Implementação do Sistema Único de Saúde: novos relacionamentos entre os setores público e privado no Brasil*

Ana L. Viana**
Marcos S. Queiroz***
Nelson Ibanez****

Sumário: 1. Introdução; 2. Crise econômica e reforma do setor saúde; 3. Novos modelos de gerenciamento no setor privado: o caso do hospital de Cotia; 4. Discussão.
Palavras-chave: sistema de saúde; descentralização de políticas públicas; reforma sanitária.

Identificação de novas formas de ação e participação nos setores público e privado após a implementação do SUS no Brasil. Estratégias desenvolvidas pelo setor privado para aumentar a clientela e lidar com os constrangimentos financeiros impostos pelo financiamento dos serviços de saúde. Estudo de caso sobre estratégias desenvolvidas por um hospital filantrópico. A reforma na saúde tem sido extremamente limitada pela crise econômica.

Implementing the Sole System for Health services: new relationships in Brazil between the public and the private sectors

This paper aims to identify the new forms of action and participation in the public and private sectors after the implementation of the Single Health System in Brazil (SUS). Particular attention is given to the strategies developed by the private sector in order to increase its clientele and to deal with the financial constraints imposed by the financing of health services by SUS. It is shown that if, on the one hand, these strategies have been innovatory in many ways, they collide in many aspects with the idea of a unified health system. A case study about strategies of a philanthropic hospital is taken more closely for analysis. As for the public sector, the study did not find meaningful changes in managerial practices, not even has it regulated the private sector due to financial restraints. Thus, it is argued, if the health reform was favoured by a political conjuncture which helped its formulation, on the other hand, its implementation has been very much limited by the economic crisis.

* Artigo recebido em mar. e aceito em maio 1995.
** Doutora em economia e professora adjunta do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
*** Doutor em sociologia e pesquisador do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).
**** Doutor em medicina social e livre docente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

1. Introdução

No final de 1989, o Brasil empreendeu uma reforma substantiva na política de saúde através da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Promulgado na Constituição Federal de 1988, integrando os subsistemas público e privado, assim como os ramos da medicina preventiva e curativa num nível institucional, o SUS foi implantado com os seguintes objetivos: garantir acesso universal para todo o tipo de serviço médico, integrar a assistência médica comunitária e individual e descentralizar os serviços médicos através de uma rede única criada pelo governo municipal. A saúde foi, portanto, concebida como um direito de todos e um dever do Estado, que por sua vez assumiu o compromisso de assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, bem como a proteção e a recuperação de todos os cidadãos.

Mas o movimento de reforma que desembocou no SUS teve início muito antes, com várias políticas públicas federais na área da saúde que procuraram privilegiar a atenção primária, a descentralização administrativa e, ainda, a regulação pública das ações de saúde. São representativas dessas políticas as Ações Integradas de Saúde (AIS), no início da década de 80, que repassaram recursos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) para as secretarias estaduais e municipais de saúde, de modo a implementar a integração das ações setoriais, além de propiciar a expansão física e o reaparelhamento da rede pública de serviços de saúde e novas contratações de recursos humanos. Esse programa, no entanto, não promoveu a efetiva unificação das ações sob um comando único em cada nível de governo, nem tampouco a descentralização do gerenciamento das unidades de saúde.

Em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) estabeleceu uma série de convênios e contratos que transferiram para o nível estadual as responsabilidades pela gestão dos serviços de saúde, inclusive o emprego de terceiros. Em 1988, a nova Constituição Federal criou o Sistema Unificado de Saúde (SUS), ratificado nas Constituições estaduais de 1989 e nas leis orgânicas dos municípios. A partir da implantação do Suds/SUS, formou-se um sistema nacional de saúde.

Até o advento do SUS, o sistema público de saúde era gerenciado tanto pelo Ministério da Saúde (que cuidava dos aspectos preventivos), como pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através do Inamps, que cuidava, de modo centralizado, das ações curativas, envolvendo diagnóstico, tratamento e reabilitação. Cabiam ainda às secretarias estaduais de saúde as ações de saúde pública de tipo higienista e o atendimento primário, desenvolvido conjuntamente com órgãos municipais.

A reforma do sistema de saúde foi impulsionada pelo desempenho de uma elite profissional num cenário político favorecido pela abertura política e o apro-

fundamento do processo de redemocratização.[1] A reforma sanitária foi ainda auxiliada por uma conjuntura internacional favorável: a década, em todo o mundo, caraterizou-se por mudanças na política e em reestruturações significativas nos modelos de prestação de serviços de saúde, seguindo os preceitos de Alma Ata.

No Brasil, a década registrou muitos eventos importantes, entre os quais cabe destacar os Simpósios sobre a Política Nacional de Saúde, ainda ao final dos anos 70, a partir dos quais se organizou o Movimento Sanitário; as Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde; as reuniões da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária; e a atuação da Plenária das Entidades de Saúde nas discussões na Constituinte e na elaboração da Lei Orgânica de Saúde. Lideradas pelo Movimento Sanitário, estas forças sociais organizadas encontraram terreno propício para a difusão de suas propostas, inspiradas principalmente pela reforma sanitária italiana.

