

## **HOSPITAIS FILANTRÓPICOS E SUA RELAÇÃO COM O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: DEPENDÊNCIA E LIMITES PARA A EXPANSÃO DA REDE PÚBLICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

*PINHEIRO FILHO, Francisco Percival<sup>1</sup>*

**Eixo Temático:** Política Pública de Saúde.

### **RESUMO**

O objetivo deste artigo é caracterizar a dependência dos gestores do SUS em relação aos hospitais filantrópicos e as implicações dessa dependência sobre a expansão dos serviços públicos de saúde. Foi efetuada revisão integrativa norteada pela seguinte questão: “qual o conhecimento existente na literatura nacional sobre os hospitais filantrópicos e sua relação com o SUS como prestadores de serviços complementares de saúde?”. A análise dos textos aponta que a fragilidade econômica e gerencial dos hospitais filantrópicos ameaça sua sobrevivência e, potencialmente, ao SUS, dado que estes hospitais são prestadores únicos de serviços ao SUS ou prestadores de serviços especializados. Aponta, também, algumas alternativas para a solução dessa fragilidade econômica e gerencial. Da análise dos textos, duas questões importantes emergem com mais força: a preponderância dos recursos públicos no financiamento dos hospitais filantrópicos e a possibilidade de ocorrência de subsídios cruzados quando o hospital filantrópico possui duas portas de entrada.

**Palavras-Chave:** hospitais filantrópicos, gestão em saúde, Sistema Único de Saúde.

### **1 INTRODUÇÃO**

A relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro é uma relação marcada pela tensão.

---

<sup>1</sup> Bacharel em Ciências Econômicas (FCL/UNESP), Mestre em Modelagem de Sistemas Complexos (EACH/USP). Graduando em Direito (UNIARA). Agente da Fiscalização do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. E-mail: fpinheiro@tce.sp.gov.br.

A literatura acerca do tema localiza esta tensão nas relações contraditórias entre a ação governamental que visa à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a ação que, via regulação de mercado, busca garantir a manutenção e expansão do sistema de saúde suplementar privado (BAHIA, 2005, 2011; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; MENICUCCI, 2007, 2011; OCKÉ-REIS, 2011).

Neste sentido, o das contradições presentes na ação governamental, notadamente da União, o sistema de saúde brasileiro é caracterizado por uma dicotomia aparentemente insuperável. De um lado, temos um sistema de saúde pautado pela universalidade, pela integralidade e pela equidade. De outro, um sistema diferenciado por preço. De um lado, um sistema que tem entre suas constantes preocupações a garantia de acesso. De outro, um sistema cujo resultado é a seleção adversa. De um lado, um sistema de saúde que, nos últimos vinte e cinco anos, busca a superação do sistema anterior: meritocrático, fundamentado no trabalho formal e materializado no seguro social. De outro, um sistema que investe na mercantilização da saúde mediante o aprofundamento da financeirização do sistema.

O rol de pares dicotômicos poderia se estender indefinidamente, mas esse não é nosso objetivo. A ideia fundamental é destacar a existência dessa dicotomia e mostrar que sua origem remonta ao surgimento da tensão na relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. É a partir da ação do Estado, que incentivou a constituição de instituições privadas de saúde em detrimento do desenvolvimento de serviços públicos de saúde, que se estabelece a tensa relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro.

A dicotomia aparentemente insuperável entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro, decorrente de ação deliberada do Estado, impõe dificuldades de duas ordens ao sistema de saúde brasileiro: dificuldades para a consolidação do SUS e problemas com a regulação do sistema de saúde suplementar privado. As dificuldades para a consolidação do SUS dizem respeito à universalização dos serviços de saúde no contexto da equidade e da integralidade, à transição demográfica, à transição epidemiológica, à incorporação de novas tecnologias, a problemas no financiamento do sistema por parte do governo e à percepção de diferenças na qualidade dos cuidados de saúde prestados no setor público e privado. Por sua vez, os problemas com a regulação do sistema de saúde suplementar privado decorrem do crescimento da parcela da população que busca a cobertura de seguros de saúde e planos de

saúde privados e de dificuldades com a sustentabilidade financeira e com as condições para a prestação de assistência à saúde por parte tanto de seguros quanto de planos de saúde privados.

A Constituição de 1988 estabeleceu que o sistema público de saúde tenha como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade e se estruture segundo três diretrizes operacionais: descentralização, regionalização e hierarquização.

Garantiu, também, as condições para a consolidação do sistema de saúde privado no país ao ratificar que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS.

De fato, o texto constitucional garantiu a manutenção de dois sistemas de saúde no Brasil – o público e o privado – com a possibilidade de estabelecimento das mesmas coberturas assistenciais. Isto significa que, na prática, o sistema de saúde suplementar privado pode ser o principal sistema de saúde a atender um indivíduo específico, uma vez que, podendo assumir o custo da atenção privada à saúde, este indivíduo poderá prescindir da utilização do sistema público de saúde e o sistema privado de saúde deixa, nesta situação, de possuir um caráter suplementar.

Mais do que garantir as condições necessárias para a expansão do sistema de saúde suplementar privado, a Constituição de 1988 franqueou aos provedores privados de saúde o acesso ao fundo público que financia o SUS.

Possibilitou, dessa forma, ainda que indiretamente, a dependência dos gestores do SUS em relação aos provedores privados de saúde que, desde a década de 1960, vinham expandindo sua capacidade para a prestação de serviços especializados de atenção à saúde, notadamente os serviços hospitalares de média e alta complexidades, em resposta à demanda do Estado.

A consequência imediata é que a proposta de fortalecimento e expansão do setor público defendida pelos que advogavam a estatização do sistema de saúde durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde ficou mais distante.

No médio e longo prazo, a dependência dos gestores do SUS em relação aos provedores privados de saúde se potencializa dado que a facilidade de contratação, proporcionada pelo acesso ao fundo público que financia o SUS, de serviços especializados de atenção à saúde prestados por esses provedores tende a inibir a expansão da rede pública de serviços de saúde.

Esses elementos sugerem que a Constituição de 1988, ao franquear aos provedores privados de saúde o acesso ao fundo público que financia o SUS, ainda que com uma

preferência às instituições filantrópicas ou sem fins lucrativos, impôs dificuldades à sua consolidação.

Neste sentido, aprofundou a tensão presente na relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro desde a década de 1960, quando o Estado optou pela compra de serviços de saúde privados e garantiu às instituições privadas de saúde as condições necessárias para o seu desenvolvimento (MENICUCCI, 2007).

## **2 OBJETIVO**

Tendo em vista que a relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro é marcada por uma tensão; que a Constituição de 1988 garantiu a manutenção de dois sistemas de saúde no Brasil com a possibilidade de estabelecimento das mesmas coberturas assistenciais; que os provedores privados de saúde têm acesso ao fundo público que financia o SUS na medida em que a ele podem prestar serviços de saúde de forma complementar; e que os hospitais privados, notadamente os de cunho filantrópico, assumem papel fundamental no fornecimento de serviços especializados de atenção à saúde ao SUS, o objetivo deste artigo é caracterizar a dependência dos gestores do SUS em relação aos hospitais filantrópicos e as implicações dessa dependência sobre a expansão dos serviços públicos de saúde.

## **3 MATERIAIS E MÉTODO**

A fim de mapearmos o conhecimento existente sobre os hospitais filantrópicos e sua relação com o SUS utilizaremos a revisão integrativa de literatura.

Apesar de ser um método de pesquisa tradicionalmente associado à Prática Baseada em Evidências (PBE) para a incorporação de evidências de qualidade na prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2012), já há propostas para a utilização da revisão integrativa em pesquisas na área das ciências sociais aplicadas tendo em vista que possibilita, por um lado, a sistematização do conhecimento e a exploração de possíveis oportunidades de pesquisa e, por outro, a avaliação pelos pares dos procedimentos utilização na elaboração da revisão (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Tendo em vista que o objetivo deste artigo é caracterizar a dependência dos gestores do SUS em relação aos hospitais filantrópicos e as implicações dessa dependência sobre a

expansão dos serviços públicos de saúde, a questão de pesquisa que nos norteia é: “qual o conhecimento existente na literatura nacional sobre os hospitais filantrópicos e sua relação com o SUS como prestadores de serviços complementares de saúde?”.

O levantamento da literatura foi realizado em duas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE).

Foram incluídos textos em português, publicados a partir de 1993, cujo tema tratasse de questões relativas aos hospitais filantrópicos e sua relação com o SUS como prestadores de serviços complementares de saúde. Foram excluídos os textos focados em recursos humanos, serviços ou ações de saúde específicos, hospital determinado e suas particularidades. A inclusão de textos publicados a partir de 1993 tem por justificativa a recomendação que o Conselho Nacional de Saúde fez ao Ministério da Saúde no sentido de que este editasse norma disposta sobre as cláusulas mínimas necessárias nos ajustes firmados com provedores privados (BRASIL, 1993).

A busca da bibliografia foi efetuada por meio de descritores controlados do vocabulário estruturado DeCS - Descritores em Ciências da Saúde criado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), centro especializado da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

Os descritores controlados utilizados na pesquisa foram obtidos a partir de consulta à lista dos descritores em português do DeCS mediante a utilização de descritores não controlados.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Na Tabela 1 são apresentadas as oito publicações que atendem aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos: a) textos cujo tema tratasse de questões relativas aos hospitais filantrópicos e sua relação com o SUS como prestadores de serviços complementares de saúde; b) textos em português; c) textos publicados a partir de 1993.

**Tabela 1 – Referências bibliográficas selecionadas para análise**

Título	Autor(es)	Ano	Periódico / Editor	Local	Base de Dados
Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil	Margareth Crisóstomo Portela; Sheyla Maria Lemos Lima; Miguel Murat Vasconcellos; Pedro Ribeiro Barbosa; Maria Alice Dominguez Ugá; Sílvia Victoria Gershman de Leis	2000	Revista de Administração Pública	Rio de Janeiro	LILACS
Hospitais filantrópicos no Brasil (v.1; v.2; v.3)	Pedro Ribeiro Barbosa; Margareth Crisóstomo Portela; Maria Alice Dominguez Ugá; Miguel Murat Vasconcellos; Sílvia Victoria Gershman de Leis; Sheyla Maria Lemos Lima	2002	BNDES	Rio de Janeiro	LILACS
Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil	Margareth Crisóstomo Portela; Sheyla Maria Lemos Lima; Pedro Ribeiro Barbosa; Miguel Murat Vasconcellos; Maria Alice Dominguez Ugá; Sílvia Victoria Gershman de Leis	2004	Revista de Saúde Pública	São Paulo	LILACS/MEDLINE
Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil	Sheyla Maria Lemos Lima; Pedro Ribeiro Barbosa; Margareth Crisóstomo Portela; Maria Alice Dominguez Ugá; Miguel Murat Vasconcellos; Sílvia Victoria Gershman de Leis	2004	Cadernos de Saúde Pública	Rio de Janeiro	LILACS/MEDLINE
Os hospitais filantrópicos do século XXI e o SUS	Luiz Roberto Barradas Barata; José Dinio Vaz Mendes	[2005?]	Secretaria da Saúde	São Paulo	LILACS
Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil	Sheyla Maria Lemos Lima; Margareth Crisóstomo Portela; Maria Alice Dominguez Ugá; Pedro Ribeiro Barbosa; Sílvia Victoria Gershman de Leis; Miguel Murat Vasconcellos	2007	Revista de Saúde Pública	São Paulo	LILACS/MEDLINE
Uma análise das operadoras de planos próprios de saúde dos hospitais filantrópicos no Brasil	Maria Alice Dominguez Ugá; Sheyla Maria Lemos Lima; Margareth Crisóstomo Portela; Miguel Murat Vasconcellos; Pedro Ribeiro Barbosa; Sílvia Victoria Gershman de Leis	2008	Cadernos de Saúde Pública	Rio de Janeiro	LILACS/MEDLINE
A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2012: uma análise do processo de implantação da contratualização	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar	2012	Ministério da Saúde	Brasília	LILACS

Os estudos relativos aos hospitais filantrópicos e sua relação com o SUS abordados neste texto revelam a lacuna existente na literatura que trata do tema. Em relação a esta questão, desde logo, três observações são necessárias: o número reduzido de publicações encontrado, a concentração das publicações na primeira metade da década de 2000 e a característica majoritariamente descritiva dos trabalhos analisados.

O número reduzido de publicações encontrado contrasta com o reconhecimento da importância do setor filantrópico hospitalar para o SUS presente em todos os textos analisados. Conforme podemos constatar, junto a este reconhecimento seguem outros dois: a escassez de informações sobre o setor e a necessidade de se conhecer o setor para o estabelecimento de políticas públicas adequadas (LIMA et al., 2004, 2007; PORTELA, 2000; PORTELA et al., 2004; UGÁ et al., 2008). De qualquer forma, estas três constatações não foram capazes de induzir a produção de estudos sobre o setor.

