


Relação público-privado nas internações cirúrgicas pelo Sistema Único de Saúde

Liane Alves de Sá^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-0288-5215>

Eduardo Rocha Covre¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7338-121X>

Willian Augusto de Melo¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1731-763X>

Rogério Miranda Gomes³

 <https://orcid.org/0000-0002-2055-0558>

Maria Fernanda do Prado Tostes¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8737-0431>

Objetivo: caracterizar as internações cirúrgicas, permanência, custo e mortalidade, conforme a natureza jurídica (público e privado) da instituição hospitalar ligada ao Sistema Único de Saúde. **Método:** estudo descritivo, tipo levantamento, com coleta de dados retrospectiva (2008 a 2017) e abordagem quantitativa. As variáveis dependentes internações cirúrgicas ocorridas no Brasil, custos, permanência e mortalidade e as variáveis independentes regime/natureza jurídica (público e privado) foram obtidas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. O teste de Mann-Whitney foi empregado para análise. **Resultados:** a média das internações pelo Sistema Único de Saúde foi de 4.214.083 internações/ano, 53,5% ocorridas nos hospitais privados contratados e 46,5% em hospitais públicos ($p=0,001$). O repasse financeiro foi maior para o setor privado (60,6%) contra 39,4% para os públicos ($p=0,001$). A média de permanência foi de 4,5 dias no público e 3,1 dias no privado ($p<0,001$). A mortalidade foi maior no público (1,8%) do que no privado (1,4%) ($p<0,001$).

Conclusão: houve predomínio das internações cirúrgicas pelo Sistema Único de Saúde nos hospitais privados com repasse financeiro maior para este setor em detrimento do público. As evidências produzidas contribuem para o debate e ações para evitar o asfxiamento orçamentário do setor público em privilégio do privado.




Descritores: Procedimentos Cirúrgicos Operatórios; Sistema Único de Saúde; Financiamento Governamental; Setor Público; Setor Privado; Enfermagem em Saúde Pública.

¹ Universidade Estadual do Paraná, Colegiado de Enfermagem, Paranavaí, PR, Brasil.

² Bolsista da Fundação Araucária, Universidade Estadual do Paraná, Brasil.

³ Universidade Federal do Paraná, Departamento de Saúde Coletiva, Curitiba, PR, Brasil.

Como citar este artigo

Sá LA, Covre ER, Melo WA, Gomes RM, Tostes MFP. Public-private relationship in surgical hospitalizations through the Unified Health System. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3467. [Access  ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4901.3467>

Introdução

A assistência cirúrgica acessível e segura é essencial para a redução da morbimortalidade e incapacidades decorrentes de condições cirúrgicas. Além disso, melhora o bem-estar da população, a produtividade econômica, a capacidade e a liberdade dos indivíduos, contribuindo para o desenvolvimento em longo prazo dos países⁽¹⁾.

Apesar desta importância, o acesso à cirurgia não é totalmente garantido à população, principalmente nos países periféricos ou sem sistemas universais de saúde, colaborando para a ocorrência de complicação de casos que poderiam ser resolvidos com cirurgias de menor complexidade⁽²⁾.

No contexto mundial, estima-se que, aproximadamente, cinco bilhões de pessoas não têm acesso aos cuidados cirúrgicos e anestésicos essenciais, de custo baixo e seguros realizados em tempo hábil⁽³⁾, o que dificulta o fortalecimento dos sistemas de saúde e o Acesso Universal à Saúde⁽³⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o Brasil se caracteriza como um país de média renda⁽⁴⁾ e a contextualização sobre a garantia de acesso não é diferente do cenário mundial acima citado. Estudos demonstram que, no país, o volume cirúrgico é inferior ao preconizado pela meta da *Lancet Commission on Global Surgery* que deve ser de 5.000 por 100.000 habitantes/ano até 2030⁽⁵⁻⁶⁾. No período de 2008 a 2016, a média do volume cirúrgico foi de 2.020 cirurgias por 100.000 habitantes/ano realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁶⁾.

No Brasil, é oportuno destacar que, para garantir o acesso da população aos serviços de saúde, entre eles, os procedimentos cirúrgicos, além da utilização de serviços públicos federais, estaduais e municipais, o SUS também contrata serviços privados, que incluem as instituições com e sem fins lucrativos e as instituições filantrópicas de forma complementar, conforme previsto na Constituição de 1988⁽⁷⁾.

Nessa perspectiva, destaca-se a escassez de estudos conduzidos sobre como se distribuem as internações cirúrgicas pelo SUS, com enfoque na natureza jurídica das unidades hospitalares, incluindo todas as especialidades cirúrgicas e de abrangência geográfica nacional. Inclusive, um estudo existente com este enfoque limitou-se a abordar o arranjo público-privado em apenas uma especialidade cirúrgica⁽⁸⁾. Portanto, este estudo é precursor na produção deste conhecimento e pode contribuir para reduzir as lacunas de conhecimento e contribuir para o avanço científico deste tema na Saúde e na Enfermagem.

Frente ao exposto, formulou-se a seguinte questão: como se distribuem as internações cirúrgicas em âmbito nacional pelo SUS e outras variáveis conexas em relação à natureza jurídica dos hospitais? Para responder à questão de pesquisa este estudo objetivou caracterizar as

internações cirúrgicas, permanência, custos e mortalidade, conforme a natureza jurídica (público e privado) da instituição hospitalar ligada ao Sistema Único de Saúde.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, tipo levantamento, com abordagem quantitativa.

Local da coleta de dados

As informações de fonte secundária foram obtidas por meio do banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)⁽⁹⁾. E, no Sistema, a abrangência geográfica estabelecida foi Brasil.

Variáveis

As variáveis dependentes do estudo foram internações cirúrgicas, média de permanência, valor médio da internação, valor do serviço hospitalar e taxa de mortalidade.

As variáveis independentes consideradas foram o regime e natureza jurídica da unidade hospitalar contratada pelo SUS, público e privado.

Período de coleta de dados

No DATASUS, a coleta de dados retrospectiva ocorreu em julho de 2018. Para obtenção das variáveis do estudo, considerou-se o período entre 2008 a 2017. O período inicial considerado foi 2008 porque, no sistema DATASUS, os dados consolidados a partir de 2008 fornecem informações mais específicas, tais como serviços e os procedimentos realizados, assim como grupos e subgrupos destes procedimentos⁽⁹⁾. E, os dados anuais completos estavam disponíveis no Sistema até 2017, em decorrência disso, estabeleceu-se este limite temporal.

Coleta de dados

No sistema DATASUS, na opção Informações de Saúde (TABNET), selecionou-se a opção Assistência à Saúde, em seguida a opção Produção Hospitalar (SIH/SUS) e a opção Dados Consolidados, por local de internação, a partir de 2008. Neste momento, a abrangência geográfica selecionada foi Brasil por Região e Unidade da Federação.

Na sequência, na opção linha foi selecionado Ano de Processamento, na coluna a opção Regime, para a coleta de dados referentes ao período entre 2008 a 2014, e Natureza Jurídica, para a coleta dos dados referentes ao período de 2015 a 2017. Salienta-se que a utilização das duas opções Regime e Natureza Jurídica no processo de coleta de dados foi necessária porque no Sistema, as classificações Regime e Natureza estão disponíveis para os processamentos até 2014. A partir de 2015 é utilizada a classificação de Natureza jurídica e Esfera jurídica.

Em seguida, na opção Conteúdo foram selecionadas, separadamente, cada variável dependente do estudo. E, na seção Seleções Disponíveis, selecionou-se a opção Grupo Procedimentos e a opção Procedimentos Cirúrgicos foi demarcada.

Tratamento e análise dos dados

Após a coleta no DATASUS, os resultados foram tabulados em planilhas de dados no *software Microsoft Excel* versão 2007. Precisamente sobre as variáveis dependentes relativas aos custos, os valores foram convertidos para dólar americano, considerando a cotação em 20 de julho de 2018 (período da coleta dos dados) = 3,7787 reais.

Para a análise, utilizou-se o teste estatístico de *Mann-Whitney* por meio do programa *Statistica* versão 10. Nas análises, o intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5% ($p < 0,05$) foram estabelecidos. Os dados foram apresentados em tabela e gráficos *boxplot*.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, número CAAE 14956719.6.0000.9247 e parecer de aprovação número 3.387.441/2018.

Resultados

No DATASUS, em dez anos, 42.140.832 internações cirúrgicas pelo SUS estavam cadastradas (média anual de 4.214.083 internações). Deste montante, 53,5% (22.543.816) ocorreram em hospitais privados contratados pelo SUS, enquanto nos hospitais públicos foram 46,5% (19.594.158). E, em 2.858 internações cirúrgicas, o regime/natureza jurídica não estava especificado.