Compete ao SUS prestar assistência integral à saúde da população, incluindo aspectos preventivos, através da rede pública de serviços básicos e, complementarmente, da rede privada filantrópica; controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, imunológicos, hemoderivados, equipamentos e insumos; executar ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador; ordenar a formulação da política e a execução das ações de saneamento básico; incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos, bebidas e água; participar do controle e da fiscalização dos produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; colaborar na proteção do meio ambiente e do trabalho.

Para o financiamento do SUS, a Constituição previu recursos do sistema de seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal, dos territórios e municípios, além de outras fontes. Foi vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções a instituições privadas com fins lucrativos.

À iniciativa privada foi garantido o direito ao exercício de assistência à saúde, embora sua participação no SUS ocorra de forma complementar, mediante contrato de direito público ou convênio, estabelecido preferencialmente com entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos. Salvo nos casos previstos em lei, a Constituição vigente veda a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no Brasil.

---

[1] Essa elite profissional teve papel decisivo ao obter importante apoio para a reforma do sistema junto às instituições de saúde e à sociedade em geral, através do chamado Movimento Sanitário. De acordo com Teixeira (1991), esse movimento teve três objetivos principais: a formação de uma área de conhecimento denominada "saúde comunitária", a criação de políticas alternativas através de uma série de projetos experimentais de serviços primários de saúde e de medicina comunitária e, finalmente, a disseminação de ideologias relacionadas com um novo conceito de saúde e doença.

2. Crise econômica e reforma do setor saúde

A crise econômica dos anos 80 significou uma ruptura profunda com o passado, sendo pois questionado o modelo de crescimento econômico dos últimos 50 anos. O padrão de desenvolvimento brasileiro, assentado numa forte intervenção do Estado, foi abalado pelas transformações operadas nas economias desenvolvidas a partir de 1975.

Essas transformações ocasionaram a adoção, pelas economias desenvolvidas, de um novo padrão de crescimento, gestado por um novo referencial tecnológico e um novo perfil de financiamento. Tais mudanças romperam o vínculo entre produção, recursos naturais e emprego; propiciaram intensa globalização dos mercados e do sistema financeiro; e impuseram profundas reformas no aparato estatal e nas formas de provisão de bens e serviços sociais pelo Estado. Esse movimento redundou em novas relações entre o público e o privado em todos os níveis.

O Brasil, por sua vez, entrou em crise no final dos anos 70 e até agora não conseguiu encontrar novos mecanismos de inserção econômica nesse novo padrão internacional. Três fatores explicam essa dificuldade: a desorganização do Estado causada pela crise fiscal e financeira, a falta de consenso político para promover as reformas necessárias e a fragilidade da economia, principalmente no que diz respeito ao setor público. Como conseqüência, o Estado, que tradicionalmente vem operando como centralizador de capital e concentrador de poder político, encontra dificuldades imensas para comandar um novo ciclo de crescimento.

A bancarrota do Estado, o mais agudo subproduto da crise, comprometeu largamente o financiamento do sistema de proteção social, dependente de recursos públicos. No caso da saúde, que é predominantemente financiada por fundos previdenciários, parafiscais, de extração compulsória, incidindo sobre folha de salários, a recessão e a deterioração das rendas do trabalho foi fortemente inibidora desse perfil de financiamento. Dessa forma, várias medidas paliativas tiveram que ser tomadas — como a criação de novas fontes e o aumento das alíquotas das arrecadações compulsórias — mas sem muito êxito e sem resolver, de forma definitiva, o problema de financiamento público para as ações de saúde. Assim, se por um lado a conjuntura política favorável permitiu a formulação da reforma, por outro a crise econômica e fiscal do Estado tem imposto limites estreitos a sua implementação.

O cenário internacional da reforma do Estado e a própria crise pareciam indicar que a implantação do SUS se faria acompanhar de novos mecanismos de gestão, da racionalização dos gastos e de relações mais complementares e harmônicas entre os setores público e privado na provisão de serviços de saúde, atualizando a reforma do sistema de saúde com os novos ideários de reforma do Estado. No entanto, isso tem ocorrido de modo muito limitado. Na verdade, se com o SUS e o colapso do antigo padrão de intervenção estatal na área da saúde extin-

guiram-se as antigas relações entre o público e o privado, o fato é que um novo padrão — orgânico e funcional, que otimize e torne eficaz e resolutiva tanto a rede pública quanto a privada — ainda não foi criado.

A antiga parceria público-privado

A partir dos anos 60, a expansão da cobertura dos serviços de saúde criou uma série de distorções ao reforçar a medicina curativa, em modelo hospitalocêntrico, em detrimento da medicina preventiva e primária. Em 1949, 13% do gasto público com saúde destinavam-se à medicina curativa e 87% à medicina preventiva. No final dos anos 80, essa distribuição passou a ser, respectivamente, de 7% e 22%. Mais grave, porém, foi a expansão do atendimento a partir do pólo previdenciário, na medida em que a crescente universalização da cobertura reduziu cada vez mais o compromisso do Estado com a questão da saúde.

Através de uma excessiva centralização de recursos e de poder decisório na estrutura do Inamps, a política de saúde, até meados dos anos 80, apoiou-se numa estreita parceria entre o Estado e os segmentos privados. A política implementada pelo Estado, com recursos públicos, fortaleceu o complexo médico-empresarial privado por meio da contratação de serviços hospitalares, clínicos e laboratoriais. Com esse estímulo, o setor logo passou a ser responsável por cerca de 70% da oferta de serviços no país. Porém, com a implantação do novo modelo assistencial proposto pelo SUS, de corte descentralizado e municipalizado, não apenas se alteram os mecanismos decisórios e a forma de gestão da política, como também se observa a tendência à inversão do modelo curativo hospitalocêntrico e a uma perda de importância do setor privado.

A reforma na saúde começou a ser implementada com uma mudança na distribuição do gasto federal com os provedores de serviços de saúde, que acarretou uma queda acentuada na contribuição do Inamps para o setor privado. Em 1989, o setor privado absorveu apenas 29,6% dos recursos do Inamps, contra 41,7% em 1987; os serviços públicos, por sua vez, absorveram 30,4% em 1987 e 45,9% em 1989.

A queda na contribuição do Inamps ao setor privado é atribuída, em primeiro lugar, à implementação das políticas de saúde do período, que tiveram como objetivo reforçar o setor público através da transferência dos recursos do Inamps aos estados e municípios, e em segundo lugar, à estratégia do setor privado de se libertar da desvalorização de seus serviços resultante dos baixos preços pagos pelo Inamps. De acordo com Médici (1992), a percentagem de estabelecimentos lucrativos com contrato com o Inamps diminuiu de 64,6% para 52,8% entre 1980 e 1984.

Silva e Médici (1991) identificam quatro tendências que caracterizam esse período no que diz respeito à política pública de saúde: redução no número de serviços concedidos ao setor privado; aumento nos recursos gastos em unidades ou entidades de saúde pertencentes ao Inamps; aumento relativo no gasto com estados e municípios de acordo com a concepção de descentralização e municipalização dos serviços públicos; e, finalmente, aumento no gasto com hospitais

universitários. De acordo com esses autores, tais tendências resultaram de correções nas políticas de saúde, visando de modo geral a aumentar o gasto público em saúde e privilegiando ao mesmo tempo o setor público.

Essa política foi acompanhada por um aumento no gasto federal, estadual e municipal em serviços de saúde. O gasto federal, como proporção do Produto Nacional Bruto (PNB), aumentou de 2,22% para 2,53% entre 1987 e 1989. Esse aumento ilustra a importância da assistência à saúde na agenda dos anos 80: Outro aspecto importante é o aumento no gasto dos estados e, principalmente, dos municípios. As pressões para que cada município comprometa pelo menos 10% de sua receita com saúde são fortes, e muitos municípios dos estados mais desenvolvidos efetivamente têm gasto quantias dessa ordem.

Se aos 2,53% do PNB gastos em saúde pelo setor público acrescentarmos o gasto do setor privado, da ordem de 1,4% do PNB, teremos 3,9% do PNB despendidos com saúde no Brasil. Dos 2,53% do setor público, 0,8% corresponde ao gasto estimado pelos estados e municípios.

No que se refere à clientela do sistema de saúde, a característica básica até o início dos anos 80 consistia na dicotomia entre segurados e não-segurados do sistema previdenciário, com direitos e formas de acesso bastante diferenciados. Dada a universalização formalmente ocorrida e a afirmação dos direitos da cidadania para fins de assistência médica, com a nova Constituição, a clientela potencial do sistema é toda a população do país: cerca de 147 milhões de pessoas.

O setor privado autônomo

Com as restrições impostas às fontes de financiamento para o sistema de saúde, conseqüência da crise econômica, o setor privado começou a agir de modo mais autônomo diante do Estado, através da expansão da medicina de grupo via contratos com entidades públicas e privadas em geral e com companhias de seguros de saúde privadas em particular.

O setor privado supletivo no Brasil é constituído, *grosso modo*, por dois grandes segmentos: o médico-assistencial das empresas e o das famílias. O segmento médico das empresas engloba formas diferentes de ofertas de serviços médicos, tais como: serviços próprios e/ou credenciados; sistemas de pós-pagamento; medicina de grupo ou cooperativas médicas; planos de administração e convênios Inamps/empresas. O segmento médico-assistencial das famílias engloba o desembolso direto, a medicina de grupo e o seguro saúde.

A distribuição de assistência médica no mercado privado em 1989 era a seguinte: medicina de grupo, 48,2%; cooperativa médica, 23,4%; sistemas autônomos, 24,1%; seguro de saúde, 3% e planos de administração, 1,3%. De acordo com pesquisa recente,[2] o mercado privado no Brasil correspondia, em 1990, a 32

[2] Pesquisa empreendida pela Towers Perrin Consultoria/TPF & Cia. (1991).

milhões de usuários, 60% dos quais domiciliados no estado de São Paulo. Com a implementação do SUS, mas também com o aguçamento da recessão e do desemprego, caiu o número para 28,7 milhões de pessoas em 1991.

