



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**



**GIMENA MELO SANTOS**

**RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NA SAÚDE: O PAGAMENTO DE SERVIÇOS  
DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM EM REDE PRÓPRIA E NO SETOR  
PRIVADO COMPLEMENTAR AO SUS EM SALVADOR/BA**

**SALVADOR**

**2015**

**GIMENA MELO SANTOS**

**RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NA SAÚDE: O PAGAMENTO DE SERVIÇOS  
DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM EM REDE PRÓPRIA E NO SETOR  
PRIVADO COMPLEMENTAR AO SUS EM SALVADOR/BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária. Área de concentração: Planejamento e Gestão em Saúde.

**Orientador: Prof. Dr. Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva**

**SALVADOR**

**2015**

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

S237r Santos, Gimena Melo.

Relação público-privado na saúde: o pagamento de serviços de diagnóstico por imagem em rede própria e no setor privado complementar ao SUS em Salvador/BA / Gimena Melo Santos. -- Salvador: G.M.Santos, 2015.

95f.

Orientador(a): Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Sebastião A. Loureiro de S. e Silva.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Diagnóstico por Imagem. 2. Financiamento da Assistência à Saúde. 3. Setor Privado. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDU 614

---



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

**GIMENA MELO SANTOS**

**Relação público-privado na saúde: a transferência de recursos públicos para o setor privado de serviços de diagnóstico por imagem complementar ao SUS em Salvador/BA.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 29 de maio de 2015

Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
Prof.º Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva – Orientador - ISC/UFBA

  
\_\_\_\_\_  
Prof.º Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza – ISC/UFBA

  
\_\_\_\_\_  
Prof.º Mário César Scheffer – FMUSP

Salvador  
2015

*Dedico este trabalho a minha família,  
**Valter, Conceição e Sesnando**, pelo amor,  
companheirismo e apoio diário, e pelo  
incentivo à educação desde a infância.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e à minha fé, que diante de tantas dificuldades e obstáculos ao longo desses dois anos não me fizeram desistir da concretização de um sonho.

Aos meus pais, Conceição e Valter, pelo amor incondicional e pelo desmedido esforço para educar seus filhos.

A meu irmão Sesnando, pelos conselhos oportunos e por torcer sempre por mim.

Aos meus familiares, em especial minhas tias Cida e Nitinha, por participarem de cada etapa da minha vida.

Ao meu orientador, Sebastião Loureiro, pela oportunidade concedida e por confiar no meu potencial.

A Fabiana Raynal, por todo incentivo e troca de conhecimento desde a época da graduação. Obrigada por sua generosidade em me guiar nessa trajetória.

Ao professor Luís Eugenio e todo o grupo do Programa de Estudos em Economia da Saúde do Instituto de Saúde Coletiva, pelas discussões proveitosas e por estarem sempre dispostos a ajudar.

Ao grupo do GRAB e amigos da residência em Saúde da Família do Instituto de Saúde Coletiva, pela contribuição na minha formação acadêmica, profissional e humana.

A professora Sílvia Reis e amigos do PET, grupo no qual eu iniciei e desenvolvi o gosto pela pesquisa durante a graduação em Odontologia.

A Martha Teixeira, pela contribuição na delimitação do objeto de análise do estudo.

A professora Carmen Teixeira, por contribuir durante as oficinas de Epistemologia para que fossem dados os passos iniciais dessa dissertação.

Ao professor Eduardo Mota, pela disponibilidade em esclarecer as dúvidas sobre a coleta de dados e sobre Sistemas de Informação em Saúde.

Aos demais professores e funcionários do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, por tornarem a instituição na qual fiz o mestrado uma das mais importantes do país.

Aos amigos de longas datas, em especial Mariza, Jéssica e Edcreuza, por estarem ao meu lado em todos os momentos e etapas da minha vida.

As amigas da época da graduação, maior presente que a Faculdade de Odontologia me proporcionou: Manuela, Mércia, Jannine, Deise, Eliane, Dayane e Roberta. Obrigada por todo o apoio.

Aos amigos do mestrado e doutorado, em especial Michele Sacramento, pelos momentos de aprendizado, superação e diversão compartilhados.

A Karla Brito Gama, coordenadora de saúde bucal do município de Lauro de Freitas, e a todos os colegas das Unidades de Saúde da Família Jardim Independência e Noel Alves, pela flexibilidade, compreensão com as ausências e por entenderem a importância dessa formação para o profissional do SUS.

A todos que participaram direta ou indiretamente dessa conquista.

Quem passou pela vida em brancas nuvens  
e em plácido descanso adormeceu.  
Quem nunca bebeu das fontes da alegria,  
da paz, do amor, do silêncio e da harmonia.  
Quem nunca se deleitou com a meditação.  
Quem nunca experimentou o êxtase interior.  
Vegetou. Se arrastou do útero à cova...  
Foi um espectro de homem, não foi homem.  
Só passou pela vida, não viveu.

(Fernando Pessoa)

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

FMS – Fundo Municipal de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ISC – Instituto de Saúde Coletiva

MAC – média e alta complexidade

MS – Ministério da Saúde

PECS – Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Economia, Tecnologia e Inovação em Saúde

RNM – ressonância magnética

SADT – serviços de apoio à diagnose e terapia

SAMS – Sistema de Assistência Médica Suplementar

SDD – Sistema de Desembolso Direto

SEAD – solicitação de exame de apoio diagnóstico

SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNIS – Sistemas Nacionais de Informação em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – tomografia computadorizada

UFBA – Universidade Federal da Bahia

USG – ultrassonografia

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Quantidade absoluta e relativa de equipamentos de diagnóstico por imagem disponíveis ao SUS, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador, 2006 a 2013. **47**
- Tabela 2:** Quantidade absoluta e relativa de exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem realizados pelo SUS, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador, 2006 a 2013. **48**
- Tabela 3:** Valor absoluto (R\$) e relativo (%) do recurso gasto e valor médio unitário (VU) de exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem realizados pelo SUS, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador, 2006 a 2013. **49**

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Distribuição percentual dos equipamentos de diagnóstico por imagem disponíveis ao SUS, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador/BA, 2006 a 2013. 50
- Figura 2:** Distribuição percentual de tipos de equipamentos de diagnóstico por imagem disponíveis ao SUS, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador/BA, 2006 a 2013. 50
- Figura 3:** Distribuição percentual dos exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem realizados pelo SUS, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador/BA, 2006 a 2013. 51
- Figura 4:** Distribuição percentual de tipos de exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem realizados pelo SUS, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador/BA, 2006 a 2013. 51
- Figura 5:** Distribuição percentual dos recursos públicos gastos com exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador/BA, 2006 a 2013. 52
- Figura 6:** Distribuição percentual dos recursos públicos gastos com tipos de exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador/BA, 2006 a 2013. 52
- Figura 7:** Valor médio unitário (VU), em reais, de tipos de exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador/BA, 2006 a 2013. 53

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	<b>12</b>
<b>Elementos conceituais</b>	<b>14</b>
Os conceitos e a dicotomia entre o público e o privado	14
Histórico do público e do privado na sociedade	16
O privado na saúde do Brasil: saúde suplementar X saúde complementar	17
Relação público-privado na saúde do Brasil	20
Setor de apoio diagnóstico e terapêutico por exames de imagem no Brasil	23
Referências bibliográficas	25
<b>Objetivos</b>	<b>30</b>
Objetivo geral	30
Objetivos específicos	30
<b>Artigo – Relação público-privado na saúde: o pagamento de serviços de diagnóstico por imagem em rede própria e no setor privado complementar ao SUS em Salvador/BA</b>	<b>31</b>
Resumo	32
<i>Abstract</i>	34
Introdução	35
Metodologia	37
Resultados	39
Discussão	42
Referências bibliográficas	54
<b>Considerações finais</b>	<b>59</b>
Anexo A – Indicadores de prestação de serviço e de gasto público utilizados para análise dos dados	
Apêndice A – Projeto de pesquisa	

## APRESENTAÇÃO

Durante o ano de 2012, tive a oportunidade de participar como bolsista CNPq do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Economia, Tecnologia e Inovação em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (PECS/ISC/UFBA). Dentre as discussões em que participei nas reuniões do PECS, deparei-me com questões como: a participação significativa do setor privado na prestação de serviços para o SUS e no percentual de gastos públicos com saúde; a capacidade instalada insuficiente, dificuldade no acesso e desigualdade na oferta relacionada a equipamentos e exames de diagnóstico por imagem no Brasil. Tais questões serviram como motivação para a realização do presente estudo, que é produto final do Mestrado em Saúde Comunitária do Programa de Pós-graduação do ISC/UFBA, com área de concentração em Planejamento e Gestão em Saúde.

Trata-se de um estudo de caso sobre a gestão financeira dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, utilizados para o pagamento de serviços ambulatoriais de diagnóstico por imagem no município de Salvador/BA, no período de 2006 a 2013. Teve como objetivo principal identificar e analisar as tendências no repasse de recursos públicos em saúde para a realização de exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem, comparando o volume de recurso utilizado em rede própria do SUS e o volume repassado para o setor privado complementar ao SUS, em Salvador/BA, no período de 2006 a 2013.

A dissertação apresenta, inicialmente, uma revisão de literatura dividida em cinco tópicos que trazem aspectos teóricos, em geral, sobre os conceitos e a história do público e do privado na sociedade, a presença do setor privado na saúde no Brasil, a relação público-privado no SUS e o setor de apoio diagnóstico e terapêutico por exames de imagem no Brasil. A seguir, é apresentado o artigo “Relação público-privado na saúde: o pagamento de serviços de diagnóstico por imagem em rede própria e no setor privado complementar ao SUS em Salvador/BA”, no qual encontra-se a metodologia, resultados e discussão da pesquisa desenvolvida durante o mestrado.

O trabalho é finalizado com o item “considerações finais”, que traz um resumo sobre os principais achados do estudo, bem como questionamentos para pesquisas futuras. No anexo, encontram-se os indicadores de prestação de serviço e de gasto público utilizados para análise dos dados. No apêndice há o projeto de pesquisa apresentado e aprovado no exame de qualificação.

Espera-se que essa dissertação possa contribuir para o conhecimento e discussão sobre a relação público-privado na saúde, com foco na participação complementar do segmento privado no Sistema Único de Saúde. Espera-se também que essa pesquisa represente uma contribuição adicional para os estudos de economia da saúde e de investigação sobre a prestação de serviços de apoio à diagnose e terapia no Brasil, com destaque para a produção de serviços de diagnóstico por imagem.

## ELEMENTOS CONCEITUAIS

### Os conceitos e a dicotomia entre o público e o privado

Ao iniciar a conceituação sobre o público e o privado, faz-se necessário fazer uma diferenciação entre público e estatal. Bresser-Pereira e Grau<sup>1</sup> (1999) ressaltam que público é tudo aquilo que está voltado para o interesse coletivo, da comunidade em geral, enquanto estatal é tudo aquilo que está subordinado ao aparato do Estado. A princípio, o que é estatal é público, mas o público pode não ser estatal se não fizer parte do aparato do Estado. Assim, existem espaços públicos não-estatais de democracia participativa e propriedades públicas não-estatais voltadas para o interesse público, sem fins lucrativos e que não fazem parte do aparato do Estado.

De acordo com Menicucci<sup>2</sup> (2011), os conceitos de público e privado podem apresentar-se sob diferentes perspectivas a depender do contexto histórico e analítico em que são utilizados. A autora descreve as noções de público e privado desde a antiguidade clássica até a sociedade moderna.

Na antiguidade, o espaço público é a esfera da política e da liberdade, enquanto o privado é domínio da casa e da família. Nas sociedades pré-modernas, o público é sinônimo de estatal, esfera estrita do poder, e o privado corresponde à opinião e à crença. Na modernidade, há uma articulação entre os conceitos de público e privado: o público torna-se dependente dos indivíduos singulares e o privado torna-se dependente da vivência em coletividade. Nas sociedades modernas, a política é uma função da sociedade, havendo uma convergência entre a vida política e social, e a concepção de privado ultrapassa a intimidade e engloba a atividade econômica organizada em torno do mercado.<sup>2</sup>

Para Prost<sup>3</sup> (2010), a distinção entre vida pública e vida privada varia conforme o meio social considerado. Para a burguesia francesa da Belle Époque, por exemplo, o domínio privado correspondia à família, a casa, as fortunas, a saúde, os costumes, a religião, os quais deveriam ser preservados e não expostos a público, mantendo com grande precisão a fronteira entre a vida pública e privada. Já os camponeses, operários e camadas mais baixas das cidades tinham suas vidas consideradas como propriedades, “privadas”, não existindo assim uma distinção tão delimitada entre os domínios do público e do privado.

Hirschman<sup>4</sup> (1983) procura explicar o significado da dicotomia público-privado utilizando a distinção entre atividade pública e atividade privada. A primeira refere-se à ação na esfera política, ao envolvimento do cidadão em questões cívicas ou comunitárias. A última está relacionada à busca de uma vida melhor para o indivíduo e sua família, especialmente no que se refere ao bem-estar material.

Bobbio fala que, para a dicotomia do público/privado, convergem outras dicotomias tradicionais nas Ciências Sociais, entre elas: “Sociedade de Iguais e Sociedade de Desiguais”, “Lei e Contrato”, “Justiça Comutativa e Justiça Distributiva”.<sup>5</sup>

A “Sociedade de Iguais e Desiguais” é analisada por Bobbio baseada no embate entre a sociedade política, que seria a sociedade dos desiguais, e a sociedade econômica, a qual compreende tanto a sociedade de iguais, pelo mercado, quanto de desiguais, por efeito da divisão do trabalho. Ao compreender as relações econômicas como relações desiguais por efeito da divisão do trabalho, Bobbio aproxima-se do conceito marxista da mais-valia. Já ao considerar as relações econômicas como iguais pelo mercado, no qual não há distinção entre os indivíduos e prevalece o interesse das trocas, Bobbio vale-se da sistematização de Adam Smith.<sup>5</sup>

A superposição das dicotomias público/privado e “Lei e Contrato” refere-se à questão do direito público e do direito privado. O direito público seria aquele que emana do Estado, o qual tem como função regulamentar todos os indivíduos que vivem em uma sociedade através das leis, que são irrevogáveis por aqueles que estão dentro do Estado. Já o direito privado seria aquele que emana dos direitos naturais e deve ser estabelecido por contrato, elaborado em regime de liberdade, podendo ser revogado por qualquer uma das partes.<sup>5</sup>

Com relação à correspondência entre a dicotomia público/privado e a questão da justiça, Bobbio faz uma divisão entre justiça comutativa e justiça distributiva. A justiça comutativa seria aquela que está no âmbito do privado e preside às trocas, enquanto a justiça distributiva seria aquela que se refere às deliberações e execuções do Estado<sup>5</sup>. Em outras palavras, a justiça distributiva tem como imperativo social uma melhor distribuição dos bens e recursos materiais por toda a sociedade, baseado na necessidade e não no merecimento, como ocorria na concepção aristotélica, devendo essa distribuição equitativa ser garantida pelo Estado<sup>6</sup>.

Percebe-se, então, que as relações dicotômicas entre o público e o privado elencadas por Bobbio remetem ao papel do Estado na sociedade. Os limites móveis da

esfera do privado, seja na totalidade da vida social ou no foro doméstico e familiar, dependem da maneira como se constitui, em doutrina e em poder, a autoridade reivindicada e exercida pelo Estado <sup>7</sup>.

Assim, podem derivar duas concepções diversas sobre a relação entre o público e o privado e o papel do Estado na sociedade: o primado do privado sobre o público, que se constitui em um dos eixos da concepção liberal de Estado, ou a primazia do público sobre o privado, a qual se traduz no aumento da intervenção estatal sobre a sociedade <sup>2</sup>. Em geral, na esfera econômica, pode-se dizer que a concepção liberal defende a produção e distribuição dos recursos sociais através da livre atuação dos agentes do mercado, enquanto o modelo social propõe a produção e distribuição da riqueza por meio da atuação do Estado. <sup>6</sup>

### **Histórico do público e do privado na sociedade**

A vida privada não é uma realidade desde o início dos tempos e sim uma realidade histórica, construída por sociedades determinadas, de diversas maneiras e em momentos distintos <sup>3</sup>.

Há um recorte variável da atividade humana entre a esfera privada e a esfera pública a depender do local e momento histórico considerado <sup>3</sup>. As sociedades, em geral, passam por mudanças no comportamento coletivo ao nível do eixo público-privado devido a fatores endógenos e exógenos, oscilando entre períodos de intensa preocupação com questões públicas e outros de concentração no desenvolvimento e bem-estar individuais – vida privada <sup>4</sup>. Segundo Hirschman<sup>4</sup> (1982), quando há uma decepção em relação à participação na esfera pública, ocorre um afastamento dos propósitos públicos a favor dos interesses particulares e de consumo. De forma análoga, se há uma decepção com relação à criação e difusão de bens de consumo e serviços, há uma transferência de interesse e participação maior em questões públicas, embora com menos força e certeza.

Para Perrot<sup>8</sup> (2010), as fronteiras entre os sistemas público e privado são precárias e incessantemente reformuladas pela teoria política.

Durante a Revolução Francesa, século XVIII, as fronteiras entre a vida pública e a vida privada mostraram uma grande flutuação. A revolução e o espírito público influenciaram significativamente domínios habitualmente privados da vida, como o vestuário, a decoração e a linguagem<sup>8</sup>.

No século XIX, a família constituiu-se no principal palco da vida privada, passando a absorver todas as funções e a definir regras e normas, impondo suas finalidades a seus membros, o que gerava muitas vezes conflitos<sup>9</sup>. A vida privada da família não deveria ser revelada e, portanto, necessitava ser murada, surgindo assim a casa como domínio privado por excelência, fundamento material da família (propriedade) e pilar da ordem social<sup>8</sup>.

Espaços privados destinados à diversão e a reuniões clandestinas foram recortados dentro de espaços públicos por pequenos grupos, dos quais as mulheres, “públicas”, tinham espaço reduzido. As classes dominantes criaram nichos privados protetores em locais públicos e transportes coletivos, preservando a distinção social<sup>8</sup>.

A existência de uma vida e espaço privado era, portanto, um privilégio de classe (da burguesia), enquanto as classes trabalhadoras conheciam formas variadas de interpenetração de sua vida pública e de sua vida privada<sup>3</sup>.

O início do século XX foi marcado pela expansão do mercado, o aumento da produção, a explosão de técnicas, a intensidade do consumo e do intercâmbio e pela expansão do individualismo<sup>8</sup>. Durante todo o século XX, o Estado, em geral, procedeu a um recuo na fronteira do privado sob múltiplas formas, a exemplo dos subsídios, facilidades para a aquisição da casa própria e crédito no consumo<sup>10</sup>. A família, por sua vez, passou a sofrer um maior domínio estatal, ao mesmo tempo em que a elevação do nível de vida ofereceu a cada membro a possibilidade de desenvolver sua vida privada<sup>10</sup>.

No Brasil, especificamente, a inter-relação entre o público e o privado é característica de toda a sociedade<sup>11</sup>. A sobreposição do privado sobre o público esteve presente na formação da sociedade brasileira e representa um legado cultural da colonização portuguesa<sup>11</sup>.

Nas últimas décadas, a discussão dos limites e da relação entre o que é de domínio público e privado permeia sobre o que é postado na Internet, as pesquisas com o código genético, a sexualidade, a imprensa que publica a vida privada dos indivíduos, as biografias não autorizadas, o que ratifica a complexidade de delimitar precisamente as fronteiras entre esses dois domínios.

## **O privado na saúde do Brasil: saúde suplementar X saúde complementar**

Ao analisar o sistema de saúde no Brasil, nota-se que ele não se enquadra perfeitamente em um dos três tipos clássicos descritos como modelos de sistemas de saúde,

a saber: sistema nacional de saúde (com prestação exclusivamente estatal e financiamento exclusivamente por tributos, podendo a gestão dos serviços ser contratada), sistema pertencente ao seguro social (com financiamento exclusivamente efetuado por meio de contribuições sobre folha de salário), e sistema de saúde liberal (baseado apenas nas forças de mercado). O que se percebe é que o sistema de saúde brasileiro têm características mistas dos três tipos clássicos, mesclando elementos da esfera pública e privada, tanto no âmbito da prestação de serviços como no do financiamento dos mesmos.<sup>12</sup>

Atualmente, o sistema de serviços de saúde no Brasil encontra-se segmentado e composto por três subsistemas: o Sistema Único de Saúde (SUS), de natureza pública, podendo ser ofertado em rede própria de serviços (municipal, estadual, federal) ou em rede contratada (filantrópica ou lucrativa); o Serviço de Assistência Médica Suplementar (SAMS), de natureza privada, compreendendo diversas modalidades assistenciais que utilizam, em grande parte, a mesma rede de serviços vinculada ao SUS; e o sistema de desembolso direto (SDD), relacionado a serviços privados com alta tecnologia e médicos com autonomia preservada<sup>13</sup>, bem como por médicos de clínicas populares.

Percebe-se, então, que o setor privado participa da oferta de serviços de saúde no Brasil de duas formas, além do desembolso direto: 1- através da assistência suplementar, que corresponde ao mercado de planos e seguros privados de saúde; 2- e/ou de forma complementar ao SUS, por meio de contrato ou convênio, quando a rede assistencial do SUS for insuficiente para atender toda a população.

Os planos e seguros de saúde são concretizados por meio de contratos, individuais ou coletivos, de prestação de serviços/reembolso de despesas de saúde entre entes privados, materializados através da constituição de fundos obtidos por contribuição definida pelos segurados<sup>14</sup>.

Paim (2008)<sup>13</sup> cita quatro principais modalidades empresariais de planos de saúde que compõem o Sistema de Assistência Médica Suplementar no Brasil: planos de autogestão, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguro saúde. Os planos de autogestão correspondem a planos próprios de empresas empregadoras, os quais prestam assistência médica para seus funcionários e, eventualmente, seus familiares. A medicina de grupo corresponde à contratação de empresas médicas privadas lucrativas para atender trabalhadores e dirigentes de outras empresas mediante planos de saúde diferenciados. As cooperativas médicas são empresas sem fins lucrativos, que têm como característica a filiação voluntária de médicos cuja prestação de serviços é remunerada pela divisão de

cotas ao final de um período de trabalho. Já a modalidade de seguro saúde é aquela vinculada a seguradoras, que são empresas lucrativas, nacionais ou internacionais, que intermediam serviços de saúde a seus contratantes por meio de uma rede credenciada.  
13,14,15,16

Além das quatro modalidades empresariais citadas, podem-se acrescentar também as unidades filantrópicas e uma nova modalidade que tem crescido atualmente: as administradoras de benefícios. De acordo com a resolução número 196 <sup>17</sup>(2009) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), considera-se Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos.

Até o final da década de 1990, não havia fiscalização para as diversas modalidades assistenciais de SAMS no país. Em 1998, foi aprovada a Lei dos Planos de Saúde - lei nº 9656 <sup>18</sup>, a qual representou uma tentativa de regulação do setor suplementar de saúde. No ano 2000, a lei nº 9961/ 2000 <sup>19</sup> criou a ANS, a qual tem como função regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades prestadas pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde no Brasil, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Nas últimas décadas, houve um aumento acentuado dos planos e seguros privados de saúde no Brasil. Os números mostram a dimensão desse mercado: no ano de 2009, as operadoras de planos de saúde movimentaram cerca de R\$ 60 bilhões, o equivalente ao orçamento do Ministério da Saúde no mesmo ano<sup>20</sup>. Estudos mostram uma cobertura populacional por planos de saúde no Brasil entre 21% <sup>20</sup> e 25% <sup>14</sup>, com a maior parte de beneficiários nas regiões Sul e Sudeste <sup>20</sup>.

Quanto à participação da iniciativa privada de forma complementar ao SUS, esta consiste na contratação de serviços privados pelo Sistema Único de Saúde quando os serviços de saúde da rede pública forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial necessária a toda a população, sendo permitida em lei <sup>21,22,23</sup>. Ao complementar a assistência pública à saúde, os serviços ofertados pelo prestador privado devem obedecer aos princípios e diretrizes do SUS <sup>23</sup> e compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional <sup>24</sup>.

Mânica<sup>25</sup> (2009) ressalta que a Constituição brasileira não delimita quantitativa ou qualitativamente a abrangência da participação privada na prestação de serviços públicos de saúde, competindo ao poder público responsável a opção pela melhor modalidade de

prestação – prestador público ou privado contratado – para a garantia do direito à saúde. A Lei Orgânica da Saúde (8080/1990)<sup>22</sup> e a portaria nº 1034 de 2010<sup>23</sup>, por sua vez, destacam que a participação privada complementar ao SUS deve estar vinculada aos casos em que houver insuficiência na capacidade instalada do Estado para a prestação de serviços públicos de saúde à sociedade, devendo preferir-se, portanto, a oferta de serviços de saúde em rede própria do SUS.

Historicamente, a prestação de serviços de saúde no âmbito público no Brasil foi marcada por forte influência e presença do setor privado – modelos de organização dos serviços de saúde adotados pelo Estado brasileiro tiveram como base a prestação privada de serviços<sup>25</sup>.

Adicionalmente, a participação da iniciativa privada na oferta de serviços públicos de saúde para o SUS muitas vezes ultrapassa o caráter complementar previsto na lei. Em algumas áreas da assistência à saúde, aponta-se<sup>26</sup> que o setor privado faz-se predominante, principalmente nos serviços de atenção de média e alta complexidade, e também na produção de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico<sup>27</sup>, incluindo a oferta de exames de diagnóstico por imagem, objeto de estudo da presente pesquisa.

### **Relação público-privado na saúde no Brasil**

Ao levar a discussão da dicotomia público-privado para o campo da saúde, Campos<sup>28</sup> (2011) afirma que as fronteiras entre esses segmentos diluem-se facilmente, pois a vida e a saúde tanto podem ser entendidas como privadas, únicas, pertencentes aos indivíduos, quanto públicas, uma vez que são construídas em um mundo humano e social permeado de valores e a saúde constitui-se em um direito. Com isso, segundo a autora, ao se tratar de saúde, necessariamente intervém-se nas esferas pública e privada simultaneamente, independentemente do subsetor prestador de serviços.

A maioria dos estudos realizados na área da saúde, entretanto, utiliza a díade público/privado para referir-se à natureza jurídica das instituições responsáveis pelo atendimento das necessidades de saúde da população, seja na assistência à saúde ou na gestão do sistema<sup>2</sup>. Esses estudos, em geral, seguem duas linhas argumentativas predominantes: de um lado, uma visão crítica sobre a interação entre os segmentos público e privado, fundamentada na Medicina Social e nas bases teóricas do movimento da

Reforma Sanitária Brasileira; do outro lado, uma visão inspirada na perspectiva neoliberal, tendo os aspectos econômicos como foco da discussão <sup>29</sup>.

No Brasil, é na assistência à saúde, especificamente, onde se manifesta uma das maiores imbricações entre os segmentos público e privado, caracterizada por uma dependência do sistema público em relação à rede privada prestadora de serviços, devido a uma capacidade instalada insuficiente. Embora tenha ocorrido nas últimas décadas uma ampliação da rede pública ambulatorial, por exemplo, na rede hospitalar ainda é significativa a superioridade dos leitos privados. <sup>2</sup>

O Estado, portanto, não tem conseguido responder aos problemas decorrentes da precária cobertura pública em algumas áreas da assistência à saúde em um quadro de restrição orçamentária (subfinanciamento da saúde), impedindo com isso o fortalecimento do SUS e permitindo a ampla atuação do mercado <sup>15</sup>. Sob o discurso de que o setor privado pode colaborar com o setor público para complementar a oferta de serviços de saúde, previsto na lei, o Estado tem favorecido os interesses privados, possibilitando um elevado padrão de rentabilidade e sustentabilidade ao setor privado, e levando muitas vezes a distorções nas distribuições dos serviços frente às necessidades da população <sup>30</sup>.

Entre os diversos mecanismos de subsídio do sistema privado da saúde pelo público, pode-se citar também: a renúncia tributária em relação ao imposto de renda dos valores pagos ao setor privado de saúde <sup>6,13,31</sup>, a utilização da alta complexidade sem ressarcimento ao SUS <sup>15,29</sup> e a isenção previdenciária <sup>15</sup>.

A análise das estratégias da política pública em saúde e sua relação com o setor privado tem evidenciado uma baixa capacidade de governança no setor, devido ao desenvolvimento histórico e cultural das práticas e da gestão pública, orientadas pela lógica dos interesses privados <sup>32</sup>. O conceito de governança, ou *governance*, apresentado é o definido por Löffler e utilizado por Kissler e Heidemann <sup>33</sup> (2006) como:

*Uma nova geração de reformas administrativas e de Estado, que têm como objeto a ação conjunta, levada a efeito de forma eficaz, transparente e compartilhada, pelo Estado, pelas empresas e pela sociedade civil, visando uma solução inovadora dos problemas sociais e criando possibilidades e chances de um desenvolvimento futuro sustentável para todos os participantes.*

Em resumo, governança seria a capacidade de ação que o Estado possui para implementação de políticas públicas e no atingimento dos objetivos coletivos.

Autores<sup>32</sup> mostram que, embora o SUS tenha implementado mecanismos mais ágeis e seguros de controle sobre os contratos de gestão com as instituições privadas, o mercado tem ampliado sua capacidade de adequação aos mecanismos de regulação e controle por parte do Estado, garantindo o lucro do setor privado da saúde.

Com isso, nas últimas décadas muitas pessoas foram submetidas a procedimentos e intervenções desnecessárias para atender às necessidades do mercado da saúde<sup>28</sup>. O setor privado vem induzindo padrões de comportamentos na população que levem ao lucro, incluindo o estímulo ao consumo de consultas e de medicamentos<sup>32</sup>. Para Cohn<sup>30</sup> (2011), o capitalismo atualmente tem gerado um novo padrão de coesão social por meio de uma integração não mais subordinada ao trabalho, mas via consumo. Esse novo padrão pode ser percebido também no setor saúde, com consequências para o SUS.

Nesse contexto, a produção de serviços de saúde torna-se, com a ação estatal, um importante espaço de acumulação capitalista pela integração entre empresas médicas e o Estado<sup>34</sup>, constituindo em um complexo econômico movido pela lógica do mercado<sup>35</sup>. O avanço tecnológico e científico e sua incorporação na assistência à saúde, tendo o SUS como comprador de serviço, possibilita uma acumulação de capital do subsistema privado de saúde<sup>30</sup>.

Dessa forma, apesar dos subsistemas público e privado serem formalmente independentes entre si, na prática, o subsistema privado utiliza-se do SUS, direta ou indiretamente, para viabilizar a reprodução de capital através de mecanismos que necessitam ser melhor compreendidos e estudados<sup>30</sup>. A grande quantidade de atores e a multiplicidade de interesses envolvidos no financiamento e na alocação de recursos para a assistência à saúde reforçam a complexidade da relação entre o público e o privado na saúde<sup>29</sup>.

Para Paim<sup>13</sup> (2008), a configuração atual da relação público-privado no SUS constitui-se um entrave para a obtenção dos preceitos constitucionais em relação à saúde e é um desafio a ser enfrentado pelo Estado e pela sociedade como um todo. Com isso, torna-se imprescindível a realização de estudos que se proponham a melhor compreender e discutir as imbricações entre os segmentos público e privado no campo da saúde, bem como as possíveis implicações dessa articulação para a orientação e formulação das políticas públicas de saúde, para a assistência à saúde e para a gestão do SUS.

## **Setor de apoio diagnóstico e terapêutico por exames de imagem no Brasil**

Os chamados Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT), juntamente com os centros de especialidades, compõem o nível secundário de atenção à saúde, de referência para a atenção básica, dentro da lógica de hierarquização e regionalização em que se constitui o SUS. Estão subdivididos em serviços de média e alta complexidade, ou médio e alto custo, conforme a diferença de remuneração de procedimentos a partir das tabelas utilizadas para normatizar o pagamento de serviços aos entes públicos e privados integrantes do SUS.<sup>36</sup>

Os exames ambulatoriais de imagem, objeto de estudo da presente pesquisa, são exemplos de SADT e, de acordo com a Tabela de Procedimentos do SUS, estão divididos em: média complexidade (radiodiagnóstico e exame ultrassonográfico) e alta complexidade (radiologia intervencionista, tomografia computadorizada e ressonância magnética)<sup>37</sup>.

Os exames de apoio diagnóstico e terapêutico por imagem representam uma parcela considerável no gasto público com saúde, uma vez que, ao se tratar do setor saúde, diferentemente do que acontece com outras áreas, novas tecnologias agregadas ao sistema não possuem caráter substitutivo e sim de complementação dos métodos já existentes, sendo aditivos para o sistema (raios X + ultrassonografia + tomografia computadorizada + ressonância magnética). Além da incorporação tecnológica, a grande expansão da atenção básica nos últimos anos gerou um aumento da demanda por SADT, aumentando assim os gastos com a prestação desses serviços.<sup>36</sup>

No que se refere ao financiamento, até recentemente, a alocação de recursos financeiros para a realização de exames diagnósticos por imagem centrava-se totalmente na lógica do pagamento por procedimento, o que induzia a organização dos serviços a partir dos procedimentos melhor remunerados<sup>36</sup>.

Em 2006, as portarias nº 399<sup>38</sup> e nº 698<sup>39</sup> passaram a organizar os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde na forma de blocos de financiamento, entre eles o bloco de financiamento da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC), que se destina ao pagamento de serviços especializados, incluindo exames de apoio diagnóstico e terapêutico.

No que se refere à assistência de SADT no Brasil, aponta-se<sup>2,27,36</sup> uma predominância do setor privado na prestação desses tipos de serviços. Para Solla e Chioro<sup>36</sup>

(2009), no país historicamente privilegiou-se o setor privado na expansão dos serviços de atenção especializada, incluindo SADT, e os interesses privados determinaram o padrão de oferta desses serviços, uma vez que os serviços públicos, em geral, não possuem capacidade física instalada suficiente para suprir as necessidades dos usuários do SUS.

Dessa forma, em 2002, o setor público detinha apenas 5% da rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico no Brasil, enquanto os estabelecimentos privados com fins lucrativos somavam 92% <sup>2</sup>.

Em 2009, dos estabelecimentos ambulatoriais de saúde que possuíam tomógrafo computadorizado disponível ao SUS, 4,9% eram públicos e 95,1% eram privados. Já entre os estabelecimentos de saúde pré-hospitalares e hospitalares que possuíam tomógrafo disponível para o SUS em 2009, 42% eram públicos e 58% privados. <sup>40</sup>

Estudo que analisou a distribuição da oferta da tomografia computadorizada e o grau de utilização do tomógrafo computadorizado no SUS para o ano de 2009, encontrou uma média nacional de utilização dos tomógrafos pelos prestadores SUS abaixo de 10% e o prestador público com menor grau de utilização em comparação com o setor privado conveniado ao SUS. Observou-se também que a produção de exames de tomografia computadorizada no SUS é menor do que a metade da produção obtida em países desenvolvidos. <sup>40</sup>

Outro ponto relacionado à SADT no Brasil é a fila de espera e o tempo para marcação dos exames, muitas vezes resultante de uma regulação deficiente, o que resulta em uma demanda reprimida e compromete o acesso a esse tipo de serviço. Soma-se a essa dificuldade de acesso as desigualdades regionais na oferta desses exames, com maior concentração na região Sudeste. <sup>36</sup>

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2006 demonstraram desigualdade na distribuição de equipamentos de Raio X e de ultrassonografia entre as regiões do país, com alguns estados possuindo capacidade instalada insuficiente, ao considerar os parâmetros de necessidade, especialmente da região Norte <sup>41</sup>.

Ao analisar a capacidade de produção do tomógrafo computadorizado no SUS para o ano de 2009, os dados confirmam as desigualdades entre as regiões do país: as regiões com as maiores capacidades de produção SUS foram Centro-oeste (234,9 tomografias/1000 habitantes), Sudeste (162 tomografias/1000 habitantes) e Sul (151,8 tomografias/1000 habitantes), enquanto as regiões Norte e Nordeste tiveram valores abaixo

da média nacional (80,5 tomografias/1000 habitantes e 72,4 tomografias/1000 habitantes, respectivamente) <sup>40</sup>.

Com isso, há, em geral, um estrangulamento na assistência ambulatorial de SADT pelo SUS, caracterizada pela dificuldade de acesso, predomínio do setor privado contratado, organização baseada na oferta e não na necessidade epidemiológica, credenciamento de serviços pelo SUS sem parâmetros de base populacional, concentração nos grandes cidades, especialmente do Sul e Sudeste, e extensas regiões sem cobertura assistencial <sup>36</sup>.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRESSER-PEREIRA, L.C; GRAU, N.C. Entre o Estado e o mercado: o público não estatal. In Bresser-Pereira, L.C. e Nuria Cunill Grau, orgs., *O Público Não-Estatal na Reforma do Estado*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999: 15-48. Disponível em: [http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/192477/mod\\_resource/content/1/84PublicoNaoEstataRefEst.p.pg.pdf](http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/192477/mod_resource/content/1/84PublicoNaoEstataRefEst.p.pg.pdf). Acesso em 12 de outubro de 2015.
2. MENICUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011, p. 180 – 197.
3. PROST, A. Fronteiras e espaços do privado. In: PROST, A.;VINCENT, G. (Orgs). *História da vida privada. Da Primeira Guerra a nossos dias*. Volume 5. 2ª edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 13-154.
4. HIRSCHMAN, A. O. *De consumidor a Cidadão*. Atividade privada e participação na vida pública. São Paulo: editora Brasiliense, 1983.
5. COSTA, M. F. da S.; SANTOS, I. M. dos. Entraves e Confluências na Relação do Estado na Relação Público e Privado na Educação: o Programa Gestão Nota 10 e o Instituto Ayrton Senna em Pernambuco. IV Encontro de Pesquisa Educacional em Pernambuco. Caruaru, 2012. Disponível em: <http://www.epepe.com.br/Trabalhos/05/C-05/C5-223.pdf>. Acesso em 18 de abril de 2014.
6. GLOBEKNER, O. A. *A Saúde entre o Público e o Privado – O Desafio da Alocação Social dos Recursos Sanitários Escassos*. Curitiba: Juruá Editora, 2011.

