

**Paulo Ferraz Guimarães**

**Universidade Federal de Pernambuco – UFPE  
Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste  
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD  
Mestrado Profissional em Gestão Pública para o Desenvolvimento do  
Nordeste**

**SERVIÇOS DE SAÚDE NO RECIFE:  
TRAJETÓRIA RECENTE DO PÓLO MÉDICO-HOSPITALAR**

Recife, novembro de 2004.

**Paulo Ferraz Guimarães**

**Universidade Federal de Pernambuco – UFPE  
Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste  
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD  
Mestrado Profissional em Gestão Pública para o Desenvolvimento do  
Nordeste**

**SERVIÇOS DE SAÚDE NO RECIFE:  
TRAJETÓRIA RECENTE DO PÓLO MÉDICO-HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissionalizante em Gestão Pública para o Desenvolvimento do Nordeste como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública para o Desenvolvimento do Nordeste.

Orientador: Professor Doutor João Policarpo Rodrigues Lima

Recife, novembro de 2004.

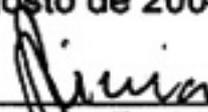
# Paulo Ferraz Guimarães

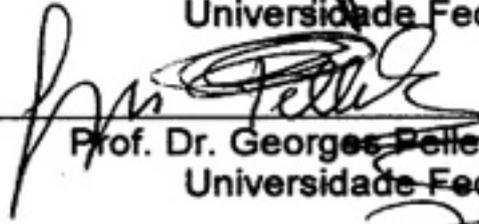
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE  
Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste  
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD  
Mestrado Profissional em Gestão Pública para o Desenvolvimento do  
Nordeste

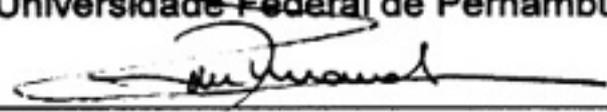
## SERVIÇOS DE SAÚDE NO RECIFE: TRAJETÓRIA RECENTE DO PÓLO MÉDICO-HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissionalizante em Gestão Pública para o Desenvolvimento do Nordeste como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública para o Desenvolvimento do Nordeste.

Aprovado pela Banca Examinadora formada pelos professores doutores abaixo relacionados em 10 de agosto de 2004.

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. João Policarpo Rodrigues Lima – Orientador/Presidente  
Universidade Federal de Pernambuco

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Georges Pellerin da Silva – Titular Interno  
Universidade Federal de Pernambuco

  
\_\_\_\_\_  
Profª. Drª. Ana Cristina Fernandes – Titular Externo  
Universidade Federal de Pernambuco

Recife, novembro de 2004.

A minha esposa **Andréa**, pelo amor e companheirismo. A meus pais, **Leonardo** e **Socorro** pela excelente formação e presença constante. A minhas irmãs **Marta** e **Juliana**, a minha sobrinha **Maria** e aos novos irmãos **Tiago** e **Nol** pela amizade incondicional. Aos familiares e amigos que sempre me apoiaram.

## Agradecimentos

---

Apesar de ser uma produção individual, qualquer trabalho de conclusão de curso tem como premissa a acumulação de conhecimentos adquiridos através de consultas a especialistas, pesquisadores e amigos. Nesse sentido gostaria de fazer alguns agradecimentos pelas contribuições recebidas durante a elaboração dessa dissertação.

Inicialmente ao Professor João Policarpo Rodrigues Lima, pelas excelentes aulas ministradas no curso e pelas várias horas de dedicação, utilizando sua experiência e conhecimento para me orientar na elaboração dessa pesquisa.

Aos Professores Leonardo Guimarães Neto e Juliana Guimarães, pelas valiosas observações e sugestões dadas ao longo de todo o trabalho.

A professora Ana Cristina de Almeida Fernandes, pela contribuição fundamental em algumas considerações citadas nesse trabalho, através do fornecimento e esclarecimento de entrevistas realizadas nas empresas da área de saúde.

Aos amigos Osmil Torres Galindo Filho e Francisco Cartaxo, companheiros nas pesquisas sobre o setor de saúde, pelos esclarecimentos a respeito do funcionamento e das principais características das empresas de saúde do Recife.

Aos amigos João Crisóstomo G. Salles, Jurema Regueira e Vicenta Roig, pelas contribuições dadas através da pesquisa, tratamento e correção das informações contidas nesse trabalho.

Aos companheiros e mestres da CEPLAN, Professora Tânia Bacelar e Professor Aldemir do Vale pelo amigoso convívio dentro e fora do ambiente de trabalho, através do qual recebo ensinamentos diários.

Por último, porém não menos importante, agradeço a minha esposa Andréa Loureiro S. Guimarães, meu eterno porto seguro e a Socorro Ferraz Guimarães pelo brilhante papel de mãe através de suas orações e do seu afeto.

## Resumo

---

O presente trabalho trata da trajetória recente do setor de serviços de saúde no Recife, que nos últimos anos vem se destacando nacionalmente pela diversidade e dinâmica do conjunto de segmentos nele inseridos. Informações do Governo do Estado de Pernambuco destacam que o setor de saúde é responsável por gerar cerca de cinco empregos para cada leito hospitalar existente, tendendo a crescer este número com a introdução de novas tecnologias na infra-estrutura oferecida, diferentemente do que ocorre em outras atividades. Nesse sentido, para examinar o chamado Pólo Médico-Hospitalar da capital pernambucana, procurou-se analisar a estrutura dos segmentos que formam a cadeia produtiva dos serviços de saúde, com destaque para a saúde privada, baseando-se em informações coletadas a partir de variáveis como: número de estabelecimentos, pessoas empregadas, escolaridade das pessoas empregadas, rendimento das pessoas empregadas, arrecadação de impostos e infra-estrutura do setor.

No que se refere à delimitação geográfica, como já foi citado anteriormente, a pesquisa foi realizada na cidade do Recife onde está concentrada a grande maioria das atividades relacionadas aos serviços de saúde do Estado. Destaca-se ainda que o período pesquisado compreende entre os anos de 1995 e 2002 devido aos fatores mais relevantes de estruturação do setor verificados nessa época, e pela melhor comparabilidade monetária das informações disponíveis.

O estudo desenvolveu-se basicamente em três etapas. A primeira, referente ao levantamento bibliográfico, valendo-se de recentes trabalhos sobre o tema para conceituar com mais precisão o setor terciário onde estão inseridos os serviços de saúde, objeto desse estudo, além de obter conhecimento do ambiente relacional das atividades aqui estudadas. A segunda apoiou-se na coleta e tabulação de dados secundários disponibilizados pela RAIS-CAGED/MTE, pelo IBGE – Estatísticas da Saúde, pela Receita Federal e Secretaria de Finanças da cidade do Recife

possibilitando a partir dos dados da COFINS<sup>1</sup> e do ISS<sup>2</sup> estimar o faturamento do setor, além de informações do DATASUS<sup>3</sup> do Ministério da Saúde. A terceira e última etapa foi à realização de entrevistas com especialistas da área de saúde.

Os resultados do estudo levaram a concluir que um conjunto de fatores como, a presença de sólidas instituições de formação de pessoal na capital pernambucana, os processos de reestruturação recente que passaram os serviços de saúde no País, em particular, o de mercantilização desses serviços, além do recente período de estabilização monetária nacional com efeitos na melhoria dos indicadores de renda, principalmente nos primeiros anos do plano real, deram suporte ao surgimento e consolidação de um Pólo Médico bastante diversificado no Recife que proporcionou efeitos significativos na geração de emprego e renda para a economia local.

O estudo concluiu ainda que apesar dos resultados sócio-econômicos citados anteriormente, algumas etapas para a formação de um *cluster*, com todas as características necessárias que o conceito pressupõe, não foram atingidas, o que não inviabiliza as estratégias necessárias no sentido de alcançar esse estágio.

---

<sup>1</sup> COFINS - Contribuição para Financiamento da Seguridade Social, que corresponde a 3% do faturamento das empresas.

<sup>2</sup> ISS – Imposto Sobre Serviços

<sup>3</sup> Sistema Único de Saúde

## Abstract

---

In this dissertation an analysis is made, from 1995 to 2002, of the service sector in the city of Recife, state of Pernambuco, Brazil. It focuses the health establishment's rapid growth and diversity in Recife. Recent State Government data have shown that for every bedstead at hospital and related health establishments five jobs are created. Unlike other traditional economic sectors in the State, this ratio is expected to increase, it is contended, with technological innovation.

The analysis of the health sector of Recife is carried out on the basis of data from direct interviews with managers of private hospitals and medical institution representatives and data collected from official sources. The analysis stresses the importance of economic structure, emphasizing the private sector's role, employment creation, work force schooling and income, and the sector as a source of tax revenues.

This dissertation has three different parts. In the first, a review is made of the relevant literature as a background to draw on the present situation of the service sector where health establishments are located. In the second, the analysis is based on the data available, basically: (i) employment data from RAIS-CAGED/MTE, collected by the Labor Ministry in Brazil; (ii) Health Statistics collected by IBGE – Brazil's Institute of Geography and Statistics; and (iii) tax, COFINS<sup>4</sup>[1], ISS<sup>5</sup>[2] and other government revenue from Receita Federal and Secretaria das Finanças do Recife. Also the data were used from DATASUS<sup>6</sup>[3] of The Ministry of Health. In the third, the information based on the interviews with health experts, hospital managers and medical institution representatives, was used.

A number of conclusions were drawn from the study results. They help to explain the emergence of a diversified Health Service Cluster in Recife. First, and probably foremost, is the existence in Recife of a reliable higher

---

<sup>4</sup>[1] COFINS - Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Contribution to financing the Social Security System), which corresponds to 3% establishments revenue .

<sup>5</sup>[2] ISS – Imposto Sobre Serviços (Taxes on Services)

<sup>6</sup>[3] Sistema Único de Saúde- Unified Health System.

educational infrastructure that provides training in various fields of medicine and health assistance. Second, is the recent process of the health service restructuring, in the wake of privatization, in the country with its influence in the private sector growth. Besides, one must not forget the effects in the economy and in economic activities like the health sector of the recent monetary stabilization.

It is also argued that in spite of all the improvements that took place in the Health Sector in Recife, it cannot be characterized, theoretically speaking, as a complete economic *cluster*. Some stages have been attained in that direction but much has as yet to be done. On the other hand, it goes without saying this does not imply to accept that new stages to form a complete cluster cannot be attained.

## Lista de siglas

---

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de grupo  
BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico Social  
CAGED – Cadastro Geral de Emprego e Desemprego  
CNAE – Classificação Nacional de Atividades Econômicas  
CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa Científica e Tecnológica  
COFINS – Contribuição para Finanças da Seguridade Social  
CONDEPE – Instituto de Planejamento de Pernambuco  
CREMEPE – Conselho Regional de Medicina de Pernambuco  
DATASUS – Departamento de Informações e Informática do SUS  
FACEPE – Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco  
FAPESP – Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo  
FINEP – Financiadora de Estudos e Projetos  
FIOCRUZ – Fundação Instituto Oswaldo Cruz  
GREMES – Grupo de Empresas de Auto-gestão em Saúde  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INCUBATEC – Incubadora de Empresas do ITEP  
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
IPSA – Instituto de Pesquisas Sociais Aplicadas  
ISS – Imposto Sobre Serviços  
ITEP – Instituto Tecnológico de Pernambuco  
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego  
P&D – Pesquisa e Desenvolvimento  
PEA – População Economicamente Ativa  
PIB – Produto Interno Bruto  
PME – Pesquisa Mensal de Emprego  
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio  
RAIS – Relação Anual de Informações Sociais  
RPI – Rede Pernambucana de Informática  
SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial  
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial  
SIMEPE – Sindicato dos Médicos de Pernambuco  
SINDHOSPE – Sindicato dos Hospitais de Pernambuco  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SUSEP – Superintendência de Seguros Privados  
TCM – Trabalho de Conclusão de Mestrado  
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco  
UFRE – Universidade Federal Rural de Pernambuco  
UNICAP – Universidade Católica de Pernambuco  
UPE – Universidade de Pernambuco  
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

## Lista de tabelas e gráficos

---

Tabela 3.1 - Pernambuco, RMR e Recife: Estabelecimentos de Saúde por Área de Atuação – 2002.....	33
Tabela 3.2 - Pernambuco, RMR, Recife: Número de Equipamentos Existentes em Estabelecimentos de Saúde, por Tipo de Equipamento – 2002 .....	34
Tabela 3.3 – Equipamentos médicos por tipo a cada 100.000 habitantes para o Brasil e Estados e cidades selecionadas – 2002 .....	35
Tabela 3.4 - Leitos por mil habitantes no Recife, Salvador, Fortaleza, São Paulo e no Brasil – 2002 .....	36
Tabela 4.1 - Pernambuco: Arrecadação da COFINS e estimativa do faturamento nos serviços de saúde (R\$ 1.000) – 2000.....	58
Tabela 4.2 - Pernambuco: Participação dos tipos de serviços de atendimento de saúde na COFINS – 1997/2000 .....	59
Tabela 4.3 - Cidade do Recife: Número de Estabelecimentos e seu Tamanho no Núcleo do Pólo Médico – 2002 .....	61
Tabela 4.4 - Número Total de Estabelecimentos do Núcleo do Pólo - 1996/2002.....	61
Tabela 4.5 – Recife: Estabelecimentos Segundo a Natureza Jurídica das Atividades do Núcleo do Pólo Médico – 2001 .....	62
Tabela 4.6 - Recife e Capitais Selecionadas: Quantidade de Estabelecimentos por cada 10.000 habitantes – 2002 .....	63
Tabela 4.7 – Recife: Estabelecimentos Formais nas Atividades do Núcleo e dos Elos Complementares do Pólo Médico – 2001.....	64
Tabela 4.8 - Recife: Emprego Formal no Núcleo do Pólo Médico – 2002.....	65
Tabela 4.9 - Número Total de Empregados do Núcleo do Pólo – 1996/2002 .....	66
Tabela 4.10 - Recife: Evolução do Emprego Formal nas Atividades que Constituem o Núcleo do Pólo Médico - 1996-2002.....	67
Tabela 4.11 - Recife: Participação Relativa das Atividades no Total do Emprego Formal do Núcleo - 1996/2002.....	68
Tabela 4.12 – Relação Percentual Entre o Emprego Formal das Atividades do Núcleo, a População Economicamente Ativa e a População Total nas Cidades do Recife, Fortaleza, Salvador e São Paulo – 2002 .....	69
Tabela 4.13 - Recife: Evolução do Emprego nas Atividades do Pólo Médico 1996-2001.....	71
Tabela 4.14 - Recife, RMR e Pernambuco: Evolução do Emprego Formal nos Serviços Médicos - 1996-2001 .....	72
Tabela 4.15 – Remuneração média mensal em salários mínimos das atividades do núcleo do Pólo Médico - Capitais selecionadas – 2002.....	75
Tabela 4.16 - Comparação entre a remuneração média mensal por ocupação nos serviços médicos em salários mínimos de Recife e capitais selecionadas Dezembro de 2002 .....	77
Gráfico 1 – Pernambuco: Participação percentual da arrecadação da COFINS nos serviços de saúde - 2000 .....	58
Gráfico 2 – Pernambuco: Participação dos tipos de serviços de saúde na COFINS (%) – 1997/2000 .....	60
Diagrama 1 – Pólo Médico: Estrutura e Relações .....	30

## Sumário

---

Agradecimentos.....	5
Resumo .....	6
Abstract .....	8
Lista de siglas.....	8
Lista de tabelas e gráficos.....	11
Sumário .....	12
Introdução.....	13
Origem .....	13
A importância econômica dos serviços de saúde .....	13
A formulação do problema.....	15
Estrutura do Trabalho .....	16
1. Breve caracterização do setor terciário .....	17
1.1. Evolução .....	17
1.2. Estrutura e Classificação.....	20
2. Caracterização dos serviços de saúde no Brasil.....	23
2.1. Concepção.....	23
2.2. Caracterização da demanda e do mercado .....	25
3. Pólo médico do Recife: estrutura e relações .....	29
3.1. O Núcleo do Pólo.....	37
3.2. Fornecedores de Insumos, Equipamentos e Serviços.....	41
3.3. Instituições de apoio .....	52
4. Evolução recente do Pólo Médico .....	55
4.1. Significado econômico.....	57
4.2. Estabelecimentos .....	60
4.3. Geração de Emprego .....	65
4.4. Nível de remuneração .....	73
5. Considerações Finais .....	79
Referências Bibliográficas.....	82
Lista de Entrevistas .....	84

## Introdução

---

### Origem

De acordo com trabalhos<sup>7</sup> recentes sobre o Pólo Médico-Hospitalar do Recife, a sua origem está relacionada com a presença de importantes instituições de formação de pessoal, com destaque para a Faculdade de Medicina fundada ainda no início do século XX e a existência de grandes hospitais públicos com mais de 50 anos no Estado. Contudo, foi a partir do final da década de 70 e início dos anos 80 que diversos investimentos em clínicas, hospitais privados, laboratórios e centros de diagnósticos começaram a ser realizados principalmente pela iniciativa privada. Atualmente, de acordo com dados do Ministério do Trabalho e Emprego, na cidade do Recife, principal Pólo do Estado, as atividades ligadas ao Pólo em 2002 eram responsáveis pela geração de aproximadamente 34.700 empregos diretos formais.

### A importância econômica dos serviços de saúde

A prestação de serviços de saúde vem passando por rápidas mudanças devido à incorporação de novas tecnologias e dos constantes investimentos presentes nesse setor em Pernambuco. Destaque-se, ainda, que a evolução dos atendimentos na área de saúde tem levado a consolidação de intensas relações com outros segmentos, dos quais os serviços de saúde dependem, tornando assim a cadeia produtiva desses serviços bastante complexa. Isto ocorre não só a partir de fornecedores de bens e serviços imprescindíveis ao funcionamento do núcleo dos serviços de saúde e de outros elos da cadeia, mas também da necessidade de outras atividades associadas ao planejamento e controle do conjunto desse segmento.

(...) No interior dessas empresas, estruturas administrativas descentralizadas podem ser criadas. Esta demanda é estimulada pelo surgimento ou o desenvolvimento de instrumentos de gestão mais e mais aperfeiçoados (planejamento estratégico, auditoria, comunicação...) (...)” (Ecalte, 1989, p.30 e 31)

---

<sup>7</sup> Pesquisas patrocinadas pela FACEPE, FINEP e Banco do Nordeste do Brasil

Por outro lado, também não se pode esquecer o papel fundamental que o setor exerce na geração de ocupações e renda nas demais atividades, vindo, inclusive, a contribuir para aliviar os efeitos de uma crise econômica, a partir das repercussões da renda gerada no Pólo sobre os demais setores e atividades econômicas. De acordo com o relatório do CONDEPE<sup>8</sup>/IPEA<sup>9</sup> e segundo informações do Governo do Estado de Pernambuco, o setor de saúde no final dos anos 90 era responsável pela geração de cerca de 111 mil empregos diretos e indiretos no Estado.

Confirmando a importância desses dados, de acordo com informações da Receita Federal, a arrecadação da COFINS nos serviços de saúde em Pernambuco no ano de 2000, alcançou cerca de R\$ 16,7 milhões. Considerando-se a hipótese de que, no referido ano, esse valor correspondia a 3% da receita ou faturamento dos estabelecimentos, este deve ter atingido em torno de R\$ 555,9 milhões nesse mesmo período.

No que se refere à cidade do Recife, os números do setor de saúde também são bastante relevantes. Em termos de arrecadação de impostos, o ISS no final da década de 90 alcançou cerca de R\$ 9,3 milhões por ano, o que pode sugerir que o faturamento do setor na cidade foi de aproximadamente R\$ 186,0 milhões nesse período já que a alíquota desse imposto no Recife é de 5% da receita dos estabelecimentos. Evidentemente que essa informação deve ser considerada como uma aproximação já que a complexidade da legislação, dos processos administrativos e do próprio sistema de arrecadação, além da evasão fiscal, levam a imprecisões na base de cálculo do imposto ou contribuição. Uma outra informação relevante com relação ao Recife diz respeito aos dados do SUS (DATASUS) que registram na rede credenciada pelo sistema no Recife, 44 hospitais com 7.063 leitos, sendo 25 hospitais privados que abrigam cerca de 43% dos leitos, 15 hospitais públicos com 38,5% dos leitos e o restante, 18,5%, se enquadra na categoria de hospitais universitários.

---

<sup>8</sup> Instituto de Planejamento de Pernambuco (CONDEPE)

<sup>9</sup> Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ministério do Planejamento

## **A formulação do problema**

O problema central que se levanta é: qual a contribuição da prestação de serviços de saúde no Recife, um dos mais importantes Pólos nacionais, para o desenvolvimento local no campo de trabalho como gerador de emprego e renda e no que se refere aos aspectos qualitativos e quantitativos, dinamizadores dos diversos elos da cadeia produtiva desse segmento.

Formula-se então a seguinte questão: quais os fatores mais relevantes que impulsionaram o desenvolvimento dos serviços de saúde em Recife e, nesse sentido, quais os principais impactos sobre a economia local gerados por esse segmento?

Nesse sentido, a partir desse quadro, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

### Objetivo Geral:

Delimitação do setor de serviços de saúde do Recife, identificação da sua estrutura e da sua dinâmica e tendências recentes.

### Objetivos Específicos:

1. Delimitação e exame dos serviços privados de saúde no Recife;
2. Análise da sua estrutura, dinâmica e tendências recentes mais relevantes;
3. Identificação das suas interrelações e das funções na economia local ressaltando-se a geração de mão-de-obra, o nível de remuneração e a quantidade de estabelecimentos, leitos e equipamentos de forma comparativa a outros centros nacionais selecionados.

Vale a pena ressaltar que, embora se reconheça o importante papel que tem o setor público na área da saúde, a escolha por estudar o setor privado deve-se às dificuldades com relação aos dados sobre a saúde pública, principalmente no que se refere ao pessoal ocupado e as informações sobre rendimento.

## **Estrutura do Trabalho**

O trabalho que se segue compõe-se de cinco capítulos, além desta introdução. O primeiro capítulo faz uma sucinta caracterização do setor terciário situando os serviços de saúde, objeto principal dessa pesquisa, nesse contexto; o segundo caracteriza em uma perspectiva geral os serviços de saúde, destacando sua evolução recente no País, com a finalidade de mostrar o contexto no qual os serviços médicos e os Pólos existentes nos grandes aglomerados urbanos surgiram e se desenvolveram; o terceiro capítulo analisa as relações e estrutura do Pólo Médico enfatizando principalmente as relações mais relevantes do seu núcleo com os elos complementares; o quarto capítulo, procura apresentar a evolução recente do Pólo Médico do Recife, destacando-se a geração de emprego e renda de forma comparativa a outras regiões e finalmente o quinto e último capítulo apresenta as considerações finais sobre o estudo.

## **1. Breve caracterização do setor terciário**

O presente capítulo tem como objetivo uma breve caracterização do setor terciário, destacando algumas explicações mais relevantes sobre sua evolução e a estrutura do conjunto de atividades que formam esse setor, dentre as quais, estão os serviços de saúde, objeto desse estudo. Ressalta-se ainda, que além da estrutura são relacionadas aqui algumas classificações adotadas para as atividades terciárias, com o objetivo de ter-se uma base para uma melhor análise dos segmentos ora estudados.

É importante destacar que nesse capítulo não se pretende fazer uma pesquisa exaustiva sobre o terciário, mas apresentar um levantamento sumário que possa ajudar na análise do objeto principal desse trabalho. Pela quase ausência de conhecimento e literatura específica sobre o setor, tanto da perspectiva empírica como teórica, os conceitos aqui relatados, algumas vezes, apresentam mais de um tipo de abordagem e de explicações.

### **1.1. Evolução**

De acordo com informações do IBGE o setor terciário representa hoje aproximadamente 60% do PIB Brasileiro e é responsável pela maior parte da renda e do emprego gerado no País. É notório que esse fato se repete em quase todas as economias. A produção científica que trata das razões do crescimento do setor terciário apresenta várias explicações a respeito. Quando o foco é dado sobre as economias menos industrializadas, por exemplo, destacam-se, pelo menos, três interpretações<sup>10</sup>:

- a) a primeira, fundamentalmente baseada na elasticidade-renda
- b) a segunda, baseada nos ganhos de produtividade
- c) a terceira, utilizando como explicação a associação dos serviços às atividades industriais.

Com relação à primeira interpretação, a explicação é dada através da elasticidade-renda nos serviços que é maior que o valor unitário, ou seja, a

---

<sup>10</sup> Baseado nas interpretações de A.S. Bhalla (1973)

demanda por esse setor cresce mais intensamente que a renda gerada na economia em seu conjunto. A esse respeito alguns autores fazem referência à operação da lei de Engel, segundo a qual do aumento da renda da população resulta um crescimento diferenciado da demanda de determinados bens e serviços. Esse crescimento diferenciado da demanda em relação à renda, determinaria uma classificação de bens e serviços *inferiores e superiores*. Nesse sentido a maioria dos serviços seria classificada como bens superiores devido à sua crescente participação no total da renda gerada.

A segunda explicação está relacionada com a produtividade do setor terciário. Em praticamente todos os segmentos desse setor registram-se grandes dificuldades em ganhos de produtividade. Nesse sentido, tal setor caracteriza-se pelo uso intensivo de mão-de-obra, o que explicaria sua forte participação na geração de emprego e na renda gerada pela economia.

E finalmente a última interpretação destacada nesse capítulo, traz como explicação para o crescimento do terciário, o fato de que as atividades desse setor estão profundamente relacionadas com o setor secundário, ou seja, com as atividades industriais. Nesse sentido os especialistas destacam que os serviços refletem a externalização de atividades tradicionais antes realizadas nas próprias indústrias, ou seja, um conjunto muito complexo de serviços que integravam a sua estrutura produtiva. Esse processo evoluiu rapidamente devido as inovações tecnológicas e a generalização de seus usos no sistema produtivo. Ressalta-se ainda que estariam na base desse processo também as constantes especializações do setor de serviços somadas à maior concorrência decorrente do advento da globalização e abertura das economias.

É importante ressaltar que esses e outros tipos de interpretações do mesmo gênero não levam em conta as especificidades históricas das economias analisadas, distinguindo-se radicalmente de alguns especialistas que concentram sua interpretação na análise da estrutura e no comportamento do setor, a partir de sua realidade histórica, específica de fases pelas quais passou determinada economia<sup>11</sup>. Neste particular, é importante fazer a

---

<sup>11</sup> FACEPE – Fundação de Amparo a Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco

distinção entre as duas abordagens, a primeira mais abstrata e predominantemente voltada para as economias desenvolvidas e a segunda, mais histórica, voltada para as economias subdesenvolvidas ou em desenvolvimento. Com relação à primeira, a expansão do terciário está relacionada ao aumento da riqueza e da renda que determina o aumento da participação dos serviços na geração da renda e do emprego, ou seja, o maior grau de desenvolvimento, por si, estimularia o crescimento mais que proporcional de um terciário moderno e complexo, no caso dos países industrializados. A respeito da segunda explicação, o crescimento dos serviços estaria relacionado predominantemente com a proliferação de um conjunto de atividades tradicionais, com um nível de produtividade baixo, resultado das características e determinantes estruturais da formação dessas economias. Essa estrutura traz consigo a incapacidade da indústria e da agricultura de empregar, restando assim as atividades tradicionais de serviços como única possibilidade de ocupação de amplos setores da população, desenhando um quadro de baixa qualificação da mão-de-obra, subemprego e exclusão social.

No caso específico do Brasil, País industrializado e em desenvolvimento, a realidade dos serviços registra aspectos aparentemente contraditórios, como o surgimento de um *terciário informal*, relacionado ao que diversos autores citam como “refúgio, em grande parte, de pessoas que não conseguem emprego no setor formal” (GUIMARÃES NETO, 2003, p. 40), e o *terciário moderno*, caracterizado pelo desenvolvimento de instrumentos de gestão mais aperfeiçoados inseridos em um ambiente de intensa competição determinada pela abertura econômica. Estas características estão presentes principalmente em atividades ligadas ao sistema financeiro, **aos serviços de saúde**, ao varejo moderno, a ciência e tecnologia, a informática, logística, entre outras. Em países como o Brasil estariam presentes estímulos associados ao (i) crescimento e forma de distribuição de renda da população sobre os serviços; (ii) um intenso processo de modernização que seguiria o que ocorre nas demais economias desenvolvidas; (iii) informalidade. Vale salientar que ainda que possuam fortes diferenças no que se refere à qualificação dos serviços prestados, tanto na parte informal como na mais moderna, os serviços são citados por diversos autores como portadoras de um caráter *intangível* e *não*

*estocável*, principalmente quando se faz uma relação ao aspecto concreto, tangível e passível de ser guardado sob a forma de estoque dos bens ou mercadorias produzidas pela agropecuária e pela atividade industrial.

O que é importante destacar no setor terciário é a sua complexidade, uma vez que compreende uma significativa diversificação de serviços. Para melhor compreensão dessa complexidade, no próximo item serão destacadas as classificações mais relevantes relacionadas a estrutura desse setor.

## **1.2. Estrutura e Classificação**

No estudo realizado sob a coordenação de Hildete Pereira Melo em 1997 sobre os serviços no Nordeste, os autores baseados em conceitos de Browning e Singelmann (1978) apresentaram algumas considerações sobre a estrutura e a classificação do setor terciário. A primeira divisão da estrutura do setor traz, de um lado, os serviços vinculados a atividade produtiva e, no outro extremo, os serviços ligados diretamente ao consumo final ou imprescindíveis à reprodução das condições sociais e de sobrevivência da população.

A vinculação com a produção seria representada pelas atividades que contribuem para a reprodução do capital e das condições imediatas de produção e da vida econômica, ou seja, serviços mais diretamente ligados a distribuição das mercadorias e os serviços de apoio direto às unidades de produção ou ao processo produtivo em si, mesmo que esses não fossem os mais tradicionais como agropecuária e indústria, mas sim os próprios serviços. No caso dos serviços voltados para a reprodução social, destacam-se os de atendimento ao consumidor, ou seja, os serviços pessoais, e ainda aqueles mais abrangentes desenvolvidos a partir de organizações governamentais voltadas principalmente para educação, saúde e segurança.

Evidentemente que essa primeira estrutura citada anteriormente é bastante restrita principalmente quando se leva em consideração o surgimento de novas atividades dentro do setor e a evolução tecnológica inserida nesse processo. Dessa forma alguns segmentos enquadrar-se-iam nas duas estruturas apresentadas ao mesmo tempo, pois poderiam prestar serviços as

empresas, à população ou aos domicílios. Os serviços de reparação e conservação, por exemplo, podem ser prestados às famílias ou nos domicílios ou nas empresas, ou seja, são serviços de atendimento à população e também de apoio ao processo produtivo.

Observando-se essas considerações entre outras críticas citadas no estudo, os autores apresentaram uma versão para classificação dos serviços da seguinte forma:

- i. Serviços distributivos: transporte, armazenamento, comunicação, comércio atacado e varejo;
- ii. Serviços ao produtor: serviços bancários, financeiros, seguros, serviços imobiliários, de arquitetura, engenharia, auditoria, contabilidade, etc;
- iii. Serviços sociais: administração pública, saúde, educação, previdência, serviços religiosos, serviços postais, outros serviços governamentais;
- iv. Serviços pessoais: domésticos, reparação, higiene, beleza, alimentação, hospedagem, diversão, etc.

De acordo com essa classificação os serviços de saúde estão inseridos no terceiro item denominado de serviços sociais. Nesse referido trabalho foi desenvolvida ainda uma proposta de compatibilizar as classificações adotadas em algumas pesquisas oficiais – PNAD<sup>12</sup>, PME<sup>13</sup> e nas estimativas do produto interno – de forma que os serviços de saúde foram desdobrados em duas subclassificações sendo uma na esfera pública e outra na esfera privada, ressaltando-se que as duas continuam inseridas nos serviços sociais como se destaca na classificação abaixo:

➤ **Serviços Sociais**

- Administração pública propriamente dita
  - ◆ Legislativo, justiça e atividades auxiliares
  - ◆ Administração federal, estadual e municipal
  - ◆ Administração de autarquias

---

<sup>12</sup> PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

<sup>13</sup> PME – Pesquisa Mensal de Emprego

- ◆ Exército, marinha e aeronáutica
- ◆ Polícia civil, militar e corpo de bombeiros
- Serviços sociais públicos
  - ◆ Previdência social
  - ◆ **Serviços médicos públicos**
  - ◆ Serviços de ensino público
- Serviços sociais privados
  - ◆ **Serviços médicos particulares**
  - ◆ Serviços de ensino particular
- Serviços comunitários
  - ◆ Assistência beneficente
  - ◆ Sindicato e associações de classe
  - ◆ Instituições científicas, tecnológicas, filosóficas e culturais
  - ◆ Cultos e atividades auxiliares
  - ◆ Entidades recreativas
  - ◆ Organizações, cívicas, políticas
  - ◆ Limpeza pública

Assinala-se que ao se estabelecer um tratamento de cadeia produtiva, os serviços de saúde definem um corte vertical nesta classificação, abrangendo diferentes atividades produtoras de bens e de serviços, contudo, antes de analisar os serviços de saúde nessa perspectiva, o próximo capítulo apresentará as principais características do funcionamento e das transformações desse setor no Brasil. Este conhecimento é imprescindível, como já se assinalou, para a compreensão do que ocorreu, nos últimos anos, nos serviços médicos e na sua cadeia produtiva, no Recife.

## **2. Caracterização dos serviços de saúde no Brasil**

Pelo fato dessa dissertação ter como principal objetivo analisar o setor de saúde privado no Recife é importante abordar nesse capítulo como se caracteriza a prática dessa parte dos serviços de saúde no Brasil.

Em 2001 a Universidade Estadual de Campinas realizou um estudo intitulado Brasil: radiografia da saúde<sup>14</sup>. Entre outros temas relevantes, a pesquisa traz, na parte introdutória, algumas considerações importantes que vão ser destacadas nesse capítulo com o objetivo de caracterizar melhor a estrutura pública e privada do serviço de saúde no Brasil, citadas no capítulo anterior. Será apresentada, ainda, a dinâmica organizacional recente desses serviços no País, analisando-se as características do mercado desse setor, ressaltando-se nesse contexto a participação do Estado e também da iniciativa privada na formação do atual modelo adotado no Brasil.

### **2.1. Concepção**

Na introdução do estudo citado anteriormente os autores ressaltam que existem basicamente duas hipóteses para o funcionamento de um eficiente sistema de saúde em sociedades capitalistas. A primeira seria viabilizada através de um modelo de mercado privado, ou seja, os serviços são comercializados com qualidade e preços acessíveis a todos os usuários. A segunda hipótese é o financiamento através de recursos tributários estáveis, com a prestação dos serviços, realizada por uma rede pública de qualidade. No entanto, atualmente, essas duas formas são encontradas apenas em alguns países desenvolvidos principalmente na Europa e na América do Norte. No caso brasileiro o atual modelo não se assemelha com nenhuma das duas hipóteses citadas, trata-se como será visto, posteriormente, de um sistema público que não garante a universalização e qualidade dos serviços e, nesse sentido, foi complementado pela iniciativa privada que supre em sua grande maioria, apenas a demanda das classes sociais de maior renda, através da

---

<sup>14</sup> Organizado por Barjas Negri e Geraldo Di Giovanni e realizado pelo Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas

transformação dos serviços médicos em uma mercadoria submetida às regras de produção.

A origem desse processo decorre da presença do Estado em meados dos anos 70, como provedor da ampliação da demanda aos serviços e produtos de saúde, utilizando-se, como base, a contratação da rede privada. Além de financiar os serviços, o Estado ainda apoiava investimentos em empreendimentos capitalistas no setor. Nessa fase, especialistas em saúde criticavam o modelo ora apresentado e sugeriam que o foco público deveria ser na promoção de saúde e prevenção de doenças, destacando-se aí a regionalização, hierarquização e forte capacidade resolutiva dos serviços médicos. Dessa forma, seria garantida a universalização do direito à saúde, ou seja, o Estado deveria atuar no controle e regulação do setor garantindo assim um financiamento e uma formação de preços eficientes nessa área.

A partir da compreensão desse processo, a Constituição Federal de 1988 dedicou alguns capítulos a esse respeito que culminaram em avanços significativos nas políticas públicas que regiam o citado modelo. Porém esses avanços não impediram o surgimento de um novo processo que os autores chamaram de mercantilização da saúde, principalmente a partir dos anos 90. Esse recente processo tem como principais características o financiamento e a distribuição de tipo capitalista, ou seja, no lugar do Estado presente como provedor no modelo anterior, aqui o setor privado vai criando independência através de novas fontes de financiamento, destacando-se, entre elas, os seguros de saúde privados, e da produção de serviços caracterizados pela acumulação de capital e multiplicação do número de empresas privadas nessa área em todo o País.

Além das características citadas no parágrafo anterior é importante ressaltar ainda nesse novo modelo, a descentralização do sistema de saúde em direção à municipalização, a forte presença de empresas estrangeiras na oferta de matéria-prima, insumos e produtos médicos e ainda a deterioração dos mecanismos públicos de financiamento. Com relação a esse último aspecto, a Emenda Constitucional, nº 29, de agosto de 2000 já trouxe alguns benefícios ao definir a vinculação de recursos mínimos para saúde onde os

estados e municípios iniciaram nesse período com um piso de 7% da receita vinculadas para saúde e deverão chegar ao presente ano (2004) em 12% e 15% respectivamente.

Esse movimento de mercantilização da saúde também está diretamente relacionado às diretrizes governamentais implantadas a partir do início da década de 90, que têm como base uma política econômica bastante austera e centrada em reformas liberalizantes e desregulamentadoras, focadas na estabilidade de preços. Esse conjunto de ações inviabilizou ou pelo menos reduziu bastante, o uso de uma política social forte, lastreada com recursos fiscais estáveis, garantindo assim uma remuneração adequada dos serviços públicos e o financiamento da manutenção e investimentos das instituições públicas. A incompatibilidade entre a citada política econômica e a política social, ocasionou a precarização nas condições de oferta pública de serviços tendo com uma das principais áreas afetadas da saúde. É nesse contexto que surge uma nova dinâmica nos serviços de saúde privados, baseada em uma cadeia produtiva bastante extensa, que envolve desde do atendimento hospitalar e ambulatorial, até as articulações industriais e comerciais voltadas para o setor.

Não obstante esta nova dinâmica baseada nos serviços privados de saúde, são diversas as propostas e tentativas de políticas específicas para estruturação da saúde pública, atendendo as necessidades da população, para viabilização do equacionamento financeiro-tributário do setor, e para regulamentação dos planos e seguros privados. Destaca-se nesse sentido que a adoção de políticas pode trazer importantes ganhos, não apenas na saúde nacional, mas também na dinamização dos diversos elos da cadeia dos serviços médicos, desenvolvendo o ambiente relacionado a esses serviços através de um modelo que articula a regulação do Estado e a dinâmica do Mercado.

## **2.2. Caracterização da demanda e do mercado**

Como já foi destacado no início desse capítulo, considerando-se a hipótese de existirem duas formas básicas de prestação de serviços de saúde,

nas quais as principais características são, a saúde baseada em um produto de qualidade e preço acessível, ou prestada através de um serviço público eficiente e equilibrado financeiramente, verifica-se que nenhuma das duas formas se tornou realidade plenamente no Brasil. Nesse sentido pode-se dizer, de forma simplificada, que nos anos recentes concretizaram-se no Brasil dois modelos de serviços de saúde, sendo o primeiro viabilizado através do SUS – Sistema Único de Saúde -, ou seja, um sistema público que apresenta uma série de deficiências já relatadas anteriormente, e o segundo utiliza-se de uma rede privada denominada de Assistência Médica Suplementar que basicamente é financiada através de planos e seguros privados.

No que se refere aos usuários dos dois modelos citados anteriormente, fica evidente que não se trata de uma questão optativa, ou seja, o que define a utilização de uma ou outra forma de atendimento, é a condição sócio-econômica do paciente. A esse respeito, o citado estudo da Unicamp traz no capítulo elaborado por Lígia Bahia<sup>15</sup> algumas informações sobre o perfil dos usuários do sistema brasileiro e sobre o comportamento recente do mercado privado de atendimento médico.

Inicialmente destaca-se que, de acordo com informações levantadas pela autora em 1998, a demanda por assistência médica no Brasil era dividida nas duas categorias citadas anteriormente, da seguinte forma: cerca de 42 milhões de pessoas utilizavam a Assistência Médica Suplementar, o que correspondia na época a 27% da população brasileira e aproximadamente 73%, ou seja, 115 milhões de brasileiros utilizavam os serviços do SUS. De acordo com informações de especialistas da área de saúde entrevistados para elaboração desse TCM<sup>16</sup>, atualmente o percentual da população brasileira que utiliza assistência médica suplementar, continua semelhante ao de 1998 citado anteriormente, ou seja, compreendendo aproximadamente 48 milhões de vidas, como se costuma chamar os clientes dos planos e seguros de saúde.

No que se refere à assistência suplementar que financia o setor de saúde privado, principal objeto desse TCM, a pesquisa indica uma

---

<sup>15</sup> “O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendência pós-regulamentação”

<sup>16</sup> TCM – Trabalho de Conclusão de Mestrado

segmentação dentro dessa própria categoria que está diretamente ligada às formas de inserção no mercado de trabalho. Nessa segmentação se destacam os planos e seguros coletivos, conhecidos como planos empresariais que abrangem cerca de 75% dos segurados. Deve-se levar em consideração, contudo, que a participação nos planos coletivos é bem maior nas grandes empresas em detrimento das pequenas, sendo que essa diferença se torna ainda maior quando se observam as disparidades regionais no Brasil para empresas do mesmo porte. A viabilidade e o crescimento dos planos coletivos é proveniente em grande parte da legislação vigente que considera essas despesas como gastos operacionais, e permite o desconto de parte das parcelas nos salários dos empregados, diminuindo o lucro tributável das empresas, somando-se ainda a dedução fiscal para os empregados, via abatimento das despesas médicas no Imposto de Renda da Pessoa Física.

Atualmente, estima-se que existam em torno de 1.430 empresas de planos e seguros de saúde no Brasil, distribuídas em diversas categorias. Uma primeira categoria são os planos das próprias empresas, conhecidos como os planos de auto-gestão viabilizados através de entidades paralelas às empresas (previdência fechada, sindicatos, associações), ou mesmo através de departamentos dentro da própria empresa. Um outro formato vem das empresas de medicina de grupo, que surgiu e desenvolveu-se nos anos 60, no ABC Paulista, em virtude da precariedade dos serviços públicos na região, e dos altos preços da medicina particular. A precariedade dos serviços públicos na região levou alguns médicos a se organizarem para atender à demanda crescente, provocada especialmente pelo **boom** industrial, criando uma opção intermediária e alternativa, capaz de oferecer serviços de alto nível profissional e técnico, em sistema de pré-pagamento para o atendimento à saúde daquela população de trabalhadores. O seu objetivo é atender basicamente as necessidades de assistência médico-hospitalar, mediante o sistema de "convênio-empresa".

Um terceiro tipo são as cooperativas médicas que, como o próprio nome já diz, surgiram como associações cooperativistas, e aos poucos foram se ampliando e se disseminando pelo País, adquirindo assim características de grupos empresariais, confirmando as tendências já mencionadas anteriormente

de privatização do setor de saúde. As seguradoras aparecem como quarto tipo de organização e destacaram-se, inicialmente, pela força com que entraram nesse mercado, lastreadas principalmente pelas instituições financeiras que perceberam aí uma boa alternativa de investimento. Ressalta-se que nesse último tipo, existe a presença de um oligopólio, onde segundo a Susep<sup>17</sup>, apenas duas empresas controlavam 60% do volume de prêmios de seguro saúde em 1998 nessa categoria. Por fim existe um grupo que não é usuário dos seguros ou planos citados anteriormente, mas ainda assim, são usuários dos serviços de saúde privada, ou seja, são os clientes particulares que pagam diretamente suas consultas e tratamentos. Esse estrato é constituído pela parcela mais rica da população e evidentemente de proporção bem reduzida.

Para atender essa demanda, diferenciada e heterogênea, a infraestrutura no Brasil está dividida basicamente em três formas:

- a) rede pública – formada por postos e centros de saúde, clínicas, hospitais públicos, unidades mistas e envolve as esferas federal, estadual e municipal;
- b) rede privada – composta por empresas com fins lucrativos voltados para os diferentes tipos de atendimento (hospitais, clínicas, consultórios, laboratórios, etc.) e por profissionais independentes (pessoas físicas);
- c) rede filantrópica – constituída de hospitais beneficentes e hospitais universitários.

É no interior das transformações, citadas nesse capítulo, que deve ser compreendido o Pólo Médico do Recife e dos outros centros urbanos mais importantes, em todo o Brasil. A partir dessa contextualização é possível apresentar, no próximo capítulo, a estrutura e as relações existentes entre os vários agentes que compõem esse setor.

---

<sup>17</sup> SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

### 3. Pólo médico do Recife: estrutura e relações

Após a contextualização feita no capítulo anterior, desce-se agora ao Pólo Médico do Recife e para tanto se faz necessário algumas considerações sobre o conceito de Pólo. A esse respeito uma das principais contribuições foi a de François Perroux destacando que “o fato, rude mas verdadeiro, é o seguinte: o crescimento não aparece simultaneamente em toda parte. Ao contrário, manifesta-se em pontos ou pólos de crescimento, com intensidades variáveis, expande-se por diversos canais e com efeitos finais variáveis sobre toda a economia”. Ainda sobre o conceito, Perroux descreveu pólo como sendo “um conjunto de unidades motrizes que criam efeitos de encadeamento sobre outros conjuntos definidos no espaço econômico e geográfico”. A partir dessas citações percebe-se que além de uma interpretação mais simplista de uma ação espontânea e geograficamente concentrada, o conceito de pólo adotado por Perroux expressa em termos de espaço econômico, ou seja, fundamentalmente em um sentido funcional e produtivo.

Além do destaque anterior sobre o conceito de pólo, ressalta-se que a análise dos serviços de saúde feita nesse capítulo utilizará também como base conceitual mais recente a abordagem de aglomeração ou *cluster* que não está apenas lastreada em uma concentração espacial ou geográfica, mas que parte da existência de uma cadeia de valor fragmentada, ou seja, na qual vários agentes, através de uma divisão de trabalho, conseguem suprir a demanda por um produto ou serviço. Atualmente esse conceito traz consigo características como cooperação, circulação da informação além de uma concorrência construtiva que favorece aos processos de melhoria do produto. Ressalta-se também nesse contexto a presença de uma intensa articulação entre os agentes públicos e privados no sentido de melhorias no funcionamento da cadeia. Evidentemente que esse padrão de funcionamento não é facilmente encontrado na maioria das aglomerações produtivas, mas o esforço para viabilizá-los é de fundamental importância para o sucesso dos agentes neles inseridos (Amorim, 1998).

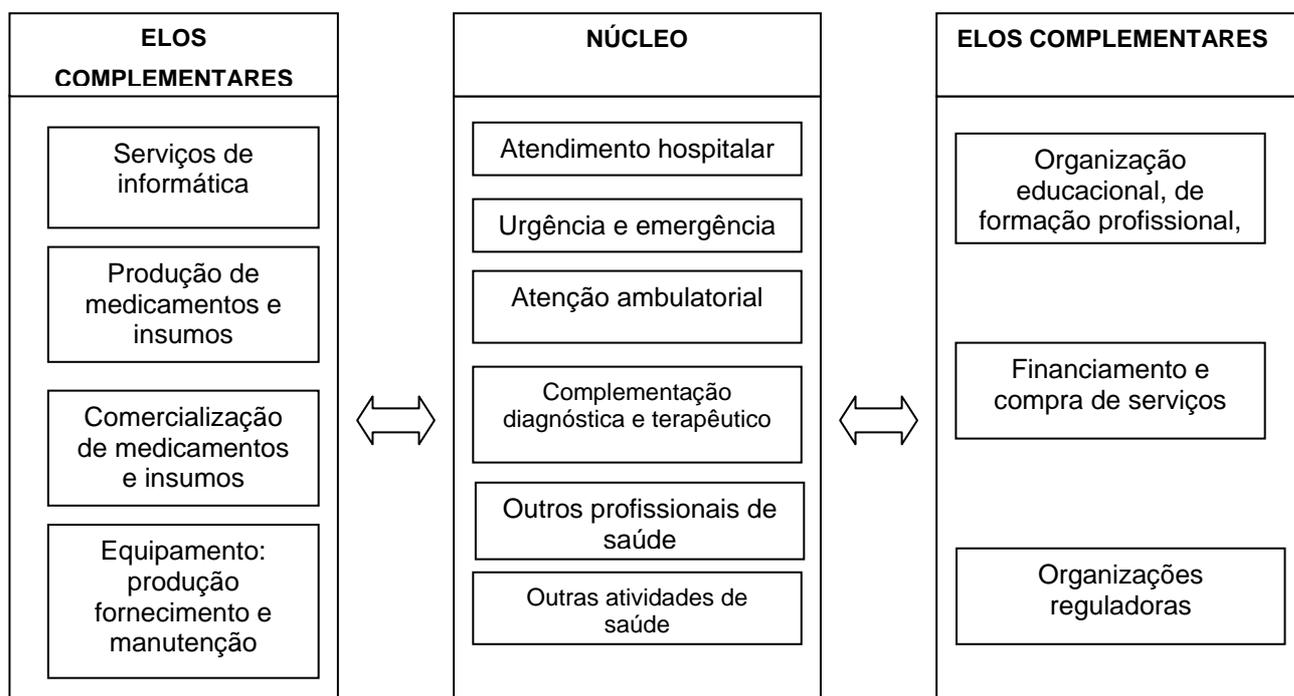
Ainda a esse respeito, destaca-se que em recentes trabalhos sobre os serviços de saúde do Recife, assim como nas entrevistas realizadas para esse trabalho, evidenciaram a ausência de algumas das características presentes nas definições de aglomeração ou *cluster* como, por exemplo, a inexistência de uma maior articulação entre os elos que compõem a cadeia produtiva, ou mesmo, o apoio governamental que se resume a um forte controle na tributação do segmento, além da pequena produção e circulação de informações entre os atores diretamente envolvidos nesse serviço. Dessa forma, o que se percebe mais claramente, é que o Pólo Médico do Recife constitui um *cluster* em formação, mas com um grande potencial para completar as demais etapas de sua concepção.

A partir dessa constatação e para uma melhor compreensão e análise do Pólo Médico da capital pernambucana, ao qual comumente se faz referência, serão apresentadas a seguir, informações sobre a composição da cadeia produtiva que envolve esses serviços, destacando-se a sua estrutura e as relações estabelecidas entre as atividades nela inseridas. Como já foi ressaltado anteriormente, dentro dos objetivos específicos desse trabalho, a demanda por mão-de-obra especializada e o fornecimento de insumos e matérias-primas, são os principais focos aqui estudados como dinamizadores da economia local. Nesse sentido o presente capítulo traz sua análise dividida da seguinte forma: uma primeira parte referente ao núcleo do Pólo onde estão inseridas as principais instituições do setor, uma segunda que traz as características dos fornecedores de insumos e matérias-primas, e, por fim, na última parte, são destacadas as instituições de apoio e os demais elos da cadeia, como pode ser verificado no **Diagrama 1** que apresenta a composição e funcionamento dessas partes.

Além dessa descrição estrutural, serão apresentadas informações sobre a importância relativa do Pólo Médico do Recife, feita de forma mais geral, mas que será em seguida analisada de maneira mais detalhada no quarto capítulo.

## DIAGRAMA 1

### PÓLO MÉDICO: ESTRUTURA E RELAÇÕES



Elaboração: Guimarães Neto, Sales e Guimarães, 2004.

O detalhamento descrito nesse capítulo teve como base as classificações de atividades econômicas utilizadas pelo IBGE, que servem de referência para pesquisas acadêmicas, para base de dados de registros administrativos, como no caso da RAIS do Ministério do Trabalho e Emprego, ou ainda, para o recolhimento de encargos e impostos que serão utilizados no próximo capítulo com o objetivo de uma análise mais quantitativa das atividades inseridas no Pólo.

Antes de iniciar uma análise mais detalhada das partes citadas anteriormente é importante considerar algumas informações apresentadas no levantamento feito pelo IBGE, contidas na publicação “Estatísticas de Saúde – Assistência Médico-Sanitária”, referentes a 2002, publicada em 2003. Com base nesse levantamento pode-se ter uma dimensão da concentração dos serviços médicos pernambucanos presentes na capital além de evidenciar em termos relativos a importância desse Pólo no contexto nacional.

As informações da citada publicação referem-se a postos de saúde, centros de saúde, clínicas ou postos de assistência médica, prontos-socorros, unidades mistas, hospitais, unidades de complementação diagnóstica e terapêutica, clínicas radiológicas, clínicas de reabilitação e clínicas de odontologia. Isto significa dizer que não foram considerados consultórios médicos ou dentários, ambulatórios médicos ou gabinetes dentários da rede escolar e de empresas, laboratórios de análises clínicas que prestam serviços exclusivos de análise clínica, etc.

Pelo fato do presente TCM focar sua análise na parte paga ou mercantil do setor de saúde na cidade do Recife, a primeira informação relevante da pesquisa do IBGE diz respeito à composição do número de estabelecimentos divididos na esfera pública e privada. De acordo com as informações apresentadas na **Tabela 3.1**, apesar de que no Estado de Pernambuco ainda exista uma predominância de estabelecimentos pertencentes ao setor público, o mesmo não ocorre com relação à Região Metropolitana e a capital do Estado. De fato, enquanto em Pernambuco, cerca de 66% dos estabelecimentos são públicos, na Região Metropolitana esse percentual cai para 41,6%, com os privados alcançando a marca de 58,4%. Quando se concentra o foco na cidade do Recife esta proporção é bem maior, ou seja, do total de estabelecimentos, cerca de 78% são privados. É, portanto, na cidade do Recife que se concentra grande parte da oferta de serviços de saúde oferecida pelos estabelecimentos privados. Confirmando-se essa predominância de serviços de saúde privados na cidade do Recife, o levantamento do IBGE revela ainda que do total de leitos hospitalares da capital, aproximadamente 55,8% pertencem à rede privada e 44,2% à rede pública.

**Tabela 3.1 - Pernambuco, RMR e Recife: Estabelecimentos de Saúde por Área de Atuação - 2002**

Descrição	Pernambuco		
	Total	RMR	Recife
	Valores Absolutos		
Público	2.008	469	137
Privado	1.027	659	484
<b>Total</b>	<b>3.035</b>	<b>1.128</b>	<b>621</b>
	Valores Relativos		
Público	66,2	41,6	22,1
Privado	33,8	58,4	77,9
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IBGE - Estatísticas da Saúde - 2002

As informações sobre os equipamentos disponíveis nos estabelecimentos de saúde reforçam as constatações apresentadas anteriormente de concentração na cidade do Recife. De fato, os dados da **Tabela 3.2** revelam que grande parte dos equipamentos instalados em Pernambuco encontra-se na capital do Estado. Entre eles destacam-se o mamógrafo com estereotaxia, o raio-x para desintometria óssea, e a ressonância magnética que tem mais de 70% dos equipamentos instalados em Recife. Ênfase deve ser dada, ainda, para aos equipamentos de hemodiálise que estão concentrados em cerca de 78% do total na capital do Estado.

**Tabela 3.2 - Pernambuco, RMR, Recife: Número de Equipamentos Existentes em Estabelecimentos de Saúde, por Tipo de Equipamento - 2002**

Descrição	Pernambuco		
	Total	RMR	Recife
<u>Valores Absolutos</u>			
Mamógrafo com comando simples	63	45	40
Mamógrafo com estereotaxia	19	15	14
Raio X para densitometria óssea	29	22	21
Tomógrafo	34	24	22
Ressonância magnética	14	12	12
Ultra-som doppler colorido	149	111	100
Eletrocardiógrafo	645	408	326
Eletroencefalógrafo	47	34	31
Equipamento de hemodiálise	554	432	432
Raio X até 100mA	197	107	83
Raio X de 100 a 500mA	222	136	113
Raio X mais de 500mA	90	60	51
<u>Valores Relativos</u>			
Mamógrafo com comando simples	100,0	71,4	63,5
Mamógrafo com estereotaxia	100,0	78,9	73,7
Raio X para densitometria óssea	100,0	75,9	72,4
Tomógrafo	100,0	70,6	64,7
Ressonância magnética	100,0	85,7	85,7
Ultra-som doppler colorido	100,0	74,5	67,1
Eletrocardiógrafo	100,0	63,3	50,5
Eletroencefalógrafo	100,0	72,3	66,0
Equipamento de hemodiálise	100,0	78,0	78,0
Raio X até 100mA	100,0	54,3	42,1
Raio X de 100 a 500mA	100,0	61,3	50,9
Raio X mais de 500mA	100,0	66,7	56,7

**Fonte: IBGE - Estatísticas da Saúde – 2002**

Essa mesma informação relativa à quantidade de equipamentos médicos instalados no Recife pode ser utilizada para dimensionar a importância do Pólo Médico da capital pernambucana no contexto nacional. Para tanto se utilizou como referência comparativa os mesmos dados relativos às duas outras capitais mais importantes da Região Nordeste, no caso, Fortaleza e Salvador, assim como informações referentes à maior cidade do País - São Paulo - e ao País como um todo. Em termos absolutos não é possível fazer nenhum tipo de comparação, dessa forma na **Tabela 3.3** as informações são apresentadas de forma relativa, ou seja, dividiu-se a quantidade de equipamentos para cada grupo de 100.000 habitantes.

Logo de início, percebe-se nitidamente que a capital pernambucana tem uma proporção mais elevada em praticamente todos os equipamentos relacionados na pesquisa e destacados em negrito na referida tabela. Quando se examina de forma mais detalhada por tipo de equipamento, nota-se que a

proporção calculada para o Recife é superior aos números de Fortaleza e do Brasil em todos os itens. Chama atenção também que na comparação com Salvador, exceto o eletroencefalógrafo em todos os outros equipamentos, o Recife tem números relativos superiores. Mesmo quando se compara com a maior cidade do País os números indicam que os equipamentos instalados na capital pernambucana relativamente a sua população perde para São Paulo apenas na quantidade de tomógrafos e de raio X até 100mA.

**Tabela 3.3 – Equipamentos médicos por tipo a cada 100.000 habitantes para o Brasil e Estados e cidades selecionadas - 2002**

Equipamentos	BR	Estados				Capitais			
		SP	CE	PE	BA	SPO	FOR	REC	SAV
Mamógrafo com com. Simples	1,08	1,48	0,43	0,78	0,71	1,83	0,90	<b>2,76</b>	1,90
Mamógrafo com estereo-taxia	0,35	0,38	0,18	0,24	0,22	0,50	0,50	<b>0,97</b>	0,60
Raio X para densitomet. Óssea	0,53	0,83	0,38	0,36	0,18	1,27	1,08	<b>1,45</b>	0,48
Tomógrafo	0,93	1,27	0,55	0,42	0,41	<b>1,56</b>	1,40	1,52	1,39
Ressonância magnética	0,25	0,34	0,13	0,17	0,12	0,61	0,36	<b>0,83</b>	0,48
Ultra-som doppler colorido	2,66	3,10	1,44	1,84	2,09	4,19	3,47	<b>6,90</b>	6,03
Eletrocardiógrafo	10,18	12,97	6,38	7,98	6,79	14,27	11,40	<b>22,50</b>	15,95
Eletroencefalógrafo	1,33	1,59	0,84	0,58	0,93	1,71	2,07	2,14	<b>2,62</b>
Equipamento de hemodiálise	6,49	7,13	5,02	6,85	3,45	8,83	12,21	<b>29,81</b>	10,75
Raio X até 100mA	3,57	4,81	2,18	2,44	2,71	<b>8,75</b>	3,47	5,73	3,73
Raio X de 100 a 500mA	4,36	5,03	2,23	2,75	3,04	5,50	4,01	<b>7,80</b>	5,28
Raio X mais de 500mA	1,49	1,84	0,84	1,11	0,89	2,26	2,21	<b>3,52</b>	3,02

Fonte: IBGE- Estatística da Saúde e Estimativas Demográficas 2002

Outra informação que revela a importância relativa do Pólo Médico do Recife, refere-se ao número de leitos hospitalares privados<sup>18</sup> da capital pernambucana. Utilizando-se a mesma forma de comparação entre o Recife e as outras cidades e o Brasil, percebe-se que a melhor relação entre quantidade de leitos privados por habitante está em Recife como demonstrado na **Tabela 3.4**, ou seja, a capital pernambucana apresenta uma quantidade de 3,3 leitos por mil habitantes destacados em negrito, enquanto o valor mais próximo a esse é registrado em Salvador com 2,1 leitos por mil habitantes. Para o País como um todo o número é de 1,86 leitos por mil habitantes. Essa relação merece ainda um maior destaque quando se observa que a concentração populacional nas capitais dos Estados selecionados é menor na cidade do Recife, já que a capital pernambucana concentra 17,9% da população do Estado enquanto em Salvador, São Paulo e Fortaleza essa relação é de 18,9%, 27,7% e 28,9% respectivamente. Não é, portanto uma concentração

<sup>18</sup> O uso apenas de leitos privados deve-se ao fato de que o TCM analisa apenas o segmento mercantil dos serviços de saúde.

populacional que poderia justificar a maior participação relativa de leitos na cidade do Recife em relação as outras capitais.

**Tabela 3.4 - Leitos por mil habitantes no Recife, Salvador, Fortaleza, São Paulo e no Brasil - 2002**

Região / Leitos	Leitos Privados	População	Leitos/1.000 hab.
Brasil	324.852	174.632.960	1,86
Ceará	10.206	7.654.535	1,33
Fortaleza	4.365	2.219.837	1,96
Pernambuco	12.282	8.084.667	1,51
Recife	4.903	1.449.135	<b>3,38</b>
Bahia	18.726	13.323.212	1,40
Salvador	5.413	2.520.504	2,14
São Paulo	74.500	38.177.742	1,95
São Paulo	15.488	10.600.060	1,46

**Fonte: IBGE – Estatísticas da Saúde e Estimativas Demográficas 2002**

Ao mesmo tempo em que as informações referentes a quantidade de equipamentos e leitos demonstram um destaque, de forma relativa, para o Pólo Médico do Recife em comparação a outras capitais, esses números preocupam quando se observam recentemente alguns indícios de ociosidade<sup>19</sup> da capacidade instalada desses serviços em Recife. O que se percebe é que os investimentos realizados nessa área foram dimensionados para atender, não só o mercado local, mas também a população residente nas principais cidades próximas à capital pernambucana. Porém, é bastante provável que, o crescimento da oferta de serviços de saúde nos principais centros urbanos próximos ao Recife e a desaceleração econômica ocorrida no final dos anos 90, fato que será analisado no próximo capítulo, afetou a demanda pelos serviços oferecidos no Pólo Médico do Recife.

Após registrar essas informações de forma mais agregada sobre o Pólo Médico do Recife, demonstrando a importância relativa desses serviços quando comparados às duas outras maiores capitais da Região Nordeste, à maior cidade do País, ou mesmo a média nacional, os itens a seguir analisarão de forma mais detalhada a composição e as formas de relacionamento dos diversos elos que compõem a cadeia produtiva dos serviços médicos aqui estudada.

<sup>19</sup> Matérias jornalísticas recentes anunciaram a ociosidade de equipamentos e leitos na saúde privada (suplementar) em Recife, através de declarações de empresários e lideranças do setor, ressaltando inclusive o fechamento de algumas unidades.

### **3.1. O Núcleo do Pólo**

Relativamente ao núcleo da cadeia produtiva, como já foi ressaltado anteriormente, ele estaria formado pelas principais instituições do setor, divididas da seguinte forma:

- I. atividades de atendimento hospitalar – envolvendo os serviços de hospitalização a pacientes internos;
- II. atividades de atendimento de urgência e emergência – compreendem atividades exercidas em prontos-socorros com assistência 24 horas e com leitos de observação;
- III. atividades de atenção ambulatorial – relacionadas a consultas e tratamento médico e odontológico prestados a pacientes externos;
- IV. atividades de serviços de complementação diagnóstica ou terapêutica – relacionadas a laboratórios, serviços de diálise, de hemoterapia, raio-X, quimioterapia, serviços de endoscopia, medicina nuclear e rádio-imunodiagnóstico;
- V. atividades de outros profissionais da área de saúde – realizadas por outros profissionais exceto médicos, como enfermeiras, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e outros similares;
- VI. outras atividades relacionadas com a atenção da saúde – compreendem as terapias alternativas, atividades de acupunturistas, hidroterapeutas, parteiras, além de serviços de ambulância.

Vale a pena assinalar, desde logo, que, como se verá adiante, no núcleo do Pólo estavam registradas, em 2002, cerca de 20.792 pessoas, a maior parte concentrada no atendimento hospitalar.

Em recente estudo realizado pela Universidade Federal de Pernambuco, através do Instituto de Pesquisas Sociais Aplicadas – IPSA, patrocinado pela Financiadora de Estudos e Projetos – FINEP [Lima (Coord.), 2004], foram

realizadas entrevistas nas quatro principais divisões do núcleo do Pólo Médico do Recife (atividade hospitalar, de atenção ambulatorial e de complementação diagnóstica ou terapêutica) citadas anteriormente. É importante ressaltar que o destaque dado a essas atividades pesquisadas é decorrente, como veremos no próximo capítulo, da participação no número de estabelecimentos e na quantidade de empregos gerados no Recife, o que não reduz o grau de importância das demais atividades do núcleo.

No terceiro capítulo da referida publicação foram apresentados resultados obtidos a partir dessas entrevistas, com diversas constatações relacionadas à caracterização das instituições de saúde, as estratégias de atuação, a comercialização, ao suporte financeiro, além de relatar as relações existentes com outros elos da cadeia para aquisição de insumos e serviços. Alguns desses resultados serão utilizados a seguir como base para uma melhor caracterização dessas instituições que compõem o núcleo dos serviços médicos de forma que facilite mais à frente, a análise da parte quantitativa desse TCM.

Com relação às unidades hospitalares, que envolve a prestação de atendimento clínico e cirúrgico, desde os de urgência a procedimentos eletivos em diversas especialidades médicas, o estudo verificou as seguintes características:

- a) Perfil administrativo – a grande maioria das empresas privadas está calcada no empreendedorismo e utiliza políticas de planejamento estratégico e ferramentas modernas de gestão objetivando ganhos de competitividade;
- b) Estratégias de atuação – pelo grau de competitividade do setor as empresas ressaltam a necessidade de constantes atualizações tecnológicas, capacitação de pessoal, atreladas a investimentos em unidades satélites voltadas ao atendimento em bairros mais afastados do espaço, onde se concentra grande parte da atividade, além da criação de instituições ou filiais para atendimento popular. Essas medidas tornam mais abrangente o mercado onde elas estão inseridas e diminuem a dependência dos clientes de classes sociais de renda mais

elevada. Além dessas estratégias destaca-se também o uso de campanhas publicitárias para divulgação dos serviços prestados por esses hospitais;

- c) Recursos humanos – Geralmente a maior parte das empresas tem sua força de trabalho contratada de forma direta, sendo o restante contratado através de cooperativas (caso dos médicos e pessoal de enfermagem) ou sobre outra forma de vínculo. Existe um grau de exigência crescente no que se refere à escolaridade dos empregados, que atualmente nas empresas do setor têm como patamar mínimo o segundo grau completo, mesmo para os menores níveis de especialização na ocupação. Ainda com relação a recursos humanos, verificou-se a necessidade, cada vez maior, de profissionais com capacitação constante em tecnologias avançadas, nos módulos hospitalares de UTI e de cirurgia;

No que se refere à análise dos serviços de complementação diagnóstica e terapêutica que realizam exames laboratoriais de análise clínica, procedimentos por imagem e de pareceres pré-cirúrgicos; verificaram-se as seguintes características:

- a) Perfil administrativo – De forma semelhante às unidades hospitalares em sua maioria as empresas desse segmento utilizam um modelo de gestão empreendedor com claros objetivos e estratégias para melhoria da capacidade competitiva;
- b) Estratégia de atuação – Destaca-se inicialmente que as empresas procuram se especializar em áreas definidas previamente, para nesse sentido, atingir um grau de excelência na qualidade dos serviços. Dessa forma, destaca-se a utilização de processos automatizados. A credibilidade é uma das características mais destacadas nas campanhas dessas instituições.
- c) Recursos humanos – Prevalece a forma de contratação direta na maior parte do pessoal ocupado, contudo, destaca-se que o pessoal mais especializado, principalmente médicos e biomédicos, é contratado por intermédio de cooperativas. Utiliza-se ainda, com uma razoável freqüência, a terceirização tanto nos

serviços mais gerais de limpeza e vigilância, e até mesmo algumas vezes em determinados serviços especializados, quanto de médicos.

No caso dos serviços de atenção ambulatorial que prestam atendimento clínico e nas áreas de oftalmologia, odontologia, ortopedia, ginecologia, pediátricas, o estudo identificou as seguintes características:

- a) Perfil administrativo – Existe uma clara segmentação entre as empresas presentes nessa classificação. Um primeiro grupo é formado por empresas de maior porte e perfil administrativo mais moderno, com formas de gestão atualizadas, e o segundo grupo, é composto por unidades de serviços menores e mais simples, voltadas para o mercado da população de baixa renda.
- b) Estratégia de atuação – Decorrente da segmentação citada anteriormente, existem duas linhas estratégicas utilizadas pelas empresas. A primeira é baseada em serviços de alta qualidade com boas instalações físicas, desenvolvendo parcerias com hospitais, laboratórios e serviços de complementação diagnóstica. No segundo caso, a estratégia utilizada pelos estabelecimentos de pequeno porte, está relacionada com a imagem dessas empresas no sentido de diminuir a discriminação, por parte da população, que considera esses estabelecimentos com fraca estrutura, pouca higiene e atendimento inadequado.
- c) Recursos humanos – O segmento apresenta uma forte concentração de pessoas empregadas nas categorias administrativas (recepcionistas, zeladores, digitadores) principalmente nos estabelecimentos de menor porte, visto que uma proporção maior de pessoal mais especializado, na composição do quadro ocupacional, é mais bem percebida nas instituições de maior porte, contudo, essa mão-de-obra mais especializada, é em grande parte, contratada de forma indireta via cooperativa ou como autônomos.

### **3.2. Fornecedores de Insumos, Equipamentos e Serviços**

Nesta parte do capítulo são apresentadas considerações relevantes sobre os estabelecimentos responsáveis pelo fornecimento de equipamentos, matérias-primas e insumos na cadeia produtiva dos serviços de saúde. Essas atividades destacam-se por estabelecer uma importante rede de relacionamento, principalmente com as empresas do núcleo da cadeia, propiciando condições para que atualmente diversos grupos locais gerem emprego e renda no Recife. Ressalta-se, contudo, que essas condições podem ser ainda maiores, caso sejam incentivadas algumas áreas cuja origem do fornecimento é de fora da cidade ou mesmo do Estado, como será demonstrado posteriormente. Destaca-se ainda que as informações utilizadas nesse item são provenientes de recente pesquisa realizada pelo mesmo autor desse TCM, que para o levantamento dessas informações, realizou algumas entrevistas com lideranças e empresários do setor, fez uso de dados secundários e pesquisas bibliográficas, resultando no sexto capítulo do referido estudo da Universidade Federal de Pernambuco (GUIMARÃES, 2004), publicado este ano.

Na delimitação do escopo dos estabelecimentos inseridos nesse segmento, consideraram-se de acordo com a classificação do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE as seguintes atividades: fabricação de produtos farmoquímicos, fabricação de medicamentos para uso humano, fabricação de materiais para usos médicos, hospitalares e odontológicos, fabricação de aparelhos e instrumentos para usos médico- hospitalares, comércio atacadista de produtos farmacêuticos, médicos, ortopédicos, comércio varejista de produtos farmacêuticos, artigos médicos e ortopédicos. Uma outra observação importante é que se considerou como insumos, não somente aqueles usados nas máquinas que processam exames, mas também todos os materiais utilizados no atendimento ao paciente, em casos cirúrgicos ou não.

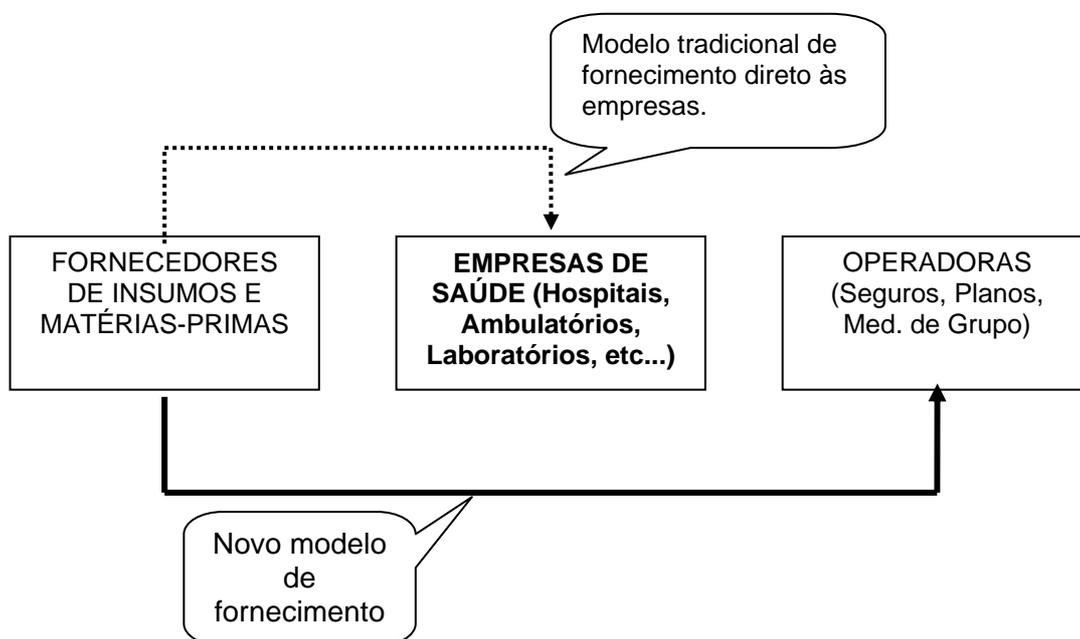
A primeira constatação importante identificada a partir das entrevistas realizadas com empresários e lideranças do segmento, foi a de uma nova forma de relacionamento entre as empresas de fornecimento e o usuário final dos insumos e equipamentos comercializados. Anteriormente, essa relação era

estabelecida entre os fornecedores e as empresas prestadoras de serviços de saúde (hospitais, laboratórios, clínicas, etc.) que após a aquisição dos insumos utilizava-os no atendimento a seus clientes. Além do formato indireto de comercialização, o principal fato gerado por esse arranjo é na grande maioria dos casos a elevação nos custos dos insumos e conseqüentemente nos atendimentos. As empresas de saúde conduziam esse processo de forma que os custos com insumos utilizados no atendimento, eram incluídos na mesma fatura dos serviços médicos com preços bem mais elevados do que os praticados no mercado, ou seja, os preços registrados na fatura eram bem maiores do que os cobrados pelos fornecedores para essas empresas.

Esse modelo praticado anteriormente dificultava o acesso, por parte dos planos e seguradoras de saúde, às planilhas ou composição dos custos de atendimento. De acordo com os entrevistados do referido estudo com a nova forma de comercialização, que vem gradativamente sendo praticada, já se pode perceber uma redução de custos em diversos tipos de tratamentos médicos, principalmente quando se consegue uma diminuição do valor daqueles insumos mais dispendiosos. O novo modelo consiste em que os fabricantes e fornecedores de insumos negociem diretamente com boa parte das operadoras de planos de saúde, reduzindo o custo através do fornecimento direto ao usuário final, ou seja, o paciente que solicitou o serviço. Nos casos, por exemplo, de procedimentos médicos programados como cirurgias ou tratamentos diagnosticados com antecedência, é possível que as operadoras negociem em melhores condições os insumos necessários, e elaborem de forma mais transparente os custos daquele serviço.

Para compreender melhor essa transição da forma de comercialização anterior para o novo modelo praticado atualmente, o autor utilizou um diagrama representando a alternativa criada pelos fornecedores e operadoras de saúde, como forma de não inflacionar o valor dos insumos utilizados na área médica. (Figura 1)

**FIGURA 1**



Elaboração: Guimarães, 2004

As operadoras de planos de saúde tiveram papel relevante na implementação dessa nova forma de negociação destacada no diagrama acima, e a esse respeito ressalta-se a atuação do Grupo de Empresas de Auto-gestão em Saúde (GREMES) que reúne grupos de segurados provenientes, principalmente, de empresas estatais e que através da modalidade de autogestão da assistência médica suplementar, vem conseguindo estabelecer novas formas de negociações com os fornecedores dos produtos hospitalares.

O surgimento desse novo modelo decorre das dificuldades enfrentadas pelas operadoras em arcar com os custos elevados praticados pelos hospitais. Mesmo assim, essa nova forma de negociação ainda não se generalizou, ou seja, não atinge até o momento a totalidade dos serviços de saúde privados. Em um futuro próximo, com a consolidação desse novo modelo, será possível uma redistribuição dos lucros, em patamares mais razoáveis nos demais elos da cadeia, através de uma relação comercial mais transparente entre as empresas de saúde, as operadoras de planos de saúde e o consumidor final.

Um outro efeito danoso gerado pelo modelo tradicional de negociação é percebido no que se refere à escala das vendas praticadas pelas empresas dominantes do mercado. Nessa fase anterior eram estabelecidas cotas mínimas de compras por grandes fornecedores para as empresas de saúde, ou seja, a alternativa de cotação ou aquisição de pequenas quantidades não era possível, o que acarretava a ausência de relacionamento com pequenas empresas fornecedoras. O novo formato traz a possibilidade de compras programadas, em quantidades menores ou até mesmo individualizadas dependendo do atendimento a ser feito.

É importante ressaltar, contudo, que segundo os entrevistados, a comercialização de insumos utilizados nos equipamentos médicos ainda é bastante atrelada a um pequeno número de fornecedores. Esse fato se dá pela forma com que o equipamento é adquirido, ou seja, é realizada uma venda casada, como se costuma chamar no meio comercial, onde o fornecimento dos insumos utilizados nas máquinas é de propriedade exclusiva do fabricante, os conhecidos *kits* operacionais. A busca por alternativas é inviabilizada já que o equipamento funciona apenas com insumos daquela mesma marca ou mesmo fabricante. Aproveitando-se dessa situação alguns fornecedores estabelecem inclusive cotas mínimas de compras desses *kits*, pelas empresas de saúde. Essa estrutura oligopolizada na produção dos equipamentos acarreta uma elevação nos custos, principalmente no que se refere aos serviços de diagnóstico prestados por hospitais e laboratórios.

Em concordância com a observação registrada pelos entrevistados a respeito do oligopólio estabelecido na produção de equipamentos mais sofisticados para área da saúde, o BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico Social) através de estudo setorial (Gutierrez e Alexandre, 2004) observou o mesmo comportamento de mercado descrito anteriormente. Ao analisar o complexo industrial da saúde, os autores destacaram que na estrutura do mercado de equipamentos médicos “as grandes empresas apresentam forte presença especialmente naqueles segmentos de produtos de maior complexidade e elevado valor unitário”. O estudo demonstra ainda que as maiores empresas do setor de insumos e equipamentos de uso médico são provenientes de outros setores como, por

exemplo, Siemens, GE, Philips e Tyco, mas que investem também na área da saúde através do aproveitamento de sua forte base tecnológica e de iniciativas de diversificação das atividades do grupo, viabilizadas pela aquisição de empresas de pequeno porte já atuantes no setor. Ainda de acordo com informações coletadas pelos autores existe um forte domínio dos Estados Unidos no setor, já que sete entre as dez empresas com maior faturamento registrado em 2002 eram norte-americanas.

É importante destacar, porém que os citados *kits* utilizados nessas máquinas são apenas uma pequena parte da variedade de insumos comercializados no setor de saúde, já que ao se fazer um exame mais detalhado do fornecimento desses materiais, percebe-se que eles são divididos basicamente em duas categorias, considerando-se os graus de complexidade do produto. De acordo com uma classificação informal adotada pelos representantes e fornecedores, os produtos conhecidos como “de consumo”, representam uma primeira categoria caracterizada por processos produtivos mais simples e de menor conteúdo tecnológico, além de serem utilizados de forma mais corriqueira, nos atendimentos médicos, como por exemplo, gases, luvas cirúrgicas, compressas, seringas, etc. A outra categoria é a dos produtos chamados de “especiais” utilizados, a maioria das vezes, em procedimentos cirúrgicos mais complexos e caracterizados por conterem um alto grau tecnológico no seu processo de fabricação, acarretando inclusive em um custo de produção bem mais elevado. Considerando-se ainda a presença em alguns deles de controles e comandos eletrônicos ou de saídas processadas por sistemas informatizados. Essa divisão foi ilustrada na pesquisa pela **Figura 2** que reproduzimos logo a seguir.

**FIGURA 2**

<b>Produtos de “Consumo”</b>	<b>Produtos “Especiais”</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Menor conteúdo tecnológico</li><li>- Uso corriqueiro nos atendimentos de saúde</li><li>- Custo de produção e comercialização reduzido</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Maior conteúdo tecnológico</li><li>- Uso em cirurgias ou tratamentos médicos mais complexos</li><li>- Custo de produção e comercialização elevado</li></ul>

Um fato relevante ressaltado pelos entrevistados, diz respeito à origem dos produtos especiais, pois de acordo com os representantes comerciais e distribuidores, além dos mencionados kits, a quase totalidade dessa categoria de produtos é importada e a produção nacional de similares é bem reduzida. Dessa forma esse elevado percentual de produtos hospitalares importados no mercado, faz com que as variações cambiais tenham forte influência na composição do custo dos atendimentos, tratamentos e cirurgias. Nesse sentido, fabricação local possibilitaria uma redução nos custos, porém, ainda é bastante reduzido em Recife o número de produtores desses insumos. São raros os exemplos de empresas que investem nesse tipo de atividade e mesmo assim, focam seu objetivo na produção de materiais de consumo, por terem um processo de fabricação mais barato e menos complexo. A esse respeito, destaca-se ainda na já referida pesquisa o caso da ENDOCENTER, grupo local que comercializa e representa diversos fabricantes nacionais e estrangeiros, que resolveu investir na produção de fraldas descartáveis e compressas.

Entrevistados sobre a possibilidade de produção local, mesmo que de materiais de consumo, os empresários ressaltaram, que para essa atividade se tornar competitiva é necessário que tanto na esfera municipal quanto estadual, sejam tomadas algumas medidas, principalmente na área fiscal. A perda de competitividade vem do fato que as matérias-primas utilizadas no processo de fabricação, são provenientes das regiões Sul e Sudeste do Brasil e dessa forma os produtores de insumos na área de saúde, ganham no custo, por conta da proximidade com a matéria-prima, e ainda pela alíquota reduzida de impostos que incide nesses casos, o que de maneira inversa ocorre quando essa mesma matéria-prima é comprada por empresas de Pernambuco.

A alternativa sugerida é de redução nas alíquotas cobradas sobre esses materiais básicos, já que não existe possibilidade de compra a fabricantes no Estado. Acrescenta-se ainda que um ganho de escala pode ser viabilizado projetando-se essas unidades locais para abastecer também o mercado nacional desses produtos. Ressalta-se, porém, que na maioria das entrevistas a principal e quase sempre única reivindicação dos empresários diz respeito à redução de impostos, ou seja, trata-se de uma medida pontual que demonstra a falta de uma visão estratégica para o segmento e muitas vezes o

desconhecimento do conjunto de atividades do setor de saúde. Não existe, por exemplo, uma prospecção de mercado, ou seja, uma investigação mais detalhada sobre os serviços de saúde dos principais centros urbanos dos estados vizinhos como Paraíba, Alagoas e Rio Grande do Norte e sua demanda por insumos e matérias-primas, que tornaria mais seguro, possíveis investimentos realizados nessa área em Recife. Mais adiante, serão detalhadas algumas considerações importantes, que vão além da simples redução de alíquota sugerida para o setor, extraídas do referido estudo realizado por técnicos do BNDES.

Antes, porém, é importante registrar a opinião dos entrevistados com relação à produção dos chamados materiais “especiais”. Inicialmente eles destacam que é necessário um elenco maior de medidas para viabilizar esse tipo de iniciativa. O motivo principal, como já foi citado anteriormente, vem do elevado custo de produção, por conta do investimento tecnológico exigido e também muitas vezes pelo preço mais caro da matéria-prima utilizada na fabricação, por se tratarem de materiais desenvolvidos especificamente para esses produtos. Algumas medidas citadas dizem respeito a: (i) parceria entre a Universidade – UFPE, o SENAI-PE, os órgãos de fomento à pesquisa como o CNPq, FINEP e a iniciativa privada para investimento em pesquisas e inovação tecnológica; (ii) fontes de financiamento em condições mais favoráveis para esse tipo de investimento, com prazos e garantias diferenciados; (iii) isenção tributária por parte do Estado e do Município até que se possa chegar a um bom nível de maturação do negócio; (iv) investimentos constantes de parte do faturamento em P&D; (v) intercâmbio internacional para atualização, capacitação e buscas por parceiros.

Em que pesem as limitações acima, já existem no Recife algumas empresas atuando no fornecimento desses insumos ou equipamentos. O grupo ENDOCENTER, por exemplo, além de investir na produção de materiais de “consumo”, também está viabilizando a fabricação de equipamentos e móveis hospitalares. Trata-se de um processo de fabricação ainda não muito sofisticado, mas que exige uma série de requisitos específicos, ou seja, com padrões diferentes dos praticados na indústria moveleira tradicional. Na produção de macas, escadas, mesas cirúrgicas, suporte para soro ou

luminárias são adotados processos de produção específicos que seguem as necessidades exigidas pelas empresas que prestam serviços de saúde.

Recentemente a pesquisa “Potencialidades e Limites para o Desenvolvimento de Empresas de Base Tecnológica no Brasil: Contribuição para uma Política Setorial” patrocinada pela FAPESP e coordenada pela equipe de professores<sup>20</sup> da Universidade Federal de São Carlos e da Unicamp identificou no Recife dois casos de sucesso na produção de equipamento de bom nível tecnológico para área de saúde. O primeiro caso é o da TMED que iniciou suas atividades em 1994 produzindo um controlador de gotejamento do soro, chamado de sistema Bip-soro, e a partir daí criou e patenteou outros equipamentos como o dosímetro para radioterapia, dispensador automático para cirurgias, painéis medicinais, sistema de chamada de enfermagem e comunicador para pacientes afásicos. A segunda empresa identificada com esse nível tecnológico foi a Endoview, que tem como principal produto o vídeo-endoscópio viabilizado através de parcerias com cerca de 30 fornecedores de sistemas de imagens alemães e franceses, concorrendo em uma área que antes era apenas dominada por empresas estrangeiras.

Essas duas empresas utilizaram estratégias semelhantes para se manterem competitivas em um mercado onde a concorrência é bastante acirrada e de acesso restrito. Para isso formaram parcerias com universidades, com o SENAI e firmaram convênios com instituições de fomento a pesquisa. Criaram uma boa rede de relacionamento com fornecedores, empresas associadas e representantes em outros Estados.

Ainda a respeito da possibilidade de fabricação de produtos de consumo ou mesmo de produtos especiais, o mencionado estudo do BNDES sobre o complexo industrial da saúde traz algumas estratégias importantes que podem ser utilizadas pelos empresários locais, além das mencionadas anteriormente.

A primeira refere-se à utilização, por parte dos empresários, dos incentivos e medidas estabelecidas pelo Governo Federal para a redução da

---

<sup>20</sup> Ana Cristina de Almeida Fernandes, Mauro Rocha Côrtes, Marcelo Silva Pinho, Ruy de Quadros Carvalho

dependência externa do País. Essas políticas se enquadram fortemente nesse segmento já que a grande maioria dos produtos comercializados no setor de saúde no Brasil é importada, gerando de acordo com o estudo um déficit comercial superior a US\$ 700 milhões em 2002. Os autores ressaltam que o próprio BNDES tem como atual linha de atuação "...a construção de uma política industrial ativa, centrada na qualidade, em consonância com uma política tecnológica para o setor", servindo inclusive com um dos principais instrumentos do governo federal para a redução da mencionada dependência externa do País.

Uma segunda contribuição relevante vem do registro de uma ausência de articulação das empresas brasileiras fabricantes de produtos médicos com os serviços de saúde, ou seja, apesar da existência de um grande número de empresas, em sua maioria de pequeno ou médio porte, integradas em uma entidade bastante representativa – a Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios (Abimo), é grande o desconhecimento dos gestores dessas empresas em relação ao que é ofertado no País e a qualidade desses produtos. Essa característica é bem semelhante ao que já foi retratado anteriormente, baseado na opinião dos entrevistados, da ausência de uma maior integração dos profissionais e gestores no sentido de viabilizar estudos e pesquisas de mercado sobre o setor.

A qualidade dos serviços, dos materiais e dos equipamentos médicos é um terceiro aspecto relevante mencionado pelos autores. De acordo com o estudo é necessária a existência de regulamentos técnicos e de avaliações de conformidade, para todos os produtos, quer sejam de origem nacional ou importada. A esse respeito os autores ressaltam que nas sociedades modernas uma das mais utilizadas e difundidas barreiras não-tarifárias à importação, são as certificações de qualidade dos produtos. Nesse sentido ao planejar investimentos nessa área os empresários devem observar um significativo custo decorrente da certificação de produtos que na maioria das vezes demandam um processo dispendioso e lento.

Como quarta contribuição do estudo no sentido de estimular a indústria de insumos e equipamentos de uso médico ressalta-se a pequena articulação entre esse segmento e o Estado, já que a esfera pública caracteriza-se como o grande demandante do setor, seja através da administração direta em qualquer das duas instâncias, federal, estadual e municipal, ou através do SUS patrocinando hospitais filantrópicos e privados credenciados. O poder de compra do Estado dever ser um dos principais instrumentos de dinamismo da oferta ou mesmo de indução de uma política de desenvolvimento tecnológico. No contexto local, essa falta de articulação com o Estado reforça a idéia de que a redução de impostos, solicitada quase sempre pelos empresários, isoladamente não é a melhor política do setor público para dinamizar a produção de insumos para área médica.

Além de demandarem insumos e equipamentos, as empresas de saúde utilizam-se também de uma série de serviços que, em grande parte, são terceirizados, ou seja, são contratados a outras empresas, como, por exemplo, serviços de alimentação, segurança e lavanderia. A respeito dos serviços de lavanderia, de acordo com as entrevistas realizadas com empresários do segmento, vêm se tornando mais freqüentes, principalmente entre as empresas de pequeno e médio porte, já que as grandes têm lavanderia própria, o uso desse tipo de serviço. Devido às medidas de segurança com a higienização, esse tipo de serviço requer um processo que envolve, entre a coleta e a entrega das roupas, uma lavagem, acabamento e embalagem que garantam um elevado nível de desinfecção, e a obtenção de reduzidas taxas de alergênicos e odores do enxoval.

No caso do Recife, a pesquisa identificou duas lavanderias com capacidade para atender os requisitos descritos no parágrafo anterior, que são a PURILAV e a HOSPITALAV. De acordo com o estudo de viabilidade, realizado para implantação de um desses empreendimentos, em 2000 o mercado da Região Metropolitana do Recife era atendido em apenas 30% de sua demanda, apresentando-se assim como um mercado bastante promissor.

As entrevistas e a pesquisa bibliográfica revelaram ainda um detalhamento maior sobre a gestão e sobre o ambiente de negócios onde estão inseridos esses estabelecimentos:

- a) Grande necessidade de capital de giro – Devido à velocidade no processamento dos serviços, realizados na sua grande maioria em 24 horas, torna-se constante a manutenção de equipamentos e compras de matérias-primas, elevando assim o volume de capital de giro das empresas;
- b) Treinamento em Recursos Humanos – Ainda é pequena a quantidade de profissionais com experiência nesse ramo e dessa forma as empresas investem bastante na formação e capacitação dos funcionários;
- c) Assistência Técnica – O mercado local ainda é carente de uma boa assistência técnica especializada nos equipamentos de lavanderia hospitalar;
- d) Qualidade da Água – Principal insumo dessa atividade, é imprescindível um fornecimento de água com qualidade comprovada por exames laboratoriais;
- e) Equipamentos - O bom nível tecnológico dos equipamentos disponíveis no mercado facilita a qualidade da prestação de serviços e garante um alto nível de desinfecção, principalmente naqueles equipamentos que usam o ozônio no processo de lavagem;

A partir das informações relatadas nesse item verifica-se que, é viável a produção local de materiais de “consumo” (mais simplificados), materiais “especiais”, equipamentos ou prestação de serviços para área médica, desde que se estabeleçam condicionantes favoráveis através de políticas públicas direcionadas para o setor citadas anteriormente. Além da viabilidade técnica não se deve deixar de considerar o crescimento do Pólo Médico local, assim como dos outros centros próximos ao Recife como João Pessoa, Maceió, Natal, Caruaru e Campina Grande estabelecendo um mercado bastante amplo para esses fornecedores. A esse respeito o capítulo 4 apresentará informações

sobre a evolução do Pólo Médico do Recife nos últimos anos, principalmente em termos de número de estabelecimentos e de geração de empregos.

### **3.3. Instituições de apoio**

Na parte introdutória desse trabalho se fez menção ao surgimento do Pólo Médico do Recife a partir da forte presença da universidade e dos hospitais públicos, destacando-os, inclusive, como instituições responsáveis pela sólida formação dos profissionais da área de saúde do Estado. Estas organizações não só figuraram na formação inicial do Pólo, como também atualmente participam de todo processo de especialização do setor de saúde do Recife e têm papel relevante na qualificação da mão-de-obra nele inserida. Além do caráter educacional destaca-se também o papel das associações de classe voltadas para os interesses empresariais e profissionais dos serviços médicos no Estado. A respeito dessas organizações, consideradas aqui instituições de apoio ao núcleo do Pólo, serão relatadas informações sobre suas formas de atuação e suas relações com os demais elos já citados anteriormente. Do ponto de vista de formação profissional, tratam-se de organizações educacionais e de suporte técnico científico, que promovem a formação técnica e profissional e a difusão de conhecimento e no que se refere ao lado político-institucional, estão presentes as associações empresariais e profissionais.

No caso de Recife destaca-se a presença de quatro universidades, sendo duas federais (UFPE e UFRPE), uma estadual (UPE) e uma privada (UNICAP), além de diversas escolas isoladas de ensino superior. Tanto a UFPE como a UPE são as instituições responsáveis pela totalidade dos cursos de formação profissional na área médica, possuindo inclusive, ambas, hospitais escolas. Atualmente são oferecidos além dos cursos de graduação, 13 programas de mestrado e dois de doutorado, nas áreas de medicina e nutrição. Pode-se acrescentar ainda como apoio ao núcleo do Pólo, instituições como o SENAC que oferece cursos profissionais na área de saúde, assim como na parte mais voltada à pesquisa, a presença do Centro de Pesquisas Ageu Magalhães (FIOCRUZ). É importante citar também as instituições que

indiretamente contribuem com a base científica e tecnológica do Estado, como é o caso do ITEP (Instituto de Pesquisas Tecnológicas) que desempenha um importante papel tanto na difusão de conhecimento quanto pelo trabalho de produção de conhecimento e pesquisa e na criação e fortalecimento de empresas, através da INCUBATEC – Incubadora de Empresas do ITEP, além da RPI – Rede Pernambucana de Informática, coordenada pelo referido instituto. No caso da informática, as relações estabelecidas com o Pólo Médico, têm estimulado a especialização de empresas dedicadas ao desenvolvimento e difusão de software, ligados à gestão hospitalar, além dos programas usuais na área administrativa e financeira. A dimensão do mercado constituído pelo Pólo Médico do Recife, interagindo com as unidades de serviços no campo da informática, tem possibilitado a expansão e consolidação de algumas dessas empresas com sede em Pernambuco.

No que se refere às associações empresariais e de classe como já foi mencionado, são constituídas por grupos organizados de empresários ou por profissionais da área médica com capacidade para redefinir normas e regulamentos vigentes e estabelecer estratégias para os grupos de pessoas ou entidades que os constituem. Os destaques locais são o Sindicato dos Hospitais de Pernambuco – SINDIHOSPE que representa os proprietários dos estabelecimentos que constituem o atendimento hospitalar; o Conselho Regional de Medicina de Pernambuco – CREMEPE – que congrega os profissionais de saúde; além do Sindicato dos Médicos de Pernambuco – SIMEPE. Ressalta-se ainda, em relação à clientela dos serviços de saúde, outras formas de articulação como são os casos da Associação dos Usuários dos Planos de Saúde, da Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE e do Grupo de Empresas de Autogestão em Saúde – GREMES.

As considerações feitas nesse capítulo levam a algumas conclusões relevantes a respeito da estrutura e das relações estabelecidas no Pólo Médico do Recife. Inicialmente percebe-se a ausência de algumas das características presentes nas definições conceituais de *cluster* como, por exemplo, uma intensa articulação e cooperação entre os atores envolvidos na cadeia produtiva, o que não foi identificada nas entrevistas e na pesquisa bibliográfica realizadas para esse TCM. No aspecto estrutural os números de equipamentos

e de leitos demonstram uma superioridade relativa no Recife quando comparados às regiões selecionadas no presente estudo, confirmando-se assim a presença de um importante Pólo de saúde no Recife. Provavelmente uma das conclusões mais importantes diz respeito à possibilidade de implementação de empresas produtoras de insumos, matérias-primas e equipamentos no Recife, ressaltando-se, contudo a necessidade de se tomar algumas medidas sugeridas nesse capítulo.

#### **4. Evolução recente do Pólo Médico**

As considerações feitas nos capítulos anteriores concentraram-se em informações sobre a importância relativa, a estrutura e as formas de relacionamento entre os diversos elos da cadeia produtiva dos serviços médicos da capital pernambucana. O presente capítulo usará como base tais informações apresentando, no entanto, uma análise mais quantitativa da referida cadeia produtiva, evidenciando principalmente o seu significado econômico através de aspectos relacionados ao número de estabelecimentos e à geração de emprego e renda das atividades do setor de saúde durante o período de 1996 a 2002. Para tanto serão utilizados, como já foi mencionado na introdução desse trabalho, dados provenientes da RAIS – Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego, do ISS – Imposto Sobre Serviços da Prefeitura da cidade do Recife, da COFINS - Contribuição para Financiamento da Seguridade Social.

No que se refere aos dados da RAIS deve-se considerar que esses não registram as informações dos proprietários dos estabelecimentos, ou seja, os sócios-diretores das empresas não são contabilizados pela pesquisa. O emprego registrado é definido a partir de uma relação empregatícia, isto é, as pessoas empregadas que mantêm relações formais de trabalho. Esse fato revela que as informações utilizadas aqui podem subestimar o número de empregos gerados pelo setor, principalmente nos estabelecimentos de menor porte que na maioria dos casos têm como pessoas ocupadas, os proprietários das empresas. Esta subestimativa pode ser considerada ainda maior quando se percebe atualmente que as relações de trabalho se tornam cada vez menos formais, já que outras formas de contratações por intermédio de cooperativas ou terceirizações são mais frequentes e dessa forma os levantamentos feitos pelo Ministério do Trabalho e Emprego não detectam tais relações. Independentemente dessas considerações deve-se ressaltar que, mesmo levando-se em conta apenas os estabelecimentos e empregos formais, os dados demonstram a trajetória recente desse setor, ou seja, a partir de uma série histórica poderá se acompanhar a evolução dos serviços de saúde em Recife.

Uma outra observação referente aos dados da RAIS diz respeito ao período das informações utilizadas nesse trabalho. Devido à mudanças na classificação das atividades econômicas utilizadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego, ocorridas a partir do ano de 2002, algumas tabelas apresentadas logo a seguir não poderão registrar informações do referido ano. Para efeito de comparação com anos anteriores as informações de 2002 encontram-se agrupadas de forma diferente, impossibilitando assim o uso do referido ano na série histórica. Contudo, a classificação adotada para as atividades do núcleo do Pólo Médico não sofreu alteração e dessa forma foi possível utilizar todos os anos da série aqui adotada (1996 a 2002).

Cabem ainda algumas ressalvas com relação aos dados dos diversos elos da cadeia produtiva aqui estudada. Quando se trabalham isoladamente as atividades ligadas ao núcleo da cadeia, já descritas no capítulo 3, percebe-se uma melhor qualidade nas informações pelo nível de desagregação possível de caracterizar áreas específicas dos serviços de saúde, ou seja, os estabelecimentos aí inseridos são exclusivamente prestadores de serviços do setor de saúde como, por exemplo os atendimentos hospitalares ou de urgência e emergência. Esse fato não se repete quando se levam em consideração os elos complementares da cadeia, também relacionados no capítulo anterior, pois tais atividades mesmo quando analisadas em um nível mais desagregado não se caracterizam como prestadoras de serviços exclusivos da área de saúde como, por exemplo, o segmento de informática e *software* ou mesmo o segmento de manutenção de equipamentos que muitas vezes são representados por estabelecimentos que nem sempre prestam serviços ao setor de saúde. No caso do segmento de organização educacional e pesquisa esse fato se repete pois, na sua composição encontram-se os estabelecimentos de educação média, de formação técnica, de formação profissional, de educação superior e de educação continuada ou permanente. Nota-se que, mesmo em um maior nível de desagregação, nenhuma das classificações apresentadas pode ser caracterizada como prestadora de serviço exclusiva para o setor de saúde.

#### 4.1. Significado econômico

Uma primeira aproximação sobre a dimensão ou o significado econômico do Pólo Médico do Recife pode ser feita através dos dados fiscais das atividades nele inseridas, ou seja, através do recolhimento da COFINS, coletado junto à Receita Federal. Tais informações inclusive já foram utilizadas de forma sucinta na introdução dessa dissertação.

Com relação a COFINS as informações<sup>21</sup> referem-se aos anos de 1997 a 2000 e são agregadas para todo o Estado de Pernambuco. De acordo com a legislação tributária da época a contribuição desse imposto correspondia a 3% do faturamento/receita das empresas, permitindo-se assim estimar o faturamento dos estabelecimentos de saúde de Pernambuco.

Antes de se entrar na análise dos dados é importante que sejam feitas algumas ressalvas sobre o grau de aproximação decorrente do uso das informações coletadas na Receita. Primeiramente deve-se considerar que provavelmente a totalidade dos estabelecimentos não tenha sido alcançada pelo sistema de arrecadação, isto é, subestimando a base de cálculo utilizada. Uma segunda consideração deve ser feita a partir da hipótese de que a contribuição de um determinado ano pode não estar estreitamente vinculada com o faturamento neste mesmo período, devido a complexidade da legislação e dos processos administrativos, próprios do sistema de arrecadação. Por fim destaca-se que para o levantamento das informações foram consideradas apenas as atividades do núcleo da cadeia produtiva aqui estudada, o que de certa forma deve subestimar o faturamento total das atividades ligadas aos serviços de saúde.

Em 2000 a arrecadação da COFINS relativa às atividades do núcleo da cadeia atingiu de acordo com a Receita Federal cerca de R\$ 16,7 milhões. Estabelecendo-se o cálculo a partir da mencionada hipótese de que tal arrecadação corresponde a 3% da receita dos estabelecimentos, chega-se a um faturamento aproximado de R\$ 555,9 milhões nessas empresas. A **Tabela**

---

<sup>21</sup> Informações coletadas na recente pesquisa intitulada "O TERCIÁRIO MODERNO DE PERNAMBUCO" patrocinada pela FACEPE

4.1 traz, de forma desagregada, estabelecendo-se a mesma relação anteriormente referida, cada um dos tipos de atividades consideradas na análise, estimando-se os valores para os diferentes segmentos.

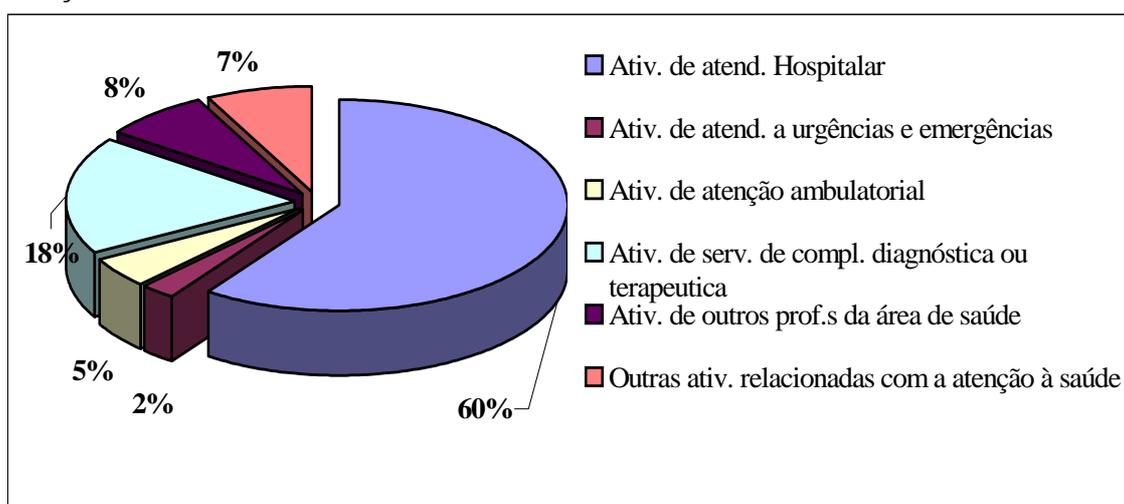
**Tabela 4.1 - Pernambuco: Arrecadação da COFINS e estimativa do faturamento nos serviços de saúde (R\$ 1.000) – 2000**

Descrição	COFINS	Estim. do Faturam.
Atividades de atendimento hospitalar	9.978	332.605
Atividades de atendimento a urgência. e emergência	382	12.734
Atividades de atenção ambulatorial	783	26.114
Atividades de serviços de complement. diag. ou terapêutica	3.035	101.174
Atividades de outros profissionais da área de saúde	1.269	42.294
Outras atividades relacionadas com a atenção à saúde	1.228	40.931
<b>Total</b>	<b>16.676</b>	<b>555.851</b>

Fonte: Receita Federal

De acordo com os valores absolutos da referida tabela, percebe-se que a maior parte da arrecadação e, seguramente, do faturamento é proveniente dos serviços de atendimento hospitalar, representando cerca de 59,8%. Em seguida registra-se a participação das atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica, com 18,2%. O Gráfico 1 traz as mesmas informações, agora apresentadas de forma relativa, para cada um dos tipos de atendimento de saúde. Os serviços de atendimento à urgência e emergência juntamente com os serviços de atenção ambulatorial, são os que apresentam menor participação na arrecadação e conseqüentemente no faturamento.

**Gráfico 1 – Pernambuco: Participação percentual da arrecadação da COFINS nos serviços de saúde - 2000**



Fonte: Receita Federal

Para a análise desses mesmos indicadores no período entre 1997 e 2000, optou-se por apresentá-los de forma relativa, ou seja, demonstrando-se a participação de cada um dos atendimentos de saúde em relação à arrecadação total. Dessa forma, a **Tabela 4.2** apresenta a participação relativa dos atendimentos de saúde e a primeira constatação é de que, apesar de manterem a sua grande participação, os serviços de atendimento hospitalar mostram, com o decorrer do tempo, uma perda relativa. Ela era de 72,3% em 1997, desce para 65,3% no ano seguinte e alcança 59,8% em 2000. O espaço perdido desses serviços é ganho principalmente pelos atendimentos de complementação diagnóstica e terapêutica (laboratórios). No decorrer do período ela passa de uma participação de 13,4% em 1997 para 19,4% em 1999, descendo um pouco para 18,2% em 2000.

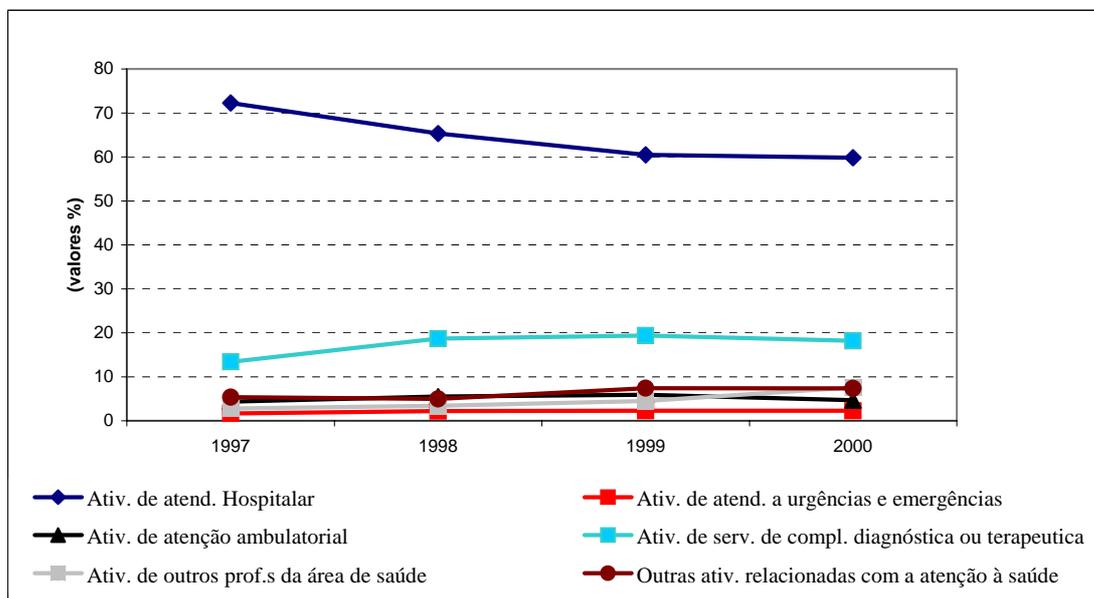
**Tabela 4.2 - Pernambuco: Participação dos tipos de serviços de atendimento de saúde na COFINS – 1997/2000**

Descrição	1997	1998	1999	2000
Atividades de atendimento hospitalar	72,3	65,3	60,5	59,8
Atividades de atendimento a urgência e emerge	1,7	2,2	2,3	2,3
Atividades de atenção ambulatorial	4,4	5,5	5,9	4,7
Atividades de serviços de complement. diag. ou terap.	13,4	18,7	19,4	18,2
Atividades de outros profissionais da área de saúde	2,8	3,4	4,5	7,6
Outras atividades relac. com a atenção à saúde	5,4	5	7,4	7,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Receita Federal

O **Gráfico 2** ilustra as diferentes trajetórias dos serviços de atendimento de saúde, com base nos dados que constam da última tabela referida. Chama-se a atenção para o destaque dos dois tipos mais relevantes do ponto de vista da arrecadação e do faturamento ou receita: o atendimento hospitalar e o dos serviços de complementação diagnóstica e terapêutica.

**Gráfico 2 – Pernambuco: Participação dos tipos de serviços de saúde na COFINS (%) – 1997/2000**



Fonte: Receita Federal

#### 4.2. Estabelecimentos

As atividades que compõem o núcleo do Pólo Médico do Recife, de acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego, estavam distribuídas no ano de 2002 em 1.849 estabelecimentos. A **Tabela 4.3** apresenta essas informações e detalha o número de estabelecimentos de acordo com as atividades do núcleo. A primeira constatação relevante é que mais de 1/3 dos estabelecimentos está concentradas na atividade de outros profissionais da saúde, seguida pela atividade de atenção ambulatorial que abrange cerca de 20% dos estabelecimentos. Apesar da concentração nessas duas classificações, ambas registram um tamanho médio de dois empregados por estabelecimento, ou seja, a menor relação das atividades do núcleo caracterizando-se assim como empresas de pequeno porte.

A maior relação em número de empregados por estabelecimento é encontrada nas atividades de atendimento hospitalar que têm uma média de 79 empregados por empresa. Mesmo representando apenas 8% do número de estabelecimentos do núcleo, essa atividade é representada em sua maioria por empresas de maior porte. As demais atividades relacionadas encontram-se em

uma posição intermediária com uma relação média entre 10 e 17 pessoas empregadas.

**Tabela 4.3 - Cidade do Recife: Número de Estabelecimentos e seu Tamanho no Núcleo do Pólo Médico – 2002**

<b>Núcleo do Pólo Médico</b>	<b>Absoluto</b>	<b>(%)</b>	<b>Emp./Estab.</b>
Atividades de atendimento hospitalar	148	8,0	79
Atividades de urgências e emergências	20	1,1	17
Atividades de atenção ambulatorial	396	21,4	2
Serviços de complementação diagnóstica e terapêutica	310	16,8	11
Atividades de outros profissionais da saúde	658	35,6	2
Outras atividades relacionadas c/ atenção à saúde	317	17,1	10
<b>Total do Núcleo do Pólo Médico</b>	<b>1.849</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego - RAIS

Considerando-se o período de 1996 a 2002 fica evidente um crescimento de aproximadamente 22% no número total de estabelecimentos, já que em 1996 existiam 1.456 empresas e em 2002 esse número era de 1.849 como pode ser observado na **Tabela 4.4**. Esse comportamento não é reproduzido quando se analisa o número de emprego gerado pelas mesmas atividades no referido período, fato que será examinado no próximo item.

**Tabela 4.4 - Número Total de Estabelecimentos do Núcleo do Pólo - 1996/2002**

<b>Ano</b>	<b>Estabelecimentos</b>
1996	1.456
1997	1.584
1998	1.642
1999	1.719
2000	1.825
2001	1.809
2002	1.849

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego - RAIS

Os dados da RAIS referentes a estabelecimentos permitem ainda uma análise das empresas segundo a natureza jurídica. Essa classificação permite uma avaliação da preferência dos proprietários pela forma de organização empresarial, ou seja, de acordo com os dados da **Tabela 4.5** existe uma concentração na forma jurídica de sociedade por cota de responsabilidade limitada que atinge uma participação de 38,3% em 2001. Ressalta-se que a partir de 2002 a classificação por natureza jurídica utilizada na RAIS/CAGED foi alterada, impedindo-se assim uma análise para o referido ano. Uma outra forma bastante utilizada é a de empresas autônomas com empregado que registra um percentual de 38,2%, no entanto essa classificação é caracterizada por empresas de pequeno porte e tem uma participação reduzida na geração

de empregos como será visto posteriormente. De maneira inversa, chama a atenção o número reduzido das empresas de sociedade anônima (S/A) que somadas às de capital aberto e capital fechado representam seis estabelecimentos.

**Tabela 4.5 – Recife: Estabelecimentos Segundo a Natureza Jurídica das Atividades do Núcleo do Pólo Médico - 2001**

Natureza Jurídica	Estabelecimentos	
	Valores Absolutos	Valores Relativos
Fundação Federal	1	0,1
Fundação Estadual	1	0,1
S/A de Capital Aberto e Controle Privado	2	0,1
S/A de Capital Fechado	4	0,2
Soc. por Quota de Responsabilidade Limitada	693	38,3
Soc. Civil com Fins Lucrativos	147	8,1
Associação	12	0,7
Outras Formas de Org. s/ Fins Lucrativos	21	1,2
Autônomo com Empregado	691	38,2
Outras Formas de Organização	237	13,1
<b>Total</b>	<b>1.809</b>	<b>100,0</b>

**Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego – RAIS**

No sentido de se estabelecer algumas comparações relacionadas ao número de estabelecimentos do Pólo Médico do Recife, utilizaram-se como referência informações da mesma natureza de outros Pólos, sendo dois nas capitais nordestinas de porte semelhante ao Recife (Fortaleza e Salvador) e um terceiro referente à maior cidade do País (São Paulo). Ao utilizar-se isoladamente a quantidade de estabelecimentos de cada capital como parâmetro, percebe-se que Recife registra o menor número de empresas entre as cidades selecionadas. Porém quando se divide o número de estabelecimentos pela população residente, o Pólo da capital pernambucana desponta por deter a maior relação dentre as capitais selecionadas, já que registra um valor de 12,995 estabelecimentos por cada 10.000 habitantes. A **Tabela 4.6** apresenta ainda essa mesma relação detalhada por cada atividade do núcleo do Pólo e ainda assim esses segmentos no Recife têm uma relação superior ao das outras capitais, com destaque para a relação das atividades de atendimento hospitalar e aos serviços de complementação diagnóstica, ambas superiores às das capitais selecionadas.

**Tabela 4.6 - Recife e Capitais Seleccionadas: Quantidade de Estabelecimentos por cada 10.000 habitantes – 2002**

Núcleo do Pólo Médico	Fortalez		Recife		Salvador		São Paulo	
	Estabel.	Estab/Pop.	Estabel.	Estab/Pop.	Estabel.	Estab/Pop.	Estabel.	Estab/Pop.
Ativid. de atend. hospitalar	166	0,775	148	1,040	122	0,499	473	0,453
Ativid. de atend. a urgencias e emerg.	13	0,061	20	0,141	53	0,217	42	0,040
Ativid. de atencao ambulatorial	380	1,775	396	2,783	963	3,942	3.898	3,736
Ativid. de serv. de complm. diagnost.	216	1,009	310	2,179	298	1,220	895	0,858
Ativid. de outros prof. da a. de saude	832	3,885	658	4,624	513	2,100	3.760	3,604
Outras ativ. relac. com a at. à saude	329	1,536	317	2,228	571	2,337	2.004	1,921
<b>Total</b>	<b>1.936</b>	<b>9,041</b>	<b>1.849</b>	<b>12,995</b>	<b>2.520</b>	<b>10,315</b>	<b>11.072</b>	<b>10,611</b>

**Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego – RAIS**

Ao se ampliar na **Tabela 11** a análise sobre os estabelecimentos que compõem todos os elos da cadeia, ou seja, somando-se ao núcleo os elos complementares do referido Pólo, chega-se a uma quantidade total de 3.809 estabelecimentos para o ano de 2001. Assim como ocorreu na classificação por natureza jurídica examinada anteriormente, a desagregação das atividades pertencentes aos elos da cadeia só foi possível até o ano de 2001, já que em 2002 a RAIS/CAGED utiliza outra classificação. É importante observar que, como já foi citado no capítulo anterior, para alguns elos da cadeia não foi possível isolar-se as suas atividades ligadas diretamente ao núcleo, daquelas que não têm nenhuma relação com a área de saúde, como por exemplo, os elos complementares de manutenção de equipamentos, organizações educacionais e de pesquisa, associações profissionais e empresariais e informática e software. Mesmo assim, nota-se que a maior parte dos estabelecimentos está inserida nas atividades do núcleo e representa do total, cerca de 58,6% das empresas formais do Pólo.

Algumas considerações ainda merecem destaque nos dados da **Tabela 4.7** como, por exemplo, o número de estabelecimentos no comércio varejista de produtos farmacêuticos e artigos médicos e ortopédicos que em 2001 representava aproximadamente 22% das empresas da cadeia produtiva aqui estudada.

**Tabela 4.7 – Recife: Estabelecimentos Formais nas Atividades do Núcleo e dos Elos Complementares do Pólo Médico - 2001**

Atividades do Núcleo e dos Elos Complementares	Estabelecimentos	
	Quant.	%
<b>Elos Complementares</b>	<b>1.280</b>	<b>41,4</b>
- <u>Indústria Farmacêutica</u>	<u>27</u>	<u>0,9</u>
Farmacoquímicos	4	0,1
Medicamentos para uso humano	15	0,5
Materiais para uso médico, hosp., odont.	8	0,3
- <u>Comércio Atacadista</u>	<u>126</u>	<u>4,1</u>
Produtos farmac., médicos, ortopédicos	92	3,0
Máquinas, aparelhos, equipamentos	34	1,1
- <u>Comércio Varejista</u>	<u>686</u>	<u>22,2</u>
Produtos farmacêuticos, artig. médicos e ortopédicos	686	22,2
- <u>Financiadores e Compradores de Serviços</u>	<u>13</u>	<u>0,4</u>
Planos de saúde	13	0,4
- <u>Informática e Software</u>	<u>143</u>	<u>4,6</u>
Consultoria em sistema de informática	43	1,4
Desenvolvimento de programas de informática	43	1,4
Processamento de dados	52	1,7
Atividade de banco de dados	5	0,2
- <u>Manutenção de Equipamentos</u>	<u>52</u>	<u>1,7</u>
Manutenção e reparação de máquinas de escrit. e inf.	52	1,7
- <u>Organizações Educacionais e de Pesquisa</u>	<u>155</u>	<u>5,0</u>
Educação média e técnico-profissional	35	1,1
Educação Superior	13	0,4
Educação continuada e aprendizado profissional	107	3,5
- <u>Associações Profissionais / Empresariais e de Classe</u>	<u>78</u>	<u>2,5</u>
Organizações empresariais e patronais	27	0,9
Organizações profissionais	51	1,7
<b>Núcleo do Pólo Médico</b>	<b>1.809</b>	<b>58,6</b>
- Atendimento Hospitalar	139	4,5
- Urgência e Emergência	17	0,6
- Atenção Ambulatorial	358	11,6
- Serviços de Complement. Diagnóstica e Terapêutica	316	10,2
- Outros Profissionais de Saúde	678	21,9
- Outras Atividades de Atenção à Saúde	301	9,7
<b>TOTAL</b>	<b>3.089</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego – RAIS

### 4.3. Geração de Emprego

As atividades do núcleo do Pólo Médico do Recife empregavam em 2002 formalmente 20.792 pessoas. Aproximadamente 56% desse total estava empregado nas atividades de atendimento hospitalar que já havia sido destacado no item anterior pela quantidade média de empregados por estabelecimento. Praticamente empatados em segundo lugar estão os serviços de complementação diagnóstica e terapêutica - constituídos, sobretudo de laboratórios de análise, serviços de diálise e hemoterapia ou quimioterapia - e as empresas classificadas como outras atividades relacionadas à saúde, ambas com uma participação de cerca de 15% dos empregos. (**Tabela 4.8**)

**Tabela 4.8 - Recife: Emprego Formal no Núcleo do Pólo Médico – 2002**

<b>Núcleo do Pólo Médico</b>	<b>Absoluto</b>	<b>(%)</b>
Atividades de atendimento hospitalar	11.726	56,4
Atividades de urgências e emergências	344	1,7
Atividades de atenção ambulatorial	942	4,6
Serviços de complementação diagnóstica e terapêutica	3.309	15,9
Atividades de outros profissionais da saúde	1.246	6,0
Outras atividades relacionadas c/ atenção à saúde	3.225	15,6
<b>Total do Núcleo do Pólo Médico</b>	<b>20.792</b>	<b>100,0</b>

**Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego - RAIS**

Quando se examina na **Tabela 4.9** o total de empregos gerados no núcleo do Pólo para o período de 1996 a 2002, percebe-se uma variação muito tímida nas quantidades registradas pela RAIS, já que comparando os extremos da série verifica-se um crescimento de cerca de 1%. Esse comportamento, como já foi mencionado no item anterior, difere do que foi registrado com relação a quantidade de estabelecimentos criados nesses mesmos anos. Porém notam-se claramente três comportamentos distintos na série analisada. O primeiro que compreende o período entre 1996 e 1998 quando o número de empregados passa de 20.609 para 22.884, ou seja, um aumento de aproximadamente 10% nesses três anos. Já o segundo momento é caracterizado por um forte declínio verificado nos anos de 1999 e 2000, quando este último ano apresenta a menor quantidade de empregos do núcleo, e o terceiro momento que registra uma recuperação entre os anos de 2001 e 2002 voltando a apresentar o mesmo patamar na quantidade de empregados do início da série.

O período de declínio verificado anteriormente no comportamento do emprego pode ser atribuído à conjuntura econômica desse período, já que a partir de 1999 com a desvalorização do Real e uma série de problemas macroeconômicos, a economia nacional e local registraram baixas taxas de crescimento e conseqüentemente, elevações nas taxas de desemprego. De acordo com algumas lideranças da área de saúde entrevistadas para esse trabalho nesse período, os planos de saúde, principais financiadores do Pólo Médico do Recife, perderam uma quantidade razoável de associados. Esse conjunto de fatores levou as empresas do Pólo a passarem por medidas de ajustes, inclusive no que se refere ao seu quadro funcional.

**Tabela 4.9 - Número Total de Empregados do Núcleo do Pólo – 1996/2002**

Ano	Estabelecimentos
1996	20.609
1997	21.475
1998	22.884
1999	22.629
2000	18.834
2001	20.162
2002	20.792

Fonte: MTE – RAIS

Na **Tabela 4.10** a evolução do emprego formal é apresentada de acordo com as atividades que compõem o núcleo do Pólo e dessa forma é possível analisar os comportamentos positivos e negativos por atividade na geração de emprego. As perdas mais significativas no período analisado estão localizadas nas atividades de urgência e emergência, onde mais da metade das vagas desaparecem, e nas atividades classificadas como outros profissionais da saúde com perdas de aproximadamente 30% no número de empregados. As atividades de atendimento hospitalar apresentaram um declínio bem menor, cerca de 5%, o que no entanto não diminui o forte impacto dessa taxa, por ser esse segmento o de maior participação na geração de emprego.

No aspecto positivo as atividades de atenção ambulatorial e de complementação diagnóstica e terapêutica apresentaram um crescimento bastante expressivo no referido período com taxas de 232% e 80% respectivamente. Evidentemente que com relação a atenção ambulatorial, representada em grande parte pelas clínicas, policlínicas e consultórios médicos e odontológicos, apresenta em termos absolutos uma participação

muito pequena no núcleo, o que não se pode dizer em relação as atividades de complementação diagnóstica que apresentam uma quantidade expressiva no número absoluto de empregados.

**Tabela 4.10 - Recife: Evolução do Emprego Formal nas Atividades que Constituem o Núcleo do Pólo Médico - 1996-2002**

Atividades do Núcleo do Pólo	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Valores absolutos</b>							
Atendimento hospitalar	12.393	13.231	13.629	13.529	9.608	11.674	11.726
Urgência e emergência	760	299	480	415	214	315	344
Atenção ambulatorial	284	455	379	682	649	809	942
Complementação Diagn./Terap.	1.843	2.139	2.298	2.327	3.129	3.255	3.309
Outros profissionais da saúde	1.760	2.058	2.031	1.923	2.003	1.271	1.246
Outras ativ. de atenção à saúde	3.569	3.293	4.067	3.753	3.231	2.838	3.225
<b>Núcleo da Cadeia</b>	<b>20.609</b>	<b>21.475</b>	<b>22.884</b>	<b>22.629</b>	<b>18.834</b>	<b>20.162</b>	<b>20.792</b>
<b>Valores relativos</b>							
Atendimento hospitalar	100	107	110	109	78	94	95
Urgência e emergência	100	39	63	55	28	41	45
Atenção ambulatorial	100	160	133	240	229	285	332
Complementação Diagn./Terap.	100	116	125	126	170	177	180
Outros profissionais da saúde	100	117	115	109	114	72	71
Outras ativ. de atenção à saúde	100	92	114	105	91	80	90
<b>Núcleo da Cadeia</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>111</b>	<b>110</b>	<b>91</b>	<b>98</b>	<b>101</b>

**Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego - RAIS**

Como reflexo desse comportamento verificado anteriormente em cada atividade do núcleo, a participação relativa desses segmentos foi alterada no decorrer do período analisado. A **Tabela 4.11** a seguir apresenta os valores percentuais em relação ao total do emprego formal registrado das atividades que constituem o núcleo do Pólo. Dessa forma percebe-se, por exemplo, que as atividades de atendimento hospitalar, consideradas as mais relevantes pela quantidade de empregos gerados, perdem espaço relativo já que em 1996 detinham aproximadamente 60% dos empregos do núcleo e em 2002, essa participação foi reduzida para cerca de 56%.

Outra constatação importante refere-se ao aumento significativo do percentual dos serviços de complementação diagnóstica e terapêutica que duplicaram sua participação relativa. Em 1996 essas empresas eram responsáveis por 8,9% do total do emprego formal e essa participação atingiu 15,9% em 2002. Fato semelhante ocorreu com as atividades de serviços de atenção ambulatorial, formadas por empresas de menor importância relativa na geração de empregos, porém mais que triplicaram sua participação no mesmo período.

Como destaque pelo declínio na participação estão as atividades de urgência e emergência que, provavelmente, passaram a ser incorporadas aos serviços de atendimento hospitalar em lugar de serem exercidas de forma autônoma, e os serviços desenvolvidos por outros profissionais da saúde: de uma participação de 8,5% em 1996, passaram para 6% em 2002.

**Tabela 4.11 - Recife: Participação Relativa das Atividades no Total do Emprego Formal do Núcleo - 1996/2002**

<b>Ativ. Pólo</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Aten. Hosp.	60,1	61,6	59,6	59,8	51,0	57,9	56,4
Urg./emerg	3,7	1,4	2,1	1,8	1,1	1,6	1,7
Aten ambul	1,4	2,1	1,7	3,0	3,4	4,0	4,6
Comp. Dia/te	8,9	10,0	10,0	10,3	16,6	16,1	15,9
Outros prof	8,5	9,6	8,9	8,5	10,6	6,3	6,0
Out.ativ sau	17,3	15,3	17,8	16,6	17,2	14,1	15,6
<b>Núcleo</b>	<b>100,0</b>						

**Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego - RAIS**

Para melhor percepção da importância do conjunto de atividades do núcleo do Pólo Médico na geração de emprego para cidade do Recife, a **Tabela 4.12** apresenta a relação percentual do emprego formal dessas atividades com a PEA - população economicamente ativa e com a população total das cidades do Recife, Fortaleza, Salvador e São Paulo. O que se percebe é que na cidade do Recife as duas relações citadas anteriormente, são maiores em praticamente todas as atividades selecionadas quando comparadas aos resultados das outras capitais em destaque. Mesmo quando se trata do total de empregos formais no conjunto do núcleo, o Recife registra uma participação de 3,15% em relação a PEA que é bem superior às outras capitais e uma participação de 1,43% na população total, também bem acima das outras cidades selecionadas.

**Tabela 4.12 – Relação Percentual Entre o Emprego Formal das Atividades do Núcleo, a População Economicamente Ativa e a População Total nas Cidades do Recife, Fortaleza, Salvador e São Paulo - 2002**

Atividades do Núcleo do Pólo	Recife		Fortaleza		Salvador		São Paulo	
	Emp. Formal / PEA	Emp. Formal / Pop. Tot	Emp. Formal / PEA	Emp. Formal / Pop. Tot	Emp. Formal / PEA	Emp. Formal / Pop. Tot	Emp. Formal / PEA	Emp. Formal / Pop. Tot
Ativid. de atendimento hospitalar	<b>1,77</b>	<b>0,81</b>	0,87	0,39	0,93	0,47	1,55	0,80
Ativid. de atendimento a urg. e emerg.	<b>0,05</b>	<b>0,02</b>	0,01	0,00	0,04	0,02	0,01	0,01
Ativid. de atencao ambulatorial	<b>0,14</b>	0,07	0,12	0,05	0,19	<b>0,10</b>	0,19	0,10
Ativid. de servicos de complem. Diag.	<b>0,50</b>	<b>0,23</b>	0,15	0,07	0,13	0,07	0,14	0,07
Ativid. de outros prof. da area de saude	0,19	<b>0,09</b>	<b>0,20</b>	0,09	0,06	0,03	0,29	<b>0,15</b>
Outras ativid. Relacion. com à saude	<b>0,49</b>	<b>0,22</b>	0,18	0,08	0,41	0,21	0,29	0,15
<b>Total</b>	<b>3,15</b>	<b>1,43</b>	<b>1,53</b>	<b>0,68</b>	<b>1,75</b>	<b>0,89</b>	<b>2,48</b>	<b>1,27</b>

**Fonte: IBGE – Censo 2000 e Estimativas Demográficas 2002; MTE - Rais/Caged 2002**

Analisando-se a questão do emprego na perspectiva que compreende toda cadeia produtiva do Pólo Médico, ou seja, somando-se as atividades do núcleo e dos elos complementares, eram registrados em 2001 cerca de 34,7 mil empregos formais. Esse total é superior em cerca de 4,5% a quantidade registrada em 1996 de 33,2 mil empregos.

Para se analisar mais detalhadamente todos os elos da cadeia a **Tabela 4.13** apresenta de forma desagregada a evolução do emprego entre 1996 e 2001. Inicialmente percebe-se que a soma dos elos complementares registra um crescimento no número de empregos de cerca de 13% entre os extremos da série. Esse comportamento é observado de forma contrária nas atividades que compõem o núcleo do Pólo, fato já analisado anteriormente, ressaltando-se porém que com relação as atividades do núcleo a série estudada vai até 2002.

Ainda com relação aos dados da **Tabela 4.13**, pode-se detalhar o comportamento das atividades que constituem os elos complementares da cadeia, tendo em vista que as atividades que fazem parte do núcleo já foram analisadas anteriormente, classificando-as pelo dinamismo apresentado no período de 1996 a 2001:

- Atividades mais dinâmicas e suas respectivas taxas de crescimento no período:
  - Farmoquímicos – 14,1%

- Comércio atacadista de máquinas, aparelhos e equipamentos – 41,5%
- Comércio varejista de produtos farmacêuticos, médicos – 18,5%
- Planos de saúde – 29,0%
- Consultoria em sistema de informática – 28,4%
- Desenvolvimento em programa de informática – 58,4%
- Banco de dados (informática) – 25,0%
- Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos – 60,4%
- Educação superior – 28,4%
- Educação continuada – 21,6%
- Associações empresariais e patronais – 87,5%

➤ Atividades menos dinâmicas e suas respectivas taxas de crescimento no período:

- Indústria de medicamentos para uso humano – (-25,2%)
- Indústria de material para uso hospitalar – (-187,8%)
- Processamento de dados – (-43,8)
- Educação média – (-69,9%)
- Associações profissionais – (-41,4%)

**Tabela 4.13 - Recife: Evolução do Emprego nas Atividades do Pólo Médico 1996-2001**

<b>Atividades do Pólo Médico</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
<b>Elos Complementares</b>	<b>12.622</b>	<b>12.309</b>	<b>13.957</b>	<b>13.913</b>	<b>13.705</b>	<b>14.553</b>
<u>Indústria Farmacêutica</u>	<u>1.032</u>	<u>1.020</u>	<u>1.001</u>	<u>972</u>	<u>898</u>	<u>815</u>
Farmoquímicos	121	139	177	113	142	141
Medicamento para uso humano	793	833	788	822	723	633
Material p/ uso médico/hosp./odont.	118	48	36	37	33	41
<u>Comércio Atacadista</u>	<u>1.126</u>	<u>1.364</u>	<u>1.438</u>	<u>1.326</u>	<u>1.630</u>	<u>1.298</u>
Farmacêuticos/médicos/ortopédicos	961	1.060	1.143	1.063	1.399	1.016
Máquinas, aparelhos, equipamentos	165	304	295	263	231	282
<u>Comércio Varejista</u>	<u>2.894</u>	<u>3.055</u>	<u>3.152</u>	<u>3.397</u>	<u>3.621</u>	<u>3.550</u>
Farmacêuticos/médicos/ortopédicos	2.894	3.055	3.152	3.397	3.621	3.550
<u>Financiadores e Comp. de Serviços</u>	<u>259</u>	<u>259</u>	<u>246</u>	<u>242</u>	<u>273</u>	<u>365</u>
Planos de saúde	259	259	246	242	273	365
<u>Informática e Software</u>	<u>1.597</u>	<u>1.450</u>	<u>1.619</u>	<u>1.696</u>	<u>1.125</u>	<u>1.566</u>
Consultoria em sistemas de informática	282	188	188	221	200	394
Desenvolvimento programas info.	145	194	232	196	170	349
Processamento de dados	1.155	1.066	1.195	1.242	725	803
Bancos de dados	15	2	4	37	30	20
<u>Manutenção de equipamentos</u>	<u>104</u>	<u>109</u>	<u>121</u>	<u>187</u>	<u>137</u>	<u>263</u>
Manut/repar maq/equip escrit/info.	104	109	121	187	137	263
<u>Organizações educacionais/pesquisa</u>	<u>4.919</u>	<u>4.325</u>	<u>4.914</u>	<u>4.412</u>	<u>4.348</u>	<u>5.071</u>
Educação média e form/tecn/profis	2.032	1.513	2.020	1.477	1.070	1.196
Educação superior	1.575	1.525	1.653	1.720	1.951	2.201
Educação cont/perman/aprend/profis	1.312	1.287	1.241	1.215	1.327	1.674
<u>Associação Profiss/Empres/Classe</u>	<u>691</u>	<u>727</u>	<u>1.466</u>	<u>1.681</u>	<u>1.673</u>	<u>1.625</u>
Empresariais e Patronais	155	211	1.087	1.136	1.149	1.246
Profissionais	536	516	379	545	524	379
<b>Núcleo da Cadeia</b>	<b>20.609</b>	<b>21.475</b>	<b>22.884</b>	<b>22.629</b>	<b>18.834</b>	<b>20.162</b>
Atendimento hospitalar	12.393	13.231	13.629	13.529	9.608	11.674
Urgência e emergência	760	299	480	415	214	315
Atenção ambulatorial	284	455	379	682	649	809
Complementação diagn. e terapêutica	1.843	2.139	2.298	2.327	3.129	3.255
Outros profissionais de saúde	1.760	2.058	2.031	1.923	2.003	1.271
Outras atividades de atenção à saúde	3.569	3.293	4.067	3.753	3.231	2.838
<b>Total</b>	<b>33.231</b>	<b>33.784</b>	<b>36.841</b>	<b>36.542</b>	<b>32.539</b>	<b>34.715</b>

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego – RAIS

Para se analisar espacialmente a geração de emprego dos serviços médicos é possível através dos dados da RAIS observar a evolução dessas informações no período de 1996 a 2001, isolando-as no município, na região metropolitana e no Estado conforme demonstra a **Tabela 4.14**. Os dados evidenciam que no período analisado ocorreu um processo de desconcentração das atividades que constituem os serviços de saúde, no que se refere à participação da Região Metropolitana e também a cidade do Recife. Considerando-se o número de empregos gerados pelo conjunto de atividades (núcleo + elos complementares), observa-se que a Região Metropolitana do Recife perde posição quando passa de uma participação de 82,1% em 1996,

para cerca de 79,2% em 2001. Da mesma forma a cidade do Recife tem sua participação reduzida em aproximadamente 6,6% no mesmo período.

Os números indicam que esse processo ocorreu por um crescimento do setor de saúde em municípios localizados no interior do Estado, com taxas superiores às registradas na Região Metropolitana e na cidade do Recife já que, em termos absolutos a quantidade de empregos aumentou nas três classificações selecionadas. As cidades mais importantes como, por exemplo, Caruaru e Petrolina já possuem serviços de saúde bem estruturados e diversificados. Não se deve, contudo, deixar de mencionar que mesmo com a citada desconcentração no período analisado, ainda são bastante altos os valores registrados na cidade do Recife e conseqüentemente na Região Metropolitana revelando a grande concentração existente nas atividades ligadas direta ou indiretamente aos serviços de saúde.

**Tabela 4.14 - Recife, RMR e Pernambuco: Evolução do Emprego Formal nos Serviços Médicos - 1996-2001**

<b>Emprego Formal</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
<b><u>Valores absolutos</u></b>						
Núcleo do Pólo Médico						
Recife	20.609	21.475	22.884	22.629	18.834	20.162
RMR	23.908	24.790	25.973	26.342	22.659	25.017
Pernambuco	28.624	30.088	31.325	31.507	28.002	30.504
Elos Complementares						
Recife	12.622	12.309	13.957	13.913	13.705	14.553
RMR	14.430	14.309	16.498	16.547	16.684	17.536
Pernambuco	18.055	18.363	20.579	21.440	21.711	23.203
Total						
Recife	33.231	33.784	36.841	36.542	32.539	34.715
RMR	38.338	39.099	42.471	42.889	39.343	42.553
Pernambuco	46.679	48.451	51.904	52.947	49.713	53.707
<b><u>Valores Relativos</u></b>						
Núcleo do Pólo Médico						
Recife	44,2	44,3	44,1	42,7	37,9	37,5
RMR	51,2	51,2	50,0	49,8	45,6	46,6
Pernambuco	61,3	62,1	60,4	59,5	56,3	56,8
Elos Complementares						
Recife	27,0	25,4	26,9	26,3	27,6	27,1
RMR	30,9	29,5	31,8	31,3	33,6	32,7
Pernambuco	38,7	37,9	39,6	40,5	43,7	43,2
Total						
Recife	71,2	69,7	71,0	69,0	65,5	64,6
RMR	82,1	80,7	81,8	81,0	79,1	79,2
Pernambuco	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS-CAGED)**

#### 4.4. Nível de remuneração

O presente item traz algumas considerações a respeito dos níveis salariais praticados nos serviços de saúde do Pólo Médico do Recife. Para tanto foram selecionadas as ocupações mais bem remuneradas inseridas nas atividades que fazem parte do núcleo do Pólo Médico, ou seja, não foram consideradas aqui as ocupações dos elos complementares da cadeia, devido à dificuldade de classificá-las como da área de saúde.

Os dados utilizados na análise são provenientes do Ministério do Trabalho e Emprego – RAIS/CAGED de 2002 e os rendimentos são registrados de maneira global em quantidade de salários mínimos, isto é, representando o total das remunerações recebidas por todas as pessoas empregadas em cada função, de acordo com a classificação brasileira de ocupações. Portanto para obter a remuneração média em cada ocupação, dividiu-se o rendimento total informado pelo número de pessoas empregadas. Ressalta-se ainda que para efeito de comparação, além do Recife, o mesmo procedimento foi realizado para as cidades de Fortaleza, Salvador e São Paulo, motivo pelo qual justifica-se o uso apenas das 20 ocupações mais bem remuneradas visto que, na maioria das vezes, o nível salarial das funções com menores remunerações é mais homogêneo, ou seja, elas não apresentam diferenças de remuneração significativas nas capitais selecionadas. Vale ressaltar que as informações da RAIS referentes às instituições públicas são registradas de forma separada e conseqüentemente os empregos públicos são agrupados isoladamente. Porém em alguns casos as empresas públicas registram suas informações na RAIS de maneira semelhante às empresas privadas justificando-se assim a presença de ocupações classificadas como *funcionário público superior* e *agente de administração pública* entre as funções selecionadas a seguir.

Antes de analisar de forma mais detalhada as ocupações, podem-se comparar de forma agregada os rendimentos auferidos nas atividades ligadas ao núcleo do Pólo, nas quatro capitais citadas anteriormente. Para tanto na **Tabela 4.15** são apresentadas as remunerações médias mensais em número de salários mínimos. Para obter esse resultado foram somados os rendimentos

de todas as ocupações em cada atividade, dividindo-se esse montante pela quantidade de empregos registrados. Para efeito de comparação a tabela apresenta os números de forma absoluta e relativa considerando-se Recife como base. Evidentemente que a cidade de São Paulo, até mesmo pelas disparidades de renda do País, apresenta um patamar de rendimento bem mais elevado que as outras capitais nordestinas selecionadas.

No somatório do núcleo, Fortaleza apresenta o menor rendimento entre as capitais com uma média de 2,7 salários mínimos, seguida pela cidade do Recife com uma média de 3,3 salários que é superada por Salvador em aproximadamente 41%. No que se refere às atividades analisadas de forma isolada, Fortaleza e Recife se alternam com as mais baixas remunerações apresentadas, sendo que a capital do Ceará perde para Recife em quatro das seis classificações adotadas. Chama atenção, no entanto que na principal atividade do núcleo em termos de geração de emprego (atendimento hospitalar) a cidade do Recife registra o menor nível de remuneração quando comparada às demais cidades. De forma contrária os profissionais inseridos na classificação de outras atividades relacionadas com a saúde em Recife, apresentaram remuneração média bem superior a de Fortaleza e cerca de 15% maior que a de Salvador, aproximando-se bastante da média registrada em São Paulo.

**Tabela 4.15 – Remuneração média mensal em salários mínimos das atividades do núcleo do Pólo Médico - Capitais selecionadas – 2002**

Núcleo do Pólo Médico	Recife	Fortaleza	Salvador	São Paulo
	Total	Total	Total	Total
<b>Valores Absolutos</b>				
Ativ. De atend. Hospitalar	2,9	3,0	5,2	7,3
Ativ. De atend. a urgências e emergências	2,4	1,9	2,8	4,2
Atividades de atenção ambulatorial	1,6	2,7	2,5	3,6
Ativid. de serv. de diagnóstico ou terapêuticos	3,0	2,5	2,9	6,4
Ativid. de outros profiss. da área de saúde	1,7	1,6	2,0	3,9
Outras ativ. Relac. com a saúde	6,3	2,8	5,4	6,7
<b>Total</b>	<b>3,3</b>	<b>2,7</b>	<b>4,6</b>	<b>6,5</b>
<b>Valores Relativos - Recife = 100</b>				
Ativ. De atend. Hospitalar	100,0	104,9	182,3	253,5
Ativ. De atend. a urgências e emergências	100,0	81,1	117,5	175,8
Atividades de atenção ambulatorial	100,0	163,0	155,7	222,5
Ativid. de serv. de diagnóstico ou terapêuticos	100,0	85,9	98,9	218,0
Ativid. de outros profiss. da área de saúde	100,0	95,7	118,2	227,7
Outras ativ. Relac. Com à saúde	100,0	43,8	85,6	106,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>82,7</b>	<b>141,4</b>	<b>196,9</b>

Fonte: MTE - RAIS/CAGED – 2002

Para uma análise mais detalhada, a **Tabela 4.16** apresenta a remuneração média das 20 ocupações, selecionadas pelos critérios já citados anteriormente, para as cidades do Recife, Fortaleza, Salvador e São Paulo. É importante ressaltar que em algumas profissões na área de saúde é possível o indivíduo ser registrado em mais de um estabelecimento, ou seja, prestar serviço em mais de uma empresa como, por exemplo, os médicos que muitas vezes atendem em mais de um hospital. Nesse sentido a remuneração média desse profissional pode estar subestimada nos dados apresentados logo a seguir, já que a mesma pessoa pode ter mais de um vínculo empregatício multiplicando-se assim o seu rendimento.

Adicionalmente no final da planilha são destacados os somatórios das remunerações dessas 20 ocupações, das outras categorias não selecionadas e do total das ocupações que fazem parte das atividades relacionadas ao núcleo. Para efeito de comparação as remunerações em Recife foram consideradas como base o que permitiu verificar o comportamento de cada função em relação às outras capitais.

A primeira constatação é de que as remunerações em Recife são inferiores em praticamente todas as 20 ocupações quando comparadas aos resultados de Salvador e evidentemente aos de São Paulo. Mesmo com

relação a Fortaleza, a cidade do Recife apresenta remuneração superior em apenas cinco das 20 ocupações, ressaltando-se que todas as cinco estão no patamar de médio para baixo rendimento.

Os médicos, por exemplo, principais profissionais dos estabelecimentos da área de saúde, de acordo com os dados da RAIS, têm rendimento médio em Recife aproximadamente igual aos de Fortaleza e recebem cerca de metade da remuneração dos médicos de Salvador e São Paulo. Da mesma forma os enfermeiros recifenses têm remuneração inferior em aproximadamente 23% quando comparada aos de Fortaleza e menos da metade em relação aos profissionais de Salvador e São Paulo.

Mesmo nas funções administrativas das empresas do Recife, como é o caso dos Gerentes Administrativos, a remuneração é inferior em 14% comparadas as de Fortaleza, menos da metade das de Salvador e cerca de  $\frac{1}{4}$  do que recebem os gerentes em São Paulo.

Constantemente as pesquisas que tratam sobre o mercado de trabalho no Brasil indicam que Recife registra o menor rendimento médio das pessoas ocupadas nas capitais pesquisadas. Contudo o desnível de rendimento registrado no Recife apresentado na **Tabela 4.16**, mesmo quando se compara a Fortaleza é bem elevado, contrapondo-se inclusive a superioridade relativa do Pólo Médico do Recife em alguns aspectos como, quantidade de leitos, equipamentos e geração de emprego, relatadas em capítulos anteriores. Dessa forma ressalta-se que essa disparidade pode ser proveniente de uma maior oferta de mão-de-obra em relação à demanda local no caso do Recife. Esse fato está baseado na forte presença, de cursos de nível médio e superior voltados para a área de saúde, como já foi destacado anteriormente no item 3.3 do terceiro capítulo desse trabalho.

**Tabela 4.16 - Comparação entre a remuneração média mensal por ocupação nos serviços médicos em salários mínimos de Recife e capitais selecionadas Dezembro de 2002**

Classificação Brasileira de Ocupação	Recife		Fortaleza		Salvador		São Paulo	
	Remuneração o méd. Mensal em sal. Mínimos	Recife = 100	Remuneração o méd. mensal em sal. mínimos	Fortaleza / Recife	Remuneração o méd. mensal em sal. mínimos	Salvador / Recife	Remuneração o méd. mensal em sal. mínimos	São Paulo / Recife
Funcionários públicos superiores	9,98	100	0,00	0	7,17	72	18,36	184
Médicos	7,27	100	7,26	100	13,98	192	14,59	201
Agentes de administração publica n/clas	6,60	100	0,00	0	1,56	24	3,06	46
Gerentes administrativos e assemelhados	6,28	100	7,18	114	14,87	237	25,43	405
Farmacêuticos	6,08	100	6,46	106	11,51	189	10,37	171
Enfermeiros	5,41	100	6,62	123	12,35	228	12,96	240
Chefes intermediários administrativo	5,30	100	4,49	85	9,33	176	9,93	187
Nutricionistas e trabalhos assemelhados	4,75	100	5,61	118	10,62	224	9,07	191
Assistentes sociais	4,46	100	4,94	111	7,95	178	8,45	189
Bacteriologistas farmacologistas e trab. Assem.	4,27	100	6,15	144	11,41	267	10,38	243
Chefes interm. Administ,contab finanças	3,67	100	5,01	137	10,80	294	9,28	253
Cirurgiões dentistas	3,66	100	5,62	153	12,71	347	10,04	274
Psicólogos	3,64	100	5,90	162	9,68	266	7,55	207
Tec. Em desenh tec e trab. Assem.	3,63	100	3,79	104	5,71	157	6,89	190
Operadores de equip. Médicos e odontologicos	3,60	100	3,82	106	4,97	138	5,78	161
Auxil. de contabilidade,caixas e trab. Assemelhado	3,42	100	2,72	80	4,33	127	6,03	176
Terapeutas	3,35	100	3,77	113	4,69	140	8,84	264
Condutores de autom. Ônibus veic. similares	3,14	100	2,55	81	2,83	90	4,42	141
Trab. serv. contab caixas trab. Assem.	3,00	100	2,63	88	3,61	120	5,90	197
Operadores de maq. De proces. Autom. de dados	2,97	100	2,53	85	3,26	110	4,48	151
<b>Total das 20 maiores categ. Selecionadas</b>	<b>6,50</b>	<b>100</b>	<b>5,55</b>	<b>85</b>	<b>6,95</b>	<b>107</b>	<b>10,98</b>	<b>169</b>
<b>Outras categorias</b>	<b>2,11</b>	<b>100</b>	<b>2,08</b>	<b>99</b>	<b>3,27</b>	<b>155</b>	<b>5,09</b>	<b>241</b>
<b>Total Geral</b>	<b>3,29</b>	<b>100</b>	<b>2,72</b>	<b>83</b>	<b>4,64</b>	<b>141</b>	<b>6,47</b>	<b>197</b>

Fonte: MTE – RAIS 2002

A análise feita a partir de dados fiscais e de geração de emprego e renda para os serviços de saúde no Recife, nos leva a confirmar inicialmente a importância econômica desse setor tanto para a esfera municipal com estadual. Os dados revelaram também que recentemente esses serviços registraram um acentuado crescimento no número de estabelecimentos de saúde, no período estudado, no entanto, esse crescimento não foi registrado de forma similar no que se refere a quantidade de empregos, já que as taxas, nesse caso, foram mais modestas inclusive com o ano 2000 apresentando um declínio no número de empregados do núcleo do Pólo. As informações ressaltaram ainda que apesar do destaque em termos de estrutura dos estabelecimentos e da geração de emprego, a remuneração média mensal das ocupações inseridas no núcleo do Pólo Médico do Recife são em sua maioria inferiores a das outras capitais selecionadas nesse TCM, ocasionadas provavelmente de uma maior oferta de mão-de-obra em relação à demanda local.

## 5. Considerações Finais

Como se assinalou, o estudo apresentado está voltado para a identificação dos fatores relevantes que impulsionaram os serviços de saúde no Recife e para seus impactos sobre a economia local. Para isto considerou-se necessário examinar sua estrutura, dimensão e as relações entre o núcleo do Pólo e seus elos complementares.

No que se refere aos fatores que seguramente influenciaram o surgimento, nas últimas décadas, desse Pólo, não se pode deixar de considerar a presença das instituições de formação de pessoal vinculado aos serviços médicos no Recife. A existência das escolas de medicina e enfermagem, e de outras instituições certamente ofereceram as pré-condições para a presença do Pólo Médico. Não se pode deixar de considerar, também, entre essas influências o processo mais geral pelo qual passaram no País, os serviços médicos e, em particular, o processo de mercantilização associado ao surgimento de um complexo conjunto de instituições que deram suporte à consolidação dos serviços privados de saúde, em todo País, sobretudo, nos grandes aglomerados urbanos.

Mais recentemente, a fase mais favorável para a população, do processo de estabilização monetária (plano real), possibilitou, no Recife e em vários grandes centros urbanos nacionais, a migração de parcela da população dos serviços públicos de saúde – que sofreram um processo de deterioração na qualidade – para os serviços privados, através das várias modalidades de seguros de saúde, o que repercutiu significativamente na oferta de mais serviços, até o final dos anos 90, quando a renda e o emprego passaram a apresentar desaceleração e declínio.

Não obstante as dificuldades pelas quais vem passando nesta fase mais recente, o Pólo Médico do Recife, aproveitando as condições favoráveis anteriormente referidas, consolida-se com uma estrutura muito complexa, com um núcleo que se irradia por diferentes atividades, tanto as voltadas para os serviços, como para as atividades comerciais, e para a indústria.

Os dados que foram obtidos mostraram a dimensão do Pólo, seus núcleo e os elos complementares, e o papel relevante que ele desempenha na geração de emprego e renda e no impacto sobre os fornecedores de insumos, equipamentos e serviços. Além das relações com as instituições de apoio.

Foi dado destaque no trabalho à importância relativa do Pólo Médico do Recife, na comparação com outros centros urbanos relevantes. Ficou patente, através de alguns indicadores, a posição do Pólo no Recife, e o peso relativo maior que ele tem quando se consideram indicadores como população e população economicamente ativa em relação ao número de empregos e estabelecimentos do núcleo do Pólo.

Na análise apresentada, ao lado dos dados quantitativos, as informações qualitativas obtidas através de entrevistas com os dirigentes das empresas e especialistas ficou patente, também, o perfil empresarial moderno de grande parte das unidades de serviços, notadamente, as unidades hospitalares, os laboratórios e de parcela dos estabelecimentos de atenção ambulatorial: empreendedorismo, planejamento estratégico e ferramentas modernas de gestão estão presentes nesses segmentos.

Ao lado disso, a necessidade de atualização tecnológica, como forma de alcançar maior poder de competição, está presente. Há, ainda, de acordo com as entrevistas, políticas de capacitação de recursos humanos, políticas de negociações com fornecedores que inclusive fomentaram novas formas de relacionamento entre as operadoras de planos de saúde e os estabelecimentos da área médica. Como já foi citado anteriormente, esse último processo vem resultando gradativamente na redução do custo de alguns tratamentos de saúde através do barateamento de insumos e matérias-primas utilizadas no atendimento aos pacientes.

As informações coletadas no que se refere à dinâmica recente do Pólo Médico, evidenciaram ainda três períodos distintos no que se refere principalmente a geração de emprego. No início da série estudada, destaca-se uma expansão do núcleo do Pólo, entre 1996 e 1998, posteriormente uma fase

intermediária de declínio entre 1999 e 2000, e um movimento de recuperação nos últimos anos da série considerada.

No entanto, o que se percebe mais claramente é que, os fatores anteriormente assinalados possibilitaram a implantação, no Recife, de um conjunto de serviços médicos privados, que tiveram, segundo os indicadores apresentados, impactos relevantes na geração de renda, emprego e que, sobretudo no que se refere às unidades mais significativas do núcleo do Pólo, se transformaram em empresas nas quais estão presentes instrumentos e formas de gestão modernas e uma boa estrutura no que diz respeito ao grau tecnológico adotado e à formação dos recursos humanos inseridos nesses estabelecimentos. É necessário, no entanto, que esse referido potencial possa ser utilizado através de estratégias adequadas no sentido de que se atinja um estágio mais avançado, exigido na concepção de um *cluster* propriamente dito.

## Referências Bibliográficas

---

### Livros e Periódicos

AMORIM, Mônica Alves. “Clusters” Como Estratégia de Desenvolvimento Industrial no Ceará. Banco do Nordeste. Fortaleza. 1999.

BHALLA, A. S. The Role of Service in Employment Expansion. In: Third World Employment Problems and Strategy – Selected Readings. Jolly, Richard; Kadt, Emanuel; Singer, Hans; Fiona, Wilson. Penguin. Baltimore. 1973.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente. Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia-FACEPE. O Setor Terciário de Pernambuco: Um Estudo Exploratório. Recife, 2002 (versão preliminar)

GUIMARÃES NETO, Leonardo. In Evolução, Concepção e Estrutura do Terciário: Notas de Leituras. Cadernos de Estudos Sociais da FUNDAJ (Vol.19, n.1, jan./jun., 2003). Recife. 2003

GUTIERREZ, Regina Maria V. e ALEXANDRE, Patrícia Vieira M. Complexo Industrial da Saúde: Uma Introdução ao Setor de Insumos e Equipamentos de Uso Médico. BNDES Setorial. Rio de Janeiro. Nº 19, p. 119-155. mar. 2004

LIMA, João Policarpo R. et alii. O Pólo Médico do Recife: Cadeia de Valor, Desafios e Oportunidades. Editora Universitária da UFPE. Recife. 2004

MELO, Hildete Pereira et alii. O Setor Serviços no Nordeste – Emprego e Renda – 1985/1995. Banco do Nordeste. Fortaleza. 1997.

MELO, Hildete Pereira et alii. O Setor Serviços no Brasil – Uma Visão Global – 1985/1995. Texto para Discussão Nº 549 IPEA. Brasília. 1998.

NEGRI, Barjas e GIOVANNI, Geraldo Di. Brasil: Radiografia da Saúde. UNICAMP. Campinas. 2001

OFFE, Claus. O Crescimento do Setor d Serviços. In Capitalismo Desorganizado. Editora Brasiliense. São Paulo. 1989

OLIVEIRA, Francisco de. O Terciário e a Divisão Social do Trabalho. In: Estudos Cebrap. São Paulo. Vozes. S/ data.

ROLIM, Francisco S. Cartaxo e MELO, Lúcia C. Pinto de. Novo Ciclo de Investimentos e Inovação Tecnológica no Nordeste: O Setor de Serviços de Saúde nos Estados de Pernambuco e Piauí. Banco do Nordeste. Fortaleza. 2001.

SCHWARTZMAN, Jacques. Economia Regional – Textos Escolhidos. Cedeplar/Cetrede-Minter. Belo Horizonte. 1977.

### **Sites**

IBGE - <http://www.ibge.gov.br>– Estatísticas da Saúde – Assistência Médico-Sanitária – 2002. Rio. IBGE. 2003

DATASUS/MS - <http://www.datasus.gov.br>– Informações da Saúde – 2002

CREMER - <http://www.cremer.com.br>

WHITE MARTINS - <http://www.whitemartins.com.br>

### **Bases de Dados Consultadas**

RAIS/MTE – 1996/1997/1998/1999/2000/2001/2002

CAGED/MTE – 1996/1997/1998/1999/2000/2001/2002

## Lista de Entrevistas

---

Dr. Aníbal Valença – GREMES

Sr. Junior Amorim – ENDOCENTER

Sr. Roberto Lima – ENDOCENTER

Sr. Daniel Cassundé – INTERMEDFARMA

Sr. Armando Guerra – TMED<sup>22</sup>

Sr. Luiz Patrício – DIAGNOR/ENDOVIEW<sup>23</sup>

Sr. João Jeronimo B. Coutinho – PURILAV Lavanderia

Profa. Ana Cristina de Almeida Fernandes – UFPE

---

<sup>22</sup> Entrevista realizada pela Profa. Ana Cristina de Almeida Fernandes

<sup>23</sup> Entrevista realizada pela Profa. Ana Cristina de Almeida Fernandes