



Relação Público-Privada na Política de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade

Public-Private Relationship in the Brazilian Policy of Tertiary Care for Cardiovascular Conditions

Relación Público-Privado en la Política Brasileña de Atención Terciaria para Condiciones Cardiovasculares

Aiane Luiz Martins¹, Mariana Guerra² e Mariana Silva de Oliveira³

Resumo

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) cardiovasculares são a maior causa de mortalidade no Brasil, além de ensejarem maior custo para o Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo objetiva avaliar a relação público-privada no âmbito da Política Nacional de Atenção Cardiovascular (PNACAC), com enfoque tanto no acesso regional aos procedimentos de alta complexidade na cardiologia quanto no custo desses procedimentos. Utilizou-se, para tanto, o IDSUS nº 9, adaptado para conter resultados regionais e limitado aos procedimentos previstos na PNACAC de 2008 a 2015. Os resultados mostraram que: (i) as internações em instituições privadas

financiadas pelo SUS superaram aquelas ocorridas em hospitais públicos, em todos os anos para todas as Regiões, com exceção da Norte; (ii) é mais caro para o SUS financiar internações em hospitais privados que em públicos; e (iii) o IDSUS adaptado para a Região Norte indicou que os pacientes residentes desta região obtiveram maior acesso à rede SUS (hospitais públicos e hospitais privados) quando comparada com os de outras Regiões, para os anos de 2008 e 2009. Concluiu-se, por fim, que a relação público-privada, no âmbito da PNACAC, não garantiu, para o período em análise, acesso equitativo aos procedimentos e parece ter sido ineficiente.

Palavras-Chave DCNTs Cardiovasculares; IDSUS; Relação público-privada; Análise regional.

Abstract

Cardiovascular chronic non-transmitted diseases (DCNTs) are the major cause of mortality in Brazil and lead to the costliest treatments in the National Unified Health System (SUS). This article aims to evaluate

¹Graduação em Ciências Contábeis pela Universidade de Brasília e Mestrado em Ciências Contábeis. Bacharel em Ciências Contábeis. Mestra em Ciências Contábeis. Professora no Instituto Euro-Americano de Educação, Ciência e Tecnologia, Centro Universitário Euro-Americano. E-mail: aiane.martins@unieuro.com.br.

² Graduação em Ciências Contábeis pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestrado em Ciências Contábeis pela Universidade Federal de Minas Gerais. Doutorado em Administração pela Universidade de Brasília. : Bacharel em Ciências Contábeis. Mestra em Ciências Contábeis. Doutora em Administração. E-mail: profamarianaguerra@gmail.com

³ Graduanda em Ciências Contábeis pela Universidade de Brasília. Aluna na Universidade de Brasília. E-mail: marianasilvaunb@hotmail.com

the public-private relationship in the scope of the National Tertiary Care Policy for Cardiovascular Conditions (PNACAC), focusing on regional access to tertiary procedures in cardiology and their costs from 2008 through 2015. The analysis was based on a version of IDSUS No. 9 adapted to contain regional results and only the procedures addressed in the PNACAC. The results showed that: (i) hospitalizations in private institutions financed by SUS surpassed those in public hospitals in all years for all Regions, except for the North; (ii) it is more expensive for SUS to finance hospitalizations in private hospitals than in public hospitals; and (iii) IDSUS adapted for the North indicated that residents inpatients had greater access to SUS (public hospitals and private hospitals) when compared to the other Regions, in 2008 and 2009. As a conclusion, the public-private relationship within PNACAC did not guarantee equitable access to procedures in the period and that seems to have been inefficient.

Keywords Cardiovascular DCNTs; IDSUS; Public-private relationship; regional analysis.

Resumen

Las enfermedades crónicas no transmisibles (DCNT) cardiovasculares son la mayor causa de mortalidad en Brasil, además de causar mayor costo para el Sistema Único de Salud (SUS). Este artículo evalúa la relación público-privada en la Política Nacional de

Atención de Alta Complejidad para Condiciones Cardiovasculares (PNACAC) en cuanto al acceso regional a los servicios cardiovasculares y en cuanto al costo de esos procedimientos de 2008 a 2015. Se utilizó para ello el IDSUS n° 9, adaptado para contener resultados regionales y limitado a los procedimientos previstos en la PNACAC. Los resultados mostraron que: (i) las internaciones en instituciones privadas financiadas por el SUS superaron a aquellas ocurridas en hospitales públicos, en todos los años para todas las regiones, con excepción del Norte; (ii) es más caro para el SUS financiar internaciones en hospitales privados que en públicos; y (iii) el IDSUS adaptado de la Región Norte indicó que los residentes obtuvieron mayor acceso a la red SUS (hospitales públicos y hospitales privados) en comparación con las otras Regiones, para los años 2008 y 2009. Se concluyó que la relación público-privada, en el marco de la PNACAC, no garantizó, para el período de análisis, acceso equitativo a los procedimientos y que ésta parece haber sido ineficiente.

Palabras clave DCNTs cardiovasculares; IDSUS; Relación público-privada, Análisis regional.

Introdução

Com o objetivo de fornecer atendimento igualitário, integral e universal aos indivíduos com doenças cardiovasculares e atender à necessidade de organização da rede de oferta

de serviços de saúde de alta complexidade, foi instituída no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2004, a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (PNACAC)⁽¹⁾. A partir dessa política, atualizaram-se os critérios de credenciamento de estabelecimentos (contratados e conveniados) prestadores de serviços de saúde ao SUS, a fim de (i) possibilitar a criação de uma rede pública de alta complexidade cardiovascular, (ii) estabelecer sistemas de fiscalização e de avaliação desses estabelecimentos e (iii) criar uma estrutura para tratamento de alta complexidade das doenças cardiovasculares⁽¹⁾.

Para os serviços de alta complexidade, permite-se, segundo Constituição Federal, a suplementação por prestadores privados, que atuam juntamente às instituições públicas ofertando procedimentos nesse nível de atenção. Esse conjunto de prestadores compõem a rede do SUS, que se distribui nas diferentes regiões de saúde, com ações compartilhadas entre gestores (locais e estaduais), de maneira a garantir a integridade e resolutividade do acesso aos procedimentos de alta complexidade, reduzindo custos na oferta e melhor aproveitando os recursos disponíveis⁽²⁾.

Essa rede de prestação de serviços de alta complexidade pode ser analisada pela óptica da demanda, que pode ser considerada infinita e local, ou pela óptica da oferta, recorte feito

nesta pesquisa. A oferta, neste estudo, foi entendida pela perspectiva do acesso, com base na definição de Travassos e Martins⁽³⁾, para quem o acesso é uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população.

Tomou-se como referência de análise a dimensão organizacional do modelo de Assis e Jesus⁽⁴⁾, cujo enfoque reside na organização da rede de saúde (*i.e.*, prestadores de serviços) e sua capacidade de responder aos problemas demandados pelos usuários. Dentre os aspectos abordados no modelo, tem-se a necessidade de se demarcarem os fluxos dos atendimentos organizados a partir das demandas epidemiológica, sanitária e social. A regulação, outro aspecto, teria que responder de fato a essas demandas, com garantia do atendimento nos diferentes níveis de complexidade. Por fim, seria preciso facilitar o acesso dentro dos limites geográficos de cada território.

Em se tratando do acesso, o SUS se utiliza da cobertura regional para oferta de serviços de alta complexidade, com o deslocamento do demandante até o local onde a oferta está. Além disso, o SUS recorre à suplementação privada para ampliar sua capacidade produtiva, na tentativa de garantir o acesso da população a esses serviços⁽⁵⁾. A partir dessas evidências, estabelece-se o seguinte problema de pesquisa: como se distribui a oferta dos serviços na rede de prestadores do SUS? A

oferta tem sido suficiente para garantir o acesso aos procedimentos cardiovasculares de alta complexidade?

A discussão sobre a suplementação de serviços na rede de prestadores de serviços ao SUS, segundo Travassos e Martins ⁽³⁾, dá embasamento a trabalhos que abordam o acesso como dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta, tal qual a presente proposta. Juntamente com tal discussão, tem-se que o direito à saúde perpassa a relação entre o crescimento econômico e a busca pela equidade como objetivos complementares, que tendem a ser atingidos por meio do fortalecimento da inovação tecnológica e do complexo produtivo da saúde⁽⁶⁾. É nesse ponto em que se insere a chamada “**lógica capitalista**”, proposta por Gadelha⁽⁷⁾, segundo a qual o setor da saúde deveria ser analisado levando-se em consideração tanto a dinâmica capitalista – marcada por um processo competitivo, pela diversidade e pela evolução, que levam à inovação em saúde – quanto a função sanitária, ou seja, a busca por um sistema universal, equitativo e integrado. Assim, o Estado teria por função consolidar um mercado que integre o público e o privado, tendo o papel de atenuar os impactos negativos dos interesses empresariais e, ao mesmo tempo, construir um ambiente favorável à inovação por meio da relação público-privada⁽⁸⁾.

Nesse contexto, faz-se necessário repensar o sistema de saúde, tendo por base o desenvolvimento do complexo econômico industrial de saúde ⁽⁶⁾, com vistas a tornar a estrutura de oferta compatível com a demanda social ⁽⁹⁾. A partir desse entendimento, este estudo adota o modelo proposto por Giovanella e Fleury ⁽¹⁰⁾ e a dimensão organizacional de Assis e Jesus⁽⁴⁾ para análise da alta complexidade do SUS. A premissa é a de que um sistema de saúde deve possuir uma rede de atendimento hierarquizada e regionalizada que leve em consideração as condições de transporte ágil e disponibilidade de informações aos usuários. Dessa maneira, sob a óptica desse modelo, o acesso aos serviços de saúde seria dado pela relação entre a noção de distância e tempo entre os usuários desses serviços e o local onde estes estão disponíveis.

Aqui, percebe-se então que a lógica capitalista permite que coexista e se desenvolva em paralelo o sistema de saúde como componente do desenvolvimento nacional – sendo este responsável pelo fornecimento de empregos, tecnologia e inovação – e como oferta local/regional à população. Em outras palavras, trata-se de um sistema com uma dinâmica de produção que se justifica para ampliação da capacidade de produção e para a garantia do acesso da população aos serviços. Voltando o olhar especificamente para a PNACAC, este artigo objetiva avaliar a relação público-privada no

âmbito da referida política no que diz respeito ao acesso regional aos procedimentos de alta complexidade na cardiologia e no que tange ao custo dos procedimentos, nos anos de 2008 a 2015.

Justifica-se este trabalho pelo seu potencial de contribuir para a análise do sistema brasileiro de saúde pública, fornecendo informações sobre o acesso às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) cardiovasculares sob a óptica da relação público-privada e demonstrando o desempenho do SUS em sua dimensão organizacional. Preenche-se aqui uma lacuna na literatura, que tem se concentrado em avaliar a desigualdade na oferta de procedimentos, sem avaliar o acesso populacional.

Objetivo

Avaliar a relação público-privada no âmbito da PNACAC quanto ao acesso regional aos procedimentos de alta complexidade na cardiologia e quanto ao custo dos procedimentos, nos anos de 2008 a 2015.

Métodos

A presente pesquisa é descritiva e compõe-se por duas partes. A primeira refere-se a uma adaptação do IDSUS (Índice de desempenho do SUS, originalmente elaborado pelo Ministério da Saúde) de municipal para regional e sua especificação para serviços cardiovasculares de alta complexidade (públicos e privados). A segunda etapa,

quantitativa, refere-se ao cálculo e à análise do IDSUS adaptado.

Para alcance do objetivo da pesquisa, definiu-se o nível mesoeconômico do SUS para análise dos indicadores em relação à oferta regional de procedimentos cardiovasculares de alta complexidade. As regiões brasileiras foram avaliadas tendo como base os critérios do IDSUS em relação aos procedimentos cardiovasculares de alta complexidade, com análise individual do acesso a esses procedimentos em instituições públicas e privadas financiadas pelo SUS.

Com isso, entende-se que é possível analisar se a oferta dos procedimentos cardiovasculares de alta complexidade pela rede SUS, como hoje é feita – em parte oferecidos por hospitais públicos; e em parte oferecidos por instituições privadas financiadas pelo SUS –, garante o acesso da população das regiões a esses serviços.

Adaptação do IDSUS

A adaptação do indicador nº 9 do IDSUS foi feita para que este demonstrasse o acesso apenas às DCNTs cardiovasculares, conforme objetivo de pesquisa. Sendo assim, essa primeira modificação no cálculo do indicador gerou um novo índice, denominado, na presente pesquisa, de IDSUS adaptado.

Por se tratar da alta complexidade, optou-se pela análise, não mais em nível municipal, como ocorre no IDSUS original, mas em

nível regional, visto que a oferta desses serviços é feita por meio de uma rede de atendimento, conforme a diretriz da regionalização do SUS. Essa foi a segunda adaptação realizada no indicador original.

Por fim, os pesos utilizados no IDSUS também foram retirados no cálculo do IDSUS adaptado (terceira adaptação ao indicador original). Isso se deu em razão das seguintes premissas de pesquisa: (i) a análise regional dispensa o uso do Bayes Empírico, por trabalhar com grandes populações, o que reduz a variação brusca nos resultados do indicador; (ii) não há homogeneidade entre regiões; e (iii) não há uma região de referência.

Para o cálculo do IDSUS adaptado, conforme as diretrizes do IDSUS⁽¹¹⁾, primeiro realizou-se o cálculo da Razão de internações esperadas de referência (RIE). No ISUS, originalmente, a população de referência é dada por meio dos municípios de referência. Dada a ausência de regiões de referência, no presente estudo considerou-se como população de referência a metodologia de cálculo presente na Seção A – Atenção Hospitalar (leitos e internações) da Portaria GM/MS 1.631/2015. Nesse cálculo, a população de referência é dada pela população de determinada faixa etária multiplicada pela proporção dessa população sem plano de saúde, conforme a Equação 1.

Equação 1 – População de Referência

População de Referência =

População por faixa etária e sexo .proporção da população sem plano de saúde

Posteriormente, para cálculo da taxa de internação de referência, ainda segundo a Portaria GM/MS 1.631/2015, realizou-se a divisão das internações por faixa etária e sexo pela população de referência, conforme a Equação 2.

Equação 2 – Taxa de Internação de Referência

Taxa de Internação de Referência = $\frac{\text{Internações por faixa etária e sexo}}{\text{População de Referência}}$

Logo após, fez-se a multiplicação da população de cada região (por faixa etária e idade) pela Taxa Internação de referência correspondente, para obter-se o valor das Internações Esperadas, conforme a Equação 3.

Equação 3 – Internações Esperadas

Internações esperadas = [(População feminina Menor 1 ano residente x taxa internação de referência feminina Menor 1 ano + (População feminina 1 a 4 anos residente x taxa internação de referência feminina Menor 1 ano) +.....+ (População feminina 80 anos e mais residente x taxa internação de referência feminina 80 anos e mais) + (População Masculina Menor 1 ano residente x taxa de internação de referência masculina Menor 1 ano) + (População Masculina 1 a 4 anos residente x taxa de internação de referência masculina 1 a 4 anos) +.....+ (População Masculina 80 anos e mais residente x taxa de internação de referência masculina 80 anos e mais)] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, com adaptações).

Com os dados de Internações Esperadas e de Internações no período de análise, realizou-se o cálculo da Razão de internações esperadas de referência (RIE), conforme Equação 4, seguindo as etapas originais do IDSUS.

Foram adaptados apenas os valores considerados como referência – no original, tinham-se referências municipais, as quais foram adaptadas para se obter referências regionais.

Equação 4 – IDSUS adaptado

$$\text{IDSUS} = \frac{\sum \text{internações}}{\sum \text{internações esperadas}}$$

Em relação às internações presentes no numerador desta pesquisa, foram consideradas aquelas ocorridas no período analisado (oferta). Para esse cálculo, fez-se primeiramente necessária a coleta de dados do número de internações anuais dos anos de 2008 a 2015, divididos por faixa etária (0 a 4 anos, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 55 a 59, 60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 anos e mais), por gênero (masculino e feminino), conforme cálculo original do IDSUS, e por Regiões Brasileiras (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste).

Além disso, fez-se a discriminação do IDSUS adaptado considerando (i) as internações em hospitais privados financiados pelo SUS separadas das (ii) internações em hospitais públicos. Por meio dessa distinção, é possível fazer a avaliação da relação público-privada entre os prestadores na rede de atendimento.

Na análise desse indicador, considerou-se o denominador “internações esperadas” como *proxy* de demanda, ou seja, uma demanda projetada. O somatório das internações ocorridas por prestador (*i.e.*, hospitais públicos e hospitais privados), por sua vez, representa a oferta. Nesse sentido, quanto mais próximo de 1 for o IDSUS adaptado,

somando-se o indicador público (internações em hospitais públicos) e privado (internações em hospitais privados financiados pelo SUS), melhor o desempenho da rede SUS no que se refere ao acesso.

Resultados

Antes do cálculo do IDSUS adaptado, fez-se a análise descritiva das internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade para residentes por regiões brasileiras, sem considerar, a princípio, o prestador. Os dados obtidos são referentes ao período de jan./2008 a dez./2015.

Conforme apresentado, o quantitativo de internações se dá a partir do local de residência do usuário do SUS, e não pelo local de prestação do serviço. Além disso, esse total de internações refere-se ao somatório do período analisado, ou seja, de 2008 a 2015.

Os residentes da região Sudeste apresentaram maior número de internações, de jan./2008 a dez./2015, representando 47,09% do total. Em outras palavras, a população (residente) dessa Região, que foi atendida em quaisquer localidades no Brasil, teve, percentualmente, o maior acesso à rede de prestadores do SUS no que se refere aos procedimentos analisados no presente estudo para o período em questão. Uma possível explicação é de que Regiões mais populosas, como a Sudeste, podem ter apresentado maior número de internações absolutas por terem maior número de residentes, se comparada às demais.

A Região com maior número de residentes nos anos da análise foi a Sudeste, seguida pela Nordeste. O número de internações para residentes do Sudeste foi o maior de todas as regiões, tanto em hospitais públicos quanto em hospitais privados, o que condiz com o fato de sua população ser a maior dentre as Regiões brasileiras. Em se tratando da Região Nordeste, apesar de ter a segunda maior população, o número de internações de seus residentes ocupa o terceiro lugar, o que indica inicialmente uma discrepância quanto ao acesso dos residentes do Nordeste aos serviços de alta complexidade na cardiologia.

Tal discrepância também se aplica à Região Norte, que apesar de ser a quarta região em número populacional, é a quinta em número de atendimentos de seus residentes. Para a Região Sul, a situação se inverte, visto que é a terceira maior região em número populacional, mas a segunda em se tratando do número de internações de seus residentes. Por fim, tem-se a Região Centro-Oeste, que ocupa a quinta posição em relação em número populacional e a quarta posição no que diz respeito ao número de internações de seus residentes.

Para o recorte da pesquisa, foi necessário o número de internações *per capita*, por região dos residentes e por regime de prestador: hospital privado financiado pelo SUS ou hospital público (Tabela I). A partir desses dados, é possível identificar se pacientes residentes em cada região têm acessado a rede SUS por meio de procedimentos ofertados

pela estrutura pública (hospital público) ou têm sido encaminhados para instituições privadas financiadas. Especificamente, a Tabela I discrimina o total de internações *per capita* ocorridas de jan./2008 a dez./2015, por região de residência do paciente, considerando o prestador – se hospital público ou se privado financiado pelo SUS.

Ao se realizar a avaliação do número de internações *per capita* por região, a maior parte dos atendimentos foi prestada aos residentes da Região Sudeste, seguida pelos da Região Sul e Centro-Oeste. As Regiões Nordeste e Norte foram às últimas regiões em número de atendimentos de seus respectivos residentes.

**Tabela I - Internações de alta complexidade
por região e por prestador – Jan/2008 a
Dez/2015**

Região residente do paciente	Regime da instituição prestadora do serviço	Total <i>per capita</i> de internações	
		nº	%
Norte	Privado	0,000119347	41%
	Público	0,000168621	59%
	TOTAL	0,000287968	100%
Nordeste	Privado	0,000324775	66%
	Público	0,000166879	34%
	TOTAL	0,000491653	100%
Sudeste	Privado	0,000705363	77%
	Público	0,000211076	23%
	TOTAL	0,000916439	100%
Sul	Privado	0,001392033	89%
	Público	0,000172704	11%
	TOTAL	0,001564736	100%
Centro-Oeste	Privado	0,000620051	83%
	Público	0,000127291	17%
	TOTAL	0,000747341	100%

Fonte: elaborada a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A análise da Tabela I mostra, primeiramente, que, em todas as regiões, com exceção da Norte, o número de internações *per capita* em hospitais privados financiados pelo SUS correspondeu a mais de 50% das internações

totais dos respectivos residentes que foram atendidos no sistema público de Saúde. Assim, a maior parte dos atendimentos prestados aos residentes das respectivas regiões – que foram atendidos no sistema

público de saúde – foi realizada em hospitais privados financiados pelo SUS.

Após a análise descritiva da distribuição das internações de residentes, passou-se ao custo do atendimento das DCNTs cardiovasculares no âmbito do SUS. O valor total dos procedimentos, por residente atendido no sistema público de saúde, somando os prestadores, foi superior nas Regiões Centro-Oeste e Norte – respectivamente, R\$ 31,86 e R\$ 28,12. Ou seja, foi mais caro para o SUS financiar pacientes residentes nas referidas regiões. Dentre as possíveis explicações, pode-se argumentar sobre distinções de materiais, medicamentos e/ou equipamentos utilizados na prestação dos serviços, que, dentro de certas restrições, podem variar para cada tipo de instituição. Além disso, em todas as regiões, o valor *per capita* repassado pelo SUS para os procedimentos analisados é superior para os hospitais privados financiados pelo Sistema em comparação aos públicos, em que pesem ambas remunerações ocorrerem com base na Tabela SUS. A partir

dos resultados obtidos quanto ao número de internações ocorridas e ao número de internações esperadas para cada região, em hospitais públicos ou hospitais privados financiados pelo SUS, procedeu-se ao cálculo adaptado do indicador nº 9 do IDSUS. Os resultados encontrados estão contidos na Tabela II.

Cabe salientar que o IDSUS é um índice de avaliação de desempenho de acesso ao Sistema ⁽¹²⁾, cujos valores são avaliados de forma comparativa. Aqui, considerou-se que a demanda projetada (*proxy* das internações esperadas) seria atendida quando o valor do somatório do indicador público (acesso a internações em hospitais públicos) e do privado (acesso a internações em hospitais privados financiados pelo SUS) fosse igual a 1 (ou seja, 100% da demanda projetada seria atendida). Portanto, quanto mais distante esse somatório estiver de 1, pior o desempenho da região, ou ainda, pior o acesso da população residente da região em análise.

Tabela II – IDSUS adaptado por prestador por Região

Ano	Região Norte		Região Nordeste		Região Sul		Região Sudeste		Região Centro-Oeste	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
2008	0,4279	0,4747	0,2868	0,6156	0,0829	0,7236	0,1562	0,5189	0,1718	0,6687
2009	0,4795	0,4199	0,3093	0,5898	0,0919	0,7072	0,1605	0,5121	0,1346	0,7023
2010	0,5406	0,3573	0,2997	0,5993	0,0938	0,6991	0,1618	0,5098	0,1736	0,6600

2011	0,5045	0,3858	0,2992	0,5941	0,0884	0,6981	0,1530	0,5093	0,1448	0,6776
2012	0,5265	0,3632	0,3229	0,6199	0,0837	0,7080	0,1511	0,5048	0,1328	0,6783
2013	0,5757	0,3065	0,3143	0,6242	0,0881	0,6956	0,1460	0,4992	0,1341	0,6627
2014	0,5358	0,3397	0,3073	0,5733	0,0867	0,6826	0,1430	0,4894	0,1298	0,6502
2015	0,5307	0,3396	0,3072	0,5702	0,0798	0,6823	0,1390	0,4904	0,1040	0,6614

Fonte: elaboração própria.

Considerando a Tabela II, tem-se que, na Região Norte, o valor do IDSUS adaptado é superior nas internações privadas financiadas pelo SUS apenas em 2008; ou seja, para o referido ano, o Sistema apresentou desempenho superior quando os residentes da região foram atendidos por hospitais privados. Entretanto, para os demais anos, a situação se inverte, com o indicador com valor superior nas internações em hospitais públicos em comparação com as internações privadas financiadas pelo SUS. Assim, apesar de ter o menor número de internações por residente em relação às demais, a Região Norte é a que apresenta maior acesso aos procedimentos analisados, em se tratando de hospitais públicos. No que tange aos hospitais privados, a Região Sul é a que possui o maior acesso aos procedimentos analisados, para todos os anos da análise.

Ao se observarem o valor do IDSUS adaptado e o somatório do índice nos hospitais públicos com aquele nos privados, a Região Nordeste é a que tem o indicador mais próximo de 1, para os anos de 2010 a 2015. Nos demais anos, é a Região Norte que apresenta o

indicador mais próximo de 1. Isso revela que o acesso aos procedimentos de alta complexidade na cardiologia por seus residentes dessas suas regiões é o melhor, para os respectivos anos indicados.

Por outro lado, nas Regiões Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste, o valor do IDSUS adaptado é maior nas internações em hospitais privados financiados pelo SUS em comparação com as ocorridas em hospitais públicos. Ou seja, o acesso aos procedimentos se dá em maior volume em hospitais privados. Isso mostra mais uma vez que a relação público-privada no SUS é de dependência, visto que a garantia do acesso populacional a esses procedimentos é sensível, em grande número, à disponibilidade e ao desempenho dos hospitais privados financiados pelo Sistema.

Discussão

Com base nos resultados auferidos, questiona-se o papel do regime privado na oferta dos procedimentos analisados. Tal regime deveria complementar à oferta pública, mas o que se observa é a dependência do Sistema em relação à oferta privada.

O valor *per capita* repassado pelo SUS para os procedimentos que são objeto de análise nesta pesquisa é maior para os hospitais privados financiados pelo Sistema que para os hospitais públicos, em que pesem ambas remunerações ocorrerem com base na Tabela SUS. Assim, pode-se considerar que o atendimento ao usuário do SUS, quando por instituição privada conveniada, é mais oneroso.

A Região Sudeste, apesar de ter o maior número de internações para seus residentes, foi a que apresentou menor desempenho entre as regiões analisadas, o que leva ao seguinte questionamento: (i) a demanda dessa região não está sendo atendida pelo SUS por sua população ter migrado para o regime privado (não financiado pelo Sistema), ou (ii) a população local não tem acesso a esses procedimentos e, por isso, a demanda não está sendo atendida? Dado que a Região Sudeste concentra o maior número de hospitais privados em comparação com as demais Regiões do Brasil, tem-se que a primeira possibilidade parece ser uma explicação mais coerente, o que pode ser pauta de pesquisas futuras.

Ainda que se faça a ponderação dos atendimentos por residentes das regiões, a quantidade de atendimentos parece não ser equitativa: a população residente na Região Sudeste tem o maior número de atendimentos; e a da Região Norte tem o menor. Assim,

questiona-se a garantia ao acesso aos procedimentos analisados às populações das Regiões Norte e Nordeste, visto que, apesar de não se terem nesta pesquisa dados da demanda local por atendimento, percentualmente essas são as regiões com menor número de atendimentos *per capita*. Possíveis explicações para essa constatação podem ser a baixa demanda pelos serviços (considerando, em hipótese, os diferentes perfis epidemiológicos para os residentes das regiões brasileiras) ou, ainda, a existência de barreiras ao acesso (*e.g.*, dificuldade de transporte, grandes distâncias até centros urbanos).

Conclusão

O setor de saúde é um campo de inovação e crescimento relevante para os interesses privados; por isso, necessita de interferência estatal para que sejam contidas as desigualdades e assimetrias⁽⁷⁾. A presente pesquisa sugere a observação desse campo sob a óptica capitalista proposta por Gadelha⁽⁷⁾, que busca integrar os interesses capitalistas aos interesses sanitaristas, com o desenvolvimento do sistema de saúde enquanto campo econômico, e, por meio disso, possibilitar o atendimento à demanda social por saúde universal e integral⁽⁹⁻¹³⁾.

Para que fosse provido o atendimento integral aos indivíduos com doenças cardiovasculares no SUS, foi criada, em 2004, a Política Nacional de Atenção Cardiovascular

(PNACAC), com objetivo de instituir uma rede estadual de alta complexidade cardiovascular⁽¹⁾. Considerando tal Política, a presente pesquisa surgiu da necessidade de análise da relação público-privada no acesso a procedimentos de alta complexidade na cardiologia. O objetivo foi avaliar a relação público-privada no âmbito da PNACAC quanto ao acesso regional aos procedimentos de alta complexidade na cardiologia e quanto ao custo dos procedimentos, nos anos de 2008 a 2015. Para tanto, propôs-se o cálculo do IDSUS nº 9, adaptado de maneira a avaliar o acesso da população regional aos procedimentos de alta complexidade cardiovasculares, nos anos em estudo.

O indicador apontou que o acesso a esses procedimentos ainda conta com baixo desempenho nas Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, visto que a *proxy* para demanda projetada se distancia das internações ocorridas. Partindo-se da premissa de que a oferta por procedimentos de alta complexidade é planejada, a demanda projetada (*i.e.*, internações esperadas) deveria ser próxima dos atendimentos realizados. Uma menor distância foi obtida apenas nas Regiões Norte e Nordeste.

Além disso, o IDSUS adaptado mostrou que internações ocorreram mais em instituições contratadas (privadas) do que em públicas, com exceção apenas para a Região Norte. O SUS terceiriza mais procedimentos do que

presta em sua própria estrutura. A terceirização dos serviços (*i.e.*, pagar para instituições “não públicas” prestarem o serviço) vai além da suplementação e caracteriza uma dependência do Sistema, conforme já enfatizado por Mello et al.⁽⁵⁾. Em outras palavras, o modelo de financiamento do SUS na oferta de procedimentos cardiovasculares de alta complexidade privilegia as contratações privadas. Assim, conclui-se que a relação público-privada, no âmbito da PNACAC, não garantiu, para o período de análise, acesso equitativo aos procedimentos.

Chegou-se, também, à conclusão de que a oferta local por procedimentos não determina o desempenho do SUS, quando considerado estritamente o acesso dos residentes a esses serviços. Isso porque, conforme mencionado, a Região Norte, apesar de possuir o menor número de internações, o que condiz com o fato de ser a região menos populosa, apresentou o melhor desempenho quanto ao acesso de seus residentes aos procedimentos analisados.

Vale destacar que a relação público-privada nos procedimentos abrangidos pela PNACAC deve ser revista, pois, para o Sistema, o custo da oferta desses procedimentos em hospitais privados se mostrou superior à oferta desses procedimentos nos hospitais públicos. Considerando os valores totais (em R\$) *per capita*, é possível afirmar que, para as

Regiões Centro-Oeste e Norte, prestar serviços aos respectivos residentes, independentemente do regime do prestador, foi mais oneroso aos cofres públicos. Ademais, o atendimento aos residentes dessas regiões, quando encaminhados para atendimento a instituições privadas financiadas pelo Sistema, foi mais custoso do que para aqueles das demais localidades. Esses achados levam a dois questionamentos: (i) se são adequados os critérios de seleção e credenciamento dos hospitais à PNACAC e (ii) se a relação público-privada tem sido eficiente para o SUS.

Para pesquisas futuras, sugere-se a análise da demanda não atendida pelo SUS, para avaliação da utilização desses serviços pela população (o que levaria a um melhor entendimento da oferta) ou para comprovação de que essa demanda está sendo atendida por outros prestadores de serviço (planos de saúde ou pagamento particular direto ao ofertante).

Referências

1. Brasil. Portaria GM/MS nº 1169, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
2. Brasil. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
3. Travassos, C.; Martins, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Caderno Saúde Pública. 2004.
4. Assis, M. M. A. A.; Jesus, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva. 2012. 17 (11).
5. Mello, G. A. Pereira, A. P. C. de M; Uchimura, L. Y. T.; Iozzy, F. L.; Demarzo, M. M. P.; Vianna, A. L. D. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva. 2017. 22 (4): 1291-1310.
6. Costa, L. A.; Gadelha, C. A. G.; Maldonado, J.; Santo, M.; Metten, A. O complexo produtivo da saúde e sua articulação com o desenvolvimento socioeconômico nacional. Revista do Serviço Público. 2013. 64 (2): 177-199.
7. Gadelha, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2003. 8 (2): 521-535.
8. Gadelha, C. A. G.; Quental, C.; Fialho, B. C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. Caderno de Saúde Pública. 2003. 19 (1): 47- 59.
9. Gadelha, C. A. G. Desenvolvimento e Saúde: em busca de uma nova utopia. Saúde em debate. 2007. 19 (71): 326-327.
10. Giovanella L; Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. 177-198.
11. Ministério da Saúde. IDSUS – Índice de desempenho único do sistema. Texto Base, Brasília, 2014.
12. Carvalho, M. S.; Souza, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2013. 913-926.
13. Metten, A.; Costa, L. S.; Gadelha, C. A. G.; Maldonado, J. A introdução do complexo econômico industrial da saúde na agenda de desenvolvimento: uma análise a partir do modelo de fluxos múltiplos de Kingdon. Revista Administração Pública, Rio de Janeiro, v.49, n. 4, p. 915-936, 2015.

Participação dos autores:

Martins AL trabalhou na concepção teórica, coleta de dados, análise metodológica, elaboração e redação final do texto;
Guerra M trabalhou na concepção teórica, elaboração e redação final do texto;
Oliveira, MS trabalhou na elaboração e redação final do texto.

Recebido: 30.05.2019

Revisado: 09.08.2019

Aprovado: 13.09.2019