



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



MARINA DO NASCIMENTO SOUSA

**MODELO ASSISTENCIAL DAS CLÍNICAS POPULARES DE SAÚDE SOB A
PERSPECTIVA DE EMPRESÁRIOS E REPRESENTANTES MÉDICOS**

São Luís – MA

2022

MARINA DO NASCIMENTO SOUSA

**MODELO ASSISTENCIAL DAS CLÍNICAS POPULARES DE SAÚDE SOB A
PERSPECTIVA DE EMPRESÁRIOS E REPRESENTANTES MÉDICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira.

Coorientadora: Profa. Dra. Ruth Helena de Souza Brito Ferreira de Carvalho.

São Luís – MA

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Sousa, Marina do Nascimento

Modelo Assistencial das Clínicas Populares de Saúde sob a perspectiva de empresários e representantes médicos, São Luís, 2022. 102 p.

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal do Maranhão - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Departamento de Saúde Pública - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira

Coorientadora: Profa. Dra. Ruth Helena de Souza Brito Ferreira de Carvalho

1. Clínicas Populares de Saúde. 2. Modelo privatista. 3. Gestor/Empresário. 4. Representante de Entidade Médica. 5. SUS.

**MODELO ASSISTENCIAL DAS CLÍNICAS POPULARES DE SAÚDE SOB A
PERSPECTIVA DE EMPRESÁRIOS E REPRESENTANTES MÉDICOS**

MARINA DO NASCIMENTO SOUSA

Dissertação aprovada em 26 de junho de 2022 pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira

Orientador

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Ruth Helena de Souza Brito Ferreira de Carvalho

Coorientadora

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Lucas Salvador Andrietta

Faculdade de Medicina

Universidade de São Paulo

DEDICATÓRIA

Em especial, in memoriam, dedico este trabalho de pesquisa a minha irmã, pelo exemplo de coragem e dedicação no exercício da sua profissão acadêmica.

AGRADECIMENTOS

A meu orientador **Prof. Dr. Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira** que com a sua competência profissional enriqueceu este trabalho com sugestões sempre pertinentes e que me estimulou nos momentos difíceis fazendo que encontrasse novas formas de dizer, de sentir e caminhar. Agradeço pela sensibilidade de sua escuta. Foi um privilégio ser sua orientanda.

A minha coorientadora: **Profa. Dra. Ruth Helena de Souza Brito Ferreira de Carvalho** com sua longa experiência e competência contribuiu desde o meu exame de qualificação, apresentando sugestões fundamentais para a reelaboração do meu estudo. Agradeço pela sensibilidade de sua escuta. Foi um privilégio ser sua orientanda.

Aos **professores da banca examinadora** pelas sugestões e contribuições e por sua participação neste trabalho de pesquisa.

Aos **meus familiares** companheiros de caminhada, sustentáculos em qualquer circunstância e cúmplices dos meus sonhos.

Aos **colegas de mestrado** que me proporcionaram uma grande convivência e um crescimento pessoal e profissional nesses anos de convívio.

Aos **entrevistados** que me possibilitaram partilhar das suas vivências e experiências enriquecendo este estudo.

A **todos os amigos** que me acompanharam neste percurso e com quem mantive uma interlocução constante.

RESUMO

Essa pesquisa buscou compreender as principais características e atributos do modelo assistencial privatista das Clínicas Populares de Saúde (CPS) e suas diferenças em relação ao modelo de atenção universal do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a atuação das CPS na oferta de serviços e sua relação com o direito social à saúde. O quadro teórico foi sustentado nos conceitos e nas características do modelo de assistência privatista e do modelo de atenção à saúde do SUS. Utilizou-se uma abordagem qualitativa e o instrumento de pesquisa foi a entrevista semiestruturada. Os sujeitos da pesquisa foram os gestores/empresários e os representantes das entidades médicas. Foi possível identificar que as CPS organizam a sua oferta de serviços de acordo com um modelo pautado numa assistência à saúde seletiva e segmentada, a partir de uma lógica de produtividade. As CPS se estruturam como empresas médicas com a finalidade de prestar o atendimento médico especializado, situadas em locais de grande circulação de pessoas e com a edificação de suas estruturas físicas em um único ponto da cidade ou com vários pontos de atendimento, formando uma rede de clínicas. As suas ações são apoiadas em publicidade, terceirização da mão de obra, especialização, trabalho em rede e tecnologia de ponta. Todas essas estratégias estão voltadas para ofertar o atendimento médico na forma de queixa-conduta que, na grande maioria das questões de saúde, tem resolutividade questionável. A criação das clínicas populares também tem forte impulso de atração da mão de obra médica, que é disponibilizada ao mercado por intermédio das novas universidades e da forma como a medicina se organiza em subespecialidades. Esse é o modelo de aposta das CPS: atendimento eficiente, baseado na queixa-conduta, com consultas, exames e procedimentos em uma escala geométrica, para a produção de um diagnóstico e faturamento em economia de escala. Amparados nessa lógica, tais empresas médicas de saúde se proliferaram, associando-se a valores aceitos pela população e pelos órgãos oficiais. Observou-se diferenças significativas entre o modelo de assistência das CPS e o modelo de atenção à saúde do SUS, cujos princípios e diretrizes são: a garantia do acesso universal e a integralidade do cuidado, que permitem intervir na mudança de indicadores de saúde. Nessa pesquisa se observou que as CPS organizam sua assistência ao usuário centradas em procedimentos de consultas e exames, portanto, ainda que o mandamento constitucional aponte para um sistema universal, a prática social tem gerado serviços de saúde segmentados, com notável competição entre os setores público e privado.

Palavras-chave: Clínicas Populares de Saúde. Modelo privatista. Gestor/Empresário. Representante de Entidade Médica. SUS.

ABSTRACT

This research sought to understand the main characteristics and attributes of the private care model of the Popular Health Clinics (CPS) and its differences in relation to the universal care model of the Unified Health System (SUS), highlighting the role of CPS in the provision of services and its relationship with the social right to health. The theoretical framework was supported by the concepts and characteristics of the privatized care model and the SUS health care model. A qualitative approach was used and the research instrument was the semi-structured interview. The research subjects were managers/entrepreneurs and representatives of medical entities. It was possible to identify that the CPS organize their offer of services according to a model based on selective and segmented health care, based on a logic of productivity. The CPS are structured as medical companies with the purpose of providing specialized medical care, located in places of large circulation of people and with the construction of their physical structures in a single point of the city or with several points of service, forming a network of clinics. Its actions are supported by advertising, labor outsourcing, specialization, networking and cutting-edge technology. All these strategies are aimed at offering medical care in the form of a complaint-conduct that, in the vast majority of health issues, has questionable resolution. The creation of popular clinics also has a strong impulse to attract the medical workforce, which is made available to the market through the new universities and the way in which medicine is organized into subspecialties. This is the CPS betting model: efficient service, based on complaint-conduct, with consultations, exams and procedures on a geometric scale, for the production of a diagnosis and billing in an economy of scale. health are proliferating, associating themselves with values accepted by the population and official bodies. Significant differences were observed between the CPS care model and the SUS health care model, whose principles and guidelines are: the guarantee of universal access and comprehensive care, which allow intervening in the change of health indicators. In this research, it was observed that the CPS organize their assistance to the user centered on consultation and examination procedures, therefore, even though the constitutional commandment points to a universal system, social practice has generated segmented health services, with notable competition between the public sectors. and private.

Keywords: Popular Health Clinics. Private model. Manager/Entrepreneur. Medical Entity Representative. SUS.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Características dos Sistemas de Saúde do Brasil.	28
Quadro 2. Características dos Sistemas de Saúde do Brasil.	29
Quadro 3. Relação de especialidades médicas reconhecidas pelo CFM no Brasil, 2018.	32
Quadro 4. Principais grupos de procedimentos com finalidade diagnóstica.	33
Quadro 5. Principais achados e limitações descritas em pesquisas sobre as CPS no Brasil 2020 a 2021.	41
Quadro 6. Normas regulamentadoras das CPS no Brasil, 2021.	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Gasto em saúde no Brasil (em bilhões R\$) em 2015 e 2019.	27
Tabela 2. Percentual do PIB gasto em saúde no Brasil e nos países da OCDE, em 2019.	28
Tabela 3. Consultas Médicas Especializadas segundo o setor público e privado no Brasil de 2015 a 2020.	34
Tabela 4. Consultas médicas na atenção especializada no Brasil de 2015 a 2020.	34
Tabela 5. Consultas médicas especializadas segundo as regiões do Brasil de 2015 a 2020.	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ABBRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRES	Associação Brasileira de Estágios
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
AMPASA	Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde
ANDE	<i>Aspen Network of Development Entrepreneurs</i>
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária de Saúde
APSP	Associação Paulista de Saúde Pública
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEM	Código de Ética Médica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde

CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPS	Clínica Popular de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
CSSF	Comissão de Seguridade Social e Família
DNSP	Departamento Geral de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDISA	Instituto de Direito Sanitário Aplicado
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LINDB	Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro
LLE	Lei de Liberdade Econômica
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONU	Organização das Nações Unidas
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
RAS	Redes de Atenção à Saúde

SCIELO	<i>Scientific Eletronic Librabry Online</i>
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA	13
1.2 OBJETIVOS	15
1.2.1 Objetivo Geral	15
1.2.2 Objetivos Específicos	15
2 OS MODELOS DE ATENÇÃO NO BRASIL	16
2.1 O MODELO LIBERAL-PRIVATISTA OU HEGEMÔNICO	17
2.1.1 Gênese: A Medicina Científica	17
2.1.2 Os elementos constitutivos da proposta neoliberal ou liberal privatista	17
<i>2.1.2.1 O Mecanicismo: o corpo humano é visto como uma máquina</i>	18
<i>2.1.2.2 O Biologismo</i>	18
<i>2.1.2.3 A Especialização</i>	19
<i>2.1.2.4 A tecnificação do ato médico</i>	20
<i>2.1.2.5 O movimento hospitalocêntrico</i>	20
<i>2.1.2.6 Financiamento</i>	21
2.2 MODELO SAÚDE PÚBLICA OU SANITARISTA	21
2.2.1 A necessidade de mudanças no setor da saúde: modelos de assistência ou de atenção à saúde?	22
2.3 A MEDICINA COMUNITÁRIA: O MODELO UNIVERSAL	23
2.3.1 Universalidade	23
2.3.2 Equidade	24
2.3.3 Integralidade	24
2.3.4 Equipe de saúde	25
2.3.5 Financiamento	26
2.3.6 Regulação	28
2.3.7 Desafios	29
2.3.8 Os vazios assistenciais	30
2.3.9 Ofertas e demandas das consultas especializadas	33
3 CLÍNICA POPULAR DE SAÚDE	37
3.1 CARACTERIZAÇÃO E O CONTEXTO	37
3.2 CPS NA VISÃO DA ACADEMIA E ÓRGÃOS OFICIAIS	38
3.2.1 Academia	38

3.2.2 Órgãos oficiais na construção de uma identidade	45
4 MÉTODOS	53
5 ASPECTOS ÉTICOS	54
6 RESULTADOS	55
6.1 ARTIGO A SER SUBMETIDO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
APÊNDICES	88
APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista	88
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	90
ANEXOS	92
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	92
ANEXO B – Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva	93

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro instituído constitucionalmente está fundamentado em uma concepção que define a saúde como um bem público, um direito de cidadania e, portanto, um dever do Estado, atribuindo relevância pública às ações e aos serviços de saúde, mas reconhecendo a liberdade da atuação da iniciativa privada (BRASIL, 1988). Desse modo, o setor privado insere-se no sistema de saúde por meio de uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público-privada de assistência à saúde. Apesar de os componentes do setor público e privado serem distintos, os profissionais de saúde podem atuar em um desses componentes ou realizar a dupla prática. Os usuários, por sua vez, podem utilizar todos os prestadores de serviços, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento (SANTOS, 2009).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/IBGE, 2019), 71,5% dos brasileiros, que representam mais de 150 milhões de pessoas, dependem do Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento. O restante da população (28,5%) possui algum plano de saúde, médico ou odontológico. Como consequência há fortes indícios de que o modelo de atenção à saúde se expressa entre a universalização e a segmentação. Assim, duas lógicas operam na política de saúde, uma publicista, no sentido de viabilizar o SUS, e outra privatista, no sentido de ampliar a oferta e atuação dos serviços privados (MENICUCCI, 2007).

Nas últimas décadas, observou-se o investimento do setor privado no modelo de clínicas com consultas médicas especializadas, conhecidas como Clínicas Populares de Saúde (CPS) (LAPA, 2014). Elas se declaram como uma alternativa ao Sistema Único de Saúde (SUS). O argumento adotado é que os clientes podem ter acesso às consultas com especialistas sem fila de espera. Sua clientela é formada por usuários do SUS e por uma parcela da população que perdeu o acesso aos serviços privados via planos de saúde (FERREIRA; LIMA; FERREIRA NETO, 2019; GODOY, 2015; LAPA, 2014; SOARES, 2018; VICTALINO, 2004).

As CPS são empresas de prestação de serviços de saúde para atendimento ambulatorial de consultas, exames e procedimentos médicos-cirúrgicos de baixa e média complexidade, a preços ditos “populares”. Segundo a resolução nº 2.170 de 2017, do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2017), podem oferecer atendimentos médicos gerais ou especializados, com o acesso por demanda direta dos clientes ou por encaminhamentos de outras modalidades de serviços de saúde, públicos ou privados.

As CPS podem oferecer atendimentos em várias especialidades médicas e a maioria dos clientes paga diretamente à clínica pelos serviços prestados. Vale ressaltar que não se tratam de

consultórios médicos, pois os serviços ofertados não exigem uma personalidade desse profissional, ou seja, diferentemente dos consultórios particulares, atuam com diversas ofertas de serviços e mantêm suas especificidades de acordo com a localidade em que atuam e clientela usuária (GODOY, 2015).

Tal oferta de serviços por parte das CPS se expandiu para diversas regiões do Brasil, nas quais mantiveram um modelo-padrão de serviços e atendimentos ambulatoriais e, à medida em que foram se expandindo, buscaram também novas estratégias para atrair e fidelizar sua clientela. A cidade considerada pioneira das CPS é São Paulo, onde foram investidos recursos financeiros para a implantação e a divulgação da marca desses serviços. Assim, tais empresas cresceram e funcionam como Redes Clínicas Populares, localizando-se nos bairros mais populosos, com intenso movimento do comércio, mas sem ser em prédios de estrutura própria, e sim alugando os espaços, contratando médicos e estabelecendo parcerias com laboratórios e hospitais renomados da capital no intuito de compor seu cardápio de oferta de consultas, procedimentos e exames (JURCA, 2018).

De acordo com as pesquisas realizadas nas cidades do Nordeste, (VICTALINO, 2004; LAPA, 2014; GODOY, 2015; SOARES, 2018), as CPS se localizam nas regiões centrais, em bairros com maior circulação de pessoas e, em muitos casos, estão próximas à rede de serviços públicos de saúde. Além disso, fazem parcerias com laboratórios para realização de exames e diagnósticos, mas não atuam em conjunto com outros pontos de atenção à saúde (atenção primária, de média ou alta complexidade, e hospitais, por exemplo).

Em algumas capitais do Nordeste, a atuação, organização e funcionamento das CPS vêm sendo foco de interesse de pesquisadores de diferentes áreas de conhecimento (FERREIRA; LIMA; FERREIRA NETO, 2019; GODOY, 2015; LAPA, 2014; SOARES, 2018; VICTALINO, 2004). Mais recentemente, as CPS passaram a receber atenção de pesquisadores que identificaram a atuação, consolidação e expansão delas, mesmo em momentos de crises político-econômicas no Brasil (RUSSO *et al.*, 2020). Porém, ainda não foram analisadas as características dessas CPS, seus modelos de negócios, os possíveis impactos da pandemia da COVID-19 sobre suas dinâmicas assistenciais, bem como a atuação dos órgãos oficiais em sua regulação.

Sob tais perspectivas, essa pesquisa, de caráter qualitativo, buscou entrevistar empresários das CPS e representantes de entidades médicas, pois são sujeitos que ocupam posições privilegiadas na tomada de decisões importantes nessas unidades de saúde. Foram também analisadas as principais características do modelo de atenção privada das CPS e suas aproximações e diferenças em relação aos modelos de atenção universal do SUS, destacando a

oferta de serviços de saúde das CPS, seu modo de produção e sua relação com o direito social à saúde.

1.1 JUSTIFICATIVA

Essa pesquisa visa analisar as CPS como estabelecimentos de saúde privados que ofertam consultas médicas, sobretudo as especializadas, e procedimentos diagnósticos, de acordo com a demanda espontânea e a relação que essa oferta pode produzir no direito social à saúde. Do ponto de vista acadêmico, uma concepção vigente sobre as CPS é que essas empresas médicas são impulsionadas por fatores como o “vazio assistencial” deixado pelo setor público, a superlotação dos serviços de saúde, subfinanciamento e desorganização administrativa do SUS. Nessa perspectiva, tal demanda reprimida teria se tornado um nicho de mercado para essas clínicas que se apresentam como uma “alternativa” para resolver as necessidades assistenciais de saúde da população (FERREIRA; LIMA; FERREIRA NETO, 2019; GODOY, 2015; LAPA, 2014; SOARES, 2018; VICTALINO, 2004).

A concepção de que essas empresas são uma alternativa ao SUS também encontra amparo nas mídias que, de forma articulada, divulgam as falhas do SUS, tais como as filas que provocam demora no atendimento e a insuficiência de equipamentos tecnológicos para atender à demanda (Correio Braziliense, Brasília, 2018). Essa perspectiva favorece a aceitação ideológica de serviços privados, como é o caso das CPS, mesmo que a sua ação seja baseada na assistência episódica, medicalizante, uniprofissional, de procedimentos ou consultas, e não na atenção universal, integral e multiprofissional ofertada pelo SUS.

Do ponto de vista da atuação do Estado, há normas e legislações que incentivam o modelo de negócio dessas empresas de saúde, de forma que dentre elas é possível citar a abertura do capital internacional de fundos para os investidores brasileiros (JURCA, 2018). A lei Nº13.874, de 20 de setembro de 2019, que instituiu a Declaração de Direitos da Liberdade Econômica, também estabeleceu normas de proteção à iniciativa privada e ao livre exercício, o que favoreceu a prática dessas empresas para a permissão dos anúncios publicitários de qualquer natureza, facilitando o comércio de saúde e a captação da clientela pelas CPS.

Outro ponto de partida para essa pesquisa foi considerar o contexto socioeconômico e de oferta de médicos na região de estudo. Segundo a Demografia Médica, em 2020, a oferta de médicos na região era de 1,68 para cada 1.000 habitantes, situando-se abaixo da média nacional de 2,48 para cada 1.000 habitantes. Essa desigualdade na distribuição dos médicos persiste também na relação entre o número de profissionais generalistas e especialistas, de forma que a

média nacional era de 1,56 especialistas para cada generalista, enquanto, no Nordeste, essa razão era de 1,25 (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Sendo assim, a pesquisa buscou compreender as principais características e atributos do modelo assistencial privatista das CPS e suas diferenças ou aproximações em relação ao modelo de atenção universal do SUS. Nessa concepção, destacou-se ainda a atuação das CPS na oferta de serviços de saúde e sua relação ou contradições com o direito social à saúde.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Compreender as principais características e atributos do modelo assistencial privatista das CPS e suas diferenças em relação ao modelo de atenção universal do SUS.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o modelo de atenção universal do SUS;
- Indicar as principais características e atributos do modelo assistencial privatista nas CPS;
- Apontar as diferenças do modelo assistencial privatista nas CPS em relação ao modelo de atenção universal do SUS;
- Analisar a atuação das CPS na oferta de serviços de saúde e sua relação com o direito social à saúde.

2 OS MODELOS DE ATENÇÃO NO BRASIL

Nesse item, identificou-se alguns modelos de atenção à saúde no Brasil, que surgiram em contextos de crises ou mediante movimentos de redemocratização da sociedade brasileira, apontando suas características e formas de organização para a prestação dos serviços de saúde. As alternativas de conformação dos modelos de atenção à saúde obedecem a uma dinâmica de como o Estado administra as necessidades sociais e o “bem-estar comum”, e como vai executar a gestão dos serviços de saúde em um dado contexto econômico, social e político, onde coexistem vários interesses e demandas envolvidos.

A partir disso, torna-se importante revisitar o passado na busca produtiva de responder ao presente. A compreensão dos processos históricos, de questões centrais, como o processo saúde-doença e as suas concepções curativa e preventiva, bem como a discussão da cobertura universal ou seletiva, e a fragmentação dos serviços de saúde, ajudam a compreender a gênese da vontade política que nele ora se inscreve.