A concentração das publicações na primeira metade da década de 2000 reflete o esforço empreendido para a superação da escassez de informações e, mediante o levantamento de informação adequada, orientar o estabelecimento de políticas públicas de saúde. A realização de dois estudos sobre hospitais filantrópicos no Brasil, em um período reduzido de tempo, dos quais 6 das 8 publicações decorrem – Estudo sobre os Hospitais Filantrópicos no Brasil, entre 2000 e 2002, financiado pelo BNDES, e Dimensionamento dos Planos de Saúde Comercializados Por Hospitais Filantrópicos, entre 2003 e 2004, por solicitação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – indicam o tamanho desse esforço.

No entanto, esse esforço para a produção de conhecimento sobre o setor, empreendido no início dos anos 2000, não foi capaz de garantir sua continuidade. A ausência de estudos posteriores que avancem em direção às questões apontadas nos textos aqui analisados é uma indicação do comprometimento que a descontinuidade de determinadas pesquisas impõe ao estabelecimento de políticas públicas.

A característica majoritariamente descritiva dos trabalhos analisados indica o insipiente conhecimento acumulado sobre o setor ou a indisponibilidade de informações sobre o mesmo, reforçando a necessidade da realização de pesquisas sobre o tema.

Todos os textos abordados parecem concordar que a fragilidade econômica e gerencial dos hospitais filantrópicos ameaça sua sobrevivência e, por conseguinte, é uma ameaça potencial ao SUS na medida em que estes hospitais são prestadores de serviços especializados ao SUS ou, em muitos dos pequenos municípios do interior, são prestadores únicos de serviço ao SUS.

Algumas alternativas para a solução dessa fragilidade econômica e gerencial, ainda que com diversas nuances, são comuns a vários dos estudos analisados: a) melhorar a compreensão da diversidade do setor, adotando-se ações e tratamentos diversos em função dessa realidade; b) necessidade de se qualificar as estruturas e os instrumentos gerenciais dos hospitais filantrópicos c) melhorar a avaliação econômica dos hospitais filantrópicos a fim de garantir sua sustentabilidade; d) superar a dependência de recursos do SUS por meio da substituição da forma de remuneração de serviços baseada na produção e da prestação de serviços para outros compradores, notadamente os planos de saúde próprios.

Melhorar a compreensão da diversidade do setor a fim de se adotar ações e tratamentos diversos em função dessa realidade parece ser um objetivo óbvio tanto para os gestores do SUS quanto para os reguladores do sistema suplementar de saúde da ANS.

No entanto, esta obviedade não tem sido capaz de garantir a produção de conhecimento necessária sobre o setor filantrópico hospitalar que permita a compreensão de sua diversidade e possibilite a adoção de ações e tratamentos adequados à diversidade verificada.

A dificuldade para a produção de conhecimento sobre o setor filantrópico hospitalar não deve ser imputada apenas aos gestores do SUS ou aos reguladores da ANS. Parte dessa dificuldade advém da posição um tanto quanto reservada dos dirigentes dessas entidades que impõem barreiras à divulgação das informações necessárias para o desenvolvimento de estudos

setoriais. Parte pode ser atribuída à falta de padronização dos dados divulgados, o que dificulta a comparabilidade e a análise desses dados. Parte decorre da não produção das informações necessárias.

Qualificar as estruturas e os instrumentos gerenciais dos hospitais filantrópicos também parece ser uma obviedade quando estamos tratando de entidades que prestam serviços de saúde.

A dificuldade em relação a este ponto também apresenta diversas facetas. Uma delas diz respeito à qualidade da informação disponível para sustentar a qualificação das estruturas e dos instrumentos gerenciais, o que nos remete à discussão feita no tópico anterior. Uma segunda faceta diz respeito à qualidade e à rotatividade da força de trabalho, na medida em que a qualificação das estruturas e dos instrumentos gerenciais requer a elevação da primeira e a diminuição da segunda. Uma terceira decorre da indisponibilidade de recursos financeiros para fazer frente à qualificação das estruturas e dos instrumentos gerenciais.

Melhorar a avaliação econômica dos hospitais filantrópicos a fim garantir sua sustentabilidade e superar a dependência de recursos do SUS por meio da substituição da forma de remuneração de serviços baseada na produção e prestação de serviços para outros compradores, notadamente os planos de saúde próprios, são questões que se articulam e as possíveis soluções decorrem da forma como vemos a relação entre os hospitais filantrópicos e o SUS.

Duas ideias presentes nos textos analisados nos levam a refletir sobre a natureza e as consequências dessa relação, seja para os hospitais filantrópicos, seja para o SUS.

A primeira ideia diz que os hospitais filantrópicos são um patrimônio público que precisa ser preservado e que foram reconhecidos como parceiros fundamentais do SUS pela Constituição de 1988 (BARRADAS; MENDES, [2005?]).

Ora, não restam dúvidas que os hospitais filantrópicos são um patrimônio social importante, construído e constituído ao longo de anos pelas comunidades nas quais estão inseridos, representando, neste sentido, a trajetória mesma dessas comunidades.

Não nos deve causar dúvidas, também, que a existência dos hospitais filantrópicos é importante para o SUS, seja por serem prestadores de serviços especializados ao SUS, seja por serem prestadores únicos de serviço ao SUS nos pequenos municípios do interior.

Agora, assumir que os hospitais filantrópicos são um patrimônio público e como tal precisam ser preservados é atribuir-lhes uma natureza que não possuem. Ao tratarem da



necessidade de modernização gerencial dos hospitais filantrópicos, Barradas e Mendes ([2005?], p. 8-9) reconhecem que os hospitais filantrópicos não possuem esta natureza pública, afirmam que “[...] não é mais possível permitir que segmentos de um hospital sejam administrados por médicos ou grupo de profissionais com objetivos distintos da instituição, [...]” e propõem mudanças na sua forma de gestão com o objetivo de superar o “[...] modelo da tradicional mesa provedora da Santa Casa eleita por seus pares [...]”.

Não há sentido, portanto, em se falar que os hospitais filantrópicos são um patrimônio público a ser preservado quando, na verdade, são um espaço para a ação com objetivos privados de seus dirigentes ou de grupos de profissionais que em tese lhes prestam serviços. Como indicam os autores, atualmente, os hospitais filantrópicos são mantidos com financiamento público do SUS e não apenas subsidiados pelo Estado como historicamente o foram em função “[...] da oferta de serviços de natureza social com propósitos beneficentes aos seus usuários [...]” (PORTELA et al., 2000, p. 80). O que ocorreu ao longo do tempo é que “[...] os propósitos beneficentes diferenciaram-se, e distorções em relação à função social original de tais entidades foram geradas [...]” (PORTELA et al., 2000, p. 80).

Transformados em seus propósitos e em relação a sua função social original, a natureza pública dos hospitais filantrópicos somente pode ser apreendida a partir da natureza de seu financiamento eminentemente público.

A Constituição de 1988 permitiu que as instituições privadas, com preferência das entidades filantrópicas e das sem fins lucrativos, participem de forma complementar do SUS. Não há que se falar, portanto, que os hospitais filantrópicos foram reconhecidos como parceiros fundamentais do SUS pela Constituição de 1988. Há que se reconhecer que a Constituição de 1988 franqueou aos provedores privados de saúde, com preferência das entidades filantrópicas e das sem fins lucrativos, o acesso ao fundo público que financia o SUS, possibilitou o estabelecimento da dependência dos gestores do SUS em relação aos provedores privados de saúde que já possuíam capacidade instalada para a prestação de serviços especializados de atenção à saúde e transformou definitivamente os propósitos e a função social original dos hospitais filantrópicos que passaram a contar com financiamento eminentemente público.

A segunda ideia sustenta que a operação de planos próprios de saúde é uma possibilidade de sustentação financeira dos hospitais filantrópicos, tendo em vista que a receita decorrente deve ser inferior apenas à advinda do SUS. Tais planos de saúde apresentam preços menores

que o das demais operadoras, constituindo-se, portanto, em alternativa para a parcela da população que não pode arcar com planos de saúde a preços médios de mercado (LIMA et al., 2007; UGÁ et al., 2008).

Ocorre que os preços menores decorrem dos benefícios fiscais usufruídos pelos hospitais filantrópicos e da amortização de investimentos por meio de recursos oriundos do SUS. Dito de outra forma, os preços menores decorrem de subsídios governamentais oriundos de isenções fiscais em função de um caráter filantrópico que não mais se verifica dado que o financiamento dos hospitais filantrópicos é eminentemente público, atuando o SUS como terceiro pagador, não havendo mais, seja em função da determinação constitucional que a saúde é direito de todos e dever do Estado, seja em função da dificuldade desses hospitais auferirem renda de origem privada, “[...] a oferta de serviços de natureza social com propósitos beneficentes a seus usuários” (PORTELA et al., 2000, p. 80). Os menores preços decorrem, também, de subsídio cruzado em favor dos titulares de planos de saúde e em detrimento dos usuários do SUS, oriundo de investimentos financiados com recursos do fundo público que financia o SUS.

Aceitas as discussões relativas às duas ideias apresentadas, outras duas ganham força: a) o financiamento eminentemente público dos hospitais filantrópicos é o que os torna hospitais públicos de fato; b) em alguma medida, os recursos do fundo público que sustenta o SUS estão financiando planos privados de saúde, isto é, o financiamento público que deveria levar a benefícios públicos, está sendo destinado a ações que proporcionam benefícios privados.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise dos estudos relativos aos hospitais filantrópicos e sua relação com o SUS demonstra claramente uma lacuna na literatura que trata do tema em função do reduzido número de publicações, da concentração dessas publicações em um determinado período de tempo e do caráter majoritariamente descritivo dessas publicações.

Indicam, também, a necessidade de se retomar e aprofundar os estudos sobre o tema tendo em vista a importância que os hospitais filantrópicos têm para o sistema de saúde brasileiro e, em particular, para o SUS, seja em função de sua capilaridade, seja em função do

número de hospitais, seja em função do volume de atendimentos, seja porque em muitos lugares são os únicos prestadores de serviços de saúde.

Neste sentido, conhecer o setor filantrópico hospitalar é de fundamental importância para a formulação de políticas públicas de saúde.

Da análise dos estudos efetuada, duas questões emergem com mais força: a preponderância dos recursos públicos no financiamento dos hospitais filantrópicos e a possibilidade de ocorrência de subsídios cruzados quando o hospital filantrópico possui duas portas de entrada: a destinada aos usuários do SUS e a destinada aos usuários de planos de saúde privados e a atendimentos particulares.

A preponderância dos recursos públicos no financiamento dos hospitais filantrópicos transformou definitivamente os propósitos e a função social original dessas entidades, levando-as a se tornarem públicas de fato. Estudar essa alteração na natureza dos hospitais públicos e suas implicações, tanto para a estrutura de gestão dessas entidades quanto para a relação que mantêm com o SUS, tendo em vista a natureza pública que assumem, é importante para a formulação de políticas públicas de saúde, para a consolidação do SUS e para o desenvolvimento dessas entidades.

A possibilidade de ocorrência de subsídios cruzados quando o hospital filantrópico possui duas portas de entrada é importante questão de pesquisa dado o comprometimento do fundo público que financia o SUS com ações que têm redundado em benefícios privados e a necessidade de expandir a capacidade de atendimento do sistema que, sob a ocorrência de subsídio cruzado em favor dos titulares de planos privados de saúde, sofre restrições de duas ordens: redução dos recursos disponíveis e seleção de acesso via planos privados de saúde.

De qualquer forma, a retomada e o aprofundamento dos estudos sobre os hospitais filantrópicos e sua relação com o SUS podem melhorar nossa compreensão sobre o tema e contribuir para que o financiamento público da saúde gere benefícios públicos quando atua no sentido de garantir um sistema de saúde fundado na universalidade, na equidade e na integralidade.

#### 4 REFERÊNCIAS

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. p. 407-449.

\_\_\_\_\_. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 115-128.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V. **Os hospitais filantrópicos do século XXI e o SUS**. [São Paulo]: Secretaria da Saúde, [2005?].

BARBOSA, P. R. (coord.). **Hospitais filantrópicos no Brasil**. Rio de Janeiro: BNDES, 2002. (BNDES Social, 5).

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, maio-ago. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 71, de 2 de setembro de 1993. Aprovar o relatório apresentado ao Plenário e as respectivas mudanças na versão original submetida ao Conselho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 out. 1993. Seção 1, p. 15790.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. p. 59-81.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. p. 27-58.

LIMA, S. M. L. et al. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1249-1261, set.-out. 2004.

\_\_\_\_\_. Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 116-123, fev. 2007.

MENDES, K. D. S.; SILVERIA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out-dez. 2008.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processo e trajetória.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2007.

\_\_\_\_\_. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 180-197.

OCKÉ-REIS, C. O. SUS: o desafio de ser único. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 101-114.

PORTELA, M. C. et al. Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 79-98, mar.-abr. 2000.

\_\_\_\_\_. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 811-818, dez. 2004.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan-mar. 2012.

UGÁ, M. A. D. et al. Uma análise das operadoras de planos próprios de saúde dos hospitais filantrópicos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 157-168, jan. 2008.