



Clínicas Populares de Saúde a partir da perspectiva de empresários e de representantes da classe médica

Popular Health Clinics from the perspective of businesspeople and representatives of the medical profession


Marina do Nascimento Sousa^a

 <http://orcid.org/0000-0001-7652-444X>
E-mail: marinasousa20@gmail.com


Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira^a

 <http://orcid.org/0000-0001-8053-7972>
E-mail: oliveira.bruno@ufma.br


Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves^a

 <http://orcid.org/0000-0002-4806-7752>
E-mail: mtssb.alves@ufma.br

Lucas Salvador Andrietta^b

 <http://orcid.org/0000-0001-5848-611X>
E-mail: lucasandrietta@gmail.com

Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho^a

 <http://orcid.org/0000-0003-1180-1586>
E-mail: ruth.britto@ufma.br

^a Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil.

^b Universidade de São Paulo (USP). Instituto de Estudos Avançados (IEA). São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Este artigo pretende compreender a perspectiva de empresários de Clínicas Populares de Saúde (CPS) e representantes da classe médica sobre serviços ofertados pelo setor; impactos decorrentes da pandemia covid-19; e futuro do mercado de trabalho médico. Trata-se de pesquisa qualitativa, da área de saúde coletiva, com enfoque nas representações sociais. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, entre março e julho de 2021, com quatro empresários locais e três representantes de classe médica de uma cidade da região Nordeste do Brasil. As CPS ofertam serviços assistenciais restritos a consultas e exames e com estratégias de lógica financeirizada; se apresentam como “alternativa” ao SUS, uma suposta “lacuna” entre planos de saúde privados e serviços públicos, e como “novo” trabalho médico. As empresas ofertam consultas com especialistas a preços “populares” e sem fila de espera. A assistência prestada é restrita e os profissionais não têm garantia de direitos trabalhistas. Para os entrevistados, o acesso à saúde representa acessibilidade geográfica e temporal de serviço a preço reduzido. O direito universal à saúde e princípios do SUS são confrontados com a defesa da autonomia dos clientes e dos profissionais visando suas necessidades: saúde e trabalho.

Palavras-chave: Assistência Ambulatorial; Especialidades Médicas; Setor Privado; Pandemia Covid-19.

Correspondência

Marina do Nascimento Sousa
Via I Quadra H, Parque La Ravardiere, Alto do Calhau, Casa 60.
São Luís, MA, Brasil. CEP 65071-715.

Abstract

The objective is to understand the perspective of entrepreneurs from Popular Health Clinics (CPS) and representatives of the medical profession on services offered by the sector; impacts resulting from the covid-19 pandemic; and future of the medical job market. This is qualitative research, in the area of collective health, focusing on social representations. Semi-structured interviews were carried out, between March and July 2021, with four local businesspeople and three representatives of the medical profession from a city in the northeast region of Brazil. CPS offer assistance services restricted to consultations and exams and with financialized logic strategies. The CPS are presented as an “alternative” to the SUS, a supposed “gap” between private health plans and public services, and as a “new” medical work. Companies offer consultations with specialists at “popular” prices and without a waiting list. The assistance provided is restricted and professionals have no guarantee of labor rights. For those interviewed, access to healthcare represents geographic and temporal accessibility of services at a reduced price. The universal right to health and SUS principles are confronted with the defense of the autonomy of clients and professionals targeting their needs: health and work.

Keywords: Ambulatory Care; Medical Specialties; Private Sector; Covid-19 Pandemic.

Introdução

O sistema de saúde brasileiro pautado na Constituição Federal de 1988 (CF)¹ define saúde como bem público, direito de cidadania e dever do Estado, e está organizado como um Sistema Único de Saúde (SUS), com ações e serviços mantidos pelo Poder Público. A Constituição reconhece a participação do setor privado na gestão e na prestação de serviços para o SUS, gerando um conjunto de interações público-privadas e de articulações entre instituições com distintas lógicas de atuação. Organizações privadas, com ou sem fins lucrativos, podem cumprir funções terceirizadas pelo SUS ou pagos por desembolso direto; há, ainda, o mercado de seguros de saúde privados que concentra recursos assistenciais, acentuando desigualdades entre diferentes grupos populacionais e regiões do país (Bahia, 2009; Giovanella et al., 2018; Paim et al., 2011). Nesse contexto, os usuários transitam entre esses serviços e a capacidade de pagamento amplia facilidades ou dificuldades de acesso; os profissionais de saúde podem atuar em diferentes serviços, constituindo múltiplos vínculos de trabalho.

Nas últimas décadas, observou-se investimentos do setor privado em um modelo de clínicas com consultas médicas especializadas denominadas Clínicas Populares de Saúde (CPS) (Almeida et al., 2018; Campos et al., 2023; Ferreira et al., 2019; Godoy, 2015; Jurca, 2018; Lapa 2014; Soares, 2018; Victalino, 2004; Violante, 2021). São empresas médicas para atendimento ambulatorial que ofertam consultas, exames e procedimentos médico-cirúrgicos de média complexidade, com finalidade diagnóstica, a preços ditos populares e pagos por desembolso direto.

O acesso ao serviço ocorre por demanda direta dos usuários (CFM, 2018) ou por encaminhamento informal dos pacientes (das CPS e/ou do serviço público) por médicos que têm uma dupla vinculação, atuando nos serviços público e privado (Campos, 2023; Victalino, 2004). O perfil da clientela das CPS é formado por pessoas com renda das classes C e D (Jurca, 2018; Lapa, 2014).

Após a crise política e econômica de 2014-2015, o crescimento das CPS também tem sido associado

1 Constituição da República Federativa do Brasil: originalmente publicado no *Diário Oficial da União*, de 5 de outubro de 1988.

