

# A Região Metropolitana de São Paulo e os desafios para a equidade em saúde

## The Metropolitan Region of São Paulo and the challenges for equity in health

Luiza Sterman Heimann<sup>I</sup>, Emílio Telesi Júnior<sup>II</sup>, Roberta Cristina Boaretto<sup>III</sup>, Lauro Cesar Ibanhes<sup>IV</sup>,  
Iracema Ester do Nascimento Castro<sup>V</sup>, Jorge Kayano<sup>VI</sup>, Carlos Tato Cortizo<sup>VII</sup>

### Resumo

A legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) define a participação do setor privado de modo complementar e suplementar. Demarca que ações e serviços de saúde devem ser regulamentados, controlados e fiscalizados pelo poder público. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) indicam que 35.499.446 pessoas eram beneficiárias de planos privados de saúde em 2002, 20% da população brasileira. Concentravam-se na região Sudeste (70%), sendo o Estado de São Paulo o de maior cobertura, com 44,12%. Na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) em 1998, 45% da população possuía planos privados. O setor público de saúde tem duplo desafio: ampliar o acesso aos serviços e cumprir os objetivos da seguridade social; e regulamentar, controlar e fiscalizar, de fato, o setor privado. Tendo como hipótese que a relação entre o SUS e o setor suplementar de assistência à saúde cria, mantém e reproduz desigualdades, este estudo desenvolvido pelo Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde analisou a relação entre o setor público e privado na RMSP, quanto às estratégias de governança, para fortalecer a capacidade regulatória do SUS e aumentar a equidade. Os resultados permitiram reconhecer como são operacionalizadas as competências previstas na legislação do SUS, relativas à regulamentação, controle e fiscalização do setor privado, visando promover o fortalecimento dessas atribuições, norteado pela equidade.

**Palavras-chave:** Iniquidades; público-privado; SUS

### Abstract

The legislation of the A legislação do Sistema Único de Saúde (Single Health System - SUS) defines the participation of the private sector in a complementary and supplementary manner. It outlines which health actions and services should be regulated, controlled and overseen by the government. Data from the Agência Nacional de Saúde Suplementar (National Agency of Supplementary Health - ANS) show that 35,499,446 people were benefited by private health care plans in 2002, 20% of the Brazilian population. They are concentrated in the Southeast (70%), with the state of São Paulo having the greatest coverage, with 44.12%. In the São Paulo Metropolitan Region (RMSP) in 1998, 45% of the population had private plans. The public health sector has a double challenge: increase access to its services and meet the social security objectives; and regulate, control and finance in fact the private sector. Taking as its assumption that the relationship between the SUS and the supplementary sector of health services creates, maintains and reproduces inequalities, this study developed by the Nucleus of Services and Systems of the Health Institute analyzed the relationship between the public and private sectors of the RMSP regarding government strategies to strengthen the regulatory capacity of the SUS and increase equity. The results allow the recognition of how the competencies are made operational foreseen under SUS legislation, relative to regulation, control and overseeing of the private sector, with the objective of promoting the strengthening of these attributes, with equity as the guide.

**Key-words:** Inequalities; public-private; SUS

<sup>I</sup>Luiza Sterman Heimann (dirgeral@isaude.sp.gov.br) é médica sanitária, mestre em Saúde Pública pela Universidade Harvard (EUA) e em Saúde Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). É diretora de Departamento Técnico de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>II</sup>Emílio Telesi Júnior (emiliojr@isaude.sp.gov.br) é médico sanitária, mestre em Medicina Preventiva e doutor em Serviços de Saúde pela Universidade de São Paulo (USP). É pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>III</sup>Roberta Cristina Boaretto (nisis@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, especialista em Saúde Coletiva, mestre em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), pesquisadora e diretora do Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>IV</sup>Lauro Cesar Ibanhes (lauro@isaude.sp.gov.br) é psicólogo, mestre em Ciências Sociais pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). É pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>V</sup>Iracema Ester do Nascimento Castro (iracema@isaude.sp.gov.br) é médica sanitária, especialista em Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social e em Estatísticas de Saúde pela Universidade de São Paulo (USP). É pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>VI</sup>Jorge Kayano (jorge@isaude.sp.gov.br) é médico sanitária, especialista em Saúde Pública e Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). É pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e membro do Instituto Polis.

<sup>VII</sup>Carlos Tato Cortizo (tato@isaude.sp.gov.br) é tecnólogo, mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e assistente técnico de pesquisa científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



**A** identificação de estratégias e mecanismos de governança da relação público-privado na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) é um problema central para o setor saúde. O Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo realizou uma pesquisa entre 2003 e 2005 sobre os desafios da relação público-privado e apresenta alguns dos resultados obtidos e desdobramentos inerentes à reflexão complexa que o tema traz<sup>2</sup>.

