**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

*Consultório privado para população de baixa
renda: o caso das “clínicas populares” na cidade
do Recife*

ANA PAULA VILELA DUARTE VICTALINO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-Centro de Ciências da Saúde-Departamento de Medicina Social-Universidade Federal de Pernambuco (PIPASC/ CCS / UFPE) como requisito parcial para a obtenção de grau de Mestre em Saúde Coletiva, tendo como orientadora a Profª Drª Heloísa Maria Mendonça de Moraes e Co-orientadora a Profª Drª Thália Velho Barreto.

Recife,2004

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

***Consultório privado para população de baixa renda: o
caso das “clínicas populares” na cidade do Recife***

ANA PAULA VILELA DUARTE VICTALINO

Banca examinadora

Professora Doutora Heloísa Maria Mendonça de Moraes

Professora Doutora Ana Cristina de Souza Vieira

Professor Doutor José Augusto Cabral de Barros

Recife, 2004

AGRADECIMENTOS

A DEUS, autor da vida ao Senhor Jesus, SEU filho autor e consumidor da minha salvação e ao Espírito Santo Deus-consolador. A ELE, ao DEUS triuno, toda honra, glória, domínio e poder lhes sejam dados pelos séculos dos séculos!!

Ao meu marido Fernando, meu amado companheiro de todas as horas, que compreendeu minhas ausências e me fortaleceu dia-a-dia para a realização do nosso sonho!!! Conseguimos juntos.

Aos meus pais queridos, Irenilda e Paulo pelo amor, dedicação, compromisso e apoio destinados a mim por toda a minha vida, de forma tão generosa.

À minhas irmãs Ana Gabriela e Christini, pelo amor confortador e amizade gratificante sempre constantes em minha vida.

À minhas amigas inestimáveis: Daniela, Luíza, Janaína, Artemísia e Vívian. Muito abrigada por fazer da nossa relação uma extensão das nossas famílias!

À professora Heloísa pelas suas cuidadosas e pertinentes orientações, sobretudo, porque não desistiu de mim.

Às amigadas obtidas na minha turma que foram encorajadoras para mim: Márcia (Deinha), Patrícia, Valéria e Sabrina.

Aos amigos de sempre do NUSP e PIPASC: Poly, Albinha, Walberto, Chiara e Moreira. Pelo apoio amoroso e sempre alegre !!

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: ANO DA ABERTURA DA CLÍNICA

TABELA 2: LOCALIZAÇÃO DA CLÍNICA

TABELA 3: TIPOS DE ATENDIMENTO PRESTADOS PELAS CLÍNICAS POPULARES

TABELA 4: TIPOS DE EXAMES REALIZADOS PELAS CLÍNICAS

TABELA 5: COMPONENTES DA ESTRUTURA FÍSICA DAS CLÍNICAS

TABELA 6: PERCENTUAL DE ESPECIALIDADE MÉDICA POR CLÍNICA

TABELA 7: A CLINAPE E AS CLÍNICAS POPULARES

TABELA 8: VALORES COBRADOS PELAS CLÍNICAS POR ESPECIALIDADE MÉDICA

TABELA 9: CONVÊNIOS COM EMPRESAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

TABELA 10: TIPOS DE PAGAMENTO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

TABELA 11: ENCAMINHAMENTOS DE SERVIÇOS REALIZADOS PELAS CLÍNICAS POPULARES

TABELA 12: FORMAS DE CAPTAÇÃO DOS MÉDICOS

TABELA 13: RELAÇÃO MÉDICO E CLÍNICA

TABELA 14: HORÁRIOS E TURNOS DE TRABALHO

TABELA 15: TIPOS DE HORÁRIOS

TABELA 16: CONSULTAS POR TURNO DE TRABALHO

TABELA 17: NÚMERO PRÉ-ESTABELECIDOS DE CONSULTAS

LISTA DE SIGLAS

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo

AMB – Associação Médica Brasileira

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CREMEPE – Conselho Regional de Medicina / Pernambuco

CLINAPE – Clínicas Associadas de Pernambuco

CNS – Conferência Nacional de Saúde

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE APÊNDICES

INSTRUMENTO 1: Roteiro do grupo de discussão aplicado aos representantes das clínicas populares na CLINAPE

INSTRUMENTO 2: Instrumento aplicado em todas as clínicas constantes no universo da pesquisa.

RESUMO

Historicamente a rede privada de serviços de saúde tem-se ocupado com ações da média e da alta complexidade, justamente aquelas que, por requererem incorporação tecnológica massiva, garantem alta rentabilidade para os empresários do setor. O que parece ser novo é o interesse em mercantilizar ações cujo grau de complexidade dos procedimentos que realiza é baixo. Mas em contexto de mercado de trabalho restrito e competitivo, a assistência médica privada vem criando novas formas para se colocar no mercado, adequando-se inclusive, ao baixo poder de compra de amplos segmentos da população. As “clínicas populares” vêm-se conformando enquanto um segmento do subsistema privado voltado à população de baixa renda. Objeto quase desconhecido do campo de conhecimento da Saúde Coletiva é entendido como uma das manifestações da crise contemporânea na organização da prestação de serviços de saúde. O presente estudo realiza um diagnóstico situacional das “clínicas populares” existentes na cidade do Recife. Está dirigido à caracterização desses estabelecimentos no sentido de investigar o papel complementar que vêm desempenhando na assistência à saúde e objetiva compreender aspectos do trabalho médico tal como se dá nessa forma de organização da prestação de serviços privados do setor. Assim, este estudo se insere no âmbito das pesquisas exploratórias, descritivas e explicativas. O universo pesquisado foi formado a partir das “clínicas populares” disponíveis na Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, além de outras indicadas pelos entrevistados. Dentro do universo foi escolhido um perfil de clínicas que dispusessem de serviços de atenção médica, excluídas as prestadoras de serviços e as que realizavam apenas serviços odontológicos. Foram entrevistados os gerentes desses estabelecimentos, abordando-se aspectos referentes aos tipos de serviços ofertados, aos custos dos procedimentos realizados para a clientela, às possíveis vinculações das clínicas com a rede pública ou com outros serviços privados e ao vínculo e regime de trabalho dos médicos consultantes. Das cinquenta clínicas populares visitadas, vinte e oito foram identificadas com o perfil previsto para a pesquisa. Os resultados obtidos possibilitam afirmar que as clínicas populares formam uma rede de serviços de baixa complexidade, articulando com setores da média e da alta complexidade do subsistema privado, cooperando para a realização mercadológica dos altos investimentos tecnológicos dos mesmos. Portanto, a notável expansão das clínicas populares no interior do subsistema privado de saúde parece atender ao vácuo deixado pelo Sistema Único de Saúde que ao não oferecer respostas adequadas às demandas da população por serviços de assistência médica abre espaço para a atuação do setor privado, até mesmo no âmbito da atenção de baixa complexidade. Por outro lado, pôde ser constatado que o trabalho médico é realizado mediante da flexibilização, terceirização e, portanto, da precarização da profissão.

ABSTRACT

Historically the private health services net has been busy with actions of average and high complexity, exactly those that, for requiring massive technological incorporation, they guarantee high profitability for the business men of the sector. What seems to be new is the interest in commercialize actions which complexity degree of the procedures that accomplishes is low. But in the restricted and competitive labor market context, the private medical assistance comes creating new ways to place itself in the market, adapting itself inclusive, to the low purchase power of wide segments of the population. The “popular clinics” comes conforming into a segment of the private subsystem pointed to the low income population. Object almost unknown of the knowledge field of the Collective Health is understood as one of the manifestations of the contemporary crisis in the organization of the health service rendering. The present study accomplishes a diagnosis of the situation of the “existing popular clinics in the city of Recife. It is driven to the characterization of these establishments in the sense of investigating the complementary paper that come performing in the assistance to the health and objective to comprehend aspects of the medical work just as gives on this organization form of the service rendering private of the sector. This way, this study inserts in the scope of the exploratory, descriptive and explanatory researches. The searched universe was formed from the “available popular clinics in the Epidemiology and Vigilance Directory to the Health of the Health Secretariat of the City of Recife, besides another nominated by the interviewees. Inside the universe was chosen a profile of clinical that had services of medical attention, excluded the renderers of services and the ones that just accomplished odontological services. They were interviewed the managers of these establishments, boarding itself referring aspects to the kinds of offered services, to the costs of the procedures accomplished for the clientele, to the possible relationship of the clinics with the public net or with other private services and to the working link and regime of the medical whose consults. Of the fifty visited popular clinics, twenty-eight were identified with the profile foreseen for the research. The obtained results enable affirm that the popular clinics form a services chain of low complexity, articulating with sectors of the average and of the high complexity of the private subsystem, cooperating for the profit of the high technological investments of the same. Therefore, the notable expansion of the popular clinics inside the private subsystem of health seems to attend to the vacuum let by the System Only of Health that when not offering answers adequate to the demands of the population for services of medical assistance opens space for the performance of the private sector, even in the scope of the low complexity attention. On the other hand, it could be verified that the medical work is accomplished by means of been a more flexible , subcontracting and, therefore, turning the career more precarious

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	
1.1 Apresentação	01
1.2 Contextualização do objeto	05
2. MARCO DE REFERÊNCIA	16
2.1 O sistema público	16
2.2 O sistema privado	24
2.3 O trabalho médico	31
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
4. RESULTADOS	42
4.1 Como as clínicas estão estruturadas	42
4.2 O financiamento e a clientela	52
4.3 A articulação das clínicas populares com o subsistema privado de saúde	60
4.4 A clínica popular e o trabalho médico	67
5. CONCLUSÕES	76
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	80
APÊNDICES	87

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Na cidade do Recife, ao longo dos anos noventa, a população acompanhou o surgimento e o crescimento quantitativo de diversos serviços médico-ambulatoriais, prestando assistência a preços baixos. Oferecidos pelas denominadas “clínicas populares”, esses serviços privados se constituíram em uma alternativa de atendimento médico imediato, expressando a diversidade existente no setor. Tendo em vista a crescente queda da renda dos trabalhadores, o setor se adapta ao baixo poder aquisitivo de amplos setores da população, organizando-se em mercado restrito e competitivo.

Simultaneamente ao seu surgimento, as clínicas populares fizeram conhecidos seus serviços através de estratégias de *marketing* nos jornais, panfletos, faixas, placas, carros de som, etc. As divulgações realizadas demonstram a existência de uma variedade de serviços que varia desde ações médicas, odontológicas, exames complementares e laboratoriais, a financiamentos para realização de partos e cirurgias realizadas através da existência de “parcerias” formadas com o setor privado mais complexo. Além disso, os usuários não necessitam pagar mensalidades caras ou adquirirem planos e seguros de

saúde para serem atendidos pelas clínicas. Em novembro de 2000, foi formada a CLINAPE - “Clínicas Associadas de Pernambuco”, uma sociedade civil para defender e representar as clínicas afiliadas, com o intuito de fortalecer no mercado as instituições associadas como um dos segmentos do setor serviços dentro do subsistema privado de saúde.

Dessa forma, a expansão dos consultórios privados para a população de menor poder aquisitivo ocorreu de forma rápida e, aparentemente, desordenada, constituindo-se, provavelmente em um fenômeno não só local, mas das grandes cidades do país. Uma pesquisa encomendada pelo Sindicato dos Hospitais de Pernambuco – SINDHOSPE verificou o perfil dos usuários das clínicas populares localizadas em distintos bairros da cidade do Recife. Realizada em 2001, entrevistou trezentos usuários e tinha como principal objetivo mensurar a disponibilidade financeira destes para a realização de procedimentos hospitalares na rede privada. A iniciativa aponta para uma provável articulação com setores mais organizados do subsistema privado de saúde.

O perfil sócio-demográfico dos entrevistados evidencia que a renda familiar de 50% dos entrevistados é de até três salários mínimos, atingindo a média até quatro salários. A faixa etária de 71% dos clientes está entre 16 e 40 anos, e a escolaridade predominante, 51%, é de até o primeiro grau completo. Foi identificada a associação entre baixa escolaridade à baixa renda no perfil predominante encontrada na amostra. Em relação aos planos ou seguros de saúde: do total dos informantes, 156 (52%) nunca os tiveram; 141 (47%) já tiveram planos de saúde mas, não puderam mantê-los e apenas 6 (2%) dos entrevistados ainda possuem algum plano de saúde.

Portanto, o perfil predominante dos usuários das clínicas populares identificados nessa pesquisa, é de baixa escolaridade associada à baixa renda. Os serviços mais utilizados nas clínicas são predominantemente as consultas médicas, seguidas de exames laboratoriais, avaliados como bom ou ótimo por 91% dos entrevistados. Os motivos que levaram os entrevistados a utilizarem os serviços oferecidos pelas clínicas foi o rápido atendimento, escolhido por 53%, seguido pelo baixo preço, referido por 40% dos entrevistados. No entanto, além das clínicas populares, 47% dos informantes ainda utilizam os serviços do SUS.

Algumas questões, todavia, ainda precisam ser compreendidas: a) Qual é o real papel que “clínicas populares” desempenham na assistência privada de saúde? b) Como as clínicas populares estão estruturadas? c) Como se autofinanciam em um mercado em saúde extremamente competitivo? d) Como o trabalho médico é realizado no âmbito desses estabelecimentos?

As estratégias utilizadas por esse segmento a partir dos anos oitenta tornaram-se cada vez mais diversificadas, espalhando-se por todo país, em contrapartida, as pesquisas no âmbito da Saúde Coletiva seguiam em outra direção. Passa dos alguns anos, pouco ainda se sabe acerca desse segmento de assistência à saúde o qual, a despeito disso, continua criando novas formas de realização da assistência sem a devida regulação. A abordagem do tema aqui apresentada visa contribuir, ainda que minimamente, com esse debate com o recorte específico em uma dessas manifestações do subsistema privado de atenção à saúde: as clínicas populares na cidade do Recife.

Assim, este estudo parte de uma abordagem original, propondo-se a introduzir elementos que dêem visibilidade ao tema, ainda que incipiente, contextualizando-o nas transformações societárias em curso. Assim, pretende-se problematizar as clínicas populares como uma das manifestações da crise contemporânea na organização da prestação de serviços de saúde.

Para tanto, parte-se do argumento de que de um lado, esses estabelecimentos de saúde se apresentam como adequação do setor privado às transformações atuais de mercado e, de outro, ao enfraquecimento do Estado em relação ao seu efetivo poder de regulação, a qual avançou mais rapidamente no plano jurídico¹ do que na operacionalização, favorecendo a liberdade necessária ao mercado para a multiplicação de suas ações e serviços.

¹ No que diz respeito à função reguladora e fiscalizadora do Estado, será discutido no capítulo seguinte, item 2.2, deste trabalho.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO

Neste item, será focado o cenário no qual as clínicas populares estão inseridas, partindo-se da discussão das transformações societárias em curso. Tais mudanças partem do processo de desenvolvimento capitalista em sua nova forma de acumulação e suas repercussões nos aspectos objetivos e subjetivos da vida.

Para isso, é necessário salientar que as mudanças decorrem da crise mundial agravada desde a década de setenta. Esta década vivenciou uma crise proveniente da ruptura do padrão de crescimento no sistema capitalista, primeiro nos países centrais e, posteriormente, nos países periféricos. Nos países capitalistas centrais, as modificações ocorreram através do rompimento dos padrões do sistema, observado nos seguintes aspectos:

“na queda da taxa de lucro e na conseqüente redução dos níveis de produtividade de capital; na incapacidade de responder à retração do consumo, simultânea ao excesso de produção em massa, acarretando a perda de lucratividade nas indústrias de transformação; na sobreposição do capital financeiro frente ao capital produtivo; na concentração de capitais em grandes oligopólios; no rompimento com os mecanismos regulatórios vigentes nos países da Europa; na crise no Estado-de-bem-estar-social e nos seus mecanismos de funcionamento” (ANTUNES, 2001:29, 30).

Ademais, o padrão fordista de acumulação atravessou o século vinte configurado não somente como um processo produtivo em si, mas também uma forma de operacionalizar as relações sociais no âmbito da produção. Por sua importância para a sociedade capitalista, as mudanças no padrão acumulativo atingem proporções tão profundas quanto abrangentes, desde a materialidade inerente ao processo de reprodução social até à subjetividade humana. De uma forma geral, o fordismo é caracterizado por sua rigidez, apresentada como:

“produção em massa, através da linha de montagem e de produtos mais homogêneos; através do controle dos tempos e dos movimentos pelo cronômetro taylorista e da produção em série fordista; pela experiência do trabalho parcelar e pela fragmentação das funções; pela separação entre a elaboração e a execução no processo de trabalho; pela existência de unidades fabris concentradas e verticalizadas e pela constituição/consolidação do operário-massa, do trabalhador coletivo fabril, entre outras dimensões” (ANTUNES, 1996:25).

As alterações realizadas no padrão fordista perpassam o neoliberalismo como ideologia e a reestruturação produtiva como mudança da acumulação rígida à acumulação flexível. Um novo desenho produtivo é instaurado e suas bases são voltadas ao crescimento de valores reais. A dinâmica organizacional e tecnológica está apoiada na flexibilidade dos processos, dos mercados, do consumo e na fragmentação do trabalho. Estas bases possibilitam ao capital tanto maior exploração, quanto maior controle sobre a força de trabalho:

“Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças no padrão de desenvolvimento desigual, tanto entre os setores, como entre regiões geográficas” (ANTUNES, 1996:25 - 30).

As conseqüências trazidas pelas transformações societárias em curso atingem gravemente o padrão de proteção social, mudanças essas que ocorreram de forma desigual para os países centrais e periféricos. Para os países centrais o padrão consagrado após a Segunda Guerra foi denominado de Estado de Bem-Estar-Social, cujo principal objetivo era o da promoção da inclusão social, financiado e promovido pelo Estado. Os direitos garantidos sob a égide da cidadania foram efetivados com as condições mínimas de subsistência às populações desses países. Em relação aos periféricos, como o Brasil, foram desenvolvidos sistemas de proteção social essencialmente vinculados ao mercado formal de trabalho. Portanto, devido à sua

natureza excludente, esses sistemas são concebidos em patamares muito inferiores ao padrão acima descrito (ELIAS, 1997:193).

No entanto, a partir da segunda metade dos anos setenta, quando se põe em discussão o modelo de proteção social na Inglaterra, com Margareth Taecher, e nos Estados Unidos, com Ronald Reagan, são formuladas propostas para alterar o padrão vigente de Seguridade Social. Nos países de capitalismo tardio, as repercussões dessas mudanças foram sentidas, sobretudo na década de 90, atingindo sistemas de proteção social ainda insipientes. Por isso, as mudanças implantadas trouxeram graves conseqüências às políticas como um todo, esvaziando-as do seu objetivo primordial, o de minimizar as desigualdades sociais decorrentes do sistema capitalista. (ELIAS, 1997:194 - 195).

No Brasil, as medidas adotadas pelos governos nos anos 90 foram caracterizadas por diversas ações que trouxeram graves conseqüências aos direitos sociais. Dentre elas encontra-se o enfraquecimento de políticas sociais diretamente associadas à restrição de recursos orçamentários, redirecionados para outros fins. Assim, as políticas sociais são conformadas sob a lógica da negação dos direitos, expressas no crescente domínio do mercado sobre benefícios sociais. (CARVALHO, 1997, mimeo).

Através da ampliação da competitividade entre os países capitalistas, novas demandas são impostas ao Estado e aos mercados tendo em vista os mercados globalizados. Há novas formas de produção e comercialização de produtos, de gestão da força de trabalho e de estruturação dos serviços aos quais os países devem adaptar-se em todos os aspectos da vida social, política e econômica. (MATTOSO, 1996:7-15).

Em relação à produção flexível, o alto desenvolvimento tecnológico alcançado e o trabalho parcelado decorrente, soma-se ao processo como importantes aliados nas mudanças no interior das empresas. O setor empresarial vivencia uma “desestruturação produtiva”, concretizada pelo saldo negativo entre a criação e a destruição de empresas (MATTOSO, 1996:15). Além disso, o avanço tecnológico ocasionou à realidade produtiva o aumento da produção sem o aumento do número de trabalhadores atuantes, trazendo como uma das múltiplas conseqüências, os trabalhadores multifuncionais. A denominada “III Revolução Industrial” promoveu uma “*extraordinária economia do trabalho vivo*”, concretizada no excedente de mão-de-obra. (NETTO, 1996:90-91).

O desemprego estrutural sem precedentes na história do capitalismo e a intensificação da exploração do trabalho, conquanto fenômenos mundialmente vivenciados, promovem o agravamento da questão social nos anos 80 e 90, mediante o aumento da precarização das condições e das relações em que este se realiza². Em suas múltiplas expressões, a questão social engloba: “a insegurança no emprego, a insegurança na renda, a insegurança na contratação, a insegurança na representação do trabalho, na organização sindical e na defesa do trabalho” (IAMAMOTO, 1998:114, 115). Em março de 2004, a Pesquisa Mensal de Emprego do IBGE detectou aproximadamente 2,7 milhões, 12,8% da população economicamente ativa, de desocupados nas seis regiões metropolitanas investigadas (Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Porto alegre). Foram cerca de 203 mil pessoas (ou 8,1%) a mais de desocupados, desde fevereiro desse ano.

² A questão social não é um elemento específico desse novo modelo, “*é expressão do processo de produção e reprodução da vida social na sociedade burguesa, da totalidade histórica concreta*” e constitui-se justamente no antagonismo entre aqueles que detêm os meios de produção e os que vendem sua força de trabalho. (IAMAMOTO, 1995: 76-79)

Além do desemprego estrutural, a “classe-que-vive-do-trabalho” experiência ainda a diminuição da classe operária e, de forma simultânea, o crescimento explosivo do setor de serviço. Com isso, há uma significativa heterogeneização do trabalho e uma intensa subproletarização presentes na expansão do trabalho parcial, temporário, precário, subcontratado. A convivência do trabalho assalariado com o trabalho autônomo, doméstico e até clandestino são algumas das múltiplas expressões da precarização dos vínculos e das relações de trabalho. Com a diminuição do emprego formal e, com ele, dos benefícios diretos e indiretos, concretizam-se a desassistência do trabalhador e a regressão dos direitos sociais, associadas à desvinculação dos sujeitos aos sindicatos e à individualização da relação salarial (ANTUNES, 1996:52; IAMAMOTO, 1998: 85-87).

Gerenciado pelas denominadas “*falsas cooperativas*”, o trabalho precarizado é reproduzido nos diversos setores produtivos, aproveitando-se da mão-de-obra barata e abundante. Essas cooperativas são muitas vezes criadas por pessoas vinculadas à empresa contratante com a intenção de reduzir os custos provenientes da contratação regida pela CLT. Ademais, constituem-se concorrentes das empresas que prestam serviços terceirizados, pois permitem ao “*cooperado*” prestar serviços a outras instituições sem manter vínculo empregatício com as mesmas. (CUNHA,2003:22). A denominação de “*falsa cooperativa*” advém do não cumprimento da legislação por essas empresas do que determina a Lei 5.764/71, que, dentre outras coisas, não há a divisão dos lucros de forma equitativa com os cooperados; além disso não são registradas na Organização das Cooperativas Brasileiras – OCB (MATTOSO 1996).

Portanto, ao mesmo tempo em que se evidenciam os avanços tecnológicos e a superqualificação do trabalho, ocorre a destruição de bens, serviços de empregos

formais e até setores produtivos. Os postos de trabalhos oferecidos pelos setores existentes são ocupados por uma força de trabalho heterogênea: uma gama de empregados em tempo integral, marcado pela alta rotatividade no trabalho e um segmento que tem crescido vertiginosamente, os trabalhadores que executam suas funções em tempo parcial, de forma flexibilizada, subcontratada, portanto, precária (ANTUNES, 1996:62-63).

O crescimento dos serviços vem promovendo a combinação das atividades do setor com os serviços tradicionais, impondo novas funções ao processo de acumulação do capital a partir do consumo de ações e equipamentos industriais. Localizado nas estruturas sociais concretas, o setor de serviços participa da composição social do capitalismo, ou seja, do processo de acumulação e de reprodução do sistema. Enquanto campo de trabalho, esse setor abre diversas possibilidades, configurando novas formas de subordinação do trabalho ao capital (ANTUNES, 2001). De acordo com Costa, 1998:14-15

“a esfera dos serviços passa a se constituir numa fronteira móvel, passível de redefinições em função das necessidades do processo de acumulação, que modificam as relações entre os diversos capitais, entre as esferas da produção, distribuição e circulação e os requerimentos e mecanismos necessários à reprodução da força de trabalho”.

Em Pernambuco, o surgimento dos serviços é produto de “um atraso estrutural quanto ao retardado processo nacional de industrialização e o conseqüente surgimento de um setor de serviços”, cujo processo de formação do mercado nacional são distribuídos de forma desigual (MORAIS, 2002:54).

Ainda esta autora citando Singer, afirma que os serviços se constituem “*em uma das formas mais notáveis de desemprego disfarçado*” (ibidem,2002:64,65). Se, no início do século vinte o setor de serviços era preenchido por pessoas com baixa qualificação, nos dias atuais, os empregos oferecidos pelos serviços se constituem em postos de trabalho precário. Estes são oferecidos sem a garantia do emprego formal ou qualquer forma de criação de vínculo.

Nesse cenário, os serviços de saúde apresentam características singulares evidenciadas a partir da própria relação que se estabelece entre os agentes da prestação com os usuários, os quais não controlam as informações sobre o seu estado de saúde e sobre suas reais necessidades acerca no consumo dos serviços; além disso, a tecnologia não substitui a força de trabalho, a operacionalização dos novos equipamentos e o processo como um todo depende, fundamentalmente, da mão-de-obra especializada devido ao monopólio do conhecimento médico (MARHY, apud, PIRES: 2000:10-12; BELTRÃO, 2000:35).

Por se tratar de um setor importante ao acúmulo e à reprodução do capital devido ao “uso de mercadorias na forma de instrumentos ou de insumos... torna-se um dos braços mercantis do setor industrial produtor de medicamentos e de equipamentos” (BELTRÃO, apud, NOGUEIRA,2000:32). As novas formas de organização desses serviços articulam equipamentos e saberes, mediadas por diferentes processos de trabalho, movidos a partir da busca pelo lucro. As transformações em curso adentram tanto os serviços como o fazer dos profissionais envolvidos, incluindo o médico conforme, será discutido no capítulo seguinte.

Considerada uma das vias com possibilidades de acumulação do capital, a prestação de serviços de saúde tem se caracterizado pela compra, a custos crescentes, de serviços no setor privado em contraste com a decrescente proporção de recursos destinados às atividades preventivas e de atenção primária. O direito à saúde enquanto um bem público universal e gratuito conquistado após a Constituição de 1988, não foi acompanhado da ampliação dos recursos materiais e nem da força de trabalho necessária, causando problemas importantes para o processo da implementação desse direito. A crise econômica e política marcaram o processo de redemocratização do país, favorecendo a postura neoliberal de questionamento à intervenção estatal nas políticas sociais e, portanto, na saúde. Nos anos noventa, havia todo um ambiente favorável nacional e internacional de questionamento à intervenção do Estado. Assim, as garantias constitucionais embasadas no direito de cidadania, chocam-se com os interesses neoliberais, em voga naquele período.

Por sua vez, o setor privado, incentivado por subsídios estatais desde os anos setenta, será bastante beneficiado, em relação ao seu projeto expansionista, pela incapacidade de o Estado responder às novas demandas do sistema de saúde. Assim, conforma-se como um setor de acumulação do capital dividido, constituído por operadoras de planos e de seguros de saúde, e em um complexo de prestação de serviço constituído por hospitais gerais, pelos hospitais de especialidades, por centros de diagnósticos e pelos laboratórios (MORAIS, 2002:83-84). Conseqüentemente, a assistência à saúde em sua forma mercantilizada, reproduz as desigualdades sociais, segmentando qualitativamente os usuários entre os que podem e os que não podem pagar por ela, sendo, portanto, excludente.

Os desdobramentos ocorridos dentro do subsistema privado são oriundos da visão expansionista do mercado, financiados pelo Estado e, atualmente, fundamentados na ideologia neoliberal. Assim como as demais políticas assistenciais à saúde são transformadas de bem público para bem de consumo, emergindo da lógica da competitividade do mercado (BAHIA, 2001).

Atualmente, conforma-se um novo modo de organizar o trabalho e a produção, definindo-os pela sua utilidade imediata. Essa forma de organização está fundamentalmente dirigida à “*lógica do lucro*” e da “*competitividade*”, a qual promove arranjos que reordenam as relações de trabalho de forma a precarizá-las (MORAIS, 2002: 209).

Com essas e outras medidas, o setor vem ganhando espaço no mercado, oferecendo seus serviços a mais de um quarto da população brasileira, de acordo com dados recentes do IBGE de 2002. No entanto, o poder de compra da população é extremamente desigual, agravado pelo desemprego estrutural e outras conseqüências da crise, já descritas anteriormente.

Em 2002, na distribuição das pessoas ocupadas por faixas de rendimento mensal de trabalho, verificou-se que 27,1% ganhavam até um salário mínimo e 1,3% recebia mais de 20 salários mínimos. Os grupos de menor integração aos setores mais formalizados da economia se vêem impedidos de comprar serviços da rede privada.

Diante do quadro recessivo, foi verificada certa retração no número dos usuários dos planos e seguros de saúde que, de acordo com a Associação Brasileira de Medicina de

Grupo- ABRAMGE –, as empresas do setor contabilizavam 18,4 milhões de usuários, passando para 16,2 milhões em 2001.

Portanto, diante da contextualização apresentada, considerando os inúmeros problemas e desafios à implementação do SUS, esta investigação parte do pressuposto de que as clínicas populares se colocam no mercado por duas razões. A primeira, pelo vazio deixado pelo setor público ao não conseguir responder os desafios que lhe estão sendo impostos; a segunda, pela impossibilidade de amplas camadas da população brasileira de comprar serviços de saúde no “mercado tradicional”, configurado pelos planos e seguros e por prestadores privado de saúde. Desse modo, a assistência médica de baixo custo aparece enquanto possibilidade de acesso aos serviços para o segmento da população das menores faixas de renda.

Deste modo, este estudo traz à tona a discussão de um tema relevante e inédito, configurado como uma das várias conformações do setor privado de saúde a partir dos anos noventa. Este setor se conforma enquanto importante campo de pesquisa, visto que lida com mais de $\frac{1}{4}$ da população brasileira e, no entanto, se recente de pesquisas que clarifiquem sua dinâmica interna. Dessa forma, a contribuição proposta é a de revelar as clínicas populares e ao mesmo tempo apontar para a necessidade de que o Estado possa assumir, de forma eficaz, como parte das suas atribuições reguladoras a expansão desse setor. Como paradigma desse poder regulatório, o artigo 197 da Constituição Federal preconiza que o poder público deve exercer a regulamentação, fiscalização e controle dos serviços e ações de saúde. No âmbito estadual, o aparato que se tem para fiscalizar e controlar resume-se no artigo 110 do Código Sanitário o qual adverte aos Hospitais, às Casas de Saúde, às Maternidades, e aos demais estabelecimentos de saúde que só

poderão funcionar devidamente licenciados pela Secretaria de Saúde, nos termos do Capítulo XXX. Além da licença, o Conselho de Medicina exige a inscrição do estabelecimento no Conselho, segundo o cumprimento da Lei nº 6.839/80, artigo primeiro. A regulação, fiscalização e o controle da assistência à saúde constituem-se em condição imperiosa para a construção de uma política pública de qualidade.

2. MARCO DE REFERÊNCIA

2.1 O SISTEMA PÚBLICO

Historicamente, a definição das prioridades que conformam as políticas sociais tem estado subordinada às diretrizes da política econômica. No Brasil, os serviços de saúde no âmbito do setor público (municipal, estadual e federal) têm se caracterizado por dificuldades na oferta de atendimento, e, portanto, pela falta de resolubilidade em relação aos problemas de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), resultado da luta social pelo direito à saúde, surgiu como resposta à insatisfação e ao descontentamento que existia em relação aos direitos de cidadania, no que diz respeito ao acesso, aos serviços e à forma de organização do sistema de saúde. Nos anos oitenta, os segmentos sociais organizados levaram adiante um movimento - o "movimento sanitário" - para criar um novo sistema público que viesse a dar solução aos inúmeros problemas encontrados no atendimento à saúde da população. Orientava-se pela idéia de que todos têm direito à saúde e que o governo, juntamente com a sociedade, tem o dever de fazer o que for necessário para alcançar tal

objetivo. Na Constituição de 1988 está garantido o acesso à assistência à saúde a todos os brasileiros independentemente da categoria profissional ou da vinculação ao mercado formal de trabalho (MENDES, 1994).

Anteriormente, o acesso era restrito a certas categorias profissionais, contribuintes do sistema vigente de previdência. De 1946 a 1964, no contexto desenvolvimentista, houve rápida expansão da medicina previdenciária e o crescimento das redes públicas estaduais e municipais que estavam voltadas ao atendimento do “pronto socorro” e da população excluída do sistema previdenciário. A saúde institucionalizada compreendia uma ampla estrutura burocrática que não atendia à nova dinâmica social. A sociedade brasileira caracterizava-se pelas novas problemáticas advindas da expansão urbana e industrial, produzindo um quadro de morbidade e mortalidade mais complexo (ibidem, 1994).

Por ocasião da III Conferência Nacional de Saúde, registrou-se a proposta de municipalização da assistência à saúde no país, o que representou um progresso nas discussões acerca do papel do Estado na formulação e implementação de um efetivo sistema de saúde. No entanto, as discussões foram suprimidas pelo regime militar, a partir de 1964, no qual se promoveu uma reversão da tendência descentralizante. A reorientação no setor foi baseada na generalização do modelo de cuidados médico individual como padrão de saúde, acarretando o crescimento da produção quantitativa dos atos médicos (AROUCA, 1998).

Assim, a expansão da demanda não promoveu a do sistema público. Ao contrário disso, a construção de vários hospitais, laboratórios e serviços no setor privado foram

incentivados. O modelo privatista da saúde assumia no período, sua natureza excludente e consolidava-se como área privada de acumulação do capital, financiado pelos trabalhadores e pelo Estado. Os serviços contratados e os conveniados ficavam com a parcela dos problemas de saúde que podiam ser rapidamente tratados. O Estado se responsabilizava pelos mais complexos, os que exigiam tratamentos demorados, e, portanto mais caros, utilizando-se os recursos próprios da previdência (TEIXEIRA, 1979).

A previdência social vivencia um cenário contrastante nos anos setenta. De um lado, a recessão econômica do período, a concentração de renda, à corrupção dentro do sistema previdenciário; de outro, a repressão à classe trabalhadora em meio ao regime militar vigente associada à expansão da cobertura através da compra de serviços ao setor privado provocando um déficit financeiro que perdurou por longos anos (ibidem, 1979). Dentro desse processo, encontra-se também a discussão em relação à privatização do sistema, na medida em que são contratados serviços do setor privado introduzindo e sedimentando a lógica mercantil dentro do sistema público (NORONHA E SOARES, 2001).

Com o término da primeira fase do regime militar em 1974, vem à tona a crise do modelo de política de saúde de forte caráter privatista (a qual privilegia o setor privado, capitaliza a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos) e excludente (devido à manutenção do sistema de contribuição prévia e direta, através do trabalho formal). Essa nova fase é marcada pelo aparecimento público de manifestações de protesto e insatisfação com o modelo vigente. As manifestações assumem diversas formas de expressões rebatendo dentro do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência

Social - INAMPS – e do próprio governo federal, levando-os a adoção de medidas que buscavam soluções para a crise (TEIXEIRA, 1979).

É importante salientar que ainda nos anos setenta foi dados os primeiros sinais de esgotamento do modelo econômico vigente, a partir do qual a sociedade passou a lutar pela redemocratização do país e o direito a saúde, posta pelo movimento sanitário.

Na década de 80, as discussões em relação aos problemas de atenção à saúde são intensificadas nos movimentos populares emergentes. Em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, foram discutidos temas como: desigualdade no acesso, desorganização da rede, baixa resolutividade e produtividade de recursos, centralização no processo decisório e a reorganização do sistema nacional de saúde. Um ano depois, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS – dando início ao processo de descentralização, desconcentrando as ações de saúde para estados e municípios. O SUDS teve como tônica a reformulação do INAMPS que prescindindo de sua atuação ao nível estadual, delegava às secretarias estaduais de saúde grande parte do seu poder decisório (NORONHA & LEVCOVITZ, 1994:85-89).

O ponto alto da democratização se expressa em 1988 com a nova Constituição Nacional, através da qual é instituído o Sistema Único de Saúde, SUS. O acesso à assistência à saúde independe de qualquer critério ocupacional. Mas do que isso, a saúde é garantida como um direito de todos e dever do Estado. Dentre os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde encontra-se a universalização que inclui grupos sociais que não contribuem diretamente com o financiamento do sistema (FAVERET & OLIVEIRA, 1990: 139-162).

O sistema de saúde brasileiro encontra no novo século desafios colossais agravados pela conjuntura político-econômica introduzida a partir da década de 90. É o que demonstra SÁ, quando apresenta o aumento da população ambulatorial e o crescimento dos gastos assistenciais entre 1995 e 2000. Em relação às consultas médicas, o autor evidencia que representam 26% dos procedimentos de atenção básica e 18% de toda produção ambulatorial do país¹(SÁ, 2002:112).

Em um contexto de crise econômica internacional com a necessidade de políticas de ajuste, a decisão política de universalização ficou seriamente prejudicada pela drástica redução dos gastos federais durante o governo Collor (1990-1992). Segundo Médici, os recursos para a saúde despencaram nesse período, caindo de cerca de US\$11,3 bilhões para um total de US\$6,5 bilhões. A não efetivação de repasses previstos na Lei Orçamentária daquele ano, em função da revisão do sistema de benefícios da Previdência Social, elevou os gastos federais com saúde, corroborando as idéias defendidas pelos setores conservadores, como destacado acima (MEDICI, 1995:132).

O redirecionamento desses recursos para a Previdência foi o resultado de uma escolha política do governo vigente, trazendo como conseqüências a aceleração da desorganização e do sucateamento do sistema público; a queda dos gastos com programas de alimentação e nutrição, vigilância sanitária e epidemiológica e da Fundação Nacional de Saúde e o forte crescimento do setor privado complementar. Em função desse quadro houve uma deterioração das condições de saúde, com o

¹ Atenção básica significa “a aplicação de vacinas, ações primárias desenvolvidas por profissionais de nível básico e médio (agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem), ações superiores que correspondem às ações desenvolvidas por profissionais de enfermagem de nível superior¹, vigilância sanitária, consultas médicas e odontológicas...constituídas como necessidades primárias de pouca tecnologia”. (SÁ, 2002:51-52)

ressurgimento de endemias e o aumento da mortalidade infantil no Nordeste, região sem condições de utilizar recursos próprios para a área da saúde pública (ibidem: 133).

Um relatório inicial de uma pesquisa realizada por Vieira (2000) discute a questão das alternativas encontradas quando o SUS não responde de forma resolutiva e aponta as clínicas populares como espaço de negação do sistema público de saúde. A autora aponta que a utilização do espaço deixado pelo poder público promove o uso da doença de diversas formas, quer seja pelo subsistema privado, quer seja por políticos com fins eleitoreiros, quer seja por ONG's com atuação educativa e preventiva (VIEIRA, 2000).

A pesquisa da Assistência Médico-Sanitária (IBGE, 1999) contabilizou, em 1999, 55.226 estabelecimentos de saúde no país, sendo 73% sem internação, 14% com internação e 13% de apoio à diagnose e terapia. A maior concentração está na Região Sudeste (38%), destacando-se os Estados de São Paulo (16%) e Rio de Janeiro (13%). As Regiões Centro-Oeste e Norte detêm parcelas menores com respectivamente, 7% e 8% do total.

Nos serviços de apoio à diagnose e terapia, observa-se maior iniquidade na distribuição espacial. Dos 7.241 estabelecimentos, 55% estão na Região Sudeste e apenas 3% na Região Norte. O Estado de São Paulo concentra 23% do total da região, percentual superior ao do Sul (20%).

A rede ambulatorial do SUS integrava 61 mil unidades, em 2001, 77% de natureza pública, 23% da privada e apenas 0,5% da universitária. O setor público predomina em

todo o país, com participação bem acima da média na Região Norte (88%) e inferior na Região Sul (66%).

Os centros e postos de saúde, os prontos-socorros gerais, as unidades móveis e as unidades de saúde da família vinculam-se quase que totalmente ao setor público. Nos serviços auxiliares de diagnose e terapia e centros de alta complexidade em oncologia, predomina o setor privado.

Os dados da AMS, para 1999, indicam a manutenção do predomínio do setor privado na oferta de leitos (70%), porém, boa parte destes está disponível aos pacientes do SUS. Em termos regionais, a rede privada destaca-se nas Regiões Sul e Sudeste, com, respectivamente, 80% e 74% do total de leitos destas áreas. Na rede hospitalar do SUS, em 2001, o Brasil contava com 486 mil leitos em hospitais vinculados ao SUS – 2,8 por mil habitantes. Do total, 65% estão em hospitais da rede privada, 26% da pública e 9% da universitária.

Assim, o SUS não se tem desenvolvido suficientemente para atender de forma universal e com qualidade à população. A redistribuição da atenção básica e manutenção da concentração dos procedimentos mais complexos nos grandes centros é uma tendência ainda observada e acompanhada pela transferência de recursos federais para a assistência ambulatorial e hospitalar – acentuadamente, para a assistência ambulatorial. Conforme fica evidenciado, o acesso aos serviços públicos não é garantido de forma efetiva na atenção básica como um todo, apesar dos investimentos realizados:

“os avanços ocorridos no sistema de saúde foram insuficientes para superar o quadro de desigualdades existente. Portanto, os princípios fundamentais para a consolidação

do SUS, ainda são objetivos a serem alcançados para que possa ser efetivado o direito à saúde e a Reforma Sanitária” (SÁ, 2002:112-113).

A despeito do que está preconizado na Constituição, o SUS promove a atenção médica de forma paradoxal: é universal e exclui. A denominada *universalização excludente* favorece o encaminhamento dos setores que possuem uma melhor renda para o subsistema privado:

“Este movimento é permitido pelo surgimento e difusão de mecanismos de financiamento (seguro-saúde, medicina de grupo) que propiciam um aumento da autonomia financeira do setor privado em relação ao setor público”. (FAVERET & OLIVEIRA, 1990: 139-162).

Em suma, sem a implementação efetiva do Sistema Único de Saúde, mesmo com a garantia legal de atendimento universal por parte dos serviços públicos de saúde, a demanda pública é deixada ao mercado enquanto fatia de consumidores dos serviços privados em saúde. Em tempos de Estado mínimo, de desemprego, subemprego e o conseqüente empobrecimento da população brasileira, as clínicas populares surgem como alternativa do setor para a assistência em saúde da população.

2.2 O SISTEMA PRIVADO

O sistema privado de saúde ao longo de mais de três décadas formou um complexo e diversificado subsistema direcionado à acumulação do capital. Fonte de dinamização de renda e de postos de trabalho, o subsistema privado mobiliza vários interesses na realidade brasileira na qual o setor público não é resolutivo. A rede de serviços diversificada e altamente lucrativa é produto da contribuição efetiva da política pública de saúde de cunho privatista, ao longo dos anos, através das compras de serviços junto ao setor privado, estabelecendo convênios, contratos e credenciamentos.

Dessa forma, o Estado se destaca no papel de proteger interesses particulares transformando o direito universal à saúde em direito do consumidor. Constituiu-se, portanto, como o promotor ao desenvolvimento das modalidades empresariais do setor privado de saúde, desde meados dos anos setenta. Basicamente orientada para a assistência médico-hospitalar em detrimento da medicina preventiva, a política de saúde alicerçou o empresariamento do setor na contratação de serviços dos produtores privados. Após 78, com a utilização das linhas de financiamento à saúde do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS, o governo despendeu aproximadamente 80% do valor dos financiamentos aprovados para a área da saúde, fortalecendo e conformando os serviços privados no mercado (MORAIS: 2002).

A situação do setor público de saúde de uma forma geral, nas três últimas décadas, é a de subsidiar e fomentar o setor privado o qual presta a assistência especializada, com instalações e equipamentos de alto custo, destinados ao segmento da população que está vinculado aos planos de saúde deste setor: Com é sabido, os benefícios da prestação

privada são orientados para “grupos de renda mais elevada e parcela de trabalhadores urbanos das atividades industriais e de serviços pertencentes ao setor mais dinâmico da economia” (ELIAS, 1997:207).

A partir da metade dos anos oitenta, apesar de todo o aparato jurídico-legal oferecido pela Constituição em relação à saúde, o denominado subsistema privado se expandiu de forma exponencial tendo em vista “a falta de recursos para o custeio de um sistema universal para todos os níveis da assistência”. O subsistema privado de saúde se configura a partir de

“...um mercado tecnológico e de uma medicina assistencialista, individualista, sofisticada e curativa [podendo ser vista] em algumas matrizes de organização de serviços, qual seja, a ampliação da capacidade instalada de hospitais, leitos hospitalares e no desequilíbrio de sua oferta” (BELTRÃO, 200:114).

Esses serviços se constituem entre os conveniados com o Estado e aqueles exclusivamente privados.

A despeito da necessidade de conhecimento e de regulação desse subsistema é somente nos anos noventa que os aspectos jurídicos e legais do sistema privado são colocados na pauta de discussão da agenda pública, tendo em vista as demandas da população clientela, exigindo a regulação do Estado. Assim, o processo autônomo de mercantilização da atenção médica é de ampliação de suas ações é realizado, diante da regulação tardia. Nesta década, além do abraso na regulação do setor “ocorreu a mercantilização da saúde...;a internacionalização da oferta de produtos médico-industriais [e] o esgarçamento dos mecanismos de financiamento público” (BAHIA, 2001:20). Esse mecanismo de produção privada dos serviços segmenta a prestação da assistência e restringem o acesso a estes serviços, conformando-se, portanto como um sistema segmentado, iníquo e excludente (ELIAS, 1997:207).

Um complexo parque empresarial é formado por uma grande variedade de estabelecimentos e de profissionais de saúde e pelos planos e seguros de saúde, compostos pelos operadores e prestadores de serviços do subsistema privado. Jurídico e institucionalmente, os planos podem ser divididos em: medicina de grupo, autogestão, cooperativas e seguradoras que, em 1999, detinham respectivamente, 39%, 25%, 24% e 13% da assistência médica suplementar do país (IBGE, 2002²) e classificados de acordo com o alcance da clientela, a propriedade dos recursos que financiam a modalidade, quem intermedia esse financiamento e o alcance da cobertura:

“Os planos privados de assistência à saúde atuam no sistema de saúde brasileiro, configurando-se enquanto mais um fator de geração de desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde, na medida em que cobrem apenas uma parcela específica da população brasileira: pessoas de maior renda familiar, de cor branca, com maior nível de escolaridade, inseridas em determinados ramos de atividade do mercado de trabalho, moradores das capitais/regiões metropolitanas, locais em que o acesso à rede credenciada de prestadores de serviços e o número médio de prestadores por operadora é superior àquele observado nos municípios de menos de 80.000 habitantes” (PINTO, 2003:37).

A partir dos mecanismos próprios de micro-regulação, o subsistema está organizado para aproveitar a capacidade de gastos de camadas médias da população, inseridas no mercado de trabalho. Contudo, para procedimentos de altos custos e de alta complexidade tecnológica, como os tratamentos de doenças crônico-degenerativas, primeiros socorros em casos de acidentes, dentre outros, o setor público é utilizado por uma população flutuante entre o sistema público e o subsistema privado. Os dados do IBGE³ de 2002 apontam que cerca de 25% da população brasileira é coberta por pelo menos um plano de saúde privado; esses números tornam-se mais expressivos em áreas urbanas, atingindo quase 30% da população. A modalidade de contratos mais frequente é abrangente, incluindo serviços ambulatoriais, hospitalares e exames diagnósticos e terapêuticos.

² www.saude.gov.br

Em Pernambuco, os serviços de saúde cresceram de 728, nos anos oitenta, para 2394 estabelecimentos concentrados na cidade do Recife, nos anos noventa (BELTRÃO, 2000). A rede de serviços privados do município possui natureza diversificada a partir de um “amplo parque empresarial e de um complexo de prestação de serviços”, de penetração do capital transnacional, apontando para a predominância do setor quanto à sua capacidade instalada, em comparação aos baixos investimentos realizados pelo setor público em equipamentos. (MORAIS, 2002:70,193).

Há uma forte concentração de empresas do setor privado, proximamente localizados, formando o que se tem denominado de *pólo médico*. Vinculado ao capital comercial e financeiro, o *pólo médico* é constituído por grandes hospitais, empresas de laboratórios e de complementação diagnóstica. (op. cit., 2002:65).

Os estabelecimentos exclusivamente privados com internação (51,89%) e sem internação (64,94%) predominam em relação ao setor público na cidade do Recife. No interior, o SUS prevalece tanto para estabelecimentos com internação, quanto para os sem internação. Todavia, em relação aos estabelecimentos de apoio à diagnose e terapia, tanto em Recife, quanto no interior, prevalece o setor privado devido à falta de investimento do setor público. (ibidem, 2002:69).

A clientela atingida pelo *pólo médico* do Recife é composta da parcela da população que possui plano e seguro de saúde, apenas 15% na cidade, retratando a desigualdade existente em relação ao cuidado através dos serviços médicos. (MORAIS, 2002:65) Os subsídios dados pelos recursos públicos ao longo dos anos à iniciativa privada

³ www.ibge.gov.br

promoveram o sucateamento que hoje se vivencia no sistema público, prejudicando milhões de brasileiros.

A realidade de gastos com planos de saúde é da ordem 1,4% do PIB, constituindo a segunda maior categoria de gasto privado com saúde das famílias, perdendo somente para os gastos com medicamentos, 1,6% do PIB. Ademais, o país possui uma realidade de extrema desigualdade social em que os 10% mais ricos possuem renda 46 vezes maior do que os 10% mais pobres, dividindo a população brasileira entre os que podem pagar para ter acesso a planos de saúde e os que não podem (IBGE, 2002).

Contribuindo para o agravamento desse cenário estão as conseqüências dos ajustes estruturais porque passou o país ao longo dos anos 90. Como visto no item 1.2 deste trabalho, tais ajustes promoveram drásticas conseqüências para a classe trabalhadora, como a queda na renda média e o aumento no desemprego e do subemprego, atingindo o mercado de planos e de seguros. Segundo dados da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) referentes a 2000, as empresas do setor contabilizavam 18,4 milhões de usuários, passando para 16,2 milhões em 2001, em todo o país.

Em Pernambuco, o número de usuários passou de 1,2 milhão para 800 mil nos últimos cinco anos. As estratégias utilizadas para burlar a crise no setor em que quase quatro milhões de brasileiros deixaram os planos de saúde, foram o crescimento dos contratos coletivos, cuja participação passou de 70% para 82%, e o crescimento da modalidade de planos e seguros de esquemas assistenciais pouco especializados e com baixa concentração de tecnologia, como os ambulatórios médicos nos locais de trabalho. (BAHIA, 2001)

A crise também repercutiu em mudanças na forma de organização e de funcionamento do subsistema privado. Foram realizadas alterações no âmbito gerencial das despesas com a assistência a saúde, defendidas como alternativa estratégica para a competição no mercado. A partir de então, os operadores impuseram rígido controle dos custos no processo operacional dos serviços.

A partir da lógica da competitividade e da lógica da redução de custos, a “*atenção gerenciada*” descreve a relação estabelecida entre o sistema de financiamento e o sistema de prestação de serviços de saúde:

“o plano de saúde impõe incentivos externos e regulações no sistema de prestação, criando uma relação de oposição, de adversários, entre os dois sistemas, o de financiamento e o de prestação” (NICZ, 1998:100).

São impostos controles sobre as ações de saúde de uma forma geral e a prática médica, em particular.

A “*atenção gerenciada*” materializa-se na precarização do trabalho na saúde, tendo em vista a “qualidade” dos postos de trabalhos gerados e no valor pago por esse trabalho, bem como no controle da prática de produção da saúde ou o *gerenciamento do cuidado* (MORAIS, 2002:236-237) A expansão do setor de serviços privados de saúde fez com que este setor se constituísse em um importante espaço de absorção da força de trabalho e de reprodução das mudanças impelidas pela atenção gerenciada, pois os postos de trabalhos oferecidos repercutem o

“processo de desassalariamento em curso na saúde, assegurado pela proliferação das ‘falsas cooperativas de trabalho’, a partir das quais é recrutada mão-de-obra permanentemente disponível e com quem as empresas não têm quaisquer responsabilidades” (MORAIS, 2002:240).

As modalidades informais de emprego repercutem a complexidade e diversidade de um subsistema que visa ampliar o mercado consumidor e reduzir os custos para garantir o lucro. No entanto, os serviços de saúde, inclusive os informais, não estão isolados da base empresarial, pelo contrário, estes consomem o suporte físico, realizando os equipamentos de forma a produzir lucro ao setor. A redução dos custos perpassa na questão da redução no oferecimento dos postos de trabalho, ou empregos formais. O subsistema participa de forma decrescente na expansão do emprego formal em saúde em contraposição ao crescimento exponencial dos seus serviços que é acompanhado pela “emergência de um processo de terceirização ou de novas formas de contratação dos profissionais de saúde com o surgimento de cooperativas ou de formas similares de prestação de serviços” (op. cit. 2003:81-83). As condições gerais de precarização porque passa o trabalho no setor que a conjuntura de crise orientou medidas de drástica redução de custos. As tendências da diversificação desses serviços promovem o aparecimento de modalidades que se propõem a ser menos dispendiosas aos operadores, como assistência domiciliar, e das formas mais autônomas como é o caso das clínicas populares.

2.3 O TRABALHO MÉDICO

Até fins dos anos cinquenta no Brasil, predominou um modelo de prática médica por alguns autores (SCHRAIBER, MACHADO, DONNANGELO) denominada de “liberal”. Este tipo de prática se caracterizava pela realização desta pelo produtor privado, isolado, sobre o qual exercia todo o controle sobre o processo de unidades. O médico era proprietário dos meios de produção e, portanto, dominava a informação e os recursos materiais necessários para a execução do seu trabalho.

O movimento incessante do capital produzindo continuamente novos materiais, equipamentos e modelos de prestação de serviços para o setor saúde, tem resultados numa redefinição do trabalho médico. Por outro lado, o papel do Estado também contribuiu para a redefinição do trabalho médico quando ampliou sua intervenção na prestação de serviços de saúde, através da compra de seus serviços:

“A necessidade de organizar a produção de serviços próprios, [do Estado] em nível ambulatorial para o controle de prestação de benefícios e, em seguida da ampliação da assistência, acarretou o assalariamento progressivo dos médicos pela Previdência Social” (DONNANGELO, 1975:35).

A partir de então, a medicina foi institucionalizada em “um conjunto de instituições heterogêneas e de práticas desiguais” (SCHRAIBER, 1995:57). Com o incremento tecnológico, os custos operacionais no setor saúde aumentaram progressivamente em decorrência das articulações da produção dos serviços médicos e das complexas relações estabelecidas com os ramos industrial e financeiro, produtores de tecnologia material. Através da incorporação tecnológica “há um encarecimento gradual da medicina, através de um uso inapropriado da tecnologia, [o qual] tem sido apontado como um dos principais responsáveis pela inflação médica” (BELTRÃO, 2000:136). A

crise financeira decorrente da inflação, deixa a assistência à saúde à mercê das leis do mercado, produzindo respostas a essas questões no nível individual.

As condições objetivas em que se desenvolve a prática profissional do médico, estarão situadas a partir das reais implicações de sua condição subordinada ao sistema de produção capitalista, no contexto da prestação dos serviços de saúde. Dessa forma é que a partir da segunda metade dos anos sessenta daquele século, os serviços médicos foram associados aos empresariamento e aos avanços tecnológicos, os quais promoveram um reordenamento no interior da profissão, suprimindo a autonomia profissional. Novas formas de realização do trabalho médico são mobilizadas, a partir da inserção deste no trabalho coletivo. (SCHRAIBER, 1993:22).

Dessa forma, as organizações produtivas em hegemonia influenciam tanto o trabalho em saúde como um todo, como o trabalho médico em particular. As condições objetivas em que passa a desenvolver-se o trabalho médico ao longo do século vinte, são, portanto, subordinadas ao sistema capitalista de produção. A penetração maciça do capital e o conseqüente acúmulo de tecnologias materiais no setor redefinem a prática profissional em seu processo interventivo, inflacionando a atividade terapêutica, demarcando definitivamente a transposição do modelo liberal ao “modelo tecnológico” (SCHRAIBER, 1995:197; DONNAGELO, 1975):

“a maior ou menor presença do Estado como produtor direto e ou como financiador de produtores e consumidores, maior ou menor viabilização de pequenos produtores privados, constituindo-se empresas médicas independentes ou sob a intermediação de seguros-saúde privados” (Schraiber, 1995:198).

A fragmentação da prática a partir da “repartição do conhecimento em ramos parcelares do saber, ocasionou o processo de divisão técnica ao trabalho médico” (SCHRAIBER,

1995:195). E, dessa forma, a especialização da profissão afetou a homogeneidade alterando as posições dos produtores na estrutura sociais que se diferenciam por sua importância hierárquica no âmbito de cada equipe profissional. Tanto as mudanças nas condições objetivas quanto à especialização ocorridas no trabalho médico, reordenaram a profissão, aproximando-o do trabalho empresarial. O alheamento dos meios de produção (o espaço de atuação profissional, os instrumentos materiais, as condições de remuneração, as formas de captação da clientela), promove alterações significativas à prática profissional. (ibidem, 1995:195,196).

Os vínculos estabelecidos entre estes profissionais e as instituições nas quais atuam, irão regular sua atuação no mercado de trabalho. A consulta constitui-se em unidade produtiva, paga pelos intermediários, grupo composto pelo Estado e os planos e seguros de saúde, os quais reordenam a demanda.

A presença dos controles administrativo e legal é imposta à profissão através de empresas que intermediam o processo de pagamento. De um lado, se multiplicam as especialidades, do outro, o trabalho é mudado para unidades de serviços, vinculando-as ao modelo organizativo as políticas públicas. A institucionalização do trabalho médico trouxe como consequência a transformação do ato médico em procedimento burocratizado, segmentado, padronizado, rotineiro e, até despersonalizado (SCHRAIBER, 1993:131).

A questão referente à autonomia profissional dos médicos é inerente a essa reorientação, tendo em vista sua importância para a constituição dessa prática e à reprodução da situação de seus agentes (SCHRAIBER, 1995:194).

Nos anos setenta, as políticas públicas do setor saúde centralizavam suas ações na compra de serviços ao setor privado de saúde. O Estado financiava as instituições privadas como hospitais, centros diagnósticos, a partir do consumo de ações garantido pelo sistema previdenciário. Já em meados daquela década o setor ampliava seu raio de ação através das empresas de “medicinas de grupo” e do seguro-saúde privado. O médico credenciado às empresas devia subordinar-se às regras estabelecidas de pagamento e de captação da clientela sob o rígido controle empresarial do processo da assistência (SCHRAIBER, 1993:197).

Em fins dos anos oitenta a partir da promulgação da Constituição, os cuidados com a saúde agora se constituem como direito do cidadão garantido mediante política pública. Entretanto, em um cenário desenhado por agressivos cortes orçamentários na área social e imbuído da lógica privatizante, o Sistema Único de Saúde sofre drásticos problemas.

A fase seguinte presencia a expansão e diversificação dos serviços privados de saúde, ocorrendo diferentes formas de inserção da força de trabalho médico no mercado, mercado este que, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde, movimenta cerca de R\$ 23 bilhões ao ano (ANS, 2002). O fortalecimento da iniciativa privada, a inflação em saúde e a conjuntura de mudanças estruturais no mundo do trabalho, atingem diretamente a prática profissional em fins dos anos noventa. A discussão que esse fenômeno suscita diz respeito à qualidade e à quantidade dos empregos gerados pelo setor saúde, particularmente para o caso dos médicos.

O setor vivencia maior grau de autonomia no ordenamento de seus serviços, diversificando tanto suas formas da prestação propriamente ditas, quanto de contratação

dos profissionais. A partir da “lógica da competitividade” e da “lógica da redução de custos”, (MORAIS, 2002), o trabalho é precarizado sob numerosas possibilidades de combinações no mercado. A diminuição dos custos dos serviços e as formas de contratar trabalhadores são alternativas encontradas pelo subsistema para ampliar seus lucros.

Em 1997, o Estado respondia por 60% da ocupação das atividades no núcleo do setor saúde, cujo maior peso vem do pessoal da enfermagem, seguido dos médicos. Os dados de 2002 apontam que 5,7 milhões de pessoas estão ocupadas no setor saúde, destas, 2,7 milhões se vinculam a uma ocupação de caráter formal. A ocupação assalariada em saúde em termos percentuais é da ordem de 10,5% com forte contribuição do setor público. O setor como um todo está estruturado com uma rede de 65.343 estabelecimentos de saúde, a região Nordeste apresenta 18.912 estabelecimentos de saúde sendo que destes 3.026 encontram-se em Pernambuco (IBGE/AMS, 2002).

As disparidades regionais compõem o quadro atual do trabalho médico demonstrado no estudo realizado por Beltrão. (2000:152-160) As dificuldades do trabalho em saúde centram-se em respostas ineficientes por parte do Estado, aliadas à distribuição iníqua de médicos na Região Nordeste, havendo maior contingente de profissionais onde há maior oferta imediata de serviços. A desvalorização profissional atualmente vivenciada pela categoria é fortalecida pela ampliação desmedida das funções do mercado. Foram constatadas as condições difíceis em que se encontra o trabalho médico “demonstradas por meio de abusivas jornadas de trabalho pelos múltiplos empregos, pela participação considerável no regime de trabalho, na forma de plantão e pelos horários médicos defasados” (BELTRÃO, 2000:158).

Ainda assim, apesar da recessão econômica vivenciada, o emprego no setor saúde se diferencia dos demais pelo aumento progressivo das oportunidades apresentadas, principalmente pelo emprego formal no setor público. A participação dos hospitais como principal fonte geradora de postos de trabalho para os médicos demonstra a diferença fundamental entre o setor público e o setor privado, absorvendo grande parte da mão-de-obra em estabelecimentos com internação. (BELTRÃO, 2000: 124).

Em relação ao setor privado, sua dinâmica se diferencia por diversos fatores:

“[pelo] surgimento e consolidação de estabelecimentos de pequeno porte, [pela] emergência de um processo de terceirização ou de novas formas de contratação dos profissionais de saúde com o surgimento de cooperativas ou de formas similares de prestação de serviços...”. Por outro lado, a denominada crise no setor saúde provocaria a queda de emprego no subsistema (MORAIS, 2002:82).

Portanto, as oportunidades de trabalho no setor privado de saúde no Estado aparecem sob condições de precarização do trabalho médico, a despeito da concentração de estabelecimentos, equipamentos e de médicos. Pernambuco nos anos noventa aparece abaixo da média nacional em relação aos postos de trabalho e de mais nove estados, fato que poderia ser justificado pelas dificuldades econômicas encontradas pelo setor privado (ibidem, 2002:82-83).

A emergência de novas atividades no setor de serviços de saúde como é o caso das clínicas populares e a combinação destas com os serviços tradicionalmente conhecidos, dá novos contornos ao setor e o trabalho médico, redefinindo papéis dos médicos no interior da organização dos serviços como parte integrante desse processo em que o precariza. Em meio a condições de trabalho adversas e uma prática extremamente fragmentada, o trabalho médico passa por uma realidade de questionamentos e desafios que exigem respostas imediatas dos órgãos de classe e das políticas públicas do setor.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O objeto deste trabalho foi construído a partir de pesquisa de natureza exploratória, descritiva e explicativa. Assim, enquanto um fenômeno socialmente localizado e historicamente determinado, o surgimento e a expansão das clínicas populares na cidade do Recife foram estudados com o objetivo de trazer à tona a discussão de um fenômeno até então desconhecido da literatura.

Para tanto, esse objetivo foi estudado em duas etapas. Na primeira, considerando-se o completo desconhecimento sobre o tema foi realizado uma busca documental na Secretaria Municipal de Saúde e na CLINAPE - “Clínicas Associadas de Pernambuco”. No primeiro local, foi encontrada a listagem contendo os nomes, endereços e responsáveis pelas clínicas populares a serem visitadas pela Vigilância Sanitária, bem como registros documentados das orientações dadas nas reuniões com os responsáveis pelas clínicas. Na CLINAPE, foram localizados documentos de distintas naturezas, como periódicos da própria associação, publicações jornalísticas acerca das clínicas populares e uma pesquisa encomendada pelo SINDHOSPE – Sindicato dos Hospitais de Pernambuco acerca do perfil dos usuários das clínicas populares.

Esse trabalho prévio tornou possível conhecer um pouco mais aquilo que progressivamente se configurava como objeto da pesquisa. A partir de então se fez possível levantar hipóteses e dimensionar os passos seguintes do trabalho de campo.

Na segunda etapa, já de posse de um roteiro mínimo de questões a serem descortinadas, foram realizadas reuniões com a presidência da CLINAPE e um grupo de discussão com todos os componentes da diretoria. O grupo de discussão teve como principal objetivo identificar a possível relação existente entre as clínicas populares e outros segmentos do setor privado local.

As informações obtidas na etapa inicial apontaram para a existência de mais de cem clínicas espalhadas pela cidade, entretanto, o recorte adotado para a realização desta pesquisa foi a inclusão de todas as clínicas populares listadas pela Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde do Recife. Assim, todas as clínicas listadas foram visitadas e convidadas a fazer parte da pesquisa. Além de fazerem parte da lista citada, foram selecionadas as clínicas que realizavam serviços médicos ambulatoriais, excluídos os estabelecimentos prestadores de serviços¹ e os que realizavam apenas serviços odontológicos. Além dos estabelecimentos listados, obteve-se outros indicados através da técnica conhecida como “*snowball*” pela qual o informante, representante da clínica estudada, indica novos estabelecimentos para participarem da pesquisa.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário estruturado, com questões fechadas e pré-codificadas, desenvolvido a partir de uma relação fixa de

¹ Os estabelecimentos considerados neste trabalho como prestadores de serviços são aqueles que apenas realizam procedimentos de complementação diagnóstica, como raios-X, exames laboratoriais, ressonância magnética, etc.

perguntas, cuja ordem e redação permaneceram invariáveis para todos os entrevistados. Os questionários eram aplicados aos gerentes ou responsáveis por esses estabelecimentos, a partir dos quais buscou-se traçar o perfil das clínicas, investigando-se: a) a estrutura física; b) os serviços oferecidos; c) a relação existente entre estabelecimento e os prestadores médicos.

Com a finalidade de ampliar a possibilidade explicativa do instrumento utilizado, foram realizadas também a observação direta e entrevistas informais em todas as clínicas incluídas no estudo, pretendendo-se obter uma visão geral do objeto de estudo. Tanto as observações quanto as entrevistas informais propiciaram captar informações privilegiadas, tendo em vista que existe “uma série de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados através de perguntas, ou em documentos quantitativos, mas devem ser observados em sua plena realidade” (MALINOWISKI *apud* NEVES, 1998:67). Assim, a construção do significado do objeto desse estudo parte da compreensão da dinâmica do social na qual ele está inserido, levando-se em consideração a diversidade de proposições.

O instrumento “questionário” foi previamente validado através da realização de pré-testes, a partir do que as entrevistas foram realizadas após prévio agendamento via contato telefônico, com o gerente ou administrador da clínica.

Cada estabelecimento pesquisado, portanto, constituiu-se em uma unidade de análise, com suas particularidades nas distintas situações em que a entrevista se realizou. Dessa forma, a abordagem utilizada instrumentaliza-se de registros escritos, observacionais e discursivos, possibilitando a aproximação dos diferentes níveis de realidade existentes.

Depois da coleta, os dados foram registrados no programa EPI-INFO, 6.0, fazendo-se uso do programa VALIDATE através da comparação de dois arquivos introduzidos em dois bancos de dados distintos. A partir dos inquéritos previstos, foram obtidas frequências absolutas e relativas, com base nas respostas obtidas, construindo-se, a partir daí, as tabelas de frequência pertinentes. As questões abertas dos questionários foram tabuladas, identificando-se as respostas mais frequentes.

Quanto aos dados do tipo qualitativo, gerados das observações, das entrevistas informais e do grupo de discussão, assumem características de interpretação dos eventos pesquisados, determinando os fatores que incidem ou atuam neste objeto de estudo. A apreensão da dinâmica existente nos estabelecimentos selecionados ocorreu a partir do entendimento da existência de uma rede de interações complexa e variada. Os resultados obtidos no processo de pesquisa puderam ser compilados e interpretados a partir do marco teórico adotado, possibilitando sua compreensão, ainda que inicial.

Foram encontrados alguns problemas que devem ser considerados. A princípio, na relação fornecida pela Vigilância Sanitária, muitos dos endereços e telefones nela contidos estavam desatualizados e outros incompletos do que decorreram algumas perdas. Buscou-se superar este problema através da utilização da técnica do *snowball*, conforme referido anteriormente, garantindo assim que das cinquenta visitadas, vinte e oito clínicas fizessem parte do universo da pesquisa.

Outro obstáculo a ser considerado refere-se às questões de ordem política. Tendo em vista a existência de conflitos entre a Vigilância Sanitária, o CREMEPE e a grande maioria das clínicas contactadas, o estudo era confundido com a fiscalização dos órgãos

supracitados provocando quatro recusas. Assim, foram necessárias extensas argumentações e a comprovação documental de que este estudo era realizado de forma independente.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prestação de serviços realizada pelas clínicas populares possui características físicas e organizacionais muito particulares, a partir das quais lhes foi atribuída a denominação “popular”. Assim, nesta etapa do trabalho que está organizada em quatro partes, serão descritos os dados obtidos na pesquisa, caracterizando-se as clínicas estudadas. A primeira delas refere-se à estrutura física das clínicas pesquisadas, suas instalações, tipos de serviços prestados e os profissionais envolvidos. A segunda parte demonstra as estratégias utilizadas para a captação de clientela; já na terceira, discute-se a articulação realizada pelas clínicas populares com o subsistema privado e sua rede de serviços. Na quarta e última parte são analisadas a organização e a operacionalização do trabalho médico nas clínicas populares.

4.1 COMO AS CLÍNICAS ESTÃO ESTRUTURADAS

As características físicas das clínicas incluídas no estudo estão demonstradas em sete tabelas que apontam para a estrutura interna, os serviços oferecidos, a localização dos estabelecimentos, o início das atividades de cada uma e a relação destas com a

CLINAPE – Clínicas Associadas de Pernambuco. Inicialmente, é importante destacar que a grande maioria dos estabelecimentos não foi considerada pelos seus proprietários como clínica, mas sim, como consultório. A questão se esclarece porque os impostos que recaem sobre os consultórios, considerados como pessoa-física, são menores do que aqueles incididos sobre as clínicas, estas consideradas como pessoa-jurídica. Apesar do fato de que alugar salas para a realização de consultas não configurar esses estabelecimentos como clínicas, as exigências feitas pela Vigilância Sanitária são as mesmas, visto que se trata de um espaço ocupado por profissionais de saúde em atendimento, de acordo com a Portaria 1884/GM de 1994 de Leis e Normas Municipais, Estaduais e Federais para as Clínicas em geral sem internamento. Portanto, todos os estabelecimentos selecionados são considerados neste trabalho como sendo clínicas, de acordo com os padrões da Vigilância Sanitária municipal.

A tabela 1 demonstra o início das atividades das vinte e oito clínicas analisadas.

TABELA 1: ANO DA ABERTURA DA CLÍNICA

ANO	n	%
Até 1999	14	42,85
2000	05	17,85
2001	04	14,28
2002	05	21,42
TOTAL	28	100,0

Do universo da pesquisa, quatorze clínicas iniciaram suas atividades no decorrer dos anos 90, sendo a clínica mais antiga aberta em 1989; as quatorze restantes foram abertas entre 2000 e 2003, momento em que foi criada a CLINAPE conforme referido às páginas 1 e 2 da Introdução. Deve-se destacar que, como demonstrado, o surgimento

das clínicas populares foi simultâneo às dificuldades enfrentadas no decorrer da implantação do SUS, na cidade e no país.

Para a implantação dos estabelecimentos nos diversos territórios da cidade, as clínicas populares se servem de estratégias mercadológicas bem diversas. Um conjunto de razões foi evocado para explicar a escolha de sua localização, conforme descrito na tabela 2:

TABELA 2 LOCALIZAÇÃO DA CLÍNICA

LOCAL ESCOLHIDO¹	n	%
Mais perto da comunidade local	14	50
Junto ao comércio local	5	17,8
Local de grande circulação de pessoas	12	42,8
Facilidade de acesso por transporte público	14	50,0
Comerciante que mudou o ramo de atividade	08	28,57
Médico do SUS que atende na área	02	7,14
Clientela potencial	15	53,57
Inexistência de US ² na área	01	3,57
Proximidade de associação	01	3,57
Proximidade de hospitais públicos	02	7,14
Possuía imóvel na área	05	17,8
TOTAL	28	100,0

¹ A questão acima pode ser respondida por mais de uma alternativa

² Unidade de Saúde

Assim, por se tratar de prestação de serviços, o público-alvo é identificado, os convênios são estabelecidos com o comércio, devendo haver no local grande circulação de pessoas. São convenientes ainda, a proximidade com a comunidade e o fácil acesso via transporte público. Outra razão dada para a escolha do local é a proximidade com hospitais públicos nos quais os médicos já conhecidos da comunidade atuam. Utilizando o conhecimento prévio do local obtido pela experiência em outra modalidade comercial, alguns comerciantes investiram na mudança de ramo de atividade. Portanto, a

conjunção das condições apresentadas tem-se configurado como determinante do “êxito empresarial” para essa modalidade de prestação de serviços privados de saúde.

Os tipos de atendimentos prestados pelas clínicas populares estão demonstrados a seguir, nas tabelas 3 e 4.

TABELA 3: TIPOS DE ATENDIMENTO PRESTADOS PELAS CLÍNICAS POPULARES

TIPOS DE ATENDIMENTOS	n	%
Médico	27	96,4
Odontológico	27	96,4
Psicológico	26	92,9
Fisioterápico	22	78,6
Fonoaudiológico	22	78,6
Prevenção de câncer de cólon uterino	19	67,9
Nutricional	9	32,1
Atendimento domiciliar de urgência	3	10,7
Terapia Ocupacional	2	7,1
Atendimento domiciliar ambulatorial	2	7,1
Pequenas cirurgias	2	7,1
TOTAL	28	100,0

TABELA 4: TIPOS DE EXAMES REALIZADOS PELAS CLÍNICAS

EXAMES	n	%
LABORATORIAIS	27	96,43
IMAGEM	20	71,43
AUDIOMETRIA	1	3,6
TOTAL	28	100,0

Pode-se verificar que vinte e sete das clínicas integrantes do estudo prestam essencialmente atendimentos médicos e odontológicos e realizam coleta para exames laboratoriais. O atendimento psicológico é oferecido em vinte e seis clínicas e vinte e duas oferecem atendimento fisioterápico e fonoaudiológico. A prevenção de câncer de

cólon uterino existe em dezenove clínicas e o atendimento nutricional em nove. A terapia ocupacional e a realização de pequenas cirurgias são oferecidas por duas clínicas. Chama a atenção o atendimento domiciliar e o não oferecimento de serviços de imunização. Quanto ao primeiro, o serviço é realizado por três clínicas em caráter de urgência, e, em duas, o atendimento domiciliar é realizado na modalidade de acompanhamento terapêutico. Quanto ao segundo, tratando-se, provavelmente, de um serviço que o Sistema Público demonstra sua universalidade, oferecendo ampla cobertura para os grupos vulneráveis, as clínicas populares não o oferecem, ou seja, quando o sistema público é eficaz, se restringem as oportunidades para o sistema privado.

Nas clínicas estudadas, é muito elevado o número das que realizam coletas para exames laboratoriais. Na verdade, o que se verificou é que no âmbito das instalações das clínicas havia apenas os postos de coleta de material, sendo os exames enviados para análise em laboratórios de estabelecimentos conveniados, de maior porte como é o caso de alguns hospitais privados.

Em relação aos exames complementares, vinte clínicas realizam exames de imagem, destas cinco realizam exames como ultra-sonografia e endoscopia no local, apenas uma dispõe de exames audiométricos no próprio estabelecimento (tabela 4).

Quanto às instalações dos estabelecimentos pesquisados, pôde-se verificar que são invariavelmente adaptadas. Originalmente, quase todas foram residências ou serviram a outro tipo de comércio local, sendo compostas por salas para consultórios, cujo número varia de um a no máximo doze, independentemente da localização ou do tempo de

existência da clínica. A tabela 5 descreve as instalações das clínicas que integraram a amostra desta pesquisa.

TABELA 5: COMPONENTES DA ESTRUTURA FÍSICA DAS CLÍNICAS

ESTRUTURA FÍSICA DA CLÍNICA	n	%
Sala de recepção	28	100,0
Sala de espera	28	100,0
Posto de coleta	27	96,4
Depósito ou despejo	16	57,1
Sala de administração	15	53,6
Almoxarifado	10	35,7
Sala de fisioterapia	2	7,14
Sala de arquivo médico	2	7,14
Leito de curta permanência	2	7,14
Sala de pequenas cirurgias	1	3,6
Sala para exame audiométricos	1	3,6
Sala para diretoria	1	3,6
TOTAL	28	100,0

Nas instalações de quinze estabelecimentos, foram encontradas salas específicas para administração e apenas em uma encontrou-se sala para diretoria; dezesseis clínicas contam com salas para depósito e dez com almoxarifado. Duas clínicas possuem leitos para curta permanência, outras duas, salas para arquivos médicos e somente uma possui sala para pequenas cirurgias. Devido à realização de procedimentos médicos que utilizam baixa tecnologia, os prédios das clínicas são compostos basicamente de consultórios, recepção e sala de espera.

Quanto à propriedade do imóvel, dezenove clínicas são alugadas, sendo os nove estabelecimentos restantes de propriedade do administrador ou responsável. Em relação ao tamanho do prédio, treze clínicas possuem área que varia de cem a quatrocentos metros quadrados, as outras quinze não quiseram ou não souberam informar.

Apenas duas clínicas possuem instalações adequadas para a realização de atendimento fisioterápico. Contudo, conforme foi demonstrado na tabela 3, em vinte e duas delas existe atendimento de fisioterapia, portanto, merecedores de uma rigorosa fiscalização no tocante ao espaço, equipamentos, ventilação e demais critérios utilizados em serviços destinados ao desenvolvimento de atividades de fisioterapia.

Em relação ao atendimento médico prestado pelas clínicas, na tabela 6 estão discriminadas as especialidades médicas e suas respectivas frequências, por clínica pesquisada:

TABELA 6 - PERCENTUAL DE ESPECIALIDADE MÉDICA POR CLÍNICA

ESPECIALIDADES MÉDICAS	n	%
CLÍNICA MÉDICA	27	96,42
GINECOLOGIA	27	96,42
PEDIATRIA	26	92,85
DERMATOLOGIA	23	82,14
CARDIOLOGIA	23	82,14
OTORRINOLARINGOLOGIA	19	67,85
OFTALMOLOGIA	19	67,85
NEUROLOGIA	15	53,57
ORTOPEDIA	13	46,42
UROLOGIA	13	46,42
PSIQUIATRIA	12	42,85
REUMATOLOGIA	10	35,71
ANGIOLOGIA	9	32,14
GASTROENTEROLOGIA	8	28,57
GERIATRIA	7	25
MASTOLOGIA	7	25
ENDOCRINOLOGIA	6	21,42
MEDICINA OCUPACIONAL	4	14,28
NEUROPSIQUIATRIA	4	14,28
PROCTOLOGIA	3	10,71
CIRURGIA PLÁSTICA	3	10,71
ONCOLOGIA	2	7,14
ANATOMOPATOLOGIA	2	7,14
PNEUMOLOGIA	1	3,57
CIRURGIA GERAL	1	3,57
TOTAL	28	100,0

Dentre as especialidades médicas oferecidas, as mais frequentes são: clínica médica, ginecologia e pediatria, constantes em vinte e sete clínicas. As demais aparecem na seguinte ordem: dermatologia e cardiologia são encontradas em vinte e três clínicas; otorrinolaringologia e oftalmologia em dezenove. A especialidade de neurologia é ofertada em quinze dos locais pesquisados; já ortopedia e urologia aparecem em treze; psiquiatria em doze, reumatologia consta em dez das clínicas investigadas. As demais especialidades (angiologia, gastroenterologia, geriatria, mastologia, endocrinologia,

medicina ocupacional, neuropsiquiatria, proctologia, oncologia, anátomopatologia e pneumologia) são oferecidas em apenas nove estabelecimentos ou menos. A cirurgia plástica e a geral aparecem em apenas uma clínica. No caso de otorrinolaringologia e oftalmologia é importante lembrar a grande demanda reprimida nos serviços públicos para as mesmas, o que certamente explica a resposta das clínicas populares, ou dessa “rede privada básica”, na oferta tanto dessas especialidades quanto das especialidades consideradas como “básicas”: ginecologia, pediatria, cardiologia.

Em relação à ligação das clínicas estudadas com a CLINAPE, pode-se afirmar que, esta se constitui um ponto importante de caracterização dos estabelecimentos. De início é relevante ressaltar que a constituição dessa entidade deu visibilidade às clínicas populares atuando em defesa dos estabelecimentos associados. A CLINAPE se configurou como importante ponto de apoio na formação dos convênios com centros de diagnósticos e hospitais da rede privada local, como também nas negociações realizadas com os órgãos públicos e de classe, como a Vigilância Sanitária e o CREMEPE. De acordo com os depoimentos coletados no grupo de discussão, através desse órgão de representação os proprietários dos estabelecimentos associados puderam conhecer outras experiências e até mesmo dispor de assessoria no início das atividades comerciais. Atualmente, cada clínica desfruta de completa autonomia quanto à sua forma de gerenciamento e à vinculação com outros empresários do subsistema privado.

Todavia, de acordo com depoimentos de entrevistados, com o crescimento exponencial das clínicas populares no município, especialmente nas regiões pericentrais, surgiram conflitos em relação a alguns procedimentos tomados pela entidade o que fez com que algumas das clínicas se desligassem da associação. Assim, há atualmente um

movimento interno para a criação de outra entidade com regras e propostas diferenciadas.

De acordo com dados coletados nos primeiros contatos com a associação, foram identificadas vinte e uma clínicas associadas. Atualmente, como demonstra a tabela 7, das clínicas incluídas no estudo, apenas dez estão vinculadas à entidade.

TABELA 7: A CLINAPE E AS CLÍNICAS POPULARES

ASSOCIADA A CLINAPE	N	%
SIM	10	35,7
NÃO	18	64,3
TOTAL	28	100,0%

No caso particular das clínicas populares no Recife, suas características físicas e organizacionais revelaram o perfil de atendimento e de sua distribuição no oferecimento de seus serviços a grandes segmentos da população. Conhecer a oferta de serviços e suas instalações subsidia o entendimento dessa forma de penetração do subsistema privado de saúde e a constatação, por exemplo, da baixa utilização de tecnologia a qual desonera os investimentos realizados, transformando esses estabelecimentos em meio de dinamização de capital, como será visto mais detalhadamente a seguir.

Em relação à regularização de cada estabelecimento na Vigilância Sanitária, depoimentos coletados no próprio órgão declararam que a grande maioria deles não está regularizada nem com a Vigilância nem com o CREMEPE. A constatação desse fato aponta para a imperiosa necessidade de mecanismos mais efetivos do poder público

para regular, fiscalizar e controlar os serviços privados, pois caso contrário, os flancos ficam abertos aos ditames do mercado.

4.2 O FINANCIAMENTO E A CLIENTELA

As clínicas populares efetuam a captação da clientela de diversas formas. Em geral, divulgam seus serviços através de propagandas em faixas, panfletos e carros de som, apresentando como principal atrativo as facilidades nas formas de pagamento. Há também “acordos informais” realizados com comerciantes localizados nas proximidades dessas clínicas, garantindo constância na utilização de seus serviços. Além disso, algumas clínicas possuem seus planos próprios de saúde, cujas mensalidades têm valor aproximado dos preços cobrados nas consultas.

Assim, a vinculação da clientela é estabelecida de forma direta com a clínica, a partir do que será encaminhada, ou não, a outro local para serviços complementares de atenção à saúde, como será visto no tópico seguinte. Por ora, serão descritas as diversas possibilidades de auto-sustentação das clínicas.

Entre as estratégias utilizadas para atrair clientela para as clínicas populares, provavelmente a mais eficiente é o baixo valor cobrado pelos serviços ofertados. A tabela 8 demonstra os valores das consultas das especialidades médicas encontradas nas clínicas investigadas:

TABELA 8: VALORES EM REAIS COBRADOS PELAS CLÍNICAS POR ESPECIALIDADE MÉDICA

ESPECIALIDADES	MEDIDAS DE DISPERSÃO			
	VALOR MÍNIMO (EM REAIS)	MÉDIA (EM REAIS)	VALOR MÁXIMO (EM REAIS)	DESVIO PADRÃO
CLÍNICA MÉDICA	7,00	13,269	20,00	0,718
PEDIATRIA	10,00	13,962	20,00	0,646
GINECOLOGIA	10,00	16,037	25,00	1,852
PSIQUIATRIA	10,00	14,077	20,00	1,034
DERMATOLOGIA	10,00	15,182	25,00	0,821
OFTALMOLOGIA	10,00	16,947	25,00	1,077
CARDIOLOGIA	10,00	14,818	20,00	0,746
REUMATOLOGIA	10,00	16,556	20,00	1,069
NEUROLOGIA	10,00	17,063	25,00	1,090
UROLOGIA	10,00	16,333	20,00	0,829
ANGIOLOGIA	10,00	16,375	25,00	1,592
GASTROENTEROLOGIA	10,00	15,222	20,00	1,188
MEDICINA OCUPACIONAL	10,00	15,333	20,00	2,906
GERIATRIA	10,00	13,833	17,00	1,249
MASTOLOGIA	15,00	15,857	17,00	0,261
ENDOCRINOLOGIA	15,00	16,857	20,00	0,829
PROCTOLOGIA	15,00	15,500	16,00	0,500
CIRURGIA GERAL	10,00	15,250	20,00	2,056
CIRURGIA PLÁSTICA	15,00	17,00	20,00	1,528
ONCOLOGIA	15,00	15,500	16,00	0,500
NEUROPSIQUIATRIA	16,00	18,00	20,00	2
ANATOMOPATOLOGIA	16,00	18,00	20,00	2
PNEUMOLOGIA	16,00	16,00	16,00	0
OTORRINO	10,00	16,368	25,00	0,806
ORTOPEDIA	10,00	14,846	20,00	0,905
TOTAL	11,60	15,7674	20,9	1,92584

O valor médio cobrado por consulta médica varia entre R\$ 15,76 e R\$ 20,9, sendo o mínimo cobrado a partir de R\$ 7,00, para clínica médica, e o máximo R\$ 25,00, para especialidades como: dermatologia, oftalmologia, neurologia, angiologia e otorrinolaringologia. O preço mais freqüente é R\$ 10,00 para qualquer especialidade.

Os preços variam de conformidade com a localização da clínica e a clientela que se quer atingir. Como atrativo ainda foi registrada a “promoção” para clientes acima de 65 anos

com consultas gratuitas marcadas antecipadamente em determinados dias do mês e para aqueles que utilizam as clínicas com mais frequência, descontos nos preços das consultas. As promoções ocorrem em dias que o fluxo de clientes é menor como, por exemplo, nos primeiros quinze dias de cada mês, quando a clientela já gastou parte das suas rendas mensais.

Em relação ao direito para retornar ao serviço sem ônus, observa-se uma redução importante, considerando-se o mais freqüentemente observado no mercado. Por exemplo, é estabelecida a volta da consulta em até quinze dias sem pagamento adicional em quase todas as clínicas, com exceção de pediatria, cujo prazo diminui para até oito dias, tendo em vista o argumento de que o adoecimento das crianças é mais freqüente que o dos adultos.

As clínicas utilizam-se ainda de estratégias de captação de clientes denominadas de **convênios**, conforme demonstrado na tabela 9.

TABELA 9 - CONVÊNIOS COM EMPRESAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CATEGORIAS	n	%
Associação ou Sindicatos de Categorias profissionais ¹	10	55,5
Comércio local ²	7	38,8
Associação de moradores	1	5,6
TOTAL	18	100,0

Os convênios¹ são realizados por dezoito clínicas com estabelecimentos diversos, tais como comércio local, associações e sindicatos de diferentes categorias profissionais, de distintas formas. Em oito delas, os convênios existentes são efetuados através de mecanismos informais, ou seja, são indicados descontos que variam de 10 a 30% no preço do atendimento ao conveniado, sem quaisquer contratos ou procedimentos jurídico-legais. Três das clínicas possuem valores fixados em contrato, das quais somente uma informou o valor (R\$ 20,00 por pessoa).

Os tipos de convênios e seu grau de formalização guardam relação com a inserção econômica e social dos demandantes desses serviços, diferenciando-se de acordo com o estabelecimento. Os acordos com as associações ou sindicatos distinguem-se, segundo a organização de cada categoria: por exemplo, o convênio realizado com o sindicato dos estivadores de Pernambuco possui formalidades jurídicas, tendo em vista sua historicidade e institucionalização, diferentemente dos acordos formalizados com as recentemente criadas Associação dos Corretores de Imóveis, Associação dos Motoristas Escolares, ou das Costureiras e até dos Flanelinhas, etc.

Contudo, entre os mais ou menos formalizados, foram identificados dez convênios com associações ou sindicatos profissionais e sete com escritórios, postos de gasolina e pequenos restaurantes. Apenas uma clínica possui convênio com uma associação de moradores.

Além dos convênios estabelecidos, a pesquisa registrou clínicas que possuem **planos próprios**. Do total dos estabelecimentos observados, pelo menos em cinco deles

¹ O que neste trabalho se denomina “convênio” é o acordo feito com o comércio local (supermercados, escritórios, postos de gasolina, etc.) para a prestação de serviços aos trabalhadores dessas empresas.

encontrou-se essa modalidade de plano privado, configurando-se enquanto uma das formas de vinculação da clientela com as clínicas populares. As vinculações designadas como “plano próprio” manifesta-se sob duas modalidades: a) os denominados “**cartões fidelidade**”, os quais permitem ao associado um determinado número de consultas/mês, sem incluir nesse pagamento os exames para complementação diagnóstica; b) uma espécie de **plano de saúde da clínica** cuja diferença em relação ao anterior está na realização de alguns exames e no acesso à assistência domiciliar na modalidade de “atendimento de urgência”. Os “planos” geridos pelas clínicas divulgam que o nível de atendimento prestado é o básico, sendo opcional o credenciamento à assistência domiciliar para atendimento de urgência.

Os planos próprios das clínicas atuam favorecendo a vinculação direta com o capital comercial e financeiro do denominado *pólo médico*² da cidade. Além da articulação direta com as empresas de assistência domiciliar³ para a prestação dos serviços de urgência, as clínicas populares fazem uso das cooperativas de profissionais de saúde para a composição dos profissionais que nelas atuam, tanto os mais especializados, o caso dos médicos, por exemplo, quanto os auxiliares de enfermagem, atendentes, etc.

² No estudo “*Uma análise da assistência médico-hospitalar privada: o pólo médico da cidade do Recife na travessia do século XX para o XXI*” Morais discute a expansão quantitativa e qualitativa dos prestadores de serviços privados de saúde. Configurados em alto grau de empresariamento, denotam a superespecialização do subsistema subvencionado em grande parte pelo Estado, mediante a retração do setor público. Esses prestadores convergem um número expressivo de estabelecimentos conformados em um amplo parque empresarial composto por hospitais, clínicas, centros de diagnose e terapia, etc, localizados geograficamente próximos – no bairro da Ilha do Leite, região pericentral da cidade (MORAIS, 2002:64-68). A princípio a população que se destina a realização desses serviços é constituída pelos usuários dos planos e seguros de saúde, correspondente a 12% da população do Estado. Após a realização da presente pesquisa constatou-se que a necessidade de realização da cadeia produtiva das ações e dos equipamentos e dos produtos de saúde impôs ao subsistema a articulação acima descrita.

³ Ofertados majoritariamente à população vinculada aos planos e seguros de saúde, os serviços oferecidos pela assistência domiciliar privada tratam de uma modalidade de cuidado desenvolvidos nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Esta modalidade assistencial hospitalar é estudada cuidadosamente por CUNHA em sua dissertação de mestrado (CUNHA, 2003 DMS/UFPE).

Quanto às formas de pagamento efetuados pelos serviços recebidos, encontra-se desde o pagamento direto até planos e convênios (tabela 10).

TABELA 10: TIPOS DE PAGAMENTO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

TIPOS DE PAGAMENTO	n	(%)
Somente Pagamento Direto da Consulta (PDC)	13	46,40
PDC + Convênio	9	32,14
PDC + Convênio ou Plano / Seguro Privado ²	1	3,57
PDC + Convênio / Plano próprio	3	10,71
PDC + Plano próprio	2	7,14
Total	28	100,0

As variações oferecidas aos clientes para a realização dos pagamentos acima apresentados apontam para a tendência de empresariamento e articulação com demais prestadores privados que vem alcançando as clínicas populares, através tanto dos arranjos com operadoras de cartões de crédito, quanto na estrutura da organização burocrática propícia a arranjos empresariais no mercado de planos de saúde. Assim, o pagamento direto da consulta (PDC) é realizado através de cartão de crédito, espécie ou cheque, que poderá ser financiado em até dez vezes a depender do valor do procedimento a ser realizado; ou mediante **convênios** ou do **plano próprio** administrado pela clínica. Deve ser ressaltado que nenhuma clínica é credenciada, enquanto estabelecimento, para atender usuários dos planos ou seguros de saúde usualmente encontrados no mercado, o que demonstra a exclusividade de suas clientelas.

Mediante a diversidade existente em suas estratégias de captação da clientela, as clínicas populares conseguem se manter num mercado extremamente competitivo, além

de atingir um crescimento numérico considerável, pois se estima que existam mais de cem estabelecimentos desta natureza espalhados pela cidade. Uma das clínicas visitadas, por exemplo, atende nos três turnos de funcionamento, um fluxo de trezentos clientes ao dia, provenientes do Recife e arredores, em apenas uma das suas dez unidades espalhadas pela cidade. É oportuno lembrar que destas mais de cem clínicas estimadas, somente vinte e oito eram de conhecimento da Vigilância Sanitária das se tinha o nome, endereço, telefone e responsável. A despeito dessa realidade, as condições para a realização do trabalho de busca ativa, fiscalização, regulação e, portanto, controle dos estabelecimentos se demonstra insuficiente e ineficaz diante da dinamização do setor privado de saúde local.

De outro modo, deve-se também registrar seu caráter temporário. Assim, esta pesquisa se deparou com doze estabelecimentos desativados que na lista da Vigilância Sanitária encontravam-se em funcionamento. Porém, obteve-se a informação de que tinham sido reabertos em local não especificado do Grande Recife. Ademais, foram encontrados nove estabelecimentos em funcionamentos não constantes na referida listagem.

Portanto, a partir dos dados apresentados tendo-se em vista o universo pesquisado, pode-se afirmar que: 1) há uma expansão notável das clínicas populares na cidade do Recife; 2) esses estabelecimentos se valem de diversos mecanismos de captação de clientela dirigidos tanto à população de baixa renda, quanto às camadas médias empobrecidas da cidade e da Região Metropolitana; 3) as clínicas populares desenvolvem estratégias para manter cativas as suas clientelas.

Através das estratégias mercadológicas descritas, as clínicas populares garantem a compra/venda de ações em saúde através da utilização dos serviços de saúde, na medida em demonstra sua versatilidade em suas estratégias na mercantilização da saúde. Como uma mercadoria, a assistência à saúde tem valores fixados e o cuidado é estruturado a partir de regras internas de cada estabelecimento. Por exemplo, os **Planos Próprios** ou os **Cartões Fidelidade**, gerenciados por cada estabelecimento, não possuem o registro obrigatório na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. A regulamentação desse setor possui como marcos legais a Lei 9656/982, a MP 1661/98 (hoje MP 2092) e a Lei 9961/00 busca a padronização dos serviços ofertados, a elaboração de um sistema regulatório eficiente, a fiscalização da seleção de risco praticados pelos planos e seguros (PINTO, 2003).

4.3 A ARTICULAÇÃO DAS CLÍNICAS POPULARES COM O SUBSISTEMA PRIVADO DE SAÚDE

Neste item será discutida a articulação que se estabelece entre o subsistema privado de saúde e as clínicas populares, bem como a contribuição destas para a dinâmica desse subsistema. Se num primeiro momento desta investigação supunha-se que elas dispunham de autonomia em relação à dinâmica organizacional do subsistema, à medida que o trabalho avançava foi-se desenhando outra possibilidade, descrita na tabela 11.

TABELA 11 - ENCAMINHAMENTOS DE SERVIÇOS REALIZADOS A PARTIR DAS CLÍNICAS POPULARES

ATIVIDADES	ENCAMINHA ¹				NÃO ENCAMINHA		TOTAL %	
	SUS		SERVIÇOS CONVENIADOS (CLÍNICAS OU HOSPITAIS)		n	%	N	%
	n	%	n	%				
Exames complementares	0	0	23	82,14	5	17,85	28	100
Consulta em especialidades não disponíveis na clínica	4	14,28	10	35,71	14	50	28	100
Para aquisição de medicamentos	0	0	4	14,28	24	85,71	28	100
Internação clínica	4	14,28	4	14,28	20	71,42	28	100
Internação cirúrgica	5	17,85	5	17,85	18	64,28	28	100

¹ As informações acerca dos encaminhamentos foram adquiridas mediante a aplicação do questionário e das entrevistas informais.

Na coleta de materiais para alguns exames complementares, constatou-se que 82,14% das clínicas realizam encaminhamento para outras clínicas ou hospitais conveniados. Quanto à internação clínica e cirúrgica observou-se que dos 28,56% que são

encaminhados para outros serviços, 14,28% o são para aqueles conveniados com as clínicas populares e os demais 14,28% para a rede do SUS.

Esta pesquisa identificou a existência de uma articulação entre as clínicas populares e os prestadores de serviços detentores de equipamentos da média e da alta complexidade. Desse modo, pode-se constatar que tanto para internação clínica quanto para internação cirúrgica, 35% dos usuários são encaminhados para serviços privados conveniados com as clínicas populares.

Em relação aos serviços conveniados com as clínicas populares, existem aqueles que executam exames de complementação diagnóstica e os de especialidades médicas não oferecidas na clínica. Para os exames complementares, os encaminhamentos são realizados por vinte e três das vinte e oito clínicas partícipes do estudo. Quanto às especialidades médicas não disponíveis, quatorze clínicas executam encaminhamento, sendo quatro para o SUS e dez para clínicas ou hospitais conveniados; outras quatorze, não encaminham de forma alguma. O encaminhamento é realizado da seguinte maneira: o cliente faz o pagamento na própria clínica onde recebe uma espécie de guia/recibo de encaminhamento para a realização do procedimento no local indicado. Não foi esclarecida a forma de encaminhamento ao SUS nos questionários, no entanto, nas entrevistas informais, os informantes explicitaram que os próprios médicos que atuam tanto nas clínicas populares, quanto no sistema público realizam esses procedimentos.

A respeito dos serviços conveniados, foram encontradas dificuldades em relação ao detalhamento dessas “parcerias” com os prestadores de serviços. Entretanto, pôde-se verificar que estes fazem parte da assistência médico-hospitalar privada local, articulados através do consumo de ações em saúde, denotando a congruência de

interesses entre empresários do *pólo médico* e a necessidade das clínicas populares em atender à sua demanda. De acordo com MORAIS, 2002:68, foram feitos investimentos da ordem de duzentos milhões de reais entre 1998 e 2001, dirigidos à ampliação e modernização dos equipamentos do *pólo médico*. Portanto, quanto mais utilizações desses equipamentos e dos serviços maiores são os lucros alcançados.

Os depoimentos dos entrevistados esclarecem que há, sim, contratos especiais entre as clínicas populares e os estabelecimentos do *pólo médico*, pelos quais os valores cobrados aos pacientes encaminhados pelas clínicas populares são inferiores aos definidos pela AMB, podendo ser financiados em até dez vezes. Assim, os hospitais vinculados às clínicas populares oferecem descontos que incidem sobre os valores dos procedimentos comercializados pelas clínicas populares, regra também válida para as unidades de apoio diagnóstico conveniadas. É importante ressaltar que, de acordo com os depoimentos, valores diferenciados significam instalações igualmente diferenciadas para os pacientes encaminhados pelas clínicas para internações clínicas ou cirúrgicas, por exemplo.

Os achados deste trabalho foram surpreendentes, inclusive no que diz respeito às relações das clínicas populares com novos arranjos organizacionais do subsistema privado e que há pouco vêm se colocando no mercado. Assim, foram encontradas duas clínicas populares que utilizam serviços de um software para gerenciamentos de serviços de saúde e de clientes, participantes de uma rede única de estabelecimento. A rede é alimentada mensalmente, composta de um banco contendo os dados dos clientes, dos profissionais, dos serviços e dos locais para a realização de exames complementares previamente marcados, disponíveis para todos os estabelecimentos conveniados.

A empresa proprietária dos direitos autorais do software de administração dispõe também de uma cooperativa de profissionais de saúde, oferece consultas a preços populares em estabelecimentos próprios, realiza encaminhamentos para internação clínicas e cirúrgicas, oferece serviços de **assistência domiciliar** e consultorias de gerenciamento. Existente desde 1997 surgiu, no entanto, de uma tentativa de formação de uma clínica popular, que tendo enfrentado problemas com a Vigilância Sanitária e o CREMEPE foi fechada para então surgir a empresa que atualmente presta serviços para as clínicas populares.

No mercado competitivo em que se encontram as clínicas populares, foram identificados estabelecimentos que duplicaram suas unidades na cidade, atingindo nível de empresariamento até então não previstas para elas. Em um dos casos, o proprietário que iniciou suas atividades em um bairro de periferia, posteriormente, abriu outra unidade em um bairro nobre da cidade e, atualmente, está construindo seu próprio hospital-maternidade na Região Metropolitana do Recife. O outro caso a ser considerado, é a junção entre uma rede particular de laboratórios e as clínicas populares. O proprietário de uma rede renomada de laboratórios da cidade ingressou no mercado das clínicas populares em 2002 com dois estabelecimentos em bairros pericentrais. Em 2003, estas unidades não só continuaram seus serviços como a elas foram agregadas mais duas clínicas, totalizando quatro, localizadas em “bairros nobres⁴” do Recife.

Assim, o aparecimento das clínicas populares que inicialmente pareceu ser algo marginal ao subsistema privado de saúde, demonstra uma nítida e complexa articulação

⁴ Os denominados “bairros nobres” são locais habitados e estruturados para pessoas de nível sócio-econômico mais elevado, assim, os serviços comumente encontrados são direcionados ao consumo desses segmentos da população. Contraditoriamente, algumas clínicas populares abriram e expandiram seus serviços destinando-os a classe média empobrecida que habita a esses bairros.

com o mesmo, incorporadas que estão à dinâmica de compra, venda e consumo de serviços de saúde que pode pagar preços cobrados muito abaixo do mercado de planos e seguros. É assim que acessa o rápido atendimento, sem a espera em filas ou em listas quilométricas do sistema público. Constitui-se sua clientela a parte da população que não quer esperar em filas encontradas na rede básica do SUS e que pode pagar os preços abaixo dos cobrados pelos planos e seguros de saúde. Os estabelecimentos que aparecem na assistência à saúde privada local de forma aparentemente tímida e isolada, se constituem, na verdade, como um das possíveis entradas que articula tanto os setores do subsistema privado da média e da alta complexidade, contribuindo para o consumo de compra/venda/consumo de ações em saúde.

Outros arranjos aparecem ainda, vinculados a esquemas políticos para a garantia de voto. Tais esquemas foram encontrados em duas clínicas de formas distintas. A primeira iniciou suas atividades a partir de uma campanha eleitoral, sendo mantida com verbas da campanha e assim, atendendo gratuitamente. Mas, logo que acabaram as eleições municipais e com a implementação de um posto de saúde próximo ao estabelecimento, a clínica deixou de receber as verbas para sua manutenção; foi quando os médicos que nela atuavam, aproveitando a clientela conhecida, resolveram permanecer com serviços, cobrando preços populares. A segunda clínica foi aberta a partir da prática voluntária de um médico, o qual foi eleito representante político do local. Atualmente seu gabinete político está localizado no mesmo prédio que a clínica, onde atende de forma gratuita e possui um cadastro de mais de cinquenta mil pessoas do bairro. Possui convênio com universidade para treinamento de seus alunos.

Além das distintas formas de articulação das clínicas populares com o subsistema privado de saúde, chama atenção ainda sua ligação com o sistema público. O caso identificado é o de uma clínica que presta serviço aos SUS para a realização de exames complementares. Esta clínica atende tanto a pacientes encaminhados pelo SUS, quanto a pacientes particulares, dos quais se cobra “preço popular”.

Foi encontrada ainda, uma clínica aberta a partir de uma associação de funcionários de uma universidade pública, localizada no Recife, que atende tanto aos funcionários quanto a clientes sem vínculo com a instituição. O interessante dessa clínica é que nela trabalham profissionais de saúde vinculados a esta universidade, demonstrando, assim como essa modalidade de serviço de saúde desenvolve ligações com o setor público.

A partir dos dados descritos, são apresentadas questões centrais relacionadas ao processo de articulação no âmbito do subsistema privado local, cuja oferta de assistência à saúde é fragmentada segundo a capacidade de pagamento do usuário, demonstrado na forma agressiva de penetração e conformação no mercado, que, a despeito dos preços cobrados abaixo do mercado ainda se conformam como fator de geração de desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde.

Portanto, ao final desta pesquisa foi encontrada uma diversidade de articulações e arranjos formados pelas clínicas populares contribuinte do ciclo de acúmulo de capital juntamente com os demais setores do subsistema exclusivamente privado: com empresas de atendimento domiciliar, com as “falsas cooperativas”, com os estabelecimentos prestadores de serviços para a realização de exames complementares e

procedimentos cirúrgicos (hospitais, e demais prestadores da média e alta complexidade).

A articulação com o sistema público na prestação de serviços, aponta para a utilização de recursos públicos em benefício particular, tendo em vista que o mesmo local que atendia usuários encaminhados pelo SUS, prestava o mesmo serviço de diagnose encaminhado por outras clínicas privadas, sendo, portanto, remunerado duplamente. As questões de ética médica e de favorecimento indevido de interesses particulares merecem uma resposta adequada por parte dos organismos competentes. Assim, com seus mecanismos próprios de auto-regulação ou micro-regulação, as clínicas populares apontam para a necessidade premente de novos formatos de acompanhamento por parte do Estado, que se antecipe às novas composições do mercado privado.

4.4 A CLÍNICA POPULAR E O TRABALHO MÉDICO

A organização do trabalho médico nas clínicas populares ganha especial atenção pelas especificidades encontradas. Esta possibilidade de atuação profissional aparece enquanto uma das múltiplas existentes, num contexto de mercado em franca transformação, retratando a diversidade e multiplicidade de postos de trabalho atualmente encontradas na prática médica.

A integração do médico às clínicas populares ocorre por vias distintas, como se vê na tabela 12.

TABELA 12: FORMAS DE CAPTAÇÃO DOS MÉDICOS

COMO UM MÉDICO VEM A TRABALHAR NA CLÍNICA	n	%
Indicado por outro médico	24	85
Conhecimento do proprietário da clínica	9	32,14
Procura direta do médico	8	28,57
Através de “cooperativas médicas” ¹	6	21
Anúncio em jornal e seleção	5	17,85
Indicação de outras clínicas	5	17,85
Empresa familiar	1	3,57
TOTAL	28	100,0

¹ Conforme já discutido no item 1.2 do capítulo 1 deste trabalho, as “falsas cooperativas”, constitui-se em organizações que beneficiam apenas a empresa contratante em relação às isenções fiscais e tributárias; penetram em muitas categorias profissionais, dentre elas a dos profissionais de saúde, precarizando o trabalho no setor, estimulado pelos reordenamentos no mundo do trabalho (MATTOSO, 1996).

Os mecanismos dispostos na tabela acima podem ser utilizados de forma simultânea para a captação dos médicos. Por exemplo, uma clínica pode receber a indicação de outro estabelecimento, ao mesmo tempo em que faz anúncios nos jornais para a seleção. Esta possibilidade é excluída para a clínica que emprega somente pessoas da família.

Vê-se, portanto, que vinte e quatro, das vinte e oito clínicas pesquisadas, afirmaram ser a indicação de outro profissional que nelas trabalham, a forma mais utilizada para a captação dos médicos; nove clínicas dizem contratar somente profissionais já conhecidos. A procura direta do médico é utilizada por oito clínicas e seis delas fazem uso das “*falsas cooperativas*”. Os anúncios nos jornais e posterior seleção são utilizados por cinco clínicas, assim como a indicação de outras clínicas populares. Uma clínica emprega somente pessoas da própria família.

Nas clínicas populares predomina largamente o trabalho informal, como se demonstra na tabela 13.

TABELA 13: RELAÇÃO MÉDICO E CLÍNICA

RELAÇÃO DO MÉDICO COM A CLÍNICA	n	%
Prestação de serviços sem contrato/percentual por consulta	26	92,85
Através de cooperativa	6	21,42
O médico é sócio da clínica	1	3,57
TOTAL	28	100,0

No início do trabalho de campo, utilizava-se a expressão “vínculo de trabalho” para tratar da relação do médico com a clínica. Entretanto, após a realização dos pré-testes essa expressão foi substituída por “relação de trabalho”, visto que a ligação estabelecida entre os profissionais e o estabelecimento é essencialmente informal, sem qualquer espécie de contrato que os vincule. Além do mais, conforme descrito no item 4.3 deste capítulo, as formas de gerenciamento adotadas pelas clínicas populares estão centradas na flexibilidade das relações de trabalho como um todo.

Desse modo, encontrou-se que em vinte e seis das vinte e oito clínicas pesquisadas os médicos trabalham como prestadores de serviços. A “prestação de serviços” estabelece a relação entre o médico, enquanto pessoa física, e o estabelecimento, enquanto pessoa jurídica, pois, de acordo com os depoimentos: “os médicos apenas alugavam as salas das clínicas” e, portanto, a relação era estabelecida entre “locador” e “locatário”. Quanto a esse referido “aluguel” é pago diariamente através de uma porcentagem fixa retirada dos ganhos de cada profissional na clínica, que segundo eles, seria “para cobrir apenas as despesas de manutenção predial”.

Fica estabelecido então uma relação sem vínculo formal tanto para os proprietários das clínicas, como para os profissionais que nelas atuam, resumida à existência de um local para prestação dos serviços, a ser utilizado somente em seu turno de trabalho. Portanto, a participação do profissional na clínica restringe-se ao acordo informal realizado para a prestação dos serviços. Para isto, são necessários poucos investimentos nos insumos utilizados por estes profissionais, os quais são de propriedade do estabelecimento.

Ao final de cada jornada de trabalho, os médicos recebem o pagamento referente à porcentagem pelos serviços prestados, que varia de setenta a oitenta por cento dos preços cobrados aos “clientes”. Três entrevistados relataram que esse percentual poderia chegar a cem por cento do valor da consulta, desde que o médico pedisse quatro exames ou mais, a serem realizados na própria clínica. Esse “incentivo” é realizado em algumas clínicas e estimulado a ser imitado por outras mais, e, de forma clara, expressando o processo de medicalização e de mercantilização com os quais estes estabelecimentos estão comprometidos.

Por outro lado, se os médicos ainda resguardam algo de suas autonomias técnicas, já não controlam seus processos de trabalho: nas clínicas populares são estabelecidas relações de trabalho predominantemente informais, a partir das quais o proprietário do estabelecimento se apropria de parte do produto gerado. Mesmo não sendo um assalariado, o médico termina sendo expropriado em sua força de trabalho, na medida em que parte desse produto se transforma em mercadoria a ser apropriada pelo proprietário do estabelecimento.

O processo de trabalho médico nas clínicas populares sofre interferência direta das normas que lhe são impostas, a partir das quais o profissional deve se “adequar” no cotidiano do seu trabalho. No entanto, a despeito das condições impostas a este profissional, esses estabelecimentos não podem prescindir do saber técnico do médico, a partir do qual garantem a produção e reprodução dos serviços de saúde que são prestados.

Assim, as clínicas populares têm no trabalho precário a possibilidade real de produzir lucro, tendo em vista a redução de custos. Pode-se mesmo afirmar que, o trabalho médico nas clínicas populares nas condições gerais em que se realiza, retrata uma realidade que ocorre em todo o país nas novas formas de organização do mundo do trabalho.

Em relação aos horários ou turnos de trabalho dos médicos nas clínicas, a tabela 14 apresenta as possibilidades elencadas:

TABELA 14: HORÁRIOS E TURNOS DE TRABALHO

HORÁRIO E TURNOS DE TRABALHO MÉDICO	n	%
É acordado com a clínica	13	46,42
O profissional decide	12	42,85
Estabelecido pela clínica	2	7,14
Não quis informar	1	3,57
TOTAL	28	100,0

Das vinte e oito clínicas incluídas no perfil da pesquisa treze delas responderam que os turnos de trabalho são acordados entre os profissionais e as clínicas; doze afirmaram que o profissional é quem decide e apenas duas estabelecem o horário previamente; uma clínica não respondeu à questão. O médico opina no ordenamento de seus horário de trabalho em vinte e cinco clínicas, de forma a garantir a possibilidade de atuação em locais, conforme asseguram três depoimentos de médicos proprietários dos estabelecimentos. Aliás, os relatos certificam que os profissionais atuam em outros locais, lecionam em cursos de medicina, trabalham em hospitais públicos, em hospitais privados e em até outras clínicas populares evidenciando intensa carga horária de trabalho e diversificadas modalidades de exercício profissional. O que só corrobora o problema dos “*múltiplos vínculos*” tão profundamente discutido no trabalho de MACHADO (1997).

Os horários de trabalho dos médicos, independentemente da forma como foram estabelecidos, estão demonstrados na tabela 15.

TABELA 15: TIPOS DE HORÁRIOS

HORÁRIOS FIXOS POR MÉDICO	N	%
SIM	21	75,00
NÃO	6	21,42
Não quis informar	1	3,57
TOTAL	28	100,0

É relevante dizer que independentemente da forma como são decididos os horários ou turnos de trabalho médico, esses podem ser fixos ou não, por isso, vinte e uma clínicas afirmaram que os horários dos médicos eram fixos, obedecendo à rotina da clínica em relação ao atendimento médico. Apenas seis clínicas responderam que os horários eram flexibilizados; e dessas, duas afirmaram que o horário varia de acordo com a disponibilidade do médico; duas disseram variar de acordo com a conveniência da clínica e outras duas afirmaram variar em horários de trabalho médico, levando em conta a demanda dos clientes.

É importante ressaltar as dificuldades que surgiram em relação ao esclarecimento do número de consultas por hora trabalhada. No entanto, no decorrer da entrevista, os pesquisados asseguraram conhecer o padrão de duração de consultas preconizado pela Organização Mundial de Saúde, cuja duração mínima é de quinze minutos por consulta e relataram que os médicos só possuem horário de chegada, finalizando com o último cliente atendido. Verificou-se também que muitos dos médicos só vão as clínicas caso haja paciente em horários marcados, não realizando consultas por ordem de chegada. Além disso, verificou-se que alguns estabelecimentos fazem exigências de certo número de consultas por turno trabalhado, ou seja, de produtividade, que, muitas vezes, é

motivo de conflitos entre profissionais e clínicas e até mesmo entre alguns dos proprietários, os quais não concordam com tais imposições.

Na tabela 16, verifica-se que em duas clínicas os médicos atendem entre seis e dez pacientes por turno; em cinco, os médicos realizam entre onze e quinze consultas; sete clínicas disseram que cada profissional atende entre vinte e uma e trinta consultas e apenas duas responderam atender a mais de trinta e um pacientes por médico; seis estabelecimentos não quiseram precisar o número de consultas.

TABELA 16: CONSULTAS POR TURNO DE TRABALHO

NÚMERO DE CONSULTAS POR TURNO TRABALHADO	N	%
Entre 6 e 10 consultas	2	7,14
Entre 11 e 15 consultas	5	17,85
Entre 16 e 20 consultas	7	25,0
Entre 21 e 30 consultas	6	21,42
Entre 31 e mais	2	7,14
Não informou	6	21,42
TOTAL	28	100,0

Em relação ao estabelecimento prévio de consultas pela clínica para os médicos, apenas duas responderam fazê-lo para dar conta da demanda e uma não quis informar, como está na tabela 17.

TABELA 17: NÚMEROS PRÉ-ESTABELECIDOS DE CONSULTAS

NÚMERO PRÉ-ESTABELECIDO DE CONSULTAS	n	%
SIM	2	7,14
NÃO	25	89,28
Não informou	1	3,57
TOTAL	28	100,0

Quando questionados em relação à opinião dos usuários das clínicas em relação ao atendimento médico recebido, os entrevistados responderam que realizam avaliações periódicas ou através do “*folder de satisfação do cliente*”. Deste modo, quando constatarem insatisfação da clientela em relação aos serviços da clínica e, especificamente ao atendimento médico, o profissional é chamado para explicar o motivo de tal queixa. De acordo com os depoimentos, os médicos são avaliados continuamente e havendo qualquer problema com um profissional este será substituído por outro, porque, segundo os entrevistados, “há muitos médicos que precisam de emprego lá fora”.

Assim, a organização do trabalho médico nas clínicas populares está subordinada à fiscalização permanente, realizada pela gerência ou pelo proprietário de cada estabelecimento, quer pela cobrança de produtividade, quer pelo atendimento prestado (há que se ressaltar que este intermediário não precisa ter formação médica para administrar um estabelecimento de saúde). O intermediário é quem efetua o pagamento no âmbito individual ao final de cada jornada trabalhada, ratificando sua posição hierárquica no estabelecimento. Fica evidente, então, que este mesmo intermediário detém o domínio da produção dos serviços ao estabelecer a porcentagem paga pela prestação dos serviços, o valor de cada consulta, a avaliação do desempenho do médico e a retenção de parte dos ganhos do que foi produzido. Nesta forma de realização do trabalho médico, o processo é ordenado não de acordo com a competência técnica, tendo em vista que a esmagadora maioria dos gerentes e proprietários entrevistados não possui formação médica, mas, pela capacidade produtiva e pelo desempenho relacional com a clientela.

Assim, essa nova configuração do mercado de trabalho médico se conforma como parte no processo de reorganização e precarização da prática médica. Os arranjos encontrados para a incorporação da força de trabalho médico nas clínicas populares, esquemas clientelistas identificados, a referência às clínicas populares realizada pelos profissionais que atuam no setor público, o estímulo financeiro por partes desses estabelecimentos aos médicos em relação à prescrição de exames complementares, indicam a existência de uma realidade que precisa ser eticamente fiscalizada, quer seja de assistência à saúde, quer de prática médica. Diante do exposto, se impõe a urgência de intervenções severas e criteriosas por parte dos organismos competentes, relativa a tais questões.

5. CONCLUSÕES

A partir do objetivo proposto neste trabalho, pode-se estabelecer breves incursões como proposições finais. Assim, este estudo coloca em discussão o surgimento e expansão das clínicas populares surgidas no âmbito do subsistema privado de saúde. Constituindo-se um tema inédito, até então, este estudo procurou descrever e analisar as principais características encontradas nas clínicas populares quanto à sua estrutura, funcionamento, natureza, forma de inserção no subsistema privado e sua relação com o trabalho médico.

A propósito de se entender como e por quê surgiram, contextualizou-se os anos noventa, momento de seu surgimento, verificando-se que, de um lado, ocorreu a expansão do setor privado e, do outro, a retração do Estado nas políticas sociais. Como já exposto em capítulos anteriores, os problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde compõem uma crise em meio a um cenário paradoxal de conquista da saúde como direito de cidadania e de ajustes inferidos ao papel do Estado.

Por outro lado, percebe-se que a expansão de alguns segmentos do subsistema privado, a despeito das diferentes estratégias utilizadas pelos planos e seguros de saúde, não foi

capaz de atingir a população empobrecida num contexto de transformações societárias. Assim, surge uma nova forma de prestação de serviços de saúde no subsistema privado a fim de preencher o vácuo deixado entre os sistemas público e o privado: as clínicas populares.

Se num primeiro momento, as clínicas populares enquanto organizações parecem autônomas, com o transcorrer da pesquisa, o objeto foi sendo apreendido com a complexidade que realmente encerra. A partir da periferia da cidade e, progressivamente, alcançando as áreas pericentrais, esses estabelecimentos se colocam no mercado ofertando uma “*assistência básica*” e articulando serviços da média e da alta complexidade do referido subsistema privado. Antes de se lançarem no mercado em saúde realizam pesquisas do perfil populacional que pretendem atingir, conhecendo suas necessidades de saúde e utilizando estratégias de viabilidade mercadológica. Enquanto entidade jurídica, viabiliza para pagamentos de seus serviços diversas formas: cartões de crédito, financiamentos, “cartões fidelidade” e cheques pré-datados, constituindo-se, então, uma nova forma de organização privada de saúde para a população que ao procurar a atenção privada, não pode pagar preços mais elevados.

À medida que vão penetrando no mercado, ao longo dos anos noventa, realizam articulações importantes para sua consolidação. Criam uma associação, a CLINAPE, a partir da qual são estabelecidas ligações com segmentos do subsistema privado local e, ao mesmo tempo, ganham expressividade no setor.

Dessa forma, demonstrou-se nos resultados que o cliente chegando a uma clínica popular encontra atendimento médico ambulatorial, um posto de coleta para a realização

de alguns exames e a realização de encaminhamentos para procedimentos de média e de alta complexidade realizados através das chamadas “parcerias” com hospitais e centros de complementação diagnóstica. A fórmula apresentada tem atraído um número cada vez maior de clientes e de “parceiros” já consolidados no setor saúde.

Mediante essas relações, as clínicas populares apresentam uma grande diversidade, formando como que agrupamentos internos no todo que se denomina de “*clínica popular*”. As diferenças estão no segmento da população que pretendem atingir, nos serviços prestados, nas especialidades oferecidas, na infra-estrutura física e, sobretudo, nas relações com outros prestadores de serviços. Contudo, no nível mais básico de características, são todas semelhantes quanto à natureza dos serviços prestados.

A expansão não regulada do setor privado propicia o aparecimento e funcionamento de estabelecimentos sem as credenciais necessárias, conforme foi constatado na pesquisa. Conseguindo se expandir rapidamente pela cidade do Recife, as clínicas populares se apresentam como um fenômeno de abrangência nacional, seguindo a expansão dos demais serviços privados de saúde, tendo em vista o processo de capitalização do setor.

O caráter temporário desses estabelecimentos foi constatado no decorrer da pesquisa, a medida em que foram visitados estabelecimentos constantes na Lista de referência da Vigilância Sanitária como se estivessem em funcionamento, no entanto estavam fechados, além da constatação da existência de outros em pleno funcionamento sem o devido conhecimento e aval desse órgão fiscalizador. De acordo com depoimento dos entrevistados, a rotatividade de algumas clínicas ocorre “pelas inúmeras dificuldades de penetração encontradas”, visto que há uma quantidade considerável de estabelecimentos

na cidade. Além disso, segundo os informantes, as exigências da Vigilância Sanitária para a regularização destes estabelecimentos estão acima da capacidade financeira dos proprietários, visto que, segundo eles, os serviços prestados “possuem um papel social importante”. Todavia, tais dificuldades não impedem de serem reabertas em outro local mais periférico da cidade, ou em outro município da Região Metropolitana do Recife, como foi referido claramente em alguns depoimentos.

Em relação ao trabalho médico nas clínicas populares, pode ser constatado que esses estabelecimentos garantem sua reprodução através da flexibilização, terceirização e, portanto, da precarização do trabalho. Para isso, reproduzem as formas já existentes no reordenamento profissional: fazem uso das falsas cooperativas e não utilizam contratos formais de prestação de serviços. Contribuem assim, para o estabelecimento de novas formas de reordenamento do trabalho em saúde e para a forma de organizá-lo.

Pode-se concluir que “clínicas populares” é um nome de marca que encobre uma diversidade de arranjos realizados no âmbito do setor privado, para a prestação de serviços de saúde. Organizadas enquanto empresas, realizam investimentos tecnológicos de pequena monta e vêm se colocando no mercado a partir de estratégias de *marketing*. 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.

Finalmente, pode-se afirmar que essa pesquisa apenas pôs às claras um novo fenômeno do âmbito da assistência privada, ao mesmo tempo em que descortina novas questões a serem posteriormente investigadas. Assim:

- 1- Em que medida as normas de gerenciamento, de produtividade encontradas nos estabelecimentos podem interferir na qualidade do atendimento prestado?
- 2- Qual o perfil dos profissionais de saúde atuantes nas clínicas populares?
- 3- O que significa para os profissionais de saúde trabalharem numa clínica popular?
- 4- O que pensam os usuários acerca das clínicas populares?

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ALVES, Alda Judith. “O planejamento de pesquisas qualitativas em educação”. Caderno de pesquisa, nº 77:p 53-61, maio, 1991.

ANDERSON, Perry. “Balanço do neoliberalismo” IN: “Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático” BORÓN, Atilio; GENTILI, Pablo et all. Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1991.

ANTUNES, Ricardo. “Dimensões da crise e as transformações do mundo do trabalho”. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo, Cortez, nº50, abril, 1996. Ano XVII. Pp 78-87.

_____, Ricardo. “Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho”. 7ª edição. São Paulo, ed. Cortez, 2000.

_____, Ricardo. “Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho”. 4ª edição, Ed. Bomtempo, São Paulo, 2001.

AROUCA, Sérgio. “Reforma Sanitária” IN: Apostila Tema, nº 07, Ano 06/nov. 1998.

BAHIA, Lígia. “Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90”. IN: Caderno de ciência e saúde coletiva, vol.06, nº02, São Paulo, 2001.

_____, Lúcia. “O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação” IN: NEGRI, Brarjas org. “Brasil: Radiografia da saúde”. UNICAMP, 2001.

_____, Lúcia; COSTA, Antônio José L. et all “Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PENAD/98” IN: Caderno de ciência e saúde coletiva, vol.07, nº04, São Paulo, 2002.

BARDIN, Laurence. “Análise de Conteúdo”. Ed. Persona, edições 70.

BARROS, Elizabeth. “Financiamento de Sistemas de Saúde: crises, reformas e embates ideológicos” IN: GOULART, Flávio Org. *Os médicos e a saúde no Brasil*. Conselho Federal de Medicina, Brasília, 1998.

BELTRÃO, Alexandre Barbosa. “A situação dos profissionais médicos e seu mercado de trabalho no estado de Pernambuco”. Dissertação de mestrado. Salvador, agosto, 2000.

BUSS, Paulo M. & LABRA, Maria Eliana orgs. “Sistemas de saúde: continuidade e mudanças (Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Quebec)”. Ed HUCITEC/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1995.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. “Reforma da Reforma: Repensando a saúde”. Ed, Hucitec, São Paulo, 1992.

COHN, Amélia & ELIAS, Paulo E. “Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços”. 2ª Ed. S. Paulo, Cortez, 1998.

_____, Amélia. “Estado, políticas públicas e saúde” IN: Ciências sociais e saúde.

CUNHA, Márcia A. ° “Tendências da assistência hospitalar privada: um estudo de caso sobre a assistência domiciliar na cidade do Recife”. Dissertação de mestrado/DMS/UFPE.

DONNANGELO, Maria Cecília C. F. “Medicina e Sociedade”. Ed. Pioneira, São Paulo, 1975.

ELIAS, Paulo Eduardo. “Reforma ou contra-reforma na proteção social à saúde”. Lua Nova: revista de cultura e política, ano 1997/nº 41/42, pg. 193 a 215.

FAVERET, Paulo F. & OLIVEIRA, Pedro Jorge de. “A universalização excludente: reflexões sobre tendências do sistema de saúde” IN: “Planejamento e políticas públicas”, nº03, ano 06/1990.

HADDAD, Edneida G. de M. ‘ Neoliberalismo e políticas sociais’ IN: Serviço social e realidade (UNESP), São Paulo, 1995.

IAMAMOTO, Marilda V. “Renovação e conservadorismo no Serviço Social. Ensaio críticos”.São Paulo, Cortez, 1995.

IBGE, 2000. “Acesso e utilização dos serviços no Brasil” www.ibge.gov.br acessado em 20 de janeiro de 2004.

IBGE, 2002. “Acesso e utilização dos serviços no Brasil” www.ibge.gov.br acessado em 22 de janeiro de 2004.

_____, Marilda V & CARVALHO, Raul de. “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica” São Paulo, Ed. Cortez; [Lima, Peru]: Celtos, 1995.

_____, Marilda V. “O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional”, Ed. Cortez. São Paulo, 1998.

MACHADO, Maria Helena et al. “Os médicos no Brasil; um retrato da realidade”. Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1997.

MATTOSO, Jorge. “O Brasil desempregado: como foram destruídos três milhões de empregos nos anos 90”. Ed. Fundação Perseu Abramo, agosto, 2000.

- MAZZOTTI, Alda Judith & GEWANDSZNAJDER, Fernando. “O método nas ciências naturais e sociais”. Ed. Pioneira, São Paulo, 2000.
- MENDES, Eugênio Vilaça. “Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS”. Ed. HUCITEC/ABRASCO, Rio de Janeiro – São Paulo, 1994.
- MERHY, Emerson Elias. “Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo” Tese/UNICAMP, Campinas, 2000.
- MINAYO, Maria Cecília de S. “O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde”. Ed. HUCITEC-ABRASCO. 7ª Edição. São Paulo-Rio de Janeiro, 2000.
- MORAIS, Heloísa M. & LIMA, Luci P. “O SUS e a privatização do sistema de saúde” IN: Anais da Faculdade de medicina/ Universidade Federal de Pernambuco, vol 44, Recife, 1999.
- _____, Heloísa M. “Uma análise da assistência médico-hospitalar privada: o *pólo médico* da cidade do Recife na travessia do século XX para o XXI”. Tese de doutoramento da UNICAMP, Campinas, 2002.
- NETTO, José Paulo. “Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil” IN: Revista Serviços Social e Sociedade, nº 50, São Paulo, 1996.
- NEVES, Delma Pessanha. “Os dados qualitativos e os imponderáveis da vida social”. Revista Raízes, Ano XVII, nº17/ jun/1998.
- NICZ, Luiz Fernando. “Discussão: Manegd Care” Revista Médicos maio/junho, 1998.
- NOGUEIRA, Paulo Roberto. “Perspectivas de qualidade em saúde” Ed. Qualitymark.
- NORONHA, José Carvalho & SOARES, Laura T. “A política de saúde no Brasil nos anos 90” IN: Caderno de ciência e saúde coletiva, vol.06, nº02, São Paulo, 2001.

_____, José de Carvalho & LEVCOVITZ, Eduardo. “AIS – SUDS- SUS: os caminhos do direito à saúde” IN: GUIMARÃES, Reinaldo & TAVARES, Ricardo. “Saúde e Sociedade no Brasil – anos 80”. Ed. Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1994.

PASTORINI, Alejandra. “Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria concessão-conquista”. In: Serviço Social & Sociedade, Revista quadrimestral de Serviço Social, nº 53, ano XVIII, março de 1999. Ed. Cortez.

PINTO, Luiz Felipe. “O setor de saúde suplementar: acesso e cobertura populacional”. Rio de Janeiro, julho de 2003. www.ans.gov.br/documentostecnicos acesso em 20 de abril de 2004.

SÁ, Domicio Aurélio. “Atenção à saúde no Brasil: um estudo do acesso à assistência a partir do Sistema de Informações ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)”. Dissertação de mestrado/ NESC/CPqAM/FIOCRUZ. Recife, 2000.

SCOTT, Perry R. “Educação em saúde na perspectiva dos sujeitos”. In: Caderno de Educação em Saúde: percepções teóricas e metodológicas nº1. Governo de Pernambuco/Secretaria Estadual de Saúde, 1998.

SCHRAIBER, Lília Blima. “O médico e seu trabalho: limites da liberdade”. Ed. HUCITEC, 2ª Ed., São Pulo, 1993.

_____, Lília Blima. “O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional”. Caderno de Saúde pública, nº 11, pg. 57-64, jan/mar, 1995.

SILVA, Lúcia Maria V; SOUZA, Luiz Eugênio P. F et all. “Características do setor privado de saúde de Salvador, Bahia, Brasil.” IN: Caderno de saúde pública, vol.03, nº04, São Paulo, 1997.

SINGER, Paul et all. “Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de saúde.” Ed. Forense-Universitária, Rio de Janeiro , 1988

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. “Evolução e crise de uma política social”. Rio de Janeiro:[s.n.]. Dissertação (mestrado) – Instituto Universitário de pesquisa do Rio de Janeiro, 1979

TEIXEIRA, Francisco José Soares. “O neoliberalismo em debate” IN: TEIXEIRA, Francisco J. S. “Neoliberalismo e a reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho”. 2ª edição, Ed. Cortez, Fortaleza, 1998.

TOBAR, Frederico & YALOUR, Margot Romano. “Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas”. Ed. Foicruz, Rio de Janeiro, 2001

VALLA, Victor V. & STOTZ, Eduardo N. “Participação Popular, educação e Saúde: Teoria e Prática”. Rio de Janeiro: Relume – Dumará. 1993.

VALLA, Victor V. & STOTZ, Eduardo N. (org.) “Educação, saúde e cidadania. Ed. Vozes” 2ª ed. Rio de Janeiro, 1996.

VIANA, Ana Luíza d’Ávila. “As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas”, mimeo.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza. “Descentralização na saúde e redes de sociabilidade: enfrentamento da exclusão social” Relatório de pesquisa ao CNPQ, outubro/2000.

VIEIRA, Evaldo A. “As políticas sociais e os direitos no Brasil: avanços e retrocessos” IN: Serviço Social e sociedade, nº53, ano XVII, Ed Cortez, mar/1997.

VÍCTORA, Ceres G; KNAUTH, Daniela Riva & HASSEN, Maria de N. A. “Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema”. Ed. Tomo, Porto Alegre, 2000.

APÊNDICES

GRUPO DE DISCUSSÃO

INSTRUMENTO 1: REPRESENTATES DAS CLÍNICAS POPULARES NA CLINAPE

1- CLÍNICA POPULAR E O DIREITO À SAÚDE:

- Diferença entre os planos ou seguros de saúde; vinculações com empresas, vinculação das clínicas entre si;
- Por que a necessidade de formação de uma associação?
- Continuidade no atendimento: exames, internações, etc./ Relação com o SUS;
- Qual o papel das clínicas populares na saúde?

2 - CLÍNICAS POPULARES E ENTIDADES MÉDICAS

- Legitimidade das clínicas populares
- Empresariamento tradicional em saúde: planos e seguros de saúde

3 – TRABALHO MÉDICO:

- Características do trabalho médico nas clínicas populares;
- Níveis de decisão administrativa nas clínicas populares: o médico está diretamente envolvido?

- Os médicos são meros prestadores de serviços ou são proprietários?
- Como é avaliado o trabalho do médico junto aos clientes?

CARACTERIZAÇÃO DAS CLÍNICAS POPULARES

INSTRUMENTO 2: GERÊNCIA E ADMINISTRAÇÃO

NOME DA CLÍNICA: _____ |__|__| DATA: __/__/__

1. EM QUE MÊS E ANO ESTA CLÍNICA INICIOU SUAS ATIVIDADES? |__|__| MÊS |__|__|__|__| ANO

2. ESTA CLÍNICA É ASSOCIADA A CLINAPE?

- 1.SIM 2.NÃO

3- EM RELAÇÃO ÀS INSTALAÇÕES DA CLÍNICA, ESTE PRÉDIO É :

1. PRÓPRIO? 2. ALUGADO?

4- A CONSTRUÇÃO É: (OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR)

1. ESPECÍFICA? 2. ADAPTADA?

5- QUAL O TOTAL DA ÁREA COSNTRUÍDA |__|__|__|__| M²

6- POR QUE ESTE LOCAL FOI ESCOLHIDO PARA SER A CLÍNICA?

- 1.MAIS PERTO DA COMUNIDADE LOCAL 2.JUNTO AO COMÉRCIO LOCAL 3.LOCAL DE GRANDE CIRCULAÇÃO DE PESSOAS
 4.FACILIDADE DE ACESSO POR TRANSPORTE PÚBLICO 5.OUTRO: _____ |__|__|
 6.NÃO SABE

7- COMO AS PESSOAS , QUE BUSCAM ATENDIMENTO AQUI, TOMAM CONHECIMENTO DESSA CLÍNICA?

1. PANFLETOS 2. CARRO DE SOM 3. ANÚNCIO NO RÁDIO 5. ANÚNCIO NOS JORNAIS
 6. INDICAÇÃO DE UM MÉDICO 7.INDICAÇÃO DE OUTRO USUÁRIO
 8.OUTROS _____ |__|__|

8-EM QUE TURNOS A CLÍNICA FUNCIONA?

1. PELA MANHÃ 2. À TARDE 3. NOITE

9- EU VOU LISTAR ALGUNS INTENS PARA VOCÊ IDENTIFICAR OS TIPOS DE ATENDIMENTOS QUE SÃO FEITOS AQUI NA CLÍNICA :

- 1.ATENDIMENTO MÉDICO ? 2.ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO ? 3. IMUNIZAÇÃO?
 4. ATENDIMENTO PSICOLÓGICO? 5. FONALDIOLOGIA? 6. EXAMES LABORATORIAIS?
 7. EXAMES ADIMISSIONAIS?

10-A CLÍNICA OFERECE OUTRO TIPO DE ATENDIMENTO ALÉM DOS CITADOS?

1. SIM 2. NÃO

11- SE SIM, QUAIS?

_____	_ _
_____	_ _
_____	_ _
_____	_ _
_____	_ _

12. QUAIS AS ESPECIALIDADES MÉDICAS OFERECIDAS ?

1. CLÍNICA MÉDICA

2. PEDIATRIA

3. GINECOLOGIA

4. PSIQUIATRIA

5. DERMATOLOGIA

6. OFTALMOLOGIA

7. CARDIOLOGIA

11. OUTRAS ESPECIALIDADES

_____	_ _	_____	_ _
_____	_ _	_____	_ _
_____	_ _	_____	_ _

13- A CLÍNICA DISPÕE DE:

1. RECEPÇÃO?

2. SALA DE ESPERA?

3. SALA DE IMUNIZAÇÃO?

4. SALA DE ESTERILIZAÇÃO?

5. LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS?

6. RADIOLOGIA?

7. ARQUIVO MÉDICO?

10. ADMINISTRAÇÃO?

11. POSTO DE COLETA

12. ALMOXARIFADO?

13. DEPÓSITO OU DESPEJO?

14. DIRETORIA ?

15. SALA DE CURATIVO?

OUTRAS INSTALAÇÕES?, ESPECIFICAR _____ |_|_|

14- QUANTOS CONSULTÓRIOS MÉDICOS A CLÍNICA DISPÕE? |_|_|

15- A CLÍNICA TEM CONVÊNIO COM ALGUMA EMPRESA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS?

1. SIM 2. NÃO

16- SE SIM, QUAIS?

_____	_ _	_____	_ _
_____	_ _	_____	_ _
_____	_ _	_____	_ _
_____	_ _	_____	_ _
_____	_ _	_____	_ _

17. QUAL A FORMA QUE A EMPRESA PAGA O ATENDIMENTO PRESTADO?

1. PELO NÚMERO DE CONSULTAS INDIVIDUAIS / MÊS?

2. VALOR FIXADO POR CONTRATO?

3. OUTROS, ESPECIFIQUE: _____ |_|_|

18. QUAL O VALOR PAGO PELA EMPRESA?

EMPRESA CONTRATANTE	VALOR R\$
1.	_ _ _ _ , _ _

2.	
3.	
4.	

19.A CLÍNICA ATENDE PACIENTE ATRAVÉS DE PLANO OU SEGURO SAÚDE?

1.SIM 2.NÃO

20- SE SIM: QUAIS?

_____		_____		_____	
_____		_____		_____	
_____		_____		_____	
_____		_____		_____	
_____		_____		_____	

21- SENDO O DESEMBOLSO DO PACIENTE, O VALOR DA CONSULTA MÉDICA É O MESMO PARA TODAS AS ESPECIALIDADES MÉDICAS?

1.SIM 2.NÃO

22-SE, NÃO, QUAL O VALOR COBRADO POR CONSULTA?

ESPECIALIDADE MÉDICA	VALOR R\$
1. CLÍNICA MÉDICA	
2. PEDIATRIA	
3. GINECOLOGIA	
4. PSIQUIATRIA	
5. DERMATOLOGIA	
6. OFTALMOLOGIA	
7. CARDIOLOGIA	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	

23-O PAGAMENTO DA CONSULTA INCLUI ALGUMA VOLTA?

1.SIM NÃO

24-A VOLTA É PARA O MESMO MÉDICO QUE REALIZOU A CONSULTA ANTERIOR?

1.SIM 2.NÃO

25-AS CONSULTAS MÉDICAS SÃO AGENDADAS (MARCADAS)?

1.SIM 2.NÃO

26-AS PESSOAS QUE MARCAM A CONSULTA SÃO ATENDIDAS NA HORA MARCADA OU POR ORDEM DE CHEGADA?

1.POR HORÁ MARCADA

2.POR ORDEM DE CHEGADA

3.OUTROS: _____
| | | |

27-É ROTINA DA CLÍNICA ABRIR PRONTUÁRIO PARA CADA PACIENTE?

1. SIM 2. NÃO

28-ESSE PRONTUÁRIO É O MESMO PARA TODOS OS ATENDIMENTOS REALIZADOS?

1. SIM, O PRONTUÁRIO É ÚNICO 2. NÃO, É POR ESPECIALIDADE 3. NÃO, É POR MÉDICO

4. OUTROS, ESPECIFIQUE: _____ | | | |
 _____ | | | |

29-CASO O MÉDICO QUE ATENDEU O PACIENTE NA CONSULTA ANTERIOR NÃO ESTEJA DISPONÍVEL NA PRÓXIMA, É ABERTO OUTRO PRONTUÁRIO?

1. SIM 2. NÃO, É UTILIZADO O PRONTUÁRIO JÁ ABERTO

4. OUTROS: _____ | | | |
 _____ | | | |

30- O PACIENTE ESCOLHE O MÉDICO QUE IRÁ ATENDÊ-LO?

1. SIM 2. NÃO

31-QUANDO É FEITA A SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS, O PACIENTE TEM LIBERDADE DE ESCOLHA QUANTO AO LABORATÓRIO NO QUAL IRÁ REALIZÁ-LO?

1. SIM 2. NÃO

32-QUANDO É FEITA A SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS, NÃO DISPONÍVEIS NA CLÍNICA PARA ONDE O PACIENTE É ENCAMINHADO?

1. PARA O SUS 2. PARA OUTRA CLÍNICA CONVENIADA 3. NÃO É FEITO ENCAMINHAMENTO

33- QUANDO É NECESSÁRIA A PRESCRIÇÃO DE REMÉDIOS, É DADA ALGUMA ORIENTAÇÃO EM RELAÇÃO A AQUISIÇÃO DESSE MEDICAMENTO AO PACIENTE?

1. ELE É ENCAMINHADO(A) AO SUS 2. É ENCAMINHADO A UMA FARMÁCIA CONVENIADA
 3. NÃO É DADA ENCAMINHAMENTO 4. OUTROS _____ | | | |

34- QUANDO O PACIENTE NECESSITA DE UM PARECER DE UM MÉDICO ESPECIALISTA NÃO DISPONÍVEL NA CLÍNICA, PARA ONDE O PACIENTE É ENCAMINHADO?

1. PARA O SUS 2. PARA OUTRAS CLÍNICAS CONVENIADAS
 3. NÃO É FEITO ENCAMINHAMENTO 4. OUTROS: _____ | | | |

35-CASO ELE NECESSITE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA, PARA ONDE É ENCAMINHADO?

1. PARA O SUS 2. NÃO É FEITO ENCAMINHAMENTO
 3. OUTROS: _____ | | | |

36-CASO ELE NECESSITE DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA, PARA ONDE É ENCAMINHADO?

1. PARA O SUS 2. NÃO É FEITO ENCAMINHAMENTO
 3. OUTROS: _____ | | | |

37-COMO É FEITO O ENCAMINHAMENTO?

 | | | | _____
 _____ | | | | _____
 _____ | | | | _____

38-COMO UM MÉDICO VEM A FAZER PARTE DA EQUIPE QUE ATENDE AQUI NA CLÍNICA?

1.SÃO INDICADOS POR OUTROS MÉDICOS DA CLÍNICA

2.SOLICITADOS À COOPERATIVA

OUTROS:

_____	_ _	_____	_ _
_____	_ _	_____	_ _
_____	_ _	_____	_ _

39-COMO É ESTABELECIDO O VÍNCULO DESSE MÉDICO COM A CLÍNICA?

1.É CONTRATADO ATRAVÉS DE COOPERATIVAS MÉDICAS

2.É FEITA CONTRATAÇÃO DIRETA POR TEMPO INDETERMINADO

3.É FEITA CONTRATAÇÃO DIRETA POR TEMPO DETERMINADO

4.ATRAVÉS DO ALUGUEL DO CONSULTÓRIO

5.OUTROS:_____

_____	_ _
_____	_ _
_____	_ _

39- COMO É DECIDIDO OS TURNOS DE TRABALHO MÉDICO?

1.É ACORDADO COM OS PROFISSIONAIS

2.É PREVIAMENTE ESTABELECIDO PELA CLÍNICA

3.O PROFISSIONAL DECIDE SOZINHO

40-DE QUE FORMA OS MÉDICOS SÃO REMUNERADOS?

1.POR PRODUÇÃO (CONSULTA) 2.ATRAVÉS DE SALÁRIO

3.OUTROS:_____

_____	_ _
_____	_ _
_____	_ _

41-OS HORÁRIOS SÃO FIXOS POR MÉDICO?

1.SIM 2.NÃO

42-SE NÃO, VARIA DE ACORDO COM O QUÊ?

1.DISPONIBILIDADE DA CLIENTELA

2.COVENIÊNCIA DO MÉDICO

3.COVENIÊNCIA DA CLÍNICA

4.OUTROS:_____

_____	_ _
_____	_ _
_____	_ _

43-HÁ NÚMERO PRÉ-ESTABELECIDO DE CONSULTAS PARA CADA MÉDICO?

1. SIM 2. NÃO

44-EM GERAL, QUAL O NÚMERO DE CONSULTAS POR MÉDICO EM CADA TURNO DE TRABALHO?

CLÍNICA MÉDICA |__|__|

CLÍNICA PEDIÁTRICA |__|__|

CLÍNICA GINECOLÓGICA |__|__|

PRÉ-NATAL |__|__|

PSIQUIATRIA |__|__|

OFTALMOLOGIA |__|__|

OUTRAS ESPECIALIDADES |__|__|

CARDIOLOGIA |__|__|

OUTRAS ESPECIALIDADE (ESPECIFICAR) |__|__| _____

45- OS MÉDICOS PARTICIPAM DAS DECISÕES ADMINISTRATIVAS DA CLÍNICA?

1. SIM 2. NÃO

46- SE SIM, QUAIS? _____

48-DE QUE FORMA ACONTECE ESSA PARTICIPAÇÃO?

ESPECIFICAR: _____ |__|__|

_____ |__|__|

_____ |__|__|

_____ |__|__|

_____ |__|__|

49-ESTA CLÍNICA TEM ALGUM INSTRUMENTO QUE AVALIE O GRAU DE SATISFAÇÃO DA CLIENTELA EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS OFERECIDOS?

1. SIM 2. NÃO

50- SE SIM, QUAL? _____