

A territorialidade da Atenção Básica à Saúde do SUS: a difusão das clínicas médicas populares na Região Metropolitana de Belém, Pará, Brasil

The territorial nature of the Primary Health Care of Brazil's Unified Health System (SUS): the proliferation of community medical clinics in the Metropolitan Region of Belém, State of Pará, Brazil

Claudiana Viana Godoy (<https://orcid.org/0000-0002-5346-2327>)¹
Gilberto de Miranda Rocha (<https://orcid.org/0000-0001-5434-9708>)²

Abstract *The scope of this article is an analysis of the proliferation of community medical clinics in the municipalities that comprise the Metropolitan Region of Belem. An investigation was conducted into the performance of the primary health care network of Brazil's Unified Health System, with a view to getting a better understanding of the reasons for, and origins of, the proactive stance of the community health sector. The discussion is based on the review of primary and secondary data, obtained via fieldwork in 119 community clinics in the Metropolitan Region of Belem, and information from Brazil's Unified Health System data center. It was revealed that the community health clinic sector has benefited extensively in recent years from the intensification of underfunding of Brazil's Unified Health System, especially the primary health care network, which is undergoing a process of fragmentation. This is directly responsible for the reduction and disruption of multiprofessional primary health care teams, in addition to the losses suffered in the supplementary health sector. The community clinics adopt an spontaneous and contradictory care model created by the private sector to meet the repressed demand of Brazil's Unified Health System*

Key words *Community medical clinics, Metropolitan Region of Belem, Territoriality of primary health care, Community health*

Resumo *O artigo apresenta uma análise sobre a difusão das clínicas médicas populares nos municípios que compõem a Região Metropolitana de Belém (RMB). Com o propósito de compreender as razões e as origens do avanço do setor de saúde popular, promoveu-se uma investigação sobre a atuação da rede de atenção básica à saúde (ABS) do Sistema Único de Saúde (SUS). A discussão se fundamenta na revisão de dados primários e secundários, captados via trabalho de campo nas 119 clínicas populares da RMB e via informações do DATASUS. Constatou-se que o setor das clínicas de saúde popular foi beneficiado amplamente nos últimos anos, mediante a intensificação do subfinanciamento do SUS, em particular da rede de ABS, que passa por um processo de fragmentação, responsáveis pela redução e pela desarticulação das equipes multiprofissionais de ABS, além das perdas apresentadas no setor de saúde suplementar. As clínicas populares seguem um modelo assistencial inacabado e contraditório, criado pela própria iniciativa privada para o preenchimento da demanda reprimida do SUS em razão de o acesso a essas instituições não garantir uma assistência universal e gratuita ou assegurar um tratamento contínuo, motivo pelo qual uma ampla parcela destes usuários é devolvida ao SUS.*

Palavras-chave *Clínicas médicas populares, Região Metropolitana de Belém, Territorialidade da atenção básica, Saúde popular*

¹ Universidade Federal do Pará. Campus Universitário do Guamá 1, Guamá. 66075-110 Belém PA Brasil. claudianagodoyufc@gmail.com

² Núcleo de Meio Ambiente, Universidade Federal do Pará. Belém PA Brasil.

Introdução

Este artigo aborda a difusão das clínicas médicas populares nos municípios da Região Metropolitana de Belém (RMB), que têm experimentado um relevante crescimento no setor de saúde privada nos últimos 20 anos, buscando uma compreensão desse fenômeno por meio da investigação da rede de atenção básica à saúde (ABS) do Sistema Único de Saúde (SUS), em um cenário de desarticulação proposto nas atualizações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estimulado pela política de redução dos investimentos direcionados à saúde pública, bem como pela diminuição do mercado de saúde suplementar no país, e incitado pelas crises econômica, política e sanitária, eventos que parecem ter beneficiado os processos de propagação e de permanência dessas empresas.

A pesquisa foi realizada por meio da revisão teórica de leis, decretos e normatizações do SUS, incluindo documentos, como: a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)¹, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2019; a PNAB, de 2012² e 2017³; e as portarias n° 2.539/2019⁴ e n° 397/2020⁵, responsáveis pelas recentes atualizações das políticas de saúde.

A pesquisa sobre a expansão territorial das clínicas populares foi elaborada com dados fornecidos pelo sistema DATASUS-CNES⁶, atualizados com o auxílio do Google Maps, e a checagem dessas informações se deu por trabalhos remotos e por subseqüentes saídas de campo, com a aplicação de questionários semiestruturados a funcionários e a gestores das instituições aqui enfocadas, constituídos de indagações sobre a classificação econômica dos estabelecimentos. Os questionários foram aplicados presencialmente nas 64 clínicas situadas em Belém e de forma virtual nas 55 clínicas localizadas nos demais municípios da RMB.

Nesse caminho, a primeira sessão do artigo abordou o cenário da saúde pública na RMB, com base em informações sobre a concentração e a fragmentação da rede de ABS, constituída pelas Unidade Básica de Saúde (UBS) e pela Estratégia Saúde da Família (ESF). A presença das clínicas médicas populares foi contextualizada mediante a amplificação e a consolidação nas duas últimas décadas, eventos discutidos na segunda parte do artigo, que se embasa em levantamentos de dados sobre o setor, que atua em um nicho de mercado encarregado do atendimento às demandas reprimidas do SUS, principalmente do coletivo assistido precariamente nos níveis de baixa e média complexidades do sistema público de saúde.

A territorialidade precária da atenção primária e o desenvolvimento da saúde privada popular

Para uma melhor compreensão da rede de AB, é necessário observar que o SUS é um sistema de saúde público, apoiado em um planejamento territorial descentralizado e fundamentado em princípios de acesso à saúde de forma universal, igualitária e gratuita em todo o território nacional, em que os serviços de alta e de média complexidades se concentram em áreas mais adensadas, enquanto a atenção primária está presente em toda a extensão do país, visto que o acesso à saúde especializada tem a atenção básica como porta de entrada³.

Desde a criação do SUS e a implementação da PNAB², em 2012, havia a utilização das expressões atenção primária à saúde (APS) e atenção básica à saúde (ABS) – ambas empregadas nesta pesquisa –, que foram consideradas equivalentes após a publicação da Portaria n° 397/2020⁵, que atualizou a PNAB, sendo conceituadas da seguinte forma: conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e de gestão qualificada, realizadas com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária³.

