



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Melo, Rafael Cerva; Miranda, Alcides Silva de
Incremento decenal de estabelecimentos assistenciais
no Brasil e vinculações com o Sistema Único de Saúde
Saúde em Debate, vol. 46, núm. 133, 2022, Abril-Junho, pp. 346-357
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213307>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406371514008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Incremento decenal de estabelecimentos assistenciais no Brasil e vinculações com o Sistema Único de Saúde

Ten-year increase of healthcare facilities in Brazil and links to the Unified Health System

Rafael Cerva Melo^{1,2,3}, Alcides Silva de Miranda¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213307

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

PALAVRAS-CHAVE Sistemas de saúde. Serviços de saúde. Setor privado. Sistema Único de Saúde.

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

KEYWORDS Health systems. Health services. Private sector. Unified Health System.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
- Porto Alegre (RS), Brasil.
rafa.melo.home@gmail.com

²Grupo Hospitalar Conceição (GHG) – Porto Alegre (RS), Brasil.

³Faculdade e Escola Técnica (Factum) – Porto Alegre (RS), Brasil.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

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

No plano internacional, predominaram as publicações sobre estudos tendenciais de alocação de recursos financeiros de custeio em função de agenciamentos entre os setores público e privado¹⁻⁵

No Brasil, tem sido ainda mais raras as publicações sobre esse tipo de estudo⁴, predominando as análises transversais, com dimensionamentos descritivos específicos sobre as ofertas hospitalares⁵⁻⁷ e de profissionais de saúde⁸⁻¹⁰.

Na maior parte dos estudos brasileiros com dimensionamentos comparativos sobre estabelecimentos, equipamentos e profissionais de saúde, os dados secundários foram obtidos a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), única fonte com a disponibilização regular e seriada. Acerca do CNES, em 2018, Rocha et al.¹¹ compararam a confiabilidade de um grupo de dados registrados em uma amostra estratificada de 2.777 hospitais, constatando que encontravam-se atualizados em 89% dos estatutos de funcionamento, em 44% da oferta quantitativa de leitos e em 82% dos quantitativos de outros equipamentos. Outro estudo recente também avaliou a confiabilidade dos dados hospitalares registrados no mesmo cadastro, com a conclusão de que eram consistentes e confiáveis^{11,12}. Todavia, não foram identificados estudos com a avaliação da consistência e da confiabilidade dos registros de outros tipos de estabelecimentos ambulatoriais do CNES.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido internacionalmente como um dos maiores do mundo no que se refere à sua intencionalidade de universalização da assistência em saúde e à prerrogativa de financiamento público. Apesar de existirem amparos legais que garantem a existência de um sistema público, universal e estatal no Brasil, muitos autores vêm tratando o sistema de saúde brasileiro como um sistema misto¹³, dada a forte presença do setor privado na prestação de serviços de saúde, nas mais diversas modalidades jurídicas e administrativas.

A partir da Constituição Federal de 1988, o SUS foi estabelecido em um conjunto de diretrizes organizativas, entre elas, as que tratavam da participação do setor privado na saúde brasileira. A saúde é livre à iniciativa privada, podendo participar de forma complementar no SUS, onde serviços privados são contratados pelo Estado para prestar assistência à saúde, e as entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos possuem preferência, legalmente. Ainda, poderá participar, de forma suplementar, na medida em que os cidadãos podem contratar serviços privados de saúde, através de desembolso direto ou pela contratação de planos ou seguros de saúde individuais ou empresariais, com financiamento compartilhado entre empregadores e empregados. Cabe destacar que os valores gastos por pessoas físicas com tratamentos de saúde, seja de forma direta ou através de planos e seguros individuais de saúde, podem ser resarcidos pelo Estado, através de deduções no imposto de renda, com regramentos específicos, mas sem teto de limite, o que corresponde a 46,8 % dos gastos tributários com saúde, beneficiando a população brasileira com acesso à saúde suplementar¹⁴.