Conhecendo as raízes históricas, é possível questionar os modelos de atenção já consagrados, além de proporcionar uma orientação para compreender o interior de novas práticas de saúde sob diversas perspectivas, que, ao longo do tempo, vão surgindo de forma paralela, conformando-se com os novos ou antigos modelos de atenção à saúde. A partir dessas concepções, adota-se o conceito de modelo assistencial como sendo:

[...] forma ou modo de produção de serviços de saúde que seria uma construção concreta de recursos (financeiros, materiais e força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção, articulados de maneira a constituir uma dada estrutura produtiva e um certo discurso, projetos e políticas que assegurem a sua reprodução social (CAMPOS, 1992, p. 145).

Assim, a presente análise concentrou-se nos modelos de assistência adotados pelo Brasil, com fundamento nas correntes de pensamentos científicos elaborados por pesquisadores, gestores de serviços e fortalecidos pelo processo de articulações entre as universidades e os serviços.

Os modelos de atenção à saúde no Brasil se organizaram de acordo com a lógica da prestação de atenção na demanda ou na necessidade. Nessa percepção, as práticas de saúde, que têm como fundamento a demanda, são representadas pelo modelo liberal privatista, também denominado “hegemônico” e pelas ações sanitárias (PAIM, 2003, p. 555).

O modelo liberal privatista é centrado na doença, cujo agente é o médico, sobretudo o especialista, e apresenta sérios problemas para uma atenção comprometida com a efetividade,

equidade, integralidade e necessidades prioritárias de saúde. Quanto ao modelo sanitarista, é centrado nas campanhas sanitárias, programas especiais, vigilância epidemiológica, e concentra a sua atuação em certos agravos e riscos, ou em determinados grupos populacionais, deixando de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação de saúde (SILVA JÚNIOR, 1997).

Diante dessas práticas de atenção à saúde, que não enfatizam a integralidade da atenção, tampouco a descentralização das ações e dos serviços de saúde, surgem os modelos alternativos, que se utilizam da medicina comunitária como espaço de politização da saúde. Os resultados dessas experiências constituíram um movimento por mudanças na política de saúde nacional, que culminou com a reforma sanitária (PAIM, 2003).

2.1 O MODELO LIBERAL-PRIVATISTA OU HEGEMÔNICO

2.1.1 Gênese: A Medicina Científica

O modelo liberal privatista também é conhecido como modelo hegemônico de prestação de serviços em saúde. As descobertas de Koch e Pasteur trouxeram o entendimento de que várias patologias possuíam determinantes preciosos passíveis de prevenção e ou intervenção humana, contrapondo-se à teoria miasmática e à corrente da determinação social das doenças, liderada por Virchow e Neuman, na Alemanha no início do século XIX (SILVA JÚNIOR, 1997).

Um novo paradigma surgiu a partir desse ideário científico, de forma que os laboratórios passaram a ter um caráter estratégico no conhecimento da etiologia das doenças e nas propostas de intervenção. Além disso, os hospitais, considerados como “morredouros” até o século XVIII, tornaram-se locais de trabalho da medicina científica, passando a nortear a formação de futuros médicos e se insinuando na reconstituição do ensino nas escolas de medicina, incluindo como diretrizes: o estímulo à especialização médica e a expansão do ensino, especialmente em hospitais.

2.1.2 Os elementos constitutivos da proposta neoliberal ou liberal privatista

Os elementos que norteiam essa proposta e influenciaram a prática médica foram apresentados a seguir.

2.1.2.1 O Mecanicismo: o corpo humano é visto como uma máquina

O modelo biomédico ou mecanicista, hoje predominante, tem suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento, analisando o homem com a ideia do corpo-máquina, em uma visão cartesiana, exigindo que o corpo humano seja analisado por partes ou fragmentos, para que seja melhor compreendido e se adapte bem ao campo da medicina intervencionista. A soma dessas partes, por sua vez, constituiria o todo. Essa descrição pode ser encontrada na literatura como:

[...] um organismo vivo poderá ser visto como uma máquina que pode ser montada e reorientada se sua estrutura e funções forem completamente entendidos. Em medicina o mesmo conceito conduziu à profunda crença de que a compreensão dos processos de doenças e das respostas do corpo a elas, tornaria possível intervir terapêuticamente, principalmente, por métodos físicos, químicos e elétricos (MACKEOWN, 1971, p. 29, tradução nossa).

A visão cartesiana, do corpo como uma grande máquina a ser explorada, foi confirmada por Isaac Newton, com a criação de teorias matemáticas, que possibilitaram a explicação de muitos fenômenos da vida cotidiana. A medicina mecanicista passou a fornecer, gradativamente, os instrumentos requeridos pelos médicos, para que pudessem lidar de forma cada vez mais satisfatória com uma parte crescente das doenças mais corriqueiras (SILVA JÚNIOR, 1997).

Essa visão de medicina mecanicista estimulou os médicos a aderirem a um comportamento de distanciamento objetivo, separando o médico do paciente, embora seja inerente ao ato médico uma interação, que é fundamental para o sucesso terapêutico. A intensificação da divisão do indivíduo em “pedaços” contribuiu para dificultar a valorização do todo (SILVA JÚNIOR, 1997).

2.1.2.2 O Biologismo

O biologismo consiste na compreensão de que a doença é causada por agentes biológicos, químicos e físicos e tem como fundamento que são as bactérias ou agentes infecciosos as causas das doenças. Nesse sentido, o combate à pobreza deu lugar à procura de estratégias que abordassem a transmissão, o contágio, a infecção etc.

Uma nova linguagem foi criada, a fim de descrever as doenças e as práticas dos profissionais, com termos como: contágio, período de incubação, mecanismos de transmissão,

hospedeiro, agente infeccioso, reservatório e outros. Aqui, nota-se que o médico já não dependia apenas de seu conhecimento clínico e de seu estetoscópio, foi quando o hospital incorporou um novo parceiro: o laboratório (SILVA JÚNIOR, 1997).

É no microscópio, e não na forma de organização da sociedade, que se procuram suas causas. A história natural da doença é dominada pelos fenômenos biológicos e sua história social é praticamente abolida. O tratamento e a prevenção das doenças deixam de ter relação com a redução da pobreza, passando a demandar outros mecanismos (FARIA *et al.*, 2010, p. 21).

Sob tais perspectivas, a doença é vista como um mal funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular, e o papel dos profissionais de saúde é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado. O corpo (objetivo) foi privilegiado no processo de tratamento e cura, em detrimento da mente (subjetiva), esquecendo-se que o homem é produto do meio em que vive (FARIA *et al.*, 2010).

2.1.2.3 A Especialização

Os critérios adotados pela Associação Médica Brasileira (AMB, 1994) para caracterizar uma área de atuação médica como especialidade exigem que reúna, pelo menos, 100 especialistas afins e que exista há pelo menos dois anos como entidade civil organizada. Nessa visão da AMB, a abertura de novas sociedades de especialistas é uma iniciativa dos profissionais, não sendo considerados os fatores sociais, demográficos, culturais e econômicos.

Por outro lado, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em conjunto com outras entidades médicas, tem se debruçado sobre o tema na busca de compreender como esse movimento em direção à concentração de conhecimentos ou aprimoramento de habilidades vem influenciando o ato médico. Com essa perspectiva, assinala-se que a conduta do médico cada vez mais se concentra no detalhe, o que pode gerar distorções de conduta, sobretudo, na perda da visão do conjunto das relações, tão essencial à configuração do todo (CFM, 2003).

Nesse debate sobre as especialidades médicas, o CFM, em 25 de abril de 2003, publicou o artigo “Ética e Especialidade Médica”, no sentido de alertar sobre os riscos do especialismo desregrado, do detalhe exaltado em desfavor do todo: “O especialista é aquele que sabe cada vez mais sobre cada vez menos e, por fim, acaba sabendo tudo sobre nada” (Ortega; Gasset,).

Por outro lado, as especialidades podem gerar uma expectativa especial no paciente, com a convicção ingênua de que o especialista erra menos, porque sabe mais do que o generalista (McWHINNEY; FREEMAN, 2010).

Pelo contrário, na nossa visão, junto ao especialista as exigências dos pacientes e as sofisticções inerentes à técnica são tão acentuadas que podem ensejar mais erros. Há menos tolerância com o erro do médico especialista e o resultado insatisfatório do ato médico específico é quase sempre confundido com erro médico.

Segundo o CFM (1996), quando se adotam processos de trabalho centrados na lógica da especialização, há sempre uma tendência ao esvaziamento de função e posterior desaparecimento das “especialidades mais gerais”, não somente ao clínico geral, supostamente egresso das faculdades, mas aos pediatras, gineco-obstetras, cirurgiões gerais e internistas.

2.1.2.4 A tecnificação do ato médico

A concepção da medicina científica estruturou uma nova forma de mediação entre o homem e as doenças: a tecnificação do ato médico. A ampliação da percepção clínica através de novos meios diagnósticos, entretanto, altera o processo de trabalho do médico, impactando nas possibilidades de conhecimento dos fatores determinantes da doença (SILVA JÚNIOR, 1997).

Nessa percepção, Silva Júnior (1997, p. 39) comenta que os parâmetros de qualidade baseados no grau de incorporação tecnológica da prática médica são definidos por razões ideológicas e econômicas, não tendo correlação com a capacidade de promover ou restaurar a saúde e prevenir doenças. Assim, acredita-se que quanto mais equipamentos sofisticados utilizados e opções medicamentosas, melhor o ato médico resultante.

2.1.2.5 O movimento hospitalocêntrico

Esse modelo surgiu na década de 20, sob a influência da medicina liberal, atrelado às necessidades de assistência dos trabalhadores urbanos e industriais. Expandiu-se a partir da década de 40, por meio da construção da rede de hospitais ligados aos Institutos de Assistência e Previdência, incorporando a concepção flexneriana da assistência médica. Foi também instituído nas redes hospitalares estaduais, em alguns municípios, e nos hospitais vinculados às universidades públicas (SILVA JÚNIOR, 1997).

Nesse movimento, os hospitais oriundos dos Institutos Previdenciários foram incorporados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS, 1966), depois reestruturado no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), ficando os hospitais e ambulatórios sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS, 1974). Essa rede contribuiu, na década de 90, com 76% da oferta de leitos no Brasil. (SILVA JÚNIOR, 1997).

Nesse momento, observou-se também um crescimento avassalador da produção quantitativa de atos médicos e a multiplicação de egressos das faculdades de medicina e odontologia, a partir da expansão de vagas, decorrente da política vigente na época (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994, p. 77).

2.1.2.6 Financiamento

Há um mito de que quanto mais equipamentos sofisticados forem utilizados nas práticas médicas e opções medicamentosas, melhor é o resultado do ato médico, levando a um privilégio do volume dos procedimentos realizados em prejuízo dos resultados sanitários produzidos. Na mesma linha, Porter e Teisberg (2007, p. 399) afirmam que a “[...] revolução nos sistemas de saúde só será possível quando o cerne da discussão se deslocar dos prestadores de serviços para o valor gerado para os pacientes desses sistemas”. Assim, “O conceito de valor em saúde tem sido entendido como os resultados obtidos com o que interessa às pessoas usuárias, relativamente aos custos de obter esses resultados. O valor deve ser medido em resultados, e não em estruturas e processos” (PORTER, 2007, p. 400).

2.2 MODELO SAÚDE PÚBLICA OU SANITARISTA

O modelo nomeado de “sanitarista” surgiu com uma visão diferente da medicina científica, se sustentando das explicações monocausais das doenças: agente e hospedeiro. A sua concepção é caracterizada pela lógica sanitária do urbano e da população e, por essa razão, investe nas epidemias e endemias. Esse modelo se apresenta como predominante no Brasil, no que se refere às formas de intervenção para problemas e necessidades adotadas pela saúde pública convencional. (SILVA JÚNIOR, 1997).

Além disso, surgiu com uma vertente de campanha ou programa centrado no saber biomédico, que buscava atender às necessidades de saúde da população mediante vacinação,

controle de epidemias ou programas especiais, como saúde da mulher, saúde da criança, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica (SILVA JÚNIOR, 1997).

O modelo sanitário surgiu no início do século XX, em duas vertentes: campanhista e vertical permanente. O campanhista, articulado aos interesses econômicos dos agroexportadores, desenvolveu-se combatendo epidemias e endemias por meio de campanhas sanitárias, com obras de saneamento, reformas urbanas, campanhas de combate a vetores e imunizações (SILVA JÚNIOR, 1997).

A vertente vertical permanente, por sua vez, baseou-se na proposta de Centro de Saúde, em regiões delimitadas geograficamente. A institucionalização dessa vertente se deu nas redes estaduais e da FSESP, a partir da década de 30. Os serviços prestados eram os exames preventivos de saúde, a puericultura, as imunizações, o pré-natal, a assistência médica à tuberculose, lepra, doenças mentais e doenças venéreas. Assim, as duas vertentes da saúde pública, de forma articulada, tiveram o seu apogeu nas décadas de 40 e 50, mas a partir da década de 60, suas atividades foram descontinuadas e não priorizadas pelos financiamentos (SILVA JÚNIOR, 1997).

2.2.1 A necessidade de mudanças no setor da saúde: modelos de assistência ou de atenção à saúde?

Os debates sobre modelos se referem aos termos “assistencial” ou “atenção à saúde”, pois, embora não haja diferenças conceituais apontadas pela literatura sobre o tema, há necessidade de aprofundamento da reflexão, à luz da saúde como direito de cidadania. Portanto, a implementação de um modelo assistencial ou de um modelo de atenção à saúde, depende de como a sociedade enfrenta os problemas salutarés da população, se de forma individual ou coletiva. Assim, segundo a CF 1988, a atenção à saúde inclui ações sobre o ambiente, grupos populacionais e seus fatores de risco.

Sob tal perspectiva, várias discussões surgiram em torno da necessidade de mudanças nos modelos de assistência à saúde praticados no Brasil, pois, além de excludentes, primavam pela dicotomia entre prevenção e cura, o que levou pesquisadores e profissionais a buscarem alternativas mais eficazes e de menor custo. Esse debate por mudanças no setor de saúde foi promovido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada um marco para a ampliação do conceito de saúde como um direito de cidadania. Assim, esse movimento de reforma sanitária fundamentou a criação do SUS na Constituição Federal de 1988 e, em seguida,

a normatização das Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990 (BRASIL, 1988, 1990a, 1990b).

Diante da ampliação do conceito de saúde previsto pelo SUS, aos poucos, o termo “modelo assistencial” vem sendo substituído por um modelo de atenção à saúde, que visa o direito à cidadania. Essa mudança, de acordo com o pacto social de 1988, exige um compromisso dos entes federados em garantir o acesso aos serviços de saúde, com ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde (CF, 1988).

2.3 A MEDICINA COMUNITÁRIA: O MODELO UNIVERSAL

A reforma da política de saúde mais concreta no Brasil foi a criação do SUS. Do ponto de vista conceitual, representou uma ruptura no modelo liberal privatista. Essa afirmação é explicável à medida que o SUS é aprovado como um projeto transformador de grande alcance, com objetivos igualitários e redistributivos, representando uma mudança de princípios e diretrizes como forma de organização dos serviços de saúde (PAIM, 2003).

O SUS foi institucionalizado pelo reconhecimento do direito à saúde. Dessa forma, os serviços e práticas de saúde se organizaram, redirecionando enfoques e pautando-se em paradigmas voltados à compreensão da saúde enquanto direito de cidadania. Nesse propósito, busca articular sistemas, serviços e práticas, compondo os espaços territoriais e suas respectivas populações, com suas necessidades e demandas, e desenvolve as suas ações com um poder compartilhado entre as esferas federal, estadual e municipal (CF, 1988).

A preocupação com a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) articula-se com a discussão de um sistema único e universal, que tem como desafio a superação de práticas centradas em procedimentos fragmentados e individualizados. Assim, a incorporação de uma prática integral tem sido um dos desafios na construção de um modelo de saúde universal e equitativo. Ao reconhecer a complexidade dessa discussão, cabe ressaltar os elementos construtivos desse modelo de atenção à saúde.

2.3.1 Universalidade

A universalidade é um direito decorrente da condição de cidadania, uma vez que a participação plena dos indivíduos na sociedade política somente se realiza a partir de sua inserção como cidadãos. Vale ressaltar que há diferenças entre o sistema público universal e a

cobertura universal em saúde, que é restritiva de direito. Essa proposta é formatada pelo seguro universal, na qual as funções de regulação, financiamento e prestação de serviços estão separadas entre setores públicos e privados, e em que há diferenças entre os planos de saúde, os subsídios públicos e os custos de transação (HEREDIA *et al.*, 2016).

2.3.2 Equidade

A equidade pressupõe o cuidado aos indivíduos nos diferentes níveis do SUS e envolve o processo saúde-doença, crenças e valores dos grupos sociais que vivem nas áreas onde os serviços e práticas são ofertados. Nesse sentido, é necessário o financiamento da atenção à saúde, de modo a prover os serviços de forma eficiente e com qualidade. A iniquidade desse sistema segmentado de saúde brasileiro manifesta-se no fato de que grande parte dos gastos totais em saúde vêm direto dos bolsos das famílias que afetam os mais pobres. O gasto público brasileiro em saúde representou 42,8% do gasto total em saúde, enquanto o gasto privado representou 56,5% (WHO, 2018, p. 134).

Em decorrência dos baixos investimentos públicos em saúde, a concepção do SUS como um sistema universal não pôde se concretizar. As evidências internacionais de países que também optaram por esse sistema demonstraram que os sistemas públicos universais só foram instituídos em países que dispõem 70% ou mais de gastos públicos em saúde como percentual do gasto total em saúde” (WHO, 2018, p. 134).

2.3.3 Integralidade

A atenção à saúde de forma integral se define pela necessidade de agregar as ações de forma articulada à promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde. Essa concepção requer uma análise crítica das práticas de saúde, das suas finalidades e a que se destinam, para quem estão voltadas e qual a concepção de saúde-doença dos agentes do processo de trabalho ao lidarem com o objeto de sua intervenção. Ao definir a integralidade da oferta de ações sintetiza na dupla perspectiva de uma forma de responder às necessidades de saúde dos cidadãos e de um modo de organizar a atenção à saúde:

[...] o que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente esta habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde (MATTOS, 2004, p. 1414).

No sentido de garantir o cuidado aos indivíduos, é necessário integrar os serviços de saúde com ações transversais de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação na RAS. Isso significa instituir um novo modelo organizacional, sustentado em dois pilares fundamentais: a coordenação do cuidado entre a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e a Atenção Primária de Saúde (APS), além da construção da AAE como um ponto de atenção secundária ambulatorial de uma RAS, coordenada pela APS (MENDES, 2019).

Esse modelo de cuidado vem se desenvolvendo no SUS, especialmente pelo Projeto da Planificação da Atenção à Saúde, desenvolvido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em colaboração com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES/SMS), e é um exemplo de abordagem de uma articulação integrada entre a atenção ambulatorial primária e secundária. Nessa proposição, tem-se:

[...] primazia das ações de promoção e prevenção; direito de acesso de atenção nos três níveis da complexidade da assistência médica; conexão das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; pelo conceito da integralidade do indivíduo e das famílias (PAIM, 2012, p. 1100).

No Brasil, esse enfoque se inicia na estratégia de saúde da família (ESF), com os agentes comunitários de saúde (ACS) exercendo uma função de cuidado e de inter-relação entre as pessoas do território e o serviço de saúde, com visitas periódicas às famílias em suas casas. A continuidade do cuidado está inserida no contexto da saúde, na construção das redes de atenção que articulam os serviços e os recursos humanos, mediante critérios epidemiológicos e de regionalização, a partir dos territórios de saúde. O recorte da tipologia de condições de saúde faz-se a partir da forma como os sistemas de saúde se organizam para o cuidado com o usuário, sendo, principalmente, a forma reativa e episódica ou a forma proativa e contínua (MENDES, 2019).

2.3.4 Equipe de saúde

A organização dos serviços de saúde no SUS pressupõe que a equipe de saúde deve ter conhecimento de todas as ações a serem realizadas na unidade e, de forma integrada, proporcionar o acompanhamento das atividades desenvolvidas e realizadas, não só com os “seus pacientes”, mas também aquelas executadas na “sua unidade”, para a população do seu território (MENDES, 2019).

Além disso, as competências e habilidades, diferenciadas por tipos de profissionais (especialistas e generalistas), obedecem aos princípios da divisão técnica do trabalho, que pressupõem relações próximas e coordenadas entre esses profissionais. Os generalistas são os profissionais das equipes da APS que constituem essencialmente os níveis de atenção primária, enquanto os especialistas são os profissionais das equipes de AAE, os quais compõem a atenção secundária nas RAS (MENDES, 2019).

As funções dos generalistas, em quaisquer campos da atividade humana, são: enxergar a organização e suas relações com o ambiente externo; atuar como centros de comunicação entre todas as partes da organização e do ambiente externo; e ajudar a organização a adaptar-se às mudanças internas e externas (MENDES, 2019).

Em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, as equipes de saúde na AAE não devem ser constituídas somente por médicos, pois o trabalho integrado pressupõe uma equipe multidisciplinar. Então, nesses ambulatorios atuam outros profissionais, tais como: assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, profissionais de educação física, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e outros que desenvolvem trabalhos especializados a nível secundário (MENDES, 2019).

Há de se reconhecer que generalistas e especialistas têm formações e competências diferentes. Os generalistas são médicos de família e da comunidade, profissionais imprescindíveis à APS. Quanto à formação, os médicos generalistas devem ser formados e educados em unidades de cuidados primárias, por educadores com conhecimento e experiência nesse nível de atenção (MENDES, 2019).

2.3.5 Financiamento

A Constituição Federal de 1988, além de estabelecer os princípios de universalidade, integralidade e a descentralização ao SUS, também estabelece que tais princípios devem nortear as ações e serviços públicos de saúde, “[...] visando à progressiva redução das disparidades regionais” (BRASIL, 1988). Dessa forma, a saúde passa a ser mais um braço do Estado para o desenvolvimento de regiões carentes, reforçando o mecanismo da repartição de recursos por meio dos fundos de participação de estados e municípios.

No entanto, ao dimensionar os desafios do SUS, um tema recorrente é o financiamento da saúde, que está vinculado à noção de sustentabilidade desse sistema. Tal tema foi motivo para uma análise dos dados dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), com foco no

aperfeiçoamento do SUS. Os resultados fazem parte do livro “Contas de Saúde na Perspectiva da Contabilidade Internacional: Conta SHA para o Brasil, 2015-2019” (GASTO, 2022).

Na análise dos sistemas de saúde, um dos resultados observados foi o rateio dos recursos. Nessa disputa, o sistema suplementar (privado) tem três vezes mais recursos que o sistema público. A saúde suplementar arrecadou 220 bilhões de reais e atendeu 47 milhões de usuários, enquanto o sistema público teve um orçamento atípico de 330 bilhões de reais para atender 210 milhões de brasileiros (GASTO, 2022).

A análise também demonstra que, com relação à manutenção do setor da saúde, no período de 2015 a 2019, o gasto público corrente aumentou de R\$ 231,5 bilhões para R\$ 290,4 bilhões, ou seja, um crescimento nominal de 25,5% nesse período. Esse aumento foi menor que o observado nos regimes privados de pré-pagamento voluntário e de pagamento direto do bolso das famílias, que passaram de R\$ 285,0 bilhões para R\$ 398,0 bilhões, uma alta de 39,6% em termos nominais, como demonstra a Tabela 1 (GASTO, 2022).

Tabela 1. Gasto em saúde no Brasil (em bilhões de reais) em 2015 e 2019.

Gastos Correntes	2015	2019	Crescimento
Público	231,5	290,4	25,4 %
Privado	285,0	398,0	39,6 %

Fonte: Adaptado de Gasto (2022).

Outro resultado dessa análise é que, no período de 2015 a 2019, a atenção curativa representou metade das despesas em saúde (49,8%), seguida por 20,5% de gastos em medicamentos e artigos médicos, e 11,3% em exames complementares. No conjunto, responderam por 81,5% do total dos gastos, com participação menor na prevenção, promoção e vigilância em saúde, dos cuidados de longo prazo e da reabilitação e gestão (GASTO, 2022).

Nota-se também os dados sobre a participação de cada regime de financiamento no gasto com a saúde em 2019, de acordo com as ações realizadas. Nessa análise, chama a atenção que as despesas com prevenção, promoção e vigilância em saúde são, em sua maior parte, financiadas por regimes governamentais, notadamente, pelo SUS, responsável por 89,6% destas (GASTO, 2022). Esses dados demonstram que o financiamento da saúde no Brasil é contrário aos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), de forma que os regimes privados representaram 5,4% do Produto Interno Bruto (PIB) e os regimes públicos, 3,9% (Tabela 2).

Tabela 2. Percentual do PIB gasto em saúde no Brasil e nos países da OCDE, em 2019.

Países	PIB Público	PIB Privado
Brasil	3,9	5,4
País da OCDE	6,1	2,1

Fonte: Adaptado de Gasto (2022).

De modo geral, a publicação revela que, em média, em 2019, pessoas cobertas por plano de saúde, realizando desembolso direto e com cobertura para o SUS, usufruíram de cinco vezes mais recursos quando comparadas àquelas cobertas apenas pelo SUS (sem planos de saúde nem desembolso direto) “Cabe lembrar que o SUS é um direito de todos os brasileiros e ainda cobre estrangeiros que vivem no país, ao passo que os planos e seguros de saúde cobrem menos de 27% da população residente” (GASTO, 2022).

Portanto, o gasto privado do setor de saúde vem aumentando em termos reais e, para que esse crescimento não contribua com mais iniquidade nos sistemas de saúde, é preciso conhecer as possibilidades de mix público-privado, para que sejam estabelecidos critérios de organização, gasto e uso do sistema de saúde como um todo.

2.3.6 Regulação

Diante dos modelos de atenção à saúde, discute-se sobre quais seriam os valores da sociedade que determinam a forma como operam na prática social, além da competição ou cooperação dos atores sociais que os compõem, conforme verifica-se no Quadro 1.

Quadro 1. Características dos sistemas de saúde do Brasil.

Valores	Posição Liberalista (importância do sucesso pessoal e da liberdade individual em face dos poderes políticos de coerção)	Posição Igualitária (importância da igualdade de chances)
1. Responsabilidade pessoal	Toda recompensa deve ser merecida (como os cuidados à saúde).	Determinados bens (como os serviços de saúde e a educação) são direitos, mais que privilégios.
2. Consciência social	A caridade da filantropia são meios de auxiliar aqueles que não obtêm sucesso.	O Estado deve implantar mecanismo para evitar o uso da caridade, que é degradante e imprevisível para o indivíduo.

3. Liberdade	A intervenção do Estado dificulta as liberdades individuais.	O Estado deve garantir que as liberdades individuais possam ser expressas, ou seja, que os indivíduos possam fazer escolhas.
4. Igualdade	Reconhecimento da igualdade perante a lei.	É preciso, primeiramente, que as oportunidades sejam iguais para que os indivíduos possam se realizar.

Fonte: Adaptado de Pineault 2016 (Desafios do SUS, 2019, p .40)

O único instrumento normativo que é reconhecido pelos gestores/empresários e representantes das entidades médicas desta pesquisa é a Resolução nº 2.170/2018, que estabelece regras para a atuação das Clínicas Médicas de Atendimento Ambulatorial, dentre essas as CPS (CFM, 2018). Em sentido inverso, a legislação do SUS é vasta e aposta no modelo de participação da comunidade para o acompanhamento das ações e serviços de saúde, por intermédio de uma interação com a comunidade (CF, 1988); (Leis 8.080 e 8.192/1990).

2.3.7 Desafios

As divergências entre os sistemas fragmentados e os organizados em RAS apresentam-se como desafios para o SUS, conforme verifica-se no Quadro 2.

Quadro 2. Características dos sistemas de saúde do Brasil.

Característica	Sistema fragmentado	RAS
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela APS
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto-atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
População	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adstrita, estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente corresponsável pela própria saúde
A forma da ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária,

		realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária, com busca ativa
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais, e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de atenção à saúde	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais, e sobre as condições de saúde estabelecidas
Sistema de gestão	Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, da APS, dos ambulatórios especializados, etc.)	Governança sistêmica que integre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede
Planejamento	Planejamento da oferta, e baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores	Planejamento das necessidades, definido pela situação das condições de saúde da população adscrita e de seus valores e preferências
Ênfase do cuidado	Cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos	Atenção multiprofissional interdisciplinar
Conhecimento e ações clínicas	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos	Partilhadas por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das RAS	Integrada a partir de cartão de identidade das pessoas usuárias e de prontuários eletrônicos, e articulada em todos os componentes das RAS
Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos por uma lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento baseado em valor e voltado para toda a RAS
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde, com presença na governança da rede

Fonte: Adaptado de Mendes (2011) (Desafios do SUS, 2019, p. 170).

2.3.8 Os vazios assistenciais

Um tema que é recorrentemente citado como um dos aspectos mais críticos nas pesquisas de satisfação do usuário ao avaliar o atendimento prestado pelos serviços de saúde é

o tempo de espera por consultas médicas e os serviços com finalidade diagnóstica (IBGE/IPEA, 2010). Para Lapa (2014, p. 56), a insatisfação dos usuários é fruto de um desequilíbrio entre a oferta e a demanda pelos serviços ambulatoriais especializados de saúde, que gera os vazios assistenciais e motiva o crescimento dos serviços privados de saúde, considerados como uma alternativa à precária assistência médica oferecida pelo Estado.

Na concepção de vários autores, esse vazio assistencial é atribuído ao aumento da demanda, sobretudo decorrente da ampliação da cobertura da atenção básica, do aumento da expectativa de vida e da prevalência das doenças crônicas, acrescido à insuficiência de recursos e serviços (BENDER; MOLINA; MELLO, 2011; CANO *et al.*, 2003; SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010; VIEIRA, 2007). Cabe, assim, uma reflexão sobre a oferta e a demanda para o acesso a consultas médicas com especialistas e procedimentos com finalidade diagnóstica, que compreendem um conjunto de ações e serviços de saúde denominado de AEE ou, na linguagem mais tradicional, a média complexidade.

Nesse sentido, foram descritos um recorte constitutivo das suas concepções teóricas, a diversidade de procedimentos que compreendem esse nível de atenção à saúde e como se articulam dentro de uma lógica de hierarquização e regulação que constitui o SUS. Além disso, considerou-se ainda as especificidades da cidade onde a pesquisa foi realizada e como esses fatores se organizam para a prestação da atenção à saúde.

Assim, o recorte da pesquisa é a AAE, que apresenta diferentes concepções e é compreendida, muitas vezes, de forma reducionista como sendo, exclusivamente, a oferta da assistência à saúde, seja pelo setor privado (empresarial) ou pelo setor público. Isso não se deve apenas ao viés interpretativo, mas também às dificuldades de implantar essa dimensão de permitir a todos os cidadãos a integralidade do cuidado na atenção à saúde.

Segundo a concepção de Valderas e colaboradores (2009, p. 104, tradução nossa), a AAE abrange “o campo de médicos especialistas na atenção às condições de saúde incomuns para a atenção primária de saúde e que exigem alto grau de conhecimento técnico ou de equipamento especializado”. À medida que as bases teóricas sobre a AAE vão avançando e ganhando novos espaços, surgem novos posicionamentos sobre a integração desse campo de atuação com a atenção primária. Esse modelo integrado aparece na literatura como matriciamento (CAMPOS, 1999), uma forma de organização em rede que se integra em um único microssistema clínico, em que mesmo a AAE e a APS operando em unidades diferentes (MENDES, 2011), atuam no cuidado compartilhado (TESSER; POLI NETO, 2017).

Por essas razões, não há uma conceituação única para a AAE, de forma que, no SUS, é conhecida como média complexidade e é desenvolvida em diversos tipos de estabelecimentos

de saúde, tais como: ambulatórios de especialidades médicas, centros de especialidades médicas, policlínicas e outros arranjos públicos e privados. Tais pontos de atenção podem ser localizados em hospitais ou isoladamente. Além disso, a AAE tem a função de garantir a retaguarda técnica dos usuários, cujos processos de diagnóstico e tratamento fundamentam-se em um vínculo principal com a rede básica que deve ser preservado (MENDES, 2019).

Alguns estudos com abordagens distintas contemplaram avaliações semelhantes entre eles ao considerar que a resolutividade da atenção básica depende, em grande medida, do acesso a exames e serviços especializados (ESCOREL *et al.*, 2007; FEUERWERKER, 2005; TEIXEIRA, 2003;). Nesse sentido, a média complexidade se constitui em um “verdadeiro anteparo para o bom desempenho do sistema de saúde” (GOTTEMS *et al.*, 2008, p. 28-29). Dessa forma, é notável a diversidade de ações compreendidas no nível de atenção especializada, que inclui além das especialidades médicas, os procedimentos com finalidade diagnóstica (Quadros 3 e 4).

Quadro 3. Relação de especialidades médicas reconhecidas pelo CFM no Brasil em 2018.

1. Acupuntura	21. Gastroenterologia	41. Neurologia
2. Alergia e imunologia	22. Genética médica	42. Nutrologia
3. Anestesiologia	23. Geriatria	43. Oftalmologia
4. Angiologia	24. Ginecologia e obstetrícia	44. Oncologia clínica
5. Cardiologia	25. Hematologia e hemoterapia	45. Ortopedia e traumatologia
6. Cirurgia cardiovascular	26. Homeopatia	46. Otorrinolaringologia
7. Cirurgia da mão	27. Infectologia	47. Patologia
8. Cirurgia de cabeça e pescoço	28. Mastologia	48. Patologia clínica/ Medicina Laboratorial
9. Cirurgia do aparelho digestivo	29. Medicina de emergência	49. Pediatria
10. Cirurgia geral	30. Medicina de família e comunidade	50. Pneumologia
11. Cirurgia oncológica	31. Medicina do trabalho	51. Psiquiatria
12. Cirurgia pediátrica	32. Medicina do tráfego	52. Radiologia e diagnóstico por imagem
13. Cirurgia plástica	33. Medicina esportiva	53. Radioterapia
14. Cirurgia torácica	34. Medicina física e reabilitação	54. Reumatologia
15. Cirurgia vascular	35. Medicina intensiva	55. Urologia

16. Clínica médica	36. Medicina legal e perícia médica	
17. Coloproctologia	37. Medicina nuclear	
18. Dermatologia	38. Medicina preventiva e social	
19. Endocrinologia e metabologia	39. Nefrologia	
20. Endoscopia	40. Neurocirurgia	

Fonte: Resolução CFM nº 2.221 (2018).

Quadro 4. Principais grupos de procedimentos com finalidade diagnóstica.

Coleta de material
Diagnóstico em laboratório clínico
Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia
Diagnóstico por radiologia
Diagnóstico por ultrassonografia
Diagnóstico por tomografia
Diagnóstico por ressonância magnética
Diagnóstico por medicina nuclear in vivo
Diagnóstico por endoscopia
Diagnóstico por radiologia intervencionista
Métodos diagnósticos em especialidades
Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia
Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental
Diagnóstico por teste rápido

Fonte: Ministério da Saúde – SIGTAP 2022.

2.3.9 Ofertas e demandas das consultas especializadas

Nesse estudo foram avaliadas a oferta de consultas especializadas pelo SUS e as especialidades com maior dificuldade de acesso. A oferta de serviços de saúde no Brasil é feita pelo SUS e pelo setor privado e, para medi-la, foram coletados dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (SIA/SUS) e pelo mapa assistencial da saúde suplementar no Brasil (IESS), que armazenam dados sobre a rede de serviços. Com relação ao número de consultas especializadas, no período de 2015 a 2020, em toda a série, existe um predomínio da participação dos planos e seguros privados, como demonstra a Tabela 3.

Tabela 3. Consultas médicas especializadas realizadas no setor público e privado do Brasil, de 2015 a 2020.

SETOR	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
PRIVADO	211.558.757	216.402.864	214.317.411	216.425.239	219.844.303	164.400.887	1.242.949.461
SUS	100.066.723	96.883.409	96.035.171	99.931.788	104.282.255	75.860.076	573.059.422

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Assim, os resultados apontam que a população com cobertura de serviços privados, representando aproximadamente 27% da população brasileira, acessa mais consultas médicas especializadas do que a população que utiliza apenas o SUS (aproximadamente 73%).

Tabela 4. Consultas médicas na atenção especializada no Brasil de 2015 a 2020.

SUS	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	100.066.723	96.883.409	96.035.171	99.931.788	104.282.255	75.860.076	573.059.422

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Essa oferta de serviços de saúde assistenciais vem obedecendo aos critérios estabelecidos inicialmente pela portaria nº 3.046/1982 do MPAS, que foi proposta como uma das soluções de estagnação da conjuntura política e econômica. Assim, foram formulados parâmetros que tinham o intuito de racionalizar as despesas com assistência médica da população previdenciária. Ademais, visava reduzir os gastos, ajustar a oferta de serviços contratados e conveniados pelo INAMPS e eliminar ou reduzir as fraudes que ocorriam até então (BOMFIM 2011, p. 369).

Em 12 de junho de 2002, a portaria MPAS nº 3046/1982 foi revogada com a publicação de uma nova portaria GM/MS nº 1.101/2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 1), que adicionou novos parâmetros de cobertura para as consultas médicas de urgência especializadas, tais como: cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumatológico-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames ultrassonográficos, diagnose, fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses, anestesia, ressonância magnética, medicina nuclear *in vitro*, tomografia computadorizada e hemoterapia, entre outros (SOUZA E LAGES, 2012, p. 178).

O MS, em articulação com os Estados e municípios, revisou essa lógica com base nas restrições financeiras, séries históricas da oferta de serviços ou outros condicionantes e adotou

um modelo de atenção à saúde que se orienta pelas necessidades da saúde da população conforme a portaria MS 1.631/2015. Nessa nova normativa há aplicação dos parâmetros que indicam um déficit importante para todas as especialidades básicas. Análise por região indica déficit de clínicos, pediatras e gineco-obstetras para todas as regiões e de cirurgião geral para as regiões Norte e Nordeste.

Ressalta-se que, do ponto de vista dos órgãos oficiais, foram revistos os critérios de programação da referida portaria, frente às necessidades da população e a reorganização dos processos mediante às redes de atenção. No entanto, na nossa percepção, as dificuldades enfrentadas pelos gestores públicos municipais são de conhecimento geral, sobretudo em municípios pequenos, principalmente, quanto ao acesso às informações, à tecnologia, ao poder decisório frente à gestão municipal e ao financiamento.

Além das dificuldades relacionadas à oferta de serviços de saúde mediante às necessidades da população, há também o contexto socioeconômico das regiões, com indicadores de saúde que se situam abaixo da média nacional, tal como foi observado na cidade do Nordeste onde foi realizada essa pesquisa. A cidade do Nordeste está inserida em uma configuração de Rede de Serviços de Saúde regionalizada e determinada pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), concentrando a maioria dos estabelecimentos de saúde, especialmente nos serviços especializados.

Segundo a Demografia Médica (2020), a oferta de médicos na região Nordeste era de 1,68 para cada 1.000 habitantes, situando-se abaixo da média nacional de 2,48 para cada 1.000 habitantes. Além da desigualdade na distribuição regional há também uma divergência entre o número de médicos generalistas e especialistas, de forma que a média nacional é 1,56 especialistas para cada generalista, enquanto no Nordeste essa razão foi de 1,25 (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Com relação à oferta de serviços ambulatoriais especializados na área privada há uma lacuna para uma análise da disponibilidade de consultas especializadas para a população, embora no município da pesquisa o percentual de beneficiários da rede privada seja um dos menores do país.

Ao avaliar a organização da assistência à saúde no nível secundário, percebe-se que a oferta de consultas médicas é um grande desafio para os municípios de regiões com menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do país, como o Nordeste. Assim, observa-se que, pelos dados de 2022 da central de regulação ambulatorial da Secretaria Estadual de Saúde (SES), o tempo médio de espera pela primeira consulta com médico especialista, a depender da

especialidade, pode demandar até 223 dias, em média (Desvio-padrão = 254, Mediana = 106) (SES, 2022).

Vale ressaltar que o tempo médio mencionado é uma consequência da forma como se organiza o sistema de saúde, ainda com restrições orçamentárias, por série histórica de procedimentos, sem a regulação das consultas médicas oferecidas pelo privado. Essa demora também é atribuída à subdivisão das especialidades médicas, que tem um número menor de profissionais disponíveis. Nesse sentido, a oferta de consultas especializadas vem crescendo, embora não seja possível delimitar o número de pessoas que foram provenientes da atenção primária de saúde, conforme se observa na Tabela 5.

Tabela 5. Consultas médicas especializadas segundo as regiões do Brasil de 2015 a 2020.