A RMSP é um complexo urbano constituído por 39 municípios com uma área de 8.051 km<sup>2</sup>. Segundo dados de 2010, da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), isso representa menos de um milésimo da superfície brasileira, com 20,1 milhões de habitantes, que corresponde a 10% da população total do País. Há grande desigualdade entre os municípios que compõem a região, com uma variação de habitantes entre 12 mil a 10,5 milhões. Alguns municípios se estruturam pelo desenvolvimento industrial e serviços, enquanto outros são “cidades-dormitórios”; outros ainda se constituíram em áreas de proteção de mananciais. É um espaço onde convivem os mais modernos hospitais da América Latina ao lado da maior concentração de favelas do País<sup>viii</sup>.

Historicamente, as iniciativas de construção de políticas metropolitanas são insuficientes para responder às necessidades e problemas da região, uma vez que se perpetuam as disparidades entre os municípios. Na área da saúde e com o avanço do processo de descentralização do SUS, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), implantadas pelo Ministério da Saúde, já tratavam da regionalização da assistência e tinham como um de seus objetivos a equidade no acesso aos serviços de média e alta complexidade. Em 2006, foi lançado o Pacto pela Saúde<sup>1</sup>, reiterando a importância do território e, portanto, do processo de regionalização. Assim, apresenta-se ao setor público de saúde da RMSP um duplo desafio: ampliar o acesso aos serviços de saúde – cumprindo os objetivos da seguridade social – e regular de fato o setor privado.

O objetivo da pesquisa foi identificar as estratégias e mecanismos de governança na relação público-privado do setor saúde, tendo em vista a busca da equidade na Região Metropolitana de São Paulo.

O método adotado para a realização da pesquisa foi o estudo de caso, para identificar tendências da relação entre os setores público e privado. O estudo de caso permite apreender a complexidade do que é singular, tal como era o caso de nossa unidade de análise, a RMSP. O estudo foi apoiado na construção de matrizes de dados,

<sup>viii</sup>Dados obtidos no endereço eletrônico: <http://www.seade.gov.br>

instrumental oferecido pela triangulação metodológica<sup>5</sup> como recurso necessário para enfocar vários níveis de funcionamento do sistema de saúde: a formulação de sua política e normas dos níveis federal e estadual, do nível de agregação da pesquisa, a RMSP e do nível municipal. Esta forma de análise possibilitou compreender de que maneira as decisões tomadas nos níveis federal/estadual conformaram a negociação política entre gestores no nível da RMSP, bem como permitiu verificar os reflexos das negociações regionais na estruturação dos sistemas locais de saúde.

Inicialmente, para o reconhecimento das desigualdades nas *condições de vida e saúde* entre os municípios da RMSP, os mesmos foram agrupados e hierarquizados a partir do Índice de Condições de Vida e Saúde (ICVS)<sup>3</sup>; Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>4</sup> e Índice de Respostas de Serviços de Saúde (IRSS)<sup>3</sup>. Para identificar as desigualdades na *assistência à saúde* entre o setor público e privado, foram analisadas as bases da Pesquisa de Assistência Médico Sanitária (PAMS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2002; a Pesquisa de Condições de Vida (PCV) da Fundação SEADE do ano de 1998; Informações em Saúde disponíveis no endereço eletrônico do DATASUS para o ano de 2003 e Informações sobre Operadoras de Planos de Saúde disponíveis no endereço eletrônico da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) do ano de 2004.

Do ponto de vista teórico-metodológico, também foi realizado levantamento bibliográfico sobre os conceitos centrais da pesquisa – *regulação, governança, equidade, público e privado* –, bem como inúmeros seminários internos com participação de especialistas que auxiliaram o desenvolvimento da pesquisa em seus variados aspectos e momentos.

Os resultados obtidos pela pesquisa serão apresentados aqui de acordo com as condições de vida e saúde e com a oferta e produção de serviços.

Com relação às condições de vida e saúde na RMSP, observou-se que, a partir da análise da Pesquisa de Condições de Vida (PCV) da Fundação SEADE de 1998, além de quase metade da população da RMSP possuir planos privados de saúde, houve uma migração de seguros pagos pelas empresas para seguros pagos pelos próprios beneficiários, o que pode indicar a deterioração do tipo de benefício oferecido pelas empresas e do próprio mercado de trabalho.

A alta proporção da população coberta por planos privados implica considerável impacto sobre a rede pública de serviços de saúde, principalmente na demanda por procedimentos de média e alta complexidade. Isto porque, apesar da vigência da Lei 9656/98, os seguros e planos privados tendem a restringir o acesso da população segurada aos procedimentos de média e alta complexidade, em seus próprios serviços, em função dos custos envolvidos.

Para o estudo da oferta e produção dos serviços de saúde na rede pública do SUS e na rede particular da RMSP, foi utilizada a base de dados da Pesquisa de Assistência Médico Sanitária (PAMS) de 2002, conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Com relação à rede física hospitalar, os estabelecimentos estão concentrados no município de São Paulo. Estavam disponíveis para o SUS 45% do total, 62% desses pertenciam à rede pública estatal (federal, estadual e municipal) e, dos 51 hospitais privados conveniados ao SUS, 72% foram classificados como sem fins lucrativos ou filantrópicos. Esta constatação confirma um dos preceitos constitucionais do SUS, que define a preferência pelas entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos dentre as instituições privadas que participam do sistema público de forma complementar.

Dentre os hospitais da rede estatal, 54% pertenciam à esfera municipal, 44% ao governo estadual e apenas um federal. Do total dos 295 hospitais presentes na região, verificou-se que a maioria pertencia à rede hospitalar privada com fins lucrativos, fosse ela particular, de propriedade de planos ou seguros de saúde ou que prestassem serviços a estes.

A oferta da Rede Hospitalar Privada não vinculada ao SUS é bem maior do que a Rede Pública. Cabe destacar que alguns estabelecimentos da Rede Pública também prestam serviços aos Planos de Saúde – próprios ou de terceiros – de Assistência Médica, como planos para militares e funcionários públicos. Assim, há um “mix” público/privado que se expressa tanto no interior da Rede Pública quanto no interior da Rede Privada não vinculada ao SUS.

Quanto aos leitos, o município de São Paulo concentrava a oferta. Do total, 63% pertenciam à Rede Privada não vinculada ao SUS e 37% eram da Rede SUS. Considerando-se a RMSP como um todo, o tamanho da Rede Privada não vinculada ao SUS para oferta de assistência hospitalar tinha maior capacidade instalada. Quan-

do analisamos esta distribuição na RMSP, observamos que a expressão numérica da oferta de leitos privados ocorria nos municípios de maior porte e desenvolvimento socioeconômico, pois nos municípios menores e/ou menos desenvolvidos a oferta da Rede SUS é superior à da Rede Privada.

Sobre a rede ambulatorial, a maioria dos ambulatorios SUS estava sob gestão municipal, à exceção do município de São Paulo, onde 22% dos ambulatorios estavam sob gestão estadual. Isto ocorre pela particularidade do processo de descentralização/municipalização do SUS na Capital paulista.

Quando se analisa a Rede Ambulatorial Privada conveniada/contrada pelo SUS, segundo os estabelecimentos com e sem fins lucrativos, verifica-se que os serviços com fins lucrativos são a grande maioria da Rede Ambulatorial Privada. Esta tendência é inversa à observada para os estabelecimentos hospitalares, onde prevalecem os filantrópicos.

Quanto aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT) na RMSP, 98% pertenciam à Rede Privada não vinculada ao SUS, particularmente a de fins lucrativos.

Na RMSP, 73% dos atendimentos de urgência/emergência são pagos pelo SUS; 25% pagos pelos planos e seguros de saúde e 2% pagamento direto feito pelo usuário.

Para o estudo sobre a demanda e utilização dos serviços de saúde das redes SUS e Privada na RMSP, utilizou-se a base de dados da Pesquisa de Condições de Vida (PCV) de 1998. A amostra foi planejada para atender sete agrupamentos urbanos: a Região Metropolitana de São Paulo e outros seis no Interior do Estado. Para cada agrupamento, selecionou-se uma amostra probabilística de domicílios. Para a Região Metropolitana de São Paulo, em 1998, foram sorteados cerca de 4.500 domicílios e, para os demais domínios, sorteou-se uma amostra de cerca de 1.700 domicílios em cada um, perfazendo um total de aproximadamente 15.000 domicílios selecionados no universo da pesquisa.

O banco de dados utilizado possibilitou a desagregação das informações, de forma a comparar, quanto à utilização de serviços de saúde, a condição de posse de planos de saúde dos residentes na RMSP. Identificou-se também variáveis para medir as desigualdades no consumo de serviços entre a população usuária do SUS e os que possuem planos de saúde, bem como as desigualdades entre os percentuais de indivíduos com posse de plano de saúde de acordo com a renda.

Na RMSP, a cobertura da população possuidora de planos de saúde era de 44,2%. Foram evidenciadas desigualdades na posse de planos de saúde entre pessoas de faixas de renda distintas. Quanto ao perfil etário, os consumidores de planos de saúde se concentravam na faixa etária de 18 a 50 anos, ou seja, a população economicamente ativa. Na faixa entre 31 e 50 anos, 54,5% pertenciam a planos de empresas empregadoras. Na faixa etária de 51 anos ou mais, 35,6% dos consumidores compraram seus planos de saúde diretamente no mercado.

Com relação à utilização dos Serviços de Saúde/aceso, entre os entrevistados que procuraram serviços de saúde no último mês, havia uma diferença quanto ao atendimento no mesmo dia, segundo posse ou não de plano. Considerando todos os tipos de serviços – unidade básica, clínica ou consultório, laboratório/diagnóstico e pronto-socorro/hospital – há uma diferença de 6,3% neste item, entre as duas populações. Assim, 97,3% dos consumidores de planos referiram terem sido atendidos no mesmo dia, número que cai para 91% na população SUS.

Nos dois grupos constatamos diferenças conforme o rendimento familiar, isto é, os percentuais de atendimento no mesmo dia crescem de acordo com a renda.

A diferença no acesso entre as duas populações – SUS e planos –, para o atendimento no mesmo dia, é de quase 10% em favor dos possuidores de planos. Quanto ao tempo médio de espera para ser atendido, no município de São Paulo observa-se uma distinção evidente entre os dois grupos: os não possuidores de planos suportam maior espera: cerca de 81 minutos, enquanto os possuidores esperavam 32 minutos, em média, para o atendimento.

A rede SUS tem um tempo de espera maior para o atendimento quando comparada à rede dos planos. Porém, entre os beneficiários de planos, os de baixa renda esperam pelo atendimento mais do que o dobro do tempo em relação aos de maior renda. A análise dos dados da PCV também mostrou que os possuidores de planos utilizavam mecanismos mais ágeis para marcação de consultas do que a população usuária do SUS.

Como discussão final, pode-se dizer que a equidade representa a melhoria das condições de vida que determinam a situação de saúde da população. A análise das estratégias e mecanismos da política pública em saúde e sua relação com o setor privado mostram uma fragilidade quanto ao papel do gestor.

A análise da PCV mostrou que existe uma desigualdade no acesso e na utilização dos serviços de saúde entre os possuidores de planos privados. Tal fato pode ser explicado pela estratificação existente entre os planos de distintos valores: para aqueles cuja mensalidade é mais alta, são oferecidas maiores facilidades, tal como menor tempo de espera.

Outro ponto a ser considerado é a não distinção entre o setor público e o privado: os resultados mostraram que há superposição dos setores suplementar e complementar. O privado não oferece exclusividade ao vender seus serviços para o SUS, mantendo-os disponíveis também para os planos e para os particulares. A ordem de prioridade para ocupação dos leitos ofertados para vários compradores permanece obscura do ponto de vista do controle pelo poder público. A regulação dos serviços de saúde é uma das atribuições do gestor e, neste caso, o setor privado também deve ser regulado, uma vez que afeta diretamente a saúde da população adscrita em seu território. Vários mecanismos criados para regulação acabaram sendo incorporados pelo setor privado, tais como: avaliação de cobertura, de risco, de eficiência, de eficácia, de efetividade. No entanto, no setor privado, eles têm sido utilizados apenas para aferir o lucro e não para promover a saúde da população. A regulação feita a partir do SUS significa incluir também os serviços contratados e conveniados.

A pesquisa evidenciou que um ponto consensual entre o setor público e o privado é o de que o Estado brasileiro gasta muito pouco com saúde, o que implica baixo investimento na ampliação da oferta do SUS, caracterizando uma dependência da oferta do prestador privado.

Como dispõe a Lei Federal 9.656 de 1998, o ressarcimento foi a maneira encontrada para compensar o atendimento prestado aos beneficiários de planos de saúde nos serviços próprios ou contratados/conveniados do SUS. No entanto, este mecanismo pode apresentar uma ambiguidade, ou seja, se por um lado os valores recebidos não compensariam a estrutura a ser montada para sua operação – as operadoras de saúde encontram formas de adiar ou não realizar o pagamento ao SUS, o que indicaria falha na função reguladora desse mecanismo jurídico –, por outro lado, esse mecanismo pode se revestir de importância para a obtenção de mais recursos para o SUS.

Os resultados mostraram, portanto, que há mecanismos para exercer uma melhor regulação e governança. Contudo, eles são pouco usados no plano da regulação do setor privado pelo poder público, seja pelo gestor, seja pelos fóruns participativos que teriam como responsabilidade discutir e aprovar a política para o setor.

#### Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
2. Heimann LS, Ibanhes LC e Barboza R, organizadores. O público e o privado na saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.
3. Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde - NISIS. Quantos Brasis? Equidade para Alocação de Recursos do SUS [CD-ROM]. Instituto de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2002.
4. Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento/ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Fundação João Pinheiro/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil [CD-ROM]. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 1998.
5. Samaja J. La Combinación de métodos: pasos para una comprensión dialéctica del trabajo interdisciplinario. Educación Médica y Salud 1992; 26 (1): 4-34.