No cenário da saúde pública, a atenção básica está presente em todos os municípios da RMB, e o CNES^{7,8} apontou registros significativos sobre a disposição de serviços de atenção primária e de alta complexidade, que, diferentemente da ABS, não são disponibilizados em todos os municípios metropolitanos, a exemplo da cidade de Belém, que apresenta a maior concentração de serviços de saúde do estado, com 42 hospitais em funcionamento, sendo 24 privados e 18 públicos, enquanto os demais municípios metropolitanos contam com 18 hospitais, sendo 12 privados e seis públicos. De acordo com os mesmos registros, a segunda maior concentração se encontra no município de Ananindeua (dez), seguido de Castanhal (cinco), Marituba (dois) e Santa Isabel do Pará (um). Na contramão, os municípios de Benevides e Santa Bárbara do Pará não dispõem de estabelecimentos hospitalares. Quanto à atenção primária, foram contabilizadas, até julho de 2022, 209 UBS, com 78 delas localizadas na capital do estado, 52 em Ananindeua, 33 em Castanhal, 15 em Marituba e em Santa Isabel do

Pará, 11 em Benevides e cinco em Santa Bárbara do Pará. A localização dos hospitais e das UBS está representada no mapa da Figura 1.

A concentração de serviços hospitalares e de UBS é superior nas áreas de maior adensamento urbano da RMB, situação que pode ser mais bem compreendida no estudo de Faria (2020)⁹, que relaciona a aglomeração de serviços de saúde à localização de melhores recursos, os quais “obedecem aos princípios fundamentais da resolatividade e da economia de escala, sendo tanto mais concentrados quanto mais especializados”. Em concordância com esse princípio de posicionamento dos bens sociais de saúde, verifica-se, na representação da Figura 1, que as áreas de grandes concentrações urbanas centralizam os maiores volumes de serviços de alta complexidade e de atenção primária, principalmente a capital do Pará, que conta com um maior número de hospitais, sediando 70% dos 60 estabelecimentos de saúde da RMB⁸. A aglutinação dos serviços especializados de saúde também se reflete nos serviços de atenção primária, pois mais de 63% das UBS da RMB estão concentradas nas cida-

des de Belém e de Ananindeua⁸, ao passo que a presença de hospitais e de UBS é mais rarefeita nos municípios de Marituba, de Benevides, Santa Bárbara do Pará e Santa Isabel do Pará, ainda que Castanhal, embora seja o município mais distante entre os que constituem a RMB, tenha a terceira maior concentração hospitalar e de serviços de atenção primária de toda a região (Figura 1).

Para melhor apreender a atuação territorial dos serviços públicos de atenção básica e o espriamento das clínicas médicas privadas na RMB, foi relevante abordar o funcionamento territorial do projeto social da ESF do SUS, pois, de acordo com a PNAB-2012², a rede de ABS era constituída pela junção das UBS às unidades de ESF — formada, pelo conjunto de profissionais que compõe as equipes de Saúde da Família (eSF), com atuação em territórios adscritos à APS, ou seja, o limite de abrangência das UBS se dá nos locais de residência das populações assistidas por essas unidades de saúde. As UBS são consideradas as portas de entrada do SUS para o atendimento inicial dessa população; nesse sentido, foi constatado, a partir dos registros do CNES⁸, que

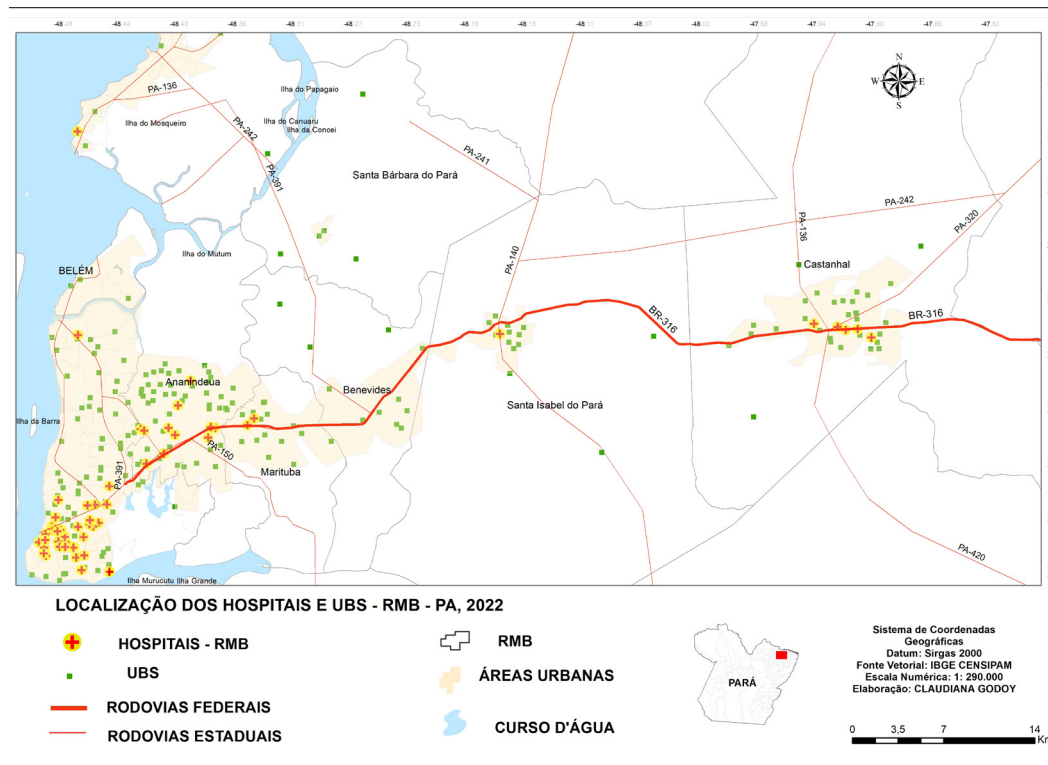


Figura 1. Mapa de localização dos hospitais e das UBS nos municípios da RMB, em 2022.

Fonte: Autores, com dados de IBGE (2010) e DATASUS-CNES (2022).

os municípios da RMB dispuseram, até março de 2020, de um total de 329 eSF, com o maior número de equipes alocado no município de Ananindeua (116), seguido de Belém (94), Castanhal (49), Benevides (24), Marituba (22), Santa Isabel do Pará (18) e Santa Barbará do Pará (seis).

Embora os registros do CNES recomendem a essencialidade da atuação das ESF junto às UBS, esse cenário vem passando por alterações após a atualização da PNAB-2012², em 2017, e o estabelecimento da Portaria nº 2.539/2019⁴, que trouxe mudanças significativas à gestão e ao financiamento da atenção primária, ocasionando reduções e desarticulações nas equipes multiprofissionais de atenção primária, em razão das indicações de exclusão ou dispensabilidade de alguns profissionais essenciais às ESF, além da não exigência do preenchimento dos dados das eSF junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, que teve sua última atualização em março de 2020, no início da situação pandêmica no país. A PNAB de 2012² recomendava a composição mínima das eSF em equipes multiprofissionais, compostas por: médicos e enfermeiros, ambos generalistas ou especialistas em saúde da família e/ou da comunidade; auxiliares ou técnicos em enfermagem; e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo-se acrescentar a esta composição profissionais de saúde bucal (cirurgiões-dentistas generalistas ou especialistas em saúde da família e auxiliares e/ou técnicos em saúde bucal). Porém a atualização da PNAB em 2017³ reduziu as equipes para: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, dispensando agentes comunitários de saúde e endemias e profissionais de saúde bucal, e a última revisão da PNAB, feita em 2019⁴, reduziu ainda mais o quadro de profissionais das equipes, constituídas agora apenas por médicos e por enfermeiros, não sendo obrigatória a especialização destes em medicina da família e/ou da comunidade, dispensando a necessidade da presença de uma equipe multiprofissional nas UBS.

A desarticulação e a descontinuidade da atenção básica enquanto rede preferencial e porta de entrada do SUS foi tratada por Faria⁹ como um modelo econômico institucional inviabilizado, em razão de o projeto socioterritorial da ABS – ser a porta de entrada do SUS – não ter se completado. Frise-se que essa não consolidação do tipo territorial da atenção básica não se completou, em consequência do contexto de crise político-institucional responsável pela diminuição da responsabilidade do Estado, motivo pelo qual o autor o considera um processo

de desterritorialização do SUS. Na concepção de Haesbaert¹⁰, o projeto territorial civilizatório da modernidade não possui base territorial definida e, nesse sentido, a “desterritorialização seria da própria natureza e essência da acumulação do capital, sem ligação com uma pátria”, logo o debate sobre a desterritorialização deveria priorizar a leitura crítica da crescente exclusão (ou inclusão precária) promovida pelo capitalismo contemporâneo¹⁰. Tal redução do Estado representa a habitual dispensabilidade das políticas territoriais, observada principalmente nas alterações na atenção básica, com as mudanças na PNAB-2012², a partir das portarias publicadas em 2017³ e nos anos posteriores, que resultaram na diminuição e no desaparecimento da ESF, estabelecendo um projeto de ABS inacabado e/ou desterritorializado.

Não se poderia deixar de mencionar as consequências das crises econômica e sanitária vivenciadas no país em decorrência da pandemia do coronavírus, responsável pela queda do número de empregos formais e as consequentes perdas no setor de saúde suplementar. Quanto a isso, o relatório de estudo realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)¹¹ entre março de 2017 e agosto de 2020 destacou que cerca de 4,3 milhões de brasileiros perderam a cobertura dos planos de saúde privados nos últimos seis anos, reduzindo o total de conveniados de 50,5 milhões em 2014 para 46,6 milhões, em 2020. Em dezembro de 2014, o IBGE¹² registrou a mais baixa taxa de desemprego na série histórica do país (4,3% – cerca de 1,17 milhão de pessoas), o que representava mais de 95% da população ocupada¹². Porém, no mesmo período do ano de 2020, menos de um ano após as anotações dos primeiros casos de contaminação pelo novo vírus, foi registrado um total de 14,4 milhões de pessoas desempregadas (ou 14,4% da população economicamente ativa)¹³, o que possivelmente é uma das explicações para a diminuição do número de contratações de planos de saúde no país, visto que a maior parte dos convênios particulares é vinculada a coberturas de funcionários de grupos empresariais¹⁴.

No estado do Pará, a cobertura de planos médico-hospitalares tinha 839 mil beneficiários no segundo semestre de 2022 (10,73% da população do estado)¹⁵; isso significa que, dos 8,7 milhões de paraenses¹⁶, cerca de 7,9 milhões ainda dependiam diretamente do atendimento do SUS¹. O impacto é ainda maior quando observamos o rendimento mensal *per capita* dos paraenses em 2021¹⁶, que era de R\$ 847 (abaixo da média

nacional, de R\$ 1.353), situação que indica uma maior vinculação aos serviços públicos de saúde (IBGE, 2021). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)¹ constatou que 76,2% das pessoas que ficaram internadas por 24 horas ou mais na Região Norte tiveram esse atendimento pelo SUS, e essa circunstância foi ainda mais visível quando se considerou a relação entre rendimento domiciliar e o uso do sistema público de saúde, que é ocupado por 95% das pessoas com renda de até $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo e 89,8% das pessoas que recebem até $\frac{1}{2}$ salário-mínimo, enquanto apenas 6,8% das pessoas com renda domiciliar de mais de cinco salários-mínimos foi internada pelo SUS no país em 2019¹.

Em contrapartida, o mercado se favorece do modelo político-econômico neoliberal de redução de responsabilidades com gastos sociais, que, conseqüentemente, ficam a cargo da iniciativa privada, que se beneficia de brechas ou nichos prósperos e extremamente rentáveis, como o do setor de saúde, hoje e provavelmente pelos próximos 20 anos, se levarmos em consideração a atuação da Proposta de Emenda à Constituição nº 55, de 2016¹⁷ (a PEC do Teto dos Gastos Públicos), responsável pelo congelamento de investimento no setor. Do ponto de vista de Faria⁹, essa emenda constitucional, além de pôr em risco o financiamento do SUS, que mesmo com a vinculação de receitas já era subfinanciado, faz com que este passe por um processo de desmonte.

Na concepção de Santos¹⁸, a maioria da população considera a saúde um bem público, mas que se obtém privadamente: “A verdade é que muitos bens produzidos de forma pública e com o dinheiro público são apropriados privativamente”. Nesse cenário desfavorável à população economicamente menos privilegiada, resta ao setor privado o preenchimento das lacunas deixadas pelo processo de desmonte do SUS, que ainda pode ser beneficiado com linhas de crédito de bancos estatais a juros baixos, a partir do que se entende o surgimento e a expansão dos estabelecimentos de saúde privados nos municípios da RMB – as chamadas clínicas médicas populares –, cujos papéis podem ser discutidos, tendo estes vieses como pontos de partida, assim como a assistência prestada pela rede de atenção básica pública.