Em relação à permanência, a média foi de 3,8 dias. No setor público foi mais elevado (4,5 dias) do que na esfera privada (3,1 dias).

O custo dos serviços hospitalares foi na ordem de 11.823.847.361,41 dólares, os hospitais privados receberam 7.165.240.353,88 dólares, enquanto os hospitais públicos receberam 4.658.607.007,53 dólares, representando 60,6% e 39,4%, respectivamente.

O valor médio da internação foi de 368,57 dólares, esse valor foi mais substancial na esfera privada (415,63 dólares) do que na pública (312,86 dólares).

Em relação à mortalidade, a taxa geral estabelecida foi 1,6%, este índice foi mais alto (1,8%) nos hospitais públicos do que nos privados (1,4%).

Em relação à diferenciação entre público e privado, houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em todas as variáveis analisadas, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das internações cirúrgicas pelo Sistema Único de Saúde (2008 a 2017), permanência hospitalar, custos e mortalidade, diferenciados entre público e privado. Brasil, 2018*

Variáveis	Valores	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação	Teste de Mann-Whitney (p-valor) [†]
Internações					
Setor Público	19.594.158	1,95	2,0	11,22375	0,001
Setor Privado	22.543.816	2,25	1	2,40148	
Média Permanência					
Setor Público	4,5	4,5	0	2,0512	<0,001
Setor Privado	3,1	3,1	0	1,52066	
Valor Serviço Hospitalar[‡]					
Setor Público	4.658.607.007,53	4,65	3,4	19,75933	0,001
Setor Privado	7.165.240.353,88	7,16	5,5	20,33038	
Valor Médio Internação[‡]					
Setor Público	312,86	3,12	118	9,98838	0,005
Setor Privado	415,63	4,15	295	18,78842	
Taxa de Mortalidade					
Setor Público	1,8	1,81	0	2,11316	<0,001
Setor Privado	1,4	1,43	0	6,19564	

*Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2018; [†]p-valor<0,05 considerado estatisticamente significativo;

[‡]Cotação do dólar americano = R\$ 3,7787 em 20/07/2018

Em relação à Figura 1 (*boxplot*), a análise da distribuição das internações cirúrgicas apresentou maior mediana no setor privado (2,24) do que no setor público (1,99). A mediana sobre a variável valor dos serviços hospitalares foi mais expressiva no privado (2,6) que no público (1,8). Em relação ao valor médio de internação cirúrgica, a mediana foi de 1,6 no privado e 1,2 no público.

No entanto, no que diz respeito ao valor médio de permanência e da taxa de mortalidade, tem-se valores mais expressivos no público quando comparado ao setor privado. Os valores incluem: mediana de 4,5 para o setor público e 3,1 para o setor privado, referentes à média de permanência, enquanto a mediana acerca da taxa de mortalidade é de 1,8 no público e 1,4 no privado.

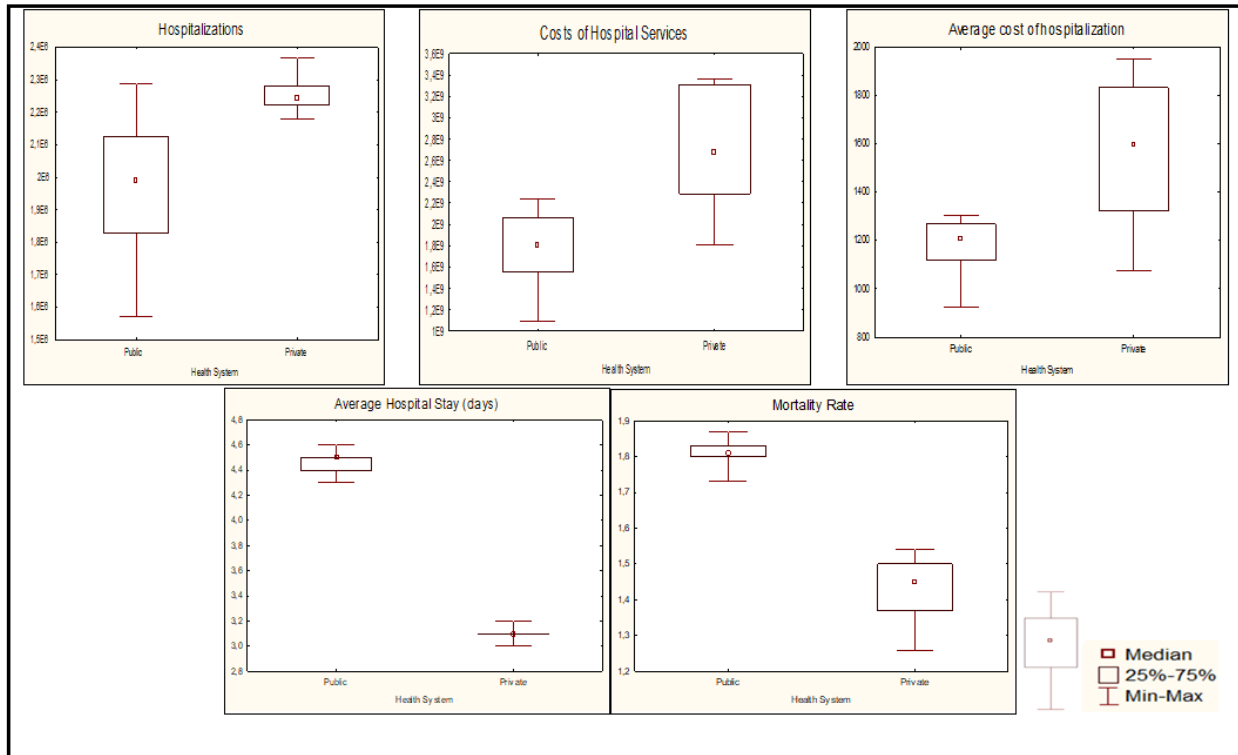


Figura 1 - *Boxplot* das internações cirúrgicas pelo Sistema Único de Saúde (2008 a 2017), média de permanência hospitalar, taxa de mortalidade, valor médio de internação e valor dos serviços hospitalares diferenciados entre público e privado. Brasil, 2018

Discussão

Nesse estudo, pode-se constatar que, no período de dez anos, as internações hospitalares para realização de procedimentos cirúrgicos pelo SUS ocorreram mais em hospitais privados que nos públicos, com diferença estatisticamente significativa entre ambas. Adicionalmente, o valor médio da internação e o valor total dos serviços hospitalares no período foram mais elevados na esfera privada, evidenciando o marcante repasse de recursos públicos para este setor. De fato, nas internações para procedimentos cirúrgicos, pode-se afirmar que os serviços públicos é que são complementares aos privados.

Similarmente aos resultados acima mencionados, em estudo conduzido para discutir a relação público-privado na assistência cardiovascular de alta complexidade no

SUS, os autores evidenciaram que 73% dos serviços foram prestados por entidades privadas contratadas pelo SUS⁽⁹⁾.

No Brasil, o conjunto dos estabelecimentos de saúde aumentou de 21.532 em 1981, para 129.544 em 2017, crescimento capitaneado pela expansão de Clínicas e Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT) e de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Entretanto, enquanto as UBS são predominantemente públicas (99,2% em 2017), nas unidades de SADT, a presença privada se sobressai (86,8% em 2017). Neste período, houve declínio progressivo da participação pública, pois em 1981 superava o percentual de 50%⁽¹⁰⁾.

Já em relação ao âmbito hospitalar, o número de hospitais aumentou de 5.660, em 1981, para 8.139, em 2019⁽¹¹⁾. A tendência histórica brasileira tem sido de uma distribuição aproximadamente equivalente entre

hospitais públicos (aproximadamente um terço dos hospitais), privados lucrativos (também em torno de um terço) e privados filantrópicos (idem)⁽¹²⁾. O número total de leitos hospitalares no país (incluindo contratados e não contratados pelo SUS) decaiu de 460.656, em 2008, para 437.565 leitos, em 2018, sendo que essa redução ocorreu fundamentalmente entre os leitos privados contratados pelo SUS⁽¹³⁾.

Essa dinâmica, de redução de leitos e aumento do número de hospitais, demonstra uma redução do porte médio dos hospitais brasileiros nas últimas décadas, sendo que os hospitais públicos apresentam uma média de número de leitos inferior aos privados⁽¹²⁾. Os leitos públicos tiveram aumento no período, mas permanecem minoritários, representando apenas 35,8% do total de leitos existentes no país em 2017⁽¹⁰⁾. Com isso, atualmente, mais da metade das internações pelo SUS permanecem sendo realizadas em hospitais privados, sejam os privados lucrativos, sejam os ditos filantrópicos.

Cabe destacar ainda a queda progressiva do número de leitos por mil habitantes, de 4,1, em 1976, passando a 3,2, em 1995, e alcançando 2,3, em 2019⁽¹¹⁻¹²⁾. Considerando-se somente os leitos gerais disponíveis para o SUS havia 0,91 leitos por mil habitantes em 2019. A taxa de internações no país também apresentou queda desde a implantação do SUS, relacionada a mudanças do modelo de atenção e a políticas de tetos para contenção de gastos hospitalares⁽¹²⁾.

No sistema de saúde brasileiro a atenção hospitalar é predominantemente realizada por serviços privados, atendendo simultaneamente usuários do SUS e de seguros privados, implicando disposições de financiamento e arranjos assistenciais complexos que dificultam a integração sanitária e a regulação do sistema⁽¹⁴⁾.

Nos últimos anos, a transferência da prestação de serviços públicos para o âmbito privado, por meio de vários mecanismos, a exemplo das terceirizações, parcerias público-privadas, Organizações Sociais (OS), dentre outros, tem desempenhado papel crescente. Vários autores apontam que esses expedientes podem levar à distorção dos pressupostos que definem as necessidades da saúde, beneficiando os interesses mercantis⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Com efeito, o grande montante de recursos públicos investidos na saúde privada contribui para a mercantilização da saúde, tornando-a interessante aos investidores, por meio de isenções fiscais, dentre outros mecanismos financeiros⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Esta lógica direciona instituições e políticas de proteção social para atender aos interesses da acumulação, possibilitando ao capital mercantilizar praticamente todas as dimensões da vida social, inclusive a saúde.

Em relação aos valores das internações cirúrgicas, os resultados mostram que na rede privada os

procedimentos custam mais que no público. Em estudo conduzido para avaliar o arranjo público-privado no âmbito da atenção cardiovascular entre 2008 a 2015, os autores também evidenciaram que as internações em instituições privadas financiadas pelo SUS superaram aquelas ocorridas em hospitais públicos e foram mais onerosas para o sistema⁽¹⁸⁾.

Além disso, por parte do setor privado, verifica-se a seleção de atendimentos e procedimentos mais rentáveis de acordo com a remuneração da tabela SUS⁽¹⁵⁾. Consequentemente, essa dinâmica de divisão público-privado em procedimentos, serviços e valores de remuneração orientados por interesses mercantis configuram uma importante determinação dos limites à universalidade do acesso à saúde⁽¹⁶⁾.

A definição da Tabela SUS como referência e não como limite também abre margem para estabelecimento de preços superiores por parte dos prestadores privados, como é corrente nos contratos com entes municipais e estaduais.

Em estudo qualitativo conduzido com gestores municipais para analisar a relação entre gestores públicos e prestadores privados contratados pelo SUS, os autores constataram que a relação é, muitas vezes, tensa, acirrada por vantagens, privilégios e interesses, e caracterizada por relações desiguais de poder, as quais são possibilitadas pelo *modus operandi* de ambos os atores envolvidos (gestores e prestadores). Nesta relação, a lógica predominante é a de busca de lucratividade, além do fisiologismo político; a adaptação dos gestores e a percepção de ausência de alternativas também contribui para a manutenção dessa dinâmica⁽¹⁵⁾.

Em relação à média de permanência hospitalar e à taxa de mortalidade, os resultados evidenciaram que os valores mais elevados foram no setor público. Outro estudo, que investigou se a mortalidade hospitalar ajustada difere segundo fonte de pagamento das internações, natureza jurídica e arranjo de financiamento dos hospitais, analisou 852.864 internações em adultos, em 789 hospitais entre 2008 e 2010, apontando que o número de óbitos de pacientes financiados pelo SUS foi maior quando comparado com pacientes que possuem plano de saúde ou pagaram de forma particular. As implicações da forma de financiamento e da natureza jurídica do serviço sobre a mortalidade ajustada não mostraram significância. Contudo, mesmo que esses aspectos não tenham se associado a diferenciais no risco de morte, percebeu-se, dentro dos mesmos hospitais, a existência de diferentes estruturas físicas e, possivelmente, de recursos, para pacientes SUS e não SUS, indicando iniquidades no processo de cuidar⁽¹⁴⁾.

De forma geral, percebe-se que a seleção de procedimentos mais rentáveis leva à tendência de

concentração dos prestadores privados nas esferas mais lucrativas, buscando intervenções mais bem remuneradas e com menor tempo de internação, possibilitando maior produtividade com a capacidade instalada. Muitas vezes, os quadros mais cronicados, com maior tempo de permanência, maiores custos e maiores taxas de mortalidade tem dependido predominantemente dos hospitais públicos⁽¹²⁾. Essa tendência se apresenta, inclusive, em outros sistemas públicos com forte presença privada, como é o caso do seguro social francês⁽¹⁹⁾.

Embora não analisadas nesse estudo, possíveis diferenças de desempenho entre serviços de saúde públicos e privados foram objeto de análise. No Brasil, mesmo que existam poucos estudos sobre o tema, e raramente conclusivos, os estudos internacionais, de forma geral, apontam para a superioridade dos sistemas públicos universais com forte participação e regulação estatal e alicerçados na Atenção Primária em Saúde como porta de entrada e coordenadora do cuidado⁽³⁾.

Nesse sentido, vários autores apontam que esta excessiva contratação de serviços privados se contrapõe aos princípios e diretrizes do SUS, visto que prejudica a integração do cuidado, a longitudinalidade e o acesso dos usuários^(17,20). Longe de ser um dilema brasileiro, os obstáculos à integralidade do cuidado resultante do *mix* público-privado abrangem vários países, de forma especial os latino-americanos⁽²¹⁾.

Embora o SUS se constitua como um importante sistema universal, a convivência contraditória e complexamente imbricada com o setor privado tem obstaculizado a concretização do direito universal à saúde⁽³⁾. No elenco dos problemas advindos da privatização, sobressaem-se as deduções e isenções fiscais para estabelecimentos privados (lucrativos e filantrópicos), os elevados custos administrativos com terceirizações e a corrupção. Além disso, a financeirização e internacionalização do setor saúde tem avançado de forma importante nas últimas décadas, por meio de processos de aquisição-fusão de empresas, dirigidos por fundos financeiros, com importantes implicações sobre a captação do fundo público, a valorização de capitais e instituição de preços de monopólio. Esse avanço da privatização e o fato desses atores disporem de representantes nos núcleos decisórios de governo têm sido objeto de praticamente nenhuma reflexão pelas entidades de participação social e pelos conselhos de saúde⁽¹⁶⁾.

Some-se a esse quadro preocupante o fato de o SUS, desde sua criação, se apresentar com restrito financiamento público, relativo ao Produto Interno Bruto (PIB), quando comparado com outros países com sistemas universais de saúde⁽²²⁾. Com isso, vários

estudos vêm destacando alguns elementos-chaves para impedir o desmonte do sistema público pela privatização e subfinanciamento^(20,22-24).

Por um lado, a necessidade de superar o subfinanciamento crônico do SUS envolve, além da definição de novas fontes de recursos financeiros, a vedação da transferência do fundo público para seguros privados e empresas, o fim da renúncia fiscal para operadoras de planos de saúde, assim como a maior regulação do Estado sobre a saúde suplementar⁽²⁰⁾.

Além disso, a fim de garantir a integralidade da atenção, é fundamental expandir a reforma sanitária aos serviços hospitalares, por meio de sua integração à rede como referência territorial e apoio para a Atenção Primária e para a média complexidade e a urgência. Nisso, cumpre papel importante a constituição de equipes interdisciplinares para referência e apoio matricial, fortalecendo o vínculo, a continuidade e a coordenação do cuidado⁽²⁴⁾.

Percebe-se que o enfrentamento do subfinanciamento e da privatização demanda conhecimentos aprofundados e atualizados sobre essas temáticas⁽¹⁶⁾, com vistas a subsidiar a participação popular e os esforços dos movimentos em defesa do SUS⁽²²⁻²⁴⁾. Portanto, esse trabalho se inscreve nessa perspectiva.

No tocante à área da Saúde e Enfermagem, salienta-se a necessidade de destacar o protagonismo e poder dos atores privados na elaboração e condução das políticas públicas, em que pese a relativa invisibilidade, para amplos segmentos sociais, de suas motivações particularistas e mercantis, o que implica repensar estratégias para garantir a manutenção e ampliação dos direitos sociais⁽²⁵⁾.

O atual contexto é provavelmente o mais difícil já vivido pelo SUS. A plataforma ultraliberal expressa, por exemplo, na Emenda Constitucional 95/2016, congela os gastos sociais por 20 anos⁽²⁶⁾, na reformulação da política de Atenção Básica – reduzindo à prioridade da Estratégia Saúde da Família –, nas propostas – sempre presentes – de privatização da gestão dos serviços públicos, inclusive a Atenção Primária à Saúde, e no desmonte da Política de Saúde Mental, entre outros, obstaculiza qualquer possibilidade de sobrevivência do SUS como um sistema de fato público, universal e integral. Cabe, mais do que nunca, aos defensores do SUS – a população, incluindo os trabalhadores da saúde, e a academia – a tarefa indeclinável de sustentar os avanços do sistema brasileiro contra a ofensiva neoliberal; não como aceitação acrítica do estágio alcançado, mas como patamar a partir do qual deve se organizar um movimento ampliado, com o objetivo de superar os limites do SUS, a fim de garantir de fato o cuidado integral como direito humano inalienável.

Na condução desse estudo, algumas limitações devem ser consideradas. Os dados populacionais não foram incorporados na análise das variáveis dependentes. Ademais, subgrupos de procedimentos e perfil assistencial predominante em cada regime; as heterogeneidades regionais e suas implicações sobre o arranjo público-privado; as possíveis diferenças de porte entre os hospitais públicos e privados e suas implicações sobre o desempenho não foram avaliados. Diante disso, sugere-se que, na condução de pesquisas posteriores, essas variáveis sejam analisadas.

Contudo, apesar das limitações, acredita-se que esse estudo seja pioneiro na análise do arranjo público-privado em internações cirúrgicas pelo SUS com alcance nacional na década estudada. Espera-se que as evidências produzidas possam colaborar para o avanço da produção científica nesse tema. Cabe destacar ainda que a maioria dos estudos voltados à discussão da privatização da saúde concentra-se na saúde suplementar. São poucos os estudos dedicados à análise da presença privada complementar ao SUS⁽¹⁶⁾, como propõe-se aqui.

Em acréscimo, as evidências geradas podem contribuir para aprofundar a reflexão e o debate, uma vez que os atores e as políticas internacionais e nacionais voltadas à restrição de direitos sociais e à privatização das políticas públicas, incluída a saúde, ainda são pouco investigadas no Brasil⁽²⁵⁾.

Conclusão

O fato de, no período analisado, as internações cirúrgicas no SUS serem realizadas predominantemente por serviços privados, serviços, estes, que apresentaram maior valor médio da internação e absorveram a maior parte dos recursos gastos nesse âmbito, expressa o quanto, nessa esfera, o público é que se apresenta como complementar, contrariando os princípios constitucionais. Ao mesmo tempo, constatou-se que a média de permanência e taxa de mortalidade foram mais elevadas no setor público, havendo diferença estatisticamente significativa entre o público e privado para todas as variáveis analisadas.

Portanto, espera-se que esse estudo possa contribuir para a reflexão crítica a respeito do processo em curso no Brasil de privatização e mercantilização da saúde. Almeja-se subsidiar ações para evitar o asfxiamento orçamentário do setor público em privilégio do privado, que alimenta o ciclo de acumulação do capital por meio das políticas sociais e da transferência do fundo público, com implicações significativas sobre o acesso e o cuidado.

Referências

1. Meara JG, Leather AJ, Hagander L, Alkire BC, Alonso N, Ameh E, et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet*. [Internet]. 2015 [cited 2020 Ago 11];386(9993):569-624. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60160-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60160-X/fulltext)
2. Gyedu A, Stewart B, Gaskill C, Boakye G, Appiah-Denkya E, Donkor P, et al. Improving benchmarks for global surgery: nationwide enumeration of operations performed in Ghana. *Ann Surg*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 20];268(2):282-8. Available from: <https://dx.doi.org/10.1097%2FSLA.0000000000002457>
3. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Cantanhêde RM, Martins GB, Santos IS, et al. Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 13];23(6):1763-76. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. Xu K, Soucat A, Kutzin J, Brindley C, Maele NV, Touré H, et al. Public spending on health: a closer look at global trends. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2020 Ago 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?ua=1>
5. Massenbun BB, Saluja, S, Jenny HE, Raykar NP, NG-Kamstra J, Guilloux AGA, et al. Assessing the Brazilian surgical system with six surgical indicators: a descriptive and modelling study. *BMJ Glob Health*. [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 20];2(2):e000226. Available from: <http://gh.bmj.com/content/bmjgh/2/2/e000226.full.pdf>
6. Covre ER, Melo WA, Tostes MFP, Fernandes CAM. Trend of hospitalizations and mortality from surgical causes in Brazil, 2008 to 2016. *Rev Col Bras Cir*. [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 13];46(1):e1979. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-69912019000100152&lng=en&nrm=iso&tlng=en
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.034, de 05 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*; 2010 [Acesso 10 ago 2020]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2010/prt1034_05_05_2010.html
8. Oliveira PR, Guerra MG Oliveira A, Martins AL. Public-private relation in the Brazilian policy of tertiary care for cardiovascular conditions. *Rev Adm Pública*. [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 12];53(4):753-68. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122019000400753

9. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. [Homepage]. 2018 [Acesso 2 jul 2020]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>
10. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 13];23(6):1751-62. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601751&script=sci_arttext&tlng=en
11. Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, et al. The COVID-19 pandemic in Brazil: analysis of supply and demand of hospital and ICU beds and mechanical ventilators under different scenarios. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2020;36(6):e00115320. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X202000605004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. Braga Neto FC, Barbosa PR, Santos IS. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In.: Giovannella L, organizador. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
13. Confederação Nacional de Municípios (BR). Brasil perdeu 23.091 leitos hospitalares em dez anos. [Internet]. 2018 [Acesso 2 jul 2020]. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Estudo-tecnico-Leitos%20hospitalares-2018.pdf>
14. Machado JP, Martins M, Leite IC. Public-private settlement and hospital mortality per sources of payment. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2016 [cited 2020 Jul 12];50:42. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100405
15. Silva JFM, Carvalho BG, Domingos CM. Health governance and the public-private relationship in small municipalities. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Ago 12];23(10):3179-88. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003179&lng=en&nrm=iso&tlng=en
16. Bahia L, Scheffer M. The Unified Health System (SUS) and the private assistance sector: interpretations and facts. *Saúde Debate*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 12];42(n spe3):158-71. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s312>
17. Bahia L. Thirty years of history in the Brazilian Unified National Health System (SUS): a necessary but insufficient transition. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 12];34(7): e00067218. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00067218>
18. Martins AL, Guerra M, Oliveira MS. Public-private relationship in the Brazilian policy of tertiary care for cardiovascular conditions. *Rev Gestão Saúde* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 13];10(3):391-406. Available from: <https://doi.org/10.26512/gsv.10i3.24946>
19. Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: CamposGWS, Minayo MCS, Akerman M. Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p. 563-613.
20. Celuppi IC, Geremia DS, Ferreira J, Pereira AMM, Souza JB. 30 years of the SUS: public-private relationship and the impasses for the universal right to health. *Saúde Debate*. [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 13];43(121):302-13. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200302
21. Cárdenas WIL, Adelyne MMP, Cristiani VM. Public-private relations in the Colombian health system from 1991 to 2015. *Cad Saúde Pública*. 2017 [cited 2020 Dez 10];33(sup.2):e00114016. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00114016>
22. Paim JS. Thirty years of the Unified Health System (SUS). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 12];23(6):1723-28. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
23. laurell AEC. Competing health policies: insurance against universal public systems. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jul 12];24:e2668. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1074.2668>
24. Campos GWS. Future prospects for the SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 13];23(6):1707-14. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601707&script=sci_arttext&tlng=en
25. Almeida C. Public-private partnerships (PPPs) in the health sector: global processes and national dynamics. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 2];33(Suppl 2):e00197316. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00197316>
26. Mariano CM. Emenda Constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao Estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Rev Investig Constit*. [Internet]. 2019 [Acesso 10 dez 2020];4(1):259-81. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289>

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho da pesquisa: Willian Augusto de Melo, Rogério Miranda Gomes, Maria Fernanda do Prado Tostes. **Obtenção de dados:** Liane Alves de Sá, Eduardo Rocha Covre. **Análise e interpretação dos dados:** Liane Alves de Sá, Eduardo Rocha Covre, Willian Augusto de Melo, Rogério Miranda Gomes, Maria Fernanda do Prado

Tostes. **Análise estatística:** Liane Alves de Sá, Eduardo Rocha Covre, Willian Augusto de Melo. **Redação do manuscrito:** Liane Alves de Sá, Willian Augusto de Melo, Rogério Miranda Gomes, Maria Fernanda do Prado Tostes.

Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Eduardo Rocha Covre, Rogério Miranda Gomes, Maria Fernanda do Prado Tostes.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 10.09.2020

Aceito: 03.02.2021

Editora Associada:
Andrea Bernardes


Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Maria Fernanda do Prado Toste

E-mail: mfpprado@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8737-0431>