A medicina de grupo, com cerca de 300 empresas no Brasil, metade delas no estado de São Paulo, atende a 13,5 milhões de pessoas, 80% delas através de convênios com empresas. Representada pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abrange) e pelo Sindicato Nacional de Empresas de Medicina de Grupo (Sinange), possui hoje 78 hospitais, 7.800 leitos próprios, 600 centros de diagnóstico, mil hospitais conveniados, 18 mil médicos contratados em regime de CLT e 40 mil funcionários paramédicos e administrativos. Entre as principais empresas destacam-se Golden Cross/Amico, Interclínicas, Intermédica e Medial. O faturamento mensal da medicina de grupo, em 1991, correspondeu a US$167 milhões, com um custo *per capita* de US$12,4 por usuário.

O sistema de cooperativas médicas, representado pela Unimed do Brasil, atende a uma clientela de 10,5 milhões de pessoas. Criada em 1966, a Unimed abrange hoje 211 cooperativas, com unidades distribuídas por todos os estados brasileiros e 60 mil médicos associados, o que corresponde a cerca de 25% do total de médicos do país. Formadas pelas associações médicas de cada cidade, as unidades cooperativas prestam atendimento em consultórios particulares e pretendem crescer mais nos anos 90, investindo em construção de hospitais. Em 1990, o custo *per capita* mensal da clientela coberta foi de US$10.

Os planos de autogestão, formados sobretudo por empresas estatais e grandes empresas privadas, atendem a 5 milhões de beneficiários, com tendência à restrição de seu mercado, em razão do aumento dos custos de assistência médica. São representados pela Associação Brasileira de Serviços Próprios das Empresas (Abraspe).

Com nove empresas no mercado, os planos de administração atendem a 770 mil beneficiários. Administrando planos de grandes empresas, oriundas da autogestão, destacam-se as seguintes empresas: Sul-América e Interclínicas, em São Paulo, e Previna, na Bahia.

O seguro-saúde, com 11 empresas atuando no mercado, atende a 1.230.000 usuários e, ao lado dos planos de administração, constitui o segmento que mais cresceu no período 1989-91, por dispor de grande número de credenciados em todo o Brasil, inúmeros pontos de venda, grande poder de barganha, além de investir pesadamente em publicidade. As empresas bancárias Bradesco e a Sul-América respondem juntas por 81% do mercado em seguro-saúde, cabendo ao Bradesco 60,4% do total. O custo *per capita*/mês por segurados, em 1991, situou-se em torno de US$14,3.

É importante assinalar que o mercado privado de assistência médica suplementar foi um dos grandes beneficiados pela reforma do sistema de saúde, pois foram-lhe asseguradas autonomia e liberdade de ação, sem qualquer tipo de regulação do Estado via SUS.

Recentemente foi criada na Comissão de Seguridade Social da Câmara Federal de Deputados uma subcomissão para tratar da medicina supletiva. Foram sugeridas a regulamentação do setor e a possibilidade de o mesmo ressarcir o setor público pelos procedimentos de alto custo por ele oferecidos e que são amplamente utilizados pela clientela dos planos de saúde privados, já que estes, em sua grande maioria, não contemplam tais terapêuticas. Contudo, uma lei regulamentando esse assunto ainda não foi aprovada.

O setor privado ligado ao SUS

Ao contrário do setor privado supletivo, os hospitais privados contratados pelo setor público têm suas receitas estreitamente dependentes dos recursos do SUS. Estima-se que 70% da receita dos hospitais privados lucrativos e 85% da receita dos privados filantrópicos e beneficentes provêm de recursos públicos. Por isso a Federação Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (Fenaes), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH),[3] a Associação Brasileira de Hospitais (ABH), a Federação Nacional das Misericórdias e o Sindicato dos Hospitais (Sindhosp) vêm-se mobilizando para reagir à defasagem dos preços pagos pelo SUS para internação e atendimento ambulatorial, e ao atraso dos repasses (constantes a partir de 1991). As Casas de Misericórdia e entidades beneficentes congregam 2.250 hospitais, respondendo por 63% do total da oferta de leitos no Brasil e por 52% da oferta do estado de São Paulo (Justo, 1991).

No começo dos anos 80 (a partir das AIS), com as mudanças na destinação dos recursos do Inamps, priorizando o setor público em detrimento do segmento médico empresarial privado, inaugura-se um período de tensão e conflitos na parceria público-privado na oferta de serviços de saúde. O conflito aparece nas críticas do setor privado (conveniado e contratado), ligado ao sistema público, ao processo de "estatização da assistência à saúde", ou seja, à crescente participação do setor público, comandado pelas esferas municipais e estaduais, na oferta de serviços de saúde, após o SUS. O deslocamento desse conflito para as órbitas locais (os municípios) ocorre a partir do processo de descentralização e municipalização das ações de saúde que acompanha a implantação desse novo modelo. Atualmente, dada a definição do município como organizador dos modelos locais de saúde, o conflito entre as prefeituras (ofertantes de serviços básicos e de internação) e o setor privado (ofertante de serviços ambulatoriais secundários e internações) está permeado de tensões entre os diferentes grupos e facções da própria política municipal.