SUS	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Região Nordeste	19.971.909	19.588.765	19.784.789	21.842.331	24.475.946	20.748.649	126.412.389
Cidade do Nordeste	3.251.803	3.119.302	2.981.314	3.886.140	5.306.627	8.606.306	27.151.492

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Uma limitação ao estudo relaciona-se às fronteiras não precisas entre a atenção especializada e a atenção básica. A abrangência da atenção básica depende de definições políticas, adotadas em função das circunstâncias sociais e econômicas conjunturais. Assim, a circunscrição das áreas de responsabilidade de uma e de outra se dá, atualmente, de forma muito heterogênea, determinada por diferentes lógicas.

A dificuldade mais explícita é a do financiamento, pois existem diferentes critérios de valoração e de alocação de recursos pelo SUS entre as áreas básicas e as ditas especializadas. A mesma lógica corrobora, ainda, as subdivisões em média e alta complexidade (na verdade, médio e alto custo), pois se fundamenta na diferença de remuneração de procedimentos destinados a cada um dos níveis, a partir das tabelas originalmente utilizadas para normatizar as transferências de recursos aos entes públicos e privados integrantes do SUS, ou seja, os dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

3 CLÍNICA POPULAR DE SAÚDE

O primeiro momento de aproximação com o objeto de pesquisa foi ao conhecer a literatura sobre as CPS e como os autores qualificam essas empresas médicas de natureza privada no setor de saúde. Para realizar as buscas bibliográficas, inseriu-se os seguintes descritores: “Clínicas Populares de Saúde”, “Clínicas Populares” e “*Walk'in Clinics*” nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Entretanto, nenhum resultado foi encontrado, pelo fato de não haver nenhum descritor em ciências da saúde em português que se refere a esses estabelecimentos de saúde.

Em outro momento, os mesmos descritores “Clínicas Populares de Saúde” e “Clínicas Populares” foram inseridos na plataforma *Google Acadêmico*, resultando em dissertações nas áreas de Saúde Coletiva (VICTALINO, 2004); Geografia (GODOY, 2015); Ciências Econômicas (LAPA, 2014); Administração (SOARES, 2018); Saúde Pública (JURCA, 2018); e Administração Hospitalar (ALMEIDA; BARBOSA; MATTOSO, 2018; FERREIRA; LIMA; FERREIRA NETO, 2019; SILVA, 2019). Estas pesquisas são apresentadas no Quadro 5.

3.1 CARACTERIZAÇÃO E O CONTEXTO

As CPS se constituíram no mercado desde 1990 e os pressupostos para o surgimento desses estabelecimentos de saúde são sustentados por duas razões: pelo vazio deixado pelo setor público, que não consegue responder aos desafios que lhe são impostos; e pela impossibilidade de amplas camadas da população brasileira comprarem serviços de saúde no “mercado tradicional”, configurado pelos planos e seguros, e por prestadores privados. Assim, as CPS despontaram como uma possibilidade de acesso aos serviços de saúde (VICTALINO, 2004).

A aceitação social que alguns autores atribuem às CPS baseia-se na crença de que o setor privado é mais eficiente do que o setor público, possibilitando que novos espaços para empresas de saúde possam se inserir nesse segmento, estabelecendo uma relação de compra e venda de assistência médica privada e projetando uma ideia de que estão garantindo o acesso à saúde (ALMEIDA; BARBOSA; MATTOSO, 2018; FERREIRA; LIMA; FERREIRA NETO, 2019; SILVA, 2019).

Cabe ainda considerar como foi financiada a expansão das empresas de saúde no Brasil, em que o autor Andrietta (2019), na sua tese “Acumulação do Capital na saúde brasileira”, identifica que houve ao menos três possibilidades exploradas pelas empresas de saúde para essa

expansão, entre elas: a obtenção de empréstimos públicos ou privados junto ao IFC (2007, 2011 e 2014), ao Santander (2011), ao Bradesco (2015), ao BNDES (2015 e 2016) e ao JP Morgan (2015). A segunda foi a emissão de debêntures (2011, 2012, 2013 e 2016) e, por fim, a participação de instituições financeiras e grandes fundos internacionais.

As empresas resultantes dessas tendências apontam para um aumento da diversidade de oferta de serviços de saúde, que podem atuar com questionável regulação e menor capacidade de resposta às necessidades sociais de saúde individual e coletiva. Com isso, elevam-se os riscos de se aumentar os níveis de desigualdades em saúde no Brasil, ao gerar desequilíbrios e tensões na experiência de cidadania como direito ou como capacidade de consumo.

3.2 CPS NA VISÃO DA ACADEMIA E ÓRGÃOS OFICIAIS

Nesta pesquisa, duas principais perspectivas são usadas para interpretar e compreender as CPS. Uma delas, é a dos pesquisadores que vêm considerando as CPS como objeto de interesse em suas pesquisas em diferentes áreas. Por outro lado, os órgãos oficiais estatais, que têm as CPS como objeto de regulação, buscam defini-las na perspectiva de normatizar sua atuação e funcionamento a partir da lógica de um serviço de saúde que compõe o sistema de saúde.

3.2.1 Academia

Observa-se que as CPS não apresentam um marco conceitual bem definido, existindo diversas interpretações que buscam compreender e relatar o papel dessas empresas no setor de saúde. Essa forma de organização faz parte de um conjunto de relações que precisam ser compreendidas a partir de diversas concepções, estudando a dinâmica do seu processo de constituição e expansão, além de identificar as suas estratégias de consolidação e desenvolvimento.

Em princípio, é preciso compreender as percepções e significados dessas empresas médicas para os pesquisadores. Na área de saúde coletiva, Victalino (2004) explica o surgimento das CPS como uma nova forma de prestação de serviços de saúde, resultado da ineficácia do SUS pelo “vazio” deixado no sistema público.

Na visão do autor, as CPS são organizadas como empresas do setor privado e vêm se colocando no mercado a partir de estratégias de *marketing*. Além disso, oferecem serviços ambulatoriais a preços abaixo dos que são cobrados usualmente por outros serviços privados,

visando atingir parcelas da população que não podem obter planos de saúde. Entretanto, ressalta que esse movimento é permitido porque a demanda pública é deixada no mercado como uma fatia de consumidores dos serviços privados de saúde (VICTALINO, 2004).

Após um período de 10 anos de ausência das pesquisas sobre as CPS, encontrou-se o estudo realizado por Lapa (2014), denominado de “As Clínicas Populares como uma alternativa à saúde no Brasil: um estudo de caso em uma Clínica Popular”. A autora aborda a criação, o crescimento e a caracterização desses estabelecimentos de saúde no Ceará, tendo como principal propósito explorar o papel alternativo que vêm desempenhando ao subsistema público de saúde.

Quanto à denominação genérica que é atribuída a esses estabelecimentos de saúde, a autora menciona que o nome “popular” se refere aos preços dos serviços ofertados e ainda ressalta que a maior procura desses estabelecimentos de saúde por parte da clientela visa as consultas médicas. Nessa oferta estão também os exames de diagnóstico e procedimentos de curta permanência, que podem ser realizados pelos serviços próprios ou por intermédio de parcerias privadas, variando de acordo com os estabelecimentos de saúde (LAPA, 2014).

O aspecto institucional da criação do SUS, no âmbito da universalização da saúde, criou uma expectativa muito grande de que, a partir da concepção desse direito, todos os problemas relacionados ao acesso à saúde seriam resolvidos. Entretanto, são muitos os desafios do SUS no que diz respeito ao financiamento, à diversidade regional e ao escasso parque tecnológico nas regiões Norte e Nordeste. É nesse contexto que as CPS surgiram, como resultado da ineficácia do serviço privado e da ineficiência do setor público (LAPA, 2014).

Com esse mesmo entendimento e pressupondo a insatisfação dos consumidores com os serviços privados, pelos excessivos custos e a burocracia adotada para a autorização de serviços ofertados, Godoy (2015) aponta que as CPS se ajustaram no mercado como uma espécie de “terceira via”. Para a autora, os déficits da saúde pública intensificam-se pelas más condições de atendimento nos serviços básicos de saúde, fato que acarreta o agravamento da saúde da população e, em longo prazo, promove as intensas demandas por serviços de média e alta complexidade (GODOY, 2015).

Além disso, a autora ainda acrescenta que essa expansão das empresas privadas de saúde de cunho popular, na última década, foi resultado das mudanças no padrão de consumo de grande parte dos brasileiros, que, até então, não incluíam os gastos com a saúde como um item relevante nas despesas familiares. Com as facilidades de crédito e as mudanças do padrão de consumo da nova classe média brasileira, o mercado de saúde inovou e criou as denominadas “clínicas médicas populares” (GODOY, 2015).

Assim, os discursos das pesquisadoras enfatizam que as CPS são uma “alternativa ao SUS” porque encontraram um espaço para o seu crescimento e surgiram com a proposta de preencher um “vazio” deixado pelo atendimento público, juntamente a uma demanda reprimida pelos planos privados. Essa afirmação é enfatizada em outras pesquisas, que passam a se utilizar desses argumentos de fragilidade do SUS (ALMEIDA; BARBOSA; MATTOSO, 2018; FERREIRA; LIMA; FERREIRA NETO, 2019; GODOY, 2015; LAPA, 2014; SOARES, 2018; VICTALINO, 2004).

Essa expansão da rede privada com pagamentos diretos em CPS coloca em discussão vários aspectos da sociedade moderna e relaciona a compra e venda de assistência médica privada a uma falsa noção de que o sujeito pode exigir seus direitos à medida que ele paga. O consumidor estaria disposto a pagar e ter o seu produto de forma imediata, enquanto a empresa deveria trabalhar com a máxima eficiência e previsibilidade (JURCA, 2018).

Essa forma de organização faz parte de um conjunto de relações que precisam ser compreendidas a partir da concepção dos seus atores, das suas características e atributos no modelo de assistência e suas diferenças em relação ao modelo de atenção universal do SUS, destacando a atuação das CPS na oferta de serviços de saúde e sua relação com o direito social à saúde. É o que constitui o objetivo nesta pesquisa.

Quadro 5. Principais achados e limitações descritas nas pesquisas encontradas sobre as CPS no Brasil, período 2020 a 2021.

AUTOR/ANO/ ÁREA	TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS ACHADOS	LIMITAÇÕES
Vitalino (2004) Saúde Coletiva	Consultório Privado para população de baixa renda: O caso das “Clínicas Populares” na cidade do Recife.	Realizar um diagnóstico situacional das CPS existentes na cidade do Recife, dirigido à caracterização desses estabelecimentos no sentido de investigar o papel complementar que vêm desempenhando na assistência à saúde, e compreender os aspectos do trabalho médico, tal como se dá nessa forma de organização da prestação de serviços privados do setor.	1). Expansão notável das CPS em Recife; 2). Estes estabelecimentos se valem de diversos mecanismos de captação de clientela, dirigidos tanto à população de baixa renda, quanto às camadas médias empobrecidas da cidade da região metropolitana; 3). As CPS desenvolvem estratégias para manter cativas suas clientelas; como uma mercadoria, a assistência à saúde tem valores fixados, e o cuidado é estruturado a partir de regras internas de cada estabelecimento; 4). Os planos próprios ou os cartões fidelidades, gerenciados por cada estabelecimento, não possuem o registro obrigatório da ANS, desobedecendo às Leis de nº 9.656/1982 e nº 9.961/2000.	Relação fornecida pela Vigilância Sanitária com endereços e telefones desatualizados, e outros incompletos. Segundo a autora, o recorte adotado foi a relação fornecida pela Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde de Recife, sendo excluídos os prestadores de serviços, considerados como aqueles que apenas realizam procedimentos de complementação diagnóstica, como raios X, exames laboratoriais e ressonância magnética. Ressalta-se a necessidade de esclarecer melhor o que são considerados como CPS no estudo.
Lapa (2014) Ciências Econômicas	As Clínicas Populares como uma alternativa à saúde no Brasil: Um estudo de caso em uma Clínica Popular	Apresentar o surgimento e difusão das CPS dentro de um segmento do subsistema privado de saúde voltado à população de baixa renda, localizadas no estado do Ceará; Abordar a caracterização desses estabelecimentos, tendo como principal propósito explorar o papel alternativo que vêm desempenhando ao subsistema	1). A autora argumenta que há uma concentração dos serviços de saúde na capital do Ceará, em decorrência do processo tardio de descentralização dos serviços de saúde para o interior do estado; 2). A ineficácia do serviço público acarretou um fenômeno que ficou conhecido como “universalização excludente”, que retrata a entrada dos usuários insatisfeitos com o	A autora não define as CPS como objeto do seu estudo, e dialoga muito pouco sobre a regulamentação desses estabelecimentos de saúde.

		público de saúde.	atendimento público no setor privado de saúde; 3).A regulamentação do setor de planos de saúde significou grandes transformações, tais como o aumento nos custos e a maior rigidez na sua legislação, o que deu oportunidade para a criação de outras possibilidades no âmbito privado, entre essas a criação das CPS, como alternativa ao SUS e aos planos.	
Godoy (2015) Geografia	A geografia dos serviços e equipamentos da saúde: A expansão das “Clínicas Médicas Populares” no Centro em Fortaleza - CE.	Compreender a relação existente entre a inserção das CPS e as deficiências presentes no SUS, com base em autores que tratam da dinâmica socioespacial na geografia urbana e da rede de distribuição dos serviços de saúde no país; Discutir o posicionamento da saúde estadual no cenário nacional, a influência regional dos serviços de saúde em Fortaleza, a importância das clínicas populares diante da precariedade do sistema público de saúde e as recentes mudanças do padrão de consumo das famílias brasileiras; Abordar a refuncionalização do bairro Centro impulsionada pela instalação das CPS.	1). A autora conclui que as CPS possuem um papel relevante diante das deficiências apresentadas pelo setor da saúde pública estadual. Que a inserção das CPS se ajustou como uma espécie de terceira via, em que o “doente” tem mais uma opção de tratamento ao seu alcance; 2). As CPS se inserem em um nicho de mercado que se expandiu com o auxílio das brechas do sistema público de saúde. Seu surgimento não ocorreu de forma singular, mas tratou-se de um negócio bem-sucedido, que foi reproduzido por empresários em todo o país, sendo comum a presença nos centros das várias cidades brasileiras.	Dificuldades no acesso aos dados, devido às questões burocráticas dos órgãos públicos ou mesmo à falta., além de negativas de algumas clínicas pesquisadas em responder aos questionários aplicados.
Jurca (2018), Saúde Pública	As novas articulações entre consumo e assistência médica privada na reorganização da saúde, como mercadoria.	Investigar o usuário/consumidor no setor privado de saúde.	As contradições e a ocupação de espaços e interesses aparentemente antagonicos, no tabuleiro político e social, exigem as chaves	Não dialoga sobre a definição das CPS como objeto de estudo, e não comenta sobre a forma de regulamentação a partir da academia

			interpretativas mais adequadas à análise da popularização das clínicas médicas particulares no cotidiano dos indivíduos da periferia de São Paulo. Assim, a partir da análise sociológica, observa-se um espaço de crescimento da oferta de serviços privados de saúde, de forma a incluir o indivíduo de baixa renda no setor privado do sistema de saúde brasileiro.	e do Estado.
Soares (2018) Administração	Clínicas Médicas Populares: Estudo das variáveis de satisfação que influenciam na lealdade do usuário.	Quais as variáveis geradoras de satisfação nos serviços das CPS que contribuem para a lealdade dos seus usuários? Teve como objetivo geral identificar as variáveis construtoras de satisfação e sua contribuição na promoção da lealdade junto a usuários de CPS.	Apresenta algumas premissas que devem ser levadas em consideração quando se estuda o comportamento do consumidor de um produto ou serviço de saúde: a). A aquisição de um serviço de saúde é racional, ou seja, está baseada em necessidades emergenciais; b). O comportamento de um consumidor de saúde está interligado entre necessidades e possibilidades; c). Normalmente a opinião dos consumidores de saúde é influenciada; desta forma, deve-se trabalhar os formadores de opinião e as comunidades; d). Os consumidores de serviços de saúde precisam ser informados, pois carecem de orientação de quando devem realizar exames periódicos e preventivos.	A amostragem utilizada não reflete em si os resultados da totalidade da população estudada, limitando-se somente aos entrevistados. O pesquisador não pôde devido à carga horária de trabalho externo, coletar todos os dados pessoalmente e em horários alternados, além de se limitar a apenas duas unidades das CPS, coletando um universo limitado de especialidades.
Almeida, Barbosa e Mattoso (2018) Administração Hospitalar	Inovação em Clínicas Populares de Saúde: um estudo de múltiplos casos na região do extremo Sul da Bahia.	Ampliar o conhecimento que se tem sobre essa nova classe emergente, e suas demandas em termos de serviços que são novos para este	Indicam que esses estabelecimentos de saúde tratam as necessidades de saúde do usuário como um produto de consumo que não pode ser adiado, o que reduz o poder de barganha do	Impossibilidade de fazer generalizações estatísticas quanto aos resultados encontrados, uma vez que isso exigiria a adoção de instrumentos estatísticos,

		público.	consumidor / paciente.	característica da pesquisa quantitativa.
Ferreira, Lima, Ferreira Neto (2019) Administração Hospitalar	A qualidade do atendimento em uma Clínica Médica Popular na percepção de seus usuários.	Verificar qual a percepção dos consumidores em relação à prestação de serviços dispensados aos usuários das CPS.	Os serviços prestados pela CPS têm como resultados positivos a estrutura oferecida pelo estabelecimento, valores mais acessíveis, cumprimento dos prazos e pontualidade dos profissionais.	A visão do pesquisador é voltada para as CPS como uma Empresa que oferece produtos no mercado que precisa crescer e expandir seus serviços no mercado.
Silva (2019) Administração Hospitalar	Eficiência Alocativa: Gestão e economia da empresa Superclínicas no MA.	Identificar a eficácia dos indicadores de produtividade e gestão que podem contribuir no desempenho das empresas Superclínica.	A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem preconizado a adoção de indicadores padronizados, e que tem como foco avaliar a produtividade das empresas.	Indicam que esses estabelecimentos de saúde tratam as necessidades de saúde do usuário como um produto de consumo que não pode ser adiado, o que reduz o poder de barganha do consumidor/paciente.

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

3.2.2 Órgãos oficiais na construção de uma identidade

A forma como os órgãos oficiais estabelecem as suas relações com as CPS ainda é uma lacuna. Assim, é necessário refletir sobre a complexidade implicada nesse processo, especialmente, quando os órgãos oficiais, tais como: Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), legitimam a criação dos estabelecimentos de saúde. Mesmo sem possuir uma definição para as clínicas médicas populares, é comum que as empresas registrem o termo “popular” como nome fantasia (GODOY, 2015).

De acordo com as pesquisadoras Godoy (2015), Lapa (2014) e Victalino (2004), não existe um marco teórico conceitual sobre as CPS. O que se observa nos achados das pesquisas são conceitos circunscritos às especificidades locais de onde as CPS estão instaladas. No entanto, no nível mais básico de características, são todas semelhantes quanto aos serviços prestados e quanto à constituição de sua natureza jurídica/empresas médicas, portanto, devem ser regulamentadas pelo Conselho Regional de Medicina (CRM).

Essa interpretação decorre do Instrumento Normativo (Resolução do CFM n.º 2.170/2017) que, no uso de suas atribuições, imputa um conceito às CPS. Dessa normatização, deduz-se que as CPS são empresas de natureza privada, constituindo-se sob a forma de uma unidade socioeconômica organizada, de produção e circulação de bens e serviços para o mercado, integrada por elementos humanos, técnicos e materiais (CFM, 2017).

Entretanto, o tema da regulamentação aparece nas pesquisas com uma certa nebulosidade, como se observa no comentário da pesquisadora: “O curioso é que os proprietários de algumas destas clínicas que possuem apenas algumas das referidas documentações, atribuem parte da responsabilidade da ausência do registro junto ao CREMEC, às políticas burocráticas adotadas pelo Órgão” (LAPA, 2014).

Nesse movimento de mudanças, independente de uma conceituação legal que crie uma identidade, as CPS atravessam um processo de consolidação, adotando um novo paradigma de negócios que necessita de investimentos. Segundo a pesquisa de Jurca (2018), foi canalizado dinheiro (investimento de fundos privados estrangeiros) para o setor da saúde, identificado como uma das principais áreas de investimento no Brasil, de acordo com o estudo realizado pela *Aspen Network of Development Entrepreneurs* (ANDE, 2014), sendo os critérios de elegibilidade para esse investimento: modelo de negócio sustentável comprovado; tratamento justo de clientes; impacto social significativo; capacidade, integridade do proprietário e gestão; e necessidade real de financiamento (JURCA, 2018).

À medida em que a saúde se torna foco de capital estrangeiro, a questão que se apresenta é a aprovação da Lei nº 13.097/2015, que alterou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Até então, a presença de capitais externos estava restrita aos organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas (ONU), às entidades de cooperação técnica e às de financiamento e empréstimos. Assim, com a nova redação dada pela Lei nº 13.097, o art. 23 da Lei nº 8.080/90 passou a permitir:

[...] a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: I – doações de organismos internacionais vinculados à Organização das 3 Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; II – pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e b) ações e pesquisas de planejamento familiar; III – serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e IV – demais casos previstos em legislação específica (BRASIL, 1990a).

Esse percurso tem continuidade com a segunda alteração decorrente do art. 142, da Lei nº 13.097/2015, com a inclusão do art. 53-A na Lei nº 8.080/1990, o qual estabelece que:

[...] na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros (BRASIL, 1990a)

Diante dessas duas modificações na Lei Orgânica da Saúde, ressurgiu um cenário de luta como forma de reverter as recentes alterações feitas na lei, onde a Câmara Federal (deputada federal Jandira Feghali, do Partido Comunista do Brasil do Rio de Janeiro – PCdoB-RJ) propõe a derrocada das alterações feitas no SUS através do Projeto de Lei (PL) nº 1.721 de 2015, já aprovado pela Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados, tentando reverter as alterações estabelecidas pelo art. 142 da Lei nº 13.097/2015. Nesse sentido, propõe-se a volta da vedação da participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde. No parecer favorável ao projeto, o então ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, criticou a abertura do setor de saúde para estrangeiros:

Esse tipo de permissão, incluindo a de possuir hospitais filantrópicos, coloca em risco a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) [...]. Seria possível, por exemplo, que o mesmo grupo econômico proprietário de grandes redes de saúde suplementar fosse também gestor de hospitais que prestam serviço ao SUS. São interesses completamente opostos, pois o sucateamento do sistema público só tende a favorecer o sistema suplementar (JANARY JÚNIOR, 2018).

No contexto das mudanças contemporâneas, logo após a aprovação da lei pelo Congresso Nacional, sete entidades do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação Brasileira de Estágios (ABRES), Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA), Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA), lançaram uma nota contundente com posição contrária ao capital estrangeiro na atenção à saúde, da qual destaca-se o trecho abaixo:

O domínio pelo capital estrangeiro na saúde brasileira inviabiliza o projeto de um Sistema Único de Saúde e conseqüentemente o direito à saúde, tornando a saúde um bem comerciável, ao qual somente quem tem dinheiro tem acesso. Com a possibilidade do capital estrangeiro ou empresas estrangeiras possuírem hospitais e clínicas – inclusive filantrópicas, podendo atuar de forma complementar no SUS – ocorrerá uma apropriação do fundo público brasileiro, representando mais um passo rumo à privatização e desmonte do SUS (BRASIL, 2015).

Esse investimento compete com instituições públicas que oferecem serviços similares gratuitamente. E, nesse jogo, entre o público e o privado, há uma disputa que está na base da pirâmide econômica. Enquanto as clínicas privadas ganham dinheiro com um alto volume de pagamentos de baixo custo, o sistema público brasileiro é financiado através da receita fiscal federal, estadual e municipal. No entanto, os municípios mais pobres têm escassez de financiamento, então suas clínicas têm ferramentas médicas escassas, condições insalubres e instalações superlotadas (JURCA, 2018).

Nesse caminho, a Resolução do CFM nº 2.170/17 regulamenta alguns aspectos do funcionamento das CPS, em especial, quanto ao oferecimento de promoções relacionadas ao fornecimento de cartões de descontos ou similares, bem como sobre a divulgação de anúncios publicitários ou outra forma de captação de clientela, conforme segue:

Art. 4º A clínica médica de atendimento ambulatorial, a exemplo das empresas médicas em geral, está impedida de oferecer qualquer promoção relacionada ao fornecimento de cartões de descontos ou similares.

Art. 5º É permitida, nos termos da lei, a divulgação, de forma interna, dos valores de consultas, exames e procedimentos realizados.

Parágrafo único. Fica vedado praticar anúncios publicitários de qualquer natureza com indicação de preços de consultas, formas de pagamentos que caracterizem a prática da concorrência desleal, comércio e captação de clientela (CFM, 2018).

O que interessa nessa discussão é o lugar que o usuário passa a assumir frente a certas estratégias mercadológicas existenciais, pautadas nos anúncios publicitários, tanto no que diz respeito aos novos modelos de assistência à saúde, quanto às suas percepções diante das novas possibilidades de serviços.

Não é demais ressaltar que a emergência desse campo de serviço em saúde encontra suas condições de possibilidade na formulação do público-alvo, fazendo uso de estratégias de *marketing* na área da saúde, como um dispositivo de mercado para disseminar informações, que, segundo as considerações de Foucault (1999), engendra um campo de lutas entre público e privado, conformando especificidades desses territórios, não mais como a experiência greco-romana relativa ao mercado de trocas e ao lar/família, mas sim relacionada à propriedade, seja essa de si mesmo, do Estado ou dos meios de produção.

Desse modo, a dificuldade em regulamentar novas práticas de saúde não se traduz em buscar um território epistemológico do público, mas as percepções, práticas e saberes que engendram o público como uma estratégia do campo da saúde, que ganha um estatuto de legitimidade à medida em que passa a fazer parte de um dispositivo legal. É pensar na rede que se tece entre o público e as práticas sociais, que lhe dão condições de visibilidade como um território de produção de sujeitos no campo da saúde (BERNARDES; PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2009).

Focado nessa nova forma mercadológica, o Código de Ética Médica (CEM), em seu capítulo XII, trata o tema da publicidade. O art. 131 diz que “[...] é vedado ao médico: permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade”. Fica claro que a palavra “exclusividade” delimita rigorosamente a permissão. O artigo seguinte do CEM veda a divulgação de informações sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional, ou de conteúdo inverídico.

Não é de hoje essa preocupação com a permissibilidade de capital estrangeiro na assistência à saúde, sempre existiu, pois a singularidade que constitui o nascimento da saúde pública no Brasil é justamente o jogo de força entre as dimensões pública e privada, em que este mercado de negócios se torna visível ao mundo ocidental como colônia, como propriedade das nações europeias. Não é a figura do Estado que primeiramente irá compor o público, mas a figura do Império – um Império marcado por uma lógica extrativista e exploradora. A vida produtiva, objeto do dispositivo, é investida como modo de progresso da nação europeia (FOUCAULT, 1999, p. 87).

Percebe-se que a conquista por esse mercado se torna um campo de lutas, em que se atravessa a medicina social e a figura jurídica do Estado, bem como os movimentos de

resistência. Isso implica a criação de um campo de visibilidade e dizibilidade, bem como de controle e produção de subjetividades; implica um dispositivo de publicização, que tem a saúde como objeto imprescindível e, mais uma vez, emerge a luta dos órgãos em regulamentar a questão.

Assim, a Resolução CFM nº 1.701/2003 atualizada estabelece os critérios norteadores da propaganda em medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria. No caso, vale destacar o disposto na alínea “c” do art. 2º da norma: “É vedado ao médico participar de anúncios de empresas ou produtos ligados à medicina” (CFM, 2018).

Diante do novo cenário, mais recentemente com o advento da Lei nº 13.874/2019, foi instituída a Declaração de Direitos da Liberdade Econômica, na qual estabeleceram-se garantias de livre mercado, proteção à livre iniciativa e ao livre exercício de atividade econômica, além de dispor sobre a atuação do Estado como agente normativo e regulador (BRASIL, 2019).

A partir da forma normativa desse instrumento, todas as leis que tenham disposições contrárias devem se adequar às alterações, uma vez que duas normas não podem seguir incompatíveis no ordenamento jurídico pátrio. A chave para esse conceito encontra fundamento na Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (LINDB), no art. 2º, que dispõe: “A lei posterior revoga a anterior quando expressamente o declare, quando seja com ela incompatível ou quando regule inteiramente a matéria de que trata a lei anterior” (BRASIL, 2019). Ademais, em seu art. 4º, a lei preconiza que:

[...] é dever da administração pública e das demais entidades que se vinculam a esta Lei, no exercício de regulamentação de norma pública pertencente à legislação sobre a qual esta Lei versa, exceto se em estrito cumprimento à previsão explícita em lei, evitar o abuso do poder regulatório de maneira indevida: [...].

VIII – restringir o uso e o exercício da publicidade e propaganda sobre um setor econômico, ressalvadas as hipóteses expressamente vedadas em lei federal (BRASIL, 2019).

Diante dessa inovação, o CFM, como órgão regulatório da atividade médica, ficou proibido de estabelecer limites à utilização e disponibilização de informes publicitários e de propagandas que não sejam restritos em outra legislação federal. Assim, restou ao referido conselho revogar os arts. 4º e 5º da Resolução nº 2.170/17, por meio da Resolução nº 2.226/19 (CFM, 2019). Desse modo, propiciou-se ao empresário o uso irrestrito de meios publicitários de captação de clientes próprios do mercado de produtos e serviços em geral, proibido pela legislação anterior.

Com efeito, o CFM, ainda no sentido de adequar as suas regulamentações à nova Lei de Liberdade Econômica (LLE), passou a dar nova redação ao art. 72, do CEM, com a Resolução CFM nº 2.217/2018, bem como revogou a Resolução CFM nº 1.649/2002. Essas legislações proibiam descontos em honorários médicos por meio de cartões de descontos e a divulgação de preços das consultas médicas de forma exclusivamente interna. A nova redação passou a tratar da seguinte maneira sobre o assunto: “É vedado ao médico: Estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos” (CFM, 2018).

Com tal alteração na Resolução (CFM, 2017), ficou autorizada a manutenção de vínculo de profissionais médicos com cartões de desconto, sendo vedada a relação de vínculo com planos de financiamento e consórcios. Percebe-se então que a clínica médica, estabelecimento de saúde regido pelas normativas expostas, possui o direito (termo utilizado de forma expressiva pela Declaração de Direitos de Liberdade econômica) de utilizar os recursos publicitários, bem como estratégias de descontos e sistemas de promoção, com o fim de atrair, captar e fidelizar clientes, técnicas essas de uso corrente e comum pelos mercados de produtos e serviços em geral.

Resta salientar que o uso de informes publicitários e de propagandas dos serviços comercializados pelas CPS, em mídias e placas físicas pelas cidades, é amplo e recorrente, independente de regulamentações advindas.

Contudo, a edição da lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019, a LLE, não impactou na questão ética do exercício da medicina. Ressalta-se que o art. 5º, alínea “d”, da lei nº 3.268/57, estabelece que “[...] são atribuições do Conselho Federal – votar e alterar o Código de Deontologia Médica, ouvidos os Conselhos Regionais” (BRASIL, 1957), sendo o CEM o espelho da vontade da classe médica, representada pelos profissionais eleitos que compõem o CFM e os CRM.

Além disso, conforme estabelece o art. 2º da lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico), “[...] o objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de maneira indevida” (BRASIL, 2013).

Assim, não é perceptível uma dinâmica interna com o intuito de sinalizar o cumprimento das condições mínimas exigidas pela legislação e, menos ainda, uma dinâmica externa que reúna os diversos atores que podem contribuir nesse processo de monitoramento e acompanhamento dessas ações. Nesse contexto, em um pequeno recorte da legislação, constata-se que as CPS, seja para a sua constituição ou funcionamento, foram se organizando desde o

ano de 2000 (VICTALINO, 2004). Contudo, a norma do CFM que define as CPS é de 2017, portanto, constata-se um vácuo no monitoramento de atuação desses serviços.

Diante desse cenário nacional, que demonstramos acima que cresce e as normas regulamentadoras dessas empresas vão se adaptando às novas formas de prestação de serviços médicos de saúde, verifica-se que as CPS apresentam uma característica intrínseca do serviço ofertado: a inserção em massa na comunidade onde vão se constituir. Para melhor aparição de como esse contexto se desenvolve apresentamos o Quadro 6 que torna visível a vulnerabilidade do consumidor.

Quadro 6. Normas regulamentadoras das CPS no Brasil.

Ato normativo/Ano de instituição	Atores responsáveis	Objetivos
Lei nº 3.268/1957	Decretada pelo Congresso Nacional sancionada pela Presidência da República (Lei Federal)	Dispor sobre os Conselhos de Medicina, e dar outras providências.
Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990	Decretada pelo Congresso Nacional sancionada pela Presidência da República (Lei Federal).	Dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
Resolução CFM nº 1.701/2003	CFM	Estabelecer os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria.
Resolução CFM nº 1.931/2009, e modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019	CFM	Disciplinar os princípios, direitos e deveres dos médicos.
Lei nº 13.097/2015	Decretada pelo Congresso Nacional sancionada pela Presidência da República (Lei Federal)	Promover alteração na Lei nº 8.080/90, passando a permitir participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde.
Projeto de Lei nº 13.097/2015	Em tramitação no Congresso Nacional (Deputada Federal Dra. Jandira Feghali). Já aprovado pelas comissões de seguridade social e família; desenvolvimento econômico, indústria e comércio.	Buscar a vedação da participação direta ou indireta de empresa ou de capital estrangeiro na assistência à saúde. Altera dispositivos da lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, inseridos pelo art. 142, da lei n. 13.097, de 19 de janeiro de 2015.

Resolução do CFM nº 2.170/2017	CFM	Definir as clínicas médicas de atendimento ambulatorial, incluindo as denominadas clínicas populares, como empresas médicas e determina critérios para seu funcionamento e registro perante os Conselhos Regionais de Medicina.
Resolução nº 2.217/2018	CFM	Aprovar o Código de Ética Médica, após sua revisão e atualização.
Lei nº 13.874/2019	Decretada pelo Congresso Nacional sancionada pela Presidência da República (Lei Federal)	Instituir a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica e dá outras providências.
Resolução nº 2.226/2019	CFM	Revogar os art. 4º e 5º da, através da Resolução CFM nº 2.170/2017.

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

4 MÉTODOS

A pesquisa de campo foi realizada em uma cidade brasileira da região Nordeste que enfrenta graves problemas socioeconômicos, visto que o percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até meio salário-mínimo é de 38,8% (IBGE, 2010). Na área da saúde, essa cidade tem como desafios: a baixa cobertura da ESF (50%) e a grande demanda, como município pólo, pela atenção especializada da macrorregião de saúde, constituindo-se em uma referência para os serviços hospitalares de urgência e emergência.

Os serviços especializados são compostos por um mix público-privado, de forma que o setor público colabora com serviços de centros de saúde, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), policlínicas e hospitais gerais e especializados, enquanto o setor privado oferece clínicas ambulatoriais (serviços médicos, de imagens e exames) e hospitais.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas junto aos empresários locais das CPS e representantes das entidades médicas (CRM, AMB e o Sindicato dos Médicos), os quais foram escolhidos por serem sujeitos que ocupam posições privilegiadas na tomada de decisões, seja em relação ao seu próprio negócio ou no âmbito da regulação/normatização das empresas.

Inicialmente, gestores/empresários da cidade foram convidados formalmente para participarem da pesquisa por meio de um convite entregue na empresa, solicitando uma entrevista. Diante da ausência de resposta, adotou-se outra estratégia metodológica, buscando os contatos de empresários locais das CPS e representantes das entidades médicas, a partir de intermediação de redes de relações de trabalho e pessoais dos pesquisadores.

Os entrevistados foram quatro empresários locais (CPS) e três representantes de entidades médicas. A realização das entrevistas foi pautada em um compromisso ético de preservar a identidade e as propriedades sociais com as quais estão vinculados, bem como o anonimato da cidade onde atuam. Foi atribuída aos participantes uma denominação genérica (empresário 1, 2, 3, 4 e representantes 1, 2, 3) e o mesmo cuidado foi estendido ao local de realização do estudo, denominado apenas de cidade.

Para a análise das entrevistas, realizou-se “a compreensão interpretativa do comportamento e do discurso dos entrevistados, situando-os no contexto vivenciado” (GOLDENBERG, 2012, p. 19). Entender os valores, crenças, motivações e visões de mundo desse grupo de empresários e representantes das entidades médicas, a partir de suas perspectivas, foi de fundamental importância para compreender suas representações.

O conceito de representação há muito integra o pensamento sociológico, que na linguagem Durkheimiana, estabelece a especificidade e a primazia do social em relação ao individual. Herzlich (2005, p.58) retoma a discussão da noção da representação social e de sua rentabilidade no campo da saúde, conceituando-a como um modo de pensamento sempre ligado à ação, à conduta individual e coletiva, uma vez que cria, ao mesmo tempo, as categorias cognitivas e as relações de sentido que são exigidas.

Esta concepção também pode ser vista como atributo de um grupo: ou seja, grupos sociais podem identificar-se, perceber-se, aliar-se ou rejeitar-se por meio de representações. (HERZLICH, 2005).

Os empresários locais das CPS e os representantes das categorias médicas apresentam propriedades sociais próximas, com influências recíprocas de suas localizações na estrutura social. Entre os primeiros há diferenças quanto ao tamanho e às formas de organização de suas empresas. Com esse olhar, suas narrativas foram analisadas, a partir de suas relações de aliança, cooperação e concorrência.

Os discursos dos entrevistados foram agrupados nos seguintes tópicos: modelo de assistência anterior às CPS; características do modelo de oferta de serviços de saúde das CPS; o campo de trabalho médico e as mudanças decorrentes da COVID-19; e, por fim, a expectativa do futuro com relação às empresas. Ainda que provisória e inicial, essa análise tem o intuito de contribuir no aprofundamento do debate sobre o modelo assistencial das clínicas populares, tendo como pano de fundo as tensões entre concepções de saúde vistas como bem de consumo e/ou como direito universal.

5 ASPECTOS ÉTICOS

A presente dissertação faz parte de um estudo multicêntrico intitulado “Como a atual crise reconfigura o sistema de saúde no Brasil? Um estudo sobre serviços e força de trabalho em saúde nos estados de São Paulo e Maranhão”. Obedecendo aos princípios da pesquisa com humanos, pautada pelo Conselho Nacional de Saúde com a Resolução nº 466 de 2012, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), segundo o parecer de nº 3.051.875 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 00761118.2.0000.5087 (Anexo A).

6 RESULTADOS

6.1 ARTIGO A SER SUBMETIDO

CLÍNICAS POPULARES DE SAÚDE: perspectivas de empresários e representantes

médicos

POPULAR HEALTH CLINICS: the perspective of entrepreneurs and medical

representatives

Marina do Nascimento Sousa¹

Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho²

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira³

Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves⁴

Lucas Salvador Andrietta⁵

RESUMO

Objeto: compreender, a partir da perspectiva de empresários das Clínicas Populares de Saúde (CPS) e de representantes de entidades médicas, as características das CPS na oferta de serviços e suas diferenças em relação ao modelo de atenção universal do SUS e direito social à saúde.

Metodologia: Realizou-se pesquisa qualitativa com 7 entrevistas presenciais e on-line, com

¹ Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Maranhão (UFMA). *E-mail*: marina.nascimento@discente.ufma.br.

² Doutora em Saúde Coletiva – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

³ Doutor em Saúde Coletiva – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

⁴ Doutora em Saúde Coletiva – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

⁵ Doutor em Desenvolvimento Econômico – Programa de Pós-Graduação: Desenvolvimento Econômico. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

roteiro semi estruturado, em 2021, junto aos empresários locais e representantes das entidades médicas. Foi possível identificar que as CPS organizam a prestação de serviços com oferta seletiva de ações médico-curativas para algumas especialidades, com visível prejuízo da integralidade pela atenção à saúde. O atendimento é centrado na queixa-conduta do cliente e o agente é o médico, sobretudo o especialista. As CPS se apoiam na lógica empresarial, mas se apresentam como alternativa ao SUS, pelo fato de não terem filas de espera e oferecerem preços “populares”. Com outra concepção de saúde o SUS se organiza visando o acesso universal, a integralidade do cuidado e fundamentando-se em práticas que permitam intervir na mudança de indicadores. Assim a saúde é um direito social, entretanto, novas práticas de produção de serviços privado vão se inserindo, individualizadas e segmentadas, cuja abordagem enfatiza a doença e abre espaço para um novo modelo de negócio que atribui um preço à saúde e a sua manutenção.

Palavras-chave: Assistência Privada; Empresário; Representante de Entidade Médica; SUS.

ABSTRACT

Object: to understand, from the perspective of entrepreneurs from Popular Health Clinics (CPS) and representatives of medical entities, the characteristics of CPS in the provision of services and their differences in relation to the universal care model of the SUS and the social right to health . Methodology: Qualitative research was carried out with 7 face-to-face and online interviews, with a semi-structured script, in 2021, with local entrepreneurs and representatives of medical entities. It was possible to identify that the CPS organize the provision of services with a selective offer of medical-curative actions for some specialties, with visible damage to the integrality of health care. The service is centered on the client's complaint-conduct and the

agent is the doctor, especially the specialist. The CPS are based on business logic, but present themselves as an alternative to the SUS, due to the fact that they do not have waiting lines and offer “popular” prices. With a different conception of health, the SUS is organized with a view to universal access, comprehensive care and based on practices that allow intervening in changing indicators. Thus, health is a social right, however, new practices of production of private services are being inserted, individualized and segmented, whose approach emphasizes the disease and opens space for a new business model that assigns a price to health and its maintenance.

Keywords: Private Assistance; Businessperson; Medical Entity Representative; SUS.

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro está pautado na Constituição Federal (CF) vigente e fundamenta uma concepção de saúde como um bem público, direito de cidadania e dever do Estado. Esse sistema se organiza como um Sistema Único de Saúde (SUS), com um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos mantidos pelo Poder Público. Entretanto, a CF de 1988 reconhece a participação do setor privado, de forma complementar às ações e aos serviços do setor público, atuando com uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando um sistema com um *mix público-privado* de assistência à saúde.

Nesse contexto, os usuários podem se utilizar dos prestadores de serviços, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento e os profissionais de saúde podem

atuar em um desses componentes ou realizar a dupla prática. Nas últimas décadas, observou-se um investimento do setor privado brasileiro no modelo de clínicas com consultas médicas especializadas, o que vem sendo conhecido por Clínicas Populares de Saúde (CPS)².

As CPS assumem-se como uma opção alternativa às filas do SUS, pois buscam atender à população que perdeu o acesso aos serviços privados via planos de saúde ou que são usuários do SUS.²⁻⁶. As CPS são empresas médicas para atendimento ambulatorial que ofertam consultas, exames e procedimentos médico-cirúrgicos (de baixa e média complexidade), com finalidade diagnóstica a preços considerados populares que são pagos diretamente à clínica pelos serviços prestados (CFM, 2017).

As CPS oferecem atendimentos médicos gerais ou especializados, com acesso por demanda direta ou por encaminhamentos de outros tipos de serviços de saúde (públicos ou privados) (CFM, 2017). Ressaltam-se que não se tratam de consultórios médicos, pois os serviços ofertados não exigem uma pessoalidade desse profissional. Diferentemente dos consultórios particulares, atuam com diversas ofertas de serviços e mantêm suas especificidades de acordo com a localidade em que atuam e clientela (GODOY, 2015).

Visando atrair e reter uma clientela, as CPS divulgam seus serviços na mídia, enfatizando as facilidades e comodidades no acesso às consultas e aos exames, a preços baixos e sem filas de espera.⁴ A clientela das clínicas é constituída, em sua maioria, por usuários do SUS e por integrantes das classes C, D e por aqueles (da classe B) que, por ocasião da recessão econômica em 2014-2015, perderam o emprego e, conseqüentemente, o plano de saúde.⁷

As matérias jornalísticas divulgam o modelo das CPS como *cases* de sucesso e a literatura acadêmica atribui a essas empresas a característica de “alternativa ao SUS”.^{2-4,6,8} Tais ideias se sustentam no pressuposto de que há uma insuficiência, em termos quantitativos e qualitativos, nos serviços públicos de saúde, os quais seriam responsáveis por criar vazios assistenciais e uma demanda reprimida.

Em termos de regulamentação, a resolução nº 2.170 do Conselho Federal de Medicina (CFM), em vigência desde 2018, disciplina o funcionamento das CPS.⁹ Inicialmente, a referida resolução vetava a divulgação de anúncios publicitários com indicação de preços de consulta e formas de pagamento, pois as consideravam características de prática de concorrência desleal, de comércio e de captação de clientela. Contudo, em 2019, os dispositivos que proibiam essas condutas foram revogados, vigorando práticas típicas de comércio.

Em conjunto, esses fatores induziram uma expansão desse modelo de negócio com base nas CPS em todas as regiões do Brasil, as quais mantiveram um modelo-padrão de serviços e atendimentos ambulatoriais. À medida em que foram se expandindo, buscaram também estratégias para atrair e fidelizar sua clientela, atuando e se organizando como serviços isolados de uma única clínica ou grupos próprios de clínicas, localizando-se nos bairros mais populosos, com intenso movimento do comércio, contratando médicos e estabelecendo parcerias com laboratórios para compor seu cardápio de oferta de saúde.¹

Cabe aqui ressaltar, que no âmbito internacional encontramos semelhanças das CPS com os centros de atenção primária, “walk-in clinics” no Canadá. São serviços privados conduzidos por médicos atuando fora da estrutura hospitalar que atende sem hora marcada ou encaminhamento e junto com os médicos de famílias são os guardiões da atenção secundária.²¹

A atuação, organização e funcionamento das CPS vêm sendo foco de interesse de pesquisadores de diferentes áreas de conhecimento.^{2,3,4,5,6} Mais recentemente, as CPS passaram a receber atenção de pesquisadores que identificaram a atuação, consolidação e expansão delas, mesmo em momentos de crises político-econômicas no Brasil (RUSSO et al., 2020). Porém, ainda não foram analisadas as características dessas CPS, seus modelos de negócios, os possíveis impactos da pandemia da COVID-19 sobre suas dinâmicas assistenciais.

Portanto, esse artigo buscou compreender a partir das perspectivas de empresários das CPS e de representantes de entidades médicas as características das CPS na oferta de serviços e suas diferenças em relação ao modelo de atenção universal do SUS e o direito social à saúde.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada em uma cidade brasileira da região Nordeste que enfrenta graves problemas socioeconômicos, cujo percentual populacional com rendimento nominal mensal per capita de até meio salário mínimo é de 38,8%¹⁰. Na área da saúde, o local de estudo tem como desafios os problemas apresentados nas cidades urbanas, em que as mudanças nos padrões de morbidade produzem as doenças crônicas, os acidentes e as violências e as de origem psicossomáticas.

Acrescenta-se a esse contexto ser a referência para os serviços hospitalares de urgência e emergência. Quanto à cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) é abaixo de (50%) e não dá conta dos problemas estruturais do Município.

Os serviços especializados são compostos por um *mix público-privado*, de maneira que o setor público contribui com os serviços provenientes de centros de saúde, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), policlínicas e hospitais gerais e especializados, enquanto o setor privado oferece clínicas ambulatoriais (serviços médicos, de imagens e exames) e hospitais.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas no **período de março a junho de 2021** junto aos empresários locais das CPS e representantes das entidades médicas (Conselho Regional de Medicina – CRM), Associação Médica Brasileira – AMB, e o Sindicato dos Médicos), os quais foram escolhidos por serem sujeitos que ocupam posições privilegiadas na tomada de decisões, seja em relação ao seu próprio negócio ou no âmbito da regulação/normatização das empresas.

Inicialmente, os gestores/empresários da cidade foram convidados para participarem da pesquisa por meio de um convite entregue na empresa, solicitando uma entrevista. Diante da ausência de resposta, adotou-se outra estratégia metodológica, buscando contatos de empresários locais das CPS e representantes das entidades médicas, a partir de intermediação de redes de relações de trabalho e pessoais dos pesquisadores.

Os entrevistados foram quatro empresários locais das CPS e três representantes de entidades médicas. A realização das entrevistas foi baseada em um compromisso ético de preservar a identidade e as propriedades sociais com as quais são vinculados, bem como o anonimato da cidade onde atuam. Foi atribuída aos participantes uma denominação genérica (empresário 1, 2, 3, 4 e representante 1, 2, 3) e o mesmo cuidado foi estendido ao local de realização do estudo, denominado apenas de Cidade do Nordeste.

Para a análise das entrevistas, realizou-se “a compreensão interpretativa do comportamento e do discurso dos entrevistados, situando-os no contexto vivenciado”¹¹ (p.19). Entender os valores, crenças, motivações e visões de mundo desse grupo de empresários e representantes de entidades médicas a partir de suas perspectivas, foi de fundamental importância para compreender suas representações.

O conceito de representação há muito integra o pensamento sociológico, que, na linguagem Durkheimiana, estabelece a especificidade e a primazia do social em relação ao individual. Herzlich¹² (2005, p. 58) retoma a discussão de representação social e de sua rentabilidade no campo da saúde, conceituando-a como um modo de pensamento sempre ligado à ação, à conduta individual e coletiva, uma vez que cria, ao mesmo tempo, as categorias cognitivas e as relações de sentido que são exigidas.

Esta concepção também pode ser vista como atributo de um grupo: ou seja, grupos sociais podem identificar-se, perceber-se, aliar-se ou rejeitar-se por meio de representações¹³.

Os empresários locais das CPS e os representantes das categorias médicas apresentam propriedades sociais próximas, com influências recíprocas de suas localizações na estrutura social. Entre os primeiros há diferenças quanto ao tamanho e às formas de organização de suas empresas. Com esse olhar, suas narrativas foram analisadas, a partir de suas relações de aliança, cooperação e concorrência.

Agrupamos os discursos dos entrevistados nas seguintes categorias: as motivações para a origem das CPS; características do modelo de oferta das CPS; o campo de trabalho médico e as mudanças decorrentes da COVID-19; e, por fim, a expectativa do futuro com relação às empresas. Ainda que provisória e inicial, essa análise tem o intuito de contribuir no aprofundamento do debate sobre a oferta de serviços das CPS, tendo como pano de fundo as tensões entre concepções de saúde vistas como bem de consumo e/ou como direito universal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os entrevistados foram do gênero masculino e atuavam profissionalmente como médicos, administradores de empresas ou professores universitários. Os empresários tinham de 30 a 50 anos de idade, e os representantes das entidades médicas tinham um pouco mais de idade: 50 a 70 anos.

AS MOTIVAÇÕES PARA A ORIGEM DAS CLÍNICAS POPULARES

Para os empresários, as motivações para empreenderem nas CPSs devem-se ao fato de já trabalharem anteriormente na área da saúde ou já pertencerem a famílias cujos ascendentes atuavam em serviços públicos e/ou privados de saúde. Nessa perspectiva, se apresentam como pioneiros e desbravadores e, por isso, atribuem seu engajamento no setor da saúde a uma luta social: “o acesso à saúde”, por meio da oferta de consultas médicas voltadas à população de

menor poder aquisitivo.

“Naquela época, você tinha pequenas clínicas, mas de forma bem incipiente, um negócio muito... O médico que era o dono da clínica, ele atendia mais barato no bairro, a cidade quase não tinha. Assim, a gente queria dar um acesso a essa população que só tinha o SUS, dar uma saúde a custo mais baixo, mas com um modelo de serviço que tem ar condicionado. Então era necessário um negócio diferente” (EMPRESÁRIO 3).

Um dos empresários relembrou a sua atuação em mutirões de saúde e destacou essa experiência como dos embriões para os novos serviços que surgiram como CPS. Para ele, as características dos mutirões de saúde, como o caráter assistencial, para o atendimento da população carente, organizado em ações itinerantes e que reuniam médicos de várias especialidades, são as mesmas bases sob as quais se organizam as CPS:

“Lá, em São Paulo, se fazia esse atendimento na Santa Casa de Misericórdia... à população carente de lá que buscavam e não tinham atendimento do SUS. Então, iniciamos na Cidade (...), na década de 90, um trabalho assistencial... a gente levava médicos para o interior do Estado, em forma de mutirões de saúde e foi quando começamos a realizar estruturas para poder atender esses pacientes aqui na cidade” (EMPRESÁRIO 3).

Outro argumento utilizado por um dos empresários é o contexto socioeconômico do estado e as fragilidades do SUS, mais especificamente, o desequilíbrio entre número de médicos por habitantes e a necessidade dessa mão de obra qualificada em termos locais. Nesse caso, o entrevistado enfatizou que a necessidade das CPS estaria associada às lacunas do SUS:

“[...] a permanência das Clínicas Populares é devida à ausência de resolutividade na Atenção Primária, que não realiza a coordenação do cuidado e o acompanhamento do paciente no nível local [...]” (EMPRESÁRIO 1).

Na perspectiva dos representantes médicos, as CPS se equilibram em dois pilares: a incapacidade do SUS de atender à demanda a tempo e com qualidade e, em outro plano, a disponibilidade de pessoas que não têm condições financeiras de manter o plano de saúde, mas que eventualmente podem pagar uma consulta médica a preços populares. Nesse caso, os entrevistados se referem a uma lacuna que é preenchida pelas CPS, por meio de uma oferta direta de acesso aos serviços especializados.

“... para atender aquele segmento de pessoas que não tem condições de pagar um plano de saúde, mais que acham o atendimento no SUS ruim, então seria uma forma intermediária no meu entendimento, de você atender a população, dá um pouco mais de qualidade a um custo mais acessível...” (REPRESENTANTE 2)

Esse discurso de que as CPS é uma alternativa ao SUS não é novidade. Pesquisas anteriores já as consideram como resultado da ineficácia do SUS, que cria vazios assistenciais na oferta de serviços públicos de saúde. Tais vazios seriam preenchidos pelas CPS.²⁻⁶

CARACTERÍSTICAS DO “MODELO” DE OFERTA DAS CLÍNICAS POPULARES

Nesse tópico foram abordadas as características de gestão organizacional, as inovações tecnológicas e as regras que norteiam as relações de trabalho. A principal atividade das CPS é o serviço ambulatorial com oferta de diversas especialidades médicas (cardiologia, dermatologia, endocrinologia, geriatria, ginecologia e obstetrícia, mastologia, neurocirurgia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, pediatria, psiquiatria, urologia etc.) e subespecialidades médicas (cardiopediatria, hepatologia, neuropediatria etc.). Além disso, são ofertados exames

laboratoriais e serviços de diagnóstico por imagem, dentro ou fora do estabelecimento, por meio de parcerias com outras empresas.

Em termos de trabalho, as CPS se sustentam na força de trabalho dos médicos especialistas e, de modo geral, localizam-se próximas às áreas comerciais, com facilidade de acesso e oferta de um ambiente climatizado à clientela. Quanto aos recursos tecnológicos para a realização dos exames complementares, tais empresas investem pouco nessa área, mas realizam parcerias com outras empresas.

Diante da concorrência do mercado, os empresários adotaram estratégias para atrair e fidelizar os clientes, tais como: a diversificação das consultas em especialidades e subespecialidades, sem o acréscimo do preço às consultas; remuneração diferenciada para os médicos; diversas formas de pagamento direto; *call center* para agendamento de consulta e exames; e propagandas nas redes sociais.

Os empresários enfatizam que a demanda pelas especialidades ocorre de forma pontual pelos usuários das CPS. É um atendimento de momento, um *turnover*⁶, devido a uma alta rotatividade dos médicos.

“É o *turnover*. É um atendimento de momento que o paciente sabe que talvez só vai ver aquele médico aquela vez e o paciente não se preocupa em se vincular. A recorrência acaba sendo pequena nessa estratégia de Clínica Popular. Então, acaba que a Clínica Popular aqui, ela não resolve como um todo o problema da pessoa, porque ela é falha no diagnóstico, ela falha quando você precisa de algo mais que só a consulta médica” (EMPRESÁRIO 1).

Também não é rentável para o empresário ofertar especialidades médicas para pacientes

⁶ *Turnover* – é atribuída à rotatividade de pessoal, é o movimento de entrada e saída de funcionários em uma empresa, demonstrado por meio de índice de rotatividade. Um alto percentual de *turnover*, dependendo do tipo de empresa, é um indicador de que algo está errado, sendo necessária avaliação das causas de incapacidade de retenção de pessoal. www.significados.com.br

que necessitam de acompanhamento regular, sistemático. É o que se deduz do fragmento abaixo:

“... nem todas as demandas que as Clínicas Populares estão absorvendo conseguem ter resolatividade, como é o caso dos pacientes acometidos das doenças psicossociais, eles são pacientes, por essência, que necessitam de acompanhamentos regulares e não realizam um acompanhamento sistemático numa Clínica Popular, porque a consulta tem um valor monetário” (EMPRESÁRIO 1).

Por outro lado, no SUS, a atenção às doenças crônicas é uma prioridade, tendo suas diretrizes no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil¹⁴, no qual os cuidados devem ser realizados por equipe multiprofissional e os serviços devem se estruturar com ações: primária, especializada, hospitalar e de urgência.

As CPS também se organizaram para fidelizar os pacientes, a partir do cartão de desconto, que oferece uma redução no preço das consultas, desde que o cliente pague uma taxa mensal, que é pré-fixada pela clínica, segundo o Empresário 1. Apesar disso, os entrevistados ressaltam que não obtiveram êxito, pois o pagamento das mensalidades, com o objetivo de obter descontos em consultas, que podem ou não serem feitas todos os meses, faz com que os clientes reflitam se a adesão ao cartão é de fato vantajosa. Isso significa que a taxa de adesão é alta, mas a de permanência é baixa. Ressalta-se que essa estratégia não é adotada por todos os empresários das clínicas:

“A gente vê hoje oferecendo aí cartões de R\$ 30,00 reais. [por] mais R\$ 49,00 reais você vai ter acesso a tudo. A pessoa paga pensando que vai ter direito à consulta. Chega lá [na Clínicas Populares] é o desconto e a pessoa acaba se sentindo prejudicada. Isso não é uma forma ética de trabalhar, conforme o próprio código de ética do CRM” (EMPRESÁRIO 3).

Outra estratégia de fidelização organizada nesses serviços é o sistema de comunicação com os usuários (*call center*), realizado por telefonistas que ficam responsáveis pelo contato com os clientes, fornecendo um *feedback* para a empresa dos atendimentos realizados.

O CAMPO DE TRABALHO MÉDICO NAS CLÍNICAS POPULARES

Os entrevistados consideram o trabalho médico como o centro das atividades desses serviços e “engrenagem do negócio”, tornando-se extremamente essencial no modelo (EMPRESÁRIO 2). O entrevistado comenta que, no início das CPS, o maior desafio para a adesão foi ganhar a confiança dos médicos. Na década de 90, a estratégia utilizada foi “cooptar profissionais mais experientes e prestigiados da cidade” (EMPRESÁRIO 2), para participarem como colaboradores das empresas com remuneração em consonância com o volume da circulação da clientela.

Paralelamente, à medida que as CPS foram crescendo, solicitava-se que tais profissionais indicassem outros. Essa migração dos médicos para as CPS foi atribuída a uma insatisfação relacionada à tabela de remuneração dos planos de saúde:

O movimento que aconteceu foi o seguinte: teve um movimento muito grande ali a nível Brasil com relação à remuneração médica, que foi capitaneado pelo Conselho Federal de Medicina, e os conselhos regionais de medicina, foi aquela discussão sobre a CBHPM a tabela de remuneração de operadoras, SUS e enfim (EMPRESÁRIO 2).

Além disso, o crescimento das CPS também está associado à crise econômica e à consequente redução da adesão aos planos de saúde:

A gente começou a ir crescendo e paralelo a isso surgiu, acho que há dez anos atrás, 5, 10 12 anos surgiram alguns *cases* no Brasil, foi justamente quando a gente teve aquela crise econômica, coincidiu ali com um processo que teve muita perda (sic) de plano de saúde por parte de quem tinha plano de saúde, e aí surgiram alguns *cases* que tinham fundos por trás de investidores por trás, e eles tinham uma mídia enorme a nível Brasil (EMPRESÁRIO 2).

Atualmente, as CPS, como campo de atuação do médico, vêm absorvendo os recém-formados; médicos no auge de suas carreiras, que tem consultório privado, mas que também trabalham nessas empresas; e médicos em vias de se aposentar.

“...quanto a parte médica, observa-se dois componentes diferentes: a atuação de novos médicos, a atuação dos médicos já em retirada, que fecharam seus consultórios por diversos motivos, e que tem utilizado as Clínicas Populares, como complemento de renda ou muitas vezes como principal fonte de renda também... E dependendo do perfil da CP ela também consegue atrair os médicos que estão no auge da sua carreira, mais que trabalham nas Clínicas Populares” (REPRESENTANTE 3).

Nota-se ainda o relato de que a maior parte desses médicos têm vínculos duplos com o SUS e as CPS: “Então eu percebo, isso, eu estou contando pela experiência que tenho com os médicos que atendem no SUS e atende nas nossas Clínicas Populares” (EMPRESÁRIO 3).

Outro aspecto ressaltado foi a autonomia que o médico dispõe para cumprir a jornada de trabalho nas CPS. O argumento do empresário situa-se na comparação entre o trabalho na clínica e no SUS, a partir da duração da jornada de trabalho e dos valores recebidos. “O médico permanece cerca de duas horas para o atendimento nesse serviço, entretanto no SUS é no mínimo 12 horas pelo plantão”. (EMPRESÁRIO 4)

Apesar disso, segundo o relato do Empresário 2, os médicos nas CPS são pessoas jurídicas, isto quer dizer que não têm direitos trabalhistas, mesmo assim são chamados pelos patrões como parceiros e ganham pelo volume de produção. Assim, os valores variam tanto

pelo volume de atendimentos como de acordo com sua posição no mercado (iniciantes, recém-saídos da residência, os que estão no auge de suas carreiras e/ou aqueles que estão próximos da aposentadoria, recebem de modo diferenciado pelo trabalho realizado).

“... eles são PJ... são parceiros e eles ganham pelo volume... tem médico que se eu for falar pra ele que ele não ganha pelo volume ele não fica mais... porque ele tem muito volume, então eles querem pelo volume” (EMPRESÁRIO 2).

Foi constatada uma política salarial interna, com diversas formas de remuneração da prestação do serviço médico, mesmo entre profissionais do mesmo grupo, conforme destacado pelo representante B: “os médicos que estão no auge da “fama” têm uma remuneração diferenciada”.

Analisando o campo de trabalho médico, o Representante 3 denota a medicina como uma atividade liberal que está se extinguindo, o que se observa nessa fala: “os médicos de carreira (funcionários federais, estaduais ou municipais) e/ou que têm consultórios vêm dando lugar aos pequenos empresários (pessoa jurídica), que trabalham nas Clínicas Populares ou organizações de saúde”.

No período da pesquisa (2020 a 2021), foi observado o crescimento das CPS na cidade, as quais migraram para *shoppings* e bairros mais distantes do centro de classe média-alta. Essas empresas se organizam como empresas de menor porte ou como de maior porte. No Quadro 1 apresentou-se uma síntese comparativa entre os tipos principais de organização das CPS: Clínicas de menor porte e de maior porte.

Quadro 1. Características da forma de organização e atuação das Clínicas Populares.

Diferenças na forma de organização das Clínicas Populares	
Clínicas de menor porte	Clínicas de maior porte

Situadas em casas adaptadas para a função e em local de grande circulação de pessoas, próximas a unidades de saúde pública e tem poucas (ou nenhuma) filiais.	Espaço físico maior e situado em local de grande circulação de pessoas e em bairros mais populosos, possuem várias filiais.
Oferecem especialidades médicas.	Oferecem especialidades e as subespecialidades médicas.
Na sua maioria, não realizam os exames no estabelecimento.	Realizam os exames na própria rede ou terceirizam com equipes especializadas
Menor poder de negociação de remuneração com os médicos	Maior poder de negociação de remuneração com os médicos.
Atendem ao público das classes socioeconômicas C e D (EMPRESÁRIO 2).	Atendem ao público das classes socioeconômicas B, C e D (EMPRESÁRIO 2).
Praticam preços abaixo da concorrência (promoções, e ofertas diferenciadas). A captação da clientela é por intermédio de uma mídia mais “agressiva” (divulgadores autônomos circulam nas adjacências, com panfletos dos preços e serviços ofertados)	Utilizam das redes sociais e de <i>call center</i> para atrair e fidelizar clientes.
Adotam as diversas formas de pagamento (cartão de desconto, cartões de crédito e pagamento à vista)	

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

AS MUDANÇAS DECORRENTES DA COVID-19 E A EXPECTATIVA DO FUTURO COM RELAÇÃO ÀS CLÍNICAS POPULARES

Segundo os relatos dos empresários, a pandemia da COVID-19 impactou diretamente no funcionamento das CPS, resultando em uma diminuição da demanda do atendimento médico. Os entrevistados comentaram que houve um declínio significativo nos atendimentos em decorrência das medidas adotadas para a contenção da pandemia (o isolamento social e o fechamento do comércio, que reduziram a procura dos usuários por serviços de saúde eletivos).

Na sua narrativa, um empresário ressalta que, em 2020, nos meses de abril e maio, ocorreu uma perda de 70% do faturamento da CPS com a qual está vinculado e, devido à diminuição do volume de atendimentos, houve prejuízo. O entrevistado ressalta também que a CPS é um modelo de negócio que tem custos fixos para sua manutenção, dependendo do volume de atendimento para ter resultados financeiros positivos. (EMPRESÁRIO 2)

Esse momento de retração da economia gerou um prejuízo entre a receita, proveniente do total de atendimentos e as despesas fixas (o pagamento de pessoal e os custos de manutenção

das CPS, por exemplo). Esse desequilíbrio foi maior, porque o valor da consulta, naquele momento, não podia aumentar, sob o risco de comprometer a filosofia do negócio de “consulta a preço justo”.

Assim, lidar com a crise e se manter no mercado foi possível graças ao benefício emergencial de manutenção do emprego e da renda custeados pelo país, que permitiu a redução dos custos fixos com os funcionários. Quanto aos médicos, como o acordo é pelo volume da produção, esses profissionais não tiveram direito ao benefício.

Uma mudança importante, advinda da pandemia da COVID-19, foi a autorização da lei federal nº 13.989, de 15 de abril de 2020, que estabelece a utilização da telemedicina durante a situação de emergencial.¹⁵ Assim, os médicos vulneráveis à contaminação pelo coronavírus e os que foram afastados de suas funções, passaram a realizar atendimentos à distância.

Esse recurso tecnológico, segundo os empresários, possibilitou uma expansão da assistência aos pacientes com COVID-19, tanto na capital quanto no interior do estado. Vale destacar também a ampliação do atendimento a mais especialidades médicas. Apesar disso, a telemedicina não correspondeu ao resultado esperado:

“Eles (os médicos) perderam também, muitos médicos perderam no faturamento. Não podiam trabalhar. Um dos médicos... foi um que passou quase um ano sem trabalhar... fazendo telemedicina” (EMPRESÁRIO 2).

Uma das dificuldades quanto ao uso da tecnologia está relacionada ao público-alvo desses serviços que, na grande maioria, não contam com recursos para arcar com os custos associados ao uso de dispositivos tecnológicos e de conexão de *internet* de boa qualidade. A falta de recursos tecnológicos foi então apontada como elemento que dificultou o atendimento.

Em maio de 2020, após a normalização das atividades do comércio local, a maioria das CPS retomou suas atividades, de forma gradativa. As CPS que trabalhavam em rede própria

estabeleceram fluxos diferenciados, dedicando algumas unidades para atendimento exclusivo de COVID-19, enquanto outras atendiam as demais especialidades.

“Quando chegou em abril a gente teve que fechar três unidades, a gente tinha cinco em operação, então nós perdemos 70% do nosso faturamento, abril e maio, junho foi quando começou a curva de retomada, que passou daquele momento crítico, e aí a gente foi abrindo uma unidade de cada vez” (EMPRESÁRIO 2).

Segundo os empresários entrevistados, a crise serviu para demonstrar que uma organização flexível e inventiva aproveita o momento para criar novas oportunidades, adaptando-se às necessidades do mercado.

“A gente tem um projeto, que é um projeto para interiorizar... eu não tenho condição de sair botando no interior uma clínica grande, porque o custo é alto, mas eu tenho como botar alguns postos usando a telemedicina junto... Sabe que é um momento que a gente precisa cada vez mais dar acesso à saúde para essas pessoas” (EMPRESÁRIO 2).

Assim, a crise sanitária decorrente da pandemia da COVID-19 viabilizou o uso da telemedicina, um recurso que foi percebido como um elemento que permite a ampliação do serviço das CPS, sem o correspondente aumento de investimento.

“Então a gente tem feito um estudo em cima disso, inclusive aquela região ali é uma região em que a gente tem uma gama de pessoas que têm plano de saúde, mas que a gente tá buscando ali penetrar buscando essa classe que é justamente a classe C+, B... a gente fez o projeto com uma arquiteta de São Paulo, que trabalha com franquia no Brasil todo. Esse segmento de saúde está tendo muitas mudanças, e... essas influências que estão vindo aí” (EMPRESÁRIO 2).

Além disso, após medidas restritivas referentes a pandemia COVID-19, a clientela das CPS em algumas especialidades aumentou, dentre as quais destaca-se a psiquiatria:

“... então com essa pandemia as pessoas das classes mais baixas, também começaram a sentir necessidade do psiquiatra... a gente percebeu que a demanda para psiquiatria cresceu demais devido a pandemia” (EMPRESÁRIO 3).

Com relação à demanda de serviços, a expectativa é que, com a crise econômica decorrente da pandemia, muitas pessoas que não frequentavam as CPS passem a frequentar, por não terem condições de manter seus planos de saúde.

“... a gente pode perder uma gama de volumes de pessoas aqui, portanto da crise econômica que deve vir... mas ao mesmo tempo a gente tem uma gama de pessoas que não frequentam a clínica por ter plano de saúde, que vão precisar vir. Então isso nos faz acreditar que a gente vai poder seguir com nosso plano de expansão” (EMPRESÁRIO 2).

Em termos de futuro, os empresários consideram que há um público a ser conquistado, sendo necessário investir na expansão de uma plataforma digital que conecte o cliente ao médico para a realização do atendimento. Por outro lado, segundo os relatos, também é necessário investir em estrutura física, em tecnologia e contar com uma equipe de colaboradores com conhecimentos de tecnologia em informação.

Uma das expectativas está relacionada à expansão do modelo das CPS para uma estratégia que englobe a atenção primária. Além disso, há também expectativas de crescimento das CPS com proposta para inovação, pautada em estudos para expansão de filiais e agregação de um novo público, principalmente a classe B.

O representante 3 prevê uma nova composição do exercício médico, em que os consultórios individuais serão substituídos por novos formatos de convênios e, sob tal perspectiva, o médico

“vai ser funcionário sem ser funcionário, vai ser uma pessoa jurídica”.

“... a profissão médica ela virou é uma profissão liberal, mas que não é mais liberal, ela virou PJ, todos tem que virar uma empresa para poder prestar serviços, você não tem carreira médica mais, não há médico federal, estadual, municipal e não vai ter mais. O médico vai ter que se organizar em pequenas empresas e ao explorar sua área de atuação: ou ele vai trabalhar nas clínicas populares, em organizações sociais, enfim vai trabalhar onde for oferecido o emprego para ele” (REPRESENTANTE 3).

Outro tema citado pelos representantes das entidades médicas está associado à preocupação com a formação dos profissionais médicos pelas novas universidades, que não preveem o acréscimo de vagas nos cursos de especialização. Enfim, para os empresários, a expectativa do futuro é de que ainda há um mercado de clientela a ser conquistado.

“... a gente considera que é uma clínica jovem, que ainda tem caminho para percorrer, ainda tem um nome para fazer, para ficar mais conhecido, mas de qualquer forma a gente já percebe uma boa fidelização” (EMPRESÁRIO 4).

“... então é uma clínica popular...ela busca uma especificidade porque tem outra estratégia nossa que ainda não está no mercado, a gente tá lançando agora e atenção primária e o rumo é que no futuro, num futuro próximo a estratégia da clínica se agrupe a estratégia da atenção primária” (EMPRESÁRIO 2).

Nesse contexto, os empresários relataram que pretendem diversificar as atividades com a implementação da tecnologia e a criação de novos formatos de parcerias, que incluam os planos de saúde, pois isso possibilitaria flexibilidade e posição mais forte das CPS no mercado.

PROBLEMATIZANDO A NOÇÃO DE SAÚDE: BEM DE CONSUMO OU DIREITO UNIVERSAL?

A organização dos sistemas nacionais de saúde põe em evidência as formas de organizar e prestar serviços de saúde às populações em cada lugar. No Brasil, dois modelos de atenção à saúde convivem historicamente, de forma contraditória ou complementar: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitarista ¹⁶.

O modelo médico hegemônico encontra seus fundamentos na chamada medicina flexneriana e tem como principais características: ênfase na atenção médica individual, medicalizante, secundarizando a promoção da saúde e a prevenção das doenças; organização da assistência médica em especialidades; e valorização do ambiente hospitalar em detrimento da assistência ambulatorial.¹⁶

Entretanto, várias discussões surgiram em torno da necessidade de alteração dessas concepções de saúde e como resultado houve a aprovação de um SUS como um “direito de todos e dever do Estado”.¹⁷ Sua concretização deve ser mediada pela implementação de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos, proporcionando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.¹⁷

De modo contrário ao previsto no pacto constitucional, as políticas sociais, dentre elas aquelas referentes à saúde, estão sendo submetidas a restrições que descaracterizam a acepção original da seguridade social da Constituição de 1988.¹⁷ Na construção social do SUS foi adotada a perspectiva de um sistema público de saúde abrangente e de qualidade, porém o projeto de implementar o SUS universal nunca foi e não é consensual, inclusive no segmento que declara o apoio.¹⁸

Há assim um jogo, entre o público e o privado, uma disputa que está na base da pirâmide econômica. Enquanto as clínicas privadas ganham dinheiro com um alto volume de pagamentos de baixo custo, o sistema público brasileiro é financiado através da receita fiscal federal, estadual e municipal. Assim, os municípios mais pobres têm escassez de financiamento, então

seus serviços de saúde têm ferramentas médicas escassas, condições insalubres e instalações superlotadas.¹⁹

As CPS se inserem então nesse mercado como uma alternativa de atendimento a uma população que, segundo os empresários, não têm acesso ao serviço público, adotando práticas de saúde e oferecendo consultas especializadas e exames a preços ditos “populares”. Nesse sentido, observa-se que o público das CPS é descrito pelos empresários como “aqueles que pertencem às classes sociais menos favorecidas” (EMPRESÁRIO 3).

Na nossa concepção, nesse modelo das CPS as consultas especializadas e exames de diagnósticos constituem a referência inicial para as ações episódicas acionadas pelas demandas dos indivíduos. Contudo, não há uma rede com referências para o cuidado do usuário, em suas dimensões de recuperação, reabilitação, prevenção e promoção, portanto, os atendimentos de urgência, internação e de maior complexidade não são oferecidos por essas empresas.

Assim, as CPS organizam sua clientela por uma concepção centrada na atenção ambulatorial especializada, cuja responsabilidade é do médico especialista. Nesse sentido, vale ressaltar que médicos generalistas e especialistas têm formações e competências diferentes.

Em relação à sustentabilidade financeira das CPS, o equilíbrio dessas empresas é fundamentado na produção, de acordo com o volume de serviços produzidos, em que cada procedimento é mensurado por um valor monetário. No relato de um dos empresários tal proposta fica evidente: “... porque nosso resultado é no volume, tem que ter volume para ter resultado, se tem uma mudança... e aí essa pandemia foi um caos.” (EMPRESÁRIO 2).

Segundo o modelo adotado pelas CPS para os procedimentos, a tendência é induzir o ato médico para a utilização de tecnologias de maior densidade que, em geral, são mais bem remuneradas em comparação com as menos densas. É o que se evidencia na literatura, “[...] quanto mais procedimentos e quanto mais densa a tecnologia utilizada, maior é a remuneração, o que leva a práticas pouco responsáveis de custos”.²⁰

O SUS tem um conjunto de princípios com concepções que embasam um modo de compreender esse sistema, afirmando que o direito à saúde deve ser garantido mediante políticas públicas, que garantam o direito à vida e à igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação do cidadão brasileiro.¹⁷ Portanto, não é um serviço ao qual se tem acesso por meio de uma contribuição ou pagamento de qualquer espécie.

A noção da equidade também está contida no trecho constitucional, como uma concepção de cidadania, uma vez que todos os brasileiros têm acesso ao sistema de saúde, identificando o espaço da diferença e não o da igualdade. É a concepção de um espaço regulador das diferenças, no sentido de reduzir ou atentar para as iniquidades, ou seja, reconhece a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e nas suas potencialidades. Assim, o problema da distribuição de recursos financeiros, insumos e serviços é um grande desafio ao SUS.

No texto constitucional, a atenção à saúde deve ser integral, o que significa que o usuário do SUS tem direito aos serviços que atendam suas necessidades com a prioridade para o desenvolvimento de ações preventivas, sem prejuízo das ações de assistência, portanto, não há dois sistemas, um para prevenção e outro para ações curativas. Na direção do SUS, devem ser organizadas ações e serviços de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.¹⁷ Essa noção diz respeito à crítica ao modelo biomédico que reduz a compreensão do processo saúde-doença a uma descrição apenas biológica, sem se organizar para atender à diversidade de necessidade das pessoas e dos grupos sociais.

Além disso, o SUS também está voltado para o processo do trabalho em saúde. A formação dos profissionais deve ser concebida, a partir do conhecimento e das práticas que viabilizem o reconhecimento da integralidade como eixo norteador da educação em saúde, de forma que as diretrizes que estruturam o SUS são: universalidade, equidade e integralidade.¹⁷

O fato é que esse discurso “técnico” que há lacunas no SUS que são preenchidas pelas CPS tende a ocultar a multiplicidade de ações e serviços que são disponibilizados à população pelo SUS e a capacidade que o SUS tem de atuar nos espaços e vazios assistenciais deixados pelo setor privado. Ademais, contribui para fragilizar o sistema de saúde universal, à medida que fortalece a assistência em detrimento de ações coletivas e integrais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A lógica dos empresários e representantes com relação às CPS expressa uma ideia de ampliar o acesso à saúde por intermédio do atendimento médico, como se as estratégias individualizadas desses profissionais respondessem aos problemas coletivos de saúde.

O pressuposto é de que esse acesso à saúde possibilita, em menor tempo, ter um “resultado” por intermédio das consultas e exames realizados nesses serviços. Entretanto, essa lógica pressupõe que não existe desigualdade social e todos teriam iguais capacidades de custear os cuidados com a saúde. Além disso, em casos que necessitam de acompanhamento, como de doenças crônicas, nas CPS não existe a obrigatoriedade da continuidade de cuidado ao usuário.

Foram evidenciadas nas falas dos representantes das entidades médicas que o campo de trabalho e a carreira médica estão voltados para as empresas privadas, entre as quais estão as CPS, mostrando uma resignação e concordância com um sistema de saúde fragmentado pelo público/privado.

No âmbito dos órgãos oficiais percebe-se que houve iniciativas de mobilização para apoiar tais empresas e os investidores de fundos públicos e privados, nacionais e internacionais. Destaca-se ainda a permissão para comercialização por intermédio de propagandas, anúncios publicitários e cartões de desconto, permitindo a expansão das CPS.

No diálogo com os entrevistados percebeu-se um discurso consensual de que esses serviços se organizam para auxiliar o SUS. Essa percepção advém de uma concepção de saúde a partir da doença, entretanto, ao observarmos a concepção de saúde à luz dos princípios do SUS (direito universal à saúde, integralidade das ações de promoção prevenção, assistência e a reabilitação e a equidade para permitir espaços aos mais vulneráveis e para a intersetorialidade com o meio ambiente, o saneamento e políticas de proteção e renda) pode-se afirmar que as CPS não conseguem preencher as lacunas do SUS.

As CPS se estruturam como empresas médicas com a finalidade de prestar o atendimento médico especializado, situadas em locais de grande circulação de pessoas e com a edificação de suas estruturas físicas em um único ponto da cidade ou com vários pontos de atendimento, formando aglomerados ou serviços que funcionam como ilhas. Todas essas estratégias estão voltadas para ofertar o atendimento médico na forma de queixa-conduta que, na grande maioria das questões de saúde, tem resolutividade questionável.

A criação das CPS também tem forte impulso de atração da mão de obra médica, que é disponibilizada ao mercado por intermédio das novas universidades e da forma como a medicina se organiza em subespecialidades. Esse é o modelo de aposta das CPS: atendimento eficiente, baseado na queixa-conduta, com consultas, exames e procedimentos em uma escala geométrica, para a produção de um diagnóstico e faturamento em economia de escala.

Amparados nessa lógica, as CPS se proliferam, associando-se a valores aceitos pela população e pelos órgãos oficiais. Diante da inserção e expansão delas, pergunta-se: Com o diagnóstico médico em mãos, onde esse usuário continua o cuidado com a sua saúde? É evidente que o diagnóstico pode ser importante, mas quais as fragilidades desse diagnóstico não estão associadas às condições sociais e econômicas e ao tratamento eficaz?.

Com o advento da pandemia de COVID-19, novas possibilidades de mudanças surgiram para a organização das CPS, abrindo o campo para a utilização da telemedicina, com a ideia de

expansão desse atendimento, sem aumento das despesas físicas e turnos reduzidos. Essa proposta é considerada pelos pesquisadores e acalentada pela mídia para ser uma alternativa ao SUS. Entretanto, a sua abrangência é limitada aos atendimentos de baixo custo e restrita àqueles que possuem poder aquisitivo para arcarem com as despesas.

Portanto, esta pesquisa problematizou a proposta de alternativa ao SUS proclamada pelas CPS. Analisou as representações entendidas como uma forma de pensamento ligado a ação, de um grupo social específico, cujas posições de tomada de decisão jogam luz sobre mudanças em curso no mercado de trabalho médico e nos sentidos atribuídos à saúde e aos direitos à saúde.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, da Universidade Federal do Maranhão e da Fundação de Pesquisa do Estado Maranhão (FAPEMA-Brazil), edital COOPI-00709/18.

REFERÊNCIAS

1. IBGE Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
2. Lapa MR. *As clínicas populares como uma alternativa à saúde no Brasil: um estudo de caso em uma clínica popular* [monografia]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2014.
3. Ferreira MCF, Lima MXA, Ferreira Neto MN. A qualidade do atendimento em uma clínica médica popular na percepção de seus usuários. *RAHIS* [periódico na Internet]. 2019 Jan-Mar [acessado em 2020 Jul 28];16(1):1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v16i1.5628>

4. Godoy CV. *A geografia dos serviços e equipamentos da saúde: a expansão das “clínicas médicas populares” no Centro em Fortaleza – CE* [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2015.
5. Soares FRWB. *Clínicas médicas populares: estudo das variáveis de satisfação que influenciam na lealdade do usuário* [monografia]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2018.
6. Victalino APVD. *Consultório privado para população de baixa renda: o caso das “clínicas populares” na cidade do Recife* [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2004.
7. Russo G, Levi ML, Alves MTSSB, Oliveira BLCA, Carvalho RHSBF, Andrietta LS, Fillippon JG, Scheffer MC. How the ‘plates’ of a health system can shift, change and adjust during economic recessions: A qualitative interview study of public and private health providers in Brazil’s São Paulo and Maranhão states. *PLoS ONE* [periódico na Internet]. 2020 Oct [acessado em 2020 Jul 28];15(10):1-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241017>
8. Almeida RCS, Barbosa JGP, Mattoso LCQ. Inovação em clínicas populares de saúde: um estudo de múltiplos casos na região do extremo sul da Bahia. *RAHIS* [periódico na Internet]. 2018 Jan-Mar [acessado em 2020 Jul 28];15(1):64-81. Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v15i1.4431>
9. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.170/2017. Define as clínicas médicas de atendimento ambulatorial, incluindo as denominadas clínicas populares, como empresas médicas e determina critérios para seu funcionamento e registro perante os Conselhos Regionais de Medicina. *Diário Oficial da União* 2018; 24 jan.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Classificações estatísticas nacionais, para temas selecionados, usadas no sistema estatístico e nos cadastros administrativos do país e as classificações internacionais a elas associadas*. IBGE; 2010.
11. GOLDENBERG, Mirian. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 12. ed. Rio de Janeiro: Record, 2011
12. HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. 2005. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento): 57-70, 2005
13. Herzlich C. La représentation sociale. In: Moscovici S, organizador. *Introduction à la psychologie sociale*. Paris: Larousse; 1972. p. 317.
14. Frasão G. Saúde apresenta atual cenário das doenças não transmissíveis no Brasil. *Ministério da Saúde* 2021 Set 15 [acessado em 15 jan. 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/saude-apresenta-atual-cenario-das-doencas-nao-transmissiveis-no-brasil>
15. Agência Senado. Sancionada lei que permite uso da telemedicina durante crise do coronavírus. *Senado Notícias* 2020 Abr 16 [acessado em 16 mar. 2022]. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/04/16/sancionada-lei-que-permite-uso-da-telemedicina-durante-crise-do-coronavirus>

16. Paim JS. Políticas de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 587-603.
17. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
18. Bahia, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet]. 2001 [acessado em 2021 Jan 4];6(2):329-339. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2001.v6n2/329-339/pt>
19. Jurca RL. *Individualização social, assistência médica privada e consumo na periferia de São Paulo* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018.
20. MV. Gestão hospitalar: do fee for service ao pagamento baseado em valor. 2018. Disponível em: <http://www.mv.com.br/pt/blog/gestao-hospitalar--do-fee-for-service-ao-pagamento-baseado-em-valor#>. Acesso em: 13 fev. 2019.
21. Centro de atenção médica primária Jones M. Walk-in: lições do Canadá. *BMJ*. 14 de outubro 2000; 321: 928-931. [http:// www.bmj.com/on](http://www.bmj.com/on) 15 may 2020.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. C. S.; BARBOSA, J. G. P.; MATTOSO, C. L. Q. Inovação em clínicas populares de saúde: um estudo de múltiplos casos na região do extremo sul da Bahia. **RAHIS**, v. 15, n. 1, p. 64-81, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v15i1.4431>. Acesso em: 28 jul. 2020.
- AMB (Associação Médica Brasileira), 1994a. Proposta de Regulamentação para a Criação de Novas Especialidades em Medicina. Brasília: Conselho Científico. (mimeo.)
- ANDRIETTA, L. S. **Acumulação de capital na saúde brasileira**: Estudo exploratório de empresas e setores selecionados (2008 – 2015). 2019. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, 2019.
- BENDER, A. S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Espaço para a Saúde**, v. 11, n. 2, p. 56-65, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.22421/15177130-2010v11n2p56>. Acesso em: 15 jan. 2022.
- BERNARDES, A.; PELLICCIOLI, E.; GUARESCHI, N. Saúde pública: publicização do Brasil. **Revista Psicologia Política**, v. 9, n. 17, p. 11-24, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2009000100002. Acesso em: 19 jan. 2021.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Diário Oficial da União, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 ago. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013**. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112842.htm. Acesso em: 12 set. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 13.097, de 19 de Janeiro de 2015**. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores; prorroga os benefícios previstos nas Leis... Brasília: Diário Oficial da União, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113097.htm. Acesso em: 13 jul. 2021.
- BRASIL. **Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019**. Institui a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica; estabelece garantias de livre mercado; altera as Leis n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), 6.404, de 15 de dezembro de 1976, 11.598, de 3 de dezembro de 2007... Brasília: Diário Oficial da União, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13874.htm. Acesso em: 13 jul. 2021.
- BRASIL. **Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957**. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União, 1957. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/13268.htm. Acesso em: 12 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 12 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019.** Institui a declaração de direito de liberdade econômica; estabelece garantia de livre mercado. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13874.htm. Acesso em: 02 set. 2021.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>. Acesso em: 17 fev. 2022.

CANO, J. D. *et al.* Identificación de las variables de influencia en los tiempos de espera en atención especializada. **Gaceta Sanitaria**, v. 17, n. 5, p. 368-374, 2003. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/gs/2003.v17n5/368-374/>. Acesso em: 05 mar. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Artigo. **Ética e Especialidade Médica**, publicado: 25 abr. 2003. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/etica-e-especialidade-medica/?lang=es>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Consolidado Parcial da Pesquisa Perfil do Médico Brasileiro.** Brasília: CFM, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.170/2017.** Define as clínicas médicas de atendimento ambulatorial, incluindo as denominadas clínicas populares, como empresas médicas e determina critérios para seu funcionamento e registro perante os Conselhos Regionais de Medicina. Brasília: Diário Oficial da União, 24 jan. 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2170>. Acesso em: 21 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.226/2019.** Revoga a Resolução CFM nº 1.649/2002, os artigos 4º e 5º e seu parágrafo único da Resolução CFM nº 2.170/2017 e altera o artigo 72 do Código de Ética Médica, que proíbem descontos em honorários médicos através de cartões de descontos e a divulgação de preços das consultas médicas de forma exclusivamente interna. Brasília: Diário Oficial da União, 8 de abril de 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2226>. Acesso em: 1 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.217/2018**. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: Diário Oficial da União, 11 nov. 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48226289/doi-2018-11-01-resolucao-n-2-217-de-27-de-setembro-de-2018-48226042. Acesso em: 21 ago. 2020.

CORREIO BRAZILIENSE. Escassez de recursos do SUS se agrava pelo aumento da demanda com a impossibilidade de a população pagar planos de assistência postado em 18/12/2018 06:00 https://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/politica/2018/12/18/interna_politica,725974/carencia-de-recursos-do-sus-e-o-grande-desafio-do-novo-governo.shtml

ESCOREL, S. *et al.* O programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt/>. Acesso em: 30 abr. 2022.

FARIA, H. P. *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2a ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

FERREIRA, M. C. F.; LIMA, M. X. A.; FERREIRA NETO, M. N. A qualidade do atendimento em uma clínica médica popular na percepção de seus usuários. **RAHIS**, v. 16, n. 1, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v16i1.5628>. Acesso em: 28 jul. 2020.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000300003>. Acesso em: 19 mar. 2022.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

GASTO per capita com saúde aumentou 29,3% de 2015 a 2019. **Ipea**, 03 fev. 2022. Disponível em:

https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=38914&catid=10&Itemid=9. Acesso em: 20 fev. 2022.

GODOY, C. V. **A geografia dos serviços e equipamentos da saúde: a expansão das “clínicas médicas populares” no Centro em Fortaleza – CE**. 2015. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal do Ceará, 2015. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/16885>. Acesso em: 28 jul. 2020.

GOTTEMS, L. B. D *et al.* **Análise da relação dos serviços de média complexidade com a rede básica do DF e entorno: buscando prioridades para ampliar acessos e resolubilidades (Relatório Final da Pesquisa) – Universidade de Brasília, Universidade Católica de Brasília, Universidade Federal de Minas Gerais**. Brasília, 2008.

HEREDIA, N. *et al.* El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina? *Medicc Review*, v. 17, n. 1, S16-S17, 2016.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. 2005. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento): 57-70, 2005

IBGE Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Classificações estatísticas nacionais, para temas selecionados, usadas no sistema estatístico e nos cadastros administrativos do país e as classificações internacionais a elas associadas.** IBGE; 2010.

JANARY JÚNIOR. Proibição de capital estrangeiro na assistência à saúde é aprovada em comissão. **Câmara dos Deputados**, 14 jun. 2018. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/540367-proibicao-de-capital-estrangeiro-na-assistencia-a-saude-e-aprovada-em-comissao/>. Acesso em: 13 jun. 2021.

JURCA, R. L. **Individualização social, assistência médica privada e consumo na periferia de São Paulo.** 2018. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-04052018-113137/en.php>. Acesso em: 21 ago. 2020.

LAPA, M. R. **As clínicas populares como uma alternativa à saúde no Brasil: um estudo de caso em uma clínica popular.** 2014. Monografia (Graduação em Ciências Econômicas) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/33277>. Acesso em: 28 jul. 2020.

MACKEOWN, T. A, Historical Appraisal of the Medical Task. In: MCKEOWN, T.; MCLACHLANG, G (org.). **Medical History and Medical Care: a Symposium of Perspectives.** New York: Oxford University Press, 1971.

MATTOS, R. A. S integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1411-6, 2004

McWHINNEY, I.; FREEMAN, T. **Manual de medicina da família e comunidade.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS.** 1a ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2a ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. O SUS que temos e o SUS que queremos. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Convergências e Divergências sobre a Gestão Regionalizada do SUS.** Brasília: CONASS, 2004. p. 28-61. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/documenta6.pdf>. Acesso em: 10 set. 2008.

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

Ministério da Saúde – SIGTAP Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - 2022 – www.sigtap.datasus.gov.br.

MPAS-INAMPS, 1987. A Reforma Sanitária II: Proposta do Presidente do INAMPS. Rio de Janeiro: Coordenadoria de Comunicação Social/INAMPS.

MPAS-INAMPS, 1988. Distrito Sanitário. Rio de Janeiro: Coordenadoria de Comunicação Social/INAMPS.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. **Saúde e sociedade no Brasil:** anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-160618>. Acesso em: 13 jun. 2021.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2a. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PAIM, J. S. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil: Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO N. **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

Portaria MS 1.631/2015 Ministério da Saúde “CRITÉRIOS E PARAMETROS PARA O PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO AMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – PARÂMETRO SUS”.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde:** estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman Editora, 2007.

RUSSO, G. *et al.* How the ‘plates’ of a health system can shift, change and adjust during economic recessions: A qualitative interview study of public and private health providers in Brazil’s São Paulo and Maranhão states. **PLoS ONE**, v. 15, n. 10, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241017>. Acesso em: 28 jul. 2020.

SANTOS, I. S. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro:** elementos para a regulação da cobertura duplicada. 2009. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2020.** São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina na USP, CFM, 2020.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde:** o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

SILVA, J. B. **Eficiência alocativa:** gestão e economia da empresa Super Clínicas M.A. 2019. Dissertação (Mestrado em Gestão Econômica de Finanças Públicas) – Universidade de Brasília, Brasília, 2019. Disponível em:

https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/38381/1/2019_JuliandersonBandeiradaSilva.pdf. Acesso em: 14 jul. 2020.

SOARES, F. R. W. B. **Clínicas médicas populares: estudo das variáveis de satisfação que influenciam na lealdade do usuário**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/37112>. Acesso em: 28 jul. 2020.

SPEDE, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade no SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 953-72, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300014>. Acesso em: 16 abr. 2022.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 257-277, 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-394028>. Acesso em: 16 fev. 2022.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>. Acesso em: 06 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Current health expenditures as percentage of gross domestic product: data by country. Geneva: Global health observatory data repositior, 2018.

VALDERAS, J. M. et al. Ambulatory care provided by office-based specialists in the United States. **Annals of Family Medicine**, v. 7, n. 2, p. 104-111, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2653969/>. Acesso em: 12 mar. 2022.

VICTALINO, A. P. V. D. **Consultório privado para população de baixa renda: o caso das “clínicas populares” na cidade do Recife**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

VIEIRA, J. Listas de espera para cuidados de saúde: onde fica a ética? **Nursing**, v. 17, n. 217, p. 30-35, 2007. Disponível em: <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/314/1/Nursing%202007%20Ano17%20%20N%c2%ba217%20J an.PDF>. Acesso em: 13 fev. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista

PARTE I – DADOS PESSOAIS

Nome do Entrevistador:	Data da Entrevista:
Nome do Entrevistado:	COD:
Gênero: () Masculino () Feminino () Não Binário	
Idade (anos)	Raça/cor:
Escolaridade:	Estado Civil:
Tem filhos?	
Religião:	Domicílio:
Profissão do Entrevistado:	Cargo/Função do Entrevistado:

PARTE II – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Essa é uma pesquisa sobre as Clínicas Populares de Saúde – CPS o início, a atuação, a expansão e a sua percepção em relação ao direito à saúde. Sendo que, antes de adentrar nesse tema, gostaria de conhecer um pouco sobre a sua trajetória profissional e as motivações que conduziram suas opções, locais que trabalhou (público e/ou privado), tempo de atuação, as funções exercidas e as que desempenha atualmente.

1. Em relação às Clínicas Populares de Saúde (CPS), quando você percebeu esse movimento em São Luís? Havia uma política de saúde na época? Se sim, esse contexto favoreceu ao surgimento de novos serviços de saúde?

2. No início, a proposta era atender qual público? E, quais os tipos de serviços de saúde que as CPS ofereciam? Os profissionais de saúde aderiram a essa proposta, ou foi difícil, no início? E, como foi desenvolvida a estratégia, inicialmente, para a captação da clientela?

3. Esse empreendimento das Clínicas Populares de Saúde (CPS) se consolidou? Há uma tendência de crescimento dessa prestação de serviço nas CPS? Essa ampliação aconteceu no Centro... tem em outros espaços da cidade.

4. Esse movimento de crescimento, também provocou mudanças no número e tipos de serviços oferecidos? E o público, existiu a mudança de perfil, ao longo do tempo, no que diz respeito à classe social?

5. Atualmente, há uma concorrência comercial entre esses serviços? Qual o critério utilizado para atrair maior público? Que tipo de auxílio ou subvenção é possível para manutenção ou crescimento desses estabelecimentos de saúde?

6. Assim, as CPS se apresentam na mídia como um serviço privado, entretanto não trabalham com planos de saúde, é isso? mas, qual a sua definição, ou melhor, como você descreve esses estabelecimentos de saúde? Quais as semelhanças com o serviço público e quais as diferenças? E com o serviço privado?

7. Quais são os tipos de parcerias que as CPS realizam:

- a. Com outros serviços privados?
- b. Com outros órgãos públicos?
- c. Com outros tipos de serviços?

8. Na sua opinião, os médicos são considerados como uma parceria ou como um profissional que presta serviços à Empresa? Como se estabelece essa relação? Existem certas qualificações que habilitam melhor os médicos como idade, experiência no serviço público e ou privado, ou outras.

9. Qual é a sua percepção sobre esse movimento de Planos de Saúde Populares?

10. Gostaria de saber sobre a sua percepção sobre: “saúde pública como direito de todos e dever do Estado”. Quanto aos serviços de saúde prestados no setor privado, eles são complementares? Como se dá essa relação com o público...existe...há espaço? E as CPS? Quem articula o público com o privado? Existe uma legislação que regulamenta essa articulação.

11. Qual o impacto da Pandemia COVID-19 para as CPS, como se organizaram e estruturaram seus serviços? Comente sobre as novas ferramentas digitais, como a telemedicina e os aplicativos para o agendamento de procedimentos de saúde, como estão sendo disponibilizados nas CPS?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**MODELO ASSISTENCIAL DAS CLÍNICAS POPULARES DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DE EMPRESÁRIOS E REPRESENTANTES MÉDICOS**”. O objetivo deste trabalho é compreender as principais características e atributos do modelo assistencial privatista das CPS e suas diferenças em relação ao modelo de atenção universal do Sistema Único de Saúde (SUS).

É importante ressaltar que você poderá sentir algum desconforto emocional, pois as perguntas poderão remeter a situações ruins vividas por você durante o trabalho, ou cansaço físico pois a entrevista durará cerca de 30 minutos. Sua participação se dará de modo voluntário sem o recebimento de nenhum tipo de pagamento.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores através dos contatos: Marina do Nascimento Sousa – (98) 98127 8774, e-mail: marina.nascimento@discente.ufma.br; Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira – (98) 98123-0696, e-mail: oliveira.bruno@ufma.br; Ruth Helena de Souza B. F. de Carvalho – (21) 98829-2892, e-mail: ruth.britto@ufma.br; ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Serão também utilizadas imagens sem que haja identificação do voluntário e com autorização prévia do mesmo.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Autorização:

Eu, _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro que essa participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresse minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento para a participação neste estudo.

Assinatura do participante

Marina do Nascimento Sousa

Pesquisador responsável: Marina do Nascimento Sousa (98)98127 8774. Rua Barão de Itapary, 155 - Centro, São Luís - MA, 65020-070 Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão: (98) 3272-8708. Av. dos Portugueses, 1966 - Vila Bacanga, São Luís - MA, 65080-805.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Como a atual crise econômica reconfigura o sistema de saúde no Brasil? Um estudo sobre serviços e força de trabalho em saúde nos estados de São Paulo e Maranhão

Pesquisador: MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 00761118.2.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO
FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DO MARANHAO -
FAPEMA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.051.875

Apresentação do Projeto:

As crises econômicas são fenômenos frequentes em todo o mundo, e demonstraram ter múltiplos efeitos nos sistemas nacionais de saúde: podem fazer aumentar a ocorrência de doenças especificamente relacionadas à saúde mental e à pobreza; e podem acarretar o afastamento de profissionais de saúde do setor público e até mesmo do país, em busca de melhores condições de vida e trabalho. Tais fatores impactam invariavelmente sobre os trabalhadores da saúde e os médicos, acarretando, por exemplo, em menor remuneração e falta de motivação. Assim, o objetivo desse estudo é compreender as diferentes maneiras com que a crise econômica Brasileira afeta o sistema de saúde e sua força de trabalho, particularmente os médicos. As atividades serão realizadas nos estados de São Paulo e Maranhão, onde espera-se observar diferenças no efeito da crise devido às diferentes condições socioeconômicas e de organização e funcionamento dos setores público e privado da saúde observadas entre ambos os estados. Os dados secundários serão obtidos e analisados para identificar mudanças no financiamento à saúde, performance do sistema, e mudanças no comportamento dos profissionais da saúde a partir das bases DATASUS, SIOPS, SIGA e CAGED. Também serão utilizados dados primários já coletados por estudos realizados por equipe integrante da presente pesquisa (Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP), no escopo da pesquisa Demografia Médica no Brasil. Além disso,

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

ANEXO B – Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva

Instruções aos autores

Recomendações para a submissão de artigos. Notas sobre a Política Editorial. A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado. A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174.

O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf.

Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.
Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). **Observação:** O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csescielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo (com limite de até

duas laudas cada), salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

RC&SC atende Portaria N0 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 (p.38). ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...” As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências