subúrbio, através de análise de documentos e entrevista com *stakeholders*. Segundo o estudo, a decisão pela construção desse hospital foi motivada pela insuficiência da estrutura hospitalar da capital bahiana, que sofria com a superlotação; já a decisão de gestão por PPP teve como uma das motivações os limites impostos pela Lei de Responsabilidade fiscal (BRASIL, 2000), outrossim, as dificuldades que o estado enfrentava com a maioria das OSS estabelecidas no Estado, que, por exemplo, não trocavam os equipamentos dos hospitais sob sua gestão, levando ao sucateamento do parque tecnológico.

O governo do Estado da Bahia foi à Espanha conhecer o modelo de gestão por PPP de Madri para organizar o processo do Hospital do Subúrbio, e teve a preocupação de conduzir um debate com a academia e com os setores políticos antes da implantação do modelo. A avaliação sobre a gestão desta PPP, que até 2012 já havia sido penalizada uma vez pelo governo pelo não cumprimento de metas, concluiu que o modelo requer melhorias na *accountability* e no acompanhamento dos resultados (CARRERA, 2012).

A análise do Hospital do Subúrbio elaborado por Santos (2015) apontou ganhos extraordinários para o parceiro privado da PPP. Com previsão no art. 5º da Lei nº 11.079 (BRASIL, 2004), os ganhos extraordinários ocorrem na prática e são decorrentes da complexidade das operações que envolvem uma PPP. Segundo o estudo,

em virtude da longa relação entre parceiro público e parceiro privado, os contratos de PPP's não poderiam prever todos os custos de transação, *ex ante*, devido aos altos custos com consultorias, fato que em muitos casos, poderia até mesmo inviabilizar o projeto, assim como não poderia prever todas as ocorrências *ex post*, devido à complexidade de tais projetos, como engenharia civil, engenharia financeira, estudos diversos, mensuração e alocação de riscos. (SANTOS, 2015, p. 18)

As conclusões do estudo de Santos (2015), cuja ênfase são as operações financeiras e contábeis da parceria, sugerem potencial ganhos extraordinários para o parceiro privado no caso da PPP do Hospital do Subúrbio.

Já o Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro (HMDCC), localizado em Belo Horizonte, concluiu a implantação total de sua capacidade de operação no ano de 2017, passando de 90 para 460 leitos. Sendo o ano de 2018 “de crescimento da produção, aperfeiçoamento e implementação de novas tecnologias de gestão, tanto da clínica quanto das áreas de apoio à assistência e administrativo-financeiras” (RELATÓRIO DE GESTÃO HOSPITAL METROPOLITANO DR. CÉLIO DE CASTRO, 2018). Não foram localizados artigos sobre a gestão desta PPP.

Quanto à terceira PPP em operação no SUS no país, o Instituto Couto Maia, localizado em Salvador (Bahia), iniciou sua operação em 2018, mas também não foi localizado nenhum estudo sobre a gestão dessa PPP.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Comparar indicadores de desempenho dos hospitais com gestão por Parceria Público-Privada versus hospitais de mesmo porte com outros modelos de gestão vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Sistematizar os indicadores dos hospitais, sob Parceria Público-Privada e vinculados ao SUS, segundo:

- a) quantidade de atendimentos realizados,
- b) o tempo médio de permanência na internação,
- c) a taxa de ocupação de leitos,
- d) a taxa de mortalidade, e
- e) o valor médio da internação.

## 4 MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, com base em dados secundários, sobre o desempenho, através da análise de indicadores, dos hospitais que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) com e sem gestão por Parceria Público-Privada.

Os dados foram coletados no Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS) e no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os indicadores avaliados referentes ao biênio 2018-2019 são: o tempo médio de permanência, a taxa de ocupação de leitos, a taxa de mortalidade e o valor médio da internação.

Os indicadores empregaram as seguintes métricas (BRASIL, 2002):

- a) Tempo médio de permanência – relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital.
- b) Taxa de ocupação de leitos – relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período, porém considerando-se para o cálculo dos leitos/dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras.
- c) Taxa de mortalidade – relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados e o número de pacientes que tiveram saída do hospital, em determinado período. Mede a proporção dos pacientes que morreram durante a internação hospitalar.
- d) Valor médio da internação – valor médio com internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), por especialidade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Os indicadores de tempo médio de permanência, taxa de ocupação de leito e taxa de mortalidade hospitalar foram escolhidos por estarem contemplados na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (BRASIL, 2013). Segundo o Eixo de Avaliação da PNHOSP, deve-se buscar a redução do tempo médio de permanência e o aumento da taxa de ocupação de leitos, a fim de otimizar a utilização da capacidade instalada do hospital, melhorando o atendimento ao usuário. Também é preconizado instituir ações de segurança do paciente para reduzir riscos e diminuir eventos adversos, dentre eles os óbitos (BRASIL, 2013). Segundo Avini (2017), o tempo médio de permanência e a taxa de mortalidade são indicadores de



desempenho assistencial, e a taxa de ocupação de leitos é um indicador de desempenho de processo.

Foram incluídos neste estudo os seguintes hospitais sob Parceria Público-Privada:

- a) Hospital do Subúrbio, Salvador, Bahia. Trata-se de um hospital geral com 313 leitos, que atende exclusivamente o SUS. Possui emergência para atendimento adulto e pediátrico, e habilitação de alta complexidade em neurologia, neurocirurgia e traumatologia-ortopedia. A despesa do governo baiano com esta PPP em 2019 foi de R\$ 204.900.000,00 (duzentos e quatro milhões e novecentos mil reais), para um total de 15.912 internações (TCE/BA, 2020).
- b) Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro HMDCC, Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de um hospital geral com 460 leitos, que atende exclusivamente o SUS. Possui emergência e habilitação em alta complexidade para traumatologia-ortopedia, cirurgia vascular e acidente vascular cerebral (AVC). A despesa com o hospital em 2019 foi de R\$ 250.765.415,00 (duzentos e cinquenta milhões, setecentos e sessenta e cinco mil, quatrocentos e quinze reais) para um total de 19.404 internações (HOSPITAL METROPOLITANO DOUTOR CÉLIO DE CASTRO, 2019).
- c) Instituto Couto Maia, Salvador, Bahia. Trata-se de um hospital especializado em infectologia com 110 leitos, que atende exclusivamente o SUS, com demanda referenciada. A despesa do governo baiano com esta PPP em 2019 foi de R\$ 53.700.000,00 (cinquenta e três milhões e setecentos mil reais), para um total de 2.285 internações (TCE/BA, 2020).

Os dados destes hospitais foram comparados com os demais hospitais que atendem pelo SUS, e que possuem as mesmas características em relação ao porte, tipologia e natureza jurídica. Quanto ao porte, foram considerados de médio porte os hospitais que possuem de 51 a 150 leitos, e os de grande porte os que possuem mais de 151 leitos. Além disso, foi considerada a tipologia (hospital geral ou especializado) e a natureza jurídica (público, privado e privados sem fins lucrativos). A base de dados para definição destes critérios foi o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O manejo de dados fez uso de estatística descritiva (frequência e média) para a descrição dos achados e medidas de associação para comparações entre os grupos (testes do qui-quadrado e t de Student), para um  $p < 0,05$ .

#### 4.1 COLETA DE DADOS

Inicialmente foram extraídos três relatórios do site do CNES/Datasus: um com todos os estabelecimentos hospitalares (SUS e não SUS) do tipo “Hospital Especializado” do estado da Bahia, e dois com os estabelecimentos (SUS e não SUS) do tipo “Hospital Geral”, sendo um da Bahia e outro de Minas Gerais. O relatório original continha as seguintes variáveis: CNES, nome do estabelecimento, município, CNPJ e CNPJ mantenedora. Para adicionar outras variáveis, foi necessária busca manual no CNES de cada um dos estabelecimentos, resultando na inserção do número de leitos existentes em cada hospital na competência 12/2019, da natureza jurídica e do subtipo de cada um. A variável “subtipo” não estava prevista nos critérios de inclusão do estudo, mas como alguns subtipos poderiam gerar distorções nos resultados, este dado também foi extraído para posterior análise.

A data de competência de referência para pesquisa do número de leitos foi o ano de 2019. Não foram empregados dados de 2020, parcialmente disponíveis no momento da coleta de dados, pois o número de leitos cadastrados no exercício 2020 poderia gerar distorção nos resultados, em virtude da ampliação de alguns estabelecimentos no país durante a pandemia de SARS-CoV-2.