De modo geral, o setor privado não se vê como parceiro do setor público e é descapitalizado seguidamente devido aos atrasos no pagamento e aos repasses

[3] São filiados à Fenaes 5.500 hospitais e 40 mil outros estabelecimentos de saúde; à FBH, cerca de 3 mil hospitais.

insuficientes (tabelas de pagamento abaixo dos preços de mercado), quando vende serviços ao setor público. Por outro lado, o setor privado é contrário à expansão do setor público na área da assistência médica, pois considera-se hegemônico nas ações curativas, por ser responsável pela maior parte da oferta hospitalar. Assim, defende a orientação das ações públicas para os segmentos menos favorecidos, garantindo a reserva de mercado para os que podem pagar.

O modelo anterior à reforma da saúde dos anos 80 sofreu o impacto devastador da ampliação da cobertura implícita na universalização da demanda e a conseqüente necessidade de um padrão de gasto mais elevado de que o habitual, isso num período de escassez de recursos públicos, ou seja, de déficits públicos crescentes. Por isso a reforma dos anos 80 visou a privilegiar o setor público e a assistência primária em detrimento do modelo (conservador) baseado no predomínio da medicina privada, hegemônica nos anos 70. Mas a reforma não se reproduziu igualmente pelo território nacional, nem estimulou relações mais solidárias e competentes entre o setor público e o privado.

A principal característica do setor privado de saúde, inclusive o setor filantrópico, no seu relacionamento com o setor público (principalmente na região Sudeste do país) é a busca de autonomia. Ao procurar novos mercados, esse setor tenta diminuir sua dependência dos fundos públicos criando novos tipos de relação com empresas e famílias, criando planos próprios de saúde.

Tais tentativas, ainda que possam aliviar financeiramente o setor público, pulverizam a concepção original do SUS ao duplicar serviços, atomizar a demanda e enfatizar ainda mais as diferenças no atendimento médico entre os muitos planos de saúde e entre o atendimento público e o privado.

3. Novos modelos de gerenciamento no setor privado: o caso do hospital de Cotia

Diante do impasse criado pela crise da reforma da saúde, o setor privado tem-se mostrado muito mais ágil e disposto a desenvolver estratégias de sobrevivência do que o setor público. Mesmo as instituições filantrópicas, que se habituaram a uma grande dependência das fontes financiadoras do governo federal, têm encontrado maneiras inovadoras de lidar com os constrangimentos financeiros impostos pelo SUS. Já o setor público, preso em sua própria rede de contradições, não apresenta até o momento, salvo raras exceções, mudanças significativas nas práticas gerenciais e nem sequer assumiu a função que lhe compete, isto é, regulamentar essa nova tendência observada no setor privado.

Só muito recentemente o município de São Paulo começou a ensaiar novas formas de gerenciamento, envolvendo o setor privado e as universidades, numa tentativa de resolver a séria crise do sistema municipal de saúde. Ainda é cedo para dizer se essa tentativa será ou não bem-sucedida.

As estratégias adotadas por uma instituição filantrópica, o hospital de Cotia, por serem representativas de todo o setor, serão examinadas mais detalhadamen-

te. Tais estratégias, ainda que freqüentemente sejam bem-sucedidas do ponto de vista das instituições privadas, revelam a inexistência de novas relações orgânicas entre os setores público e privado e geram incertezas quanto à implementação do SUS.

A estratégia fundamental desenvolvida pelo hospital de Cotia no período 1990-94 teve dois estágios. O primeiro, 1991/92, caracterizou-se por uma política recessiva que implicou cortes nos gastos, fechamento de setores que apresentavam déficits e pressões sobre instituições públicas para que mudassem o padrão de financiamento dos serviços de saúde. Essas estratégias tinham como objetivo tornar a instituição minimamente viável.

O segundo estágio, que começou em fins de 1992, resultou de um novo relacionamento entre a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e a Associação do Hospital de Cotia, estabelecido através de um contrato de administração conjunta. O estado comprometeu-se a cobrir a diferença entre o custo real do serviço e o pagamento efetuado pelo SUS, e o hospital reabriu os serviços fechados por causa da recessão.

Além desse contrato com a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, o hospital de Cotia promoveu uma diversificação do rendimento através da abertura e amplificação de contratos com as empresas privadas locais. A política subjacente a essas novas estratégias deixou, portanto, de ser recessiva.

As estratégias empregadas pela diretoria do hospital no segundo estágio envolveram as seguintes medidas:

Com relação ao setor público

a) Nível local

Contrato firmado em novembro de 1993 com o município de Cotia para exames laboratoriais e radiológicos em favor de pacientes do SUS.

b) Nível estadual

Os seguintes objetivos foram estabelecidos e cumpridos em junho de 1992: reabertura do setor de emergência e ativação dos setores de suporte diagnóstico e terapêutico (laboratório clínico, radiologia e ultra-sonografia). O acordo com o estado, ainda que muito importante para a sobrevivência do hospital, é precário, instável e sem garantia de continuidade após expirar o contrato de um ano.

c) Nível federal

Em fevereiro de 1994, a instituição foi considerada pelo SUS como Hospital de Ensino, recebendo, como conseqüência, um adicional de 50% em cada fatura de internação.

Com relação ao setor privado

Entre setembro de 1992 e junho de 1994, 22 contratos foram firmados com o setor privado, compreendendo 81 indústrias em Cotia e nos municípios vizinhos.

As mudanças organizacionais enfretaram, em quase todos os setores, resistência às novas propostas, apesar do consenso quanto à identificação dos problemas e às estratégias para lidar com eles. A maior resistência ocorreu com relação à abertura ao setor de convênios privado: alegou-se que, com os novos convênios e contratos, a instituição perderia o seu caráter filantrópico baseado num atendimento indiferenciado à população.

A criação de um departamento específico para a administração de contratos, operando em sintonia com outros setores do hospital e focalizando cada passo do processo, foi a medida adotada pela diretoria do hospital para superar resistências e dar confiança aos profissionais envolvidos na implementação dessa estratégia.

Outra medida administrativa importante foi o estabelecimento de novas formas de contrato e remuneração para a corporação clínica e profissional. Muitos profissionais que trabalhavam no hospital em regimes de turnos ou em período parcial, realizando atividades especializadas em outros hospitais, aceitaram a proposta, estabelecendo vínculos autônomos com uma percentagem sobre os procedimentos realizados.

Resistências externas, causadas pela imagem negativa dos hospitais administrados pelo setor público e a recorrente situação de crise experimentada pelo próprio hospital, foram neutralizadas pelo trabalho de um experiente profissional de comunicação social.

Deu-se atenção especial ao setor industrial. Fizeram-se visitas às indústrias locais e prestaram-se à imprensa local informações sobre os novos serviços oferecidos. Em conseqüência, o número de contratos aumentou e o projeto tornou a receber doações.

Na área administrativa, o projeto teve como objetivo básico controlar os gastos mediante:

a) melhoramento do sistema de informação de contabilidade e faturamento do hospital, uma vez que as taxas de inflação mensais e o déficit financeiro permanente no período acarretaram gastos financeiros importantes;

b) redução dos encargos na folha de pagamento através da terceirização de alguns serviços;

c) melhoramento do controle sobre o setor de compras;

d) melhoramento do setor de manutenção com a contratação de um engenheiro e de um mecânico especializado em manutenção hospitalar.

Por meio de acordo com a Faculdade de Tecnologia de Sorocaba, o hospital tornou-se campo de treinamento para dois técnicos em saúde, medida que reduziu em mais de 70% as necessidades de contratos externos nessa área.

Com relação aos padrões de financiamento, as tabelas 1 e 2 apresentam dados que ajudarão a avaliar as estratégias postas em prática pelo hospital.

A tabela 1 mostra alguns dados úteis para a avaliação das conseqüências das mudanças nas políticas de saúde durante esse período. Com relação às receitas operacionais, chamam a atenção a redução da contribuição do SUS, de 68% em 1990 para 39% em 1993; o aumento da contribuição da Secretaria Estadual de Saúde, de 15% em 1990 para 52% em 1993; e o aumento do número de contratos privados realizados com empresas, famílias e indivíduos privados, de 0% em 1990 para mais de 5% na primeira metade de 1994.

A receita representada pelas doações mostra uma oscilação no período, com uma tendência à recuperação em 1994 devido às estratégias de relações públicas empregadas.

A redução na contribuição do SUS é um paradoxo, uma vez que está ocorrendo um aumento significativo na demanda desde a universalização do atendimento à saúde. Em condições normais, seria de se esperar um aumento significativo na contribuição do SUS.

Tabela 1
Distribuição percentual das fontes de receita (1990-94)

	1990	1991	1992	1993	1994*
Doações	3,0	5,8	3,9	1,5	2,3
Instituições públicas	2,0	2,0	2,0	1,0	1,4
Associados	1,0	2,0	0,4	0,0	0,0
Fundações	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Particulares	0,0	1,8	1,5	0,5	0,9
Operações/serviços	83,0	82,2	92,1	92,8	91,6
Particulares	0,0	0,1	0,0	1,0	1,7
Secretaria Estadual de Saúde	15,0	24,0	49,0	52,0	44,1
SUS	68,0	58,1	3,0	39,0	42,0
Convênios com empresas	0,0	0,0	0,1	0,8	3,8
Financeira/diversos	14,0	12,0	4,0	5,7	6,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Balanço Financeiro Anual da Associação Hospital de Cotia.
* Janeiro a junho.

A tabela 2 mostra uma redução percentual de investimentos no período, particularmente se forem consideradas a crescente demanda devido às mudanças na

política de saúde (universalização da clientela) e a baixa oferta de serviços hospitalares na região.

Com relação ao custeio, o gasto financeiro de 7% e 14,5% é explicado pelos empréstimos realizados para cobrir o atraso nos pagamentos do SUS num período de elevada taxa de inflação. Para neutralizar os custos financeiros crescentes, o hospital conta com a expansão de contratos com a clientela do setor privado. Embora represente apenas 5% das fontes de rendimento, essa expansão mostra um potencial significativo de crescimento.

Tabela 2
Distribuição percentual das fontes de despesa (1990-94)

	1990	1991	1992	1993	1994*
Investimentos	3,2	0,1	1,0	0,6	0,1
Propriedade	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Veículos	1,6	0,0	0,0	0,1	0,0
Equipamento	1,0	0,1	1,0	0,5	0,1
Outros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Custeio	96,9	99,9	99,0	99,4	99,9
Pessoal	68,8	72,9	62,0	56,3	58,4
Insumos	27,1	26,0	36,0	36,1	27,0
Despesa financeira	1,0	1,0	1,0	7,0	4,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Balanço Financeiro Anual da Associação Hospital de Cotia.
* Janeiro a junho.

4. Discussão

A reforma sanitária, que culminou no advento do SUS, teve como objetivos: a) mudar o relacionamento entre os setores público e privado no que diz respeito à oferta de serviços de saúde; b) providenciar cobertura universal a partir da municipalização e hierarquização dos serviços; e c) promover a integração entre a saúde pública e assistência médica individual.

O sistema foi elaborado de forma a reservar ao setor público o controle e a regulação das áreas de saúde, além do provimento da maior parte dos cuidados médicos em nível ambulatorial e da assistência de alto custo. Ao setor privado coube uma parte significativa na prestação de serviços de saúde, principalmente no que diz respeito à assistência médico-hospitalar.

Hoje, transcorridos cinco anos desde o surgimento do SUS, já dispomos de alguns elementos para analisar o processo.

Não se pode negar as inegáveis conquistas no que diz respeito à descentralização e à municipalização dos serviços de saúde. O ponto central desse processo

foi a expansão de uma rede pública de serviços de saúde que promoveu uma efetiva transferência de consultas previamente mantidas no hospital a um preço bastante elevado. Isso ocorreu em grande parte dos municípios das regiões mais desenvolvidas do país.

Mas o ponto fraco do SUS, não obstante o êxito obtido em alguns poucos municípios, é sua incapacidade para integrar as diversas instituições de saúde, mesmo as públicas, num todo coerente, seja no nível municipal, seja no nível regional, considerando a hierarquia tecnológica dos serviços envolvidos.

A integração da rede básica de serviços de saúde com os hospitais privados e universitários, que deveria ser o eixo central do sistema de saúde, tem encontrado grandes obstáculos, quer pela postura liberal e autônoma dos hospitais privados, quer pela incapacidade do sistema público para gerenciar o sistema de saúde.

Devido à falta de um corpo regional capaz de controlar o sistema, como inicialmente planejado no estado de São Paulo pelos Ersas, persiste um pronunciado desequilíbrio no sistema de saúde, uma vez que é impossível perceber e resolver muitos problemas de saúde num nível exclusivamente municipal. O controle de epidemias, a implementação e a avaliação de programas de saúde e o controle de qualidade dos serviços constituem alguns dos aspectos que só podem ser planejados e elaborados num nível organizacional mais amplo do que o municipal.

Na falta de um planejamento regional, a municipalização dos serviços de saúde permite que haja sistemas municipais de saúde com uma ampla variação nos níveis de sofisticação. Esse fator estimula os usuários potenciais num dado local a procurarem os melhores serviços e tratamentos, estejam estes situados perto ou longe de onde eles vivem, o que resulta numa sobrecarga dos sistemas de saúde mais desenvolvidos e organizados.

A nova Constituição imaginou que assuntos como a integração dos serviços públicos e entre os serviços públicos e privados, de um lado, e a atribuição de responsabilidades entre os níveis federal, estadual e municipal, de outro, fossem negociados e regulamentados espontaneamente. Mas não aconteceu nem uma coisa nem outra, e o que há é uma grande confusão e uma omissão deliberada, principalmente nas esferas governamentais, com cada uma atribuindo a outra responsabilidades que não quer assumir.

O modo de pagamento dos serviços com base em critérios de produtividade, que é típico da política do pronto atendimento e resulta na falta de assistência adequada à saúde do paciente, é outro problema que existia antes da implantação do SUS e que continua sem solução. A prática do pagamento direto, pelo governo federal, dos serviços de saúde concorre decisivamente para a perpetuação do problema, inclusive criando planos regionais num nível superior ao do município. Assim, os estados não se sentem responsáveis pelo sistema de saúde e acabam deixando de envolver-se nessa esfera.

Como foi mostrado anteriormente, os esforços para aumentar a participação do gasto público na assistência à saúde foram satisfatórios durante a década, tanto no que se refere ao aumento nas fontes de receita nos níveis federal, estadual e

municipal, como à transferência de recursos do Inamps para a esfera pública. Todavia o setor público ainda é extremamente dependente dos fundos da previdência social, o que tem imposto limites estreitos ao orçamento e à expansão da capacidade física dos serviços. De acordo com os estatutos da atual Constituição, 30% do orçamento da Previdência Social deveriam ser destinados à saúde. No entanto, é sabido que o grosso desse orçamento deriva de pagamentos da massa salarial que se encontra em declínio contínuo devido à crise fiscal. Novas fontes de financiamento para o gasto público com saúde são necessárias para aliviar a rígida dependência dos recursos previdenciários e promover uma verdadeira descentralização financeira do SUS.

O SUS tem sido implementado num cenário político bastante favorável e num cenário econômico bastante desfavorável. A crise fiscal do Estado tem sido forte o suficiente para causar uma ruptura no relacionamento entre as esferas pública e privada, constituindo ao mesmo tempo um obstáculo a um novo tipo de relacionamento. Assim, o setor privado autônomo tornou-se ainda mais autônomo, sem que haja qualquer vínculo significativo com o sistema de saúde.

Com relação ao setor ligado ao SUS, principalmente as instituições filantrópicas, houve uma crise profunda, e a maioria delas, num primeiro momento, sofreu cortes em muitos de seus setores e seções. Num segundo momento, essas instituições começaram a desenvolver estratégias de autofinanciamento. Uma vez que não há na esfera governamental qualquer regulamentação do setor, o que nele ocorre é uma grande diversificação de situações, conforme a cultura institucional local. Um estudo de caso no estado de São Paulo dificilmente poderia aplicar-se à maioria dos 6 mil municípios brasileiros. Tal situação, é evidente, implica a diversificação dos modos de tratamento médico. O que é, no entanto, uma experiência comum à maioria dessas instituições em qualquer município brasileiro é a necessidade de sobreviver através de vínculos com a clientela particular e o governo, seja este, estadual ou federal.

Este artigo focaliza as estratégias de sobrevivência do setor privado ligado ao SUS diante da desorganização do setor público. O processo de autonomização que está ocorrendo nesse setor é um forte sintoma da falta de coesão entre as esferas pública e privada. Se por um lado ela alivia a pressão financeira do setor público, por outro acentua as grandes diferenças nos planos de provimento de serviços médicos. Essa conduta revela implicitamente a grande dificuldade presente no ideal de um sistema único de saúde. Revela também a fragilidade das funções reguladoras do Estado, assim como os limites da constituição do SUS num contexto de profunda crise financeira em todos os níveis do setor público.

Ainda que haja alguns esforços bem-sucedidos na integração de instituições públicas e privadas em alguns municípios brasileiros, como foi em alguns aspectos o caso do hospital de Cotia e o governo estadual, esse tipo de integração constitui uma experiência isolada, não sendo regulada ou promovida pelo SUS.

As novas formas de gerenciamento desenvolvidas no setor privado filantrópico implicam melhoramentos de vários tipos, principalmente na organização e

no financiamento de áreas relacionadas com os recursos humanos. Isso propicia um melhor atendimento aos pacientes do SUS, uma vez que os melhoramentos se referem a todo o hospital e não apenas à parte que contempla os convênios e contratos privados.

Cabe pois destacar dois aspectos fundamentais na rede básica de serviços de saúde sob o SUS: primeiro, o relativo sucesso na implementação de uma rede de serviços municipalizados e universais, e segundo, o fracasso na tentativa de organizar essa rede com outras instituições públicas e principalmente com as instituições privadas.

A experiência de muitos municípios mostra sobretudo que há conhecimento e tecnologia suficientes para permitir o estabelecimento de um sistema de saúde baseado em critérios racionais e que atenda às necessidades da população. Tal conhecimento, no entanto, só será prático e real quando houver vontade política de adotar uma política regional de saúde, uma nova forma de pagamento dos serviços de saúde que considere os aspectos sociais e coletivos da medicina e uma nova forma de coesão entre as instituições públicas e privadas nos serviços de saúde.

Referências bibliográficas

Justo, G. *Relação poder público — hospitais sem fins lucrativos*, 1991. mimeog.

Médici, A. C. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, *26*(2):79-115, abr./jun. 1992.

Silva, P. L. B. & Médici, A. Seguridade social: velhos problemas, novos desafios. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, *25* (4):69-134, out./dez. 1991.

Queiroz, M. S.; Guimarães, M. H. G. & Viana, A. L. A organização dos serviços de saúde: uma avaliação da experiência de Campinas. In: *Cadernos de Pesquisa*. Campinas, NEPPP/Unicamp (26):1-78, ago. 1993.

——— & Viana, A. L. Organização e gerenciamento dos serviços de saúde: uma avaliação da experiência de Campinas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, *28*(2):61-70, abr./jun. 1994.

Teixeira, S. F. Bases sociais para a reforma sanitária no Brasil. In: Cebes. *Divulgação em saúde para debate*. Italo-Brazilian Health Meeting, 1991. v. 4.