

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS

Matheus Cavalheiro Schneider

ANÁLISE DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO DE SAÚDE DA PREFEITURA

MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE EM 2018:

**a evolução de serviços prestados por hospitais privados ao Sistema Único de Saúde na
região.**

Porto Alegre

2019

Matheus Cavalheiro Schneider

**ANÁLISE DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO DE SAÚDE DA PREFEITURA
MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE EM 2018:
a evolução de serviços prestados por hospitais privados ao Sistema Único de Saúde na
região.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado ao Departamento de Ciências
Administrativas da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito parcial para a
obtenção do grau de Bacharel em Administração.

Orientador: Davide Carbonai

Porto Alegre

2019

Matheus Cavalheiro Schneider

**ANÁLISE DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO DE SAÚDE DA PREFEITURA
MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE EM 2018:
a evolução de serviços prestados por hospitais privados ao Sistema Único de Saúde na
região.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado ao Departamento de Ciências
Administrativas da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito parcial para a
obtenção do grau de Bacharel em Administração.

Conceito final:

Aprovado em:/..../....

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Davide Carbonai
Orientador
(UFRGS)

Profa. Dra. Jaqueline Marcela Villafuerte Bittencourt
(UFRGS)

Dra. Thais Recoba Campodonico
(PUCRS)

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Mariza e meus tios Iara e Carlos, pelo amor incondicional.

À minha amada companheira Gabriela, razão maior por chegar até aqui.

À minha colega e amiga Bruna, pelo apoio na realização desse trabalho.

Ao meu grande amigo Rodrigo, por me estender a mão nos momentos de dificuldade.

Aos meus amigos de longuíssima data, Bruno, Pedro, Rafaela e Victor, pela amizade irrestrita e por participarem do meu crescimento.

Por fim, aos queridos professores da Administração Pública e Social da UFRGS, por transformarem alunos, como eu, em cidadãos críticos e preocupados com a construção de uma sociedade mais justa e solidária.

“Tente imaginar o quão difícil teria sido criar Estados, ou igrejas, ou sistemas jurídicos se só fôssemos capazes de falar sobre coisas que realmente existem, como rios, árvores e leões.”

(Yuval Noah Harari)

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo principal analisar a oferta de serviços de saúde, por parte dos hospitais privados, presentes no Sistema Único de Saúde de Porto Alegre, ao longo do ano de 2018. Parte-se do pressuposto de que o Estado não pode suprir, sozinho, a demanda pela saúde, garantida como um direito pela Constituição Federal de 1988. Dessa forma, recorre-se a estabelecimentos privados, para atender a população que careceria de atendimento. Em termos teóricos, será abordada a saúde como um direito universal e constitucional no Brasil, as diretrizes de contratualização entre hospitais privados e o Estado e, por fim, a presença do setor privado na saúde pública do país. Em termos metodológicos, será feita uma pesquisa, utilizando-se de método hipotético-dedutivo, considerando que, a partir da revisão bibliográfica, foram levantadas algumas hipóteses, fundamentalmente sobre a visão dos indivíduos, no que se refere à insuficiência dos serviços públicos. Os achados permitem inferir que os hospitais privados, apesar de representarem maior número em quantidade de estabelecimentos no âmbito SUS, têm números de oferta de serviços de saúde inferiores ao dos hospitais públicos. Além disso, o trabalho realiza crítica sobre a ausência de dados estratificados que permitam estudo mais aprofundado sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública; Sistema Único de Saúde; hospitais privados; Administração Pública; Serviço Público.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo principal analizar la oferta de servicios de salud por parte de los hospitales privados presentes en el Sistema Único de Salud de Porto Alegre a lo largo del año 2018. Se parte del supuesto de que el Estado no puede suplir, sólo la demanda por la salud, garantizada como un derecho por la Constitución Federal de 1988. De esa forma, se recurre a establecimientos privados, para atender a la población que carecería de atención. En términos teóricos, se abordará la salud como un derecho universal y constitucional en Brasil, las directrices de contractualización entre hospitales privados y el Estado y, por fin, la presencia del sector privado en la salud pública del país. En términos metodológicos, se realizará una investigación, utilizando método hipotético-deductivo, considerando que, a partir de la revisión bibliográfica, se plantearon algunas hipótesis, fundamentalmente sobre la visión de los individuos, en lo que se refiere a la insuficiencia de los servicios públicos. Los hallazgos permiten inferir que los hospitales privados, a pesar de representar mayor número en establecimientos en el ámbito SUS, tienen números de oferta de servicios de salud inferiores al de los hospitales públicos. Además, el trabajo realiza críticas sobre la ausencia de datos estratificados que permitan un estudio más profundo sobre el tema.

PALABRAS-CLAVE: Salud pública; Sistema único de Salud; hospitales privados; Administracion Publica; Servicio publico.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Situação de contrato dos estabelecimentos hospitalares para com a Prefeitura de Porto Alegre ao longo dos três quadrimestres do ano	32
Gráfico 1 – Evolução geral da oferta de consultas	34
Gráfico 2 – Evolução da oferta de consultas por hospital	35
Gráfico 3 – Evolução total no número de testes rápidos de HIV e Sífilis	35
Tabela 2 – Oferta de consultas do Hospital Vila Nova	36
Gráfico 4 – Evolução individual dos hospitais	36
Tabela 3 – Variação da oferta de consultas com e sem o Hospital da Restinga em 2018.....	37
Gráfico 5 – Evolução de testes rápidos de HIV e Sífilis em 2018	38
Gráfico 6 – Relevância do número de Testes Rápidos de HIV e Sífilis em 2018.....	39
Gráfico 7 – Evolução de Testes Rápidos de HIV e Sífilis em Hospitais Privados em 2018....	40
Gráfico 8 - Evolução de Testes Rápidos de HIV e Sífilis em Hospitais Públicos em 2018.....	41

LISTA DE SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ASSEPLA – Assessoria de Planejamento

BI – Business Intelligence

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

GERCON – Gerenciamento de Consultas

GERINT – Gerenciamento de Internações

HBO – Hospital Banco de Olhos

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HCR – Hospital Cristo Redentor

HDP – Hospital Divina Providência

HED – Hospital Ernesto Dornelles

HRS/AHVN – Hospital da Restinga e Extremo Sul

HSC – Hospital Santa Casa

HSL/PUCRS – Hospital São Lucas da PUC/RS

HVN – Hospital Vila Nova

ICFUC – Instituto de Cardiologia

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

ISCMPA – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS – Ministério da Saúde

PMS – Plano Municipal de Saúde

PAS – Programação Anual de Saúde

PNHOSP – Política Nacional de Atenção Hospitalar

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SIHO – Sistema de Informação Hospitalar

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. METODOLOGIA.....	17
4. REFERENCIAL TEÓRICO	20
4.1 A SAÚDE COMO UM DIREITO	20
4.2 A PRESENÇA DO SETOR PRIVADO NO CAMPO DA SAÚDE	24
4.3 DISPOSITIVOS LEGAIS QUE REGEM A ATUAÇÃO DO PRIVADO NA SAÚDE PÚBLICA	26
4.3.1 Diretrizes de contratualização	26
4.3.1.1 <i>A Política Nacional de Atenção Hospitalar</i>	27
4.3.1.2 <i>As Redes de Atenção à Saúde</i>	28
4.4 O PLANO DE SAÚDE E OS RELATÓRIOS DE GESTÃO.....	29
5. ANÁLISE DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO	31
5.1 SEGMENTAÇÃO DOS HOSPITAIS ANALISADOS	31
5.2 EVOLUÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS	33
5.2.1 Evolução da oferta de consultas em hospitais privados e públicos	33
5.2.2 Evolução de testes rápidos HIV e Sífilis em hospitais privados e públicos	37
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

1. INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil é tema polêmico nas pautas sociais, sempre surgindo como um dos pilares das discussões políticas no país. Em face da crescente percepção negativa dos brasileiros quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS), há uma procura cada vez maior, por parte da população, pela adesão aos convênios, que fazem parte da saúde suplementar.

Isto posto, existe hoje a percepção de que a saúde virou um negócio extremamente lucrativo. Dessa forma, existem desafios a serem enfrentados pelo governo a fim de promover a saúde para os cidadãos, inseridos em um mercado onde o lucro do setor privado tem influência direta.

O brasileiro possui direito universal a saúde, conforme a Constituição Federal de 1988, ao afirmar que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Apesar desse direito, muitos são os problemas que a saúde pública enfrenta no país. Como um caso único no mundo, entre os países com mais de 100 milhões, apenas o Brasil coloca a saúde do cidadão como dever do Estado (CESCHIN; VARELLA, 2014). Com uma responsabilidade tão grande, o federalismo brasileiro apresenta algumas especificidades que merecem destaque, por suas implicações para a área da saúde. Há um grande peso dos municípios, considerados como entes federativos com muitas responsabilidades na implementação de políticas públicas (SOUZA, 2002).

Entretanto, apesar de ser considerado por 87% dos brasileiros como a área de maior importância, cerca de 60% dos indivíduos percebem o sistema de saúde brasileiro como ruim ou péssimo (DATAFOLHA, 2014). A percepção geral da população em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) é negativa. Quando se trata exclusivamente da saúde pública, os números também não são animadores: 54% dos brasileiros, sem plano de saúde, considera o atendimento público ruim ou péssimo. No sul do país, região dos hospitais em análise, 45% dos cidadãos tem a mesma percepção (DATAFOLHA, 2018).

Sabe-se que os custos da saúde sofrem uma variação inflacionária muito acima do índice oficial de inflação do Brasil, o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Esse índice, conhecido como Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH), em 2018, se encontra 2,8 vezes acima da inflação do país (IESS, 2018). Há uma interação complexa entre a saúde privada e pública no território nacional. Para Ceschin e Varella (2014), nenhum país com mais de 100 milhões de habitantes estabeleceu em sua constituição que a saúde é um

bem de todos e um dever do Estado. Há a crença de que sozinho, o Estado brasileiro não possui capacidade de oferecer serviços de saúde a toda sua população. Isso pode ser observado no crescente número de filas de espera para obter atendimento via SUS. Devido a isso, e considerando a desigualdade econômica social presente no país, recorre-se a parcerias com entes privados, com objetivo de promover o equilíbrio e a universalidade na prestação de serviços públicos, possibilitando o acesso pela via privada àqueles que desejarem.

Dentro desse tipo de arranjo organizacional, dada a não atuação direta do Estado na saúde suplementar, foram criados mecanismos de controle, por parte do Estado, no que se refere à atuação privada no âmbito do SUS. Para tanto, no ano 2000, através da LEI Nº 9.986, DE 18 DE JULHO DE 2000, surge a regulação do Estado em relação à atuação do privado, através das agências reguladoras. No caso da saúde, a prestação dos convênios é regulada pela Agência Nacional de Saúde (ANS).

Dessa forma, respeitando a relevância do tema e a necessidade da constante fiscalização dos serviços de saúde, por parte do Estado, é imprescindível verificar se tal prestação é eficaz e, por isso, no trabalho a seguir, escolheu-se aplicar uma análise evolutiva dos dados disponíveis nos relatórios quadrimestrais de gestão de saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre para realizar um diagnóstico da prestação de serviço dos hospitais privados que atendem o SUS na região municipal.

Assim sendo, considerando a “insuficiência” dos serviços públicos, desenhou-se a atuação de entes privados na prestação desta política pública. Por isso, a presença do setor privado é extremamente representativa. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), são mais de 47 milhões de brasileiros com planos de saúde privados¹. Esse número representa cerca de 22% da população brasileira, conforme o IBGE². Tal quantidade de beneficiários estimula um mercado que cresce cada vez mais, enquanto a saúde pública deixa a desejar pela insuficiência de recursos, principalmente nas capitais brasileiras. Há ainda, um desconhecimento sobre o verdadeiro papel da saúde suplementar. É comum beneficiários de planos de saúde privados acreditarem que o seu cartão é uma substituição ao SUS, quando na verdade, a atribuição dela é justamente suplementar algo que já existe (CESCHIN; VARELLA, 2014).

¹ Disponível em <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em 04. Nov. 2018

² Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em 04. Nov. 2018

Dessa maneira, resta aos entes federativos, a tarefa de concentrarem esforços com o objetivo de prestar assistência à saúde para a quinta maior população do mundo³, e apenas utilizando-se de estruturas e serviços públicos, o atendimento à população se torna insuficiente. Por conseguinte, valendo-se da Lei 11.079 de 30 de dezembro de 2004, a qual institui normas gerais para licitação e contratação de parceria-público privada no âmbito da administração pública (BRASIL, 2004), o Ministério da Saúde (MS) definiu a Portaria 3.410 de 30 de dezembro de 2013. Essa portaria é hoje responsável pela contratualização de hospitais na rede pública do SUS, o que culminou na entrada de entes privados na prestação de serviços públicos, envolvendo celebração de contratos entre a Prefeitura Municipal de Porto Alegre e diversos hospitais privados da região.

Tendo em vista estes pressupostos, interessa investigar a oferta de serviços entre esses entes, tendo por objeto principal de análise os relatórios de gestão de saúde elaborados pela Prefeitura de Porto Alegre. Em termos metodológicos, será realizada a análise e interpretação dos documentos, construindo uma base de dados e sua posterior manipulação e análise. Serão apresentadas as ofertas de serviços à população através destas contratualizações, de maneira quadrimestral, no ano de 2018. Após o trabalho de tabulação e manipulação dos dados, será executada a classificação da oferta dos serviços de saúde nos convênios estabelecidos.

Considerando o que foi mencionado acima, o presente trabalho manifesta o seguinte problema de pesquisa: **Em que medida é possível comparar o desempenho entre hospitais públicos e privados a partir dos relatórios de gestão?**

Assim sendo, tem-se por objetivo principal analisar a evolução das ofertas de serviços entre os entes públicos e privados, tendo como principal hipótese o fato de que existem possíveis disfunções na presença do setor privado de saúde no SUS, somada ao fato de que o setor público não seria o suficiente para atender a população. Ademais, será realizada uma comparação desses dados, entre os quadrimestres, com o objetivo de construir um panorama da saúde prestada por hospitais privados ao SUS em Porto Alegre, no ano de 2018, além de comparar com dados gerais de hospitais públicos – também descritos nos relatórios – realizando o cruzamento desses dados com a revisão bibliográfica. O questionamento e a participação por parte da população para com as diferentes esferas de governo são papéis imprescindíveis do cidadão.

O que não é medido não é gerenciado (KAPLAN; NORTON, 1997) e, na prestação de saúde pública por entidades privadas, é papel do governo local definir meios de gestão e

³ Disponível em <<https://www.indexmundi.com/map/?v=21&r=xx&l=pt>>. Acesso em 04. Nov. 2018

métricas para o controle dos recursos e a eficácia dos serviços prestados pelos contratados. Afinal, em um Estado democrático como o brasileiro, o governo tem de prestar contas a população que contribui a partir de tributos. Entretanto, para que a gerência seja colocada em prática, é necessário dispor de dados que auxiliem a tomada de decisão. Além disso, a interpretação dos dados é fator primordial para que as decisões mais satisfatórias sejam tomadas.

Com auxílio de gráficos e tabelas informativas, torna-se mais claro para o cidadão avaliar a qualidade da gestão do governo ao qual está submetido. Através da informação, a população, munida de argumentos, tem capacidade de avaliar o desempenho de seus eleitos e possibilita direcionamentos mais acertados. Todavia, caso os relatórios disponibilizados sejam extremamente complexos – intencionalmente ou não – ininteligíveis ou ausentem informações de significativa importância, tornam-se falhos ou infrutíferos ao objetivo de tornar o povo mais inteirado e seguro de suas decisões como cidadãos.

Com o objetivo de avaliar o desempenho dos hospitais privados na rede pública, cabe a esse trabalho, enfim, realizar um estudo acerca dos dados e informações disponibilizados nos relatórios de gestão de saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, desenvolvidos quadrimestralmente pela Secretaria Municipal de Saúde. A partir dessa análise, torna-se importante realizar uma crítica ao material apresentado à população, apontando eventuais discrepâncias e distorções.

3. OBJETIVOS

Com intuito de organizar a análise deste trabalho, propõe-se um objetivo geral e seu desdobramento em objetivos específicos.

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a oferta de serviços de saúde por parte dos hospitais privados presentes no Sistema Único de Saúde de Porto Alegre ao longo do ano de 2018, com base nos relatórios de gestão de saúde da Secretaria de Saúde do município.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar a evolução quadrimestral de oferta de serviços de saúde dos hospitais privados no âmbito do SUS em 2018.
- Realizar crítica acerca da disponibilização de dados pela Prefeitura de Porto Alegre à população em geral.
- A partir do relatório, construir um panorama dos serviços de saúde prestados pelos hospitais privados no âmbito do SUS, comparando com os números de hospitais públicos.

3. METODOLOGIA

Para que seja possível atingir os objetivos desse trabalho, é fundamental que a metodologia de pesquisa esteja bem estruturada. Um dos motivos pelo qual uma pesquisa é requerida é quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema (GIL, 2002), sendo necessária uma análise e interpretação dos dados, para que a informação possa ser visualizada de forma mais eficiente.

Em um primeiro momento, aplicou-se uma pesquisa exploratória, com o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito. Foram realizados levantamentos bibliográficos, em relação aos dispositivos legais e à literatura relacionada ao tema (GIL, 2002). Por isso, a pesquisa bibliográfica foi desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de artigos, livros e dispositivos legais.

Em um segundo período, a análise dos relatórios de gestão de saúde elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Porto Alegre constituiu-se numa pesquisa documental, de análise de conteúdo. A diferença entre uma pesquisa bibliográfica e uma documental diz respeito, essencialmente, às fontes. Enquanto a primeira se utiliza fundamentalmente das contribuições de diversos autores sobre determinado assunto, a segunda vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com o objeto da pesquisa (GIL, 2002). Assim sendo, os dados presentes nos relatórios de gestão foram tabulados de maneira que pudessem ser trabalhados e analisados, possibilitando a pesquisa descritiva. Essa terceira etapa teve como objetivo primordial a descrição das características do documento e o estabelecimento de relação entre variáveis (GIL, 2002).

Além da análise documental e bibliográfica, foi utilizada a internet, que também é uma ferramenta para coleta de dados. Sendo assim, para trabalhos científicos, é preciso utilizar sites especializados, oficiais e com comprovação acadêmico-científica (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010). Nesse caso específico, foram analisados os sítios eletrônicos dos hospitais analisados, bem como os contratos firmados com a prefeitura, com o objetivo de obter informações específicas sobre os hospitais como, por exemplo, o formato jurídico, o que possibilitou a realização da separação entre públicos e privados.

Como ferramenta de análise, em acréscimo às evoluções gráficas e tabelas simples, utilizou-se a análise a partir do Diagrama de Pareto. Essa abordagem torna possível a visualização das causas de um problema da maior para a menor frequência e/ou gravidade

identificando de maneira mais clara a localização das causas vitais que originaram um problema. É utilizado para estabelecer uma ordem ou priorização nas causas de problemas das mais diversas naturezas (OLIVEIRA; ALLORA; SAKAMOTO; 2005).

Os documentos que guiam o presente trabalho são os relatórios de gestão de saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Eles são desenvolvidos quadrimestralmente e anualmente, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município, e referem-se ao ano de 2018, sendo de responsabilidade do Secretário Municipal de Saúde, Erno Harzhein, sob a autoridade do prefeito, Nelson Marchezan Júnior, e do vice-prefeito, Gustavo Paim. Segundo informações da Secretaria da Saúde⁴, a construção dos relatórios é feita pela Assessoria de Planejamento (ASSEPLA) da SMS. Junto ao órgão, foi possível obter a informação de que os relatórios de gestão são elaborados por todas as áreas da SMS. Grande parte dos dados é obtida através dos sistemas de informações disponíveis como BI, e-SUS⁵, SIHO, GERCON, GERINT, SIM, SINASC, dentre outros. As informações que não estão nestes sistemas são geradas a partir de relatórios das coordenações. Os instrumentos que norteiam os trabalhos são o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS), roteiros de informações para os relatórios quadrimestrais, o relatório anual de gestão e o SargSUS⁶.

Como partes envolvidas, constam que, abaixo da secretaria de saúde, servem de apoio à sua elaboração as Gerências Distritais, a Secretaria Técnica do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e o Núcleo de Coordenação do CMS, com gestores usuários, prestadores e trabalhadores. A legislação que embasa a elaboração dos relatórios é a Portaria GM/MS nº 01/2017, a Lei Complementar nº 141/12 e a Lei Orçamentária Anual do Município. Juntos, os três relatórios somam 1.010 páginas.

As publicações que competem ao ano de 2018 são divididas em sete partes, sendo elas: Redes de Serviços, Referências e Produção, Programação Anual em Saúde 2018, Auditorias do SUS, Ouvidoria do SUS, Comunicação em Saúde e Financiamento do SUS. Neste trabalho, considerar-se-ão, o primeiro item e a tabela referente à Testes Rápidos de HIV e Sífilis (a qual não se encontra em uma seção específica), tomando o que for tangente a dinâmica de atendimento de hospitais privados a pacientes do Sistema Único de Saúde.

4 Os nomes das pessoas foram preservados.

5 O nome, e-SUS, faz referência a um SUS eletrônico, cujo objetivo é sobretudo facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde, elemento decisivo para a qualidade da atenção à saúde prestada à população.

6 O SargSUS é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde em conjunto com o DATASUS, com o objetivo de apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde.

Por fim, as considerações acerca do que foi levantado em análise se deram através de método hipotético-dedutivo, considerando que, a partir da revisão bibliográfica, foram levantadas algumas hipóteses, fundamentalmente sobre a visão dos indivíduos, no que se refere à insuficiência dos serviços públicos. Posteriormente, foi possível deduzir algumas questões a respeito da presença do setor privado na saúde pública, e estabelecer relação com as hipóteses levantadas.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

A revisão bibliográfica é de extrema relevância para analisar a oferta de serviços de saúde por parte dos hospitais privados conveniados ao Sistema Único de Saúde. Para tanto, primeiramente, optou-se por discorrer sobre a literatura relevante, acerca do tema em questão, fundamentalmente no que se refere ao campo da saúde, posto que com a revisão teórica, torna-se mais clara a análise e posterior reflexão da realidade. Portanto, inicialmente este capítulo apresenta um apanhado geral de informações a respeito do campo da saúde e das parcerias público-privadas.

4.1 A SAÚDE COMO UM DIREITO

A saúde foi estabelecida como um direito fundamental na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. Assim sendo, deve-se aplicar a todas as pessoas do mundo. Apesar disso, apenas no final do século XX, a saúde é reconhecida como um direito no Brasil. A partir da Constituição Federal de 1988 é que a saúde passa a ser considerada um direito fundamental do cidadão.

Dessa forma, por se tratar de um direito fundamental, o direito à saúde deve ser garantido pelo Estado brasileiro. Como prevê o artigo 196 na Constituição Federal de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Tendo o Estado o objetivo de prover saúde à população, cria-se o Sistema Único de Saúde, através da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Sustentando-se nos princípios descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, o SUS se estabeleceu com serviços organizados em níveis crescentes de complexidade (HAMERSKI, 2018, p. 19-20). Conforme estabelecido no artigo 198 da Constituição Federal de 1988:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, incluindo pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e pacientes com câncer (SOUZA, 2002). Além disso, nenhum país com mais de 100 milhões de habitantes estabeleceu em sua constituição que a saúde é um bem de todos e um dever do Estado (CESCHIN; VARELLA, 2014).

Entretanto, a saúde pública no Brasil é anterior ao SUS. O Ministério da Saúde (MS), como conhecemos hoje, foi criado pela Lei 1.953 de julho de 1953, continha em seu artigo 1º: “É criado o Ministério da Saúde, ao qual ficarão afetos os problemas atinentes à saúde humana” (BRASIL, 1953).

Desse modo, um passo significativo nessa direção foi a publicação do decreto 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o órgão responsável por atender a saúde de trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) – um desdobramento do antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – para o Ministério da Saúde (SOUZA, 2002).

Nota-se, conseqüentemente, uma transformação na saúde do país. O Brasil passa a contar com um sistema público de saúde único e universal (SOUZA, 2002), rompendo a barreira das ações pontuais tomadas pelo Ministério da Saúde até então. Como exemplo, entre os anos de 2003 e 2013, a o acesso da população a cuidados de saúde cresceu significativamente. A proporção de pessoas que se consultaram com médicos aumentou de 54,7%, em 1998, para 71,2%, em 2013 (BAHIA, L.2017). Outro dado que ajuda a comprovar os investimentos em saúde pública no país é referente a evolução no número de equipes de saúde da família: de 4.114, em 1999, para 40.048, em 2016. Um crescimento de 973,5%.

Contando com o apoio dos estados e municípios, o MS desenvolvia de maneira quase exclusiva as ações de promoção a saúde e prevenção de doenças, tendo como destaque as campanhas de vacinação e controle de endemias. Essas ações possuíam caráter universal, não discriminando de nenhuma forma a população beneficiária (SOUZA, 2002).

É importante destacar que a prestação do Sistema Único de Saúde (SUS) se divide em direta, complementar e suplementar, no que se refere à composição. A prestação direta se dá através da atuação do Estado, sendo responsabilidade de todos os entes federativos. A descentralização consiste na prestação direta pelos municípios, uma vez que, estão mais próximos da população e são mais capazes de identificar onde, como e quais serviços de saúde deverão ser prestados (HAMERSKI, 2018). Assim sendo, as atribuições de natureza estratégica, como formulação, apoio, implementação e avaliação das políticas prioritárias em

âmbito nacional, elaborar o planejamento em âmbito nacional (Coordenar sistemas de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública e de vigilância epidemiológica e sanitária, formular e participar da execução da política nacional de produção de insumos e equipamentos para a saúde, promover a descentralização de ações e serviços de saúde para estados e municípios, estabelecer e coordenar os sistemas nacionais de auditoria e ouvidoria) são de responsabilidade da União. Cabe aos estados, a coordenação regional, como o monitoramento e avaliação das redes hierarquizadas, a elaboração e sistematização de planos, o apoio técnico e financeiro aos municípios nas ações de descentralização (coordenação da rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros; gerenciamento de sistemas públicos de alta complexidade no âmbito estadual e regional). Como principais atribuições dos municípios, destacam-se a execução de serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador, implementação da política de insumos e equipamentos em saúde, planejamento, organização, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2016, p. 41 *apud* PAPI; BARCELLOS; HAMERSKI, 2017, p. 358-359).

Quando se trata da presença do setor privado, surge a prestação complementar e a suplementar. Vale ressaltar que menções ao setor privado já estão incluídas na Constituição brasileira. Estão previstos no artigo 197 e no parágrafo primeiro do artigo 199 da Constituição Federal, a participação privada na prestação de serviços de saúde, conforme consta:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

As ações e serviços de saúde, tais como campanhas de prevenção ou disponibilização de consultas, devem possuir relevância pública, ficando a cargo do Poder Público a execução dessas ações e serviços de saúde sem, entretanto, excluir a participação de terceiros e pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, como descrito acima pelo art. 197 da Constituição. Isso, posteriormente, é adequadamente explicitado no artigo 199, o qual se visualiza abaixo:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988).

Na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Lei do SUS), nos artigos 24 a 26, está presente a atuação da saúde complementar e suplementar, conforme artigo 24 e 25:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.
Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público (BRASIL, 1990).

Com efeito, uma das formas através das quais a iniciativa privada adentra na promoção de políticas públicas é através da celebração de convênios, que consistem em instrumentos jurídicos de negociação, nos quais os participantes visam atingir um objetivo comum, constituindo-se num mecanismo de viabilização do interesse público, pela mútua assistência e cooperação (MELLO, 2009).

De acordo com Hely Lopes Meirelles (2005, p. 392) “convênios administrativos são acordos firmados por entidades públicas de qualquer espécie, ou entre estas e organizações particulares, para realização de objetivos de interesse comum dos partícipes”.

Para Maria Sylvia Zanella di Pietro (2009, p. 336) “define-se o convênio como forma de ajuste entre o Poder Público e entidades públicas ou privadas para a realização de objetivos de interesse comum, mediante mútua colaboração”.

Segundo o artigo 24 da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, quando houver impossibilidade, por parte do Estado, de garantir o direito à saúde para a população em determinada área assistencial, permite-se recorrer à atuação da iniciativa privada. Entretanto, artigo 25 da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, determina a preferência pelas entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

A atuação privada no campo da saúde será considerada complementar quando se desenhar nos termos do artigo 199, no qual as instituições privadas possuem autonomia para prestação de serviços de saúde, de forma complementar, desempenhando papéis que o Estado não possui capacidade de alcance, através de contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas ou as sem fins lucrativos. Isso acontece por que o Estado não possui as condições necessárias para cumprir integralmente o seu dever de garantir

a saúde da população. Assim, utiliza-se de parceiros privados para a consecução dos objetivos constitucionais. Assim sendo, a saúde complementar se refere às ações e serviços de saúde que, embora sejam prestadas por pessoas jurídicas de direito privado, são consideradas ações e serviços públicos de saúde (HAMERSKI, 2018, p. 22-25).

Já a atuação suplementar é o setor que abriga os serviços privados de saúde prestados exclusivamente na esfera privada. Isso ocorre através da atuação dos planos de saúde, oferecidos por operadoras de planos de saúde. Tal desdobramento se deu através da Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e da Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Neste campo, as ações e serviços de saúde não possuem vínculo com o Sistema Único de Saúde, a julgar que estes serviços são prestados exclusivamente na esfera privada. A única relação existente é a de regulação por parte da Agência Nacional de Saúde, que atua no intuito de normatizar o setor, para que este passe a cumprir sua função social da forma mais harmônica possível com os princípios e diretrizes do SUS, mas ainda há muito a caminhar. Verifica-se, portanto, que a saúde suplementar não faz parte do SUS. Mesmo embora haja relação que pode ser direta em muitos casos, tendo em conta que as entidades da saúde suplementar sofrem regulação das Agências Reguladoras (Autarquias que pertencem à Administração Indireta) (HAMERSKI, 2018, p. 22-23). Por outro lado, a saúde complementar é parte integrante do SUS, estando prevista no artigo 199 da Constituição Federal de 1988.

A partir do momento em que empresas privadas atuam de forma complementar no âmbito do Sistema Único de Saúde, devem obedecer a seus princípios e diretrizes e devem ser contratadas por meio de contrato administrativo, o qual é disciplinado pelas regras e princípios do direito público (FURTADO, 2000, p. 02), o que não acontece com empresas privadas da saúde suplementar.

4.2 A PRESENÇA DO SETOR PRIVADO NO CAMPO DA SAÚDE

O sistema de saúde brasileiro é complexo em suas especificidades. Para atender qualquer indivíduo, os estabelecimentos de saúde contam com diferentes arranjos de financiamento diversos. As fontes de pagamento para hospitais são variadas. Elas incluem planos privados, planos públicos, pagamento particular e o Sistema Único de Saúde. (MEDICI, 2011 *apud* MACHADO, 2014). Hoje, no país, nota-se a iniciativa privada atuando no sistema de saúde como provedora de serviços, gestora de planos privados ou com maior frequência atualmente, como gestora de unidades de natureza jurídica pública, incluindo seu

papel nas Organizações Sociais, nas Fundações Privadas de Apoio, na terceirização da gerência de unidades públicas, além da terceirização de serviços profissionais (MACHADO, 2001 *apud* MACHADO, 2014).

Além dos espaços físicos, há um compartilhamento de recursos materiais e humanos entre o sistema público (SUS) e o privado, uma vez que os prestadores privados podem, simultaneamente, atender pacientes oriundos dos diferentes segmentos, da mesma forma que os profissionais do setor público não têm vínculos empregatícios com dedicação exclusiva, podendo, desde que haja compatibilidade de horários, manter simultaneamente vínculo com o setor privado ou atuar de forma autônoma (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016).

Considerando dados de 2008 a 2010, vemos que a presença do setor privado no caso da saúde, apresenta os seguintes números: Hospitais públicos atendem, em sua maioria, o SUS com exclusividade, sendo que 22,3% dos hospitais cadastrados no CNES também possuem convênios com planos de saúde e recebem pagamentos particulares. Os hospitais privados sem fins lucrativos, são majoritariamente mistos, sendo que 87,8% deles atendem convênios, SUS e particular. Nos hospitais com fins lucrativos, quase metade realiza atendimentos exclusivamente de planos e particulares (51,2%), enquanto 45,5% desses estabelecimentos atendem, além convênios e particulares, o SUS. Dentro disso, não é exceção pacientes utilizarem simultaneamente serviços financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por planos privados de saúde (MACHADO; MARTINS; LEITE, 2015).

Uma das justificativas para esse grande número de arranjos mistos e parcerias se deve ao possível risco de endividamento, fruto de uma eventual insuficiência de alguma das fontes de pagamento. O que faz com que as instituições hospitalares brasileiras diversifiquem suas fontes de financiamento (CARVALHO, 2007 *apud* MACHADO; MARTINS; LEITE, 2015). Tais estratégias de sobrevivência e expansão do espaço no mercado também impactam o modelo de gestão hospitalar. Sobressaem, assim, as tentativas de parcerias e alianças ‘público-privadas’, buscando relações entendidas como ‘ganha-ganha’. Não por menos, gestores de planos de saúde privados estão cada vez mais ingressando na saúde pública (MEDICI, 2011; MORICI; BARBOSA, 2013 *apud* MACHADO; MARTINS; LEITE, 2015).

Não é incomum, entretanto, prestadores privados, majoritariamente sem fins lucrativos, e suas entidades de representação queixarem-se dos baixos valores de reembolso predefinidos na tabela SUS, mas sobrevivem economicamente do aporte financeiro de recursos públicos, já que aproximadamente dois terços de sua clientela são de pacientes do SUS (MEDICI, 2011; VICTORA et al., 2011). Essa contradição dificulta a sustentação da hipótese vigente de que o mercado de saúde privado é autossustentável.

Apesar do crescimento dos atendimentos particulares e de planos, o atendimento de caráter público é muito caro ao cidadão brasileiro. Como mostram dados coletados entre de 2008 a 2010, os estabelecimentos de arranjo misto foram responsáveis pela maior parte das internações informadas do País (70,6%), tanto as pagas pelo SUS (73,7%) como as pagas por plano de saúde ou particular (54,0%). Os hospitais ‘Somente SUS’ realizaram 22,1% de todas as internações e 26,3% das internações pelo SUS. Já os hospitais de arranjo ‘Planos e particular’ realizaram 7,3% das internações do País e 46,0% das internações não SUS (MACHADO; MARTINS; LEITE, 2015).

4.3 DISPOSITIVOS LEGAIS QUE REGEM A ATUAÇÃO DO PRIVADO NA SAÚDE PÚBLICA

Com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada a população, o Sistema Único de Saúde se utiliza de, além dos hospitais públicos, parcerias com hospitais da rede privada. Para reger essas parcerias, criou-se a Lei 11.079 de 30 de dezembro de 2004, a qual institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública (BRASIL, 2004). Tais acordos de prestação de serviços à população necessitam de regulação e prestação de contas. Tratando da esfera da saúde, a partir disso, o Ministério da Saúde estabeleceu três portarias distintas, as quais serão apresentadas a seguir.

4.3.1 Diretrizes de Contratualização

Para a prestação de serviços públicos pela rede de saúde privada, se faz necessária a contratualização da parceria firmada entre o ente federativo e a instituição privada. A Portaria 3.410 de 30 de dezembro de 2013, estabelece em seu artigo 1º:

Art. 1º Ficam estabelecidas as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (BRASIL, 2013).

A portaria é aplicada a todos os entes federativos que possuam, sob sua gestão, hospitais integrantes do SUS. As quantidades mínimas de leitos são variáveis de acordo com o tipo de instituição, como descrito no artigo 2º:

I - públicos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais;

- II - privados com fins lucrativos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais;
- e
- III - privados sem fins lucrativos com, no mínimo, 30 (trinta) leitos operacionais, sendo pelo menos 25 (vinte e cinco) destinados ao SUS (BRASIL, 2013).

Para os entes federativos contratantes, fica a competência de definir os serviços a serem contratados de acordo com o perfil do hospital e as necessidades da população. Além disso é papel do governo realizar a regulação das ações e dos serviços previstos em contrato por meio dos itens descritos no inciso VI do artigo 5º:

- a) estabelecimento de fluxos de referência e contra referência de abrangência municipal, regional, estadual e do Distrito Federal, de acordo com o pactuado na CIB e/ou CIR;
- b) implementação de protocolos para a regulação de acesso às ações e serviços hospitalares e definição dos pontos de atenção, bem como suas atribuições na RAS para a continuidade do cuidado após alta hospitalar; e
- c) regulação do acesso às ações e serviços de saúde, por meio de centrais de regulação, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2013).

Essa implementação de protocolos, estabelecimento de fluxos e regulação de acesso e ações e serviços de saúde ajudam a incorporar o gerenciamento público, criando bases de dados para análises posteriores e possibilitando a definição de indicadores de monitoramento.

4.3.1.1 A Política Nacional de Atenção Hospitalar

Como descrito na Portaria 3.410 de 30 de dezembro de 2013, do Ministério da Saúde, as diretrizes para a contratualização devem estar em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Essa política também foi instituída por meio de portaria ministerial. Estabelece-se, portanto, no artigo 1º da Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A PNHOSP resulta de uma necessidade de reorganização e qualificação da atenção hospitalar no Sistema Único de Saúde. No artigo 6º dessa portaria ministerial, são definidas as garantias da universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar, obedecendo aos pressupostos estabelecidos pela Constituição Cidadã de 1988. Além disso,

fica a cargo da PNHOSP a regionalização da atenção hospitalar, abrangendo territórios e populações de acordo com os pactos estabelecidos regionalmente.

O financiamento é tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão pública. Também fica estabelecido a transparência e eficiência na aplicação de recursos; a participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; e o monitoramento e avaliação por parte dos entes federativos e dos hospitais integrantes da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

Além das diretrizes, a Política Nacional de Atenção Hospitalar possui seis eixos estruturantes descritos em seu artigo 7º: A assistência hospitalar; gestão hospitalar; formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho; financiamento; contratualização; e responsabilidades das esferas de gestão (BRASIL, 2013).

4.3.1.2 As Redes de Atenção à Saúde

A Política Nacional de Atenção Hospitalar e as subsequentes diretrizes de contratualização estabelecidas são frutos de uma política anterior, estabelecida, também, pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações a serviço da saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Um ano mais tarde, pelo Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, regulamentou-se a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde e a articulação interfederativa, entre outras providências. Em seu artigo 7º, o decreto apresenta:

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011).

A partir disso, como principais características das RAS, estão a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação, a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; e o compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados sanitários econômicos (BRASIL, 2014).

4.4 O PLANO DE SAÚDE E OS RELATÓRIOS DE GESTÃO

Com o objetivo de organizar os recursos e serviços do SUS e possibilitar sua gestão adequada, leis e instrumentos exigem a criação de planos e relatórios obrigatórios de gestão em todas as esferas da federação. Uma das leis que vale destaque é a Lei Federal nº 8.142/90 que determina como requisito para receber recursos federais a criação do Plano de Saúde e do Relatório de Gestão (BRASIL, 1990; SCHONS; FLORES, 2015).

É no Art. 36 da Lei Federal nº 141/2012, que consta a determinação de que cada ente federativo deve elaborar um relatório por quadrimestre, onde conste o montante de recurso público aplicado no período, além de sua procedência e sua destinação (SCHONS; FLORES, 2015).

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterà, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação (BRASIL, 1988).

Esses relatórios quadrimestrais adiante analisados são uma espécie de comprovante da aplicação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde, sendo indissociáveis do Plano Municipal de Saúde e de suas respectivas programações, tais como das outras ferramentas de gestão como: O Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) (ALMEIDA; SOUZA, 2013; GESTÃO EM SAÚDE NO RS, 2015, p. 71).

A Portaria nº 2.135/2013 do Ministério da Saúde estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, delimitando o Relatório de Gestão como ferramenta de gestão com elaboração anual que consente ao gestor oferecer resultados alcançados com a implementação da Programação Anual de Saúde (PAS) e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde (SCHONS; FLORES, 2015, p. 71). A PAS tem como objetivo operacionalizar as intenções quadrienais expressas no Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2018).

Tanto o Plano de Saúde quanto a Programação Anual de Saúde são os condutores do planejamento no curto e longo prazo das atividades dos gestores de saúde, sendo necessário

alcançar no final de cada período uma checagem entre o que foi planejado e o que foi executado no nesse tempo (THIELE, 2008; SCHONS; FLORES, 2015, p. 71).

5. ANÁLISE DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO

Os relatórios de gestão de saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre são desenvolvidos quadrimestralmente pela Secretaria Municipal de Saúde do município. Os documentos aqui analisados referem-se ao ano de 2018 e são de responsabilidade do secretário municipal de saúde Erno Harzhein, sob a autoridade do prefeito Nelson Marchezan Júnior e do vice-prefeito Gustavo Paim. Abaixo da secretaria de saúde, servem de apoio à construção dos relatórios, as Gerências Distritais, a Secretaria Técnica do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e o Núcleo de Coordenação do CMS.

As publicações que competem ao ano de 2018 são divididas em sete partes, sendo elas: Redes de Serviços, Referências e Produção, Programação Anual em Saúde 2018, Auditorias do SUS, Ouvidoria do SUS, Comunicação em Saúde e Financiamento do SUS. Neste trabalho, considerar-se-ão, o primeiro item e a tabela referente à Testes Rápidos de HIV e Sífilis (a qual não se encontra em uma seção específica), tomando o que for tangente a dinâmica de atendimento de hospitais privados a pacientes do Sistema Único de Saúde.

5.1 SEGMENTAÇÃO DOS HOSPITAIS ANALISADOS

Além de seus quatro hospitais municipais - Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Hospital de Pronto Socorro (HPS), Hospital Restinga e Extremo-Sul (de gestão do hospital privado Moinhos de Vento) do Hospital Independência (de gestão do hospital privado Divina Providência) – conforme endereço eletrônico da Prefeitura de Porto Alegre, a cidade conta com 21 outros hospitais conveniados⁷, sendo 14 (66,6%) privados e 7 públicos (33,3%). Como ressalva, O Hospital Ernesto Dornelles (instituição privada) não consta no site governamental, entretanto, configura nos relatórios de gestão como um hospital conveniado, com contrato vigente com a prefeitura. Essa proporção demonstra uma aparente importância do atendimento privado com financiamento público para a população porto-alegrense.

Antes de avaliar a situação dos convênios firmados para o atendimento SUS à população, é importante destacar que os dados mencionados no parágrafo acima podem não refletir a realidade. Dentro da lista de estabelecimentos hospitalares enumerados pela prefeitura em seu endereço eletrônico, estão complexos e grupos hospitalares. Com isso, alguns problemas de classificação surgem na análise seguinte. Os hospitais Santa Rita, São José, o Hospital da Criança Santo Antônio e o Pavilhão Pereira Filho, que integram o

⁷ Disponível em <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=847>. Acesso em 05 mai. 2019.

complexo hospitalar Santa Casa de Misericórdia e aparecem como conveniados no site da prefeitura, entretanto apenas o nome Santa Casa aparece nos relatórios de gestão. Por outro lado, o Grupo Hospitalar Conceição, o qual conta com os Hospitais Nossa Senhora da Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, tem seus hospitais listados individualmente, com exceção do grupo em si.

Isto posto, a evolução da situação dos contratos, por semestre, será apresentada exatamente conforme descrito nos relatórios, pois qualquer agrupamento ou estratificação dos grupos ou complexos hospitalares poderia distorcer suas análises subsequentes.

A tabela a seguir apresenta um agrupamento da situação de contrato dos estabelecimentos hospitalares para com a Prefeitura de Porto Alegre ao longo dos três quadrimestres do ano:

Tabela 1 – Situação de contrato dos estabelecimentos hospitalares para com a Prefeitura de Porto Alegre ao longo dos três quadrimestres do ano:

HOSPITAIS	TIPO	CONTRATO 1º QUAD.	CONTRATO 2º QUAD.	CONTRATO 3º QUAD.
HOSPITAL BANCO DE OLHOS	PRIVADO	VIGENTE	VIGENTE	VIGENTE
HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA	PRIVADO	RESCINDIDO	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PÚBLICO	VIGENTE	VIGENTE	VIGENTE
HOSPITAL ESPÍRITA DE PORTO ALEGRE	PRIVADO	VIGENTE	VIGENTE	VIGENTE
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	PRIVADO	VIGENTE	VIGENTE	VIGENTE
HOSPITAL PARQUE BELÉM	PRIVADO	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO	PÚBLICO	NÃO CONSTA	VIGENTE	VIGENTE
HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON	PÚBLICO	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PRIVADO	VIGENTE	VIGENTE	VIGENTE
HOSPITAL SÃO JOSÉ	PRIVADO	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA
HOSPITAL SANTA RITA	PRIVADO	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA
PAVILHÃO PEREIRA FILHO	PRIVADO	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO	PRIVADO	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA
HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PRIVADO	VIGENTE	VIGENTE	VIGENTE
HOSPITAL VILA NOVA	PRIVADO	VIGENTE	VIGENTE	VIGENTE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO	PÚBLICO	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PÚBLICO	VIGENTE	VIGENTE	VIGENTE
HOSPITAL CRISTO REDENTOR	PÚBLICO	VIGENTE	VIGENTE	VIGENTE
HOSPITAL FÊMINA	PÚBLICO	VIGENTE	VIGENTE	VIGENTE
HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA	PRIVADO	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA
HOSPITAL ERNESTO DORNELLES	PRIVADO	VIGENTE	VIGENTE	VIGENTE
HOSPITAL MATERNO INFANTIL P. VARGAS	MUNICIPAL	PRESTADOR PRÓPRIO	PRESTADOR PRÓPRIO	PRESTADOR PRÓPRIO
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO	MUNICIPAL	PRESTADOR PRÓPRIO	PRESTADOR PRÓPRIO	PRESTADOR PRÓPRIO
HOSPITAL RESTINGA E EXTREMO-SUL	MUNICIPAL	VIGENTE	VIGENTE	VIGENTE
HOSPITAL INDEPENDÊNCIA	MUNICIPAL	VIGENTE	VIGENTE	VIGENTE
HOSPITAL SANTA ANA	PRIVADO	NÃO CONSTA	VIGENTE	VIGENTE

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos relatórios de gestão de saúde.

Dos quinze hospitais privados listados acima, oito terminaram o ano com contratos vigentes. O Hospital Santa Ana, com contratos vigentes a partir do segundo quadrimestre de 2018 (maio a dezembro), foi inaugurado em agosto do mesmo ano⁸, sendo o único hospital privado a não aparecer nos três relatórios quadrimestrais. Por esse motivo, será excluído da análise. Assim sendo, os hospitais analisados são os seguintes: Hospital Banco de Olhos, Hospital Espírita de Porto Alegre, Instituto de Cardiologia, Santa Casa de Misericórdia, Hospital São Lucas da PUC, Hospital Vila Nova e Hospital Ernesto Dornelles.

5.2 EVOLUÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS

Os relatórios de gestão utilizados nesse trabalho apresentam números de diversos hospitais, entretanto, esses estabelecimentos não foram classificados quanto suas administrações, público ou privadas. A seguir, serão apresentadas as evoluções dos hospitais privados conveniados ao SUS em Porto Alegre.

Notar-se-á que nem todos os hospitais previamente apresentados como privados e conveniados à prefeitura estão aqui descritos. Isso se deve à ausência desses mesmos números nos relatórios governamentais. Além disso, alguns hospitais não elencados como conveniados, aparecem com dados relatados à prefeitura, como os hospitais Mãe de Deus e Moinhos de Vento. Na página que disponibiliza os contratos de prestadores de saúde, entretanto, esses hospitais não estão representados.

As únicas estratificações sobre ofertas de serviços feitas por hospitais privados, foram referentes ao número de consultas disponibilizadas e o número de testes de HIV e sífilis. Essas informações possibilitaram maior análise em software externo. As demais informações, relativas à oferta de serviços, não se encontram agrupadas e, na maioria dos casos, não apresenta números absolutos que possibilitem comparações mais precisas, apenas dados percentuais gerais.

5.2.1 Evolução da Oferta de Consultas em Hospitais Privados e Públicos

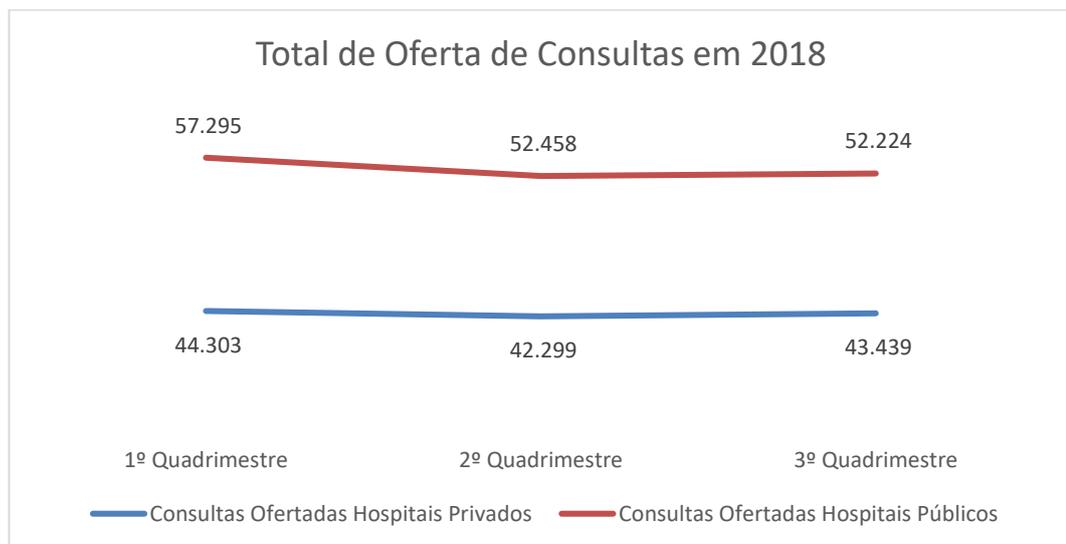
No Sistema Único de Saúde, a porta de entrada é a rede de unidades básicas e centros de saúde. Caso seja necessário ao paciente ser encaminhado à um especialista, o agendamento

⁸ Disponível em <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2018/08/conheca-a-estrutura-do-hospital-santa-ana-inaugurado-nesta-quarta-feira-em-porto-alegre-cjkb18wvz036c01qcvitqgyvs.html>> Acesso em 05 mai. 2019.

é realizado através Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados⁹. Através desse canal, é possível, por parte da prefeitura, realizar o gerenciamento dos atendimentos e o registro dos dados.

No ano de 2018, pela Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados de Porto Alegre, registrou-se a seguinte evolução de oferta de consultas (gráfico 1):

Gráfico 1 – Evolução geral da oferta de consultas:



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos relatórios de gestão de saúde.

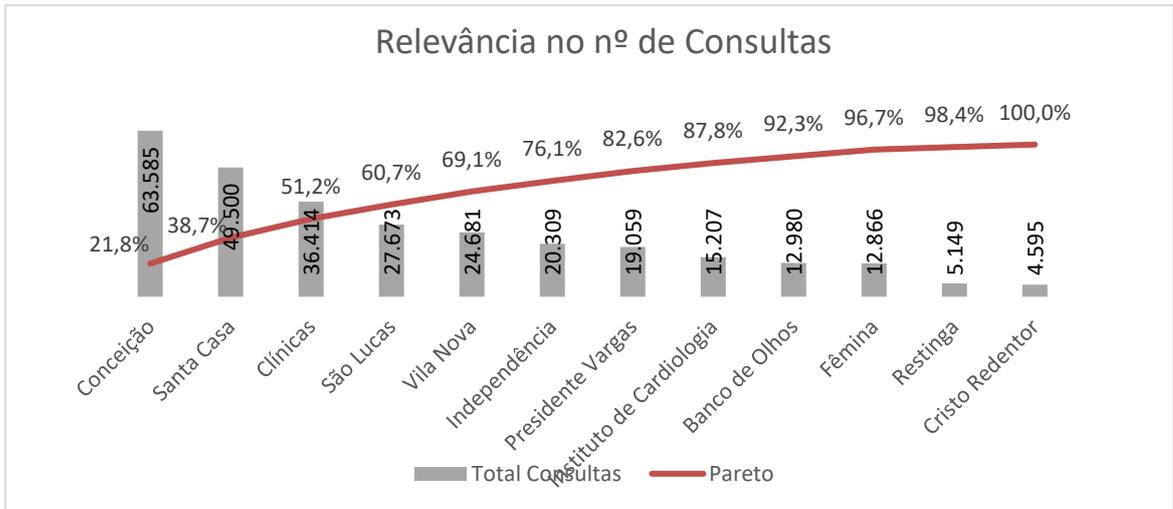
Foram, ao todo, 292.018 consultas disponibilizadas pela central pública no ano. Desse montante, 55,5% dos atendimentos corresponderam a hospitais públicos e 44,5% a hospitais privados. O gráfico acima demonstra uma queda no número de disponibilidade de atendimentos absolutos nos dois grupos, sendo mais destoante, proporcionalmente, nos hospitais públicos.

Vale destacar aqui que, apesar do número de hospitais privados ser duas vezes maior do que a quantidade de hospitais públicos, o número de consultas oferecidas pelos estabelecimentos públicos é 24,5% maior, com 31.936 consultas a mais no ano analisado.

Colocando esses hospitais, em um diagrama de análise de Pareto, podemos concluir que dos sete hospitais que integram 82,6% do número de consultas, quatro são públicos – Conceição, Clínicas, Independência e Presidente Vargas – e três são privados – Santa Casa, São Lucas e Vila Nova –, conforme gráfico 2, abaixo:

⁹ Disponível em <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=611>. Acesso em 12. Mai. 2018.

Gráfico 2 – Evolução da oferta de consultas por hospital:

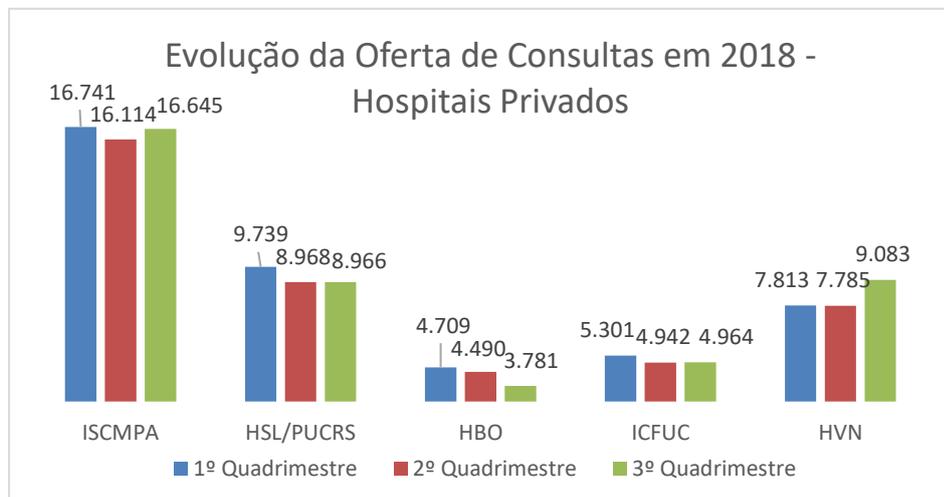


Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos relatórios de gestão de saúde.

Em números gerais, o ano terminou com queda de 2% no número de oferta de consultas via SUS nos hospitais privados de Porto Alegre, se comparado com o início do ano. Com exceção da Associação Hospitalar Vila Nova (HVN), hospital o qual teve acréscimo significativo de 16,3% na oferta de consultas, analisando-se primeiro e último quadrimestres, os demais estabelecimentos registraram queda em suas ofertas.

O Hospital Banco de Olhos (HBO) foi o que registrou maior redução. Foram 928 consultas a menos (-19,7%). Por outro lado, a Santa Casa (ISCOMPA) se manteve relativamente estável ao longo do ano, variando -0,6%, comparando os mesmos períodos (gráfico 3).

Gráfico 3 – Evolução individual dos hospitais:



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos relatórios de gestão de saúde.

Em média, o Hospital Vila Nova, correspondeu a 19% das ofertas de consultas em 2018. Dessa maneira, vale destacar que, isolando-se esse hospital, a queda seria maior, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Oferta de consultas do Hospital Vila Nova:

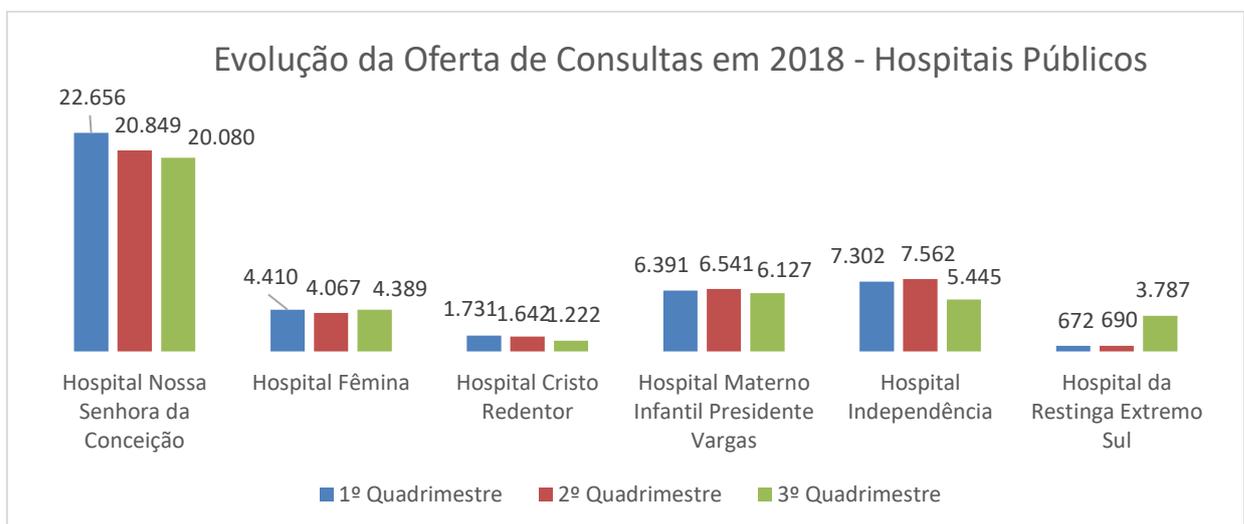
	<u>Var. Absoluta 1º e 3º Quad.</u>	<u>% Var. 1º e 3º Quad</u>
Oferta de Consultas com Vila Nova	- 864	-2,0%
Oferta de Consultas sem Vila Nova	- 2.134	-5,8%

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos relatórios de gestão de saúde.

A importância desse hospital privado, situado na zona sul de Porto Alegre, é demonstrada por seus números. Seriam 2.134 consultas a menos no ano, uma redução de 5,8%.

Já nos hospitais públicos, também é possível identificar uma diminuição no número de consultas ao longo do período de análise. A evolução individual dos hospitais se dá conforme gráfico 4, abaixo:

Gráfico 4 – Evolução individual dos hospitais:



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos relatórios de gestão de saúde.

Dentre os diversos pontos de análise da evolução de consultas nos hospitais públicos em 2018, cabe um destaque a grande diferença no número de atendimentos entre o Hospital Nossa Senhora da Conceição e os demais. No que se refere ao SUS, o hospital Conceição, sozinho, correspondeu à 50,6% no número de consultas, dentre os hospitais públicos, no município de Porto Alegre no ano.

De maneira geral, comparado com o início, o ano terminou com queda absoluta de 2.112 (-4,9%) consultas. O único hospital que obteve acréscimo, no mesmo comparativo, foi o da Restinga Extremo Sul, com 3.115 (463,5%) atendimentos a mais. Vale aqui ressaltar, que essa instituição passou a ter sua gestão de operações administrada pela Associação Hospitalar Vila Nova a partir de agosto de 2018¹⁰. Com essa forte variação, o HRS/AHVN, ajudou a mitigar a diferença negativa no número de pessoas atendidas em consultas médicas nos hospitais públicos, conforme tabela 3, abaixo:

Tabela 3 – Variação da oferta de consultas com e sem o Hospital da Restinga em 2018.

	Var. Absoluta 1º e 3º Quad.	% Var. 1º e 3º Quad
Oferta de Consultas com Restinga ES	- 2.112	-4,9%
Oferta de Consultas sem Restinga ES	- 5.227	-12,3%
Total	- 7.339	

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos relatórios de gestão de saúde.

De acordo com a tabela acima, sem os atendimentos do Hospital Restinga Extremo Sul, a queda percentual de consultas seria 147,5% maior. Retirando-se esse hospital, os números iriam de -2.112 (-4,9%) à -5.227 (-12,3%) atendimentos. Assim sendo, é possível afirmar que as administrações por parte da Associação Hospitalar Vila Nova, tanto em seu hospital próprio quanto no hospital público localizado no bairro Restinga, contribuíram para dar vazão a demanda da população usuária do SUS por consultas médicas.

Por fim, os hospitais Materno Presidente Vargas e Independência, ambos especializados – o primeiro em atendimento infantil e o segundo em traumatologia e ortopedia – tiveram uma leve reação de alta no segundo semestre, entretanto voltar a cair, terminando o ano com 2.121 atendimentos a menos do que no primeiro quadrimestre do ano, ou -264 (-4,1%) e -1.857 (-25,4%), respectivamente.

5.2.2 Evolução de Testes Rápidos HIV e Sífilis em Hospitais Privados e Públicos

Conforme o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde, de maneira gratuita, o SUS oferece testes para o HIV (vírus da aids), sífilis e hepatites

¹⁰ Disponível em < <http://www.hres.org.br/2018/08/associacao-hospitalar-vila-nova-e-a-nova-gestora-do-hospital-restinga-e-extremo-sul/>>. Acesso em 25 set. 2018.

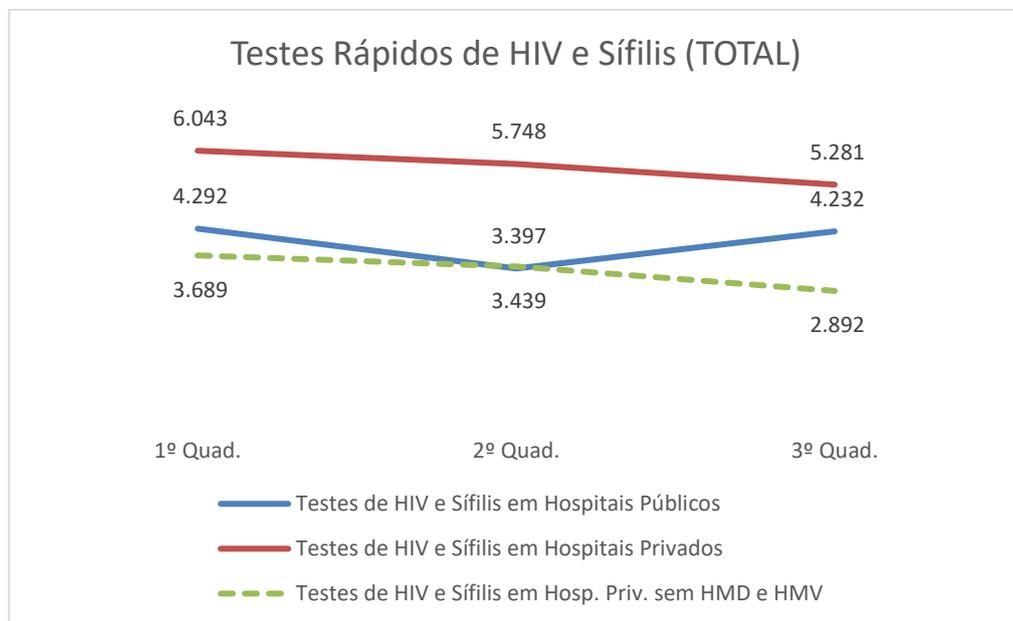
B e C, sendo que no país existem dois tipos de testes: os exames laboratoriais e os testes rápidos.¹¹

O segundo conjunto de dados que estratifica os hospitais privados em análise quadrimestral, é referente ao número de testes rápidos de HIV e Sífilis na rede pública. Essas informações surgem nas seções dos relatórios destinadas a avaliar a evolução dos casos dessas doenças no município. Os dados sobre os testes disponibilizados para as duas condições são agrupados em uma mesma tabela, contendo 11 hospitais, sendo 6 privados (45%).

Ao estratificarem-se a evolução dos hospitais privados, notou-se a inclusão de duas instituições que não estavam presentes como conveniadas, os Hospitais Mãe de Deus e Moinhos de Vento. Como não há registros de parcerias público-privadas para com essas instituições, criou-se diferentes visões de análise neste trabalho, apresentando números totais - com os Hospitais Mãe de Deus e Moinhos de Vento – e demais evoluções de hospitais públicos e privados.

A evolução total no número de testes rápidos de HIV e Sífilis, ao longo dos quadrimestres é mostrada conforme gráfico 5:

Gráfico 5 – Evolução de testes rápidos de HIV e Sífilis em 2018:



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos relatórios de gestão de saúde.

O gráfico acima mostra a diferença, além da evolução, entre quantidades de exames realizados por hospitais privados e públicos ao longo de 2018. No total, foram 28.993 testes

¹¹ Disponível em < <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/testagem>>. Acesso em 18 mai. 2018.

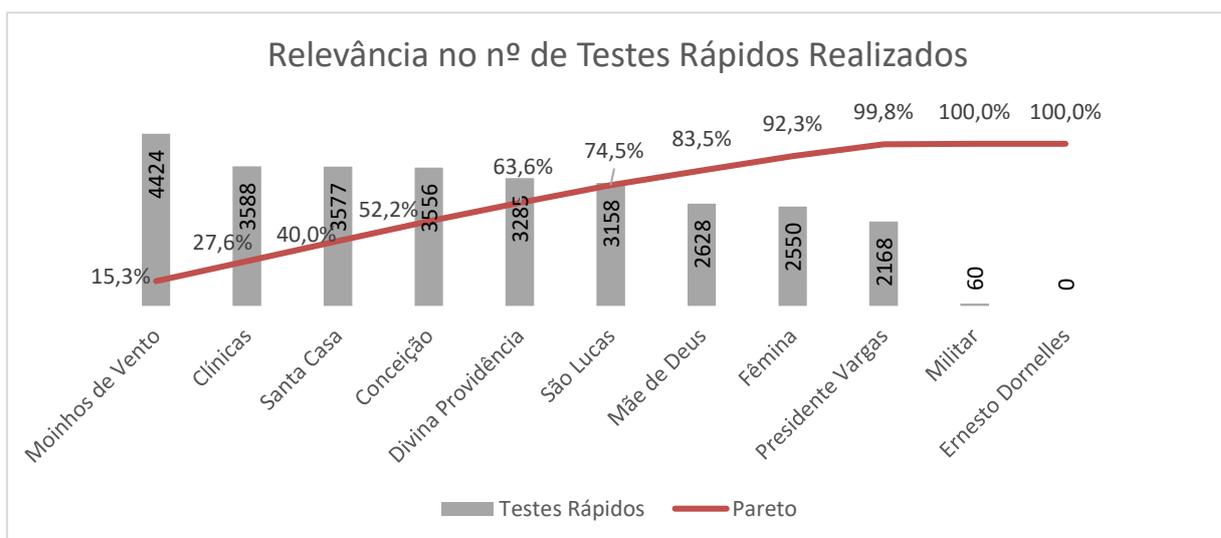
realizados no ano, sendo 11.921 (41,1%) em hospitais públicos e 17.072 (58,9%) em hospitais privados. Tratando de evolução, se comparados o primeiro e último quadrimestres, no total há uma redução no número de testes, uma queda de 822 (-8,0%) exames realizados.

Separando em tipos de hospitais, a queda no número de exames nos mesmos períodos, proporcionalmente, é notadamente maior nos estabelecimentos privados, registrando uma queda de 762 (-12,6%), enquanto os hospitais públicos diminuíram em 60 (-1,4%) no número de testes rápidos. Entretanto, a oscilação dos números ao longo dos quadrimestres é expressivamente superior na rede pública de hospitais. Do primeiro período ao segundo, a diferença percentual foi de -20,9%. Essas variações não foram explicadas pelos relatórios, apenas os números absolutos foram disponibilizados.

Como os hospitais HMD e HMDV representam 41,3% dos testes rápidos realizados em hospitais privados, o número de exames cai drasticamente. Comparando 1º e 3º quadrimestres desse segmento sem HMD e HMDV, há uma redução de 21,6%, mas sem grandes oscilações ao longo do período.

Colocando esses hospitais, também, em um diagrama de análise de Pareto, identificamos que, dos sete hospitais que somam 83,5% dos hospitais mais representativos em números de testes rápidos de HIV e sífilis em Porto Alegre, cinco são privados – Moinhos de Vento, Santa Casa, Divina Providência, São Lucas e Mãe de Deus – e dois são públicos – Clínicas e Conceição (gráfico 6).

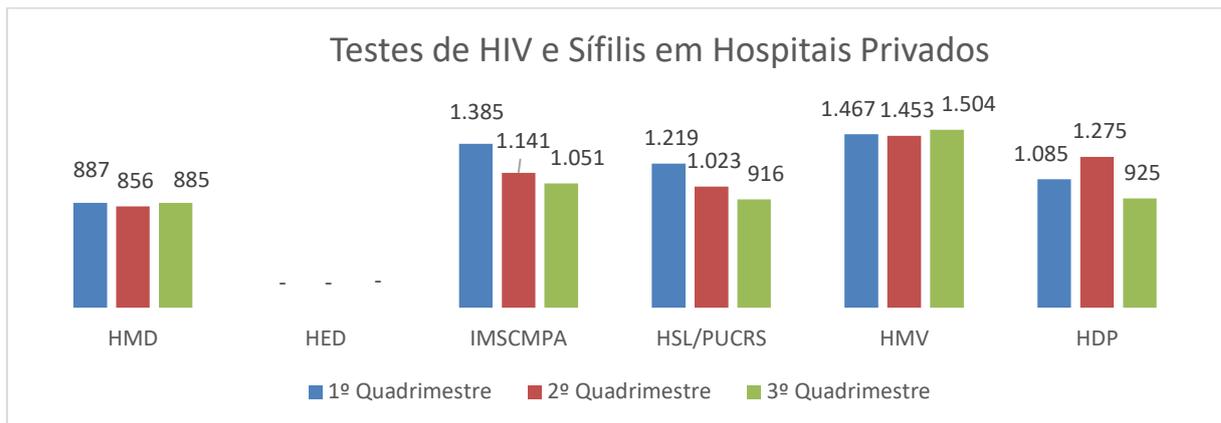
Gráfico 6 – Relevância do número de Testes Rápidos de HIV e Sífilis em 2018:



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos relatórios de gestão de saúde.

Analisando individualmente a situação evolutiva dos hospitais privados (gráfico 7), apenas o Hospital Moinhos de Vento fecha o ano com aumento no número de testes realizados (2,5%). Já a maior queda, no mesmo período, foi registrada no Hospital São Lucas da PUC/RS (-24,9%). O Hospital Ernesto Dornelles, por motivo desconhecido, surge na lista de hospitais privados sem apresentar nenhum número no ano de 2018.

Gráfico 7 – Evolução de Testes Rápidos de HIV e Sífilis em Hospitais Privados em 2018:

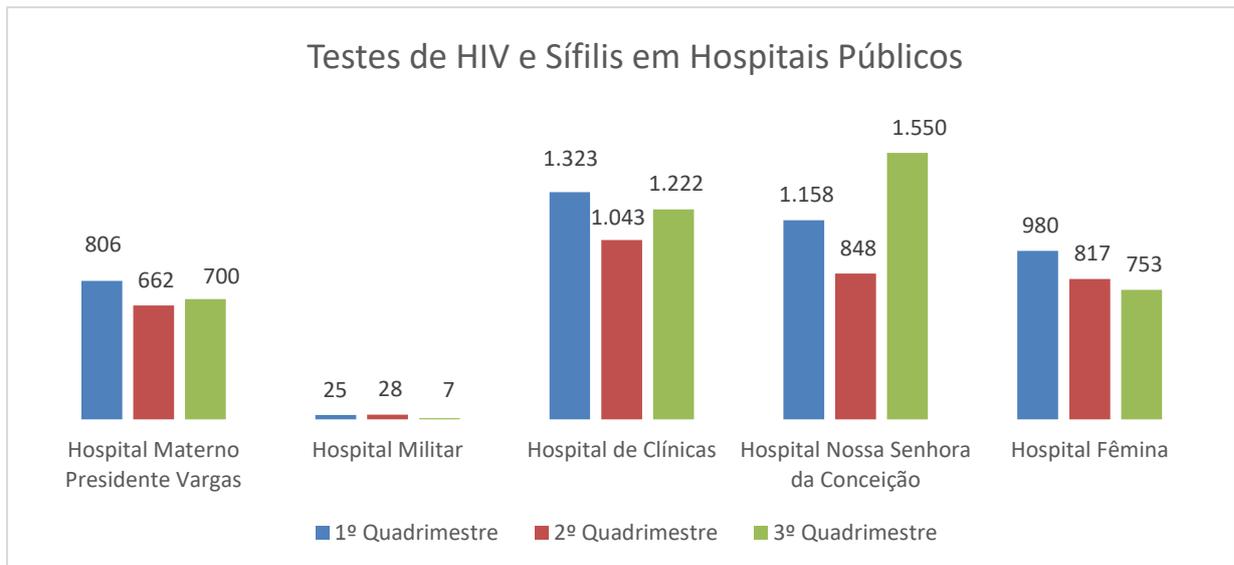


Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos relatórios de gestão de saúde.

O decréscimo no número de testes realizados ao longo do ano, não necessariamente, quer dizer que há contingenciamento de recursos ou diminuição da oferta de exames. O primeiro período do ano, vale ressaltar, compreende as festividades de ano novo e carnaval. No segundo evento, principalmente, há diversas campanhas direcionadas a prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, o que pode levar mais pessoas a tomar conhecimento desse fator e procurarem centros de saúde com o objetivo de realizar diagnósticos relacionados.

Entretanto, além do Moinhos de Vento, o Hospital Divina Providência apresentou um forte crescimento no número de exames no segundo quadrimestre do ano. O aumento foi de 17,5% (190) no número de testes rápidos, comparando com o quadrimestre anterior. Desconsiderando-se o Hospital Ernesto Dornelles por ausência de dados, 40% dos hospitais privados que promovem testes rápidos de HIV e Sífilis, tiveram algum tipo de aumento em seus quantitativos a partir do segundo quadrimestre.

Nos hospitais públicos que realizam esse tipo de exame, como mencionado anteriormente, a queda ao longo dos períodos não é tão brusca. A diferença negativa de 60 exames (-1,4%) é 107,9% menor do que a encontrada nos hospitais privados. A evolução individual dos hospitais públicos é demonstrada conforme gráfico 8:

Gráfico 8 - Evolução de Testes Rápidos de HIV e Sífilis em Hospitais Públicos em 2018:

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos relatórios de gestão de saúde.

Como no caso dos hospitais privados, apenas um dos estabelecimentos registrou variação positiva, comparando o primeiro e o último quadrimestre de 2018, o Hospital Nossa Senhora da Conceição. Esse hospital, apesar de queda de 310 (-26,8%) testes realizados nos primeiros dois períodos, apresentou uma disparada de 702 (82,8%) exames realizados no quadrimestre seguinte, terminando o ano com uma variação positiva de 392 (33,9%), comparando com o 1º quadrimestre.

O Hospital Militar de Porto Alegre, por não ser de acesso à toda a população, mas apenas a militares e dependentes, manteve números baixos ao longo do ano, impactando minimamente os números gerais. De qualquer forma, percentualmente, foi o hospital que obteve maior variação negativa dentre todos os outros: uma queda de 72,0%. Entretanto, vale ressaltar que isso representou apenas 18 testes rápidos a menos nos primeiro e último períodos.

Constando como o hospital público de maior atuação na aplicação de testes rápido de HIV e sífilis em Porto Alegre, de janeiro a agosto de 2018, o Hospital de Clínicas foi superado em números de exames realizados no terceiro quadrimestre pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição. Ainda assim, o HCPA encerrou o ano com 3.588 testes feitos, sendo líder dentre as instituições públicas nesse segmento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou analisar a oferta de serviços de saúde por parte dos hospitais privados presentes no Sistema Único de Saúde de Porto Alegre ao longo do ano de 2018, com base nos relatórios de gestão de saúde da Secretaria de Saúde do município. Com os dados disponibilizados, apresentou-se a evolução quadrimestral de dos hospitais privados no âmbito do SUS, comparativamente aos hospitais públicos. Além disso, tornou-se possível realizar crítica acerca da disponibilização de dados pela Prefeitura de Porto Alegre à população em geral. Por fim, a partir do relatório, construiu-se um panorama da oferta de consultas e testes rápidos de HIV e Sífilis realizados pelos hospitais privados no âmbito do SUS, comparando com números gerais de hospitais públicos.

Os relatórios de gestão de saúde servem como canal pelo qual a Prefeitura de Porto Alegre presta contas à sua população. Esse serviço de informar os cidadãos não é espontâneo e tampouco fruto da boa vontade dos governos vigentes, mas sim de uma portaria ministerial. A Portaria nº 2.135/2013 do Ministério da Saúde que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Essa norma está em consonância com o artigo 36 da Lei Federal nº 141/2012, que determina que cada ente federativo deve elaborar um relatório por quadrimestre, onde conste o montante de recurso público aplicado no período.

Assim sendo, além de garantir o direito a saúde, a Prefeitura, através da Secretaria Municipal de Saúde deve relatar periodicamente seu trabalho. Isso se torna ainda mais importante quando muitos são os prestadores privados atendendo por meio do Sistema Único de Saúde. No caso de Porto Alegre, 66,6% dos hospitais que atendem os cidadãos via SUS, são privados. Esses prestadores, majoritariamente sem fins lucrativos, e suas entidades de representação queixam-se dos baixos valores de reembolso predefinidos na tabela SUS, entretanto sobrevivem economicamente do aporte financeiro de recursos públicos, já que aproximadamente dois terços de sua clientela são de pacientes do SUS (MEDICI, 2011; VICTORA et al., 2011).

Concomitantemente à insatisfação dos hospitais, há na população uma percepção negativa em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS). Tratando-se exclusivamente da saúde pública no sul do país, 45% dos brasileiros, sem plano de saúde, considera o atendimento público ruim ou péssimo (DATAFOLHA, 2018). Não há distinção entre a natureza dos hospitais – públicos ou privados – entretanto essa parcela significativa da população se mostra descontente com um serviço que, na região de análise tem hospitais privados em maior número. Durante o ano de 2018, a cidade de Porto Alegre contou com 21 hospitais

conveniados, além de seus 4 municipais, sendo 13 (66,6%) privados e 7 públicos (33,3%). Esse fato segue a histórica lógica de dependência do sistema público de saúde do cuidado hospitalar prestado por organizações privadas, com ou sem fins lucrativos (MACHADO; MARTINS; LEITE, 2015).

A priori, é importante destacar que os dados relativos a hospitais conveniados são divergentes entre os canais de informação da gestão municipal. Na seção “Hospitais Conveniados” do endereço eletrônico da prefeitura, notam-se as ausências dos hospitais Ernesto Dornelles, Mãe de Deus e Moinhos de Vento. O primeiro hospital configura na lista de contratos vigentes, e os dois últimos além de administrarem hospitais públicos, aparecem com grandes números de testes rápidos de HIV e Sífilis realizados nos relatórios de gestão de saúde. Essas dissonâncias de informação impossibilitam uma análise mais precisa sobre o que é ofertado a população através dessas parcerias e convênios. Além disso, apenas dois tipos de informações – que possibilitem comparação entre hospitais públicos e privados – foram apresentadas ao longo do ano: quantidade de consultas e de testes rápidos de HIV e Sífilis.

Quanto aos dados disponibilizados, algumas inferências podem ser realizadas acerca do material utilizado no que se refere à oferta de consultas. Em primeiro lugar, cabe destacar que das 292.018 consultas disponibilizadas pela central pública no ano 55,5% dos atendimentos corresponderam a hospitais públicos e 44,5% a hospitais privados. Mesmo que o número de hospitais privados seja duas vezes maior do que a quantidade de hospitais públicos, o número de consultas oferecidas pelos estabelecimentos públicos foi 24,5% maior, com 31.936 consultas a mais no período analisado. Vale considerar, entretanto, que enquanto os hospitais públicos atendam quase que na totalidade o SUS, os hospitais privados dividem entendimentos entre convênios, atendimentos particulares e o próprio Sistema Único de Saúde.

Outro dado interessante quanto a oferta de consultas hospitalares, em um diagrama de análise de Pareto, podemos concluir que dos sete hospitais que integram 82,6% do número de consultas, quatro são públicos e três são privados. No ano, foram 139.367 consultas dentro desses hospitais públicos contra 101.854 consultas nos hospitais privados. Esse número 36,8% menor dos estabelecimentos privados conveniados traz questionamentos acerca da efetividade dos recursos aplicados pela Prefeitura quando o número de hospitais públicos é exatamente a metade.

No que se refere aos testes rápidos de HIV e Sífilis, da mesma forma que a oferta de consultas, os números desses exames apresentaram queda ao final do ano de 2018, no geral.

Entretanto, a variação negativa foi maior no caso dos testes rápidos: 8,0% de redução de exames contra 5,8% de decréscimo no número de consultas. Apesar disso, vale destacar que é há a possibilidade de que o primeiro período do ano apresente maior quantidade de exames realizados por compreender as festividades de ano novo e carnaval. Além disso, dos estabelecimentos registrou variação positiva, comparando primeiro e último períodos. O Hospital Nossa Senhora da Conceição, apesar de queda 26,8% em testes realizados nos primeiros dois períodos, apresentou um aumento significativo de 82,8% em exames realizados no quadrimestre seguinte, terminando o ano com uma variação positiva de 33,9%, comparando 1º e 3º quadrimestres.

Ainda que os dados disponíveis não permitam estudos mais profundos, há de se deduzir que os hospitais públicos representam a parcela mais significativa dos atendimentos via Sistema Único de Saúde. Não há como se pensar hoje em políticas públicas de substituição de hospitais públicos por hospitais privados ou suas privatizações, visto que há um notável esforço na disponibilização de oferta de consultas e exames, refletido pelos números superiores, todavia, em menor número de estabelecimentos. Como mostra a revisão teórica, o atendimento de caráter público é muito caro ao cidadão brasileiro. Tratando-se de internações, entre de 2008 a 2010, os hospitais que atendem apenas SUS realizaram 22,1% de todas as internações. Por outro lado, os hospitais de atendimento exclusivamente particulares e de planos de operadoras de saúde realizaram apenas 7,3% das internações do Brasil.

Como limitações à pesquisa, as informações sobre ofertas de consultas e testes rápidos não possuem estratificações, apenas números absolutos ao longo do período. Essa simplificação resulta em indicadores de controle falhos que não identificam as raízes dos problemas da saúde pública. Em um processo gerencial adequado de planejamento e estabelecimento de metas, a medição do desempenho tradicional tem como principal preocupação a medição em termos do uso eficiente dos recursos (MARTINS; NETO, 1998). A ausência de estratificação dos dados gera indicadores não confiáveis. Além de dificultar a gestão dos recursos públicos por parte da Prefeitura, deixa de proporcionar informações relevantes à população.

Como sugestões para um futuro aprofundamento do tema, ressalta-se a importância do estabelecimento de critérios de efetividade para serviços de saúde de maneira mais detalhada, pois os relatórios não se mostram suficientes para realização de análise mais precisa. Por fim, outro ponto de destaque para posteriores análises é o hospital privado Vila Nova, o qual correspondeu a 19% das ofertas de consultas em 2018 e ajudou a reduzir, em grande quantidade, a queda no número de atendimentos oferecidos a população no período. A

diferença entre a redução no número de atendimentos seria 146,7% maior, não fosse por esse hospital.

Por fim, é importante levantar a discussão sobre o panorama da saúde pública no Brasil, dada a supervalorização do setor privado e o desinvestimento público no período de realização dos relatórios utilizados nesse trabalho. As políticas públicas da Prefeitura Municipal de Porto Alegre tendem a andar em consonância com os anseios do governo federal eleito em 2018. É possível afirmar que as instituições privadas de saúde, mesmo que dependentes em grande parte de recursos federais para sua manutenção, sejam beneficiadas por políticas liberais propostas pelo executivo.

Aliado à queda de investimentos no setor público, é possível que o direito universal a saúde, garantido pela Constituição brasileira seja pouco a pouco transformado em algo inatingível. Dessa forma, desenha-se uma perspectiva onde as classes mais pobres do país são desassistidas e privilegia-se uma parcela já agraciada da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Curso de direito administrativo**. 26ª edição, São Paulo: Malheiros, 2009, p. 55-56.

BORDIN, R., DEMARCO, D. J., MEIRA, F. B. **Gestão em Saúde no Rio Grande do Sul: casos, análises e práticas**. Porto Alegre: Evangraf, 2014. 200p.

BRASIL, 2014. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em 28 out. 2018.

BRASIL, 2011. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Brasília: DF. 1998. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em 28 out. 2018.

BRASIL, 1998. **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998**. Brasília: DF. 1998. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em 25 set. 2018.

BRASIL, 2000. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Brasília: DF. 2000. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm>. Acesso em 25 set. 2018.

BRASIL, 2000. **Lei nº 9.986, de 18 de julho de 2000**. Brasília: DF, 2000. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9986.htm>. Acesso em Acesso em 25 set. 2018.

BRASIL, 2004. **Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004**. Brasília: DF. 2004. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L11079.htm>. Acesso em 10 out. 2018.

BRASIL, 2012. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Brasília: DF. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em 25 set. 2018.

BRASIL, 2010. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: DF. 2010. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em 28 out. 2018.

BRASIL, 2013. **Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013**. Brasília: DF. 2013.

Disponível em

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html>. Acesso em 28 out. 2018.

BRASIL, 2013. **Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013**. Brasília: DF. 2013.

Disponível em

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html>. Acesso em 28 out. 2018.

BRASIL, 2018. **Programação Anual de Saúde (PAS) – 2019**. Disponível em

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao_anual_saude_PAS_2019.pdf>.

Acesso em 25 set. 2018.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 22ª edição, São Paulo: Atlas, 2009, p. 336.

FURTADO, L. C. Contratos Administrativos e contratos de direito privado celebrados pela Administração Pública. **Revista TCU Brasília**, v. 31, nº 86, out/dez 2000. Disponível em <<https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/934/998>>. Acesso em 25 set. 2018.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4º. Ed. – São Paulo, SP: Atlas, 2002

HAMERSKI, B. **A presença do setor privado na saúde pública no município de Porto Alegre: o caso do IMESF**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Escola de Administração/UFRGS. Porto Alegre, 2018. 108p.

KAUARK, F.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C.H. **Metodologia da pesquisa: um guia prático**. Itabuna, BA: Via Letterarum, 2010. 88p.

IESS 2018. Disponível em <<https://www.iess.org.br/cms/rep/TD69.pdf>>. Acesso em 27 set. 2018.

FENASAÚDE. **Mercado de Saúde Suplementar** – Rio de Janeiro, RJ - 2017. Disponível em <<https://cnseg.org.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8AA88A578CB5C80158A BBBCE8B674B>>. Acesso em 25 set. 2018.

KAPLAN, R.S.; NORTON, D.P. **A estratégia em ação: balanced scorecard**. 4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

MACHADO, P. J; MARTINS, M.; LEITE, I. C. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. **Revista SAÚDE DEBATE**. RIO DE JANEIRO, v. 39, p. 39-50, DEZ 2015.

MACHADO, P. J; MARTINS, M.; LEITE, I. C. Variação do desempenho hospitalar segundo fontes de pagamento nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(7):e00114615, jul, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00114615.pdf>>. Acesso em 25 set. 2018.

MARTINS, R. A.; COSTA NETO, P. L. Indicadores de desempenho para a gestão pela qualidade total: uma proposta de sistematização. **GESTÃO & PRODUÇÃO** v.5, n.3, p. 298-311, dez. 1998. Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/Roberto_Martins5/publication/267697462_INDICADORES_DE_DESEMPENHO_PARA_A_GESTAO_PELA_QUALIDADE_TOTAL_UMA_PROPOSTA_DE_SISTEMATIZACAO/links/5464ac9c0cf2c0c6aec70a2c.pdf>. Acesso em 25 set. 2018.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 30ª edição, São Paulo: Malheiros, 2005, p. 392.

OLIVEIRA, S,E; ALLORA, V; SAKAMOTO, F.T.C. **Utilização conjunta do método UP' – Unidade de Produção (UEP') com o Diagrama de Pareto para identificar as oportunidades de melhoria dos processos de fabricação - um estudo na agroindústria de abate de frango**. In: IX Congresso Internacional de Custos - Florianópolis, SC, Brasil - 28 a 30 de novembro de 2005. Anais... Disponível em <<https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/2173/2173>>. Acesso em 25 set. 2018.

PAPI, L. P. BARCELOS, T. R. HAMERSKI, B. **O planejamento como ferramenta estratégica para a implementação de políticas públicas: os casos da saúde e assistência social em Porto Alegre**. In: DEMOCRACIA E DIREITOS: Dimensões das políticas públicas e sociais. Brasília/DF, 04 a 08 de dezembro de 2017. Anais... Disponível em <http://anepcp.org.br/redactor_data/20180621134035_18_O_planejamento_como_ferramenta_Luciana_Papi.pdf>. Acesso em 25 set. 2018.

SCHONS, S. A. **Plano Municipal de Saúde do Município de Montenegro/RS 2014-2017 e interface com relatórios quadrimestrais de gestão**. Trabalho de Conclusão (Especialização de Gestão em Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Novo Hamburgo, 2015. 44p.

SOUZA, R.R. **O sistema público de saúde brasileiro**. – Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

VARELLA, D.; CESCHIN, M. **A Saúde dos planos de saúde**. 1ª ed. São Paulo: Paralela, 2014.