A territorialidade das clínicas médicas populares na RMB

As clínicas médicas populares abordadas neste estudo foram assim definidas pelo CFM, de acordo com a Resolução nº 2.170/2017¹⁹: “[...] empre-

sas médicas [...] que realizam consultas médicas, exames ou procedimentos médicos-cirúrgicos de curta permanência institucional, de forma particular ou por convênios privados”¹⁹. Com o desenvolvimento da pesquisa e com a compreensão das particularidades da área de estudo, desenvolvemos a seguinte definição: as clínicas se caracterizaram como estabelecimentos de saúde privados, responsáveis pelo atendimento de consultas médicas especializadas e de outros profissionais de saúde. Essas unidades ofertam sobretudo procedimentos de atenção primária, além de exames de baixa e de média complexidade, destacando-se pela ampla oferta de especialidades de saúde a preços acessíveis, voltadas ao público de menor poder aquisitivo. Embora algumas delas atendam a convênios de saúde, seu foco está na camada da população desassistida pelos convênios e pelos seguros de saúde privados, ou seja, nos usuários advindos do SUS.

A pesquisa constatou a existência de 119 clínicas médicas populares em funcionamento nos municípios da RMB, que estão mais concentradas em Belém, que apresentou 64 dessas empresas, com maior concentração nos seguintes bairros: Marco (oito clínicas); São Brás (sete); Guamá (seis); Sacramento e Icoaraci (cinco); Souza e Mangueirão (quatro); Pedreira, Jurunas, Umarizal, Batista Campos e Parque Verde (três); e Castanheira, Tapanã, Condor, Terra Firme, Maracangalha, Cremação, Reduto, Cidade Velha, Mosqueiro e Bengui (uma unidade em cada). O restante das instituições se situa nos demais municípios metropolitanos, com a segunda maior concentração em Ananindeua, que também apresenta a segunda maior população do estado (cerca de 525 mil habitantes)¹⁶, que dispõe de 31 clínicas populares, distribuídas entre os bairros Cidade Nova (12), Coqueiro (oito), Centro (cinco), Icuí-Guajará (três), Maguari, Paar e Atalaia (uma). A terceira maior disponibilidade de estabelecimentos ocorre no município de Castanhal, com 11 entidades, seguido de Marituba (sete), de Santa Isabel do Pará (quatro) e de Benevides (duas), ao passo que o município de Santa Bárbara do Pará não registra empreendimentos desse tipo (Figura 2).

Embora a Portaria nº 1.646/2015²⁰, que institui o CNES, estabeleça as obrigatoriedades do cadastramento e da manutenção dos dados cadastrais junto ao órgão “para que todo e qualquer estabelecimento de saúde possa funcionar em território nacional”²⁰, mais da metade das clínicas populares dos municípios metropolitanos não apresenta informações naquele cadastro (58

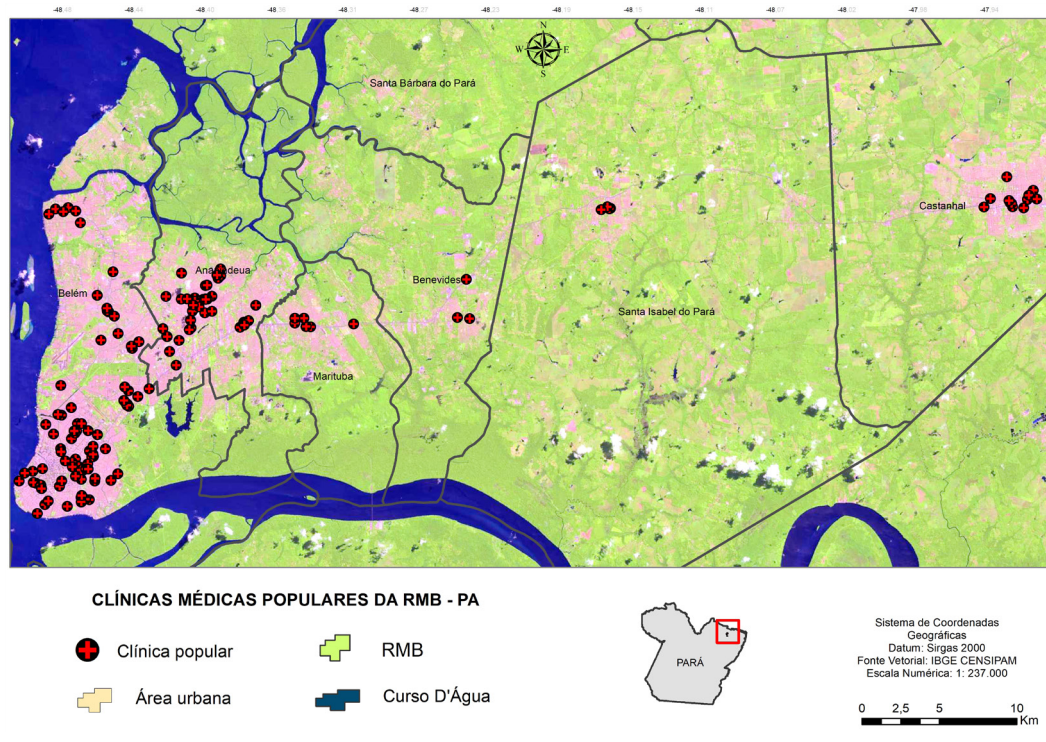


Figura 2. Mapa de localização das clínicas médicas populares da RMB em 2022.

Fonte: Autores, baseados em dados de campo (2022), IBGE (2010) e DATASUS-CNES (2022).

estabelecimentos estão devidamente registrados no CNES, enquanto 61 não têm dados na plataforma responsável pelos estabelecimentos de saúde do país). Nesse sentido, o município de Castanhal tem a maior taxa de registro na plataforma – cerca de 73% das clínicas dessa localidade são cadastradas –, enquanto Ananindeua apresentou a menor taxa de inscrições, com apenas 42% de seus estabelecimentos inseridos no DATASUS¹⁰. Belém e os demais municípios metropolitanos têm, em média, metade de seus estabelecimentos populares de saúde catalogados na plataforma do SUS, como pode ser observado no Gráfico 1.