à inclusão de outros segmentos de consumidores: pessoas que perderam a posse de seus planos de saúde financiados por seus empregadores (Lapa, 2014; Russo et al., 2020). A sobreposição de crises impôs um conjunto de desafios ao Brasil e a adoção de políticas de ajustes econômicos teve como reflexo o aumento do desemprego com impactos no setor saúde (Pochmann, 2015).

As CPS vêm se expandindo em todas as regiões do Brasil com um modelo-padrão de serviços ambulatoriais. Em termos de localização, inicialmente situavam-se nos bairros centrais com grande circulação de pessoas e intenso movimento comercial. Atualmente, deslocam-se também para bairros de classe média e *shopping centers* (Campos et al., 2023; Jurca, 2018). Tal expansão levou o Conselho Federal de Medicina (CFM) a disciplinar seu funcionamento, consoante Resolução nº 2.170, em vigência desde 2018. A princípio, a norma vetava a divulgação de anúncios publicitários com indicação de preços de consulta e formas de pagamento, pois era considerada prática de concorrência desleal, de comércio e captação de clientela. Contudo, em 2019, os dispositivos que proibiam essas condutas foram revogados, viabilizando práticas de outros segmentos comerciais nesse setor da saúde.

No Brasil, a organização e o funcionamento das CPS têm despertado interesse em diferentes áreas de conhecimento: saúde coletiva (Campos, 2023; Jurca, 2018; Victalino, 2004), economia (Lapa, 2014), geografia (Godoy, 2015) e administração (Almeida et al., 2018; Ferreira, et al., 2019; Soares, 2018). Parte da produção acadêmica avalia positivamente esse modelo como *case* de sucesso (Almeida et al., 2018; Godoy, 2015; Lapa, 2014; Victalino, 2004). Tais ideias se sustentam no pressuposto de que há uma insuficiência, em termos quantitativos e qualitativos, de serviços públicos de saúde, responsável por criar vazios assistenciais e uma demanda reprimida. Essa visão corrobora o discurso de senso comum de que a crise político-econômica, ocorrida no país na última década, representou uma “oportunidade” de ampliação do setor privado que passa a ocupar um suposto espaço deixado pelo Estado.

As análises sobre as características das CPS e sua relação com o SUS oscilam entre as que defendem sua contribuição para a assistência, reduzindo a demanda reprimida das “lacunas” deixadas pelo SUS (Almeida et al., 2018; Ferreira et al., 2019; Godoy, 2015; Lapa, 2014; Soares, 2018; Victalino, 2004;), e as que consideram que tal modelo assistencial não atende às necessidades da população, devido à sua lógica comercial, pouco resolutiva em termos assistenciais (Campos et al., 2023; Jurca, 2018; Russo et al., 2020).

Neste artigo busca-se compreender a perspectiva de empresários de CPS e de representantes da classe médica, de uma cidade do Nordeste, sobre serviços ofertados por tais empresas. Os impactos decorrentes da pandemia de covid-19, assim como suas expectativas sobre o futuro do mercado de trabalho médico, também fazem parte desta análise que pretende contrastar suas representações de saúde a outras que estão presentes na definição constitucional do direito à saúde e dos princípios e diretrizes organizativas que orientam o funcionamento do SUS.

Métodos

Pesquisa qualitativa, da área de conhecimento da saúde coletiva, vinculada a um projeto multicêntrico intitulado “Como a atual crise reconfigura o sistema de saúde no Brasil? Um estudo sobre serviços e força de trabalho em saúde nos estados de São Paulo e Maranhão”, coordenado pela Queen Mary University of London (QMUL), Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Para conhecer o número de empresas, intituladas como CPS, inicialmente foi realizada consulta ao Conselho Regional de Medicina (CRM) e ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)². Foram encontradas diversas categorias para designar empresas de saúde (centro de especialidades, policlínicas, ambulatório especializado), mas não foi encontrada CPS como categoria para identificar um tipo específico de empresa; portanto, não foi possível conhecer o número dessas empresas em funcionamento na cidade investigada.

2 Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 3 jul. 2023.

Outra estratégia metodológica consistiu no envio de convites (por e-mail) para participação na pesquisa às empresas que se intitulavam como CPS e às representações das classes médicas. Não houve respostas dos empresários. Diante dessa dificuldade, foi realizado contato com cinco empresários, por intermédio de redes de relações profissionais e pessoais dos pesquisadores. Apenas um dos empresários não aceitou participar formalmente da pesquisa.

Participaram do estudo quatro empresários de CPSs e três representantes de organizações médicas: o Conselho Regional de Medicina (CRM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Sindicato dos Médicos. A seleção dos participantes foi pautada pelas posições privilegiadas desses sujeitos na tomada de decisões, seja em relação ao próprio negócio, seja no âmbito da regulação/normatização das empresas.

Em termos de local de estudo, uma cidade do Nordeste é a designação genérica adotada para garantir o anonimato dos participantes. Essa postura metodológica está baseada no compromisso ético de preservar a identidade de pessoas que fazem parte de um grupo social muito restrito na cidade em estudo e, por isso, facilmente identificáveis. Com relação às características locais, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³ informam que 38,8% da população têm rendimento mensal *per capita* de até meio salário mínimo; no âmbito da saúde, a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) é abaixo de 50%⁴.

Foram realizadas entrevistas individuais a partir de um roteiro semiestruturado, no período de março a julho de 2021, de modo presencial ou *on-line*, com data e horário pactuado com os participantes. Foram gravadas em áudio ou audiovisual, com duração média de 1 hora e 30 minutos. As entrevistas foram precedidas pela aplicação de um questionário sócio demográfico, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os entrevistados foram denominados como empresários ou representantes, seguido de uma numeração.