7. CASTAN, Y.; LEBRUN, F.; CHARTIER, R. Figuras da modernidade. In: ARIÈS, P.; CHARTIER, R. (Orgs). *História da vida privada. Da Renascença ao Século das Luzes*. Volume 3. 2ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 1992, p. 21-162.
8. PERROT, M.; HUNT, L.; HALL, C. Ergue-se a cortina. In: PERROT, M. (Org.) *História da vida privada. Da Revolução Francesa à Primeira Guerra*. Volume 4. 2ª edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 15-88.
9. PERROT, M.; MARTIN-FUGIER, A. Os atores. In: PERROT, M. (Org.) *História da vida privada. Da Revolução Francesa à Primeira Guerra*. Volume 4. 2ª edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 89-304.
10. VINCENT, G. A dificuldade de escolha. In: PROST, A.; VINCENT, G. (Orgs). *História da vida privada. Da Primeira Guerra a nossos dias*. Volume 5. 2ª edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
11. BOTELHO, A. Público e privado no pensamento social brasileiro. In: BOTELHO, A.; SCHWARCZ, L.M. (Orgs.). *Agenda Brasileira: temas de uma sociedade em mudança*. Companhia das Letras. São Paulo, 2011, p. 418-429.
12. SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (5): 1431-1440, 2008.
13. PAIM, J. S. *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*. Editora da UFBA. Salvador, 2008.
14. BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Planos e Seguros Privados de Saúde. In: Giovanella, L. et. al (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009, p. 435 – 472.
15. OCKÉ-REIS, C. O. *SUS O Desafio de Ser Único*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2012.
16. SESTELO, J.; BAHIA, L. Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS): breve histórico e modalidades desenvolvidas no Brasil (seguro-saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e outras). In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva Teoria e Prática*. Editora Medbook, 2014, p. 139-150.
17. BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa nº 196, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a administradora de benefícios. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1459>. Acesso em 12 de outubro de 2015.

18. BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm). Acesso em: 19 de abril de 2015.
19. BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: [http://www.centraldeoficinas.com.br/arquivos\\_para\\_download/pdf\\_saude\\_suplementar.pdf](http://www.centraldeoficinas.com.br/arquivos_para_download/pdf_saude_suplementar.pdf). Acesso em: 19 de abril de 2015.
20. NORONHA, J.; SANTOS, I.; PEREIRA, T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. (orgs) Gestão pública e relação público-privado na saúde. Rio de Janeiro, Cebes, 2011: 152-179.
21. BRASIL, República Federativa do Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*(1988)– Título VIII, Da Ordem Social; Capítulo II, Da Seguridade Social; Seção II, Da Saúde. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 41ª edição. São Paulo: editora Saraiva, 2008.
22. BRASIL, República Federativa do Brasil. *Lei Federal n.º 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 30 de junho de 2013.
23. BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 1034, de 5 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034\\_05\\_05\\_2010\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010_rep.html). Acesso em: 15 de janeiro de 2015.
24. BRASIL, Ministério da Saúde. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Acesso em: 21 de maio de 2014.

25. MÂNICA, F. B. Participação privada na prestação de serviços públicos de saúde. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Direito do Estado. São Paulo, 2009. Disponível em: [www.teses.usp.br/.../publico/tese\\_fernando\\_manica\\_versao\\_completa.pdf](http://www.teses.usp.br/.../publico/tese_fernando_manica_versao_completa.pdf). Acesso em: 20 de abril de 2015.
26. NOGUEIRA, R.P. *Composição público versus privado, gestão de unidades e recursos humanos no SUS*. Observatório de recursos humanos em saúde Plano diretor 2006. Universidade de Brasília. Brasília-DF, 2007. Disponível em [http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/NESPUnB/Composicao\\_publicoxprivada.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESPUnB/Composicao_publicoxprivada.pdf). Acesso em 29 de junho de 2013.
27. NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella, L. *et. al* (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009, p. 435 – 472.
28. CAMPOS, R. O. Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011, p. 198 – 207.
29. SESTELO, J. A. de F.; SOUZA, L. E. P. F. de; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29 (5): 851 – 866, maio 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/04.pdf>. Acesso em 26 de fevereiro de 2014.
30. COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011, p. 244 – 251.
31. OCKÉ-REIS, C. O. SUS: o Desafio de Ser Único. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011, p. 101 – 114.
32. HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BOARETTO, R. C.; KAYANO, J. A relação público-privado e o pacto pela saúde: novos desafios para a gestão em saúde. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs). *Gestão Pública e Relação Público*

- Privado na Saúde*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011, p. 208 – 219.
33. KISSLER, L.; HEIDEMANN, F.G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? *RAP*, Rio de Janeiro 40 (3): 479-499, maio/junho 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n3/31252.pdf>. Acesso em 12 de outubro de 2015.
34. ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em perspectiva*, 18(3): 41-46, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24777.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2013.
35. GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (2): 521-535, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a15v08n2.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2013.
36. SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella, L. *et. al* (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009, p. 627-663.
37. MENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS. Tomos I e II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.
38. BRASIL, Ministério da Saúde. 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. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 20 de abril de 2015.
39. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 698, de 30 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM\\_698\\_30marco\\_2006.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM_698_30marco_2006.pdf). Acesso em: 20 de abril de 2015.
40. SANTOS, D. L.; LEITE, H. J. D.; RASELLA, D.; SILVA, S.A.L.S. Capacidade de produção e grau de utilização de tomógrafo computadorizado no Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 (6): 1293-1304, 2014.
41. IBGE. Estatísticas da Saúde: assistência médico-sanitária, 2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Identificar e descrever as tendências no repasse de recursos públicos para a realização de exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem, comparando o volume de recurso utilizado em rede própria do SUS e o volume repassado para a rede complementar (privado contratado/conveniado) ao SUS, em Salvador/BA, no período de 2006 a 2013.

### **Objetivos específicos**

- a) Caracterizar o serviço ambulatorial de diagnóstico por imagem oferecido pelo SUS, em Salvador/BA, no período de 2006 a 2013, quanto ao: número de equipamentos disponíveis, tipo de prestador de serviço, número e tipos de exames realizados;
- b) Apresentar os valores absolutos, relativos e o valor médio unitário dos recursos públicos repassados para o serviço ambulatorial de diagnóstico por imagem oferecido pelo SUS, em Salvador/BA, no período de 2006 a 2013, quanto aos tipos de exames realizados e tipo de prestador de serviço.

## **ARTIGO**

# **RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NA SAÚDE: O PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM EM REDE PRÓPRIA E NO SETOR PRIVADO COMPLEMENTAR AO SUS EM SALVADOR/BA**

**Gimena Melo Santos<sup>1</sup>**

**Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva<sup>2</sup>**

- 1- Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC\UFBA
- 2- Professor colaborador do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC\UFBA

## RESUMO

A Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde no Brasil permitiram a participação complementar da iniciativa privada no SUS mediante contrato ou convênio, quando a rede própria de serviços do SUS for insuficiente para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área. Entretanto, em algumas áreas da prestação de serviços públicos de saúde, o setor privado complementar mostra-se predominante, especialmente nos serviços de média e alta complexidade e na produção de serviços de apoio à diagnose e terapia. Dessa forma, a presente pesquisa teve como objetivo identificar e caracterizar as tendências no repasse de recursos públicos para a realização de exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem, comparando o volume de recurso utilizado em rede própria do SUS e o volume repassado para o setor complementar (privado contratado/conveniado) ao SUS, em Salvador/BA, no período de 2006 a 2013. Realizou-se um estudo de caso, retrospectivo e longitudinal, sobre a gestão financeira dos recursos do Fundo Municipal de Saúde utilizados para o pagamento de serviços ambulatoriais de diagnóstico por imagem no município de Salvador, no período estudado. Considerou-se como exame de imagem radiologia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. Os dados foram secundários, retirados do CNES, SIA-SUS e SIOPS. Foi realizada análise descritiva dos dados através da construção de séries temporais de indicadores de prestação de serviço e de gasto público com exames ambulatoriais de imagem. Os resultados encontrados mostraram, em geral, que houve uma tendência de aumento do número de equipamentos de diagnóstico por imagem em rede própria do SUS, em Salvador, de 2006 a 2013, bem como do número de exames de imagem realizados na rede pública no mesmo período. Entretanto, apesar desse aumento, a rede privada de serviços complementar ao SUS permaneceu predominante na realização desses exames, especialmente para exames de ultrassonografia e ressonância magnética, e também recebeu o maior aporte dos recursos públicos destinados para o pagamento de exames de imagem pelo SUS. Adicionalmente, o valor médio unitário para exames de radiologia e de tomografia computadorizada foi maior no prestador privado complementar ao SUS quando comparado ao prestador público. Indica-se a necessidade de realizar estudos que contemplem a participação complementar do setor privado em outros tipos de serviços prestados pelo SUS.

**Palavras-chave:** diagnóstico por imagem, financiamento da assistência à saúde, setor privado, Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

The Federal Constitution and Health Organic Law in Brazil allowed private sector supplementary participation in the SUS by contract or agreement, if the National Health Service network (SUS or Sistema Único de Saúde, in Portuguese ) itself is insufficient to ensure healthcare coverage to the population of a given area. However, in some areas of the provision of public health services, additional private sector seems to be prevalent, especially in the services of medium and high complexity and production of support services for the diagnosis and therapy. Thus, this research aimed to identify and characterize trends in the transfer of public resources to perform outpatient examination of diagnostic imaging, comparing the amount of resource used in the National Health Service (SUS) own system and the transferred amount to the complementary sector (private contractor / agreed) to SUS, in Salvador / BA, in the 2006-2013 period. It was performed a retrospective and longitudinal case study, on the financial management of the Municipal Health Fund funds, which were used to pay for outpatient diagnostic imaging services in the city of Salvador, during the study period.

It was considered as radiology image examination, ultrasound, computed tomography and magnetic resonance. The data were secondary, taken from CNES, SIA-SUS and SIOPS. It was performed descriptive data analysis through the construction of time series of service indicators and public expenditure on outpatient imaging tests. The results showed, in general, there was a tendency to increase the number of diagnostic imaging equipment in the National Health Service (SUS) own system in Salvador, 2006-2013, as well as the number of imaging studies performed in public in the same period. However, despite this increase, the private network of complementary services to SUS remained prevalent in these examinations, especially for ultrasound scans and magnetic resonance (MRI), and it also received the highest contribution of public funds intended for the payment of imaging by SUS. In addition, the average unit value for radiology exams and computer tomography (CT) was higher in the private complementary provider to SUS when compared to the public service. Indicating the need for studies that include private sector complementary participation in other types of services provided by SUS.

**Keywords:** diagnostic imaging, health care financing, private sector, National Health System (SUS).

## INTRODUÇÃO

A reforma constitucional de 1988 trouxe uma nova concepção do direito à saúde no Brasil com a criação do SUS, que consiste em um sistema de proteção à saúde para toda a população, financiado pelo setor público <sup>1,2</sup>. O texto constitucional traduziu a saúde como um “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” <sup>3</sup>.

Houve, a partir de então, uma conscientização da população sobre os serviços de saúde enquanto direitos a serem exigidos em face do Estado e não favores prestados <sup>4</sup>. Com o SUS, a saúde tornou-se um bem a proteger e um direito a ser garantido, peculiares e distintos de outros bens e direitos juridicamente tutelados <sup>5</sup>. A saúde tornou-se também elemento estruturante do Estado de Bem-Estar, consolidando-se como parte inerente da dimensão social do desenvolvimento <sup>6</sup>.

O SUS, então, reunindo princípios e diretrizes que estavam contemplados no projeto da Reforma Sanitária Brasileira <sup>7,8</sup>, constituiu-se em um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, prestando assistência à saúde a milhões de pessoas, a qual vai desde a atenção básica, incluindo o programa de imunização reconhecido internacionalmente, até serviços de emergência e procedimentos de média e alta complexidade, como a realização de transplantes <sup>8,9</sup>.

Apesar dos avanços na concepção do direito à saúde universal, durante os 25 anos de construção do SUS, percebe-se que o Estado tem enfrentado dificuldades para materializar o direito social constitucional do acesso universal e integral de atenção à saúde <sup>9,10</sup>. Desafios estruturais, incluindo problemas no financiamento (ou subfinanciamento) e na gestão pública, associado a uma capacidade instalada insuficiente, entre outros fatores, têm-se constituído em verdadeiros obstáculos ao desenvolvimento do SUS.

A Constituição da República Federativa do Brasil, através do artigo 199, permitiu que a assistência à saúde no país fosse livre a iniciativa privada. O setor privado de saúde, por sua vez, pode participar do sistema de saúde brasileiro de forma complementar ou complementar <sup>3</sup>.

A saúde complementar constitui-se em um conjunto de modalidades empresariais cuja característica reside no pré-pagamento por parte de empresas ou usuários para assegurar a assistência médica quando necessário <sup>7</sup>. Representa o mercado de planos e seguros

privados de saúde, sob regulação do Estado através da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Autores apontam quatro principais modalidades empresariais que compõem o Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS): planos de autogestão, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguro saúde <sup>7,11,12</sup>. Pode-se citar também as empresas administradoras de benefícios, as quais têm tido um crescimento acentuado nos dias atuais.

A chamada “saúde complementar”, por sua vez, consiste na contratação de serviços privados de saúde pelo SUS. A legislação permite a participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, quando as disponibilidades do SUS forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área <sup>3,13,14</sup>. Os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada de forma complementar ao SUS deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional <sup>15</sup>.

Assim, quando a rede pública de saúde for insuficiente para atender a demanda da população por serviços de saúde, o setor privado poderá ser contratado pelo SUS para complementar essa oferta de serviços, garantindo a cobertura assistencial a toda a população.

Entretanto, nota-se atualmente uma relação entre o público e o privado na saúde que muitas vezes ultrapassa o caráter complementar previsto na lei. Aponta-se <sup>16</sup> que o setor privado contratado pelo SUS continua sendo predominante em algumas áreas da assistência à saúde, principalmente nos serviços de atenção de média e alta complexidade, e também na produção de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico <sup>17, 18,19</sup>.

No que se refere à díade público-privado na saúde, faz-se possível investigá-la sob os mais variados aspectos: financiamento, gestão, recursos humanos, complexo econômico da saúde, regulação, prestação de serviços.

Comumente, a análise da organização da assistência à saúde no Brasil é feita de forma segmentada, com foco centrado ou no SUS ou nos planos de saúde (saúde suplementar) <sup>19</sup>. Mais recentemente, um número menor de estudos tem se proposto a analisar a articulação entre os subsistemas público e privado na saúde na perspectiva da economia política da saúde <sup>20</sup>. Poucas pesquisas, entretanto, propõem-se a desvendar como está estabelecida a participação complementar do segmento privado no SUS.

O presente estudo insere-se na temática da relação público-privado na saúde e tem como objetivo identificar e caracterizar as tendências no repasse de recursos públicos para

a realização de exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem, comparando o volume de recurso utilizado em rede própria do SUS e o volume repassado para o setor complementar (privado contratado/conveniado) ao SUS, em Salvador/BA, no período de 2006 a 2013.

## **METODOLOGIA**

### **Desenho de estudo**

Trata-se de um estudo de caso, retrospectivo, longitudinal, descritivo, sobre a gestão financeira dos recursos do Fundo Municipal de Saúde utilizados para o pagamento de serviços ambulatoriais de diagnóstico por imagem no município de Salvador/BA, no período de 2006 a 2013.

O estudo de caso caracteriza-se como uma abordagem metodológica adequada quando procura-se compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores <sup>21</sup>. Para Lavelle e Dionne <sup>22</sup> (1999), esse desenho de estudo permite ao pesquisador examinar em profundidade um caso particular, considerado representativo de outros casos análogos, e que, portanto, possa ajudar a melhor compreender uma situação complexa.

O caráter exploratório, por sua vez, visa uma maior aproximação do investigador com o tema e a realidade, com a finalidade de obter uma visão geral do problema, possibilitando a elaboração de hipóteses para o desenvolvimento de pesquisas futuras <sup>23</sup>.

### **Objeto de estudo**

O estudo teve como objeto de análise os estabelecimentos de saúde que realizam serviços ambulatoriais de apoio à diagnose e terapia (SADT), especificamente exames de imagem, em rede própria e complementar (privada contratada/conveniada) ao SUS, em Salvador.

Foram considerados como exames de imagem no presente estudo: radiologia, ultrassonografia (USG), tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM).

O período escolhido para a pesquisa, 2006 a 2013, deve-se ao momento em que Salvador assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, conforme portaria nº 465, de 06 de março de 2006 <sup>24</sup>.

## **Coleta de dados**

O estudo foi desenvolvido a partir de dados secundários, de domínio público e natureza quantitativa, retirados de sistemas nacionais de informação.

As informações sobre equipamentos de diagnóstico por imagem disponíveis ao SUS foram obtidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), segundo tipo de prestador (público, filantrópico, privado e sindicato) e ano/mês de competência (de janeiro de 2006 a dezembro de 2013). Os tipos de prestadores descritos como filantrópico, privado e sindicato foram agrupados em uma única categoria descrita como complementar. A quantidade de equipamentos apresentada para cada ano correspondeu à média dos valores mensais.

Os valores gastos em saúde no município de Salvador foram consultados no Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), ano a ano, no período considerado para o estudo.

Os dados relacionados à quantidade e valor aprovado de exames ambulatoriais de imagem realizados pelo SUS, em rede própria e complementar ao SUS, foram coletados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) por local de atendimento. Foram coletados os dados referentes aos seguintes critérios: grupo de procedimento (procedimentos com finalidade diagnóstica), subgrupo de procedimentos (diagnóstico por radiologia, por ultrassonografia, por tomografia computadorizada, por ressonância magnética e por radiologia intervencionista) e tipo de prestador (público ou privado), no período de 2006 a 2013. Os subgrupos de procedimentos denominados como diagnóstico por radiologia e diagnóstico por radiologia intervencionista foram agrupados em uma única categoria descrita como radiologia.