Torna-se relevante mencionar que, durante as pesquisas de campo, ocorridas entre 2019 e 2022, foram identificadas 96 clínicas médicas populares em Belém. Contudo, esses estabelecimentos passaram por alterações e uma parcela deles foi desativada de forma temporária ou permanente ou mudou de campo de atuação, assumindo funções de clínicas odontológicas, veterinárias, oftalmológicas etc. – caso de oito estabelecimentos. Igualmente, das 96 empresas reconhecidas, 32

findaram suas atividades e, entre as que passaram por alterações, 16 unidades cessaram seu funcionamento e duas suspenderam atendimentos de forma precoce – casos da Clínica Santa Clara, situada no bairro São Braz, em Belém, que iniciou suas atividades no final de 2019 e as encerrou em meados de 2020, no auge da pandemia, e da Consulte Já, encampada no bairro Campina, que nem chegou a funcionar –, enquanto outras nem saíram dos planos, como a Partmed, pertencente a uma rede nacional de franquias de clínicas médicas, que adiou sua instalação no bairro São Brás devido à situação pandêmica no país.

Uma característica fundamental das firmas médicas populares privadas é a capacidade de apresentar grande variedade de médicos especialistas e de outros profissionais especializados em saúde. Nossa pesquisa constatou a disponibilidade de 38 diferentes especialidades nos estabelecimentos populares privados de saúde da RMB, a saber: acupuntura, alergologia, angiologia, anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, clínico geral, cirurgia plástica, cirurgia vascular, dermatologia,

endocrinologia, fisioterapia, fonoaudiologia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia, obstetrícia, hepatologia, hematologia, homeopatia, infectolo-

gia, mastologia, medicina da família, medicina do trabalho, nefrologia, neurologia, nutricionologia, oftalmologia, ortopedia/traumatologia, otorrino-

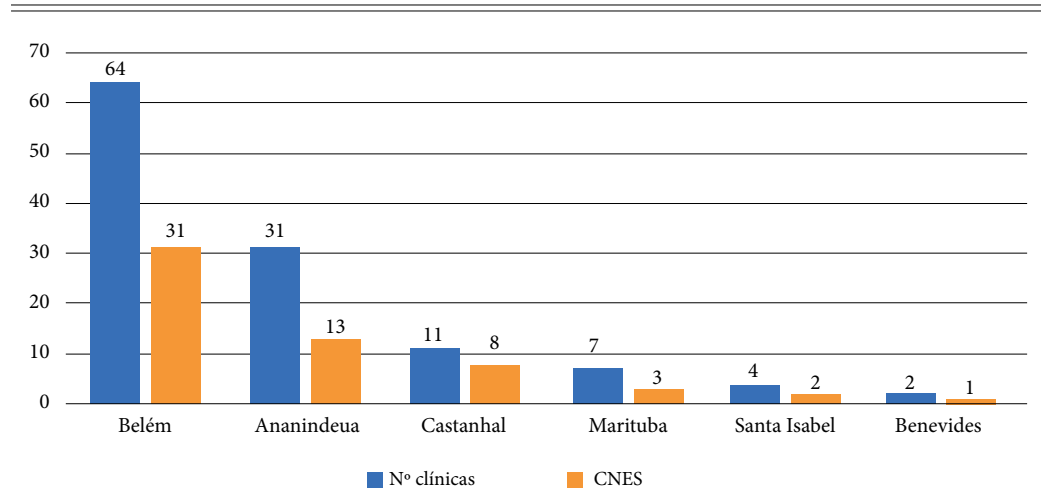


Gráfico 1. Número de clínicas médicas populares situadas na RMB e registradas no CNES até agosto de 2022.

Fonte: Autores, baseados em dados de campo (2022), DATASUS-CNES (2022).

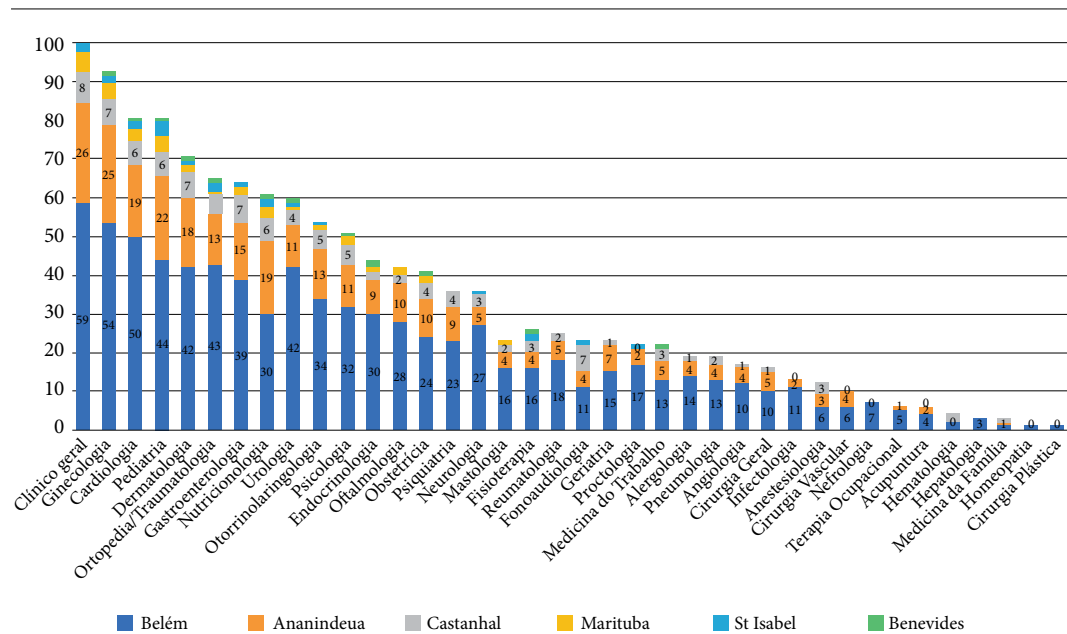


Gráfico 2. Especialidades médicas disponibilizadas pelas clínicas médicas populares situadas na RMB em 2022.

Fonte: Autores, baseados em dados de campo (2022) e DATASUS-CNES (2022).

laringologia, pediatria, pneumologia, proctologia, psicologia, psiquiatria, reumatologia, terapia ocupacional e urologia (Gráfico 2).

De acordo com os dados da pesquisa, as especialidades de saúde mais presentes nas 119 clínicas populares dos municípios metropolitanos foram: clínica médica, ginecologia/obstetrícia, cardiologia, pediatria, dermatologia, ortopedia/traumatologia e urologia. O serviço de clínica médica esteve presente em 103 estabelecimentos, seguido de ginecologia (93), de cardiologia (81), de pediatria (81), de dermatologia (71), de ortopedia/traumatologia (65), de gastroenterologia (64) e de urologia (60) (Gráfico 2).

As especialidades médicas com mais registros nos órgãos de classe médica do estado também são as mais presentes nos estabelecimentos populares privados, pois, de acordo como o Conselho Federal de Medicina (CFM)²¹, até agosto de 2022 o estado do Pará registrava um total de 10.873 médicos, dos quais 6.818 se concentravam na capital, com maiores volumes de pediatras (615), seguidos de clínicos gerais (559), ginecologistas obstetras (507), oftalmologistas (278), cardiologistas (237), ortopedia-traumatologistas (258) e dermatologistas (170). Nesse sentido, o número de registros por especialidades médicas é proporcional à quantidade de médicos especialistas presentes nas clínicas populares.

A limitada disposição de profissionais em algumas áreas das ciências médicas observada nos registros dos órgãos de classe²¹, como acupuntura, alergologia, angiologia, cirurgia plástica, cirurgia vascular, hematologia, hepatologia, homeopatia, mastologia, neurologia, psiquiatria, pneumologia e reumatologia, coincide com a escassez apresentada nas clínicas populares. Certamente essa restrição na quantidade de profissionais em certas áreas da medicina também se reflete na composição dos preços das consultas.

No caso das clínicas médicas populares observadas nesta pesquisa, as áreas com tarifas mais altas foram: hematologia (R\$ 225), hepatologia (R\$ 215) e psiquiatria (R\$ 210), cujos valores de consultas equivaleram a 20% do salário-mínimo (de R\$ 1.212, atualmente) – respectivamente, US\$ 43,56, US\$ 41,62 e US\$ 40,65, para fins de comparação com a moeda estadunidense; neurologia e pneumologia (R\$ 185) e angiologia (R\$ 172), com valores na faixa de 16% do salário-mínimo – respectivamente, US\$ 35,81 e US\$ 33,30; e reumatologia (R\$ 170), geriatria (R\$ 160) e cirurgia plástica (R\$ 150), disponibilizadas por 14% do salário-mínimo – respectivamente, US\$ 32,91, US\$ 30,97 e US\$ 29,04.

Os profissionais com mais registros por especialidades no CFM²¹, como já mencionado, também foram os que tiveram mais ofertas de consultas nas clínicas populares e os que disponibilizaram serviços de menores valores, a exemplo de: pediatria e ortopedia (R\$ 115), clínica geral e cirurgia geral (R\$ 110), ginecologia (R\$ 112), cardiologia (R\$ 120) e anestesiologia (R\$ 130), com valores entre 9,5% e 10,5% do salário-mínimo – US\$ 22,26, US\$ 21,29, US\$ 21,28, US\$ 23,23 e US\$ 25,17, respectivamente –, enquanto a medicina do trabalho teve consultas com valor médio de R\$ 70 (cerca de 6% do salário-mínimo vigente – US\$ 13,55) (Gráfico 3).

Para se manterem competitivas no mercado de saúde popular, as empresas aqui enfocadas se utilizaram e ainda se utilizam de inúmeras estratégias mercadológicas, como redução de preços de consultas e de exames, disponibilização de combos (venda combinada de consultas e de exames nas áreas médicas mais demandadas) – a exemplo dos combos em ginecologia, cardiologia, pediatria, urologia e clínica geral –, além de pacotes de exames direcionados a aprovados em concursos públicos, que necessitam de uma série de consultas e exames.

Uma das estratégias de permanência dos estabelecimentos de medicina popular foi a criação de cartões de desconto exclusivos (ou a adesão a operadoras de cartões já existentes). A esse respeito, frisa-se que a Resolução nº 2.170/2017¹⁹ do CFM vetava a possibilidade de essas firmas médicas “[... oferecerem] qualquer promoção, relacionada ao fornecimento de cartões de descontos ou similares” (CFM, 2017, inserção nossa)¹⁹, entretanto, em março de 2019 o CFM decidiu, por meio da Resolução nº 2.226/2019¹⁹, revogar o impedimento de abatimentos nos valores dos serviços de cartões de descontos das clínicas em questão, além da restrição a descontos em honorários médicos, conforme estipulado pelo código de ética médica¹⁹.

Nesse sentido, a atual resolução admite a disposição de descontos no uso dos ditos cartões, contudo não permite a comercialização e a gestão desses cartões pelas clínicas, mas logo as empresas de saúde encontraram formas de vincular seus serviços aos cartões pela associação ou criação de empresas administradoras. Todavia, é importante mencionar que, para o CFM, esses “cartões de descontos’ não se enquadram como planos de saúde nos termos da Lei nº 9.656/1998”²² (Brasil, 1998), por não terem responsabilidade assistencial para com seus aderentes, isto é, por não oferecerem garantias na relação com médicos ou

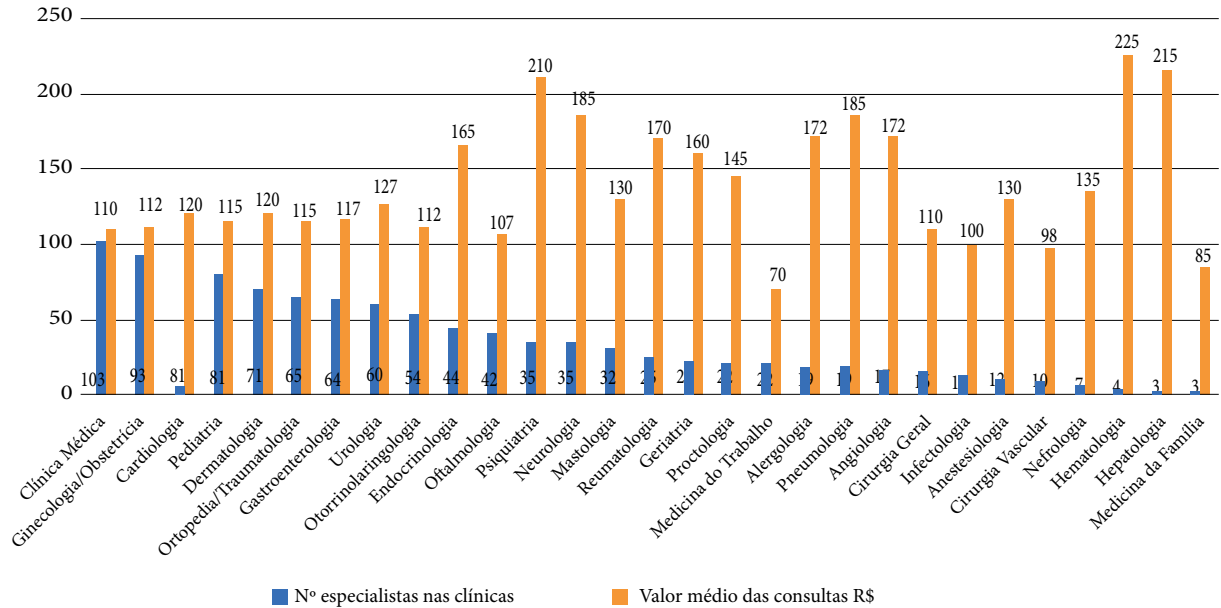


Gráfico 3. Número de especialidades médicas e a média de valor das consultas médicas em clínicas populares da RMB em 2022.

Fonte: Autores, baseados em dados de campo (2022) e DATASUS-CNES (2022).

empresas médicas, o que torna esse tipo de prática médica uma ação comercial e exploratória, alusiva ao “exercício mercantilista da medicina”, como mencionado na Resolução nº 1.974/2011²³ do CFM, em que este expressa os motivos de sua recusa em reconhecer a existência desses cartões de desconto.

Ao contrário dos planos de saúde, que geralmente têm uma rede assistencial própria, cujos valores cobrados quase sempre tornam impossível o acesso à saúde privada por parte de grande parcela da população brasileira, os cartões de descontos disponibilizam serviços a preços ainda mais baixos, em comparação aos praticados diretamente nas instituições populares de saúde, e essa intermediação favorece a fidelização da clientela, uma vez que as empresas de cartões fazem cobranças de mensalidades equivalentes a cerca de 10% do valor de uma consulta médica, ou optam pela tarificação na marcação de consultas ou utilização de outros serviços de saúde. Dessa forma, o acesso aos consultórios populares com cartões de desconto restringe a escolha desses usuários às empresas conveniadas. De todo modo, a vantagem de preços módicos favorece o

vínculo entre os usuários e as clínicas do tipo popular, graças aos descontos dados pelas empresas de cartões.

A ampliação do uso dos cartões de descontos nas consultas e nos exames nas companhias enfocadas nesta pesquisa foi responsável pelos aumentos nos mercados de serviços médicos populares e de empresas de cartões de descontos, a exemplo do que ocorreu com a maior administradora de cartões de desconto do país, a Cartão de Todos, vinculada à rede nacional de clínicas populares Amor Saúde, que alcançou a marca de 12 milhões de usuários durante a pandemia em 2020²⁴, um número de beneficiários bem maior do que o das grandes operadoras de planos médico-hospitalares do país (Amil, Bradesco Saúde e Hapvida Assistência Médica), que juntas atendem a um público de pouco mais de 9 milhões de pessoas¹⁴.

Embora as empresas de saúde popular da RMB tenham conformado estratégias de continuidade no mercado e de aperfeiçoamento da oferta de serviços clínicos em um atendimento completo, que ultrapasse a disposição de consultas e exames, esses artifícios não têm sido eficien-

tes, uma vez que os estabelecimentos em questão atuam em um modelo de assistência inacabada, já que seus atendimentos estão voltados sobretudo ao público assistido precariamente pelo SUS. Tal formato incompleto de atenção, que se limita às ofertas de consultas médicas especializadas e de exames de baixa complexidade, não proporciona continuidade aos tratamentos e acaba sendo responsável, via de regra, pelo retorno de grande parte dos pacientes ao SUS, principalmente os que mais necessitam de acesso a uma saúde de qualidade, ou seja, os usuários de menor poder aquisitivo. Os serviços de saúde popular, por direcionarem o foco de seus serviços à demanda reprimida do sistema público de saúde, não asseguram um tratamento interrupto a esse coletivo, sobretudo nos casos que necessitam de acompanhamento especializado e recursos hospitalares de alta complexidade, de modo que terminam por devolver os atendimentos ao poder público.

Tendo em vista as dificuldades de permanência no mercado, e motivadas principalmente pelo molde inacabado de assistência popular das clínicas, as novas redes de empresas de serviços populares em saúde de algumas capitais do país iniciaram parcerias com hospitais privados, no intuito de inserirem procedimentos cirúrgicos simples, como a esterilização masculina (vasectomia), e mais complexos, como extração de tireoide, de vesículas e de útero, a preços acessíveis. O grupo de clínicas populares Amor Saúde, presente em todos os estados do país, iniciou parcerias com hospitais para atender a pacientes que necessitam de procedimentos cirúrgicos eletivos nos estados de São Paulo e Minas Gerais, além do Distrito Federal. Já a rede de franquias Atend Já, presente em oito estados, incluindo o Pará (Belém), disponibilizou serviços de cirurgias particulares mediante uma linha de crédito que financia qualquer tipo de intervenção cirúrgica, com pagamento em até 36 parcelas, incluindo valores de honorários médicos e de anestesistas e despesas hospitalares previstas para o procedimento – nesse caso, o pagamento do financiamento é efetuado via boleto bancário. Em Belém e em Ananindeua, a empresa Rede Mais Saúde disponibilizou cerca de 20 procedimentos cirúrgicos, como: catarata, fimose, hemorroidas, hérnias inguinal e umbilical, colecistectomia, histerectomia, laqueadura, vasectomia e cirurgia mamária para retirada de tumores cancerígenos.

As parcerias entre firmas de saúde popular e hospitais foram iniciadas em 2021, período em que houve ampliação da fila de espera por cirurgias eletivas no SUS, intensificadas no período

pandêmico, quando, de acordo com levantamento feito pelo CFM²⁵, em razão do medo da população em buscar ajuda médica na ocasião do aumento do número de pessoas infectadas pelo novo coronavírus, provocando uma redução de 27 milhões de exames, cirurgias e outros procedimentos classificados como não urgentes. Além disso, a suspensão de procedimentos não urgentes também foi motivada pela priorização no atendimento aos pacientes em tratamento contra a síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), monopolizando leitos e recursos hospitalares e reduzindo o risco de colapso nos sistemas públicos e privados. Os impactos negativos da pandemia ainda são responsáveis pelo aumento das filas por cirurgias e por exames especializados, e nessa perspectiva o mercado das empresas populares de saúde visa a consolidação do segmento na oferta de cirurgias eletivas, no intuito de fechar o ciclo de atendimento, que tem como porta de entrada as consultas especializadas, iniciadas nos consultórios dessas clínicas, que poderão redundar em procedimentos cirúrgicos por preços módicos, a serem realizados em hospitais parceiros.