O relatório referente aos estabelecimentos hospitalares do tipo “Hospital Especializado” no estado da Bahia, retornou 73 registros. Destes, 51 possuíam leitos SUS; 20 possuíam entre 51 e 151 leitos na competência 12/2019. Os hospitais cujo subtipo estava registrado como ‘maternidade’ ou ‘psiquiatria’ foram excluídos, restando 5 hospitais, sendo 3 de natureza jurídica pública estadual, um público municipal e um pertencente a uma associação privada, conforme quadro 1:

Quadro 1 – Estabelecimentos classificados como Hospital Especializado no Estado da Bahia, com 51 a 151 leitos SUS, em dezembro de 2019, conforme CNES

CNES	Estabelecimento	Município	Leitos SUS	Natureza jurídica	Subtipo
2493845	Hospital Manoel Victorino	Salvador	108	1023 Órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal	ortopedia
2520524	Hospital Materno Infantil De Juazeiro	Juazeiro	82	1244 município	sem subtipo

9383298	Hospital Regional Da Chapada	Seabra	91	1023 Órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal	sem subtipo
5428	Instituto Couto Maia	Salvador	100	1023 Órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal	sem subtipo
2497751	SARAH Salvador	Salvador	143	3999 Associação Privada	sem subtipo

Fonte: Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde (CNES)

O Hospital Materno Infantil de Juazeiro (CNES 2520524) apresentou um TMP de 2,6 dias em 2018 e 2,7 em 2019. Isto sugere que o hospital seja uma maternidade, embora não esteja informado no subtipo do cadastro como tal. Observando os leitos cadastrados, verificou-se que 50 leitos (61%) são para obstetrícia e 24 (29%) são para pediatria, diante do que se conclui que o subtipo do hospital seria ‘maternidade’. Por isso, este serviço foi retirado da análise. Sendo assim, foram considerados apenas quatro estabelecimentos do tipo “hospital especializado”, no estado da Bahia, para análise dos dados.

O relatório referente aos estabelecimentos hospitalares do tipo “Hospital Geral” no estado da Bahia, retornou 40 registros, 25 dos quais possuíam leitos SUS, sendo que 12 possuíam mais de 151 leitos na competência 12/2019. Destes 12 hospitais, todos estão localizados na capital estadual, sendo que 8 são de natureza jurídica pública estadual, 2 são associações privadas, um é público municipal e um é uma autarquia federal, e todos não tinham subtipo informado no cadastro (Quadro 2).

Quadro 2 – Estabelecimentos classificados como Hospital Geral no Estado da Bahia, com mais de 151 leitos SUS, em dezembro de 2019, conforme CNES

CNES	Estabelecimento	Município	Leitos SUS	Natureza Jurídica	Subtipo
3875	Hospital Ana Nery	Salvador	255	1023 Órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal	sem subtipo
6595197	Hospital do Subúrbio	Salvador	313	1023 Órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal	sem subtipo

3980	Hospital Eladio Lasserre	Salvador	159	1023 Órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal	sem subtipo
106526	Hospital Espanhol	Salvador	164	1023 Órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal	sem subtipo
3778	Hospital Estadual da Mulher	Salvador	163	1023 Órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal	sem subtipo
4294	Hospital Geral do Estado	Salvador	412	1023 Órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal	sem subtipo
4073	Hospital Geral Ernesto Simões Filho	Salvador	234	1023 Órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal	sem subtipo
3859	Hospital Geral Roberto Santos	Salvador	897	1023 Órgão público do poder executivo estadual ou do distrito federal	sem subtipo
9443665	Hospital Municipal de Salvador HMS	Salvador	180	1244 Município	sem subtipo
3832	Hospital Santa Isabel	Salvador	160	3999 Associação Privada	sem subtipo
2802104	Hospital Santo Antônio	Salvador	954	3999 Associação Privada	sem subtipo
3816	Hospital Universitário Professor Edgard Santos	Salvador	279	1104 Autarquia Federal	sem subtipo

Fonte: Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde (CNES)

O Hospital Espanhol estava fechado no período da análise, o que resultou na ausência de resultados dos indicadores estudados. Por isso, esse serviço foi retirado da análise, restando 11 hospitais.

O relatório referente aos estabelecimentos hospitalares do tipo “Hospital Geral” no estado de Minas Gerais, retornou 542 registros. Destes, 469 possuíam no mínimo um leito SUS, dos quais 27 possuíam mais de 151 leitos na competência 12/2019. Destes 27 hospitais, 7 possuem natureza jurídica como associações privadas, 6 são fundações privadas, 4 são municipais, 3 são autarquias federais, 3 são fundações estaduais, um é autarquia estadual, um é

autarquia municipal, um é serviço social autônomo, um é empresa pública, e todos não tinham subtipo informado no cadastro, enumerados no quadro 3:

Quadro 3 – Estabelecimentos classificados como Hospital Geral no Estado de Minas Gerais, com mais de 151 leitos SUS, em dezembro de 2019, conforme CNES.

CNES	Estabelecimento	Município	Leitos Sus	Natureza Jurídica	Subtipo
2200457	Associação Mario Penna	Belo Horizonte	157	3999 Associação Privada	sem subtipo
26840	Complexo Hospitalar São Francisco	Belo Horizonte	320	3069 Fundação Privada	sem subtipo
27049	Hosp das Clínicas da Univ Fed de Minas Gerais EBSEH	Belo Horizonte	504	2011 Empresa Pública	sem subtipo
2221756	Hospital Ana Nery de Juiz de Fora	Juiz de Fora	274	3999 Associação Privada	sem subtipo
2127989	Hospital das Clin Samuel Libanio Pouso Alegre	Pouso Alegre	256	3069 Fundação Privada	sem subtipo
2206595	Hospital das Clínicas da UFTM	Uberaba	302	1104 Autarquia Federal	sem subtipo
2146355	Hospital de Clínicas de Uberlândia	Uberlândia	516	1104 Autarquia Federal	sem subtipo
6601804	Hospital e Maternidade Municipal Dr Odelmo Leão Carneiro	Uberlândia	245	1244 Município	sem subtipo
2153084	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	Juiz de Fora	290	3999 Associação Privada	sem subtipo
26921	Hospital João XXIII	Belo Horizonte	484	1147 Fundação Estadual ou do Distrito Federal	sem subtipo
27022	Hospital Julia Kubitschek	Belo Horizonte	332	1147 Fundação Estadual ou do Distrito Federal	sem subtipo
2205440	Hospital Marcio Cunha	Ipatinga	290	3069 Fundação Privada	sem subtipo
7866801	Hospital Metropolitano Doutor Celio de Castro HMDCC	Belo Horizonte	460	3077 Serviço Social Autônomo	sem subtipo
2192896	Hospital Metropolitano Odilon Bherens Hob	Belo Horizonte	521	1120 Autarquia Municipal	sem subtipo
2222043	Hospital Municipal	Governador Valadares	299	1244 Município	sem subtipo
2200473	Hospital Municipal de Contagem	Contagem	251	1244 Município	sem subtipo

2126494	Hospital Público Regional Prefeito Osvaldo Rezende Franco	Betim	344	1244 Município	sem subtipo
2111624	Hospital Regional João Penido	Juiz de Fora	202	1147 Fundação Estadual ou do Distrito Federal	sem subtipo
27863	Hospital Risoleta Tolentino Neves	Belo Horizonte	367	3069 Fundação Privada	sem subtipo
2149990	Hospital Santa Casa de Montes Claros	Montes Claros	303	3999 Associação Privada	sem subtipo
2159252	Hospital São João de Deus	Divinópolis	208	3999 Associação Privada	sem subtipo
4034236	Hospital Universitário Ciências Médicas	Belo Horizonte	229	3069 Fundação Privada	sem subtipo
2219654	Hospital Universitário Clemente de Faria	Montes Claros	151	1147 Fundação Estadual ou do Distrito Federal	sem subtipo
2218798	Hospital Universitário da Univ Federal de Juiz de Fora	Juiz de Fora	155	1104 Autarquia Federal	sem subtipo
27014	Santa Casa de Belo Horizonte	Belo Horizonte	1018	3999 Associação Privada	sem subtipo
2153882	Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	Juiz de Fora	245	3999 Associação Privada	sem subtipo
2775999	Santa Casa de Misericórdia de Passos	Passos	222	3069 Fundação Privada	sem subtipo

Fonte: Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde (CNES)

Para obter os dados relativos ao tempo médio de permanência (TMP), taxa de mortalidade e valor médio da AIH, foram extraídos relatórios de ‘Assistência à Saúde’ do site do Tabnet/Datasus, sendo gerado um relatório para cada métrica, contendo todos os estabelecimentos hospitalares de cada Estado (Bahia e Minas Gerais), gerando no total 6 relatórios: dois com o TMP, dois com a taxa de mortalidade e dois com o valor médio das AIHs. Cada relatório apresenta o nome do estabelecimento e o valor total do indicador correspondente nos anos de 2018 e 2019.

Para cálculos envolvendo o Tempo Médio de Permanência, foram extraídos relatórios de ‘Assistência à Saúde’ do site do Tabnet/Datasus, com total de AIHs e com dias de permanência, contendo todos os estabelecimentos hospitalares selecionados de cada Estado (Bahia e Minas Gerais), gerando 4 relatórios no total. Para cálculos da Taxa de Mortalidade Hospitalar, foram extraídos relatórios de ‘Assistência à Saúde’ do site do Tabnet/Datasus, com o total de internações e o total de óbitos, contendo todos os estabelecimentos hospitalares selecionados de cada Estado (Bahia e Minas Gerais), gerando 4 relatórios no total.

Para o Valor Médio da Internação, foi extraído relatório de ‘Assistência à Saúde’ do site do Tabnet/Datasus, com o valor total pago por hospital, contendo todos os estabelecimentos selecionados de cada Estado (Bahia e Minas Gerais), gerando 2 relatórios.

Para calcular a taxa de ocupação, foi gerado um relatório com o número de diárias aprovadas para cada estabelecimento selecionado, em 2018 e 2019. Posteriormente, foi calculado o número de leitos/dia para cada estabelecimento e, por fim, calculada a taxa de ocupação anual, conforme fórmula abaixo:

$$\text{Taxa de ocupação} = \frac{\text{Número de pacientes/dia}}{\text{Número de leitos/dia}} \times 100$$

Por fim, por se tratar de estudo que emprega dados presentes em bases de dados de acesso público não havia a necessidade de encaminhamento para comitê de ética. Mesmo assim, o projeto foi encaminhado para registro junto ao sistema de pesquisa da UFRGS sob o protocolo nº 39.414.

## 5 RESULTADOS

Para a análise dos dados coletados será considerado cada uma das três PPPs em estudo, comparando todos os indicadores selecionados. Os estabelecimentos geridos por PPP são apresentados na primeira linha das tabelas, e os demais estabelecimentos serão listados na ordem decrescente do número de leitos.

### 5.1 INTITUTO COUTO MAIA

Os indicadores do Instituto Couto Maia (ICM) referentes ao ano de 2018 não foram analisados, devido ao baixo quantitativo de AIHs aprovadas (828). Sendo assim, apenas o ano de 2019 foi considerado em todas as análises.

#### 5.1.1 Tempo Médio de Permanência

Os quatro estabelecimentos classificados como “Hospital Especializado” na Bahia, selecionados na coleta de dados, apresentaram um Tempo Médio de Permanência (TMP) em 2019 entre 3,4 e 12,8 dias, conforme tabela 1.

**Tabela 1** – Tempo Médio de Permanência (TMP) por Hospital Especializado, com 51 a 151 leitos, no Estado da Bahia, em 2018 e 2019

CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Subtipo	TMP (dias)	
				2018	2019
5428	Instituto Couto Maia (PPP)	100	sem subtipo	17,9	12,8
2497751	SARAH Salvador	143	sem subtipo	9,4	9,3
2493845	Hospital Manoel Victorino	108	ortopedia	4,4	4,7
9383298	Hospital Regional Da Chapada	91	sem subtipo	3,2	3,4

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).



Para cálculo do tempo de permanência, foram considerados o número total de “AIHs”/ano e os total de “Dias de permanência”/ano, dos quatro estabelecimentos selecionados (Anexo Tabela A). A comparação dos quantitativos totais anuais de 2019 do ICM com os outros 3 estabelecimentos resultou em um tempo de permanência maior em relação aos demais estabelecimentos, estatisticamente significativo ( $p < 0,0001$ ).

### 5.1.2 Taxa de Mortalidade Hospitalar

A taxa anual de mortalidade nos hospitais da região Nordeste foi de 3,63 e 3,76%, em 2018 e 2019, respectivamente, segundo o SIH/SUS. Já a taxa de mortalidade hospitalar anual entre os hospitais especializados da Bahia, selecionados na coleta de dados, nos anos de 2018 e 2019, variou entre 0,39 e 11,23%, conforme a tabela 2.

**Tabela 2** – Taxa de Mortalidade Hospitalar por Hospital Especializado, com 51 a 151 leitos, no Estado da Bahia, em 2018 e 2019.

CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Subtipo	TMH (%)	
				2018	2019
5428	Instituto Couto Maia (PPP)	100	sem subtipo	11,23	6,76
2497751	SARAH Salvador	143	sem subtipo	N/C	N/C
2493845	Hospital Manoel Victorino	108	ortopedia	0,39	0,66
9383298	Hospital Regional Da Chapada	91	sem subtipo	3,19	4,39

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Para cálculo da mortalidade hospitalar, foram considerados o número total de óbitos/ano e o total de internações/ano, dos quatro estabelecimentos selecionados (Anexo Tabela B). A comparação dos quantitativos totais anuais de 2019 do ICM com os outros 3 estabelecimentos resultou em quantitativo de óbitos maior em relação aos demais estabelecimentos, estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ). O hospital SARAH Salvador não apresentou registro de óbito, o que pode ser explicado por seu perfil de atendimento (reabilitação).

### 5.1.3 Valor Médio da Internação

Na região nordeste o Valor Médio da Internação (VMI) foi de R\$ 1.096,82 em 2018, e R\$ 1.120,98 em 2019. Nos hospitais especializados do estado da Bahia, o VMI variou entre R\$ 503,93 e R\$ 1.399,96, nos anos de 2018 e 2019, conforme tabela 3.

**Tabela 3** – Valor Médio da Internação (VMI) por Hospital Especializado, com 51 a 151 leitos, no Estado da Bahia, em 2018 e 2019.

CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	VMI (R\$)	
			2018	2019
5428	Instituto Couto Maia (PPP)	100	1.000,27	951,86
2497751	SARAH Salvador	143	503,93	530,44
2493845	Hospital Manoel Victorino	108	1.339,24	1.399,96
9383298	Hospital Regional da Chapada	91	560,53	580,07

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

A comparação do quantitativo anual de internações hospitalares e o valor total anual pago pelo Sistema Único de Saúde pelas internações dos quatro estabelecimentos selecionados (Anexo Tabela C) do ICM com os outros 3 estabelecimentos, com os dados de 2019, apontou que o ICM apresentou um valor total faturado pelas internações pelo SUS diferente dos demais estabelecimentos, estatisticamente significativo ( $p < 0,0001$ ). Estes valores foram a menor, se comparado com o Hospital Manoel Victorino, ou a maior, se comparado aos outros dois estabelecimentos.

### 5.1.4 Taxa de Ocupação de Leitos

Quanto à taxa de ocupação de leitos (TOL) nos hospitais especializados do estado da Bahia selecionados na fase de coletas de dados, os percentuais apresentados variaram entre 43,28% e 78,66%, nos anos de 2018 e 2019, conforme tabela 4.

**Tabela 4** – Taxa de Ocupação de Leitos (TOL) por Hospital Especializado, com 51 a 151 leitos, no Estado da Bahia, em 2018 e 2019.

CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Subtipo	TOL %	
				2018	2019
5428	Instituto Couto Maia (PPP)	100	sem subtipo	43,28	72,49
2493845	Hospital Manoel Victorino	108	ortopedia	62,26	64,79
9383298	Hospital Regional da Chapada	91	sem subtipo	60,78	78,66

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A comparação dos quantitativos totais da capacidade instalada de leitos SUS (obtida através da soma do número de leitos disponíveis no CNES em cada mês do ano, multiplicado pelo número de dias do respectivo mês e os dias de permanência dos estabelecimentos selecionados (Anexo Tabela D), em 2019, evidenciou valores superiores do ICM frente ao Hospital Manoel Vitorino e levemente inferior ao Hospital Regional da Chapada, com diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ).

## 5.2 HOSPITAL DO SUBÚRBIO

Para análise do Hospital do Subúrbio (HS), primeiro foram selecionados os estabelecimentos classificados como “Hospital Geral” na Bahia acima de 151 leitos. Contudo, considerando a variabilidade no número de leitos entre os estabelecimentos selecionados, foi realizada a análise comparativa apenas dos quatro maiores hospitais em número de leitos: o Hospital do Subúrbio ( $n=313$ ), o Hospital Geral do Estado ( $n=412$ ), o Hospital Geral Roberto Ramos ( $n=897$ ) e o Hospital Santo Antônio ( $n=954$ ).

### 5.2.1 Tempo Médio de Permanência

O tempo médio de permanência nos hospitais da região nordeste foi de 5,1 dias em 2018 e 2019. Os quatro estabelecimentos classificados como “Hospital Geral” na Bahia, selecionados na análise de dados, tiveram o Tempo Médio de Permanência (TMP) anual entre 6,8 e 14,9 dias, conforme tabela 5.

**Tabela 5** – Tempo Médio de Permanência (TMP) por Hospital Geral, acima de 300 leitos, no Estado da Bahia, em 2018 e 2019.

CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Subtipo	TMP (dias)	
				2018	2019
6595197	Hospital do Subúrbio (PPP)	313	sem subtipo	7,5	6,8
2802104	Hospital Santo Antônio	954	sem subtipo	14,9	13,6
3859	Hospital Geral Roberto Santos	897	sem subtipo	9,4	8,3
4294	Hospital Geral do Estado	412	sem subtipo	8,6	8,1

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Foram considerados o número total de “AIHs”/ano e os total de “Dias de permanência”/ano, dos quatro maiores estabelecimentos selecionados (Anexo Tabela E). A comparação dos quantitativos totais anuais de 2019 do HS com os outros 3 estabelecimentos resultou em um tempo de permanência menor em relação aos demais estabelecimentos, estatisticamente significativo ( $p < 0,0001$ ).

### 5.2.2 Taxa de Mortalidade Hospitalar

A TMH anual na região nordeste foi de 3,63 em 2018 e 3,76 em 2019. Os quatro hospitais gerais do estado da Bahia apresentaram uma TMH anual entre 3,93% e 8,08%, conforme tabela 6.

**Tabela 6** – Taxa de Mortalidade Hospitalar (TMH) por Hospital Geral, acima de 300 leitos, no Estado da Bahia, em 2018 e 2019.

CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Subtipo	TMH (%)	
				2018	2019
6595197	Hospital do Subúrbio (PPP)	313	sem subtipo	7,46	8,08
2802104	Hospital Santo Antônio	954	sem subtipo	4,58	4,86
3859	Hospital Geral Roberto Santos	897	sem subtipo	5,76	5,44
4294	Hospital Geral do Estado	412	sem subtipo	3,78	3,93

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Para análise da mortalidade hospitalar foram considerados o número total de óbitos/ano e o total de internações/ano dos quatro estabelecimentos em estudo (Anexo Tabela F). A comparação dos quantitativos totais anuais de 2019 do HS com os outros 3 estabelecimentos resultou em uma mortalidade maior em relação aos demais estabelecimentos, estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ).

### 5.2.3 Valor Médio da Internação

O valor médio da internação hospitalar (VMI) nos quatro hospitais gerais do estado da Bahia, variou entre R\$ 1.484,51 e R\$2.921,39, nos anos de 2018 e 2019, conforme tabela 7.

**Tabela 7** – Valor médio da internação hospitalar por Hospital Geral, acima de 300 leitos, no Estado da Bahia, em 2018 e 2019.

CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Subtipo	VMI (R\$)	
				2018	2019
6595197	Hospital do Subúrbio (PPP)	313	sem subtipo	1.838,71	1.754,29
2802104	Hospital Santo Antônio	954	sem subtipo	1.541,27	1.717,38
3859	Hospital Geral Roberto Santos	897	sem subtipo	2.816,43	2.921,39
4294	Hospital Geral do Estado	412	sem subtipo	1.561,11	1.740,76

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A comparação do quantitativo anual de internações hospitalares e o valor total anual pago pelo Sistema Único de Saúde pelas internações dos três estabelecimentos selecionados com o HS (Anexo Tabela G) em 2019 apontou um valor total faturado diferente dos demais estabelecimentos, sendo maior em relação ao Hospital Geral do Estado ( $p=0,472$ ) e ao Hospital Santo Antônio ( $p<0,02$ ), e menor em relação ao Hospital Geral Roberto Santos ( $p<0,0001$ ), os dois últimos com significância estatística.

#### 5.2.4 Taxa de Ocupação de Leitos

Quanto à Taxa de Ocupação de Leitos (TOL) nos hospitais gerais do estado da Bahia selecionados, os percentuais apresentados variaram entre 77,56% e 94,92%, nos anos de 2018 e 2019, conforme tabela 8.

**Tabela 8** – Taxa de Ocupação de Leitos por Hospital Geral, acima de 300 leitos, no Estado da Bahia, em 2018 e 2019.

CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Subtipo	TOL (%)	
				2018	2019
6595197	Hospital do Subúrbio (PPP)	313	sem subtipo	87,23	94,92
2802104	Hospital Santo Antônio	954	sem subtipo	86,79	84,10
3859	Hospital Geral Roberto Santos	897	sem subtipo	79,71	77,56
4294	Hospital Geral do Estado	412	sem subtipo	83,12	84,58

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Em se considerando a capacidade instalada de leitos SUS e os dias de permanência dos quatro estabelecimentos selecionados (Anexo Tabela H), a comparação dos quantitativos totais do HS com os outros 3 estabelecimentos, em 2019, não evidenciou diferença significativa entre as variáveis dos estabelecimentos analisados ( $p > 0,05$ ).

### 5.3 HOSPITAL METROPOLITANO DOUTOR CELIO DE CASTRO HMDCC

Para análise do Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro (HMDCC), primeiro foram selecionados 27 estabelecimentos classificados como “Hospital Geral” em Minas Gerais, acima de 151 leitos. Contudo, para fins de análise, foram considerados os quatro estabelecimentos com mais de 19.000 internações/ano e proximidade no número de leitos em 2019: Hospital Metropolitano Doutor Celio de Castro HMDCC (n=460), Hospital Metropolitano Odilon Bherens Hob (n=521), Hospital de Clínicas de Uberlândia (n=516), e Hosp das Clínicas da Univ Fed de Minas Gerais EBSEH (n=504). A Santa Casa de Belo Horizonte, por apresentar 1.018 leitos SUS, mais que o dobro da maioria dos estabelecimentos selecionados, não foi considerada na comparação.

### 5.3.1 Tempo Médio de Permanência

Os 4 estabelecimentos classificados como “Hospital Geral” em Minas Gérias, selecionados na análise de dados, tiveram o Tempo Médio de Permanência (TMP) anual entre 7,7 e 6 dias, conforme tabela 9:

**Tabela 9** – Tempo Médio de Permanência por Hospital Geral, entre 400 e 550 leitos, no Estado de Minas Gerais, em 2018 e 2019.

CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Subtipo	TMP (dias)	
				2018	2019
7866801	Hospital Metropolitano Doutor Celio de Castro HMDCC	460	sem subtipo	7,7	7,0
2192896	Hospital Metropolitano Odilon Bherens Hob	521	sem subtipo	6,1	6,0
2146355	Hospital de Clínicas de Uberlândia	516	sem subtipo	6,7	6,8
27049	Hosp das Clínicas da Univ Fed de Minas Gerais EBSERH	504	sem subtipo	7,0	6,4

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A comparação do número total de “AIHs”/ano e os total de “Dias de permanência”/ano, dos estabelecimentos selecionados (Anexo Tabela I) evidenciou que o HMDCC divergiu de forma significativa de todos os demais quanto aos dias de permanência, com número superior de AIHs ( $p < 0,0001$ ).

### 5.3.2 Taxa de Mortalidade Hospitalar

Quanto à taxa de mortalidade hospitalar, os quatro hospitais gerais do estado de Minas Gérias, selecionados na fase de análise de dados, apresentaram um percentual anual de óbitos entre 3,21 e 7,83, conforme tabela 10:



**Tabela 10** – Taxa de Mortalidade Hospitalar (TMH) por Hospital Geral, entre 400 e 550 leitos, no Estado de Minas Gerais, em 2018 e 2019.

CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Subtipo	TMH (%)	
				2018	2019
7866801	Hospital Metropolitanou Doutor Celio de Castro HMDCC	460	sem subtipo	7,83	6,94
27049	Hosp das Clínicas da Univ Fed de Minas Gerais EBSEH	504	sem subtipo	3,96	3,21
2146355	Hospital de Clínicas de Uberlândia	516	sem subtipo	3,89	4,16
2192896	Hospital Metropolitanou Odilon Bherens Hob	521	sem subtipo	4,15	4,02

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O número total de óbitos/ano e o total de internações/ano, dos quatro estabelecimentos (Anexo Tabela J), para 2019, revelou uma mortalidade hospitalar superior do HMDCC aos demais estabelecimentos ( $p < 0,001$ ).

### 5.3.3 Valor Médio da Internação

O valor médio da internação hospitalar (VMI), nos quatro hospitais gerais do estado de Minas Gerais, variou entre R\$ 1.500,41 e R\$ 3.634,88, nos anos de 2018 e 2019, conforme tabela 11:

**Tabela 11** – Valor Médio da Internação hospitalar por Hospital Geral, entre 400 e 550, no Estado de Minas Gerais, em 2018 e 2019.

CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Subtipo	VMI (R\$)	
				2018	2019
7866801	Hospital Metropolitano Doutor Celio de Castro HMDCC	460	sem subtipo	1.500,41	1.587,13
2192896	Hospital Metropolitano Odilon Bherens Hob	521	sem subtipo	1.701,02	1.642,51
2146355	Hospital de Clínicas de Uberlândia	516	sem subtipo	2.955,80	2.851,56
27049	Hosp das Clínicas da Univ Fed de Minas Gerais EBSERH	504	sem subtipo	3.576,61	3.624,88

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A comparação do quantitativo anual de internações hospitalares e o valor total anual pago pelo Sistema Único de Saúde pelas internações dos três estabelecimentos selecionados com o HMDCC (Anexo Tabela K), em 2019, apontou um valor total faturado pelas internações pelo SUS diferente dos demais estabelecimentos. Os valores do HMDCC foram menores se comparado aos outros estabelecimentos ( $p < 0,0001$ ).

#### 5.3.4 Taxa de Ocupação de Leitos

Quanto à Taxa de Ocupação de Leitos (TOL) nos hospitais gerais do estado de Minas Gerais, selecionados na fase de análise de dados, os percentuais apresentados variaram entre 71,55% e 90,01%, nos anos de 2018 e 2019, conforme tabela 12.

**Tabela 12** – Taxa de Ocupação de Leitos por Hospital Geral, entre 400 e 550, no Estado de Minas Gerais, em 2018 e 2019.

CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Subtipo	TOL %	
				2018	2019
7866801	Hospital Metropolitanou Doutor Celio de Castro HMDCC	460	sem subtipo	71,55	80,83
27049	Hosp das Clínicas da Univ Fed de Minas Gerais EBSEH	504	sem subtipo	80,37	79,76
2146355	Hospital de Clínicas de Uberlândia	516	sem subtipo	82,85	90,01
2192896	Hospital Metropolitanou Odilon Bherens Hob	521	sem subtipo	76,32	73,26

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Em se considerando a capacidade instalada de leitos SUS e os dias de permanência dos quatro estabelecimentos selecionados (Anexo Tabela L), a comparação dos quantitativos totais do HMDCC com os outros 3 estabelecimentos, em 2019, não evidenciou diferença significativa entre os estabelecimentos ( $p < 0,0001$ ).

## 6 DISCUSSÃO

Segundo o manual dos Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015, p. 81), o tempo médio de permanência para leitos gerais varia conforme o tipo de leito e a faixa etária (Tabela 13).

**Tabela 13** - Faixa de variação recomendada para o tempo médio de permanência nas internações em leitos gerais, por tipo de leito.

Tipo de leito geral	Tempo médio de permanência (dias)	
	Limite inferior	Limite superior
Obstetrícia	2,4	3,1
Neonatologia	6,5	8,2
Pediatria clínica	4,6	5,7
Pediatria cirúrgica	2,4	3,9
Clínica 15 a 59 anos	6,5	8,5
Clínica 60 anos ou mais	7,4	9,7
Cirúrgica 15 a 59 anos	3,6	4,4
Cirúrgica 60 anos ou mais	4,6	6,5

Fonte: Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015, p. 81).

Quanto ao TMP em leito de UTI o intervalo é estimado segundo o tipo de internação em leito geral (Tabela 14).

**Tabela 14** - Faixa de variação recomendada para o tempo médio de permanência em UTI, por tipo de leito geral e tipo de UTI.

Tipo de leito geral	Tipo de leito de UTI	Tempo médio de permanência (dias)	
		Limite inferior	Limite superior
Neonatologia	UTI neonatal	8,8	11,9
Pediatria clínica	UTI pediátrica	7,78	14,1
Pediatria cirúrgica	UTI pediátrica	5,97	8,36
Obstetrícia	UTI adulto	2,87	4,59
Clínica 15 a 59 anos	UTI adulto	6,79	9,08
Clínica 60 anos ou mais	UTI adulto	7,39	9,52
Cirúrgica 15 a 59 anos	UTI adulto	4,48	5,92
Cirúrgica 60 anos ou mais	UTI adulto	4,64	6,24

Fonte: Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015, p. 81).

O Ministério da Saúde (2002) recomenda que os indicadores sejam mensurados por tipo de unidade, pois a média pode ser afetada pela forma de tratamentos das transfências internas no censo hospitalar, além de particularidades referentes à faixa etária e a especialidade. Neste estudo foi considerado o tempo médio de permanência geral, o que pode representar alguma limitação.

### 6.1 INTITUTO COUTO MAIA

O Instituto Couto Maia (ICM) apresentou TMP superior ao hospitais comparados, e também superior aos limites recomendados para hospitais do SUS. O TMP elevado gera baixa rotatividade dos leitos, e pode elevar os custos hospitalares e a insegurança assistencial (ANS, 2013). Segundo a Agência de Saúde Suplementar (2013, p. 1), “a média de permanência em hospitais agudos acima de sete dias está relacionada ao aumento de risco de infecção

hospitalar”. Este resultado do tempo médio de permanência elevado pode ter influenciado na também elevada taxa de mortalidade hospitalar do ICM.

Quanto à TMH, o ICM também apresentou resultado superior aos demais estabelecimentos comparados, o que poderia estar relacionado ao perfil dos pacientes atendidos no hospital (infecologia). Contudo, não há uma taxa de mortalidade hospitalar de ‘referência’, e embora seja considerado um indicador de desempenho, há quatro determinantes que influenciam na variação da mortalidade entre hospitais: 1) o tamanho do hospital e o volume dos serviços produzidos, 2) características dos médicos e dos hospitais, 3) características dos pacientes, e 4) ser ou não hospital universitário. (TRAVASSOS; NORONHA; MARTINS; 1999, p. 375). Avini (2017) estudou a taxa de mortalidade como indicador de desempenho assistencial, e considerou os parâmetros de órgãos governamentais, entidades privadas e programas de acreditação, encontrando uma taxa que variou entre 1,78% e 5,52%. Portanto, além dos hospitais comparados, a taxa de mortalidade de 6,76% do ICM também não teve um desempenho superior aos dados encontrados na literatura, e tampouco em relação a taxa da região Nordeste que foi de 3,63 e 3,76% em 2018 e 2019, respectivamente.

Quanto ao VMI, cumpre esclarecer que este é um valor de referência com base na tabela SUS. Mesmo assim, na comparação com os serviços, o hospital apresentou valor maior do que dois dos três estabelecimentos comparados (R\$ 951,86 em 2019). A despesa do governo com esta PPP em 2019 foi de R\$ 53.700.000,00 (cinquenta e três milhões e setecentos mil reais), para um total de 2.285 internações (R\$ 23.501,00/internação), ou seja, o VMI representou 1/24 do valor efetivamente pago pelo governo em 2019. Isto porque, geralmente, o valor pago aos hospitais é superior ao valor apresentado no SIH/SUS, que aponta apenas os valores dos procedimentos aprovados de acordo com a tabela SUS.

O Ministério da Saúde preconiza uma taxa de ocupação de leitos de no mínimo 85% (BRASIL, 2011), mas nenhum dos serviços comparados alcançou essa taxa em 2019. Neste indicador, o ICM foi o estabelecimento que obteve o menor número de dias de permanência, com taxa de ocupação superior aos demais.

Com base nos indicadores analisados a gestão por PPP do Instituto Couto Maia não demonstrou desempenho superior em relação aos estabelecimentos comparados, exceto em relação à taxa de ocupação de leitos.

## 6.2 HOSPITAL DO SUBÚRBIO

O Hospital do Subúrbio apresentou um TMP dentro dos limites preconizados pelo Ministério da Saúde para hospitais SUS e inferior em relação aos estabelecimentos comparados. Isto demonstra que o HS teve um desempenho mais eficiente neste indicador.

A taxa de mortalidade hospitalar foi elevada, sendo que o número de óbitos foi superior ao grupo de comparação. Ou seja, neste indicador o HS não obteve o melhor resultado.

O valor médio pago pelo SUS em 2019 foi R\$ 1.754,29. O governo pagou a esta PPP, no mesmo ano, R\$ 204.900.000,00 (duzentos milhões, e novecentos mil reais), para um total de 15.912 internações (R\$ 12.877,00/internação), ou seja, o valor médio da internação representou 1/7 do valor efetivamente pago em 2019. Na comparação com os demais estabelecimentos, o valor SUS pago ao HS foi maior em relação a dois hospitais, com significância estatística em relação a um deles, e menor em relação a um hospital, com significância estatística.

Quanto à taxa de ocupação de leitos, o HS não apresentou diferença entre os serviços comparados. Logo, o HS apresentou desempenho superior aos demais apenas no indicador de TMP.

## 6.3 HOSPITAL METROPOLITANO DOUTOR CÉLIO DE CASTRO

O Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro (HMDCC) apresentou um TMP dentro dos limites preconizados pelo Ministério da Saúde para hospitais SUS, mas superior em relação aos estabelecimentos comparados.

A TMH do HMDCC foi superior aos hospitais comparados, ou seja, o estabelecimento gerido por PPP em Minas Gerais não teve desempenho superior neste indicador. Os resultados do TMP e da TMH do HMDCC podem estar relacionados ao perfil de atendimento (emergência, alta complexidade para traumatologia-ortopedia, cirurgia vascular e acidente vascular cerebral).

Quanto ao VMI, este foi inferior ao valor pago aos hospitais comparados. Contudo, o valor efetivamente pago pelo governo a esta PPP em 2019 foi de R\$ 250.765.415,00 (cinquenta milhões, setecentos e sessenta e cinco mil, quatrocentos e quinze reais) para um total de 19.404 internações (R\$ 12.923,28/internação). Ou seja, o valor médio da internação representou 1/8 do valor efetivamente pago em 2019.

Quanto à taxa de ocupação de leitos, o HMDCC não apresentou diferença entre os serviços comparados, o que demonstra que esse indicador pode ser melhorado, visto que um resultado de 85% em relação à capacidade instalada representa uso seguro e eficiente da estrutura.

#### 6.4 RESULTADOS ASSISTENCIAS E VALORES PAGOS

Os resultados dos indicadores de desempenho dos hospitais geridos por PPPs (tempo médio de permanência, mortalidade hospitalar e taxa de ocupação de leitos) não se mostraram superiores em relação aos hospitais com outros modelos de gestão, sendo que no caso do ICM o desempenho superior aos demais foi apenas no indicador de taxa de ocupação de leitos, do HS também foi apenas no indicador de tempo médio de permanência, e o HMDCC não se mostrou superior em nenhum dos indicadores de desempenho.

Quanto aos valores pagos aos hospitais geridos por PPP deve-se reforçar que os valores das internações são apenas valores de referência, e para uma conclusão mais robusta seria necessário considerar o valor total do contrato firmado com o gestor público e o valor de produção ambulatorial, que não foram objeto deste estudo. Contudo, é possível observar que no Estado da Bahia, que possui duas das PPPs abordadas neste estudo, o valor pago ao ICM foi de R\$24,00 (vinte e quatro reais) para cada R\$1,00 (um real) de VMI, enquanto que para o HS o valor pago foi de R\$7,00 (sete reais) para cada R\$1,00 (um real) de VMI. Destaca-se que, no caso do HS, Santos (2015) avaliou potenciais ganhos extraordinários nesta PPP, mesmo o valor pago por internação sendo bastante inferior ao valor pago para a outra PPP, o ICM, localizada no mesmo estado. Além disso, o ICM é um hospital referenciado, ou seja, não tem emergência, o que poderia tornar sua operação menos dispendiosa, diferentemente do HS que possui emergência 24 horas. Quanto ao número de leitos, o ICM possui menos de 1/3 do número de leitos do HS. Logo, essas diferenças levantam alguns questionamentos, para além dos indicadores de desempenho assistencial, sobre os custos da operação desses hospitais.

Se a lógica dos defensores deste modelo alega eficiência e economicidade (BARBOSA; MALIK, 2015), o desempenho assistencial abaixo do obtido por hospitais com outros modelos de gestão, e a discrepância nos valores efetivamente pagos não confirmam preliminarmente a superioridade do modelo.

Outro ponto não alcançado por este estudo diz respeito às relações de trabalho, pois esse modelo, a exemplo das OSSs, também leva à terceirização e à precarização dos vínculos



trabalhistas (FERNANDES *et al.*, 2018), com elevado *turnover*, o que também pode influenciar na governança e nos resultados assistenciais.

Outrossim, a gestão por PPP apresentam tendência de aumento da demanda e redução da capacidade de pagamento ao longo dos anos, conforme já observados em outros países (MONTAGU; HARDING, 2012). Por isso, a avaliação do custeio destes hospitais em cenários como, por exemplo, o da pandemia de SARS-CoV-2, que teve início em 2019, podem acentuar eventuais déficits, e comprometer a capacidade de sustentação econômica do modelo.

## 7 CONCLUSÃO

A opção por um modelo de gestão hospitalar no SUS necessita de análise criteriosa dos resultados que ele entrega à sociedade. Este trabalho teve como objetivo analisar um conjunto de indicadores mínimos, ainda que revelantes, para avaliar o desempenho dos serviços. Nesta análise a gestão por PPP não mostrou desempenho superior aos outros modelos existentes no SUS.

O cenário da pandemia, ou outros possíveis cenários vindouros, que altera a ordem sanitária, econômica, política ou social, pode comprometer a gestão deste modelo. A EC nº 95/2016 projetou uma retração do investimento em saúde para vinte anos que, aliado a contextos históricos desfavoráveis, deve influenciar nos resultados e no valor necessário para manter o custeio de uma PPP. Em outros países, como na França por exemplo, os governo teve de criar fundos garantidores devido às contas impagáveis de PPPs que eram devolvidas ao Estado (SIMONET, 2014).

Alguns autores reforçam o caráter técnico do modelo, como Carrera (2012), destacando sua eficiência e lógica de gestão. Contudo, também destacam o componente político e jurídico que rege a decisão pela adoção do modelo. Pode-se perceber que há um mosaico de princípios utilizados como argumentos conceituais para sua implementação, mas o componente decisório é o político.

O hospital gerido por PPP é um constructo idealizado como uma ilha de eficiência no subfinanciado e sobrecarregado sistema hospitalar público brasileiro, é um "dá pra fazer mais e melhor" que tergiversa da realidade, evitando o debate sobre os verdadeiros problemas estruturais dos sistema de saúde brasileiro. Estando inserido no sistema, o hospital gerido por PPP não estará numa bolha, ele será afetado, em maior ou menor intensidade, pelas tubulências que afetam todos os outros serviços hospitalares brasileiros ao longo da história.

Para os futuro das PPPs, a homologação da Lei nº 14.133 de abril de 2021 trouxe novas normas para as licitações e contratos na administração pública, incluindo os regidos por essas parcerias. Quanto à modalidade de licitação, as PPP poderão, além da concorrência prevista na Lei nº 11.079, ser licitadas na modalidade diálogo competitivo. Contudo, esta nova modalidade ainda carece de melhor entendimento e consolidação na prática. Alguns autores atribuem a demora para a concretização do modelo à insegurança jurídica (BARBOSA; MALIK, 2015), o que novamente pode ocorrer com a recente alteração da legislação.

Fatores políticos, financeiros e de governança também merecem atenção para avaliar o resultado do desempenho da gestão com este modelo. Contudo, a eficiência por ele prometida ainda não se concretizou na prática da atenção hospitalar no SUS.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Celia. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00197316, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/drk3GQCxZMTsnwQWxRjJdNQ/?lang=pt>. Acesso em: 11 Jan. 2019.

AVINI, Fabrício Colvero. **Indicadores hospitalares para a medição de desempenho assistencial e de gestão**: proposta de modelo-referência de *benchmarking* hospitalar. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Negócios). Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-graduação em Administração, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/6632>. Acesso em: 03 de outubro de 2021.

BAHIA. Tribunal de Contas do Estado. **Relatório e parecer prévio do TCE sobre as contas do chefe do poder executivo do Estado da Bahia**: exercício 2019. Seção analítica. Volume 2. Salvador: TCE/BA, 2020. 274 p.

BANCO MUNDIAL. **Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro. 2018**. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformasdo-SUS.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2019.

BARBOSA, Antonio Pires; MALIK, Ana Maria. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre Janeiro de 2010 e Março de 2014. **Revista de Administracao Publica**, v. 49, n. 5, p. 1143–1165, 2015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7612136177>. Acesso em: 20 Dez. 2019.

BARLOW, James; ROEHRICH, Jeans; WRIGHT, Steve. Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services. **Health Affairs**, v. 32, n. 1, p. 146-154, jan. 2013. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/citedby/10.1377/hlthaff.2011.1223>. Acesso em: 08 jul. 2019.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p. 2-3, 15 dez. 2016.

BRASIL. Lei nº 11.079. Institui normas gerais para licitação e contratação de parcerias público-privadas no âmbito da administração pública. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 2004.

BRASIL. Lei nº 12.527. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 nov. 2011. Edição extra.

BRASIL. Lei nº 14.133. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 abr. 2021. Edição extra.

BRASIL. Lei complementar nº 101. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 mai. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Média de permanência geral**. V1.02 – Janeiro de 2013. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Guia de Apoio a Gestão Estadual do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/parceria-publico-privada/>. Acesso em 28 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria Nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2 ed., Brasília, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao\\_censo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf). Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXIV - Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 out. 2017.

CARRERA, Mariana Baleeiro Martins. **Parcerias público-privada na saúde no Brasil: estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia**. 2012. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas). Fundação Getúlio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/9387>. Acesso em: 01 set. 2021.

CHOMSKY, N. **O lucro ou as pessoas?** Bertrand Brasil, 2002.

COMENDEIRO-MAALØE, Micaela *et al.* A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. **Health Policy**, v. 123, n. 4, p. 412–418, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.009>. Acesso em: 08 jul. 2019.

COMENDEIRO-MAALØE, Micaela *et al.* Public-private partnerships in the Spanish National Health System: The reversion of the Alzira model. **Health Policy**, v. 123, n. 4, p. 408–411, 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.01.012>. Acesso em: 08 jul. 2019.

FERNANDES, Lorena Estevam Martins *et al.* Recursos Humanos em Hospitais Estaduais Gerenciados por Organizações Sociais de Saúde: a lógica do privado. **Trabalho, Educação e**

**Saúde**, v. 16, n. 3, p. 955–973, 2018. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/tes/a/n7RtCS58n8dDsw39qmWRRBy/abstract/?lang=pt>. Acesso em:  
29 Jan. 2019.

HOSPITAL METROPOLITANO DOUTOR CÉLIO DE CASTRO (HMDCC). **Relatório de Gestão 2019**. Belo Horizonte, MG, 2020. 169p. Disponível em:  
[http://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2020/06/RAG\\_2019Rev2.pdf](http://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2020/06/RAG_2019Rev2.pdf). Acesso em: 23 ago. 2021.

LUEDY, Almerinda; BARRETO, Fábio Lisboa. Parceria Público-Privada em Saúde: Os Resultados do Hospital do Subúrbio (Salvador-Bahia). In: Congresso Consad de Gestão Pública, 9., 2016. **Anais eletrônicos...** Brasília: Consad, 2016. Disponível em:  
<http://consad.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Painel-38-02.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2020.

MCINTOSH, Nathalie. *et al.* A public-private partnership improves clinical performance in a hospital network in Lesotho. **Health Affairs**, v. 34, n. 6, p. 954- 962, 2015. Disponível em:  
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0945>. Acesso em: 08 jul. 2019.

MONTAGU, Dominic; HARDING, April; BANK, World. A zebra or a painted horse? Are hospital PPPs infrastructure partnerships with stripes or a separate species? **World Hospitals and Health Services**, v. 48, n. 2, p.15-9, Aug. 2012. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22913125>. Acesso em: 07 jan. 2020.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça *et al.* Organizaciones Sociales de la Salud: Una expresión fenoménica de la privatización de la salud en Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 1, 2018. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/S3WHg5SLbnggrCNDjPpnLsg/?lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2020.

NUNES, Alexandre; MATOS, Andreia. Análise do desempenho dos hospitais em parceria público privada no Serviço Nacional de Saúde português. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 9, n. 3, p. 304–309, 2017. Disponível em:  
[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883029/doi-1021115\\_jbesv9n3p304-9.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883029/doi-1021115_jbesv9n3p304-9.pdf). Acesso em: 14 out. 2019.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos *et al.* Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde em Debate**, v. 40, n. spe, p. 122–135, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/kYPzVLX9DKpxWtWJgKKTtgS/?lang=pt>. Acesso em: 25 mai. 2019.

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, v. 48, n. 3, p. 64–80, 2008. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/j/rae/a/nRDJMVhZqmZHZXtDhmQkWJz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2019.

SANTOS, Enoque Barbosa. **Parceria Público Privadas e ganhos extraordinários: uma análise da PPP do Hospital do Subúrbio em Salvador/BA**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis). Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-graduação em Contabilidade. Salvador, 2015. Disponível em:

[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18966/1/Dissert\\_Enoque\\_4\\_Rev.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18966/1/Dissert_Enoque_4_Rev.pdf). Acesso em: 20 fev. 2021.

SEKHRI, Neelam; FEACHEME, Richard; NI, Angela. Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency. **Health Affairs**, v. 30, n. 8, p. 1498-507, Aug. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0461>. Acesso em: 08 jul. 2019.

SIMONET, Daniel. Assessment of new public management in health care: the French case. **Health Research Policy and Systems** 2014 12:1, v. 12, n. 1, p. 1–9, 2014. Disponível em: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-12-57>. Acesso em: 8 jul. 2019.

THAMER, Rogério; LAZZARINI, Sérgio Giovanetti. Projetos de parceria público-privada: fatores que influenciam o avanço dessas iniciativas. **Revista de Administração Pública**, v. 49, n. 4, p. 819–846, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rap/a/rGxPYhmkdNpxMTvD7ZQymcG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2019.

TRAVASSOS, Cláudia; NORONHA, José Carvalho de; MARTINS, Mônica. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 367-381, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200011>. Acesso em: 22 jul. 2021.

VERAS, Mariana Oliveira. **Parceria público-privada na saúde: análise dos hospitais públicos geridos por organizações sociais**. 2018. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-graduação em Administração Pública, Goiânia, 2018. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/8284>. Acesso em: 03 out. 2021.

## ANEXOS

**Tabela A** – Total de AIHs e dias de permanência por Hospital Especializado, com 51 a 151 leitos, no Estado da Bahia, em 2018 e 2019

CNES	Estabelecimento	AIHs		Dias de permanência	
		2018	2019	2018	2019
2493845	Hospital Manoel Victorino	5.451	5.450	23.835	25.541
9383298	Hospital Regional Da Chapada	6.004	7.745	19.281	26.126
5428	Instituto Couto Maia (PPP)	828	2.285	14.470	29.461
2497751	SARAH Salvador	4.201	4.069	39.512	37.931

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).



**Tabela B** – Total de internações e óbitos por Hospital Especializado, com 51 a 151 leitos, no Estado da Bahia, em 2018 e 2019

CNES	Estabelecimento	Internações		Total de óbitos	
		2018	2019	2018	2019
2493845	Hospital Manoel Victorino	5.451	5.450	21	36
9383298	Hospital Regional da Chapada	6.004	7.745	191	340
5428	Instituto Couto Maia (PPP)	810	2.205	91	149
2497751	SARAH Salvador	4.201	4.069	0	0

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**Tabela C** – Internações hospitalares e valor total por Hospital Especializado, com 51 a 151 leitos, no Estado da Bahia, em 2018 e 2019

CNES	Estabelecimento	Internações		Valor total (R\$)	
		2018	2019	2018	2019
2493845	Hospital Manoel Victorino	5.451	5.450	7.300.177	7.629.776
9383298	Hospital Regional da Chapada	6.004	7.745	3.365.423	4.492.653
5428	Instituto Couto Maia (PPP)	810	2.205	830.704	2.098.841
2497751	SARAH Salvador	4.201	4.069	2.116.990	2.158.372

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**Tabela D** – Capacidade instalada de leitos SUS e dias de permanência por Hospital Especializado, com 51 a 151 leitos, no Estado da Bahia, em 2018 e 2019

CNES	Estabelecimento	Capacidade instalada de leitos SUS		Dias de permanência	
		2018	2019	2018	2019
5428	Instituto Couto Maia (PPP)	33.763	36.500	14.470	26.461
2493845	Hospital Manoel Victorino	23.835	25.541	39.420	39.420
9383298	Hospital Regional da Chapada	33.215	33.215	19.281	26.126

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**Tabela E** – Total de AIHs e dias de permanência por Hospital Geral, dos quatro maiores estabelecimentos por número de leitos, no Estado da Bahia, em 2018 e 2019

CNES	Estabelecimento	AIHs		Dias de permanência	
		2018	2019	2018	2019
6595197	Hospital do Subúrbio (PPP)	15.100	15.912	113.981	108.445
4294	Hospital Geral do Estado	14.189	15.733	121.356	127.188
3859	Hospital Geral Roberto Santos	21.306	23.815	201.098	198.741
2802104	Hospital Santo Antônio	24.649	24.994	300.640	292.831

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**Tabela F** – Total de internações e óbitos por Hospital Geral, acima de 151 leitos, no Estado da Bahia, em 2018 e 2019

CNES	Estabelecimento	Internações		Total de óbitos	
		2018	2019	2018	2019
3875	Hospital Ana Nery	7.141	7.082	355	285
6595197	Hospital do Subúrbio	15.100	15.912	1.126	1.285
3980	Hospital Eladio Lasserre	7.678	7.314	239	302
3778	Hospital Estadual da Mulher	7.609	11.027	42	175
4294	Hospital Geral do Estado	14.189	15.733	537	619
4073	Hospital Geral Ernesto Simões Filho	5.428	6.116	519	597
3859	Hospital Geral Roberto Santos	21.306	23.815	1.228	1.296
9443665	Hospital Municipal de Salvador HMS	4.745	10.210	369	537
3832	Hospital Santa Isabel	7.851	6.718	292	220
2802104	Hospital Santo Antônio	20.171	21.605	924	1.051
3816	Hospital Universitário Professor Edgard Santos	8.708	9.357	230	200

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**Tabela G** – Internações hospitalares e valor total por Hospital Geral, acima de 151 leitos, no Estado da Bahia, em 2018 e 2019

CNES	Estabelecimento	Internações		Valor total (R\$)	
		2018	2019	2018	2019
3875	Hospital Ana Nery	7.141	7.082	42.381.377	50.213.265
6595197	Hospital do Subúrbio	15.100	15.912	27.764.461	27.914.243
3980	Hospital Eladio Lasserre	7.678	7.314	4.355.902	4.866.949
3778	Hospital Estadual da Mulher	7.609	11.027	3.856.739	5.619.607
4294	Hospital Geral do Estado	14.189	15.733	22.150.591	27.387.300
4073	Hospital Geral Ernesto Simões Filho	5.428	6.116	8.823.758	10.335.930
3859	Hospital Geral Roberto Santos	21.306	23.815	60.006.887	69.572.877
9443665	Hospital Municipal de Salvador HMS	4.745	10.210	4.192.117	8.550.239
3832	Hospital Santa Isabel	7.851	6.718	27.336.940	22.913.506
2802104	Hospital Santo Antônio	20.171	21.605	37.990.790	37.103.957
3816	Hospital Universitário Professor Edgard Santos	8.708	9.357	16.320.207	18.875.257

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**Tabela H** – Capacidade instalada de leitos SUS e dias de permanência por Hospital Geral, acima de 151 leitos, no Estado da Bahia, em 2018 e 2019

CNES	Estabelecimento	Capacidade instalada de leitos SUS		Dias de permanência	
		2018	2019	2018	2019
3875	Hospital Ana Nery	90.155	91.372	64.464	58.942
6595197	Hospital do Subúrbio	130.670	114.245	113.981	108.445
3980	Hospital Eladio Lasserre	56.210	58.035	38.077	33.727
3778	Hospital Estadual da Mulher	48.910	53.838	17.997	29.273
4294	Hospital Geral do Estado	146.000	150.380	121.356	127.188
4073	Hospital Geral Ernesto Simões Filho	57.670	62.537	47.542	52.734
3859	Hospital Geral Roberto Santos	252.276	256.230	201.098	198.741
9443665	Hospital Municipal de Salvador HMS	42.888	65.700	29.738	56.837
3832	Hospital Santa Isabel	58.400	58.400	42.908	32.715
2802104	Hospital Santo Antônio	346.385	348.210	300.640	292.831
3816	Hospital Universitário Professor Edgard Santos	95.995	97.212	68.810	71.630

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**Tabela I** – Total de AIHs e dias de permanência por Hospital Geral, acima de 151 leitos, no Estado de Minas Gerais, em 2018 e 2019

CNES	Estabelecimento	AIHs		Dias de permanência	
		2018	2019	2018	2019
2200457	Associação Mario Penna	7.556	8.249	38.329	40.470
26840	Complexo Hospitalar São Francisco	17.243	18.993	92.892	100.649
27049	Hosp das Clínicas da Univ Fed de Minas Gerais EBSEH	20.159	21.105	140.395	134.764
2221756	Hospital Ana Nery de Juiz de Fora	2.869	3.013	69.380	71.204
2127989	Hospital das Clin Samuel Libanio Pouso Alegre	14.555	15.285	76.378	80.349
2206595	Hospital das Clínicas da UFTM	14.867	12.582	94.343	83.153
2146355	Hospital de Clínicas de Uberlândia	22.193	23.890	148.122	161.802
6601804	Hospital e Maternidade Municipal Dr Odélmo Leão Carneiro	12.605	14.144	64.404	67.870
2153084	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	11.106	9.461	63.486	54.802
26921	Hospital João XXIII	16.647	18.604	124.454	128.607
27022	Hospital Julia Kubitschek	10.802	11.243	87.732	89.433
2205440	Hospital Marcio Cunha	21.229	21.778	89.501	95.979



7866801	Hospital Metropolitano Doutor Celio de Castro HMDCC	15.575	19.404	120.565	135.713
2192896	Hospital Metropolitano Odilon Bherens Hob	24.798	25.501	152.094	152.479
2222043	Hospital Municipal	13.407	19.309	72.169	105.773
2200473	Hospital Municipal de Contagem	7.975	8.825	54.263	57.285
2126494	Hospital Público Regional Prefeito Osvaldo Rezende Franco	16.321	16.101	91.679	94.173
2111624	Hospital Regional João Penido	4.664	4.711	44.099	48.663
27863	Hospital Risoleta Tolentino Neves	18.404	22.154	108.641	121.371
2149990	Hospital Santa Casa de Montes Claros	17.845	17.305	96.439	96.199
2159252	Hospital São João de Deus	13.653	14.931	63.356	63.402
4034236	Hospital Universitário Ciências Médicas	12.827	12.855	72.397	69.972
2219654	Hospital Universitário Clemente de Faria	7.591	8.876	48.452	50.795
2218798	Hospital Universitário da Univ Federal de Juiz de Fora	5.177	5.673	34.058	37.296
27014	Santa Casa de Belo Horizonte	41.845	45.169	307.874	312.561
2153882	Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	9.363	9.203	64.675	63.182

2775999	Santa Casa de Misericórdia de Passos	13.212	13.830	60.798	64.080
---------	---	--------	--------	--------	--------

---

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**Tabela J** – Total de internações e óbitos por Hospital Geral, acima de 151 leitos, no Estado de Minas Gerais, em 2018 e 2019

CNES	Estabelecimento	Internações		Total de óbitos	
		2018	2019	2018	2019
2200457	Associação Mario Penna	41.451	44.847	1.853	2.086
26840	Complexo Hospitalar São Francisco	15.575	19.404	1.220	1.346
27049	Hosp das Clínicas da Univ Fed de Minas Gerais EBSEH	13.407	19.309	890	1.273
2221756	Hospital Ana Nery de Juiz de Fora	14.555	15.285	924	1.051
2127989	Hospital das Clin Samuel Libanio Pouso Alegre	24.798	25501	1.028	1.024
2206595	Hospital das Clínicas da UFTM	21.229	21778	1.053	1.023
2146355	Hospital de Clínicas de Uberlândia	22.193	23890	864	993
6601804	Hospital e Maternidade Municipal Dr Odelmo Leão Carneiro	17.845	17.305	997	980
2153084	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	13.212	13.830	854	945
26921	Hospital João XXIII	18.404	22154	716	914
27022	Hospital Julia Kubitschek	17.243	18.993	733	805
2205440	Hospital Marcio Cunha	14.867	12.582	933	803

7866801	Hospital Metropolitano Doutor Celio de Castro HMDCC	7.975	8.825	673	784
2192896	Hospital Metropolitano Odilon Bherens Hob	13.653	14.931	653	729
2222043	Hospital Municipal	20.159	21.105	799	678
2200473	Hospital Municipal de Contagem	7.556	8.249	618	653
2126494	Hospital Público Regional Prefeito Osvaldo Rezende Franco	16.321	16.101	653	601
2111624	Hospital Regional João Penido	12.605	14.144	546	576
27863	Hospital Risoleta Tolentino Neves	16.647	18.604	539	555
2149990	Hospital Santa Casa de Montes Claros	498	486	530	523
2159252	Hospital São João de Deus	11.106	9.461	451	413
4034236	Hospital Universitário Ciências Médicas	12.827	12.855	391	383
2219654	Hospital Universitário Clemente de Faria	9.363	9.203	302	297
2218798	Hospital Universitário da Univ Federal de Juiz de Fora	7.591	8.876	255	256
27014	Santa Casa de Belo Horizonte	4.538	4.614	158	169
2153882	Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	841	941	108	158

2775999	Santa Casa de Misericórdia de Passos	5.177	5.673	122	132
---------	---	-------	-------	-----	-----

---

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**Tabela K** – Internações hospitalares e valor total por Hospital Geral, acima de 151 leitos, no Estado de Minas Gérias, em 2018 e 2019

CNES	Estabelecimento	Internações		Valor total (R\$)	
		2018	2019	2018	2019
2200457	Associação Mario Penna	41.451	44.847	126.636.892	134.195.251
26840	Complexo Hospitalar São Francisco	20.159	21.105	72.100.961	76.503.052
27049	Hosp das Clínicas da Univ Fed de Minas Gerais EBSEH	22.193	23.890	65.597.985	68.123.719
2221756	Hospital Ana Nery de Juiz de Fora	21.229	21.778	39.998.011	43.917.442
2127989	Hospital das Clin Samuel Libanio Pouso Alegre	16.647	18.604	42.256.318	42.920.483
2206595	Hospital das Clínicas da UFTM	24.798	25.501	42.181.859	41.885.710
2146355	Hospital de Clínicas de Uberlândia	14.555	15.285	37.837.440	40.433.480
6601804	Hospital e Maternidade Municipal Dr Odelmo Leão Carneiro	13.653	14.931	34.071.483	39.148.590
2153084	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	17.243	18.993	33.184.168	38.076.628
26921	Hospital João XXIII	17.845	17.305	35.906.871	37.945.093
27022	Hospital Julia Kubitschek	13.212	13.830	35.034.309	36.897.440
2205440	Hospital Marcio Cunha	9.363	9.203	30.529.353	33.996.878

7866801	Hospital Doutor Celio de Castro HMDCC	Metropolitano	15.575	19.404	23.368.935	30.796.634
2192896	Hospital Odilon Bherens Hob	Metropolitano	14.867	12.582	35.502.250	30.561.448
2222043	Hospital Municipal		13.407	19.309	19.725.124	27.849.682
2200473	Hospital Municipal de Contagem		12.827	12.855	26.022.290	25.588.828
2126494	Hospital Público Regional Prefeito Osvaldo Rezende Franco		16.321	16.101	25.588.157	24.991.445
2111624	Hospital Regional João Penido		18.404	22.154	21.207.643	24.661.078
27863	Hospital Risoleta Tolentino Neves		12.605	14.144	19.627.520	21.312.017
2149990	Hospital Santa Casa de Montes Claros		7.556	8.249	18.126.846	19.824.100
2159252	Hospital São João de Deus		7.975	8.825	14.046.462	15.689.395
4034236	Hospital Ciências Médicas	Universitário	11.106	9.461	16.941.988	14.339.418
2219654	Hospital Clemente de Faria	Universitário	4.538	4.614	9.335.470	9.395.007
2218798	Hospital Univ Federal de Juiz de Fora	Universitário da	7.591	8.876	7.102.372	7.547.590

27014	Santa Casa de Belo Horizonte	5.177	5.673	6.120.137	7.149.777
2153882	Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	841	941	4.533.725	4.715.359
2775999	Santa Casa de Misericórdia de Passos	498	486	161.594	183.194

---

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).



**Tabela L** – Capacidade instalada de leitos SUS e dias de permanência por Hospital Geral, acima de 151 leitos, no Estado de Minas Gerais, em 2018 e 2019

CNES	Estabelecimento	Capacidade instalada de leitos SUS		Dias de permanência	
		2018	2019	2018	2019
27014	Santa Casa de Belo Horizonte	354.415	364.422	307.874	312.561
2146355	Hospital de Clínicas de Uberlândia	178.789	179.763	148.122	161.802
2192896	Hospital Metropolitano Odilon Bherens Hob	189.253	191.169	152.094	152.479
7866801	Hospital Metropolitano Doutor Celio de Castro HMDCC	168.508	167.900	120.565	135.713
27049	Hosp das Clínicas da Univ Fed de Minas Gerais EBSEH	183.960	183.960	140.395	134.764
26921	Hospital João XXIII	193.906	176.660	124.454	128.607
27863	Hospital Risoleta Tolentino Neves	124.100	130.670	108.641	121.371
2222043	Hospital Municipal	104.755	107.401	72.169	105.773
26840	Complexo Hospitalar São Francisco	116.800	116.800	92.892	100.649
2149990	Hospital Santa Casa de Montes Claros	108.405	110.595	96.439	96.199
2205440	Hospital Marcio Cunha	102.200	105.850	89.501	95.979
2126494	Hospital Público Regional Prefeito Osvaldo Rezende Franco	121.545	122.093	91.679	94.173

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).