A participação do setor privado na saúde brasileira, entretanto, parece estar cumprindo um papel muito maior do que a complementaridade ou a suplementação. Um conjunto de políticas fiscais, incentivos governamentais e arranjos jurídicos vêm abrindo espaço, cada vez maior, por uma saúde pública produzida

pelo setor privado. Cita-se o exemplo da Emenda Constitucional 95, aprovada no ano de 2016, que instituiu limite de gastos públicos em diversas áreas sociais, como a saúde¹⁵

Mais da metade dos leitos hospitalares do SUS é privada, contratada complementarmente. Os serviços de diagnóstico por imagem e hemodiálise chegam a ter uma predominância de mais de 80% do setor privado. Mesmo assim, o Estado (por oferta direta ou compra de serviços privados) é responsável por 67% das internações hospitalares e, também, detém a predominância dos vínculos empregatícios entre os trabalhadores da saúde¹⁶.

Ganha ainda mais importância a análise sobre a relação do setor privado na produção de saúde, em especial, na produção estatal de saúde – saúde complementar – quando se olha para o debate acerca da crise do capitalismo, dos Estados capitalistas e da consequente ascensão de políticas austeras. Fala-se da crise do capital produtivo e do fortalecimento do capitalismo especulativo, rentista, que vem determinando políticas fiscais no mundo inteiro. A relação do setor privado com o Estado é muito mais que mera colaboração ou, mesmo, prestação de serviços ‘eficientes’. Ao contrário, pode visualizar-se a construção de arranjos político-administrativos legais que favoreceriam o setor privado e o direcionamento de recursos públicos para esse setor¹⁷.

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

O aumento da participação do setor privado em sistemas universais de saúde vem se mostrando uma tendência global. Por isso, acredita-se que é essencial analisar as formas de participação do setor privado na saúde. No Brasil, esse fenômeno é extremamente complexo e atravessado por um conjunto grande

de variáveis. Compreender, minuciosamente, esse fenômeno passa a ser importantíssimo para analisar os horizontes de transformação e os caminhos que devem seguir os sistemas nacionais de saúde nas conjunturas atuais da sociedade capitalista. Neste estudo, objetiva-se analisar as tendências nacionais de incremento proporcional entre os diferentes tipos de estabelecimentos de saúde, considerando categorias de vinculação ao SUS e pertencimento aos setores público e privado.

Material e métodos

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

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

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

Especificamente para a classificação de naturezas jurídicas e modalidades administrativas de estabelecimentos assistenciais de saúde, até 2016, o CNES adotava uma categorização própria e com 13 tipos, sendo que, a partir

de 2016, passou a adotar a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Concla-IBGE), com cinco tipos e 83 subtipos. Até 2015, no CNES, constavam registros para estabelecimentos classificados sob o tipo de ‘Organizações Sociais’, no entanto, mesmo constando essa mesma tipificação no IBGE, a partir de então, tais registros específicos deixaram de ser efetuados.

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

- Estabelecimentos próprios do SUS (SUS próprio), da Administração Direta e Indireta, de Direito Público e Privado;
- Estabelecimentos agenciados pelo SUS (SUS agenciado), como associações privadas sem fins lucrativos de Direito Privado, do tipo Organizações Sociais e congêneres (com registros somente de 2010 até 2015);
- Estabelecimentos complementares contratados ou conveniados pelo SUS (Privado complementar), de natureza privada, com e sem fins lucrativos, incluindo cooperativas complementares ao SUS;
- Estabelecimentos suplementares sem vínculos assistenciais com o SUS (Privado suplementar), de natureza privada, com e sem fins lucrativos, incluindo cooperativas suplementares.

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

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

escopo deste estudo: com atendimento no SUS e sem atendimento no SUS.

Os dados obtidos foram processados com o auxílio dos programas Tabwin Excel e Jasp. Para consubstanciar a análise tendencial da série histórica, foram calculadas taxas médias de incremento anual para cada segmento e tipo assistencial, assim como as variações cumulativas proporcionais entre o início e o final do referido período.

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

Resultados

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

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

Se projetadas as referidas taxas incrementais para o próximo decênio (2020-2029),

os ambulatórios de AB diminuiriam, proporcionalmente, quase 5%, constituindo cerca de 1/3 do total de estabelecimentos. O maior incremento ocorreria entre os ambulatórios de MC, aumentando quase

5% e constituindo quase 2/3 do total de estabelecimentos.

Na *tabela 1*, estão descritas as taxas anuais de incrementos proporcionais intrínsecos, de acordo com os segmentos e os tipos de serviços.

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

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

Fonte: elaboração própria com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁸.

*Dados do período 2010-2019.

No que concerne, especificamente, aos ambulatórios de AB, as maiores taxas médias anuais de incremento ocorreram entre os estabelecimentos cooperativados, complementares ao SUS e suplementares (respectivamente, 22,8% e 9,7%); tendo o maior incremento cumulativo ocorrido em cooperativas suplementares (aproximadamente, 120%). Os estabelecimentos de AB da Administração Estatal Direta obtiveram a menor taxa anual de incremento (2,6%), desconsiderados os estabelecimentos com taxas de decréscimo (Administração Estatal Indireta e Privado sem fins lucrativos complementar ao SUS). Observou-se que, entre 2015 e 2019, as taxas anuais de incremento para ambulatórios de AB da Administração Estatal Direta foram menores do que nos cinco anos anteriores.

Particularmente, sobre os ambulatórios de MC, as maiores taxas anuais de incremento ocorreram entre estabelecimentos agenciados pelo SUS (28,7%) e cooperativas suplementares (15,3%); também, ambos com o maior

incremento cumulativo. Os ambulatórios de MC da Administração Estatal Direta obtiveram incremento médio anual de 4,2%, abaixo da taxa incremental dos ambulatórios suplementares com fins lucrativos (4,8%). Observou-se que, entre 2015 e 2019, as taxas anuais de incremento dos ambulatórios de MC da Administração Estatal Direta foram menores do que nos cinco anos anteriores.

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

Acerca dos hospitais de MC, as maiores taxas anuais de incremento ocorreram entre

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

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

Por fim, considerados os leitos hospitalares, as maiores taxas anuais de incremento ocorreram entre estabelecimentos Estatais da Administração Indireta sob Direito Privado

(27,6,1%), os agenciados pelo SUS (26,5%) e as cooperativas complementares ao SUS (201%), que foram, ainda, os três tipos com o maior incremento cumulativo. Os leitos da Administração Estatal Direta obtiveram incremento médio anual de 2,0%, com taxa de decréscimo nos estabelecimentos privados com fins lucrativos e complementares ao SUS (-6,0%).

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

Os dados referentes a profissionais de saúde também apresentam características importantes, que consolidam a análise sobre a expansão do setor privado. Os dados analisados demonstram uma tendência de crescimento no setor privado, superior ao setor público, onde se deve levar em consideração a questão do duplo vínculo profissional.

Tabela 2. Taxas médias anuais (Tx%) e variação cumulativa (Vc%) de incrementos proporcionais intrínsecos para ocupações profissionais de nível superior relacionadas ao atendimento no Sistema Único de Saúde. Período de 2010 e 2019

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

Fonte: elaboração própria com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁸.

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

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

proporcional cumulativa de 71,8% na comparação entre atividades Não SUS e SUS; na Enfermagem, essa diferença foi ainda maior, de 188,2%; na Odontologia, a diferença foi menor, de 11,8%.

No CNES, há distinção entre os registros do pessoal de nível superior cadastrado nos estabelecimentos de saúde por categorias profissionais e os registros de suas ocupações (grosso modo, empregos), tipos de vínculos contratuais, cargas horárias, âmbitos de atividades, relação dos estabelecimentos com o SUS etc. Um dimensionamento que pode ser aferido a partir desses distintos registros é a razão de ocupações por profissional para cada categoria de nível superior ao longo do período, inclusive, discriminando as referidas ocupações em estabelecimentos que prestam serviços ao SUS (próprios e complementares) ou não (suplementares). A partir das tendências retrospectivas decenais de incremento ou decréscimo das razões entre profissionais e suas ocupações no SUS ou suplementares para cada categoria, também é possível dimensionar prospectivamente um cenário inercial para a década seguinte (*tabela 3*).

Tabela 3. Razões entre profissionais cadastrados em estabelecimentos assistenciais e suas ocupações, com e sem atendimentos no Sistema Único de Saúde. Meses de Julho de 2010 e 2019. Projeção de tendência inercial para 2029

Categoria profissional	Jul/2010		Jul/2019		Projeção Jul/2029	
	Prof/ Ocup. SUS	Prof/ Ocup. Não SUS	Prof/ Ocup. SUS	Prof/ Ocup. Não SUS	Prof/ Ocup. SUS	Prof/ Ocup. Não SUS
Biomedicina	1,0	0,3	0,8	0,5	0,7	1,0
Fonoaudiologia	0,9	0,5	0,9	0,5	0,8	0,7
Enfermagem	1,1	0,1	1,0	0,2	0,9	1,2
Farmácia	1,2	0,2	1,0	0,3	0,8	0,7
Fisioterapia e Terapia Ocupacional	0,9	0,4	0,8	0,5	0,8	0,6
Medicina	2,2	0,8	1,8	1,0	1,4	1,3
Medicina Veterinária	1,1	0,0	1,1	0,0	1,0	1,6
Nutrição	1,1	0,2	0,9	0,3	0,7	0,8
Odontologia	0,9	0,5	0,7	0,7	0,6	1,0
Psicologia	0,9	0,4	0,7	0,5	0,5	1,0

Fonte: elaboração própria com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁸.

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

Discussão

A tendência geral representou um panorama de expansão importante do setor privado na saúde brasileira. O País, reconhecido internacionalmente pelo maior sistema universal de saúde, parece estar acumulando um crescimento médio do setor privado, acima da expansão do setor público. Denota-se que, no período analisado, houve maior incremento proporcional dos estabelecimentos ambulatoriais de Média Complexidade e dos hospitais de Alta Complexidade. Tal fenômeno possui magnitude proeminente no segmento dos estabelecimentos privados suplementares. Essa questão parece reafirmar o fortalecimento do modelo centrado na medicina especializada e uma atração do setor privado por esse. O estudo ‘Demografia Médica no Brasil’, publicado em 2015 pelo Conselho Federal de Medicina¹⁹, discutiu a mesma tendência de atração dos profissionais médicos pelo setor privado, em que a medicina lucrativa, baseada na especialidade, encontraria campo fértil.

Em uma tendência crescente, com o fortalecimento da Média e Alta Complexidade e da medicina especializada de mercado, pode-se

analisar uma realidade contrária aos princípios do SUS. Na prática, a saúde integral, centrada na Atenção Básica e na função essencial do Estado Brasileiro, dá cada vez mais espaço ao mercado.

Os resultados, de forma geral, evidenciaram tendência de crescimento do setor privado sem relação com o SUS (privado suplementar), em uma taxa marcadamente maior que o crescimento do setor público (SUS próprio), aliada à retração do setor privado prestador de serviço ao SUS (SUS complementar). Vale destacar que o segmento chamado aqui de SUS agenciado, correspondente aos serviços geridos por Organizações Sociais de direito privado sem fins lucrativos, *quasi-market*, tem dados apresentados no sistema de informações públicas de saúde somente até o ano de 2015. Esse segmento vinha apresentando crescimento exponencialmente acima do setor essencialmente público (SUS próprio). Após o ano de 2015, acredita-se que essas informações passaram a ser cadastradas e publicadas como ‘SUS próprio’, o que pode representar, na análise, um falso crescimento do segmento essencialmente público na saúde brasileira. No segmento privado sem fins lucrativos e complementar ao SUS (em especial, entidades filantrópicas), observou-se uma tendência de nicho de mercado desse segmento específico em hospitais da média complexidade, ao mesmo tempo que os dados apontaram expansão do subsegmento cooperativado, complementar ao SUS e suplementar, em ambulatórios de média complexidade, sinalizando tendências específicas e relação com o setor saúde.

No segmento estatal, verificou-se migração da égide do Direito Público para o privado, tendência de agenciamento ao quase-mercado (OS), maior volume em estabelecimentos ambulatoriais de Atenção Básica e de ambulatórios e hospitais de Alta Complexidade. O segmento suplementar expande-se em quase todos os tipos de estabelecimentos, exceto na Atenção Básica e nos leitos hospitalares, ou seja, concentra-se em ambulatórios de Média

Complexidade e Alta Complexidade. Acredita-se que seja possível levantar a hipótese de que o setor privado, em tese, esteja evitando segmentos pouco produtivos e de alto custo, reafirmando uma relação com o Estado regulada e sob interesses de mercado²⁰.

Esse panorama deve ser observado com bastante atenção, uma vez que não se trata de mera movimentação econômica de mercado. Ou seja, o setor privado da saúde não cresce a partir de um contexto em que a população brasileira vem ampliando seu poder de compra e diminuindo a dependência da saúde pública. O que se observa é um conjunto de políticas fiscais, econômicas e sociais, acumuladas em diversos governos, que abrem lastro para o desenvolvimento neoliberal nos diversos setores da sociedade, incluindo a saúde. Um sistema de saúde com grandes limitações e vulnerabilidades vem sendo retraído, ainda mais, por regimes fiscais limitantes de recursos públicos e potencializadores do mercado privado¹⁷.

Estudos de crescimento do setor privado, na saúde brasileira, demonstram uma curva crescente, quase contínua. A ampliação de usuários de planos privados de saúde é observada mesmo em cenários de recessão econômica e retração de consumo, enquanto o orçamento público é apontado como oscilante, com tendência à queda²¹.

Quando se observa, ainda, comparativamente, o crescimento do SUS e do setor privado nos diversos níveis de atenção, identifica-se certa atração do setor privado por segmentos mais lucrativos, como os hospitais de alta complexidade, em detrimento aos serviços de atenção primária. Um setor privado especializado em alta complexidade e um sistema público voltado ao ‘pacote básico’ de serviços são uma tendência bastante discutida na literatura nacional e internacional. Orientações de organismos internacionais, como o Banco Mundial, pontuam a orientação de sistemas nacionais de saúde para a garantia de ‘cuidados básicos’, no sentido contrário ao ideário universalista e integral adotado no SUS²².

Além disso, é marcante o retraimento do setor privado prestador de serviços ao setor público, chamado de SUS complementar. Historicamente, o setor privado contratado pelo Estado para prestação de serviços mantinha uma relação de interdependência, com participação marcante na prestação de serviços no Brasil, antes mesmo da criação do SUS. Os dados parecem apontar para uma transição do capital privado da relação complementar para a relação suplementar com o SUS, em um cenário econômico de favorecimento do setor privado e diminuição de orçamento público, a partir de políticas como a Emenda Constitucional 95, de 2016, que impôs teto orçamentário para macroáreas como educação e saúde, que pode colocar em risco os termos da universalidade em favor de uma saúde de mercado²².

Em uma forte tendência de crescimento e expansão da saúde privada suplementar e um crescimento inferior do setor público, aliada à retração da rede complementar, é possível que se observe, ainda, em médio prazo, uma contrarreforma sanitária, substituindo os princípios da universalidade e da integralidade por um sistema público voltado para as lacunas deixadas por segmentos que o setor privado não deseja explorar. Frequentemente, sistemas de saúde em países do capitalismo dependente ou chamados ‘em desenvolvimento’, que apontaram para desregulamentação estatal e favorecimento econômico privado, ampliaram desigualdades em acesso à cobertura de saúde²³⁻²⁵.

É preciso analisar com muita atenção, também, o que os dados apresentam como crescimento do SUS. Até 2015, dados de Organizações Sociais, chamados aqui de SUS agenciado, eram apresentados separadamente dos dados de serviços estatais. Após esse período, passaram a ser apresentados conjuntamente. Entretanto, a taxa de crescimento do SUS agenciado era quase o dobro do segmento estatal. Na prática, o crescimento do SUS pode estar ocorrendo majoritariamente por Organizações Sociais. Embora exista grande

discussão em torno das Organizações Sociais na relação com o SUS, como alternativa para expansão do sistema de saúde brasileiro, é marcante a expressão dessas organizações como entidades privadas, onde há diminuição do controle estatal e desregulamentação sobre as atividades de saúde pública. Associações do ‘terceiro setor’, também chamadas de *quasi-market* (quase mercado), apesar de representarem atividades sem fins lucrativos, de interesse público, na prática, reproduzem características de lucratividade, buscando mecanismos políticos de isenção fiscal e autorregulação. Para muitos autores, a expansão de Organizações Sociais representa transferência de recursos públicos para o setor privado¹⁶.

Quando se olha para o incremento de profissionais de saúde, a mesma tendência de crescimento superior do setor privado, em detrimento ao setor público da saúde, é reafirmada. Há alguns anos, esse fenômeno é abordado por pesquisas da área da saúde. Embora o setor público, muitas vezes, ofereça melhores remunerações, na prática, observa-se uma menor reposição de força de trabalho, além de expansão retraída do setor público com o setor privado²⁶.