Em termos teórico-metodológicos, a compreensão da visão de mundo deste grupo específico teve como suporte a noção de representações sociais (Adam; Herzlich, 2001; Deslandes, 2002; Herzlich, 2005).

Em estudo acerca da “utilidade” do conceito de representação social na saúde, esta é definida como um modo de pensamento relacionado à ação, que fundamenta as categorias cognitivas e suas respectivas relações de sentido. A representação social pode ser vista também como atributo de grupos sociais que podem identificar-se, perceber-se, aliar-se ou rejeitar-se por meio de representações. Desse modo, buscamos compreender a perspectiva de um grupo social de forma a obter acesso às suas concepções, valores e práticas em torno da noção de saúde e de sua relação com o social (Herzlich, 2005). Em outras palavras, trata-se de “categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a” (Minayo *apud* Deslandes, 2002, p. 40). Esse código partilhado coletivamente orienta condutas individuais remete a uma ordem social, mas também contribui para construí-la.

Os empresários locais e os representantes médicos apresentam propriedades sociais próximas, com influências recíprocas de suas posições no espaço social. Com esse olhar, suas narrativas foram analisadas, sem perder de vista as relações de aliança, cooperação e concorrência estabelecidas internamente entre os agentes sociais investigados.

Resultados

Os entrevistados são do gênero masculino e atuavam como médicos, administradores de empresas ou professores universitários. Em relação à faixa etária, os empresários estavam na faixa de 30 e 50 anos e os representantes médicos entre 50 e 70 anos.

Os relatos dos entrevistados foram agrupados em seções que abordam diferentes temporalidades. Na subseção “Clínicas Populares ou para os pobres: antes e hoje”, buscou-se apresentar modelos assistenciais que, na visão de empresários, inspiraram o modelo atual e também os argumentos que sustentam a ideia

³ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-luis/panorama>. Acesso em: 3 jul. 2023.

⁴ MS, Ministério da Saúde. E-gestor (sistema de informação e gestão da Atenção Básica). Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 3 jul. 2023.

das CPS como alternativas ao SUS. Em “Características do modelo assistencial”, são abordados desde o tipo de serviço ofertado, a localização, formas de fidelização da clientela até as diferenças entre as empresas. Em “Pandemia de covid-19, telemedicina e expectativas de expansão”, trata-se dos impactos causados na oferta de serviços, os prejuízos e as novas perspectivas decorrentes da pandemia. Por fim, em “Trabalho médico: a engrenagem do negócio”, discutem-se as formas de recrutamento e admissão dos profissionais, a flexibilidade da jornada de trabalho e a remuneração desvinculada de direitos trabalhistas. As perspectivas desse grupo são analisadas tendo como pano de fundo as tensões entre concepções de saúde como bem de consumo e/ou como bem coletivo de direito universal.

Clínicas Populares ou para pobres: antes e hoje

No relato de empresários, as atuais clínicas teriam sido inspiradas em propostas assistenciais realizadas por médicos, atuantes em bairros distantes ou cidades do interior do estado, que ofertavam consultas mais baratas aos que não podiam pagar os valores de mercado. Hoje em dia, o modelo de negócio das CPS mantém um atendimento que adiciona conforto a um custo acessível ao cliente.

[...] Naquela época, tinha pequenas clínicas, mas de forma bem incipiente, um negócio muito [...]. O médico que era o dono da clínica, ele atendia mais barato no bairro [...] a gente queria dar um acesso a essa população que só tinha o SUS, dar uma saúde a custo mais baixo, mas com um modelo de clínica em que ele tem ar-condicionado. Então, era necessário um negócio diferente”. [Empresário 2]

Outra experiência considerada embrionária dos serviços das CPS está relacionada aos mutirões de saúde, isto é, ações itinerantes de médicos de várias especialidades para um atendimento pontual à população carente.

[...] Na Santa Casa de Misericórdia de Santos/São Paulo, se fazia esse atendimento [...] à população carente de lá que buscavam e não tinham esse atendimento do SUS. Então, iniciamos [...], na década de 1990, um trabalho assistencial [...] a gente

levava médicos para o interior do estado, em forma de mutirões de saúde. Em dado momento, foi quando a gente começou a realizar estruturas para poder atender esses pacientes aqui na cidade. [Empresário 3]

A despeito das diferenças entre as propostas anteriores e atuais, o trabalho assistencial de dar acesso à saúde para população que só tem o SUS parece se configurar um elemento de continuidade entre tais modelos. Outros argumentos também são elencados no rol de explicações para o surgimento das CPSs, entre eles estão: o reduzido número de médicos por habitante no estado, a carência de médicos especialistas nos serviços públicos e a baixa cobertura da atenção primária.

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

Na perspectiva do representante médico, as CPSs se equilibram em dois pilares: a incapacidade do SUS de atender à demanda a tempo e de modo eficiente e a disponibilidade de pessoas que não têm condições financeiras de manter o plano de saúde, mas que eventualmente podem pagar consultas a preços baixos. Nesse caso, o entrevistado se refere a um vazio que é preenchido pelas CPSs, por meio da oferta direta de acesso aos serviços especializados.

[...] para atender aquele segmento de pessoas que não têm condições de pagar um plano de saúde, mas que acham o atendimento no SUS ruim, seria uma forma intermediária, [...] de atender a população, dar um pouco mais de qualidade a um custo mais acessível. [Representante 2]

[...] 10 anos atrás, surgiram alguns cases [em português, casos] no Brasil. Foi justamente quando a gente teve aquela crise econômica, coincidiu com um processo que teve muita perda de plano de saúde por parte de quem tinha plano de saúde. Aí, surgiram alguns cases que tinham fundos de investidores por trás e eles tinham uma mídia enorme a nível Brasil. [Empresário 2]

No âmbito nacional, o crescimento das CPSs está associado à crise econômica da década passada,

ao aumento do desemprego e à consequente redução da adesão aos planos de saúde. Na perspectiva de empresários, a crise representou uma oportunidade de crescimento desse tipo de negócio, inclusive com investimentos de capital externo. No período da pesquisa (2020-2021), foi observado, na cidade investigada, o crescimento do número de CPSs e sua expansão da região do centro para *shopping centers* e bairros de classe média.