## **Análise dos dados**

Os dados tabulados com o programa informatizado Tabnet (DATASUS, Ministério da Saúde) foram digitados e analisados através do programa Excel 2010. Foi realizada análise

descritiva dos dados através da construção de séries temporais de indicadores de prestação de serviço e de gasto público com exames ambulatoriais de imagem (ANEXO A), apresentados em tabelas.

### **Aspectos éticos**

Os dados coletados do CNES, SIOPS e SIA-SUS são de domínio público e não confrontam com os referenciais básicos da bioética, incorporados na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do CNS <sup>25</sup>. Logo, não se fez necessário a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa.

### **RESULTADOS**

Ao considerar a capacidade instalada do serviço de diagnóstico por imagem disponível ao SUS, percebe-se que houve uma predominância de equipamento ofertado pela rede complementar em todos os anos, embora tenha ocorrido um aumento de 10,0% da disponibilidade desses equipamentos em rede própria de serviços, passando de 36,5% em 2006 para 46,5% em 2013. (tabela 1 e figura 1)

Ao descrever a disponibilidade dos tipos de equipamentos de imagem para o SUS, segundo tipo de prestador de serviço, observou-se um padrão para ultrassom e ressonância magnética. Ao longo dos oito anos, ocorreu um aumento desses equipamentos na rede própria (de 30,2% para 32,6% e de 16,5% para 22,6%, respectivamente) e uma redução na rede complementar (de 69,8% para 67,4% e de 83,5% para 77,4%, respectivamente), apesar de esta manter-se com maior capacidade instalada durante todo o período. Quanto à disponibilidade de tomógrafos computadorizados, observou-se que a rede complementar também apresentou maior capacidade instalada quando comparada à rede própria, sendo que esta capacidade aumentou de 63,3% em 2006 para 70,1% em 2013. Com relação aos equipamentos de Rx, inicialmente, havia um maior número de equipamentos na rede complementar em 2006 (60,1%). Entretanto, observou-se um aumento progressivo da disponibilidade de equipamentos de RX pela rede própria, ocorrendo em 2011 uma inversão, na qual o prestador público passou a ter o maior percentual na oferta desses equipamentos até 2013 (57,0%). (tabela 1 e figura 2)

A tabela 2 apresenta as características dos exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem realizados pelo SUS, em Salvador, no período de oito anos. Observou-se uma redução no número de exames realizados, passando de 1.520.802 exames em 2006 para 1.310.125 em 2013, com um pico de 1.649.064 exames no ano de 2009.

Ao descrever a quantidade de exames aprovados segundo o tipo de prestador de serviços, os dados coletados demonstraram que, de 2006 a 2013, foram realizados 11.851.435 exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem pelo SUS no município de Salvador, sendo 5.872.392 exames em rede própria (49,6%) e 5.979.043 exames na rede privada complementar (50,4%). (tabela 2)

A figura 3 mostra a distribuição percentual dos exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem realizados pelo SUS, segundo tipo de prestador de serviços, no período estudado. Em 2006, a rede complementar era responsável por 60,0% dos exames realizados. Entretanto, nota-se um aumento na participação da rede própria durante o período estudado, sendo que em 2009 houve uma inversão e o prestador público tornou-se responsável pelo maior percentual de exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem realizados pelo SUS, chegando a 59,0% em 2013. (tabela 2 e figura3)

Quanto ao tipo de exame realizado, nota-se que a quantidade de exames de radiologia e ultrassonografia reduziu, passando de 981.350 em 2006 para 930.098 em 2013 e de 484.083 em 2006 para 284.915 em 2013, respectivamente. Entretanto, os valores apresentaram variações ao longo do período, impossibilitando a identificação de um padrão. Os exames de tomografia computadorizada e de ressonância magnética, por sua vez, apresentaram um padrão de aumento na quantidade aprovada ao longo do período, passando de 33.306 para 63.542 exames e de 22.063 para 31.570 exames, respectivamente. (tabela 2)

Quanto à oferta dos tipos de exame segundo prestador de serviço, observa-se que os exames de radiologia e de tomografia computadorizada passaram a ser ofertados na sua maioria pela rede própria de serviços durante o período analisado, chegando a 66,5% e 71,9% em 2013, respectivamente. Já os exames de ultrassonografia e ressonância magnética foram realizados predominantemente pela rede complementar em todos os anos estudados, embora tenha ocorrido um aumento na participação da rede própria, de 25,5% para 35,2% e de 8,0% para 30,4%, respectivamente. (tabela 2 e figura 4)

Do total dos gastos realizados com saúde em Salvador, no período de 2006 a 2013, observou-se uma redução percentual dos recursos utilizados com exames de imagem,

passando de 7,2% em 2006 para 4,2% em 2013. Apesar disso, houve um aumento de 23,0% do recurso utilizado para pagamento desses exames, passando de R\$ 30.248.297,1 em 2006 para R\$ 37.233.542,3 em 2013 (tabela 3). Desse montante, a rede complementar recebeu o maior percentual durante todos os anos, embora tenha ocorrido um aumento significativo dos recursos destinados ao prestador público (28,4% em 2006 para 43,0% em 2013), como demonstrado na tabela 3 e na figura 5.

Quanto aos recursos destinados ao pagamento de exames ambulatoriais de imagem durante todo o período estudado, foram gastos R\$ 281.549.434,1, dos quais R\$ 100.362.556,8 foram investidos em rede própria de serviços (35,6%) e R\$ 181.186.877,3 foram utilizados para o pagamento desses exames na rede complementar ao SUS (64,4%). (tabela 3)

Quando descrito o recurso gasto por prestador de serviço de acordo com o tipo de exame realizado, a rede complementar recebeu o maior percentual do valor destinado, em todos os anos, para pagamento de exames ambulatoriais de radiologia, ultrassonografia e ressonância magnética, embora tenha sido observado um aumento importante do percentual pago à rede própria. Com relação ao recurso utilizado para pagar os exames ambulatoriais de tomografia computadorizada, a partir de 2008, o prestador público passou a receber o maior percentual quando comparado à rede complementar ao SUS (54,2% e 45,8%, respectivamente), mantendo este padrão até o último ano de estudo (69,8% e 30,2%, respectivamente). (tabela 3 e figura 6)

No que diz respeito à comparação do valor médio unitário por tipo de exame entre os prestadores de serviço, observou-se que o valor da radiologia reduziu ao longo dos anos para o prestador público (de R\$ 9,8 em 2006 para R\$ 8,6 em 2013) enquanto aumentou para o prestador privado (de R\$ 17,3 em 2006 para R\$ 26,2 em 2013), sendo o valor pago à rede complementar três vezes maior que o valor pago à rede própria em 2013. Apesar dos valores médio unitário dos exames de ultrassonografia, ressonância magnética e tomografia computadorizada terem aumentado para ambos os prestadores de serviço ao longo dos anos, em 2013, a rede própria de serviços apresentou os maiores valores para ultrassonografia e ressonância magnética (R\$ 31,0 e R\$ 272,4, respectivamente) enquanto a rede complementar apresentou o maior valor para tomografia computadorizada (R\$ 119,5). (tabela 3 e figura 7)

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no estudo apontam, em geral, uma participação significativa do setor privado complementar ao SUS na produção de serviços públicos de apoio à diagnose e terapia em Salvador, especificamente no que se refere a exames de diagnóstico por imagem, corroborando com dados apresentados por outros autores<sup>17,18,19</sup>.

No que se refere à capacidade instalada em equipamentos de imagem em Salvador, os dados encontrados demonstram um importante aumento na disponibilidade desses equipamentos na rede pública de serviços, especialmente para Rx, ao longo dos oito anos considerados. Isso conflita com o apontado na literatura de que a política à saúde no Brasil tem privilegiado a prestação privada dos serviços, com financiamento público, em detrimento de uma expansão da rede pública<sup>19</sup>.

Entretanto, apesar de ter ocorrido uma expansão na capacidade instalada em equipamentos de diagnóstico por imagem na rede própria do SUS, em Salvador, de 2006 a 2013, o setor privado contratado continuou predominante na disponibilidade desses equipamentos para o SUS, principalmente no que se refere a equipamentos de ultrassonografia, ressonância magnética e tomografia computadorizada. Dados de 2013 mostram que o prestador privado contratado era responsável por 67,4% dos equipamentos de ultrassonografia, 70,1% dos tomógrafos computadorizados e 77,4% dos equipamentos de ressonância magnética disponíveis ao SUS no município. Esses achados estão coerentes com o apontado por Souza *et. al* (2014)<sup>26</sup>, de que o maior percentual de equipamentos de ultrassonografia, ressonância magnética e tomografia computadorizada disponíveis para o SUS, no Brasil, encontra-se na rede privada complementar.

Autores destacam que, no Brasil, enquanto as unidades de atenção básica e de emergência são predominantemente públicas, a maioria dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico é privada<sup>8</sup>. Em 2002, o setor público detinha apenas 5% da rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico no país, enquanto os estabelecimentos privados com fins lucrativos somavam 92%<sup>19</sup>. Em 2009, dos estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares que possuíam tomógrafo computadorizado disponível ao SUS, 4,9% e 42% eram públicos, respectivamente<sup>27</sup>. Em 2010, apenas 6,4% dos serviços de apoio à diagnose e terapia no Brasil eram públicos<sup>8</sup>.

A capacidade instalada insuficiente da rede pública de serviços é colocada por pesquisadores como um problema e desafio a ser enfrentado pelo Sistema Único de

Saúde<sup>8,18</sup>. A insuficiência de estabelecimentos e equipamentos públicos, encontrada especialmente nas regiões Norte e Nordeste, demonstra a desproporção entre os serviços da rede própria (estatal) e da rede contratada e conveniada, expressando uma grande dependência do SUS ao setor privado no que diz respeito aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico<sup>8</sup>, como é ressaltado pelos resultados da presente pesquisa.

Com relação aos dados apresentados sobre o número de exames ambulatoriais de imagem realizados, vale reforçar que estes foram coletados por local de atendimento e não por local de residência. Sabe-se que Salvador, enquanto município-polo, apresenta como demanda para serviços especializados os usuários do SUS referenciados da área de abrangência regional somados aos usuários locais do SUS<sup>18</sup>. Dessa forma, não se pode afirmar que o número de exames encontrado corresponde à demanda por serviços de diagnóstico por imagem da população do município.

Outro resultado importante do estudo foi o aumento no número de exames de imagem de maior custo e complexidade pelo SUS, a exemplo de tomografia computadorizada e ressonância magnética, ao longo dos anos em Salvador. Sabe-se que existe uma pressão do mercado para a incorporação e utilização de tecnologias mais sofisticadas na prestação de serviços de saúde, e que o Sistema Único de Saúde exerce papel importante na movimentação desse mercado<sup>26</sup>. Para Hirschman<sup>28</sup> (1983), os usuários dos serviços de saúde são considerados consumidores em potencial e seus gostos são, comumente, moldados pelas decisões de produção e propaganda das grandes empresas. Heimann *et. al*<sup>29</sup>(2011) e Cohn<sup>20</sup>(2011) corroboram com essa idéia ao apontar a indução de comportamentos na população que levam ao estímulo ao consumo de consultas, exames e medicamentos. Para Campos<sup>2</sup> (2011), pessoas foram submetidas a procedimentos e intervenções desnecessárias para atender às necessidades do mercado da saúde nas últimas décadas.

Nesse contexto, quando novas tecnologias e serviços de saúde chegam ao mercado, tem-se o estímulo ao seu consumo, o que poderia explicar o aumento do número de exames de tomografia computadorizada e ressonância magnética verificado no estudo. Entretanto, autores também apontam que a ampliação da cobertura da atenção básica tem determinado um grande aumento da demanda por serviços de apoio à diagnose e terapia, incluindo diagnóstico por imagem<sup>18, 30</sup>, o que contribuiria para o aumento na quantidade aprovada desses serviços.

O aumento do número de exames de diagnóstico por imagem de maior complexidade, por sua vez, levou a um aumento nos valores absolutos do gasto público com exames de imagem realizados pelo SUS em Salvador, de 2006 a 2013, embora a participação percentual do gasto público com exames ambulatoriais de imagem sobre o total da despesa paga com saúde no município tenha diminuído. Diferentemente do que acontece com outras áreas, na área da saúde novas tecnologias agregadas ao sistema não possuem caráter substitutivo e sim de complementação dos métodos diagnósticos já existentes, representando com isso um caráter aditivo, em termos de gastos, para o sistema de saúde <sup>18</sup>, o que leva à uma pressão sobre o orçamento público <sup>31</sup>. Sabe-se que os recursos públicos são finitos, o que torna relevante a discussão sobre a necessidade de prescrição desses exames diagnósticos, para que esta esteja consoante com as reais demandas e necessidades de saúde da população.

Dos recursos públicos utilizados para o pagamento de exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem no SUS, em Salvador, verificou-se que o maior percentual foi destinado para a rede complementar de serviços em toda a série temporal do estudo. Embora tenha ocorrido um aumento na participação percentual do prestador público sobre a quantidade de exames de radiologia e tomografia computadorizada realizados pelo SUS no município, ao comparar o valor médio unitário desses dois tipos de exame entre os prestadores público e privado complementar, encontrou-se um valor maior para o setor privado em todos os anos do estudo. Nos anos de 2012 e 2013, o valor médio unitário de radiologia chegou a ser três vezes maior no prestador privado complementar em relação à rede própria de serviços. Adicionalmente, os exames de ultrassonografia e ressonância magnética foram predominantemente realizados na rede complementar ao SUS. A diferença no valor médio unitário dos exames de radiologia e tomografia computadorizada a favor do privado, somada à supremacia desse setor na oferta de exames de ultrassonografia e ressonância magnética, contribuiu para a maior transferência de recursos públicos para a rede privada complementar.

Assim, os resultados apresentados no estudo mostram que, em geral, apesar dos avanços significativos na disponibilidade de equipamentos e prestação de serviços de diagnóstico por imagem em rede própria do SUS, em Salvador, o setor privado complementar permaneceu predominante na oferta de exames ambulatoriais de imagem para o SUS e recebeu o maior aporte de recursos públicos destinados ao pagamento desses tipos de serviços.

Para Mânica<sup>4</sup> (2009), o vínculo com entidades privadas é uma possibilidade constitucionalmente conferida ao gestor para a consecução de suas funções na área da saúde e não há uma definição sobre os limites da participação da iniciativa privada de forma complementar ao Sistema Único de Saúde. O autor defende essa participação, desde que esteja subordinada ao controle estatal e disciplinada por meio de contrato, no sentido de fortalecer o sistema público de saúde e reforçar a capacidade do Estado para a efetivação do direito à saúde, previsto em lei. Afirma ainda que o ideal estatizante da prestação de serviços como fórmula mais adequada à garantia do direito à saúde não promove esse direito, mas sim incentiva o atraso, a ineficiência e o enfraquecimento do próprio SUS.

Entretanto, para Botelho<sup>32</sup> (2011), a predominância do prestador privado complementar em relação à rede pública de serviços pode trazer implicações para a assistência à saúde no Brasil, uma vez que público e privado pressupõem valores e práticas próprios e diferentes de orientação das condutas e de organização social. O sistema privado é portador de valores e interesses contraditórios em relação às diretrizes constitucionais do SUS<sup>10</sup>. À lógica da assistência médica como uma mercadoria ou um produto, predominante nas instituições privadas, contrapõe-se a lógica de saúde colocada pelo SUS, baseada na noção de direito de cidadania<sup>19</sup>.

Estudo de revisão sistemática e meta-análise que comparou as taxas de mortalidade entre centros de hemodiálise privados com fins lucrativos e privados sem fins lucrativos encontrou um risco maior de mortalidade nas instituições com fins lucrativos<sup>33</sup>, o que pode indicar uma relação entre a questão do lucro e do tipo de prestador de serviços com o comprometimento do cuidado em saúde.

Assim, é atual a discussão sobre a relação público-privada no sistema de saúde brasileiro. No que se refere especificamente à discussão sobre a participação complementar do setor privado no SUS, o debate encontra-se dividido entre duas ideologias: a *ideologia privatista*, que defende a ampla participação do prestador privado contratado na oferta de serviços ao SUS quando a rede pública for insuficiente para atender as demandas de saúde da população; e a *ideologia estatista*, que apoia a supremacia da prestação de serviços de saúde puramente estatais para efetivação do direito à saúde conforme os princípios do movimento da Reforma Sanitária Brasileira<sup>4</sup>.

Como limitação do estudo, pode-se citar a qualidade dos bancos de dados utilizados (CNES, SIA-SUS e SIOPS). De acordo com Paim <sup>34</sup>(1996), uma informação de qualidade é aquela considerada apta/conveniente para o uso, em termos da necessidade do usuário.

Sabe-se que, embora sejam fundamentais para a análise da situação de saúde da população e dos resultados das ações executadas, permitindo assim o acompanhamento, controle e repasse dos recursos públicos <sup>35</sup>, os sistemas de informação em saúde (SIS) no Brasil apresentam algumas falhas. Dentre as limitações dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde (SNIS) estão a fragmentação dos dados e a ausência de mecanismos de avaliação e controle da qualidade dos dados produzidos <sup>36,37</sup>. Pode-se citar também a deficiência de infra-estrutura de informática nos municípios, o que dificulta a coleta adequada e o processamento de dados <sup>36</sup>.

No que se refere especificamente ao SIA-SUS, podem ocorrer distorções no registro dos dados relacionados ao pagamento dos procedimentos devido à dependência da disponibilidade de recursos financeiros para pagamento aos prestadores de serviços <sup>38</sup>. Entretanto, a formação do banco de dados mensal com todos os atendimentos ambulatoriais pode ser feita, diferenciando-se a produção apresentada da produção de serviços efetivamente paga (aprovada) <sup>38</sup>. O banco de dados dessa pesquisa considerou apenas os valores aprovados.

Apesar das limitações apresentadas, espera-se que o presente estudo possa contribuir para a temática da relação público-privado na saúde, bem como estimular a reflexão e discussão sobre o lugar do privado nos sistemas universais de saúde. Adicionalmente, a descrição de aspectos referentes à prestação e financiamento de exames ambulatoriais de imagem em Salvador torna-se relevante não apenas no sentido de apontar possíveis lacunas ou incoerências do sistema de saúde, mas também por contribuir para a reorganização da prestação dos serviços de apoio à diagnose e terapia no município.

Faz-se necessário a realização de mais estudos que contemplem a participação complementar do setor privado em outros tipos de serviços prestados pelo SUS, a fim de responder a lacunas e possíveis hipóteses levantadas pela pesquisa, bem como para auxiliar no atendimento das necessidades de saúde da população e na garantia do direito à saúde previsto na constituição.

