

A hegemonia do SUS e a relação
público/privado na assistência
hospitalar

Susete Barbosa França

46

A hegemonia do SUS e a
relação público/privado na
assistência hospitalar

Susete Barbosa França

46

Texto para discussão é uma publicação da
Escola Nacional de Administração Pública

Editora

Vera Lúcia Petrucci

Coordenação editorial

Livino Silva Neto

Revisão

Cleidiana Cardoso N. Ferreira

Galber José Oliveira Maciel

Editoração eletrônica

Danae Carmen Saldanha de Oliveira

Maria Marta da Rocha Vasconcelos

© ENAP, 2002

FRANÇA, Susete Barbosa. A hegemonia do SUS e a relação público/privado na assistência hospitalar / Susete Barbosa França. Brasília: ENAP, 2002.

25f. (Texto para discussão, 46).

1. Política de Saúde 2. Serviços de Saúde 3. Serviços Públicos 4. Políticas Públicas 5. Atendimento ao Público 6. Qualidade. I. Título.

Brasília, DF

ENAP Escola Nacional de Administração Pública

SAIS — Área 2-A

70610-900 — Brasília, DF

Telefone: (0XX61) 445 7096 / 445 7102 — Fax: (0XX61) 445 7178

Site: www.ena.gov.br

E-mail: publicacoes@ena.gov.br

A hegemonia do SUS e a relação público/privado na assistência hospitalar¹

*Susete Barbosa França**

Introdução

A necessidade de serviços públicos de saúde, de caráter universal e a importância do Sistema Único de Saúde (SUS), na sua prestação, é quase uma unanimidade entre os estudiosos, planejadores e implementadores de políticas na área de saúde. Apesar de todos os seus percalços, considera-se que o sistema público organizado no SUS significou um enorme avanço na democratização do atendimento à saúde no Brasil. Sabe-se que um contingente enorme de pessoas depende exclusivamente do sistema de saúde gratuito. Ribeiro (1993) estimava que cerca de 80% da população brasileira só tenha acesso aos serviços de saúde prestados pelo SUS.

Mas qual é o tamanho do SUS? Ninguém sabe ao certo, estima-se. Mesmo porque, como medir um sistema desta magnitude, de atendimento universal e que inclui serviços de natureza e complexidade tão distintas? Não há como avaliar a influência do SUS como um todo. Sabe-se que as ações preventivas, por exemplo, são de iniciativa quase que exclusiva das instituições públicas, mas, no atendimento curativo, o setor privado tem participação significativa. De quanto? Qual a abrangência do setor privado autônomo na assistência médica do país e, em decorrência, do sistema público?²

Este artigo procura discutir estas questões e os limites dos dados disponíveis para respondê-las, apresentando uma nova agregação dos dados de pacientes internados em Belo Horizonte.

A hegemonia do SUS na assistência hospitalar do país

Para responder qual seria a participação do SUS na assistência médica nacional, foram utilizados os dados do Inquérito da Assistência Médico-Sanitária (AMS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que abrange

* Suzete Barbosa França é pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais.
Contato: susete@medicina.ufmg.br

toda a rede de saúde do país (correspondem, portanto, ao universo da assistência médica) e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) que se referem à rede SUS, ou seja, à assistência médica prestada pelo sistema. Mesmo com todas as limitações, a pesquisa AMS³ é a única fonte disponível que abrange toda a rede de saúde do território, incluindo, portanto, o sistema público, o que possibilita uma indicação do peso do SUS na assistência médica.

Considerando parte da assistência médica (a assistência hospitalar que é a mais importante do ponto de vista dos gastos com saúde no Brasil), observa-se, pelo Gráfico 1, a participação do SUS em relação ao total de internações produzidas no país em 1992.

Gráfico 1: Distribuição das internações no Brasil em 1992



Fonte: MS/DATASUS e IBGE/AMS, 1992.

Ou seja, em 1992, o setor privado hospitalar autônomo respondia por apenas 27% das internações realizadas no país, enquanto o SUS, nada menos que 73%.⁴ Assim, os dados indicam que o SUS produziu a maioria das internações do país nesse ano. Essa hegemonia irá se refletir nos diversos Estados e capitais, com maior ou menor intensidade. Em Minas Gerais, por exemplo, apenas 17% das internações ocorridas no Estado em 1992 foram realizadas em hospitais não-integrantes do SUS — esse seria o peso da chamada medicina supletiva. Em Belo Horizonte, o SUS respondia por 78% das internações, restando ao setor privado autônomo cerca de 22% das internações na capital mineira no mesmo ano (Tabela 1).

Tabela 1: Pacientes internados no Brasil, Minas Gerais e Belo Horizonte em 1992

	Pacientes internados		
	AMS	AIH*	% SUS
Brasil	19.864.441	14.582.768	73%
Minas Gerais	2.021.149	1.674.568	83%
Belo Horizonte	382.984	298.868	78%

Fonte: MS/DATASUS e IBGE/AMS, 1992.

* Autorização de Internação Hospitalar

Desta forma, a questão da importância do SUS parece respondida. Mas, se examinarmos esses dados com maior cuidado, iremos perceber um problema de natureza metodológica, que geralmente passa despercebido nos estudos que buscam dimensionar esse sistema. Isto é, ao considerarmos as internações da rede SUS como um bloco homogêneo, esquecemos um pequeno detalhe que faz uma enorme diferença: essa rede abrange não só hospitais públicos, mas também parte do setor privado que atua na área de saúde — o setor contratado e conveniado. Seria fácil estimar a influência do SUS na assistência médica, se essas clínicas e hospitais privados não atendessem fora do sistema. Mas a realidade nem sempre coopera com os pesquisadores. Os hospitais privados, que têm contrato com o SUS, atendem a clientela do sistema único, por certo, mas atendem também a clientela de planos de saúde e particulares, alguns mais, outros menos. E, por que seria diferente, já que são hospitais de natureza privada? Desta forma, existe claramente uma superestimação do peso do SUS, já que toda a produção dos hospitais privados contratados (inclusive as internações realizadas por meio de convênios privados e pagamento direto) é computada como produção do SUS.

Como não é possível separar as internações do SUS das demais realizadas pelos hospitais contratados, utilizando os grandes bancos de dados nacionais, essa informação só poderia ser levantada por fonte primária. Considerando as dimensões do país e a complexidade deste tipo de pesquisa, a informação torna-se praticamente inviável. Mas poderíamos levantar os dados e analisar o caso de um único município, Belo Horizonte, por exemplo, o que, pelo menos, forneceria uma indicação mais precisa sobre a participação do SUS na capital mineira, por extensão, em outras capitais e no país como um todo.

A relação público e privado na assistência hospitalar em Belo Horizonte

Uma nova agregação dos dados

No caso de Belo Horizonte, existe uma fonte secundária alternativa que pode substituir a pesquisa de campo, que foi encontrada no serviço de vigilância sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Esse serviço recebe um relatório sobre o controle de infecção hospitalar de cada hospital — o Relatório Anual de Infecção Hospitalar — que contém dados de capacidade instalada e número de pacientes internados; as altas e óbitos ocorridos naquele ano.⁵ Todos os hospitais de Belo Horizonte (bem como de todo o Estado) são obrigados a preencher esse relatório e enviá-lo anualmente para a vigilância sanitária da SES/MG, como um dos requisitos para a aprovação ou manutenção do alvará de funcionamento do hospital. Desta forma, pode-se considerar que essa fonte compreende o universo da rede hospitalar em Belo Horizonte, integrante ou não do sistema público de saúde.

Assim, foram escolhidos para a série histórica os anos de 1986, 1989, 1992 e 1995 — sendo este último o mais recente disponível por ocasião da pesquisa.⁶ Optou-se por utilizar os dados dos hospitais de curta permanência, já que os dados de saída de pacientes em hospitais de longa permanência não estão disponíveis no relatório da vigilância sanitária. Além disso, a AIH de longa permanência (tipo 5) não existia antes de 1992.⁷ Embora não sejam todos os hospitais de Belo Horizonte, trata-se de uma maioria expressiva: os hospitais de curta permanência representavam cerca de 82% dos hospitais existentes em 1995, com 76% dos leitos hospitalares.

Desta forma, os dados de saída e óbito do relatório da vigilância sanitária foram levantados para cada hospital existente nos quatro anos pesquisados. O mesmo procedimento foi realizado com os dados do DATASUS. Em seguida, os hospitais foram agregados de acordo com sua natureza jurídica e as internações de cada um foram agrupadas em duas grandes categorias:

- Pacientes internados pelo SUS; e
- Pacientes internados fora do SUS (por convênios e particulares).

A produção dos hospitais públicos e de hospitais privados não-contratados foi calculada em sua totalidade para o SUS⁸ como internações fora dele. Já as internações de hospitais privados contestados pelo SUS (lucrativos, filantrópicos ou universitários) foram computadas da seguinte forma: como os dados do DATASUS referem-se às internações do SUS, a diferença entre a produção registrada no relatório da vigilância sanitária e o número de pacientes internados registrados pelo DATASUS é o que foi considerado como a produção fora do SUS, ou seja, seriam as internações dos convênios privados e pacientes particulares realizadas nos hospitais contratados pelo SUS.

A participação do SUS na assistência hospitalar em Belo Horizonte

Com essa nova agregação dos dados hospitalares, pode-se observar o movimento das internações do SUS e dos convênios privados na capital mineira entre 1986 e 1995. O que ocorreu no período foi uma queda muito acentuada das internações do SUS e um enorme crescimento do número de pacientes fora do sistema em Belo Horizonte (Tabelas 2, 3 e Gráfico 2).

Tabela 2: Pacientes internados nos hospitais de curta permanência por natureza da internação em Belo Horizonte (em %)

Ano	Setor Privado					Setor Público SUS	Total de Pacientes internados em BH nº %	
	Hosp. contratados			Não Contrat.	Total Privado			
	Pac. SUS	Não SUS	Total					
1986	66%	11%	77%	7%	85%	15%	329.116	100%
1989	66%	11%	77%	10%	86%	14%	337.385	100%
1992	64%	10%	75%	14%	89%	11%	378.088	100%
1995	50%	17%	67%	20%	87%	13%	359.591	100%

Fonte: DATAPREV, DATASUS, SES/MG-VS.

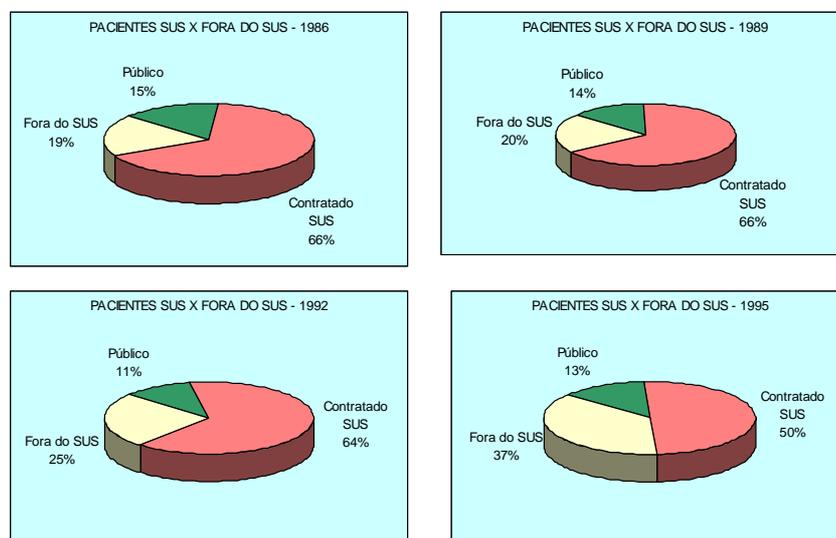
Tabela 3: Participação das internações do SUS e fora do SUS no total das internações em Belo Horizonte

Ano	Público SUS	Contr. SUS	Total SUS	Fora SUS	Total
1986	15%	66%	81%	19%	100%
1989	14%	66%	80%	20%	100%
1992	11%	64%	75%	25%	100%
1995	13%	50%	63%	37%	100%

Fonte: Tabela 2.

Mas, o que se destaca é que o grande salto do setor privado autônomo ocorreu nos anos 90. Em 1989, o SUS respondia por 80% das internações da capital, mas em 1995 o total de pacientes internados pelo SUS caiu para 63%.⁹ Ou seja, a medicina supletiva que produzia 20% das internações em 1989, passou a responder por 37% de todas as internações realizadas em 1995 na capital mineira — um crescimento de 17 pontos percentuais em apenas seis anos.¹⁰

Gráfico 2: Evolução das internações dentro e fora do SUS



Fonte: Tabela 3

Por fim, observa-se a transferência do *locus* dinâmico da atenção médica supletiva. Na segunda metade da década de 80, os hospitais fora do SUS foram os grandes responsáveis pela expansão desse segmento em Belo Horizonte, mas, nos anos 90, a medicina supletiva cresceu principalmente nos hospitais contratados no interior do SUS. Entre 1992 e 1995, as internações realizadas pelos hospitais fora do SUS aumentaram a um ritmo de 9,7% ao ano, enquanto as internações de pacientes particulares e de convênios privados realizadas nos hospitais contratados cresceram nada menos que 17% ao ano (Tabela 2).

Os hospitais contratados pelo SUS em Belo Horizonte

A queda do valor global destinado ao setor contratado, principalmente a partir de 1993, juntamente com a queda dos valores de remuneração da tabela do SUS,¹¹ podem ser consideradas como grande incentivo para o crescimento das internações por planos e seguros de saúde privados, como alternativa para suprir a baixa do financiamento do SUS. E se o valor que o hospital recebe por uma internação de convênio privado equivale, em média, a três do SUS, os recursos públicos tendem a representar uma parcela cada vez menos importante para a manutenção e funcionamento do hospital.¹²

Mas, todos os hospitais privados contratados pelo SUS se voltaram para a medicina supletiva da mesma forma ou com a mesma ênfase? Existem diferenças internas?

Em geral, se pensa que o setor contratado forma um bloco de hospitais atrasados tecnologicamente e totalmente dependentes dos recursos do SUS. Um setor “parasitário” que sobrevive às custas do financiamento público. Isso pode levar à conclusão de que o sistema público financia o hospital mais tradicional, que só sobrevive porque tem uma reserva de mercado patrocinada pelo Estado com recursos garantidos e clientela cativa. Essa visão é amplamente difundida e, em muitos aspectos, no todo ou em parte, confirmada por importantes estudiosos da área, com referência nos estudos de Mendes (1996; 1994).¹³

Mas esse modelo não se encaixa, de forma alguma, a todos os hospitais contratados. O setor hospitalar privado integrante do SUS não é um grupo homogêneo. Se o Estado patrocinou a formação, desenvolvimento e expansão da assistência hospitalar privada no Brasil e nivelou o setor por baixo ao garantir sua reprodução enquanto empresa sem concorrência, certamente este setor se diversificou na última década, em decorrência da própria mudança do papel regulador do Estado na saúde. Além disto, a queda dos valores de remuneração pagos pelo SUS, a partir da segunda metade dos anos 80, ocasionou uma diversificação do setor: uma parte dos hospitais contratados se descapitalizou, fechou ou tende a fechar, outra parte saiu do sistema e outra se “reacomodou” dentro dele, utilizando os mais diversos

mecanismos para se reproduzir enquanto empresa privada. Segundo diversos autores, as estratégias de sobrevivência passam basicamente pela seleção de clientela, de procedimentos de maior valor, da prática de “cobrança por fora” (do SUS e do paciente) e da “cobrança dupla” (do SUS e dos seguros e planos de saúde privados pelo mesmo serviço).¹⁴

Mas todos os hospitais que permaneceram no sistema experimentaram as mesmas dificuldades com a queda do financiamento público?

Ao separarmos um grupo de seis hospitais privados integrantes do SUS em Belo Horizonte — todos hospitais gerais de grande ou médio porte, todos credenciados no Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC), sendo que dois deles recebiam o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa (FIDEPS) — podemos comparar o desempenho deste grupo com o dos demais hospitais contratados pelo SUS entre 1992 e 1995.¹⁵

Este pequeno grupo, em um universo de 50 hospitais privados integrantes do SUS em 1992 e 45 hospitais em 1995, respondia por cerca de 30% dos leitos e do total de pacientes internados na capital nos dois anos pesquisados. Dentro do SUS, esses hospitais produziram 25% de todas as internações dos hospitais contratados em 1995. Entretanto, o percentual de pacientes do SUS, internados nesses hospitais, é bem inferior ao dos demais hospitais contratados e passou de 77% em 1992 para 60% em 1995 (Tabela 4).

Mas o que se destaca é a participação deste grupo de hospitais nos gastos do SUS. Embora nos dois anos da série tenha ocorrido uma queda muito significativa do número de internações pagas pelo SUS em Belo Horizonte a todos os prestadores, em termos relativos, esse grupo de hospitais se fortaleceu. Ou seja, embora o SUS tenha pago em internações aos hospitais privados de Belo Horizonte cerca de R\$ 130 milhões em 1992 e menos da metade deste valor em 1995 (apenas R\$ 63 milhões¹⁶), não houve socialização do prejuízo. Em 1992, o grupo dos seis hospitais recebia cerca de 45% dos recursos pagos pelo SUS aos hospitais contratados em Belo Horizonte. Três anos mais tarde já recebiam proporcionalmente mais 51% do que foi pago pelo SUS ao conjunto dos hospitais privados integrantes do sistema público. Comparando-se o valor médio da AIH em um e outro grupo, observa-se que são hospitais que recebem muito mais pelas AIHs por atenderem procedimentos de alta complexidade e também porque dois deles recebiam o adicional FIDEPS¹⁷ (Tabela 4).

Tabela 4: Hospitais privados integrantes do SUS em Belo Horizonte
Período: Dez/1992

Grupos	Leitos (V.S.92)	%	Saídas (V.S.92)	%	AIH 92	%	% Pac. INAMPS	Valor AIH (R\$ dez/95)	%	Valor Médio AIH (R\$)
Grupo 6 hospitalais	2.307	28%	81.930	29%	63.174	26%	77%	58.058.508,24	45%	919,03
Demais contrat.	6.042	72%	197.165	71%	180.360	74%	91%	71.568.654,83	55%	396,81
Total contr. 1992	8.349	100%	279.095	100%	243.534	100%	87%	129.627.163,07	100%	532,28

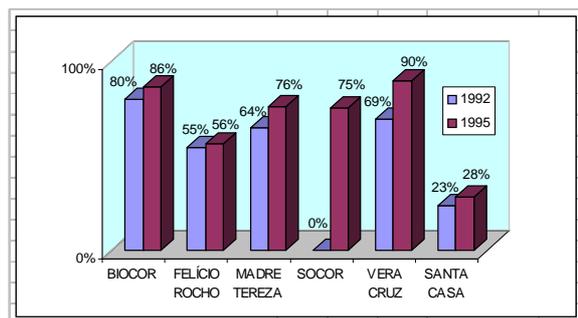
Período: Dez/1995

Grupos	Leitos (V.S.95)	%	Saídas (V.S.95)	%	AIH 95	%	% Pac. SUS	Valor AIH (R\$ dez/95)	%	Valor Médio AIH (R\$)
Grupo 6 hospitalais	2.097	30%	72.846	30%	43.976	25%	60%	32.653.411,81	51%	742,53
Demais contrat.	4.897	70%	167.196	70%	134.336	75%	80%	30.997.524,22	49%	230,75
Total contr. 1995	6.994	100%	240.042	100%	178.312	100%	74,3%	63.650.936,02	100%	356,96

Fonte: MS/DATASUS e SES/MG-VS.

Analisando mais detalhadamente cada hospital do grupo em relação ao tipo de procedimento pago pelo SUS nos dois anos pesquisados, pode-se constatar que, em quatro deles, os procedimentos de alta complexidade já eram largamente majoritários no total pago ao hospital em 1992. Entre 1992 e 1995, em todos os seis hospitais do grupo, ocorreu um aumento da participação dos procedimentos de alta complexidade no total de procedimentos.¹⁸ Em outras palavras, esses hospitais tenderam a privilegiar (mais ainda do que antes) procedimentos mais complexos (que são melhor remunerados pelo SUS), em detrimento dos demais procedimentos.¹⁹ (Gráfico 4).

Gráfico 4: Participação dos gastos com alta complexidade no total pago pelo SUS — Grupo de Hospitais de Belo Horizonte (1992/1995)



Fonte: Dados MS/DATASUS, 1992/1995.

Portanto, dentro do setor contratado, existe um grupo reduzido de hospitais, mas que responde por uma parte significativa da oferta de serviços hospitalares na capital, que são hospitais mais complexos e que tendem a se tornar cada vez mais autônomos, aumentando rapidamente a importância da medicina supletiva na interação, com a mesma rapidez que diminuem a participação do SUS. Nada indica, entretanto, que eles venham a se desligar do SUS, apesar da crescente autonomia em relação aos recursos públicos.

Considerações finais

Pode-se concluir que a medicina supletiva na área hospitalar não é externa ao SUS, como em geral se pensa. Os convênios privados expandiram-se em Belo Horizonte principalmente nos anos 90, intimamente ligados ao SUS. Isso ocorre porque os dois sistemas se desenvolvem ou se reproduzem dentro do mesmo *locus operantis*, o hospital contratado, que pode, de acordo com o interesse e as possibilidades da empresa hospitalar, resolver as potenciais contradições dos dois sistemas, como a seleção de procedimentos melhor remunerados pelo SUS. Desta forma, existiria uma complementaridade entre o sistema público e o privado autônomo estabelecendo uma relação simbiótica entre eles, que possibilitaria uma convivência em harmonia.

Estes desdobramentos das mudanças que ocorreram na área de saúde desde os anos 80 podem ser compreendidos pelo conceito elaborado por Raymond Boudon (são os “efeitos perversos” das políticas públicas), isto é, os efeitos não-antecipados, gerados pelos conflitos e contradições dos diversos interesses presentes (Pereira, 1996). Seriam conseqüências “não-desejadas” pelos atores, no caso, os sanitaristas, na implementação das políticas de saúde desde o advento do SUS.

As políticas do Estado brasileiro para o setor saúde adotadas a partir dos anos 80 buscaram privilegiar o setor público, reduzindo a participação dos hospitais privados integrantes do sistema público. Entretanto, não houve retração deste segmento, que cresceu se ajustando às novas regras do jogo. Haveria, portanto, uma acomodação e não uma contradição entre o SUS e a medicina supletiva (um sistema complementar o outro) em que pese todo o esforço empreendido no sentido oposto.

O problema ainda reside nas dificuldades da regulação estatal. O grau de publicidade da empresa privada que produz bens e serviços públicos está diretamente relacionado às possibilidades de controle e regulação por parte do Estado. No caso da prestação de serviços de saúde pelo setor privado, em alguns países, particularmente nos que tiveram experiências social-democratas, essa prestação configurou-se claramente em uma atividade pública. Isso foi possível, porque nestes países houve um longo processo de sedimentação das estruturas de classe e de seus mecanismos institucionais, o que condiciona a ação do Estado “ao entrechoque de interesses com forte capacidade de representação política” (Martins, 1985:25).

Nos países de industrialização recente como o Brasil, além da menor organização política da sociedade civil, historicamente, o Estado tem desempenhado um papel decisivo como promotor e ator da industrialização, expandindo suas atividades além de suas funções precípua e reservando um papel secundário para a regulamentação das atividades públicas. Isso parece demonstrar que um dos principais problemas na gestão do sistema ainda reside na baixa capacidade regulatória do Estado, apesar dos inegáveis avanços neste sentido nos anos mais recentes.

Notas

- ¹ Este artigo baseia-se em dados e conclusões da dissertação de mestrado da autora, “A Relação Público e Privado na Saúde: a trajetória dos hospitais privados integrantes do sistema público”, CEPEAD/UFMG, 1997, orientada pela professora Moema Miranda de Siqueira, que contou com o apoio da ENAP e da CAPES, por meio do Programa de Apoio à Pesquisa em Administração Pública (PAP). A autora agradece a Daisy Maria Xavier de Abreu, do NESCON/UFMG, pela leitura crítica e sugestões.
- ² Considera-se, neste trabalho, o setor privado integrante do SUS, isto é, as clínicas e hospitais particulares contratados pelo SUS, como parte integrante do setor público, sem, entretanto, deixar de salientar que este é um procedimento estritamente metodológico, já que o setor privado dentro e fora do SUS poderia ser considerado como um setor único, em contraposição ao setor público *stricto sensu*. Esta discussão já foi realizada pela autora (França, 1998).
- ³ Esta fonte apresenta algumas limitações, a começar pela defasagem de oito anos (os dados da AMS mais recentes são de 1992) em uma área onde as transformações políticas foram muito intensas e são muito recentes, como é o caso da municipalização dos serviços de saúde. Além disso, utilizar dados de fontes diferentes de forma agregada por si só já indica a necessidade de maior cuidado na análise.
- ⁴ Se estes dados confirmam a importância do sistema público na assistência médica do país (uma unanimidade entre os autores), parece haver, por outro lado, uma tendência de alguns estudiosos da área em superestimar o peso do SUS. No intuito, talvez, de valorizar o sistema público de saúde, autores como Giovanella e Bahia (1994) e Giovanella e Fleury (1996) calculavam que em 1994 o SUS respondia por 95% dos leitos existentes no país. De um lado, a utilização de dados relativos a períodos não coincidentes (dados da AMS de 1992 e do DATASUS de maio de 1994) torna a informação pouco confiável. Por outro, ao se utilizar como indicador do peso do SUS o número de leitos hospitalares públicos e contratados, tende-se a superestimar a sua dimensão, já que o contrato só garante a disponibilidade formal do leito para pacientes do SUS, não a sua exclusividade. Por isto, é mais adequado utilizar a produção de serviços, no caso, as internações hospitalares.
- ⁵ Os hospitais registram este tipo de dado para o cálculo de taxa de infecção hospitalar e não há relação direta com o pagamento ou controle de produção de

serviços, como é o caso dos dados do DATASUS, o que poderia significar maior confiabilidade dos dados oriundos do relatório da vigilância sanitária.

- ⁶ Este levantamento foi feito em 1996 para a dissertação de mestrado da autora.
- ⁷ Os hospitais podem ser divididos de acordo com o tipo de leito que dispõem. Os hospitais com leitos de longa permanência são aqueles que atendem patologias que demandam maior tempo de internação — superior a 30 dias (Brasil/MS, 1985). É o caso dos hospitais psiquiátricos, de reabilitação e de doenças crônicas. Esses hospitais são, em geral, em menor número, mas tendem a ser de maior porte.
- ⁸ Não foi considerada a produção dos hospitais públicos de clientela cativa, isto é, aqueles que atendem exclusivamente servidores públicos estaduais e militares. Esses hospitais não integraram a rede SUS e também não integraram a rede fora do SUS, no sentido que é analisado neste trabalho.
- ⁹ Pode-se confirmar a importância da assistência médica supletiva na capital pelos resultados de uma pesquisa de opinião realizada em 1995, encomendada pela prefeitura para avaliar os serviços do SUS em Belo Horizonte. A pesquisa constatou que 51,5% dos entrevistados resolvia seus problemas de saúde pelos serviços públicos, 39,1% por convênios privados e 8,1% por médicos particulares. De acordo com a pesquisa, os convênios crescem na proporção da queda na utilização dos serviços públicos. Entretanto, um quarto do grupo coberto por convênios procurou o SUS em caso de urgência/emergência ou porque o serviço público é perto de sua casa, e apenas 5,4% respondeu que procurou o SUS porque o convênio não cobre todo o tratamento. Na área hospitalar, a dificuldade de acesso é bastante salientada: 86,6% dos entrevistados consideram difícil ou com alguma dificuldade a internação gratuita. Observa-se também que a procura pela medicina supletiva é remetida, com pouca frequência, à questão da qualidade da assistência. Apenas 9,5% dos entrevistados consideram como vantagem ter plano de saúde pela qualidade do atendimento médico. Nada menos que 88,2% enumeraram razões administrativas — não existência de filas, possibilidade de marcar consultas por telefone, consulta direta com especialista etc. (CP 2, 1996).
- ¹⁰ Deve-se ressaltar, entretanto, que estes dados estão subestimados, já que se originam da comparação entre o número de saídas declaradas pelo hospital e o número de AIHs pagas pelo SUS. Considera-se que cada AIH normal corresponda a uma internação, já que cada AIH deste tipo tem validade de até 30 dias de permanência. Entretanto, sabe-se que muitos hospitais emitem mais de uma AIH por paciente. Por isso, é provável que a participação das internações por convênios privados e pagamento direto seja maior do que este percentual apurado.
- ¹¹ Segundo Médici (1992), o setor contratado recebia 71,3% dos recursos do SUS em 1981 e em 1989, apenas 29,6%. Quanto ao valor das tabelas do SUS, entre

1990 e 1994 o reajuste foi duas vezes menor que a inflação geral do período e a inflação da saúde foi quase três vezes maior. De julho de 1994 a junho de 1995 a inflação hospitalar foi de 75,6% sem que houvesse qualquer reajuste no período (Médici, 1995).

- ¹² Dados apresentados pelo palestrante do tema “Plano Próprio de Saúde”, XV Encontro Mineiro de Hospitais, Belo Horizonte, 17/10/96.
- ¹³ Para Médici (1990:296), ao longo dos anos 80, houve um intenso processo de descredenciamento dos hospitais privados, o que poderia representar “uma desistência da rede privada mais eficiente em manter relações contratuais com o INAMPS com o atual padrão de remuneração de serviços”. Mendes (1994:48) vai mais longe. Segundo esse autor, o que ocorreu com o sistema privado de saúde no Brasil nos anos 80 foi uma ruptura no seu interior, “com o deslocamento de seu setor moderno para o subsistema de atenção médica supletiva e a permanência do setor tradicional no subsistema público”. Do mesmo modo, para Fleury (1994:226), “desde 1986, com a redução de gastos do INAMPS, (...) houve um processo crescente de descredenciamento seletivo da rede privada, ficando vinculada ao sistema público apenas a parcela mais atrasada tecnologicamente dos hospitais privados”.
- ¹⁴ Mas passam também pela “alta prematura”, por “minimizar” o número de atos médicos, aumentar a quantidade de atendimentos mesmo por internações desnecessárias, emitir mais de uma AIH por paciente, restringir medicamentos e exames especializados, cobrar indevidamente materiais e diárias, recusar patologias mais graves e todo tipo de fraude contra o sistema. Em auditoria realizada em mil hospitais do SUS de diversos prestadores espalhados pelo país, constatou-se que as irregularidades são corriqueiras na maioria dos hospitais do sistema (Barbosa, 1994).
- ¹⁵ São os seguintes hospitais: Biocor, Felício Rocho, Madre Tereza, Socor, Vera Cruz e Santa Casa. Este agrupamento objetiva apenas demonstrar a existência de diferenças internas no setor privado integrante do SUS. Não se trata do universo dos hospitais credenciados no SIPAC.
- ¹⁶ Os valores correntes mensais foram convertidos, mês a mês, pelo IGP-DI de dezembro de 1995.
- ¹⁷ O adicional FIDEPS pago aos hospitais com residência médica acrescenta, nestes dois casos, 50% no pagamento total das AIHs. Ou seja, este grupo recebia do SUS bem mais que o restante dos hospitais contratados e, além disto, podiam atender procedimentos mais lucrativos.
- ¹⁸ Os procedimentos mais complexos, que são geralmente de alto custo, são controlados pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS). Para atender a alta complexidade, o hospital tem que ser regularmente cadastrado em determinado SIPAC. As áreas que compõem o SIPAC foram definidas pela SAS em maio de 1993 e a partir daí uma série de portarias foram editadas para normatizar e

controlar procedimentos de alta complexidade. Em 1992, portanto, não havia qualquer controle sobre este tipo de procedimento. Em 1995, eram 77 grupos nas áreas de cardiologia, oncologia, ortopedia e transplantes de órgãos.

¹⁹ Segundo relatório da IV Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte:

“a tabela de remuneração do SUS acaba punindo, do ponto de vista financeiro, os prestadores que executam procedimentos de menor complexidade. Uma consulta médica, por exemplo, custa US\$ 2,70 na tabela do SUS e US\$ 14,00 na tabela da AMB, ou seja, o SUS paga seis vezes menos que o valor de mercado. Por outro lado, uma tomografia custa US\$ 93,00 na tabela do SUS e US\$ 107,00 na tabela AMB. A diferença é muito mais significativa nos procedimentos de menor complexidade, que são justamente os executados pela rede pública.” (Belo Horizonte, 1994:10).

Referências bibliográficas

- BARBOSA, P.R. (1985), “Auditoria em hospitais do SUS comprova descontrole generalizado”. *Conjuntura e Saúde/NUPES*. Rio de Janeiro, nº 18, agosto.
- BRASIL. Portaria MS/SAS nº 32 de 16 de fevereiro e de 8 de dezembro de 1993.
- CP2, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. (1994), *IV Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte*. Belo Horizonte. Mimeo.
- CONSULTORIA, PESQUISA E PLANEJAMENTO. (1996), *Pesquisa de opinião pública Saúde Municipal*, realizada entre 14 a 17 de janeiro e 30 de setembro a 6 de outubro de 1995. Belo Horizonte. Mimeo.
- FRANÇA, S. B. (1998), “A Presença do Estado no Setor Saúde no Brasil”. *Revista do Serviço Público*, nº 49, v. 3, pp. 85-100, jul./set.
- GIOVANELLA, L., BAHIA, L. (1994), “Saúde: o poder da atenção pública”. *Conjuntura e Saúde/NUPES*, Rio de Janeiro, nº 19, pp. 4-13, dez.
- GIOVANELLA, L., FLEURY, S. (1996), “Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise”, in EIBENSCHUTZ, C. (org.), *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, pp.177-198.
- MARTINS, L. (1985), *Estado capitalista e burocracia no Brasil pós 64*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- MÉDICI, A.C. (1990), “A oferta de serviços de saúde no Brasil: 1976-1986”, in Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 4, s.l. *Anais...s.l.*:ABEP, pp.283-320.
- _____. (1992), “Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil”. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.26, nº 2, pp.79-115, abr./jun.
- _____. (1995), “Necessidades de financiamento do setor saúde no Brasil em 1995”. *Saúde em Debate*, Londrina, nº 48. pp.69-76, set.
- MENDES, E.V. (org.). (1994), “As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a constituição da hegemonia do projeto neoliberal”, in *Distrito Sanitário*. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, pp.19-91.
- _____. (1995), *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1985), *Terminologia básica em saúde*. Brasília: Centro de Documentação.

PEREIRA, C. A. “Política pública como caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e feitos perversos na reforma sanitária brasileira — 1985-1989”. *Dados*, Rio de Janeiro, v.39, nº 3, pp.423-477.

RIBEIRO, H.P. (1993), *O Hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez.

Normas para colaboradores

1. A série **Texto para discussão** divulga artigos em fase de pré-publicação, com o objetivo de fomentar o debate direto entre o leitor e o autor.
2. Os trabalhos, sempre inéditos no Brasil, devem conter em torno de 25 laudas de 30 linhas de 65 toques.
3. Os originais devem ser encaminhados ao editor, em arquivo digital, em programa de uso universal. Usar apenas as formatações padrão e enviar para publicacoes@enap.gov.br.
4. Na primeira página deve constar informação sucinta sobre formação e vinculação institucional do autor (em até duas linhas).
5. Notas, referências e bibliografia devem vir ao final do trabalho, e não ao pé da página. Notas e referências, sendo o caso, devem vir devidamente numeradas.
6. Os originais enviados à editora de **Texto para discussão** não serão devolvidos. O editor compromete-se a informar os autores sobre a publicação ou não de seus trabalhos.

Texto para discussão Números publicados

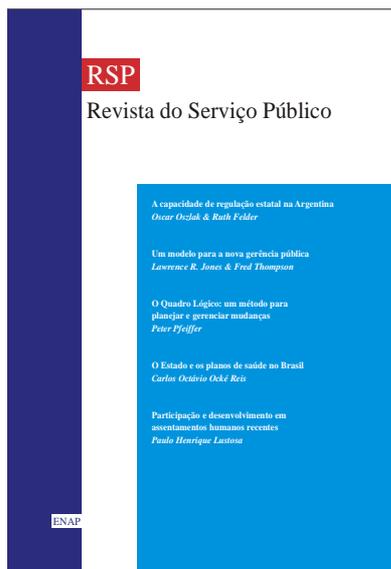
- 45 - *A conceituação de governabilidade e governança, da sua relação entre si e com o conjunto da reforma do Estado e do seu aparelho*
Vinícius de Carvalho Araújo
março/02, 27p.
- 44 - *Reforma gerencial dos processos de planejamento e orçamento*
Fabiano Garcia Core
outubro/01, 44p.
- 43 - *Os Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental: avaliação de sua contribuição para políticas públicas e trajetória profissional*
Zairo B. Cheibub e Wânia Amélia Belchior Mesquita
maio/01, 71p.
- 42 - *Experiências internacionais voltadas para a satisfação dos usuários-cidadãos com os serviços públicos*
Pesquisa ENAP
maio/01, 65p.
- 41 - *Gestão de custos no setor público*
Pesquisa ENAP
março/01, 26p.
- 40 - *Entre o público e o privado: o modelo de gestão de resíduos sólidos adotado pela SLU de Belo Horizonte*
José Wanderley Novato Silva
Allan Claudius Queiroz Barbosa
fevereiro/01, 27p.
- 39 - *A percepção das chefias sobre a capacitação nos cursos da ENAP*
Pesquisa ENAP
dezembro/00, 20p.
- 38 - *Perfil dos dirigentes de recursos humanos da Administração Pública Federal*
Pesquisa ENAP
novembro/00, 28p.

- 37 - *Planejamento estratégico municipal no Brasil: uma nova abordagem*
Peter Pfeiffer
outubro/00, 37p.
- 36 - *Relatório de Avaliação do curso Elaboração de indicadores de desempenho institucional*
Pesquisa ENAP
outubro/00, 36p.
- 35 - *Modelo para informatização das administrações públicas municipais*
Maria José Ferreira Foregatto Margarido
agosto/00, 21p.
- 34 - *Perfil dos gestores de recursos humanos da Administração Pública*
Pesquisa ENAP
agosto/00, 20p.
- 33 - *A imanência do planejamento e da gestão: a experiência de Curitiba*
Luiz Carlos de Oliveira Cecilio
Carlos Homero Giacconi
Miguel Ostoj Roguski
agosto/99, 22p.
- 32 - *Sociedade civil: sua democratização para a Reforma do Estado*
Luiz Carlos Bresser Pereira
novembro/98, 57p.
- 31 - *Custos no serviço público*
Marcos Alonso
outubro/98, 34p.
- 30 - *Demissão por insuficiência de desempenho na reforma gerencial: avanços e desafios*
Marianne Nassuno
setembro/98, 21p.
- 29 - *Reforma da previdência: negociações entre os poderes Legislativo e Executivo*
Marcelo James Vasconcelos Coutinho
agosto/98, 24p.
- 28 - *Diagnóstico da situação da mulher na Administração Pública Federal*
Franco César Bernardes,
Marcelo Gameiro de Moura e
Marco Antônio de Castilhos Acco
julho/98, 25p.
- 27 - *Capacitação de recursos humanos no serviço público: problemas e impasses*
Francisco Gaetani
junho/98, 27p.

- 26 - *Análise de macroprocessos na Secretaria de Recursos Humanos do MARE: uma abordagem sistêmica*
Marcelo de Matos Ramos
maio/98, 23p.
- 25 - *Desafios e oportunidades no setor de compras governamentais na América Latina e Caribe: o caso brasileiro*
Carlos César Pimenta
abril/98, 23p.
- 24 - *Reconstruindo um novo Estado na América Latina*
Luiz Carlos Bresser Pereira
março/98, 19p.
- 23 - *Reforma administrativa e direito adquirido*
Paulo Modesto
fevereiro/98, 25p.
- 22 - *Utilizando a internet na administração pública*
Cláudio Seiji Sato
dezembro/97, 25p.
- 21 - *Burocracia, capacidade de Estado e mudança estrutural*
Tereza Cristina Cotta
novembro/97, 13p.
- 20 - *A reforma administrativa francesa: da crise da função pública a uma nova racionalidade da ação coletiva, uma difícil transição*
Valdeir Araújo
outubro/97, 26p.
- 19 - *Formação e capacitação na construção de um novo Estado*
Evelyn Levy
setembro/97, 15p.
- 18 - *Agências Executivas: estratégias de reforma administrativa*
Marcos Alonso
agosto/97, 37p.
- 17 - *Controle interno e paradigma gerencial*
Sheila Maria Reis Ribeiro
julho/97, 27p.
- 16 - *Novos padrões gerenciais no setor público: medidas do governo americano orientadas para o desempenho e resultados*
Bianor Scelza Cavalcanti e Roberto Bevilacqua Otero
junho/97, 31p.

- 15 - *Cidadania e Res publica: a emergência dos direitos republicanos*
Luiz Carlos Bresser Pereira
maio/97, 45p.
- 14 - *Gestão e avaliação de políticas e programas sociais: subsídios para discussão*
Francisco Gaetani
abril/97, 15p.
- 13 - *As escolas e institutos de administração pública na América Latina diante da crise do Estado*
Enrique Saravia
março/97, 18p.
- 12 - *A modernização do Estado: as lições de uma experiência*
Serge Vallemont
dezembro/96, 16p.
- 11 - *Governabilidade, governança e capacidade governativa*
Maria Helena de Castro Santos
dezembro/96, 14p.
- 10 - *Qual Estado?*
Mário Cesar Flores
novembro/96, 12p.
- 09 - *Administração pública gerencial: estratégia e estrutura para um novo Estado*
Luiz Carlos Bresser Pereira
outubro/96, 20p.
- 08 - *Desempenho e controle na reforma administrativa*
Simon Schwartzman
setembro/1996, 22p.
- 07 - *Brasil século XXI - A construção de um Estado eficaz*
Virginio Augusto Ferreira Coutinho e
Maria Teresa Oliva Silveira Campos
agosto/1996, 24p.
- 06 - *A tecnologia da informação na reforma do Estado*
Ricardo Adolfo de Campos Saur
julho/1996, 15p.
- 05 - *Reforma administrativa e direito adquirido ao regime da função pública*
Paulo Modesto
outubro/1995, 14p.

- 04 - *Estado, aparelho do Estado e sociedade civil*
Luiz Carlos Bresser Pereira
outubro/1995, 31p.
- 03 - *Reflexões sobre a proposta da reforma do Estado brasileiro*
Gleisi Heisler Neves
outubro/1995, 28p.
- 02 - *A questão da estabilidade do serviço público no Brasil:
perspectivas de flexibilização*
Érica Máximo Machado e
Lícia Maria Umbelino
julho/1995, 21p.
- 01 - *A reforma do aparelho do Estado e a Constituição brasileira*
Luiz Carlos Bresser Pereira
maio/1995, 24p.



Assine a Revista do Serviço Público *Conhecimento atualizado em Administração Pública*

A **RSP Revista do Serviço Público** é uma publicação voltada para a divulgação e debate de temas relacionados ao Estado, à administração pública e à gestão governamental. Reúne artigos de autores brasileiros e estrangeiros que apontam as tendências contemporâneas no debate sobre a área.

Publicada desde 1937, a RSP passou por uma profunda reforma editorial em 1996, inspirada pela consciência da necessidade crescente de manter a função pública em contato regular com análises dos grandes temas atuais.

Conheça o *Catálogo de Publicações ENAP* visitando o nosso site: www.ensp.gov.br

Cartão de assinatura da RSP

Para assinar a RSP, preencha este cartão e envie para o endereço abaixo por fax ou correio.

Periodicidade: trimestral
Assinatura anual: R\$ 40,00
Exemplar avulso: R\$ 12,00
Exemplar anterior a 1997: R\$ 8,00

ENAP Escola Nacional de
Administração Pública
Diretoria de Informação e
Conhecimento em Gestão
SAIS — Área 2-A
70610-900 — Brasília - DF
Tel.: (0XX61) 445 7096 / 445 7102
Telefax: (0XX61) 445 7178
E-mail: publicacoes@ensp.gov.br

Nome/Instituição:

Profissão/Cargo:

CPF/CGC:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Caixa Postal:

Telefone:

Fax:

E-mail:

Tipo de solicitação:

- Assinatura RSP Ano 52 - 2001
 Alteração de cadastro

Formas de pagamento:

- Cheque nominal à ENAP Fundação Escola Nacional de Administração Pública
- Enviar ordem de pagamento (anexar cópia do depósito) em nome de: ENAP — Fundação Escola Nacional de Administração Pública, através do Banco do Brasil S/A — Agência Ministério da Fazenda 3602-1, Conta Corrente: 170500-8 Depósito identificado (código - dv) finalidade: 11470211401002-2.
- Enviar nota de empenho (anexar original) em nome de: ENAP — Fundação Escola Nacional de Administração Pública — UG: 114702 — Gestão: 11401