Características do modelo assistencial

As principais características das CPSs são a oferta do serviço ambulatorial com diversas especialidades médicas e atendimento sem fila de espera. Essas características são apresentadas como um apelo, na estratégia de captação de clientela.

[...] não tem que marcar, pois não tem fila... e o preço é mais barato [...] daí o nome clínica popular [...] tem várias, todos os bairros contemplados, acho que distribuíram para a cidade toda. [Representante 1]

Com o aumento da concorrência no mercado, os empresários adotaram outras estratégias para atrair a clientela: diversificação das consultas (especialidades e subespecialidades médicas) e das formas de pagamento direto (cartão de crédito, cartão fidelidade etc.); *call center* para agendamento de consulta e exames; propagandas nas redes sociais; etc. A ampliação do leque de ofertas de especialidades foi um atrativo para a clientela, que recorre ao serviço de modo pontual.

A elevada demanda por consultas especializadas e a reduzida oferta de médicos especialistas são apontadas por empresários como uma característica da disputa ocorrida entre as CPSs pela contratação de tais profissionais, resultando na alta rotatividade de médicos.

[...] é o turnover [em português, rotatividade]. É um atendimento de momento que o paciente sabe que talvez só vai ver aquele médico aquela vez e o paciente não se preocupa em se vincular. A recorrência acaba sendo pequena nessa estratégia de Clínica Popular. Então, acaba que a Clínica Popular, aqui, ela não resolve como um todo o problema da pessoa, porque ela é falha no diagnóstico, ela falha quando você

precisa de algo mais que só a consulta médica.
[Empresário 1]

O *atendimento de momento* é outra característica das CPS que apresenta limitações em termos de resolutividade. Se o *problema* do cliente se resume a uma consulta médica pontual, sua necessidade foi atendida, caso contrário, não. A prevenção de doenças ou promoção de saúde não são vistas como rentáveis, daí os investimentos na consulta médica especializada.

[...] o atendimento hospitalar ou ambulatorial ou assistência médica, não resolve a saúde de ninguém. Tem que ter todas aquelas variáveis que são básicas [...]. Então, se uma clínica popular for promover saúde, prevenir doenças ela estaria melhorando muito mais a saúde da população do que simplesmente assistência médica. [Representante 2]

Com relação à clientela, a proposta não é apenas de captação, mas também de fidelização. Uma estratégia é a oferta de um cartão de descontos, que reduz o preço das consultas, mediante o pagamento de uma taxa mensal pré-fixada. Segundo um empresário, o “desconto” não era vantajoso, mas, ao contrário, abusivo.

[...] a gente vê hoje oferecendo aí cartões de R\$ 30,00 [...] A pessoa paga pensando que vai ter direito à consulta. Chega lá [nas CPSs] é o desconto e a pessoa acaba se sentindo prejudicada. Isso não é uma forma ética de trabalhar, conforme o código de ética do CRM. [Empresário 3]

A pesquisa constatou divergências entre os empresários, inclusive com críticas ao modelo de oferta de serviços e às estratégias de captação da clientela. Tais diferenças fazem parte do jogo da concorrência entre empresários, no entanto, as semelhanças, baseadas em valores e visões de mundo, são maiores.

Foram identificadas diferenças entre as empresas, seja em termos do número de unidades de serviços, da oferta de especialidades (e subespecialidades) médicas e exames, seja nas formas de comunicação com os usuários. As empresas maiores têm várias unidades (matriz e filiais), indicando crescimento da marca e um modelo de negócio em expansão. Um *call center* para marcação de consultas também fornece um

feedback para a empresa dos atendimentos realizados, incluindo a categoria “satisfação” do cliente, vista como um indicativo do desempenho do serviço ofertado (atendimento rápido, ambiente climatizado, oferta de especialidades e subespecialidades, descontos em exames). As empresas de menor porte contam com apenas uma unidade de atendimento e a disputa pela clientela é realizada por divulgadores autônomos, distribuindo panfletos no centro da cidade e nos

bairros periféricos. Em termos de oferta de consultas médicas, em ambos os tipos de empresas se encontram as seguintes especialidades: cardiologia, clínica geral, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e urologia.

No Quadro 1, apresenta-se uma síntese comparativa entre dois tipos de CPS identificados na pesquisa, denominadas de maior e menor porte.

Quadro 1 – Características, formas de organização e atuação das CPS

Diferenças entre Clínicas Populares de Saúde	
Maior porte	Menor porte
Localização	
Grande circulação comercial e de transporte público, situados em bairros populosos. As de maior porte também se localizam em <i>shopping centers</i> .	
Infraestrutura	
Clínicas amplas, situadas em bairros populares e de classe média	Casas adaptadas situadas em bairros populares
Unidades de atendimento	
Mais de uma unidade de atendimento (sede ou matriz com filiais)	Uma unidade de atendimento (sem filiais)
Tipo de serviço	
Especialidades e subespecialidades ⁵ médicas	Especialidades médicas
Exames	
Rede própria ou terceirizada com empresas parceiras	Não realizam ou terceirizam esses procedimentos
Trabalho médico	
Demanda maior de serviços médicos especializados	Demanda menor de serviços médicos especializados
Público-alvo ⁶	
Classes B, C e D	Classes C e D
Captação da clientela	
Redes sociais e <i>call center</i>	Preços abaixo da concorrência (promoções) e cartão de desconto. Distribuição de panfletos por divulgadores autônomos
Formas de pagamento	
Cartões de crédito e pagamento à vista	

5 A subespecialidade é uma área específica dentro de uma especialidade médica.

6 A delimitação das classes A, B, C e D foi citada pelos entrevistados, denominando o público atendido nas CPS.

Pandemia de covid-19, telemedicina e expectativas de expansão

Se o cenário social, político e econômico possibilitou que tais empresas ampliassem sua atuação no mercado, a pandemia da covid-19 surpreendeu o setor negativamente. Segundo empresários, entre abril e maio de 2020, a perda foi de 70% do faturamento, causando prejuízos. Esse período coincidiu com as medidas do isolamento social, reduzindo a procura dos usuários por serviços de saúde eletivos.

Esse momento de retração da economia gerou um prejuízo entre a receita, proveniente do total de atendimentos, e as despesas fixas (pagamento de pessoal e custos de manutenção). Essa defasagem foi considerada ainda maior porque o valor da consulta “a preço popular” não podia ser reajustado, sob o risco de comprometer a filosofia do negócio.

Segundo relatos, lidar com a crise e se manter no mercado foi possível graças ao benefício emergencial de manutenção do emprego e renda custeados pelo governo federal, que permitiu a redução dos custos fixos com funcionários. Os médicos também tiveram prejuízos, uma vez que seus vencimentos estão vinculados ao volume produzido.

[...] eles (os médicos) perderam também, muitos médicos perderam no faturamento. Não podiam trabalhar. Um dos médicos [...] passou quase um ano [...] fazendo telemedicina. [Empresário 2]

A Lei Federal 13.989/2020, que estabelece a utilização da telemedicina em situação emergencial, foi bem recebida pelos empresários, com a abertura de novos campos de atendimento à distância. Todavia, tal medida não resultou no faturamento esperado, pois o público-alvo desses serviços, na maioria, não dispunha de recursos tecnológicos e conexão de *internet* de qualidade.

Em junho de 2020, após a normalização das atividades do comércio local, a maioria das CPSs retomou suas atividades. As de maior porte dedicaram unidades para atendimento exclusivo de covid-19, e unidades para atender às demais especialidades.

[...] quando chegou em abril a gente teve que fechar três unidades [...]. Então, nós perdemos 70% do nosso

faturamento, abril e maio. Junho foi quando começou a curva de retomada, que passou daquele momento crítico. Aí, a gente foi abrindo uma unidade de cada vez. [Empresário 2]

O recurso de telemedicina foi percebido como um elemento que permitia a ampliação do serviço das CPSs, sem o correspondente aumento de investimento.

[...] A gente tem um projeto para interiorizar [...] eu não tenho condição de sair botando no interior clínica grande, porque o custo é alto, mas tenho como botar alguns postos usando a telemedicina [...] é um momento que a gente precisa dar acesso à saúde para essas pessoas. [Empresário 2]

Após a pandemia, empresários identificaram aumento da demanda, em geral, e por algumas especialidades, em particular.

[...] com essa pandemia as pessoas das classes mais baixas, começaram a sentir necessidade do psiquiatra [...] a demanda para psiquiatria cresceu demais. [Empresário 3]

[...] a gente tem uma gama de pessoas que não frequentam a clínica por ter plano de saúde, que vão precisar vir. Então, isso nos faz acreditar que a gente vai poder seguir nosso plano de expansão [...] outra estratégia nossa que ainda não está no mercado, [...] é que num futuro próximo a estratégia da clínica se agrupe à estratégia da atenção primária. [Empresário 2]

Em relação ao futuro, empresários preveem investir em estrutura física, tecnologia e plataforma digital para expansão da clientela (classe B), diversificar suas atividades com novas parcerias com o setor privado, como planos de saúde, e com o setor público de saúde no âmbito municipal.

Trabalho médico: a engrenagem do negócio

O trabalho médico tem importância central neste tipo de empresa. O saber e a competência médica são fundamentais para estes serviços, por isso, na década de 1990, ganhar a confiança destes profissionais foi considerado o maior desafio do empresário

que adotou como estratégia cooptar profissionais prestigiados da cidade, para participarem como “colaboradores” das empresas com remuneração proporcional ao volume da circulação da clientela.

À medida que as empresas cresceram, a entrada de novos profissionais ocorria por indicação dos que já atuavam nas clínicas. Segundo os entrevistados, a adesão de profissionais experientes transferia sua credibilidade às clínicas e, na ocasião, havia também uma insatisfação dos profissionais com os valores de remuneração pagos pelos planos de saúde:

[...] O que aconteceu foi o seguinte: houve um movimento muito grande ali a nível Brasil com relação à remuneração médica, que foi capitaneado pelo Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina [...] foi aquela discussão sobre [...] a tabela de remuneração de operadoras, SUS [...] e alguns médicos criticavam a nossa remuneração [...] naquela época era R\$ 42,00 e a gente pagava, vamos dizer, R\$ 40,00 [...] Mas a gente pagava, repassava para eles de 15 em 15 dias. Então, os médicos diziam assim: “pelo menos lá não atrasa, não tem glosas”. [Empresário 2]

Atualmente, as CPSs contratam médicos recém-saídos das residências, aqueles em vias de se aposentar e, dependendo do porte da empresa, os que estão no auge de suas carreiras.

[...] quanto à parte médica, observa-se dois componentes diferentes: a atuação de novos médicos, a atuação dos médicos já em retirada, que fecharam seus consultórios por diversos motivos, e que têm utilizado as Clínicas Populares, como complemento de renda ou muitas vezes como principal fonte de renda também [...]. Dependendo do perfil, ela [a clínica] também consegue atrair os médicos que estão no auge da sua carreira, mas que trabalham nas Clínicas Populares. [Representante 3]

As formas de remuneração do trabalho são diferenciadas segundo a posição do profissional no mercado de trabalho: iniciantes, no auge da carreira, próximo à aposentadoria. Segundo relatos, a maior parte desses médicos tem vínculos duplos de trabalho com o serviço público e privado.

A jornada de trabalho cumprida pelos médicos varia de acordo com a disponibilidade de sua agenda. Essa característica é denominada pelo empresário de autonomia e valorizada em seu argumento na comparação entre o trabalho na clínica e no SUS, em termos de duração da jornada de trabalho e dos valores recebidos.

[...] O médico permanece cerca de 2 horas para o atendimento nesse serviço, entretanto, no SUS, é no mínimo 12 horas pelo plantão. [Empresário 4]

Em contrapartida, os vínculos de trabalho entre médicos e empresas são relações entre pessoas jurídicas, portanto, sem direitos trabalhistas, mas remunerados pelo volume de produção.

[...] eles são PJ, são parceiros e eles ganham pelo volume [...] tem médico que se eu for falar pra ele que ele não ganha pelo volume, ele não fica mais [...]. [Empresário 2]

Na perspectiva de representantes, a profissão médica vem sofrendo mudanças. No âmbito da formação, o crescimento do número de escolas privadas de medicina no país e o reduzido número de residências médicas possibilitam às clínicas populares se constituírem campo de atuação. Em termos profissionais, a atividade liberal, assim como o trabalho desvinculado de garantias trabalhistas é visto como uma mudança de caráter irreversível.

[...] as faculdades privadas estão jogando incontáveis médicos todo ano na rua e sem dar um preparo posterior [...] elas não têm compromisso com a residência [...]. As clínicas populares são um campo também de trabalho para eles, assim como também para os aposentados”. [Representante 1]

Os médicos de carreira [funcionários federais, estaduais ou municipais] e/ou que têm consultórios vêm dando lugar aos pequenos empresários [pessoa jurídica], que trabalham nas CPS ou organizações de saúde. [Representante 3]

[...] a profissão médica não é mais liberal, ela virou PJ, todos têm que virar uma empresa para poder prestar serviços [...]. O médico vai ter que se organizar

em pequenas empresas ou ele vai trabalhar nas clínicas populares, em organizações sociais, enfim, vai trabalhar onde for oferecido o emprego para ele.
[Representante 3]

Na perspectiva de representantes de organizações médicas há uma certa preocupação com as limitações recentes na formação de novos profissionais. Todavia, não há questionamentos quanto aos rumos que o setor privado (na educação e na saúde) vem imprimindo no sistema de saúde, ao contrário, o caráter atribuído às mudanças demonstra um compartilhamento em termos de valores, perspectivas e ações deste grupo social com o dos empresários das CPSs.

Discussão

A proposta de compreender os sentidos e os usos discursivos da saúde por um grupo específico - *empresários das CPSs e representantes de organizações médicas* - fundamenta-se na premissa de que suas ideias exprimem suas relações com o meio social, definem sua experiência e orientam seus comportamentos e práticas. Esta pesquisa revelou que, se por um lado, as empresas diferem entre si em termos de tamanho, da variedade na oferta de serviços e das estratégias para captação da clientela, por outro lado, empresários e representantes da classe médica compartilham concepções e práticas com relação a acesso à saúde, ao SUS e ao futuro do trabalho médico.

Nas narrativas dos entrevistados, as CPSs são apresentadas como uma terceira via no mercado de saúde, uma intermediação entre os planos de saúde privados e o SUS ou, ainda, uma opção para “aqueles que só têm o SUS”, mas queriam ter plano de saúde. O discurso deste grupo é elucidativo de uma visão mercadológica que, supomos, contribui para o entendimento da saúde como um “campo de forças” entre grupos que defendem distintos interesses, valores, concepções e práticas relacionadas à saúde, aos direitos, à universalidade e à autonomia.

Saúde para todos: limites e ambiguidades do direito à saúde

Para a análise das narrativas de empresários e representantes da classe médica, buscou-se situar

historicamente o debate acerca do reconhecimento do direito à saúde e do papel do Estado na garantia de acesso aos cuidados, ocorrido no plano internacional e nacional. Nos anos 1970 e 1980, a proposta de “saúde para todos”, a partir da ampliação da atenção primária à saúde, coexistiu com um discurso neoliberal de questionamentos sobre a competência do Estado na provisão de bens e serviços para o atendimento de necessidades sociais. Nesse período, organizações internacionais propunham, para países da América Latina, sistemas simplificados de assistência à saúde, visando a extensão da cobertura de serviços básicos para populações até então excluídas do cuidado à saúde. Tal proposta lançada não defendia uma perspectiva universalista, mas para uma parcela: os pobres. O acesso à saúde também não contemplava as necessidades das populações, mas uma versão “básica” (Paim; Almeida Filho, 1998).

Nos anos 2000, o debate segue restringindo a concepção de universalidade. A proposta de cobertura universal em saúde (UHC), preconizada por organizações internacionais, defendia reformas, visando a redução da ação do estado. Tal estratégia alinhada à visão neoliberal e centrada na assistência estava baseada numa concepção de cidadania residual (Giovanella et al., 2018).

No Brasil, desde antes da implantação do SUS, disputas são expressas por meio de uma pluralidade discursiva em torno da representação da saúde: como um bem público que segue os princípios da universalidade e da integralidade; como bem comercializável, ou seja, como uma mercadoria, alinhada a um modelo neoliberal que vem produzindo mudanças nas relações entre mercado e Estado (Giovanella, 2018).

No âmbito da saúde, tais mudanças produziram impactos nas representações sobre o direito à saúde e o direito ao trabalho. As mudanças nas relações de trabalho, expressas pela precarização e ruptura das formas de proteção social, acentuaram um processo de individualização marcado pelo consumo e pela ideologia do empreendedorismo de si, como descrito por Jurca (2018; 2020) em trabalhos sobre usuários, gestores e trabalhadores de clínicas populares e da atenção primária.

Entender como as mudanças na maneira de consumir alteraram as possibilidades e as formas

de exercer a cidadania é a proposta de Canclini (2005) para analisar a relação entre direitos abstratos (de igualdade) e as diferenças (de classe) associadas à capacidade de apropriação de bens de consumo e às maneiras de usá-los. Ser cidadão, em contextos anteriores, significava uma forma de pertencimento e de participação coletiva no espaço público que compensava as diferenças sociais. A deterioração deste modelo a partir das mudanças ocorridas vem fortalecendo outras perspectivas acerca dos direitos.

Com base em um discurso assistencialista, os empresários propõem “*dar (acesso à) saúde a custo mais baixo*”. Trata-se de um discurso consoante com o conceito de cobertura (UHC), que oferece um pacote mínimo, com foco no atendimento em consultas médicas e exames, uma assistência fragmentada, seletiva e centrada na assistência médica. Para estes representantes do mercado, o SUS é descrito como “ineficiente”, “incapaz”, “ruim”, “com lacunas”. As CPSs, ao contrário, são referidas a partir de uma “linguagem do sucesso”.

A análise do relato de usuários de clínicas populares (Jurca, 2018) evidencia que o discurso do direito à saúde também não fazia parte do repertório deste grupo; ao contrário, a tônica era uma perspectiva individualista do sujeito que cuida de si, de suas necessidades de saúde, e não fica dependendo (das filas) do Estado. O acesso à saúde, por meio do pagamento de consulta médica especializada e exames, era enfatizado a partir de valores como liberdade de escolha e autonomia para decisão sobre suas necessidades de saúde; entretanto, constatou-se, nesta pesquisa, que o consumo do modelo de atenção das CPS para realização das necessidades é “*falha quando você precisa de algo mais que só a consulta médica*”.

Autonomia e trabalho médico

As questões relativas à autonomia do trabalho médico podem ser analisadas a partir das seguintes dimensões: tomada de decisão no âmbito da relação médico-paciente; “valor” do trabalho no mercado, incluindo formas de contratação e composição dos salários; autorregulação da profissão por meio de associações reconhecidas pelo Estado como capazes de ordenar a sua própria atuação (Ribeiro et al., 1994).

Na perspectiva de empresários, a conformação do trabalho médico nas CPSs se resume a um *atendimento de momento* sem espaço para a criação de vínculos entre profissional e paciente, sem autonomia quanto à decisão no trabalho médico. O trabalho médico é responsável por viabilizar essas empresas e torná-las lucrativas. É o médico a peça fundamental. Na cidade em análise, há uma elevada demanda por consultas especializadas e uma reduzida oferta do número de especialistas por habitante no estado, sendo sua marca inferior à média nacional (Scheffer et al., 2023). Devido ao baixo número de especialistas locais, há uma disputa pela contratação de médicos (Campos, et al., 2023).

A forma de contratação ocorre por meio da pejetização: os profissionais vendem seus serviços a essas empresas como pessoas jurídicas. A pejetização avançou especialmente na esfera privada com a contratação de empresas de prestação de serviços médicos. Do ponto de vista legal, foi respaldada pela Súmula 331/1993 do Tribunal Superior do Trabalho (TST), leis esparsas e as mudanças na legislação trabalhista (Lei 13467/2017), quando as empresas ficam autorizadas a contratar trabalhadores terceirizados também para as atividades-fim da empresa.

De acordo com esse modelo, o profissional médico se insere no mercado como empresa prestadora de serviços. Não há vínculo empregatício entre o prestador autônomo e a empresa contratante/ os empresários se isentam das responsabilidades de cuidar dos riscos profissionais, sanitários e encargos trabalhistas (Levi et al., 2022).

O valor do trabalho médico está vinculado à prestação do atendimento. De acordo com os entrevistados, as CPSs representam um campo de atuação, no qual os médicos têm maior “autonomia” em termos de flexibilidade em relação ao tempo de trabalho e à composição de seu salário. “Em comparação com o SUS”, dizem os empresários, os médicos das CPS têm controle sobre sua agenda de trabalho, o valor é pago por atendimento e *não tem glosas!* A lógica do “tempo é dinheiro” parece ser compartilhada também por médicos e usuários das CPS. Esses empresários de si consideram que o tempo é um valor que não pode ser desperdiçado na espera de atendimento (no plantão) e nas filas de espera.

Neste estudo, observou-se que as CPSs constituem um espaço do trabalho médico que se reveste de características específicas: definição de ganhos

financeiros pelo volume de atendimentos realizados, flexibilidade da carga horária e vínculo precário de trabalho. Esses aspectos associam-se à ideia de um campo de trabalho novo da *profissão médica* (que *não é mais liberal, ela virou PJ*).

As perspectivas dos entrevistados ajudam a pensar os caminhos a partir dos quais o setor privado local ligado à formação médica e também ao mercado de trabalho médico se constitui em oposição à lógica do sistema público de saúde. A frouxidão das formas de regulação dessas empresas está ligada a outro aspecto da autonomia médica: a capacidade de autorregulação da profissão realizada por órgãos que ordenam a sua própria atuação em termos de normalização e fiscalização (Freidson, 1978; 1989 *apud* Ribeiro, 1994).

Considerações finais

Ter acesso a concepções, valores e práticas de um grupo constituído por sujeitos que ocupam posição privilegiada em termos de tomada de decisão (do próprio negócio ou da regulação de empresas médicas) e buscar compreender seu sentido foi de fundamental importância para a problematização de uma linguagem em torno da saúde. Verificamos que, comparativamente, há mais estudos sobre “representações da doença” do que “representações da saúde”, e que o estudo pode contribuir para o entendimento de uma lógica sobre os modos como essas empresas se organizam e ampliam seus campos de atuação, favorecendo o crescimento do setor.

A dimensão do SUS vai além da assistência médica. O sistema público de saúde cobre as lacunas em termos de ações e de serviços que o setor privado não cumpre. Além disso, atende 100% da população brasileira, todavia, o discurso de alternativa ao SUS parece ter uma aceitação que, julgamos, valer a pena ser mais bem investigada.

Referências

ADAM, P.; HERZLICH, C. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru: EDUSC, 2001.

ALMEIDA, R. C. S.; BARBOSA, J. G. P.; MATTOSO, C. L. Q. Inovação em clínicas populares de saúde: um estudo de múltiplos casos na região do extremo

sul da Bahia. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 64-81, 2018. DOI: 10.21450/rahis.v15i1.4431

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 753-762, 2009. DOI: 10.1590/S1413-8123200900030001

CAMPOS, D. M., *et al.* Processo de trabalho em Clínicas Populares de Saúde na perspectiva de médicos. *Interface*, Botucatu, v. 27, e220330, 2023. DOI: 10.1590/interface.220330

CANCLINI, N. G. Introdução *In: CANCLINI, N. G. Consumidores e cidadãos conflitos multiculturais da globalização*. Rio de Janeiro. Editora UFRJ, 2005. p. 29-55.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.170 de 2017. Define as clínicas médicas de atendimento ambulatorial, incluindo as denominadas clínicas populares, como empresas médicas e determina critérios para seu funcionamento e registro perante os Conselhos Regionais de Medicina. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 jan. 2018.

CPLP - Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. *Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal*. Lisboa: CPLP, 2010.

DESLANDES, S. A construção da interpretação e seus limites: notas e confissões metodológicas. *In: DESLANDES, S. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 27- 44.

FERREIRA, M. C. F.; LIMA, M. X. A.; FERREIRA NETO, M. N. A qualidade do atendimento em uma clínica médica popular na percepção de seus usuários. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 1-11, 2019. DOI: 10.21450/rahis.v16i1.562816(1)

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05562018

- GODOY, C. V. *A geografia dos serviços e equipamentos da saúde: a expansão das “clínicas médicas populares” no Centro em Fortaleza - CE*. 2015. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.
- HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 15, sup., p. 57-70, 2005. DOI: 10.1590/S0103-73312005000300004
- JURCA, R. L. *Individualização social, assistência médica privada e consumo na periferia de São Paulo*. 2014. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.
- JURCA R. L. Neoliberalismo e individualização nas políticas de saúde na periferia sul de São Paulo. *Caderno CRH*, Salvador, v. 33, e020037, 2020. DOI: 10.9771/ccrh.v33i0.30502
- LAPA, M. R. *As clínicas populares como uma alternativa à saúde no Brasil: um estudo de caso em uma clínica popular*. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Econômicas) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.
- LEVI, M. L. *et al.* Médicos e terceirização: percepções de trabalhadores e gestores sobre as transformações recentes no mercado de trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 20, e00846199, 2022. DOI: 10.1590/1981-7746-ojs846.
- LISBOA, K. O. *et al.* A história da telemedicina no Brasil: Desafios e Vantagens. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 1, e210170pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902022210170pt
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998. DOI: 10.1590/S0034-89101998000400001
- PAIM, J. S. *et al.* *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011.
- POCHMANN, M. Ajuste econômico e desemprego recente no Brasil metropolitano. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 29, n. 85, p. 7-19, 2015. DOI: 10.1590/S0103-40142015008500002
- RIBEIRO, J. M.; SCHRAIBER, L. B. A. Autonomia e o Trabalho em Medicina. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 190-199, 1994. DOI: 10.1590/S0102-311X1994000200006
- RUSSO, G. *et al.* How the “plates” of a health system can shift, change and adjust during economic recessions: a qualitative interview study of public and private health providers in Brazil’s São Paulo and Maranhão. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 15, n. 10, e0241017, 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0241017
- SCHEFFER, M. *et al.* *Demografia médica no Brasil*, 2023. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; Associação Médica Brasileira; 2023.
- SOARES, F. R. *Clínicas médicas populares: estudo das variáveis de satisfação que influenciam na lealdade do usuário*. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.
- VICTALINO, A. P. V. D. *Consultório privado para população de baixa renda: o caso das “clínicas populares” na cidade do Recife*. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.
- VIOLANTE, J. S. *Saúde como mercadoria: o avanço das clínicas populares nas periferias de São Paulo*. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Cidades, Planejamento Urbano e Participação Popular) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2021.

Contribuição dos autores

Sousa, M. N.; Oliveira, B. L. C. A.; Alves, M. T. S. S. B. e Carvalho, R. H. S. B. F. participaram da concepção do estudo. Sousa, M. N. participou da realização e transcrição das entrevistas. Sousa, M. N.; Oliveira, B. L. C. A. e Carvalho, R. H. S. B. F. participaram da revisão da literatura, análise e interpretação das entrevistas. Sousa, M. N.; Oliveira, B. L. C. A.; Alves, M. T. S. S. B.; Carvalho, R. H. S. B. F. e Andrietta, L. S. participaram da redação, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final para a publicação.

Financiamento FAPEMA Processo COOPI 00709/18.

Recebido: 10/07/2023

Reapresentado: 09/01/2024

Aprovado: 10/03/2024