Considerações finais

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

O fortalecimento do mercado da doença, no sentido de exploração de setores lucrativos e de interesses de segmentos econômicos, sobressai-se a uma relação regulada e estratégica entre público e privado, se é possível

que ocorra. O setor privado relaciona-se com o SUS, estritamente, conforme seus interesses econômicos. No panorama de uma crescente no fortalecimento do SUS e dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira, vê-se uma forte tendência à contrarreforma, tocada pela égide do setor privado.

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

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

Colaboradores

Melo RC (0000-0002-0525-0741)* e Miranda AS (0000-0001-8947-9676)* são responsáveis pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Akintoye A, Chinyio E. "Private Finance Initiative in the healthcare sector: trends and risk assessment", Engineering, Const, Archit. Manag. 2015 [acesso em 2021 jan 25]; 12(6):601-616. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/09699980510634155>.
2. RameshM, Xun WU. Realigning public and private health care in southeast Asia. The Pacif. Rev. 2008 [acesso em 2021 jan 25]; (21). Disponível em: <https://www.tandfonline.com/toc/rpre20/current>.
3. Giovanella L, Stegmüller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(11):1-19.
4. Marquis MS, Long SH. Trends In Managed Care And Managed Competition, 1993–1997. Health Affairs. 1993; (18):75-86.
5. Martin AB, Whittle LS, Levit KR. Trends in State Health Care Expenditures and Funding: 1980-1998. Health Care Financ Rev. 2011; 22(4):111-140.
6. Pessôa LR, Santos IS, Machado JP, et al. Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: o caso do trauma no Brasil. Saúde debate. 2016; 40(110):9-19.
7. Dubeux LS, Carvalho EF. Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS. Rev. Bras. de Saúde Mat. Inf. 2009; 9(4):467-476.
8. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2005; 39(2):277-284.
9. Oliveira EXG, Travassos C, Carvalho MS. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2009; (20):S298-S309.
10. Cascaes AM, Dotto L, Bomfim RA. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Epid. Serv. Saúde. 2018; 27(1).
11. Rocha TAH, Silva NCB, Barbosa ACQ, et al. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. Ciênc. Saúde Colet. 2018; 23(1):229-240 .
12. Machado JP, Martins M, Leite IC. Qualidade das bases de dados hospitalares no Brasil: alguns elementos. Rev. Bras. Epid. 2016; 19(3):567-581.
13. Serapioni M, Tesser CD. O sistema de saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. Saúde debate. 2019; 43(esp5):44-57.
14. Dain S, Ocké-Reis CO, Geiger F, et al. Regime fiscal dos estabelecimentos e empresas de planos e seguros privados de saúde: legislação fiscal, mensuração de gastos tributários, relações com a política fiscal, impacto sobre a equidade e relações com a regulação. Rio de Janeiro; Agência Nacional de Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Organização Pan-Americana de Saúde; 2015. [acesso em 2020 dez 17]. Disponível em: <https://saudeamanhã.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/12/relatorio-final-0-Regime-Fiscal-Planos-Privados.pdf>.
15. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified heath system: the firts 30 years and prospects for the future. The Lancet. 2019; (394):345-56.
16. Viavaca F, Oliveira RAD, Carvalho CC, et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Ciênc. Saúde Colet. 2018; (23):1751-62.
17. Junqueria V, Mendes A. The brazilian public health in contemporary capitalism. Inter. J. Health Serv. 2018; (48):760-75.
18. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

- (CNES). Datasus. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>.
19. Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2015.
20. Bahia L, Scheffer M, Dal Poz M, et al. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2016; (32):1-5.
21. Santos MAB, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. 2004. Ciênc. Saúde Colet. (9):795-806.
22. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. The future of the SUS: impacts of neoliberal reforms on public health – austerity versus universality. Saúde debate. 2019; (43):58-70.
23. Ademiluyi IA, Sunday O, Aluko-Arowolo SO. Infrasctructural distribution of healthcare services in Nigeria: An overview. J. Geo. Reg. Plann. 2009; 2(5):104-110.
24. Nwakeze NM, Kandala NB. The spatial distribution of health establishments in Nigeria. Afri. Pop. Stud. 2011; (25):680-96.
25. Le DC, Kubo T, Fujino Y, et al. Healt Care System in Vietnam: Current Situation an Challenges. Asian Pacif. J. Diseases Manag. 2010; (4):23-30.
26. Moraes HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão femonêmica da privatização da saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(1):1-13.

Recebido em 11/09/2021

Aprovado em 10/03/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve