

A EXPANSÃO DO SETOR PRIVADO DA SAÚDE EM SALVADOR

Cleide Silva de Jesus*
José Bispo de Santana Filho*
Marcio Arcanjo de Souza*

Orientadora: Profa. Dra. Mônica de Aguiar Mac-Allister da Silva**

RESUMO

O presente artigo tem o intuito de entender as bases da evolução do sistema de saúde em âmbito privado, analisando especificamente a cidade de Salvador. A análise é desenvolvida estabelecendo definições e comparações entre o setor público e privado, na tentativa de identificar os fatores que contribuíram para o fomento da saúde particular em Salvador. A conclusão extraída desta análise é de que a expansão do setor privado de saúde em Salvador segue as características nacionais, com o agravante da concentração de mão-de-obra na área de saúde.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o sistema único de saúde, SUS, encontra-se dividido em um setor público e outro privado, o que desmistifica a imagem de que o SUS é público e é composto apenas por instituições públicas, bem como gera a necessidade de se delimitar o espaço da iniciativa privada dentro do sistema.

Nas últimas duas décadas, foi o setor privado que apresentou uma maior expansão em sua estrutura e nos serviços prestados à população, cobrindo possíveis

*Estudantes do 2º e 3º ano do curso de administração de empresas da UNIFACS, alunos do programa de Iniciação científica da UNIFACS pela FAPESB

**Orientadora Profa. Dra. Mônica de Aguiar Mac-Allister da Silva (UNIFACS), doutora em administração, Universidade Federal da Bahia.

lacunas deixadas pelo setor público. A tendência atual é que este crescimento se intensifique, aumentando a oferta da assistência privada.

A expansão torna-se visível através da observação do crescimento das instituições privadas, como hospitais, clínicas e laboratórios, fator esse que orienta o objetivo geral deste artigo: analisar a expansão do setor privado de saúde no Brasil e em Salvador.

A análise da expansão do setor privado de saúde no Brasil e em Salvador se justifica pela importância desse setor para sociedade e por constituir-se em um mercado de trabalho para o administrador, em função da demanda por ações estratégicas que ordenem o seu crescimento.

Antes de analisar a expansão do setor privado de saúde, procura-se compreender o surgimento, o desenvolvimento e a realidade atual do sistema de saúde vigente no país, bem como o setor público de saúde. Nesse contexto, desenvolve-se a análise da expansão do setor privado de saúde no Brasil, estabelecendo definições e fazendo comparações entre o setor público e privado, objetivando identificar os fatores que contribuíram para o fomento da saúde, observando-se particularmente o caso de Salvador. Vale acrescentar que a análise da expansão do setor privado de saúde no Brasil e em Salvador foi desenvolvida com base em pesquisas bibliográficas e documentais.

Esse artigo está estruturado em cinco tópicos: introdução; evolução histórica da saúde brasileira; o Sistema de Saúde (SUS): análise do setor público; fatores contribuintes para a expansão da saúde privada em Salvador e considerações finais

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE BRASILEIRA

A origem da atual estrutura da saúde brasileira teve início nos meados do século XX quando o Ministério da Saúde limitava-se a promover, com ajuda das unidades federativas e de seus respectivos municípios, campanhas profiláticas com hospitais que ainda não tinham aparato suficiente para tratar de endemias mais graves e que se localizavam em regiões muito centralizadas, não conseguindo cobrir a dimensão continental do país (MARINHO; MAC-ALLISTER, 2005).

No decorrer da década de 60, o país passou por um rápido processo de industrialização que favoreceu a concentração das grandes populações nos centros urbanos, fator esse que exigiu políticas públicas que atendessem essa contingente de pessoas, as quais eram formadas pelos operários das indústrias filiados ao sistema de previdência social e suas famílias, que consistiam em apenas 25 % da população brasileira (MENDES, 1996).

No decorrer das décadas de 70 e 80 os serviços públicos se reorganizaram com base em uma reforma sanitária, que futuramente teria algumas de suas diretrizes adotadas pela constituição federal de 88, além da crise econômica e fiscal que serviram de justificativa para uma redução de 50 % dos gastos federais entre 1989 e 1992 (MÉDICI, 2004). Por outro lado, ocorreu um redimensionamento do papel do Estado por parte do governo, marcado pela adesão aos ideais neoliberais de diminuição da intervenção estatal na economia e na produção de serviços, inclusive na área de saúde.

A constituição federal de 1988 teve importante contribuição criando o modelo que é conhecido atualmente: o Sistema Único de Saúde, SUS. Esse sistema se baseia na garantia da universalidade dos serviços de saúde, preconizada pela Organização Mundial da Saúde, OMS, e no financiamento por impostos gerais e que incorpora a noção de direito à saúde enquanto prestações gratuitas dos serviços de saúde ao cidadão (MARINHO, MAC-ALLISTER, 2005). Paradoxalmente, a ampliação da iniciativa privada no setor tem seu ponto de alavancagem na mesma época, pois a legislação instituída em 1988 faculta a livre participação da iniciativa privada, atuando de forma

suplementar ao sistema de saúde estatal (MEDICI, 1994). O principal objetivo almejado pela constituição federal é retirar os gastos com a saúde do orçamento público, fazendo com que este seja assumido pelas empresas que atuam no setor da saúde, enquanto cabe ao Estado criar medidas regulatórias para controlar e fiscalizar o setor privado.

O segmento privado caracteriza-se por ser suplementar ao serviço de saúde pública, compreendendo todo o conjunto de instituições privadas com ou sem fins lucrativos, que têm como objetivo ofertar serviços de atenção à saúde, paralelamente à oferta do Estado (SICSÛ, 2002). Dessa forma pode-se caracterizar os dois seguimentos da seguinte forma:

O segmento público é norteado pelo direito social, constitucional, coletivo e não comercial de assistência à saúde, cumprindo o papel de estabelecer políticas, gerir e prover ações e serviços de saúde para toda a comunidade. Já o segmento privado, também denominado de saúde suplementar, é regido pelas regras de mercado, visto oferecer ações serviços a quem tem condições de pagar, numa relação de troca característica de qualquer negócio (RODRIGUES, 2003 *apud* MARINHO; MAC-ALISTER 2005).

No contexto da saúde suplementar existem três agentes que interagem simultaneamente: os consumidores que demandam os serviços; as operadoras de planos privados de assistência à saúde e as seguradoras especializadas em saúde, que atuam como as financiadoras dos serviços demandados e prestados e os prestadores dos serviços, que fornecem efetivamente a assistência aos consumidores (RODRIGUES, 2003).

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): ANÁLISE DO SETOR PÚBLICO

Até a década de 80, uma parcela significativa da população brasileira não tinha acesso aos serviços públicos de saúde. Os serviços ambulatoriais e hospitalares prestados pelo governo eram destinados apenas para aquelas pessoas que trabalhavam com carteira assinada e contribuía para a previdência social. As únicas ações de caráter universal desenvolvidas pelo Ministério da Saúde eram no âmbito da promoção

da saúde e prevenção de doenças, desenvolvendo campanhas de vacinação e controle de endemias.

A insatisfação da população com o sistema vigente de atendimento a saúde ocasionou o surgimento do movimento sanitário, sendo um movimento político que impulsionou a reforma da saúde pública no Brasil, envolvendo profissionais da saúde, trabalhadores de sindicatos, sanitaristas e demais membros da sociedade, os quais exigiram a implantação de um novo modelo de saúde para o país (CONASS, 2003). O resultado foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), idealizado pela Constituição Federal de 1988 e implementado a partir de 1990, com a finalidade de disponibilizar serviços de saúde gratuita para toda população.

A Constituição Federal do Brasil do ano de 1988, artigo 196 afirma que, “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”. O SUS tem como princípios e diretrizes a universalidade, ou seja, garante o acesso de todos os brasileiros às ações e aos serviços de saúde; a equidade que é a assistência a saúde para toda a população sem preconceito, discriminação ou privilégios; a gratuidade de forma que todas as ações e os serviços de saúde prestados pelo Poder Público ou por entidades privadas contratadas sejam gratuitos, e a integralidade proporcionando todas as ações e os serviços necessários para a promoção, proteção, tratamento e reabilitação de saúde (CES/RS, 2006).

Desde a sua implementação, o SUS passou por diversas transformações e obteve avanços importantes. Uma das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde que contribuiu significativamente para a melhoria do sistema público de saúde foi a descentralização político-administrativa, transferindo as responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais (REHEM, 2001). Essa mudança foi importante devido à pluralidade de condições vivenciadas pelos municípios e suas regiões. Em relação ao progresso do SUS vale observar que:

Muito se avançou na saúde no Brasil, especialmente no SUS, que representa a única possibilidade de atendimento para cerca de 80% na população. Os avanços refletem em grande parte no aumento de atendimento nas áreas básicas e de alta e média complexidade (hemodiálise, transporte de órgãos, cirurgias, tratamento de câncer, etc), e também cobertura vacinal e de atendimento, com a implantação do programa de Saúde da Família (PSF), com melhoras de indicadores como mortalidade infantil, desnutrição e de doenças e complicações evitáveis; política de acesso a medicamentos e fortalecimento de laboratórios oficiais [...]; a descentralização através da regionalização e municipalização, com gestão básica e plena do sistema, entre outros avanços (BOA SORTE JÚNIOR, 2006).

Apesar dos avanços ocorridos, o SUS ainda vivencia diversos problemas e existem questões a serem resolvidas para que os princípios e as diretrizes traçadas pela Constituição Federal tornem-se a efetiva realidade da saúde pública do Brasil. Muitos municípios operam suas ações e serviços de saúde em condições desfavoráveis, dispondo de escassos recursos financeiros, materiais e humanos, insuficientes para atender à demanda dos usuários, seja em volume ou complexidade (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2001, p. 24-25).

O orçamento público destinado ao SUS é insuficiente. Além disso, há estados e municípios que descumprem a Constituição e não destinam os recursos previstos para a saúde. Boa Sorte Júnior (2006) afirma que “O Brasil gasta anualmente apenas cerca de 100 dólares per capita e 3,4% do PIB (Produto Interno Bruto compreendido como toda riqueza produzida pela Nação), um dos mais baixos índices do mundo e da América Latina, igualando-se com a Bolívia e Paraguai”.

O declínio do Sistema Público de Saúde tem contribuído para o crescimento do mercado suplementar de saúde. A assistência médica oferecida pelo setor privado tornou-se a alternativa viável para uma parcela da população, já que esse setor oferece melhor atendimento, uma melhor capacitação humana, rapidez, além de possuir instalações e equipamentos qualificados. As pessoas com maior poder aquisitivo utilizam os serviços do segmento privado através do pagamento mensal dos planos de saúde, enquanto aquelas com menores condições financeiras recorrem às denominadas clínicas populares. Sob esse novo segmento Cordeiro (2005) comenta que:

“[...] De olho na imensa parcela de brasileiros excluídos da medicina supletiva, mas que tem um certo poder aquisitivo que permite pagar por consultas e exames, desde que os preços sejam acessíveis, surgiram na última década milhares de clínicas populares pelo país, sobretudo no Nordeste. Em Salvador o segmento já congrega pelo menos 220 clínicas, que movimentam mensalmente perto de R\$5 milhões [...] (CORDEIRO, 2005).

Transformar o sistema público em um sistema eficaz é um desafio que exige vontade política e capacidade de governo, além de mobilização por parte da sociedade. Vale ressaltar que a saúde da população não restringe-se apenas a assistência médica, depende também de políticas econômicas e sociais que lhe assegurem a garantia de emprego, moradia, educação, lazer, saneamento básico e outros.

FATORES CONTRIBUINTES PARA A EXPANSÃO DA SAÚDE PRIVADA EM SALVADOR

O crescimento das organizações de saúde em Salvador nos últimos anos se deve, em parte, ao estímulo gerado pela assistência das diversas fontes de financiamento existentes hoje no mercado privado. Segundo Silva (1997) as fontes de financiamento se agrupam nas seguintes modalidades: SUS: financiamento público; seguro saúde *stricto sensu*: empresas que atuam apenas como financiadoras da assistência médica; convênio-empresa: correspondem aos planos de saúde das diversas empresas que podem ser ou não de autogestão; financiamento direto: serviços remunerados diariamente pelo usuário e outras modalidades (cooperativas, medicina de grupo, empresas concomitantemente financiadoras e prestadoras de serviços). Essa variedade de fontes de recursos financeiros faz com que o setor esteja amparado em seu desenvolvimento.

O segundo fator contributivo a ser considerado é a concentração de profissionais da área médica na cidade. Em média a Bahia possui 971 habitantes para cada médico, porém a distribuição é irregular. Segundo estimativas do CREMEB (2006) existem 12.803 médicos ativos na Bahia, sendo que deste total existem mais de 8.000 atuando

em Salvador (SINDMED, 2005). Como não há perspectiva de carreira e remuneração pelo Sistema Único de Saúde, pois este paga os piores salários da categoria, os profissionais da área médica migram para o serviço privado e, além da baixa remuneração, a falta de infra-estrutura seria um fator limitante para um exercício adequado da profissão.

O terceiro fator a ser considerado é a utilização de economias de escala que permitem a diminuição dos custos da atividade clínica e hospitalares em geral. Em determinados estabelecimentos o número de pessoas atendidas chega a mais de cem. Isso permite que essas empresas possam cobrir seus gastos fixos através quantidade de serviços prestados diariamente. A competitividade do setor da saúde faz com que as organizações adotem a cultura de custos, usando a informação de custos para controle, gerenciamento e tomada de decisão com confiança e credibilidade. Esta variável tem contribuído para o estabelecimento de preços adequados (Tabelas de Preços); identificação de serviços e clientes mais lucrativos; avaliação dos custos fixos e variáveis; definição do ponto de equilíbrio; estabelecendo um conjunto de indicadores de desempenho delineadores para tomada de decisões (REGONHA, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência privada à saúde tem sido alvo de ações governamentais, com a legislação vigente e uma postura neoliberal, que visam transferir o contingente de pessoas que sobrecarregam o serviço público para o setor privado. Isso trouxe como benefício a ampliação da cobertura que foi estendida à maioria da população brasileira.

Ambos, sistema público e privado, contribuíram para a evolução do SUS nas últimas quatro décadas, contudo quando é estabelecido um critério comparativo entre os mesmos, percebe-se que o crescimento das atividades privadas é superior às atividades públicas, tanto em aspectos quantitativos, quanto em aspectos qualitativos.

Em linhas gerais, a tendência de expansão da iniciativa privada identificada em Salvador segue características apresentadas em outras regiões do país, contudo é importante salientar que no contexto soteropolitano ainda existe o agravante da concentração de mão-de-obra na área da saúde, fator esse que ocasiona uma maior pressão no ambiente da saúde em geral.

O monitoramento da evolução da saúde depende de mais estudos para orientar um planejamento estratégico, criando assim, bases sólidas voltadas para o desenvolvimento sustentável e ordenado da oferta no setor de saúde privada em âmbito regional e nacional.

REFERÊNCIAS

BICHARA, Mônica. Asheb cria núcleo de clínicas populares em Salvador. **Correio da Bahia**, Bahia, 11 dez. 2005. Disponível em <<http://64.233.187.104/search?q=cache:Tcqe7yeaF5wJ:correiodabahia.com.br/200...>> Acesso em 14.ago.2006.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (Rio Grande do Sul) (Org.). **PRÍNCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/ces/>>. Acesso em: 20 ago. 06.

CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE (Brasil) (Org.). **O Brasil falando como quer ser tratado:efetivando o sus:acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social:relatório final**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/relatorio_11.pdf#search=%22%2220sus%20como%20politica%20social%22%22>. acesso em: 28 ago. 06.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). (Org.).**Para entender a gestão do SUS**. Disponível em < <http://www.conass.com.br/pdfs/gestao.pdf>> Acesso em 11.ago.2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (São Paulo) (Org.). **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. Disponível em: <http://www.idec.org.br/arquivos/cartilha_SUS.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2006.

MARINHO, Flávio; MAC-ALLISTER, Mônica. Distribuição Espacial dos Serviços de Saúde para as Organizações Prestadoras Privadas. In: **Anais do XXIX Encontro Nacional de Programas de Pós-graduação em Administração**. Brasília: ANPAD, 2005. v. cd-rom.

MEDICI, A.C.1991. **A Medicina de Grupo no Brasil**. Rio de Janeiro: OPAS

MEDICI, A.C., 1994. **Algumas características do setor privado de saúde em Salvador, Bahia, Brasil**. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

MENDES, Eugênio Vilaça. O sistema único de saúde: um processo social em construção, in: Uma agenda para a saúde. Hucitec, São Paulo, 1996. 45-64p. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacao/textos_apoio/pub04U1T1.pdf. Acesso em 23 abr. 2004.

REGONHA, Eduardo. Avaliação de Custos em Clínicas de Serviços de Saúde, **In: Jornada de gestão em clínicas de serviços de saúde, 4**. Anais eletrônicos... ,2005, São Paulo. Disponível: www.sindhosp.com.br/hospitalar/eduardoregonha.ppt ., acessado em : 10 de ago. de 2006. .

REHEM, Renilson. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE DAS AMÉRICAS. **Anais eletrônicos...** São Paulo; Ministério da saúde, 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/dicionario.htm>. Acesso em: 02 ago. 2006.

REHEM, Renilson. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 28 Ago 2006.

RODRIGUES, Paulo Henrique. Responsabilidade dos gestores públicos de serviços de saúde, In FÓRUM DE DEBATES SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Anais...**Rio de Janeiro; ANS, 2003.

SICSÚ, Bernardo. **Seguro saúde no Brasil dos anos 90**; uma análise da competição empresarial como subsídio ao desenvolvimento da experiência regulatória. Instituto de Medicina Social da Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002, (Tese de Doutorado).

SILVA, Ligia Maria Vieira da et al . Algumas características do setor privado de saúde de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 Ago 2006.

SORTE JÚNIOR, Alfredo Boa. **Ainda há muito o que fazer para garantir esse direito**. Disponível em: < http://www.sindimed-ba.org.br/jornal_30_04.htm >. Acesso em: 10 ago. 2006.