**Tabela 1:** Quantidade absoluta e relativa de equipamentos de diagnóstico por imagem disponíveis ao SUS, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador, 2006 a 2013.

Ano	Tipo de equipamento	n	Público		Complementar	
			n	%	n	%
2006	Rx	211,3	84,3	39,9	127,0	60,1
	USG	95,7	28,9	30,2	66,8	69,8
	TC	16,4	6,0	36,7	10,4	63,3
	RNM	8,6	1,4	16,5	7,2	83,5
	<b>Total</b>	<b>330,5</b>	<b>120,7</b>	<b>36,5</b>	<b>209,8</b>	<b>63,5</b>
2007	Rx	233,7	94,5	40,4	139,2	59,6
	USG	106,8	32,3	30,3	74,4	69,7
	TC	16,3	6,0	36,9	10,3	63,1
	RNM	7,9	1,0	12,6	6,9	87,4
	<b>Total</b>	<b>364,6</b>	<b>133,8</b>	<b>36,7</b>	<b>230,8</b>	<b>63,3</b>
2008	Rx	239,4	99,3	41,4	140,2	58,6
	USG	104,5	29,4	28,2	75,1	71,8
	TC	18,0	6,3	34,7	11,8	65,3
	RNM	8,0	1,0	12,5	7,0	87,5
	<b>Total</b>	<b>369,9</b>	<b>135,9</b>	<b>36,7</b>	<b>234,0</b>	<b>63,3</b>
2009	Rx	249,6	107,3	43,0	142,3	57,0
	USG	111,2	31,6	28,4	79,6	71,6
	TC	17,3	6,5	37,5	10,8	62,5
	RNM	8,0	1,0	12,5	7,0	87,5
	<b>Total</b>	<b>386,1</b>	<b>146,3</b>	<b>37,9</b>	<b>239,8</b>	<b>62,1</b>
2010	Rx	263,7	126,8	48,1	136,8	51,9
	USG	112,0	34,5	30,8	77,5	69,2
	TC	16,3	6,5	39,8	9,8	60,2
	RNM	8,8	1,5	17,0	7,3	83,0
	<b>Total</b>	<b>400,8</b>	<b>169,3</b>	<b>42,2</b>	<b>231,5</b>	<b>57,8</b>
2011	Rx	264,9	137,3	51,8	127,6	48,2
	USG	122,2	40,8	33,4	81,4	66,6
	TC	16,0	7,0	43,8	9,0	56,2
	RNM	10,3	2,0	19,4	8,3	80,6
	<b>Total</b>	<b>413,4</b>	<b>187,1</b>	<b>45,2</b>	<b>226,3</b>	<b>54,8</b>
2012	Rx	263,9	141,8	53,7	122,2	46,3
	USG	135,4	44,4	32,8	91,0	67,2
	TC	17,3	7,1	41,1	10,2	58,9
	RNM	12,6	2,7	21,2	9,9	78,8
	<b>Total</b>	<b>429,2</b>	<b>195,9</b>	<b>45,6</b>	<b>233,3</b>	<b>54,4</b>
2013	Rx	249,7	142,4	57,0	107,3	43,0
	USG	137,4	44,8	32,6	92,7	67,4
	TC	23,7	7,1	29,9	16,6	70,1
	RNM	13,3	3,0	22,6	10,3	77,4
	<b>Total</b>	<b>424,0</b>	<b>197,3</b>	<b>46,5</b>	<b>226,8</b>	<b>53,5</b>

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/CNES

**Tabela 2:** Quantidade absoluta e relativa de exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem realizados pelo SUS, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador, 2006 a 2013.

Ano	Tipo de exame	n	Público		Complementar	
			n	%	n	%
<u>2006</u>	Radiologia	981.350	460.517	46,9	520.833	53,1
	USG	484.083	123.463	25,5	360.620	74,5
	TC	33.306	16.606	50,0	16.700	50,3
	RNM	22.063	1.771	8,0	20.292	92,0
	<b>Total 2006</b>	<b>1.520.802</b>	<b>602.357</b>	<b>40,0</b>	<b>918.445</b>	<b>60,0</b>
<u>2007</u>	Radiologia	1.004.117	517.664	51,6	486.453	48,4
	USG	443.223	128.679	29,0	314.554	71,0
	TC	29.905	11.431	38,2	18.474	61,8
	RNM	17.838	1.882	10,6	15.956	89,4
	<b>Total 2007</b>	<b>1.495.093</b>	<b>659.656</b>	<b>44,0</b>	<b>835.437</b>	<b>56,0</b>
<u>2008</u>	Radiologia	1.020.732	570.178	55,9	450.554	44,1
	USG	409.710	99.374	24,3	310.336	75,7
	TC	38.073	21.175	55,6	16.898	44,4
	RNM	18.568	2.875	15,5	15.693	84,5
	<b>Total 2008</b>	<b>1.487.083</b>	<b>693.602</b>	<b>47,0</b>	<b>793.481</b>	<b>53,0</b>
<u>2009</u>	Radiologia	1.136.797	699.655	61,5	437.142	38,5
	USG	448.776	123.494	27,5	325.282	72,5
	TC	44.354	29.483	66,5	14.871	33,5
	RNM	19.137	1.677	8,8	17.460	91,2
	<b>Total 2009</b>	<b>1.649.064</b>	<b>854.309</b>	<b>52,0</b>	<b>794.755</b>	<b>48,0</b>
<u>2010</u>	Radiologia	926.981	575.971	62,1	351.010	37,9
	USG	457.373	123.542	27,0	333.831	73,0
	TC	55.123	38.381	69,6	16.742	30,4
	RNM	22.192	3.051	13,7	19.141	86,3
	<b>Total 2010</b>	<b>1.461.669</b>	<b>740.945</b>	<b>51,0</b>	<b>720.724</b>	<b>49,0</b>
<u>2011</u>	Radiologia	939.509	599.402	63,8	340.107	36,2
	USG	438.580	111.123	25,3	327.457	74,7
	TC	70.313	54.007	76,8	16.306	23,2
	RNM	26.064	3.790	14,5	22.274	85,5
	<b>Total 2011</b>	<b>1.474.466</b>	<b>768.322</b>	<b>52,0</b>	<b>706.144</b>	<b>48,0</b>
<u>2012</u>	Radiologia	1.005.729	633.186	63,0	372.543	37,0
	USG	361.208	97.537	27,0	263.671	73,0
	TC	58.609	42.266	72,1	16.343	27,9
	RNM	27.587	5.653	20,5	21.934	79,5
	<b>Total 2012</b>	<b>1.453.133</b>	<b>778.642</b>	<b>54,0</b>	<b>674.491</b>	<b>46,0</b>
<u>2013</u>	Radiologia	930.098	618.922	66,5	311.176	33,5
	USG	284.915	100.366	35,2	184.549	64,8
	TC	63.542	45.662	71,9	17.880	28,1
	RNM	31.570	9.609	30,4	21.961	69,6
	<b>Total 2013</b>	<b>1.310.125</b>	<b>774.559</b>	<b>59,0</b>	<b>535.566</b>	<b>41,0</b>
<b>Total período</b>		<b>11.851.435</b>	<b>5.872.392</b>	<b>49,6</b>	<b>5.979.043</b>	<b>50,4</b>

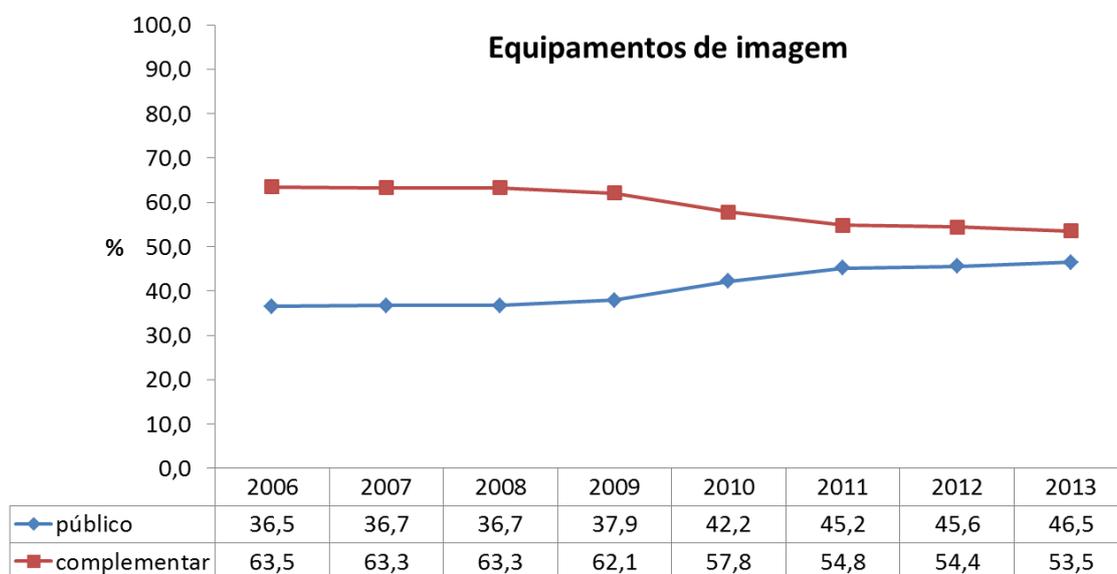
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIA-SUS

**Tabela 3:** Valor absoluto (R\$) e relativo (%) do recurso gasto e valor médio unitário (VU) de exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem realizados pelo SUS, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador, 2006 a 2013.

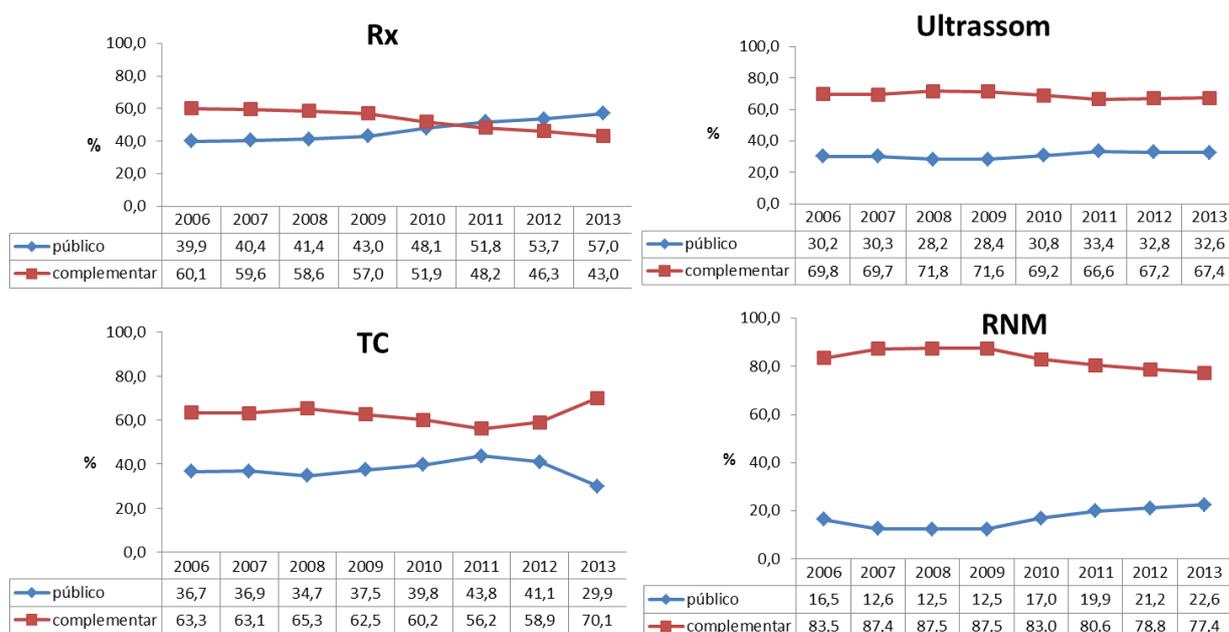
Ano	Tipo de exame	R\$		<u>Público</u>			<u>Complementar</u>		
				R\$	%	VU	R\$	%	VU
<u>2006</u>	Radiologia	13.539.047,4	4.534.246,1	33,5	9,8	9.004.801,3	66,5	17,3	
	USG	7.371.115,6	1.951.798,1	26,5	15,8	5.419.317,5	73,5	15,0	
	TC	3.408.702,8	1.640.151,8	48,1	98,8	1.768.551,1	51,9	105,9	
	RNM	5.929.431,2	475.956,2	8,0	268,8	5.453.475,0	92,0	268,8	
	<b>Total 2006</b>	<b>30.248.297,1</b>	<b>8.602.152,2</b>	<b>28,4</b>	-	<b>21.646.144,9</b>	<b>71,6</b>	-	
<u>2007</u>	Radiologia	13.915.567,4	4.874.527,0	35,0	9,4	9.041.040,5	65,0	18,6	
	USG	8.034.361,2	2.415.834,8	30,1	18,8	5.618.526,3	69,9	17,8	
	TC	3.166.785,6	1.158.422,1	36,6	101,3	2.008.363,4	63,4	108,7	
	RNM	4.793.962,5	505.787,5	10,6	268,8	4.288.175,0	89,4	268,8	
	<b>Total 2007</b>	<b>29.910.676,7</b>	<b>8.954.571,4</b>	<b>29,9</b>	-	<b>20.956.105,2</b>	<b>70,1</b>	-	
<u>2008</u>	Radiologia	13.708.449,6	4.592.093,0	33,5	8,0	9.116.356,5	66,5	20,2	
	USG	9.900.098,7	2.521.699,1	25,5	25,4	7.378.399,7	74,5	23,8	
	TC	4.247.453,2	2.303.614,1	54,2	108,8	1.943.839,1	45,8	115,0	
	RNM	4.990.335,0	772.841,2	15,5	268,8	4.217.493,8	84,5	268,8	
	<b>Total 2008</b>	<b>32.846.336,5</b>	<b>10.190.247,4</b>	<b>31,0</b>	-	<b>22.656.089,0</b>	<b>69,0</b>	-	
<u>2009</u>	Radiologia	14.722.023,7	5.864.778,8	39,8	8,4	8.857.244,9	60,2	20,3	
	USG	12.861.203,1	3.704.694,0	28,8	30,0	9.156.509,1	71,2	28,2	
	TC	4.865.943,8	3.151.118,5	64,8	106,9	1.714.825,4	35,2	115,3	
	RNM	5.143.716,2	451.248,8	8,8	269,1	4.692.467,5	91,2	268,8	
	<b>Total 2009</b>	<b>37.592.886,8</b>	<b>13.171.840,0</b>	<b>35,0</b>	-	<b>24.421.046,9</b>	<b>65,0</b>	-	
<u>2010</u>	Radiologia	11.409.666,2	4.930.675,4	43,2	8,6	6.478.990,9	56,8	18,5	
	USG	12.975.841,5	3.634.487,8	28,0	29,4	9.341.353,7	72,0	28,0	
	TC	6.141.363,3	4.155.853,9	67,7	108,3	1.985.509,4	32,3	118,6	
	RNM	5.964.285,0	820.141,2	13,8	268,8	5.144.143,8	86,2	268,8	
	<b>Total 2010</b>	<b>36.491.156,0</b>	<b>13.541.158,3</b>	<b>37,1</b>	-	<b>22.949.997,7</b>	<b>62,9</b>	-	
<u>2011</u>	Radiologia	11.433.457,9	5.147.655,7	45,0	8,6	6.285.802,1	55,0	18,5	
	USG	12.583.717,3	3.351.075,6	26,6	30,2	9.232.641,7	73,4	28,2	
	TC	7.796.926,1	5.852.785,8	75,1	108,4	1.944.140,3	24,9	119,2	
	RNM	7.008.215,0	1.018.562,5	14,5	268,8	5.989.652,5	85,5	268,9	
	<b>Total 2011</b>	<b>38.822.316,3</b>	<b>15.370.079,6</b>	<b>39,6</b>	-	<b>23.452.236,7</b>	<b>60,4</b>	-	
<u>2012</u>	Radiologia	14.448.935,0	5.471.138,5	37,9	8,6	8.977.796,5	62,1	24,1	
	USG	10.012.763,3	2.955.365,9	29,5	30,3	7.057.397,4	70,5	26,8	
	TC	6.505.393,0	4.569.923,1	70,2	108,1	1.935.469,8	29,8	118,4	
	RNM	7.437.131,2	1.531.268,8	20,6	270,9	5.905.862,5	79,4	269,3	
	<b>Total 2012</b>	<b>38.404.222,4</b>	<b>14.527.696,3</b>	<b>37,8</b>	-	<b>23.876.526,2</b>	<b>62,2</b>	-	
<u>2013</u>	Radiologia	13.506.940,2	5.339.201,3	39,5	8,6	8.167.738,9	60,5	26,2	
	USG	8.123.371,8	3.113.491,1	38,3	31,0	5.009.880,7	61,7	27,1	
	TC	7.070.322,8	4.934.365,5	69,8	108,1	2.135.957,3	30,2	119,5	
	RNM	8.532.907,5	2.617.753,8	30,7	272,4	5.915.153,8	69,3	269,4	
	<b>Total 2013</b>	<b>37.233.542,3</b>	<b>16.004.811,7</b>	<b>43,0</b>	-	<b>21.228.730,7</b>	<b>57,0</b>	-	
<b>Total período</b>	<b>281.549.434,1</b>	<b>100.362.556,8</b>	<b>35,6</b>	-	<b>181.186.877,3</b>	<b>64,4</b>	-		

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIA-SUS

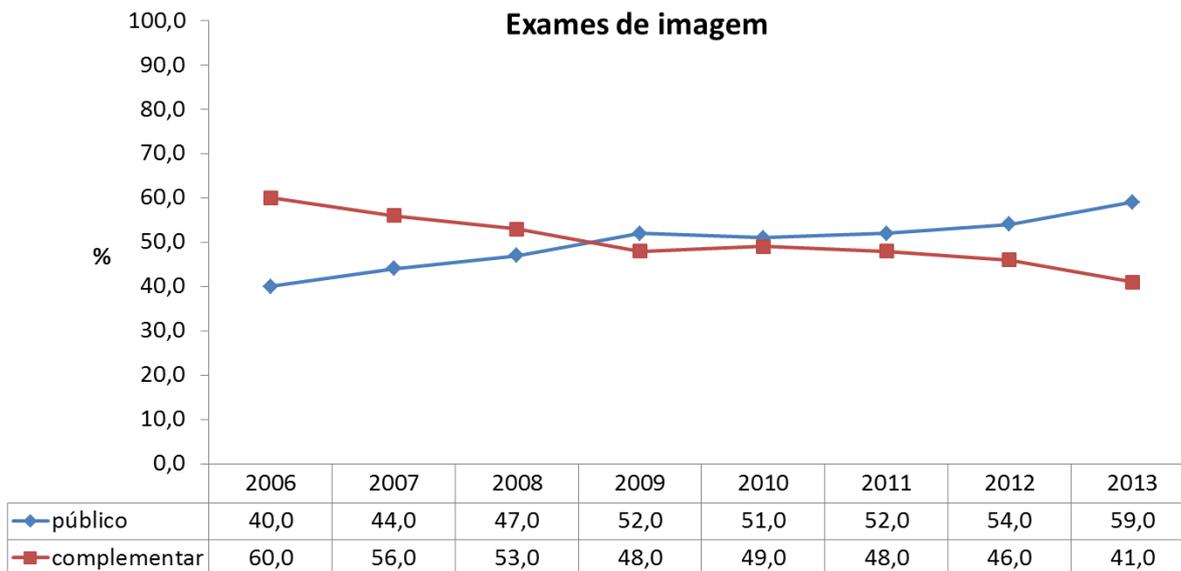
**Figura 1:** Distribuição percentual dos equipamentos de diagnóstico por imagem disponíveis ao SUS, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador/BA, 2006 a 2013.



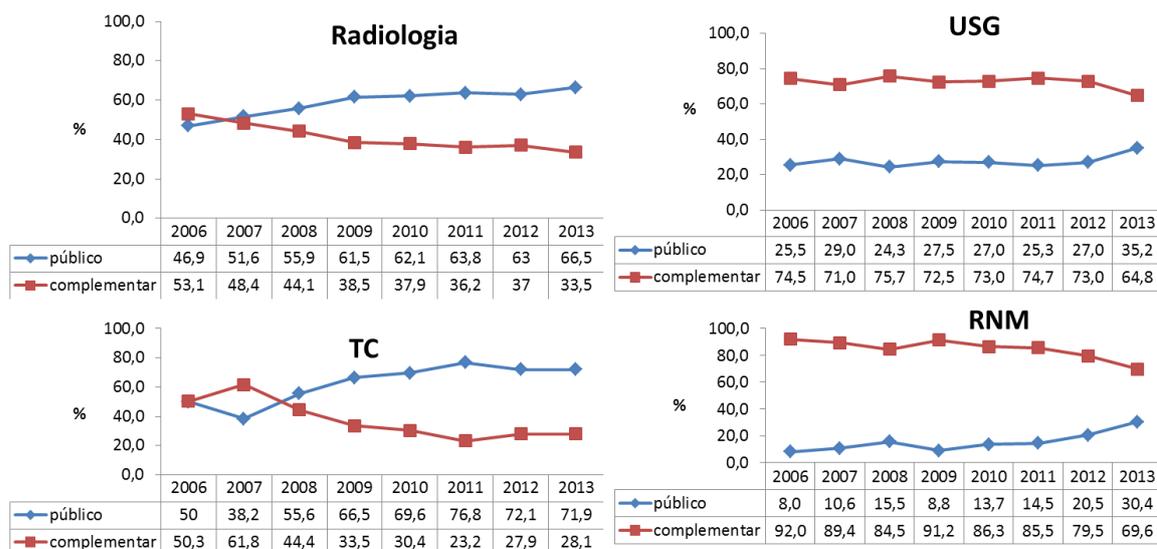
**Figura 2:** Distribuição percentual de tipos de equipamentos de diagnóstico por imagem disponíveis ao SUS, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador/BA, 2006 a 2013.



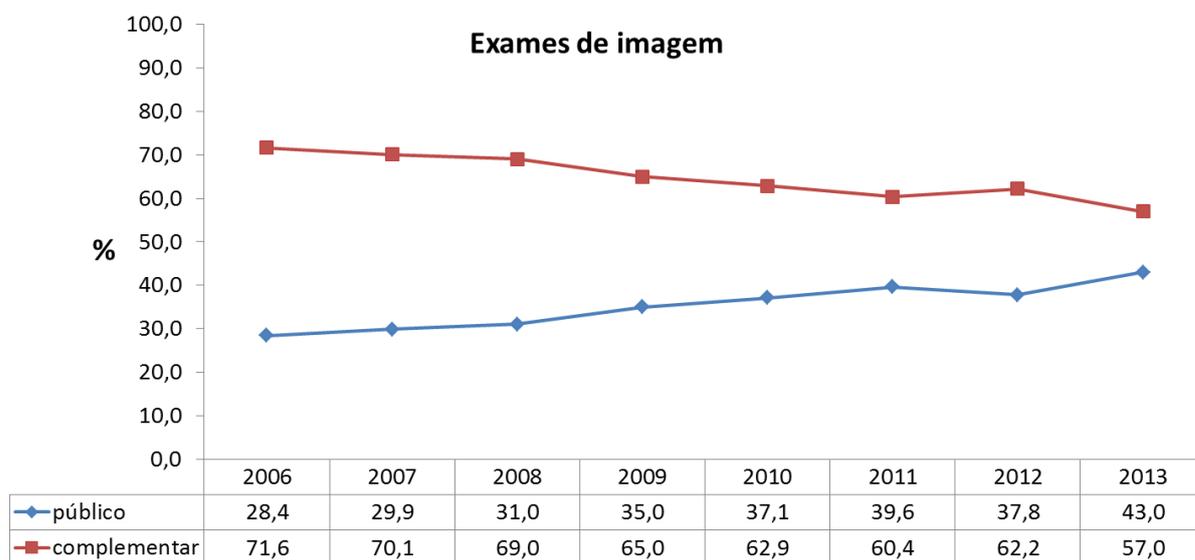
**Figura 3:** Distribuição percentual dos exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem realizados pelo SUS, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador/BA, 2006 a 2013.



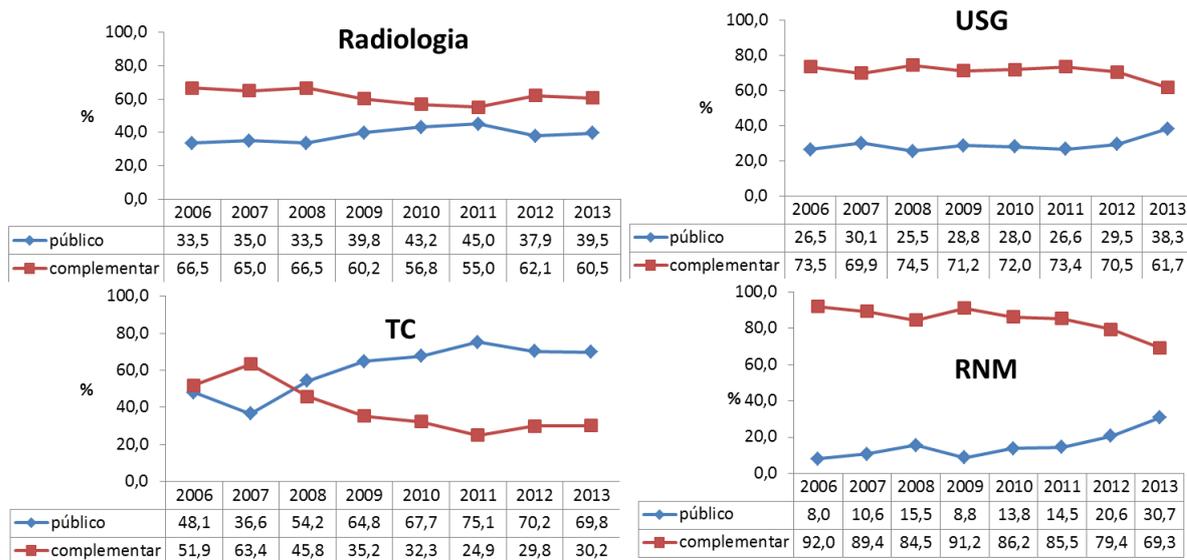
**Figura 4:** Distribuição percentual de tipos de exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem realizados pelo SUS, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador/BA, 2006 a 2013.



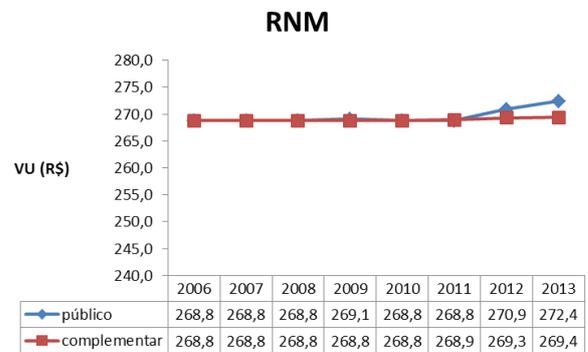
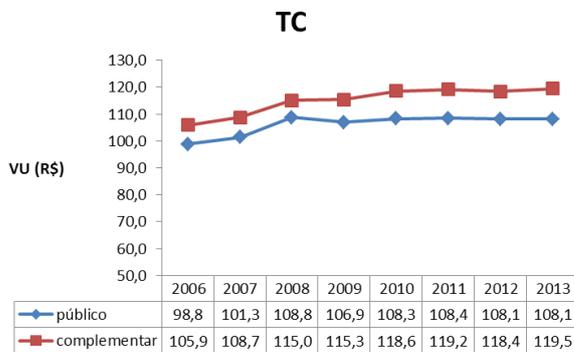
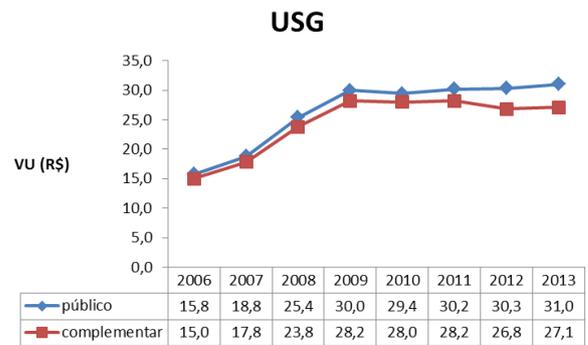
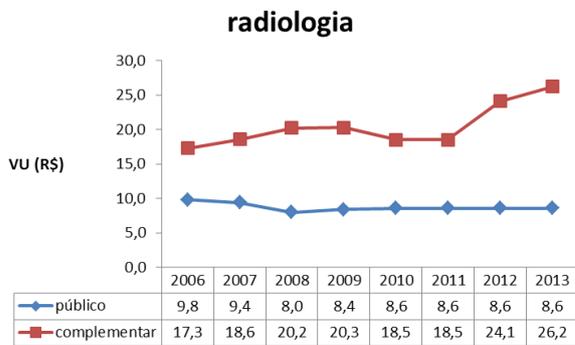
**Figura 5:** Distribuição percentual dos recursos públicos gastos com exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador/BA, 2006 a 2013.



**Figura 6:** Distribuição percentual dos recursos públicos gastos com tipos de exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador/BA, 2006 a 2013.



**Figura 7:** Valor médio unitário (VU), em reais, de tipos de exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem, segundo tipo de prestador de serviços, Salvador/BA, 2006 a 2013.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MEDICI, A. Breves Considerações sobre a Relação entre Financiamento da Saúde e Direito Sanitário no Brasil. In: SANTOS, L. (Org). *Direito da Saúde no Brasil*. 2009.
2. CAMPOS, R. O. Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011, p. 198 – 207.
3. BRASIL, República Federativa do Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*(1988)– Título VIII, Da Ordem Social; Capítulo II, Da Seguridade Social; Seção II, Da Saúde. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 41ª edição. São Paulo: editora Saraiva, 2008.
4. MÂNICA, F. B. Participação privada na prestação de serviços públicos de saúde. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Direito do Estado. São Paulo, 2009. Disponível em: [www.teses.usp.br/.../publico/tese\\_fernando\\_manica\\_versao\\_completa.pdf](http://www.teses.usp.br/.../publico/tese_fernando_manica_versao_completa.pdf). Acesso em: 20 de abril de 2015.
5. GLOBEKNER, O. A. *A Saúde entre o Público e o Privado – O Desafio da Alocação Social dos Recursos Sanitários Escassos*. Curitiba: Juruá Editora, 2011.
6. GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S.; MALDONADO, J. O complexo econômico-industrial da saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. *Rev Saúde Pública*, 46: 21-28, 2012.
7. PAIM, J. S. *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*. Editora da UFBA. Salvador, 2008.
8. TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a Difícil Construção de um Sistema Universal na Sociedade Brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva Teoria e Prática*. Editora Medbook, 2014, p. 121-137.
9. OCKÉ-REIS, C. O. *SUS O Desafio de Ser Único*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2012.

10. OCKÉ-REIS, C. O. SUS: o Desafio de Ser Único. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011, p. 101 – 114.
11. BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Planos e Seguros Privados de Saúde. In: Giovanella, L. *et. al* (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009, p. 435 – 472.
12. SESTELO, J.; BAHIA, L. Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS): breve histórico e modalidades desenvolvidas no Brasil (seguro-saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e outras). In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva Teoria e Prática*. Editora Medbook, 2014, p. 139-150.
13. BRASIL, República Federativa do Brasil. *Lei Federal n.º 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 30 de junho de 2013.
14. BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 1034, de 5 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034\\_05\\_05\\_2010\\_rep.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010_rep.html). Acesso em: 15 de janeiro de 2015.
15. BRASIL, Ministério da Saúde. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Acesso em: 21 de maio de 2014.
16. NOGUEIRA, R.P. *Composição público versus privado, gestão de unidades e recursos humanos no SUS*. Observatório de recursos humanos em saúde Plano diretor 2006. Universidade de Brasília. Brasília-DF, 2007. Disponível em [http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/NESPUnB/Composicao\\_publicoxprivada.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESPUnB/Composicao_publicoxprivada.pdf). Acesso em 29 de junho de 2013.

17. NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella, L. *et. al* (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009, p. 435 – 472.
18. SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella, L. *et. al* (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009, p. 627-663.
19. MENICUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011, p. 180 – 197.
20. COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011, p. 244 – 251.
21. ARAÚJO, C.; PINTO, E. M. F.; LOPES, J.; NOGUEIRA, L.; PINTO, R. Estudo de caso. Trabalho apresentado para o Mestrado em Educação, área de especialização em Tecnologia Educativa, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Braga, 2008. Disponível em: [http://grupo4te.com.sapo.pt/estudo\\_caso.pdf](http://grupo4te.com.sapo.pt/estudo_caso.pdf). Acesso em 30 de março de 2014.
22. LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A Construção do Saber – Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Editora UFMG. Belo Horizonte, 1999.
23. SANTANA, J. S. da S. Percurso Metodológico. In.: SANTANA, J. S. da S; NASCIMENTO, M.A. A. do (Orgs.). *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade*. Editora UEFS. Feira de Santana, 2010, p. 88 – 90.
24. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 465/GM de 6 de fevereiro de 2006. Habilita os municípios de Tefé (AM), Teotônio Vilela (AL), Bom Jesus da Lapa (BA), Lauro de Freitas (BA), Salvador (BA), São Felix (BA) e Vera Cruz (BA), Palmares (PE) e Limoeiro (PE) e Gravataí (RS) na Gestão Plena do Sistema Municipal. Disponível em: <http://ftp.rgesus.com.br/noticias/44-gm.html?start=12585>. Acesso em: 14 de janeiro de 2015.
25. BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 28 de abril de 2014.

26. SOUZA, L. E. P. F.; GUIMARÃES, R.; TRAVASSOS, C.; CANABRAVA, C. M. Infraestrutura Tecnológica do SUS: rede de estabelecimentos, equipamentos, desenvolvimento científico-tecnológico e inovação. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva Teoria e Prática*. Editora Medbook, 2014, p. 211-229.
27. SANTOS, D. L.; LEITE, H. J. D.; RASELLA, D.; SILVA, S.A.L.S. Capacidade de produção e grau de utilização de tomógrafo computadorizado no Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 (6): 1293-1304, 2014.
28. HIRSCHMAN, A. O. *De consumidor a Cidadão*. Atividade privada e participação na vida pública. São Paulo: editora Brasiliense, 1983.
29. HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BOARETTO, R. C.; KAYANO, J. A relação público-privado e o pacto pela saúde: novos desafios para a gestão em saúde. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011, p. 208 – 219.
30. SOLLA, J. J. S. P; PAIM, J. S. Relações entre a Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade: Desafios para a Organização do Cuidado no Sistema Único de Saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva Teoria e Prática*. Editora Medbook, 2014, p. 343-352.
31. UGÁ, M. A.; PORTO, S. M. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: Giovanella, L. *et. al* (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009, p. 473-505.
32. BOTELHO, A. Público e privado no pensamento social brasileiro. In: BOTELHO, A.; SCHWARCZ, L.M. (Orgs.). *Agenda Brasileira: temas de uma sociedade em mudança*. Companhia das Letras. São Paulo, 2011, p. 418-429.
33. DEVEREAUX, P. J.; SCHÜNEMANN, H. J.; RAVINDRAN, N.; BHANDARI, M.; GARG, A. X.; CHOI, P. T.; GRANT, B. J. B.; HAINES, T.; LACCHETTI, C.; WEAVER, B.; LAVIS, J. N.; COOK, D. J.; HASLAM, D. R. S.; SULLIVAN, T.; GUYAT, G. H. Comparison of Mortality Between Private For-Profit and Private Not-For-Profit Hemodialysis Centers. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 288 (19): 2449-2457, 2002.

34. PAIM, I; NEHMY, RMQ. Questões sobre a avaliação da informação: uma abordagem inspirada em Giddens. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 81-95, jul./dez.1996. Disponível em: [http://www.brapci.inf.br/\\_repositorio/2010/11/pdf\\_b0bdbd1a0d\\_0012662.pdf](http://www.brapci.inf.br/_repositorio/2010/11/pdf_b0bdbd1a0d_0012662.pdf). Acesso em 18 de outubro de 2015.
35. SILVA, A.S.; LAPREGA, M.R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(6):1821-1828, nov-dez, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/21.pdf>. Acesso em 13 de outubro de 2015.
36. TASCA, R.; GREGO, C.; VILLAROSA, F.N. Sistemas de Informação em Saúde para distritos sanitários. In: MENDES, E.V (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro, 1995, p. 267-304.
37. MACIEL, C.L. *Qualidade dos dados dos sistemas de informação aplicados ao suporte à atenção materno-infantil na Bahia*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós - graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária. Salvador, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17442/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Chandra%20Maciel.%202014.pdf>. Acesso em 13 de outubro de 2015.
38. MOTA, E.; CARVALHO, D.M.T. Sistemas de Informação em Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro, 2003, p. 605-628.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, diversos estudos e autores debruçaram-se sobre a questão da relação público-privado na saúde, contribuindo para um aumento das publicações sobre essa temática. Entretanto, a maior parte dos estudos que se propuseram a analisar a participação do setor privado no sistema de saúde brasileiro, dedicou-se à investigação da saúde suplementar no país. Um número menor de estudos empenhou esforços para analisar a participação de instituições privadas de forma complementar ao SUS, bem como as possíveis implicações dessa participação para o sistema de saúde no Brasil.

Nessa perspectiva, a presente pesquisa apresentou um estudo de caso sobre a oferta de exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem realizados pelo SUS, em Salvador, e sobre a gestão financeira dos recursos do Fundo Municipal de Saúde utilizados para a compra desses serviços, comparando os valores encontrados para o prestador público (rede própria de diagnóstico) com aqueles encontrados para o prestador privado contratado.

Os resultados encontrados na pesquisa demonstraram avanços na ampliação da capacidade instalada em equipamentos de diagnóstico por imagem na rede pública de serviços em Salvador, no período de 2006 a 2013. Entretanto, apesar desse aumento na rede própria, a rede complementar continuou predominante na oferta de exames de ultrassonografia e ressonância magnética e recebeu o maior percentual de recursos públicos utilizados para o pagamento de exames de imagem no município.

Os dados da pesquisa estão de acordo com o que tem sido apontado na literatura sobre a predominância do prestador privado complementar na oferta de serviços de atenção de média e alta complexidade e na produção de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico para o SUS, reproduzindo uma relação entre o público e o privado que muitas vezes ultrapassa o caráter complementar previsto na lei.

Apesar dos dados apresentados se referirem ao município de Salvador e contemplarem apenas oito anos, acredita-se que esses achados sejam relevantes para aprofundar o conhecimento e o debate a cerca da dicotomia do público e do privado no Sistema Único de Saúde. Qual o lugar do privado nos sistemas universais de saúde? É necessário realmente ter um privado complementar ao SUS? Quais os limites dessa participação complementar?

Espera-se que o presente estudo também possa contribuir para repensar a organização da prestação de serviços de apoio à diagnose e terapia em Salvador, especialmente no que se refere a exames ambulatoriais de diagnóstico por imagem.

Faz-se necessário a realização de estudos adicionais que avaliem a participação complementar do setor privado na produção de serviços para o SUS, a fim de contribuir para o alcance das necessidades de saúde da população e buscar respostas às perguntas suscitadas por esta pesquisa.

**ANEXO**

**Anexo A** – Indicadores de prestação de serviço e de gasto público utilizados para análise dos dados.

Fórmula dos Indicadores de prestação de serviço:

1. Percentual do número médio de equipamentos de diagnóstico por imagem disponíveis ao SUS, por tipo de prestador de serviços

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ médio de equipamentos de diagnóstico por imagem disponíveis ao SUS, segundo tipo de prestador de serviços (ano)}}{\text{N}^\circ \text{ médio de equipamentos de diagnóstico por imagem disponíveis ao SUS (ano)}} \times 100$$

2. Percentual de exames ambulatoriais de imagem realizados pelo SUS, segundo tipo de prestador de serviços

$$\frac{\text{Quantidade aprovada de exames ambulatoriais de imagem realizados pelo SUS, segundo tipo de prestador de serviços (ano)}}{\text{Quantidade aprovada total de exames ambulatoriais de imagem realizados pelo SUS (ano)}} \times 100$$

3. Percentual de exames ambulatoriais de imagem realizados pelo SUS, segundo tipo de exame

$$\frac{\text{Quantidade aprovada de exames ambulatoriais de imagem realizados pelo SUS, segundo tipo de exame (ano)}}{\text{Quantidade aprovada total de exames ambulatoriais de imagem realizados pelo SUS (ano)}} \times 100$$

Fórmula dos Indicadores de gasto público:

1. Percentual de gasto público com exames ambulatoriais de imagem

$$\frac{\text{Valor total aprovado para exames ambulatoriais de imagem realizados pelo SUS(ano)}}{\text{Despesa pública total gasta em saúde (ano)}} \times 100$$

2. Percentual de gasto público com exames ambulatoriais de imagem, segundo tipo de prestador de serviços

$$\frac{\text{Valor aprovado para exames ambulatoriais de imagem realizados pelo SUS, segundo tipo de prestador de serviços (ano)}}{\text{Valor total aprovado para exames ambulatoriais de imagem realizados pelo SUS (ano)}} \times 100$$

3. Percentual de gasto público com exames ambulatoriais de imagem, segundo tipo de exame

$$\frac{\text{Valor aprovado para exames ambulatoriais de imagem realizados pelo SUS, segundo tipo de exame (ano)}}{\text{Valor total aprovado para exames ambulatoriais de imagem realizados pelo SUS (ano)}} \times 100$$

4. Valor médio unitário por exame ambulatorial de imagem realizado pelo SUS, segundo tipo de exame e de prestador de serviços

$$\frac{\text{Valor aprovado por tipo de exame ambulatorial de imagem realizado pelo SUS, segundo prestador de serviço (ano)}}{\text{Quantidade aprovada por tipo de exame ambulatorial de imagem realizado pelo SUS (ano)}} \times 100$$

## **APÊNDICE**

**Apêndice A – Projeto de pesquisa**

**RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NA SAÚDE: O REPASSE DE RECURSOS  
PÚBLICOS PARA CLÍNICAS PRIVADAS DE BIOIMAGEM CONVENIADAS AO  
SUS EM SALVADOR/BA**

**Gimena Melo Santos**

Salvador – BA

2014



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**



**GIMENA MELO SANTOS**

**RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NA SAÚDE: O REPASSE DE RECURSOS  
PÚBLICOS PARA CLÍNICAS PRIVADAS DE BIOIMAGEM CONVENIADAS AO  
SUS EM SALVADOR/BA**

**Salvador – BA**

**2014**

**GIMENA MELO SANTOS**

**RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NA SAÚDE: O REPASSE DE RECURSOS  
PÚBLICOS PARA CLÍNICAS PRIVADAS DE BIOIMAGEM CONVENIADAS AO  
SUS EM SALVADOR/BA**

Projeto de dissertação apresentado ao Exame de qualificação do Mestrado em Saúde Comunitária do PPGSC, na área de concentração de Planejamento e Gestão em Saúde. Instituto de Saúde Coletiva - UFBA.

**Orientador: Prof. Dr. Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva**

**Salvador – BA**

**2014**

**GIMENA MELO SANTOS**

**RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NA SAÚDE: O REPASSE DE RECURSOS  
PÚBLICOS PARA CLÍNICAS PRIVADAS DE BIOIMAGEM CONVENIADAS AO  
SUS EM SALVADOR/BA**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Mário César Scheffer

Faculdade de Medicina da USP

---

Prof. Dr. Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza

Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

---

Prof. Dr. Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva

(orientador)

Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

FMS – Fundo Municipal de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2. PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
<b>3.1 Objetivo geral.....</b>	<b>8</b>
<b>3.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>9</b>
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>9</b>
<b>5. METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>5.1 Desenho de estudo .....</b>	<b>14</b>
<b>5.2 Coleta e processamento de dados .....</b>	<b>14</b>
<b>5.3 Análise dos dados .....</b>	<b>15</b>
<b>5.4 Aspectos éticos .....</b>	<b>16</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>17</b>
<b>7. CRONOGRAMA .....</b>	<b>21</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>23</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A reforma constitucional de 1988 trouxe uma nova concepção do direito à saúde no Brasil com a criação do SUS, que consiste em um sistema de proteção à saúde para toda a população, financiado pelo setor público (MEDICI, 2009; CAMPOS, 2011). O texto constitucional traduziu a saúde como um “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).

Dessa forma, com o SUS, a saúde tornou-se um bem a proteger e um direito a ser garantido, peculiares e distintos de outros bens e direitos juridicamente tutelados (GLOBEKNER, 2011).

O SUS, reunindo princípios e diretrizes que estavam contemplados no projeto da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008), constituiu-se em um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, prestando assistência à saúde a milhões de pessoas, a qual vai desde a atenção básica, incluindo o programa de imunização reconhecido internacionalmente, até serviços de emergência e procedimentos de média e alta complexidade, como a realização de transplantes (OCKÉ-REIS, 2012).

Apesar dos avanços na concepção do direito à saúde universal, durante os 25 anos de construção do SUS, percebe-se que o Estado tem enfrentado dificuldades para materializar o direito social constitucional do acesso universal e integral de atenção à saúde (OCKÉ-REIS, 2011; OCKÉ-REIS, 2012). Desafios estruturais, incluindo problemas no financiamento (ou subfinanciamento) e na gestão pública, associado a uma capacidade instalada insuficiente, entre outros fatores, tem-se constituído em verdadeiros obstáculos ao desenvolvimento do SUS.

A Constituição da República Federativa do Brasil, através do § 1º do artigo 199, permitiu que a iniciativa privada participasse de forma complementar do SUS, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio (BRASIL, 1988). A lei orgânica da saúde nº 8080/1990 reforçou o caráter complementar da participação da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde quando as disponibilidades do SUS forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área

(BRASIL, 1990). Portanto, quando a rede pública de saúde for insuficiente para atender a demanda da população por serviços de saúde, o setor privado poderá ser contratado pelo SUS para complementar essa oferta de serviços, garantindo assim a cobertura assistencial a toda a população.

Entretanto, nota-se atualmente uma relação entre o público e o privado na saúde que muitas vezes ultrapassa o caráter complementar previsto na lei. Aponta-se (NOGUEIRA, 2007) que o setor privado contratado pelo SUS continua sendo predominante em algumas áreas da assistência à saúde, principalmente nos serviços de atenção de média e alta complexidade, e também na produção de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2009). Percebe-se, cada vez mais, uma relação de complementariedade invertida, em que o sistema público funciona como um suporte para as lacunas na assistência oferecida pelo sistema privado, modificando o sentido original do termo “complementar” utilizado pelo texto constitucional (SESTELO, SOUZA e BAHIA, 2013).

Essa predominância do privado em relação ao público traz implicações para a assistência à saúde no Brasil, uma vez que público e privado pressupõem valores e práticas próprios e diferentes de orientação das condutas e de organização social (BOTELHO, 2011). O sistema privado, portanto, é portador de valores e interesses contraditórios em relação às diretrizes constitucionais do SUS (OCKÉ-REIS, 2011). À lógica da assistência médica como uma mercadoria ou um produto, predominante nas instituições privadas, contrapõe-se a lógica de saúde colocada pelo SUS, baseada na noção de direito de cidadania (MENICUCCI, 2011).

Comumente, a análise da organização da assistência à saúde no Brasil é feita de forma segmentada, com foco centrado ou no SUS ou nos planos de saúde (saúde suplementar) (MENICUCCI, 2011). Mais recentemente, um número menor de estudos tem se proposto a analisar a articulação entre os subsistemas público e privado na saúde na perspectiva da economia política da saúde (COHN, 2011). Poucas pesquisas, entretanto, propõem-se a desvendar como está estabelecida a participação complementar do segmento privado no SUS e suas possíveis implicações para a conformação das políticas de saúde e para o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

O presente estudo insere-se na temática da relação público-privado na saúde, especificamente no que se refere à “saúde complementar”, e, buscando uma aproximação desse tema com a problemática da prestação de serviços ambulatoriais de apoio

diagnóstico e terapêutico no SUS, propõe-se a investigar o uso de recursos públicos para a oferta de serviços de bioimagem, em rede própria e em clínicas do setor privado conveniadas/contratadas ao SUS, em Salvador/BA, no período de 2005 a 2012.

## **2. PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO**

- a) Qual a evolução do número de exames de bioimagem por habitante financiado pelo SUS em Salvador/BA, no período de 2005 a 2012?
- b) Como ocorreu a evolução do número de exames de bioimagem financiados pelo SUS, em rede própria e privada conveniada ao SUS, em Salvador/BA, no período de 2005 a 2012?
- c) Como se estabeleceu a evolução da quantidade de exames de bioimagem financiados pelo SUS, segundo tipo de exame, em Salvador/BA, no período de 2005 a 2012?
- d) Qual a proporção de gastos públicos com exames de bioimagem do total de gastos públicos em saúde no município de Salvador/BA, no período de 2005 a 2012?
- e) Qual o volume de recursos públicos gastos com exames de bioimagem por habitante em Salvador/BA, no período de 2005 a 2012?
- f) Qual a distribuição percentual dos gastos públicos em saúde com exames de bioimagem, segundo tipo de prestador de serviço (rede própria ou privada conveniada), em Salvador/BA, no período de 2005 a 2012?
- g) Qual a distribuição percentual de gastos públicos em saúde com exames de bioimagem, segundo tipo de exame, em Salvador/BA, no período de 2005 a 2012?

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo geral**

Identificar e analisar as tendências no repasse de recursos públicos em saúde para a realização de exames de bioimagem, comparando o volume de recurso utilizado em rede

própria do SUS e o volume repassado para o setor privado contratado pelo SUS, em Salvador/BA, no período de 2005 a 2012.

### **3.2 Objetivos específicos**

- c) Descrever a evolução do número de exames de bioimagem por habitante financiado pelo SUS em Salvador/BA, no período de 2005 a 2012;
- d) Identificar a evolução do número de exames de bioimagem financiados pelo SUS, em rede própria e privada conveniada ao SUS, em Salvador/BA, no período de 2005 a 2012;
- e) Demonstrar como se estabeleceu a evolução da quantidade de exames de bioimagem financiados pelo SUS, segundo tipo de exame, em Salvador/BA, no período de 2005 a 2012;
- f) Descrever a proporção de gastos públicos com exames de bioimagem do total de gastos públicos em saúde no município de Salvador/BA, no período de 2005 a 2012;
- g) Identificar o volume de recursos públicos gastos com exames de bioimagem por habitante em Salvador/BA, no período de 2005 a 2012;
- h) Analisar a distribuição percentual dos gastos públicos em saúde com exames de bioimagem, segundo tipo de prestador de serviço (rede própria ou privada conveniada), em Salvador/BA, no período de 2005 a 2012.
- i) Demonstrar a distribuição percentual de gastos públicos em saúde com exames de bioimagem, segundo tipo de exame, em Salvador/BA, no período de 2005 a 2012.

## **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

De acordo com MENICUCCI (2011), os conceitos de público e privado podem apresentar-se sob diferentes perspectivas a depender do contexto histórico e analítico em que são utilizados. A autora descreve as noções de público e privado desde a antiguidade clássica até a sociedade moderna.

Na antiguidade, o espaço público é a esfera da política e da liberdade, enquanto o privado é domínio da casa e da família. Nas sociedades pré-modernas, o público é sinônimo de estatal, esfera estrita do poder, e o privado corresponde à opinião e à crença.

Na modernidade, há uma articulação entre os conceitos de público e privado: o público torna-se dependente dos indivíduos singulares e o privado torna-se dependente da vivência em coletividade. Nas sociedades modernas, a política é uma função da sociedade, havendo uma convergência entre a vida política e social, e a concepção de privado ultrapassa a intimidade e engloba a atividade econômica organizada em torno do mercado. (MENICUCCI, 2011)

Bobbio fala que, para a dicotomia do público/privado, convergem outras dicotomias tradicionais nas Ciências Sociais, entre elas: “Sociedade de Iguais e Sociedade de Desiguais”, “Lei e Contrato”, “Justiça Comunicativa e Justiça Distributiva”. (COSTA e SANTOS, 2012).

A “Sociedade de Iguais e Desiguais” é analisada por Bobbio baseada no embate entre a sociedade política, que seria a sociedade dos desiguais, e a sociedade econômica, a qual compreende tanto a sociedade de iguais, pelo mercado, quanto de desiguais, por efeito da divisão do trabalho. Ao compreender as relações econômicas como relações desiguais por efeito da divisão do trabalho, Bobbio aproxima-se do conceito marxista da mais-valia. Já ao considerar as relações econômicas como iguais pelo mercado, no qual não há distinção entre os indivíduos e prevalece o interesse das trocas, Bobbio vale-se da sistematização de Adam Smith. (COSTA e SANTOS, 2012)

A superposição das dicotomias público/privado e “Lei e Contrato” refere-se à questão do direito público e do direito privado. O direito público seria aquele que emana do Estado, o qual tem como função regulamentar todos os indivíduos que vivem em uma sociedade através das leis, que são irrevogáveis por aqueles que estão dentro do Estado. Já o direito privado seria aquele que emana dos direitos naturais e deve ser estabelecido por contrato, elaborado em regime de liberdade, podendo ser revogado por qualquer uma das partes. (COSTA e SANTOS, 2012)

Com relação à correspondência entre a dicotomia público/privado e a questão da justiça, Bobbio faz uma divisão entre justiça comunicativa e justiça distributiva. A justiça comunicativa seria aquela que está no âmbito do privado e preside às trocas, enquanto a justiça distributiva seria aquela que se refere às deliberações e execuções do Estado (COSTA e SANTOS, 2012). Em outras palavras, a justiça distributiva tem como imperativo social uma melhor distribuição dos bens e recursos materiais por toda a sociedade, baseado na necessidade e não no merecimento, como ocorria na concepção

aristotélica, devendo essa distribuição equitativa ser garantida pelo Estado (GLOBEKNER, 2011).

Percebe-se, então, que as relações dicotômicas elencadas por Bobbio remetem ao papel do Estado na sociedade, do qual podem derivar duas concepções diversas sobre a relação entre o público e o privado: o primado do privado sobre o público, que se constitui em um dos eixos da concepção liberal de Estado, ou a primazia do público sobre o privado, a qual se traduz no aumento da intervenção estatal sobre a sociedade. (MENICUCCI, 2011). Em geral, pode-se dizer que a concepção liberal defende a produção e distribuição dos recursos sociais através da livre atuação dos agentes do mercado, enquanto o modelo social propõe a produção e distribuição da riqueza por meio da atuação do Estado (GLOBEKNER, 2011).

No Brasil, a inter-relação entre o público e o privado é característica da sociedade, do Estado e da cultura política formados no país desde a colonização portuguesa (BOTELHO, 2011). Para Botelho (2011), a sobreposição do privado sobre o público esteve presente na formação da sociedade brasileira e representa um legado cultural da colonização portuguesa.

Ao levar a discussão do público e do privado para o campo da saúde, Campos (2011) afirma que as fronteiras entre esses segmentos diluem-se facilmente, pois a vida e a saúde tanto podem ser entendidas como privadas, únicas, pertencentes aos indivíduos, quanto públicas, uma vez que são construídas em um mundo humano e social permeado de valores e a saúde constitui-se em um direito. Com isso, segundo a autora, ao se tratar de saúde, necessariamente intervém-se nas esferas pública e privada simultaneamente, independentemente do subsetor prestador de serviços.

A maioria dos estudos realizados na área da saúde, entretanto, utiliza a díade público/privado para referir-se à natureza jurídica das instituições responsáveis pelo atendimento das necessidades de saúde da população, seja na assistência à saúde ou na gestão do sistema (MENICUCCI, 2011). Esses estudos, em geral, seguem duas linhas argumentativas predominantes: de um lado, uma visão crítica sobre a interação entre os segmentos público e privado, fundamentada na Medicina Social e nas bases teóricas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira; do outro lado, uma visão inspirada na perspectiva neoliberal, tendo os aspectos econômicos como foco da discussão (SESTELO, SOUZA e BAHIA, 2013).

Especificamente, é na assistência à saúde onde se manifesta uma das maiores imbricações entre os segmentos público e privado, caracterizada por uma dependência do sistema público em relação à rede privada prestadora de serviços (MENICUCCI, 2011), devido a uma capacidade instalada insuficiente. Embora tenha ocorrido nas últimas décadas uma ampliação da rede pública ambulatorial, na rede hospitalar ainda é significativa a superioridade dos leitos privados (MENICUCCI, 2011).

No que se refere aos serviços de apoio à diagnose e terapia, objeto de estudo da presente pesquisa, a predominância do setor privado é ainda maior. De acordo com Menicucci (2011), no Brasil, em 2002, o setor público detinha apenas 5% da rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, enquanto os estabelecimentos privados com fins lucrativos somavam 92%.

Em Salvador, em dezembro de 2012, das 56 unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia que ofereciam assistência ao SUS cadastradas no CNES, apenas 2 eram públicas e as demais privadas (DATASUS). Isso significa que as clínicas privadas representavam aproximadamente 96% das unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia que realizavam exames de apoio diagnóstico e terapêutico financiados pelo SUS em Salvador.

Aliado a uma capacidade instalada insuficiente, pode-se citar o crescimento e o poder do complexo médico-industrial da saúde. Nas últimas décadas, houve um grande desenvolvimento das tecnologias em saúde, da farmacologia e dos métodos diagnósticos e terapêuticos (CAMPOS, 2011).

Apesar dos benefícios proporcionados pelo desenvolvimento do complexo médico-industrial da saúde, muitas pessoas foram submetidas a procedimentos e intervenções desnecessárias para atender às necessidades do mercado da saúde (CAMPOS, 2011). Paralelamente, o setor privado vem induzindo padrões de comportamentos na população que levem ao lucro, incluindo o estímulo ao consumo de consultas e de medicamentos (HEIMANN *et. al*, 2011). Para Cohn (2011), o capitalismo atualmente tem gerado um novo padrão de coesão social por meio de uma integração não mais subordinada ao trabalho, mas via consumo. Esse novo padrão pode ser percebido também no setor saúde, com consequências para o SUS.

Nesse contexto, a produção de serviços de saúde torna-se, com a ação estatal, um importante espaço de acumulação capitalista pela integração entre empresas médicas e o Estado (ELIAS, 2004), constituindo em um complexo econômico movido pela lógica do

mercado (GADELHA, 2003). O avanço tecnológico e científico e sua incorporação na assistência à saúde, tendo o SUS como comprador de serviço, possibilita uma acumulação de capital do subsistema privado de saúde (COHN, 2011).

A política assistencial à saúde tem acolhido os interesses dos prestadores privados de serviços e das empresas médicas ao privilegiar a prestação privada dos serviços, com financiamento público, em detrimento de uma expansão da rede pública (MENICUCCI, 2011). Sob o discurso de que o setor privado pode colaborar com o setor público para complementar a oferta de serviços de saúde, previsto na lei, o Estado tem favorecido os interesses privados, possibilitando um elevado padrão de rentabilidade e sustentabilidade ao setor privado, e levando muitas vezes a distorções nas distribuições dos serviços frente às necessidades da população (COHN, 2011).

Entre os diversos mecanismos de subsídio do sistema privado da saúde pelo público, pode-se citar também a renúncia tributária em relação ao imposto de renda dos valores pagos ao setor privado de saúde (GLOBEKNER, 2011; OCKÉ-REIS, 2011).

Dessa forma, apesar dos subsistemas público e privado serem formalmente independentes entre si, na prática, o subsistema privado, incluindo tanto a prestação de serviços de saúde quanto o complexo industrial da saúde, utiliza-se do SUS, direta ou indiretamente, para viabilizar a reprodução de capital através de mecanismos que necessitam ser melhor compreendidos e estudados (COHN, 2011).

A análise das estratégias da política pública em saúde e sua relação com o setor privado tem evidenciado uma baixa capacidade de governança no setor, devido ao desenvolvimento histórico e cultural das práticas e da gestão pública, orientadas pela lógica dos interesses privados (HEIMANN *et. al*, 2011). Autores (HEIMANN *et. al*, 2011) mostram que, embora o SUS tenha implementado mecanismos mais ágeis e seguros de controle sobre os contratos de gestão com as instituições privadas, o mercado tem ampliado sua capacidade de adequação.

Assim, a relação entre os subsistemas público e privado na saúde torna-se cada vez mais complexa. Além disso, a grande quantidade de atores e a multiplicidade de interesses envolvidos no financiamento e na alocação de recursos para a assistência à saúde reforçam essa complexidade (SESTELO, SOUZA e BAHIA, 2013).

Para Paim (2008), a configuração atual da relação público-privado no SUS constitui-se um entrave para a obtenção dos preceitos constitucionais em relação à saúde e é um desafio a ser enfrentado pelo Estado e pela sociedade como um todo. Com isso,

torna-se imprescindível a realização de estudos que se proponham a melhor compreender e discutir as imbricações entre os segmentos público e privado no campo da saúde, bem como as possíveis implicações dessa articulação para a orientação e formulação das políticas públicas de saúde, para a assistência à saúde e para a gestão do SUS.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 Desenho de estudo**

Trata-se de um estudo de caso, retrospectivo, exploratório, de natureza quantitativa, sobre a gestão financeira dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, utilizados para o pagamento de serviços de bioimagem no município de Salvador/BA, no período de 2005 a 2012.

O estudo de caso caracteriza-se como uma abordagem metodológica adequada quando procura-se compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores (ARAÚJO *et. al.*, 2008). Para Laville e Dionne (1999), esse desenho de estudo permite ao pesquisador examinar em profundidade um caso particular, considerado representativo de outros casos análogos, e que, portanto, possa ajudar a melhor compreender uma situação complexa.

O caráter exploratório, por sua vez, visa uma maior aproximação do investigador com o tema e a realidade, com a finalidade de obter uma visão geral do problema, possibilitando a elaboração de hipóteses para o desenvolvimento de pesquisas futuras (SANTANA, 2010).

### **5.2 Coleta e processamento de dados**

O objeto de estudo serão as unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia de Salvador, da rede própria do SUS e da rede privada conveniada ao SUS, que oferecem serviços de bioimagem. Serão considerados como exames de bioimagem: radiografia, ultrassonografia, ressonância magnética e tomografia computadorizada.

O período escolhido para o estudo (2005 a 2012) deve-se ao momento em que Salvador assumiu a Gestão Plena do Sistema de Saúde Municipal, conforme portaria nº 465, de 6 de fevereiro de 2005.

Serão coletadas as seguintes informações: dados sobre os estabelecimentos de saúde prestadores do serviço, dados populacionais, dados referentes à quantidade de exames de bioimagem financiados pelo SUS realizados em Salvador e recursos públicos gastos pelo município em saúde, mais especificamente com a compra de serviços de bioimagem.

Os dados serão secundários, de natureza quantitativa. Para a obtenção dos dados serão consultados os seguintes sistemas de informação: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

No CNES serão obtidas informações sobre a quantidade de unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia que oferecem serviços de bioimagem financiados pelo SUS, segundo tipo de prestador (público ou privado), de 2005 a 2012 (apêndice A).

Os dados populacionais serão obtidos dos censos demográficos de 2000 e 2010 realizados pelo IBGE. Para a obtenção do número populacional referente aos anos em que não existem dados coletados pelo IBGE, será feita uma projeção da população de Salvador ano a ano, utilizando-se a taxa geométrica de correção. (Apêndice B).

O SIOPS será consultado para obtenção dos dados referentes ao volume de recursos públicos do orçamento municipal aplicado na saúde e, especificamente, para o pagamento de exames de bioimagem (apêndice C).

No SIA-SUS serão coletados os dados relacionados à quantidade aprovada de exames de bioimagem financiados pelo SUS e aos recursos públicos utilizados para o pagamento desses exames (valor aprovado dos procedimentos), em rede própria e em clínicas privadas conveniadas ao SUS, de 2005 a 2012. Devido à alteração da tabela de procedimentos no ano de 2008, será consultada a tabela de procedimentos ambulatoriais para coleta de dados de 2005 a 2007 e a produção ambulatorial, por local de atendimento, para os dados de 2008 a 2012. Os dados serão classificados segundo: grupo de procedimento (procedimentos com finalidade diagnóstica), subgrupo de procedimentos (diagnóstico por radiologia, por ultrassonografia, por tomografia e por ressonância magnética) e tipo de prestador (público ou privado). (Apêndices D, E, F, G).

### **5.3 Análise dos dados**

A partir dos dados coletados do IBGE e dos sistemas de informação em saúde (CNES, SIOPS e SIA-SUS), serão construídas séries históricas, de 2005 a 2012, dos seguintes indicadores:

- a. Número de exames de bioimagem financiados pelo SUS em Salvador/população total de Salvador;
- b. Número de unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia que oferecem serviços ao SUS cadastradas no CNES, segundo tipo de prestador/total de unidades de saúde de apoio de diagnose e terapia que oferecem serviços ao SUS cadastradas no CNES;
- c. Número de exames de bioimagem financiados pelo SUS, segundo tipo de prestador/ total de exames de bioimagem financiados pelo SUS;
- d. Número de exames de bioimagem financiados pelo SUS, segundo tipo de exame/total de exames de bioimagem financiados pelo SUS;
- e. Volume de recursos públicos utilizados para pagamento de exames de bioimagem/total de recursos públicos aplicados em saúde;
- f. Volume de recursos públicos utilizados para pagamento de exames de bioimagem/população total de Salvador;
- g. Volume de recursos públicos utilizados para pagamento de exames de bioimagem, segundo tipo de prestador /total de recursos públicos utilizados para pagamento de exames de bioimagem;
- h. Volume de recursos públicos utilizados para pagamento de exames de bioimagem, segundo tipo de exame /total de recursos públicos utilizados para pagamento de exames de bioimagem.

A análise das séries históricas desses indicadores, ano a ano, contribuirá para uma maior compreensão sobre as tendências no repasse de recursos públicos em saúde para a realização de exames de bioimagem em Salvador/BA, no período estudado. O estudo permitirá também que sejam levantadas hipóteses a cerca dos resultados encontrados e formuladas possíveis questões de investigação a serem respondidas em pesquisas futuras.

### **5.4 Aspectos éticos**

Os dados coletados do IBGE, CNES, SIOPS e SIA-SUS são de domínio público e não confrontam com os referenciais básicos da bioética, incorporados na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do CNS (BRASIL, 1996). Logo, não se faz necessário a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, C.; PINTO, E. M. F.; LOPES, J.; NOGUEIRA, L.; PINTO, R. Estudo de caso. Trabalho apresentado para o Mestrado em Educação, área de especialização em Tecnologia Educativa, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Braga, 2008. Disponível em: [http://grupo4te.com.sapo.pt/estudo\\_caso.pdf](http://grupo4te.com.sapo.pt/estudo_caso.pdf). Acesso em 30 de março de 2014.

BOTELHO, A. Público e privado no pensamento social brasileiro. In: BOTELHO, A.; SCHWARCZ, L.M. (Orgs.). *Agenda Brasileira: temas de uma sociedade em mudança*. Companhia das Letras. São Paulo, 2011, p. 418-429.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 28 de abril de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>. Acesso em 19 de abril de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 465/GM de 6 de fevereiro de 2005. Habilita os municípios de Tefé (AM), Teotônio Vilela (AL), Bom Jesus da Lapa (BA), Lauro de Freitas (BA), Salvador (BA), São Felix (BA) e Vera Cruz (BA), Palmares (PE) e Limoeiro (PE) e Gravataí (RS) na Gestão Plena do Sistema Municipal. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-465re.htm>. Acesso em 30 de março de 2014.

BRASIL, República Federativa do Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*(1988)– Título VIII, Da Ordem Social; Capítulo II, Da Seguridade Social; Seção II, Da Saúde. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 41ª edição. São Paulo: editora Saraiva, 2008.

BRASIL, República Federativa do Brasil. *Lei Federal n.º 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 30 de junho de 2013.

CAMPOS, R. O. Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011, p. 198 – 207.

COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011, p. 244 – 251.

COSTA, M. F. da S.; SANTOS, I. M. dos. Entraves e Confluências na Relação do Estado na Relação Público e Privado na Educação: o Programa Gestão Nota 10 e o Instituto Ayrton Senna em Pernambuco. IV Encontro de Pesquisa Educacional em Pernambuco. Caruaru, 2012. Disponível em: <http://www.epepe.com.br/Trabalhos/05/C-05/C5-223.pdf>. Acesso em 18 de abril de 2014.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em perspectiva*, 18(3): 41-46, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24777.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2013.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (2): 521-535, 2003.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a15v08n2.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2013.

GLOBEKNER, O. A. *A Saúde entre o Público e o Privado – O Desafio da Alocação Social dos Recursos Sanitários Escassos*. Juruá Editora. Curitiba, 2011.

HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BOARETTO, R. C.; KAYANO, J. A relação público-privado e o pacto pela saúde: novos desafios para a gestão em saúde. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011, p. 208 – 219.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A Construção do Saber – Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Editora UFMG. Belo Horizonte, 1999.

MEDICI, A. Breves Considerações sobre a Relação entre Financiamento da Saúde e Direito Sanitário no Brasil. In: SANTOS, L. (Org). *Direito da Saúde no Brasil*. 2009.

MENICUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. . In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011, p. 180 – 197.

NOGUEIRA, R.P. *Composição público versus privado, gestão de unidades e recursos humanos no SUS*. Observatório de recursos humanos em saúde Plano diretor 2006. Universidade de Brasília. Brasília-DF, 2007. Disponível em [http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/NESPUb/Composicao\\_publicoxprivada.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESPUb/Composicao_publicoxprivada.pdf). Acesso em 29 de junho de 2013.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella, L. et. al (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009, p. 435 – 472.

OCKÉ-REIS, C. O. *SUS O Desafio de Ser Único*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2012.

OCKÉ-REIS, C. O. SUS: o Desafio de Ser Único. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011, p. 101 – 114.

PAIM, J. S. *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*. Editora da UFBA. Salvador, 2008.

SANTANA, J. S. da S. Percurso Metodológico. In.: SANTANA, J. S. da S; NASCIMENTO, M.A. A. do (Orgs.). *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade*. Editora UEFS. Feira de Santana, 2010, p. 88 – 90.

SESTELO, J. A. de F.; SOUZA, L. E. P. F. de; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29 (5): 851 – 866, maio 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/04.pdf>. Acesso em 26 de fevereiro de 2014.

## 7. CRONOGRAMA

Atividades	2013											
	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
1. Definição da pergunta de investigação				X	X	X						
2. Recorte do objeto de pesquisa					X	X	X					
3. Revisão da Literatura						X	X	X	X	X	X	X
4. Conclusão da problemática						X	X					
5. Elaboração do referencial teórico										X	X	X
6. Definição da metodologia do estudo							X	X	X	X	X	X
Atividades	2014											
	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
1. Revisão da Literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2. Elaboração do referencial teórico	X	X	X	X								
3. Definição da metodologia do estudo	X	X	X	X								
4. Elaboração das tabelas de coleta de dados			X	X								
5. Apresentação do projeto ao PECS/ISC					X							
6. Qualificação do projeto					X							

7. Ajustes das correções sugeridas na banca da qualificação						X						
8. Coleta dos dados							X	X	X			
9. Análise dos resultados										X	X	X
11. Elaboração da dissertação												X
<b>Atividades</b>	<b>2015</b>											
	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>								
1. Revisão da Literatura	X	X										
2. Elaboração da dissertação	X	X										
3. Defesa da dissertação			X									
4. Ajustes das correções sugeridas na banca da defesa				X								

# APÊNDICES

**APÊNDICE A – Tabela para coleta de dados do número de unidades de saúde de apoio de diagnóstico e terapia que oferecem serviços ao SUS cadastradas no CNES, segundo tipo de prestador, em Salvador, no período de 2005 a 2012.**

<b>Ano</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Tipo de prestador</b>								
<b>Público</b>								
<b>Privado</b>								
<b>Total de unidades de saúde de apoio de diagnóstico e terapia</b>								

**APÊNDICE B – Tabela para coleta dos dados da população total de Salvador, no período de 2005 a 2012.**

<b>Município</b>	<b>Censo 2000 IBGE</b>	<b>Censo 2010 IBGE</b>	<b>Taxa geométrica de correção</b>	<b>População 2005</b>	<b>População 2006</b>	<b>População 2007</b>	<b>População 2008</b>	<b>População 2009</b>	<b>População 2010</b>	<b>População 2011</b>	<b>População 2012</b>
<b>Salvador</b>											

**APÊNDICE C – Tabela para coleta de dados relacionados ao valor do orçamento municipal aplicado na saúde e especificamente no pagamento de serviços de bioimagem , Salvador, 2005 a 2012.**

<b>Ano</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Uso do recurso</b>								
<b>Pagamento de exame de bioimagem</b>								
<b>Total aplicado em saúde</b>								
<b>Total orçamento público municipal</b>								

OBS: valores em reais

**APÊNDICE D – Tabela para coleta de dados do número absoluto de exames de bioimagem financiados pelo SUS, segundo tipo de prestador, em Salvador/BA, de 2005 a 2012.**

<b>Ano</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Tipo de prestador</b>								
<b>Público</b>								
<b>Privado conveniado ao SUS</b>								
<b>Total de exames de bioimagem financiados pelo SUS</b>								

**APÊNDICE E – Tabela para coleta de dados do número absoluto de exames de bioimagem financiados pelo SUS, segundo tipo de exame, em Salvador/BA, de 2005 a 2012.**

<b>Ano</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Tipo de exame</b>								
<b>Radiografia</b>								
<b>Ultrassonografia</b>								
<b>Ressonância Magnética</b>								
<b>Tomografia computadorizada</b>								
<b>Total de exames de bioimagem financiados pelo SUS</b>								

**APÊNDICE F: Tabela para coleta de dados dos valores aprovados para pagamento de exames de bioimagem pelo SUS, segundo tipo de prestador, em Salvador, 2005 a 2012.**

<b>Ano</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Tipo de prestador</b>								
<b>Público</b>								
<b>Privado conveniado ao SUS</b>								
<b>Total gasto com exames de bioimagem</b>								

OBS: valores em reais

**APÊNDICE G: Tabela para coleta de dados dos valores aprovados para pagamento de exames de bioimagem pelo SUS, segundo tipo de exame, Salvador, 2005 a 2012.**

<b>Ano</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Tipo de exame</b>								
<b>Radiografia</b>								
<b>Ultrassonografia</b>								
<b>Ressonância Magnética</b>								
<b>Tomografia computadorizada</b>								
<b>Total gasto com exames de bioimagem</b>								

OBS: valores em reais