As parcerias entre empresas de medicina popular e hospitais, embora tornem possível a realização de pequenos procedimentos cirúrgicos, não garantem que estes serviços sejam acessíveis a grande parcela da população, principalmente às camadas economicamente mais desfavorecidas, apesar de o mercado de saúde privada popular se beneficiar das lacunas abertas pela retenção de gastos públicos após a aprovação da PEC¹⁷ e da consequente desestruturação da rede de atenção básica, que vem desarticulando suas equipes de SF em todo o país, ações responsáveis pela oferta insuficiente de cuidados de atenção primária e pelo fortalecimento do setor privado, que encontra formas de abarcar um domínio da saúde pública que é dever do Estado. Dito de outra forma, o acesso universal e gratuito aos serviços de saúde vem sendo substituído pela comercialização das tarefas dessa natureza por parte das clínicas aqui focadas.

Considerações finais

A propagação das firmas médicas populares resulta, em grande medida, do enfraquecimento do modelo de saúde coletiva da ABS, sobretudo após a aprovação da PEC do Teto dos Gastos Públicos, que favoreceu enormemente o setor privado. Contudo, a esfera das companhias de saúde po-

pular foi duplamente auxiliada nos últimos anos, a partir da intensificação do subfinanciamento do SUS e do encolhimento do setor de saúde suplementar, que perdeu cerca de 4,3 milhões de clientes nos últimos seis anos. Independentemente de esse segmento já ter apresentado significativa recuperação, ele não se mostrou suficiente, dada a intensa crise vivenciada no pós-pandemia de 2020. Nesse aspecto, houve demasiada procura por tratamentos e internações por parte dos infectados pelo coronavírus, o que resultou em redução do número de leitos hospitalares disponíveis a outros procedimentos, em adiamentos de cirurgias eletivas e em estrangulamentos na rede hospitalar, pela incapacidade de acolher o grande volume de pessoas adoentadas, fato que afetou diretamente os atendimentos nos sistemas público e privado de saúde.

Por outro lado, a não consolidação das clínicas populares no mercado, tendo em vista o grande número de negócios encerrados, decorre principalmente dos gargalos desses empreendi-

mentos, relacionados à falta de continuidade dos atendimentos e a seu modelo assistencial inacabado e contraditório, criado para o preenchimento das lacunas do SUS pela iniciativa privada. Na busca por sobrevivência no mercado, a formação de parcerias com hospitais para a realização de pequenos procedimentos cirúrgicos – consideradas atípicas – se apresenta como possível solução no médio prazo, por possibilitar tratamentos com início, meio e fim, permitindo o acesso de classes menos abastadas a níveis de atenção mais complexos. Colocado de outra forma, mesmo que algumas companhias tenham apresentado possíveis soluções para seus atendimentos desarticulados, o acesso à saúde popular privada ainda é restrito às condições econômicas do usuário, o que, além de não garantir alcance universal, exclui as camadas economicamente mais frágeis do acesso à saúde básica – as que mais necessitam de saúde de qualidade –, compondo um cenário que parece favorecer muito mais o setor de saúde privada, em desfavor da ABS e da própria saúde pública.

Colaboradores

CV Godoy: concepção do estudo, delineamento, análise, revisão de literatura, interpretação dos dados, metodologia, trabalho de campo, mapeamento, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. GM Rocha: concepção do estudo, orientação de pesquisa, revisão dos mapas, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Financiamento

A presente pesquisa foi realizada com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Referências

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde 2019: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro. IBGE; 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* 2019; 27 set.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília. *Diário Oficial da União* 2020; 17 mar.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual técnico do CNES – tabelas atualizadas [Internet]. 2008. [acessado 2023 ago 3]. Disponível em: http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/10_02_2010_9.51.16.41f407d83e652672c75ce698959edca9.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Consultas de equipes de ESF na RMB em 2020 [Internet]. [acessado 2022 set 8]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Indicadores – tipo de estabelecimento/hospital em geral, policlínica, unidade básica, consultório isolado, clínica em uso em Belém, Ananindeua, Marituba, Santa Isabel, Castanhal [Internet]. [acessado 2022 out 30]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=15&VMun=150140&VComp=00&VUni=
- Faria RMA. Territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(11):4521-4530.
- Costa RH. *O mito da desterritorialização: do 'fim dos territórios' à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2011.
- Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). IESS DATA: total de beneficiários de planos médico-hospitalares por Estado [Internet]. [acessado 2022 ago 8]. Disponível em: <https://iessdata.iess.org.br/home>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em dezembro, taxa de desocupação fica em 4,3% e fecha 2014 com média de 4,8% [Internet]. [acessado 2015 jan 29]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/15432-em-dezembro-taxa-de-desocupacao-fica-em-4-3-e-fecha-2014-com-media-de-4-8>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). PNAD Contínua – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Taxa de desocupação: jan-fev-mar 2012 à ago-set-out 2022 [Internet]. [acessado 2022 nov 14]. Disponível em: www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS). Dados gerais do setor suplementar de planos de saúde, taxa de crescimento e cobertura, 2018-2022 [Internet]. [acessado 2022 ago 8]. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS). Dados indicadores – Sala de Situação [Internet]. [acessado 2022 jun 5]. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Panorama – PA. População do último censo [Internet]. [acessado 2022 ago 2]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/panorama>
- Brasil. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. *Diário Oficial da União*; 16 dez.
- Santos M. *O espaço do cidadão*. São Paulo: Editora USP; 2012.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.226/2019, de 5 de abril de 2019. *Diário Oficial da União* 2019; 5 abr.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.646, de 2 de outubro de 2015. Brasília: *Diário Oficial da União* 2015; 3 out.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Busca por médicos [Internet]. [acessado 2022 out 19]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/busca-medicos/>
- Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União* 1998; 3 jun.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.974/11 – Manual de publicidade médica. Brasília: CFM; 2011.
- Cartão de Todos prevê expansão em 2021. *Medicina S/A*. [acessado 2021 abr 5]. Disponível em: <https://medicinas.com.br/cartao-de-todos-expansao/>
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Pandemia derruba quase 30 milhões de procedimentos médicos em ambulatórios do SUS [Internet]. [acessado 2021 set 30]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/pandemia-derruba-quase-30-milhoes-de-procedimentos-medicos-em-ambulatorios-do-sus/>

Artigo apresentado em 20/12/2022

Aprovado em 28/06/2023

Versão final apresentada em 30/06/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva