

OS NÍVEIS DE ATENDIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL E O USO DO TERRITÓRIO: UMA ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR

José Roberto MACHADO¹

Márcia Siqueira de CARVALHO²

RESUMO

Falar sobre a realidade dos serviços de saúde no Brasil hoje seria ao mesmo tempo algo simples e árduo, devido à complexidade dos serviços prestados e também do biotipo das pessoas que os estão consumindo. Assim, esse texto intenta trazer a tona uma discussão sobre os serviços de saúde privado dando ênfase a assistência médica suplementar – os planos de saúde – já que muitos profissionais estão deixando de atender por tais planos. Paralelamente, será apresentada uma visão econômica do setor de saúde, enfatizando as principais mudanças na gestão financeira na prestação desses serviços. Entretanto, acreditamos que a geografia pode exercer um papel de destaque nos debates sobre os novos rumos da saúde no país. Para isso o caminho escolhido foi à análise da questão sob a ótica do território. Todavia, essa análise não pode prescindir de uma leitura atenta da organização do território e seus impactos nos serviços de saúde, que é um dado primordial para o entendimento deste aspecto da realidade contemporânea.

Palavras-chave: Geografia. Saúde. Território.

¹ Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Geografia (PGE), da Universidade Estadual de Maringá (UEM); Professor da Faculdade do Noroeste Paranaense (FANP); Integrante do grupo de pesquisa: Organização Espacial e Modernização no Norte do Paraná; Linha de Pesquisa: Urbanização e Produção da Cidade; Bolsista da CAPES. E-mail: zeroma_uem@hotmail.com.

² Docente do Departamento de Geociências da Universidade Estadual de Londrina (UEL); Docente do Programa de Pós-Graduação em Geografia, da Universidade Estadual de Maringá (UEM); Coordenadora do Grupo de Pesquisa: Organização Espacial e Modernização no Norte do Paraná. E-mail: marcar@uel.br.

LEVELS OF CARE AT THE HEALTH SERVICES IN BRASIL AND USE OF THE TERRETRY: AN ANALYSIS OF THE ADDITIONAL MEDICAL ASSISTANCE

ABSTRACT

Discussing the current facts of health services in Brazil can become something simple and hard at the same time, due to the complexity of the services rendered and also to the biological type of people who are using them. Thus, this text aims at bringing up a discussion on private health services, focusing on the additional medical assistance, that is, the health insurance plans, once many professionals are dropping out their service for them. At the same time, a new economical view of the health area is presented, especially the main changes in the financial management in the rendering of those services. However, I believe that geography can perform an important role in the discussions about the new directions of the health services in Brazil. For this reason, the tool chosen to analyse the matter was the territorial approach. Therefore, this analysis could not disregard the attentive reading of the territory and its impact on the health services, which is a primary topic for the understanding of this aspect in the current reality.

Keywords: Geography. Health. Territory.

1 PARA INICIAR O ASSUNTO

A Geografia da Saúde vem estudando a distribuição dos edifícios ligados à saúde, a fim de buscar uma melhor distribuição/acesso ao atendimento, minimizando gastos públicos ou identificando falhas de cobertura.

Nos estudos realizados por geógrafos, tem sido dado privilégio a distância física, envolvendo em muitos casos recursos computacionais ligados a sistemas de informações geográficas. Poderíamos utilizar esse recurso para obter, por exemplo, a melhor precisão na localização de postos de atendimento de emergência. O planejamento físico em geral também se utiliza destas ferramentas, com a localização de centros de saúde e hospitais, tanto na malha urbana quanto em nível regional. Para Bittencourt e Gaspar (1980), o fator distância possui maior importância nas zonas rurais. Já nas zonas urbanas existem outras variáveis que são levadas em consideração, como, por exemplo, o tipo de transporte utilizado, assim como os corredores de tráfego existentes, que suplantam, por vezes, a distância linear (CARVALHO, 1997). A proximidade física é uma variável importante, mas nem sempre ela é positiva como em alguns casos de equipamentos ligados à saúde, como por exemplo, os asilos de doentes mentais, isolamentos de doenças infecto-contagiosas e incineradores localizados em hospitais são considerados indesejáveis.

O estudo da localização de equipamentos de saúde, contudo, tem assimilado conceitos de hierarquização e acessibilidade, não limitados a uma simples análise da distância física. A hierarquização destes equipamentos normalmente baseia-se na Teoria das Localidades Centrais de Christaller, que institui os conceitos de limiar e alcance para a introdução de um serviço num mercado ideal³. Sob a orientação da Organização Mundial da Saúde, da Organização Pan-americana da Saúde e dos ministérios ligados à área (BRASIL, 1987), foi aplicada quase que universalmente, para o caso da distribuição de equipamentos de saúde, a teoria em que cada espécie de serviço teria uma procura mínima, a qual, por sua vez, estaria limitada a uma determinada área de atuação. Desta forma, os serviços de saúde foram separados e organizados em níveis hierárquicos crescentes e colocados em unidades que compõem um sistema cuja matriz é constituída por postos e centros de saúde, ambulatorios ou policlínicas, hospitais gerais e

³ Limiar é definido como o nível mínimo de demanda para assegurar a produção de um bem ou serviço e alcance como a maior distância que uma população dispersa se dispõe a percorrer objetivando adquirir um bem ou utilizar um serviço; é a área de mercado de um determinado serviço.

especializados. Este uso da Teoria das Localidades Centrais no campo do planejamento em saúde pública é, sem dúvida, um dos mais importantes exemplos da aplicação de conceitos geográficos.

A acessibilidade representa um conjunto de fatores que influenciam o uso dos serviços oferecidos por determinado equipamento. No caso dos equipamentos de saúde podem-se citar como os diferentes tipos de fatores podem influenciar a acessibilidade: os físicos, econômicos, sociais e nosológicos (CARVALHO, 1991). Os fatores físicos são relacionados à distância, incluindo os tipos de transporte, a topografia, obstáculos naturais (rios, lagos, montes) ou construídos (geometria viária, cercas, edificações) e a organização espacial da sociedade (bairros, vilas ou cidades). Os fatores econômicos ligam-se aos custos inerentes à utilização do serviço e ao nível de renda dos usuários. Envolve cobranças diretas, venda de produtos e custos indiretos, como o preço do transporte, tempo de viagem e tempo de espera. Os fatores sociais englobam questões como faixa etária, sexo, estado civil, raça, religião, costumes e conceitos de qualidade do serviço. Por fim, os fatores nosológicos são os que se relacionam a questões quantitativas e qualitativas do pessoal prestador dos serviços de saúde, aos equipamentos, materiais de consumo e ao perfil epidemiológico da população (CARVALHO, 1997, p. 68).

A complexidade dos fatores que afetam a acessibilidade tem atrapalhado a busca de um modelo que oriente a ordenação espacial dos equipamentos de saúde. Os aspectos estruturais, como níveis de renda ou parâmetros demográficos, se mostram insuficientes. Stimson (1983) *apud* Carvalho (1997) cita os seguintes pontos-problemas nos estudos de alocação de equipamentos de saúde: nível de agregação espacial diferenciado entre as áreas de estudo; consideração de um comportamento-padrão para os deslocamentos, sem uma análise dos fatores individuais; não-distinção entre demanda e necessidade; desconsideração da qualidade da hierarquização do serviço; a questão da falácia ecológica; desconsideração da mobilidade das populações. Bittencourt e Gaspar (1980) acrescentam a estes a multiplicidade de sistemas de saúde e a complexidade dos sistemas de transportes.

Assim, este texto tem por objetivo geral, fazer uma análise dos serviços privados da saúde no Brasil, dando ênfase a assistência médica suplementar, destacando a visão econômica do setor de saúde no Brasil, fazendo uma relação entre localização dos serviços e território usado.

O presente trabalho pretende analisar os níveis de atendimento dos serviços de saúde no Brasil e o uso do território, fundamentado num estudo teórico-conceitual. Durante o desenvolvimento do texto, procuramos trabalhar uma proposta metodológica baseada em

concepções teóricas de diferentes áreas, tais como a Geografia, a Economia e da Saúde. O referencial teórico geográfico com o qual dialogamos em nossa reflexão foi baseado na produção da Geografia de diferentes momentos históricos e na análise contemporânea vinculada à Geografia Crítica. Destarte se faça a referência a esta vinculação teórica, importa referir que outras abordagens foram lidas e analisadas como parte do processo de conhecimento.

2 USO DO TERRITÓRIO E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Acreditamos que a Geografia pode exercer um papel de destaque nos debates sobre os novos rumos da saúde pública no país. Para isso o caminho escolhido foi à análise da questão sob a ótica do território.

Um dos capítulos mais importantes da Constituição de 1988 diz respeito ao reconhecimento da saúde como um direito social, assegurado pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção e prevenção da saúde. Para que esse direito seja efetivamente exercido é necessário que cada brasileiro possa, de um lado, usufruir plenamente dos serviços de saúde e, de outro, ter garantidas melhores condições de vida, uma vez que a saúde de uma população não depende unicamente dos procedimentos da medicina. A análise da distribuição dos objetos vinculados à saúde, somados às normas do Estado e, mormente, às relações entre poder público e privado, é ponto central para os debates da saúde pública. Todavia, essa análise não pode prescindir de uma leitura atenta da organização do território e seus impactos nos serviços de saúde, um dado primordial para o entendimento deste aspecto da realidade contemporânea.

Na concepção de Santos (1999, p. 18-19), o território não é uma categoria de análise: “a categoria de análise é o território usado”, pois permite apreender as mudanças, os processos. O território

é o quadro da vida de todos nós, na sua dimensão global, na sua dimensão nacional, nas suas dimensões intermediárias e na sua dimensão local. Por conseguinte, é o território que constitui o traço de união entre o passado e o futuro imediatos. Ele tem que ser visto como um campo de forças, como o lugar do exercício das dialéticas e contradições entre o vertical e o horizontal, entre o Estado e o mercado, entre o uso econômico e o uso social dos recursos.

Partindo-se da concepção de Santos (1999), o território usado, sinônimo de espaço geográfico, é formado por um conjunto indissociável de sistemas de objetos e de ações. Como um observatório privilegiado da sociedade, já que nele se inscrevem todas as materialidades e todas as ações humanas, é possível apreender a sua produção, que se insere num campo de forças. A organização do território é, a cada momento histórico, o resultado de um conjunto de forças, de um embate entre os distintos poderes. No atual período histórico, sua organização é o resultado das ações globais, nacionais e locais.

A segmentação dos serviços de saúde e sua atual configuração não podem ser compreendidas sem considerarmos as profundas mudanças ocorridas no território brasileiro, tanto no que tange a sua base material - que muda substancialmente com a difusão do meio técnico-científico-informacional, que atinge seletivamente os lugares - como no tocante às profundas mudanças ocorridas com a modernização no seio da sociedade brasileira.

Esses processos exerceram um importante impacto sobre as diversas atividades econômicas, entre as quais o emergente complexo médico-empresarial.

As opções políticas engendradas desde a década de 1930 desenharam uma organização dos serviços de saúde que deu origem a uma extensa rede privada de assistência médico-hospitalar. Essa rede expandiu-se, sobretudo, a partir de 1964, com o governo autoritário, vinculada à institucionalização da Previdência Social.

As conseqüências mais evidentes foram à concentração da assistência médico-hospitalar nos grandes centros urbanos do país e a seletividade na prestação desses serviços, a qual contemplava apenas uma parcela da população, aquela inserida no mercado formal de trabalho e seus familiares ou os trabalhadores que pudessem arcar com as contribuições previdenciárias. Por outro lado, a assistência suplementar não foi indiferente à difusão dos novos aportes de técnica e ciência no território, dispersando-se, igualmente, para as áreas mais dinâmicas. Sua expansão originou um modelo médico-assistencial que era excludente em sua concepção e tinha um viés estritamente voltado para as ações curativas. Esse amálgama exerceu um papel primaz na mercantilização da saúde, retratando a simbiose que se estabelece entre mercado de consumo e território.

Uma análise, mesmo que breve, da distribuição dos serviços de saúde públicos e privados, oferecerá uma radiografia do modelo médico assistencial construído no decorrer do atual período histórico.

Os serviços públicos de saúde são ofertados pelas esferas federal, estadual e municipal. Os recursos para a manutenção e funcionamento do sistema público são provenientes do Estado, provindos do orçamento governamental dessas três esferas de poder.

Os serviços privados de saúde se subdividem em lucrativos e não lucrativos. Os primeiros são mantidos basicamente pela aquisição de planos de saúde por parte de empresas convenientes e de indivíduos. A estruturação dessa rede privada foi subsidiada, diretamente, por incentivos do Estado e, indiretamente, pelos descontos de despesas de saúde nas declarações de imposto de renda de pessoas físicas ou jurídicas.

A assistência médica suplementar (medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão, seguradoras) são exemplos de empresas que englobam esse segmento. Já os serviços privados não lucrativos abarcam as instituições filantrópicas, representadas principalmente pelas santas casas. A compra de serviços pelo Estado e a renúncia fiscal tornam essas instituições dependentes dos recursos do Estado⁴, ainda que em graus diversos.

A rede de serviços públicos e privados é formada por estabelecimentos com distintos graus de incorporação tecnológica. Desse modo, os objetos banais da saúde são aqueles que possuem um menor grau de incorporação tecnológica ou atuam nos níveis primários e secundários de atenção e, de forma geral, são mais abundantes e se encontram mais dispersos no território brasileiro. Incluem-se, entre esses, postos de saúde, centros de saúde, unidades mistas, policlínicas, Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, entre outros. Os objetos raros corresponderiam àqueles com maior incorporação tecnológica, dirigidas aos atendimentos de nível terciário. Corresponderiam aos hospitais e às clínicas médico-ambulatoriais, cuja distribuição é mais concentrada no território.

Faz-se mister, para entendermos a configuração dos serviços de saúde, traçarmos, de um lado, uma tipologia dos equipamentos médico-hospitalares em função do seu grau de incorporação tecnológica e, de outro lado, sua topologia, isto é, sua distribuição no território brasileiro. A análise da tipologia e da topologia revela as contradições entre abundância e

⁴ A título de exemplo, as instituições com certificado de filantropia emitido pela Previdência não pagam impostos, desse modo, os hospitais beneficiados deveriam destinar 60% do seu atendimento para o SUS. A reportagem de Josias de Souza, no jornal *Folha de S. Paulo* (16/12/2001), denunciava que o Hospital Einstein, na primeira semana de dezembro de 2001, não estava conveniado ao SUS, embora tivesse o certificado de filantropia, que isenta a instituição de pagamento de impostos. O Sírio-Libanês destinava menos que 60% dos leitos ao SUS, alegando a reduzida remuneração do SUS e o colapso do hospital, caso cumprisse a determinação da Previdência que lhe conferiu o certificado de filantropia.

raridade que marcam os serviços de saúde em nosso país. Essas contradições, por um lado, são frutos das opções políticas, que geraram uma distribuição qualitativa e quantitativa desigual dos objetos de saúde no território nacional, e, de outro lado, do próprio conteúdo técnico dos lugares. A combinação de distintas densidades técnicas, sobretudo daquelas vinculadas à assistência médica, somada às características populacionais (nível de renda da população, densidade demográfica, inserção dos trabalhadores no mercado formal de trabalho, entre outros), ao dinamismo econômico dos lugares e ao grau de urbanização, constitui alguns dos fatores capazes de desvendar a relação que se estabelece entre mercado e Estado.

Com base em Elias (1992) realizamos uma breve classificação dos equipamentos de saúde, oferecendo uma tipologia em conformidade com os diferentes níveis de atendimento:

Equipamentos de nível primário: oferecem, no geral, serviços externos, ambulatoriais, nas áreas de promoção da saúde (por exemplo, puericultura, vacinação, cuidados pré-natais e fluoretação dentária) e prevenção e detecção de doenças (por exemplo, hipertensão, o câncer e a diabetes melito), funcionando essencialmente com base em quatro áreas fundamentais da atividade médica: pediatria, ginecologia, clínica médica e medicina social.

Postos de saúde: oferecem atendimentos externos, prestando assistência à saúde à população que se utiliza de procedimentos mais simplificados. Praticamente não há incorporação de equipamentos e os profissionais de saúde são de nível médio (atendentes e auxiliares de enfermagem), enquanto os profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) não fazem parte do quadro permanente de funcionários.

Centros de saúde: oferecem atendimentos externos e se caracterizam por prestar assistência médica em clínicas básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia). São mais complexos que os postos de saúde, contando com assistência médica com uma pequena incorporação tecnológica. Dispõem de profissionais de nível superior em seu quadro de funcionários.

Unidade mista: atua no nível primário, oferecendo, além de todos os procedimentos existentes nos centros de saúde, leitos para internação nas áreas de pediatria, obstetrícia, clínica médica, cirurgia e de emergência. Apresenta um maior grau de incorporação tecnológica e dispõe de profissionais de nível superior com maior qualificação, para prestarem atendimento nas áreas gerais da medicina.

Equipamentos de nível secundário: constituem-se das maternidades, prontos-socorros⁵ (estabelecimentos com atendimento contínuo para as situações de urgência e emergência médica e/ou odontológica, com leitos destinados à observação e/ou à acomodação daqueles que aguardam remoção hospitalar) e hospitais distritais, além das policlínicas (que apresentam atendimento ambulatorial especializado), clínicas, casas de saúde ou centros médicos, em que se oferece um atendimento ambulatorial e de internação, clínico e cirúrgico, restrito ou não a uma especialidade (por exemplo, uma clínica de doenças respiratórias ou em centro de urgências pediátricas).

Equipamentos de nível terciário: compreendem os hospitais, estabelecimentos voltados essencialmente para a assistência médica em regime de internação, geralmente em áreas urbanas, funcionando dia e noite. Possuem distintos graus de incorporação tecnológica e dispõem de médico e pessoal de enfermagem em regime permanente. Podem ser classificados segundo o porte (pequeno, médio ou grande) e o grau de incorporação tecnológica (pequeno, moderado e grande), sendo que alguns deles são voltados exclusivamente para o atendimento mais especializado.

Pela diversidade dos componentes do nível terciário, tem-se utilizado a denominação terciário-quaternário para os serviços mais complexos desse nível, como é o caso das unidades hospitalares do Instituto Nacional do Câncer.

Por sua vez, a topologia dos objetos ligados à saúde e sua presença mais abundante ou rara no território estão submetidas tanto à lógica do Estado como à do mercado. Os distintos conteúdos do território brasileiro condicionam a oferta dos serviços de saúde públicos e privados nos lugares. Os lugares menos dinâmicos, isto é, com menores aportes técnicos, científicos e informacionais tendem a receber os objetos banais, com menor incorporação tecnológica, enquanto que lugares carregados de técnica, ciência e informação acolhem aqueles mais complexos, especialmente os que demandam um maior grau de especialização.

A relação leitos por mil habitantes é também desigual no país, principalmente quando consideramos as esferas públicas e privadas com predomínio do coeficiente de leitos privados em todas as regiões brasileiras em detrimento dos públicos.

⁵ O pronto-socorro funciona geralmente nas áreas urbanas, apresentando variados graus de complexidade tecnológica e de qualificação dos recursos humanos, principalmente do corpo médico. Podem atuar nos níveis secundário e terciário.

3 O MERCADO PRIVADO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR

O mercado de serviços privados da saúde é constituído, de forma significativa, pela assistência médica suplementar⁶. A década de 1990, apresentou aumento considerável, *pari passu* com a implementação do SUS e a intensificação dos embates conflituosos entre os diversos agentes que participam dessa arena setorial, englobando os usuários dos planos de saúde, o que fez acelerar-se o processo de aprovação de regulação específica.

Mesmo havendo estudos que enfocam as relações no setor público/privado de saúde no Brasil, a produção científica sobre a assistência médica suplementar ainda é bastante escassa. A despeito da importância no sistema de saúde brasileiro do setor privado, em geral, e da assistência médica suplementar, em particular, pode-se afirmar que os aspectos problematizadores do mercado privado de saúde, assim como o correspondente desenvolvimento conceitual e analítico que suscitam, encontram-se ainda em nível quase exploratório. Recentemente, contudo, passou-se a notar uma maior preocupação, acadêmica e política, sobre as questões que permeiam o debate sobre o tema, bastante exacerbado na atual conjuntura.

Apenas para delimitar a área sob análise, o que caracteriza o mercado de serviços privados de saúde é a natureza mercantil-contratual das relações entre agentes, a qual, por sua vez, confere à demanda um caráter seletivo. Nessa perspectiva, Burgos (1991) afirma que o mercado de serviços privados de saúde é composto pelas formas de produção e gestão da assistência médico-hospitalar que têm por objetivo atender a determinada demanda ou clientela restrita.

O pagamento pelo uso dos serviços (isso é, a sua compra) é a exigência básica; podendo, porém, assumir várias modalidades, desde as mais tradicionais – compra direta pelo usuário ao prestador de serviços – até as mais complexas, com o envolvimento intermediação de terceiros – contratos entre indivíduos – famílias/empresas com a medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras, além dos programas suplementares de saúde autogeridos por empresas empregadoras (públicas e privadas).

⁶ Não existe consenso na literatura sobre essa denominação, sendo que alguns utilizam o termo atenção médica supletiva (Mendes, 1994) e outros, assistência médica complementar (Elias, 1996). Concordando com Bahia (1997, p. 1), adotamos a denominação de *assistência médica suplementar*, que integra a classificação utilizada pelas seguradoras e significa a opção de pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito de acesso ao serviço público por meio de um sistema nacional de saúde.

Na literatura nacional disponível não há uma conceituação mais elaborada e/ou precisa para caracterizar com melhor exatidão os diferentes integrantes do mercado privado de serviços de assistência médica no Brasil. A primeira conceituação foi elaborada por Médici (1999, p. 8) e identifica os seguintes segmentos que compõem esse mercado privado de saúde no Brasil:

1) segmento privado contratado pelo setor público, que são clínicas (ambulatoriais e de exames complementares para diagnóstico) e hospitais (lucrativos e filantrópicos) que vendem serviços para atendimento de uma clientela indiferenciada; 2) segmento médico-assistencial das empresas que, por meio de diversas modalidades, atendem a clientelas específicas vinculadas ao mercado formal de trabalho; 3) segmento médico assistencial das famílias, cujas modalidades, atendem a indivíduos e/ou famílias que voluntariamente compram serviços diretamente aos prestadores ou estabelecem contratos por meio de planos e seguros de saúde; e 4) segmento beneficente filantrópico, voltado para clientelas abertas e fechadas. Essa classificação identifica apenas a morfologia dos diferentes mercados privados de serviços de saúde no Brasil e pouco acrescenta em termos analíticos. Os segmentos 2, 3 e 4 constituem, para Médici, o *setor privado autônomo*, sendo os dois primeiros os mais relevantes, que neste trabalho denominamos assistência médica suplementar.

Seguem-se as principais formas institucionais de compra e venda de serviços privados de assistência médica no Brasil.

1. Medicina de Grupo: É a forma dominante no mercado e é constituída por empresas médicas que trabalham com vários tipos de plano de saúde e administram esses planos para empresas, indivíduos ou famílias. A abrangência das empresas de medicina de grupo em geral é regional, e os maiores grupos atuam nas grandes cidades. A maioria delas são de pequeno porte e contratadoras de serviços. Aparentemente, os planos de saúde têm se constituído como um mercado específico para a classe média (mais recentemente para os grupos C e D) e para a parcela mais bem-situada no mercado formal de trabalho. O atendimento é composto de serviços próprios e, credenciados, sendo combinadas ou não as duas formas de oferta pelas diferentes empresas. O usuário tem acesso livre à rede própria ou credenciada e o uso de serviços não credenciados é previsto nos planos mais caros, implicando o ressarcimento dos gastos segundo valores calculados por múltiplos da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Associação Brasileira de Hospitais (ABH) – o que não dá direito a garantia da reposição total das despesas efetuadas.

Nos planos existentes para pessoas jurídicas, a característica é a adesão automática dos empregados, quando os custos são pagos integralmente pelo empregador; no caso de os custos

serem rateados entre empresa e trabalhador, a vinculação ao plano é opcional. Em alguns casos, há um plano mínimo, obrigatório, custeado pelo empregador, e vários planos opcionais, com preços e normas de acesso aos serviços diferenciados, indo do complementar ao básico. Dependendo do volume e das características da clientela cadastrada, os planos podem incluir prazos de carência mais vantajosos, ou mesmo nenhum tipo de carência, para utilização de alguns serviços, assim como valores menores de prestação, que dependem das negociações dos convênios com empresas, associações profissionais ou grupos específicos. As empresas de medicina de grupo são representadas pelas seguintes entidades: Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), criada em 1966, no mesmo ano de constituição da Federação Brasileira de Hospitais (FBH); o Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE), criado em 1987 e responsável pelas tratativas trabalhistas do sistema; e o Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (CONAMGE), criado em 1990.

2. Cooperativas Médicas: são a modalidade em que os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços e recebem pagamento de forma proporcional à produção de cada um (isto é, tipo e quantidade de atendimento), valorada segundo a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), além de participarem do rateio do lucro final obtido pelas unidades municipais (chamadas *singulares*). A UNIMED é a mais forte delas. Representa a quase totalidade desse segmento do mercado, e apresentou importante crescimento no final da década de 1980, com difusão em todo o território nacional e representações regionais. Segundo seus princípios básicos, todo atendimento deve ser realizados em instalações de cooperados ou credenciados, porém, mais recentemente, algumas cooperativas têm investido na aquisição, construção e arrendamento de hospitais. Opera com planos de pré-pagamento e a maioria de seus beneficiários é proveniente de convênios-empresa. A Confederação das UNIMEDs é a entidade de representação nacional.

3. Planos Próprios das Empresas: são planos em que as empresas ou administram programas de assistência médica para seus funcionários – autogestão – ou contratam terceiros para administrá-los – co-gestão ou planos de administração. Na maioria dos casos das empresas/instituições estatais e da administração pública, os programas são geridos pelas próprias empresas ou por instituições privadas sem fins lucrativos (caixas e fundações), promovidas e mantidas pelas empresas/instituições (patrocinadoras) juntamente com seus

funcionários⁷. No fim da década de 1980, os programas de autogestão foram os que mais cresceram nessa modalidade. De forma mais ampla, a autogestão combina a compra de serviços de saúde administrados pela própria empresa com outras modalidades, e para Médici (1992), algumas empresas ainda acrescentam o *auto-seguro* para contornar a ampliação dos limites para uso da livre escolha e a cobertura adicional para aposentados. Em ambos os casos o empregado tem que cobrir o ônus adicional.

As contribuições patronais das fundações de previdência fechada ao custeio do plano de benefícios previdenciários não podem ser inferiores a 30% do total. No que toca à assistência à saúde, a contribuição da patrocinadora varia, e a contribuição do empregado é definida segundo taxação progressiva sobre seus salários, na maioria dos casos descontada da folha de salários.

Médici (1992) refere existirem empresas que financiam integralmente planos básicos para seus empregados, mas na maioria desses planos existe também a participação do empregado, além dos planos complementares, opcionais, com diferentes valores e formas de acesso aos serviços, inclusive com livre escolha e reembolso (são raros os casos em que os funcionários contribuem com mais de 50%). Essa modalidade teve crescimento importante no final da década de 1980 e é representada pela Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (ABRASPE) e pelo Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS)

4. Seguro-Saúde: classicamente, é a modalidade em que há intermediação financeira de uma entidade seguradora que cobre ou reembolsa, ao prestador ou ao segurado, gastos com assistência médica, segundo as condições estabelecidas em contrato. Ou seja, as seguradoras não seriam prestadoras de serviços, mas cobririam os custos por ocasião de *sinistros* relativos à saúde, segundo a apólice de seus segurados. Os produtos das seguradoras são apólices, que se transformam em prêmios pagos aos beneficiários do sistema, de acordo com o valor de ressarcimento estabelecido em contrato. A atual legislação faculta as seguradoras o credenciamento de prestadores e os convênios com empresas, associações profissionais e/ou grupos específicos.

A medicina de grupo, as cooperativas e o seguro-saúde são financiados por meio de sistemas de pré-pagamento *per capita*. No caso de indivíduos que contratam diretamente seus planos de saúde com seguradoras ou operadoras, pagando do próprio bolso, o valor é calculado atuarialmente, segundo uma análise do risco do indivíduo e seus dependentes que leva em consideração sexo, idade,

⁷ O surgimento da previdência complementar nos anos 1970 incentivou o desenvolvimento desses planos, sendo que Fundação de Seguridade Social da Petrobrás (PETROS) serviu de modelo para outras empresas (Andreazzi, 1991).

patologia preexistente, etc. Entretanto, em geral esses parâmetros não são muito claros para o usuário, além de estimar-se que não sejam aplicados corretamente. No caso das empresas, o valor do pré-pagamento é único para toda a população de empregados e dependentes. O financiamento é feito ou diretamente pela empresa, que o considera integralmente como custo operacional (que é repassado para o preço final dos produtos), ou de forma partilhada com os empregados, variável em cada caso e com valores diferentes para distintos segmentos de funcionários na mesma empresa. Em alguns casos, esse financiamento é feito totalmente pelo empregado.

As empresas que administram seus próprios planos também utilizam o sistema de pós-pagamento, no qual o valor pago mensalmente corresponde a um rateio dos gastos com saúde efetivamente realizados, no mês anterior, pela população de empregados coberta pelo plano.

Também aqui as formas de financiamento variam da cobertura integral pela empresa a valores rateados e negociados entre empregados e empregador. Em qualquer caso, esses pagamentos voluntários (da empresa e/ou do empregado) são adicionais às contribuições à Seguridade Social.

Para Bahia (1997) todas as modalidades oferecem diferentes tipos de plano de saúde, e assinala-se a ambiguidade desse termo, seja no mercado seja no debate setorial, uma vez que é utilizado simultaneamente para designar tanto o produto de uma operação de seguro – na qual o cliente escolhe o plano – quanto para diferenciar a natureza empresarial das seguradoras, que vendem apólices, das demais empresas que comercializam planos de pré-pagamento. De maneira geral, todas as modalidades, em maior ou menor medida, prestam assistência por meio de serviços tanto próprios quanto credenciados, assim como reembolsam a despesa efetuada pelo usuário com prestador de sua livre escolha, segundo valores estabelecidos em tabela ou um teto anual por usuário. Isso é válido, porém, apenas para a atenção ambulatorial, pois a assistência hospitalar tem regras mais rígidas, tanto no que concerne à livre escolha quanto ao reembolso (em geral parcial e limitado a alguns procedimentos). Na realidade, a restrição aos serviços próprios ou contratados e a combinação com a possibilidade da livre escolha (reembolso) são o que distingue um plano do outro, numa mesma modalidade, e determina também os diferentes preços e, conseqüentemente, a segmentação interna de clientela numa mesma modalidade (Quadro 1).

Contudo, a atenção hospitalar, quando de alta complexidade, internações de longo prazo, doenças crônicas, em razão das restrições impostas pelos planos, acaba por ser prestada mesmo pelo setor público, principalmente naqueles casos em que o paciente não tem condições financeiras de bancar o custo adicional por seus próprios meios.

Modalidade de Assistência Médica Suplementar	Tipo de Plano	Prestação da Assistência
Planos Típicos das Empresas de Medicina de Grupo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planos para a massa de trabalhadores. 2. Planos para trabalhadores de nível médio. 3. Planos para executivos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acesso apenas aos serviços próprios 2. Acesso aos serviços próprios e a uma rede credenciada, que não inclui hospitais de <i>luxo</i>. 3. Acesso a uma rede credenciada que inclui hospitais de <i>luxo</i> e reembolso de despesas segundo tabela pré-fixada
Planos Típicos das Cooperativas Médicas	Os planos diferenciam-se segundo a permissão de acesso a hospitais de <i>luxo</i> , o pagamento de diárias para acompanhantes e a internação em quarto particular.	A cooperativa fornece atendimento por médicos cooperados, laboratórios e hospitais credenciados.
Planos próprios dos empregados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planos restritos à utilização dos serviços próprios. 2. Planos restritos à utilização dos serviços credenciados. 3. Planos que permitem a livre escolha e o reembolso das despesas médicas 4. Planos que permitem credenciamento e reembolso 5. Plano de administração: serviços credenciados, reembolso e ambos. É uma modalidade pouco expressiva no mercado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acesso a serviços da própria empresa, com <i>staff</i> assalariado. Geralmente encontradas em empresas estatais e privadas, localizadas longe de centros urbanos (por exemplo, na construção de barragens). 2. Acesso à rede credenciada/ conveniada de serviços e profissionais autônomos. Os prestadores são remunerados por atividades realizadas segundo tabela de preços preestabelecida. 3. Acesso segundo livre escolha; a empresa estabelece um valor-limite para reembolso, segundo tabela ou teto anual por usuário. 4. Combina as duas possibilidades. 5. O relacionamento com os prestadores é realizado por uma administradora do plano. Os custos da assistência são variáveis em função da utilização e a administradora é remunerada com percentual — taxa de administração. As empresas de medicina de grupo, seguradoras e cooperativas administram planos de saúde.
Planos de Seguradoras	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planos para a massa de trabalhadores de uma empresa. 2. Planos básicos 3. Planos executivos 	<p>Acesso a serviços do mesmo grupo (por exemplo, Hospital Sírio Libanês, hospital São Lucas e centros médico-ambulatoriais da Golden Cross).</p> <p>Acesso a serviços credenciados.</p> <p>Acesso à rede credenciada e reembolso, no caso de livre escolha, segundo tabela pré-fixada.</p>

Quadro 1 - Planos Comercializados pelas Modalidades de Assistência Médica Suplementar

Fonte: ALMEIDA, 1998

4 UMA VISÃO ECONÔMICA DO SETOR DA SAÚDE: MUDANÇAS NA GESTÃO FINANCEIRA

Para se compreender o papel da gestão financeira na prestação de serviços de saúde, é fundamental recorrer a uma analogia como a produção de bens materiais, para em seguida identificar o que diferencia os serviços de saúde. Como qualquer empresa produtora de bens ou serviços, um prestador de serviços de saúde - público ou privado - pode ser visto como uma entidade transformadora de recursos: ela utiliza os recursos físicos, humanos e tecnológicos de que dispõe (ou que obtém) para produzir serviços de saúde que, por sua vez, são entregues à população, seja gratuitamente seja com pagamento. Na maioria dos municípios, é a Secretaria Municipal da Saúde que desempenha esse papel de transformação de recursos em serviços.

A maioria dos serviços, e os de saúde em particular, tem como peculiaridade o fato de que sua produção não pode ser dissociada do seu consumo: o serviço de saúde só se concretiza, só existe, no momento em que é entregue ao usuário ou cliente. Ao contrário de um bem físico, ele não pode ser estocado para venda ou consumo posterior. Porém, os serviços de saúde podem ser vistos como qualquer outro serviço ou bem: são produzidos pela utilização de insumos (ou recursos ou "matérias-primas") e entregues a um destinatário individual (o paciente) ou coletivo (a comunidade). Em outras palavras, no processo de produção de serviços de saúde "entram" insumos e "sai" um produto final, o serviço de saúde propriamente dito.

Os insumos utilizados incluem recursos humanos, materiais médicos ou hospitalares, equipamentos e instalações e a tecnologia para operá-los; eles têm, necessariamente, um custo, mesmo que a unidade ou instituição que os utilize não realize nenhum desembolso direto por eles. Esse custo pode ser ressarcido quando da entrega do serviço ao usuário (quando este paga ao prestador pelo serviço), coberto mediante algum sistema de pré-pagamento ou seguro (como é comum nos serviços privados puros, ou seja, aqueles não contratados pelo SUS) ou financiado por impostos ou contribuições arrecadados pelo poder público, como é o caso, no Brasil, da assistência à saúde no âmbito do SUS.

Qualquer que seja a forma de financiamento dos serviços, esse custo existe e é pago, em última instância, pela população, seja via pagamento direto ao prestador, de prêmio de seguro ou mensalidade, seja via impostos e contribuições. A responsabilidade do prestador de utilizar esses recursos da melhor maneira possível e de oferecer o melhor produto pelo preço que custa é,

portanto, a mesma no setor público e no setor privado. Nos dois casos, os recursos são escassos, e deve-se fazer o melhor uso possível deles.

O processo de transformação de insumos em serviços tem sua contrapartida no fluxo de recursos financeiros, que cumprem uma dupla finalidade: a primeira é que eles financiam a atividade de transformação de insumos em serviços, ou seja, permitem que os serviços sejam produzidos; e a segunda, que determinam, em certa medida, o acesso da população aos serviços produzidos e, portanto, a demanda efetiva por esses serviços⁸. A consequência desse fato é que, num sistema crescentemente descentralizado como o SUS, o gestor local dos serviços não pode ignorar essa dimensão econômico-financeira e necessita ter um entendimento claro do funcionamento, características e implicações dessa dimensão.

Chamamos a atenção para a importância e o funcionamento desse "lado financeiro" da prestação de serviços de saúde, que representa a principal contribuição do modelo econômico apresentado aqui. A figura 1 apresenta um diagrama do setor da saúde e a influência da dimensão econômico-financeira em seus distintos componentes. A importância dessa dimensão e seu impacto sobre a qualidade e continuidade da prestação de serviços fazem com que ela deva ser planejada, monitorada e avaliada - ou seja, de um modo mais amplo, gerenciada rigorosamente.

O diagrama identifica claramente quatro elementos da prestação de serviços de saúde que possuem uma dimensão financeira, com os quais o prestador e o gestor local têm que se preocupar: 1- financiamento da atividade, ou seja, a origem dos recursos financeiros necessários à produção dos serviços; 2- a utilização dos diversos insumos no processo de produção de serviços, particularmente no que diz respeito à alocação (distribuição) e eficiência com que esses recursos são utilizados e o custo decorrente dessa eficiência; 3- o acesso econômico da população aos serviços, determinado em grande parte por sua capacidade de arcar com o custo dos serviços; esse acesso econômico determina, por sua vez, a demanda real de serviços e, portanto, a viabilidade de os serviços serem custeados por contribuições dos usuários; 4- o impacto dos serviços sobre o estado de saúde da população em relação a seu custo, ou seja, sua relação custo/efetividade.

É claro que a importância e implicação desses fatores diferem entre serviços públicos e privados. Por exemplo, no âmbito do SUS a responsabilidade pelo financiamento (ou obtenção de recursos) é principalmente de outros órgãos públicos que não são as secretarias da Saúde (secretarias

⁸ Define-se demanda efetiva como aquela que se realiza - por oposição à demanda potencial - com o cliente/paciente procurando e utilizando algum serviço de saúde.

de Finanças, por exemplo, ou o Governo Federal). O impacto da dimensão econômico-financeira sobre o acesso aos serviços é também reduzido (mas não eliminado), num sistema público caracterizado pela oferta gratuita de serviços. Mesmo assim, é fundamental para os prestadores e gestores locais do SUS o entendimento dessa dimensão e de suas implicações mais amplas.

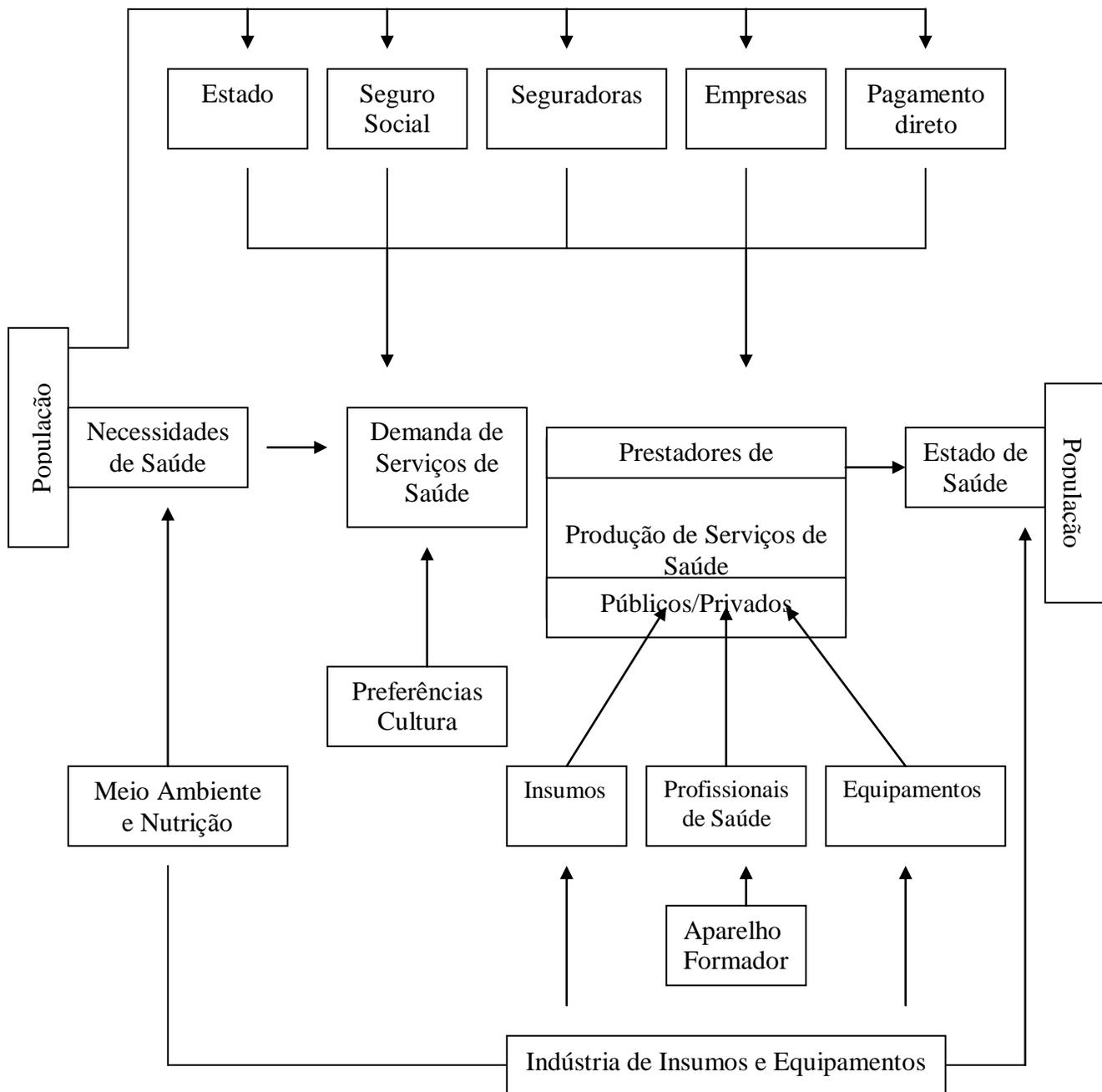


Figura 1 - Diagrama do setor da saúde

Fonte: MÉDICI, 1994

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde constitui um direito essencial da população. Entretanto, com a hegemonia de certos grupos dentro dessa área, tais direitos ficam restritos às poucas pessoas que podem pagar por planos de saúde, internações em hospitais particulares e atendimento em clínicas especializadas. Por outro lado, ao restante da população, ou seja, aos que não possuem renda suficiente para pagar por esses serviços, restam apenas às longas e intermináveis filas do Sistema Único de Saúde e os centros e postos de saúde, dos quais muitos estão em péssimas condições estruturais e profissionais.

Concretamente, pode-se afirmar que, com a universalização da assistência institucionalizada pela criação do SUS, numa conjuntura de restrições financeiras impostas pela política macroeconômica e de difusão de paradigmas de reforma setorial francamente antiestatizantes, amplificaram-se as condições para a segmentação de clientela e a extensão da cobertura pelos planos privados; seja pelas flutuações orçamentárias, que condicionam a parcela destinada ao setor saúde no Orçamento da Seguridade Social, seja pelo conseqüente subfinanciamento da assistência médica e precarização do atendimento público, ou ainda pela dinâmica extra-setorial do mercado de trabalho.

É importante lembrar também que, em termos gerais, a prestação de serviços de assistência médica pelo mercado privado está relacionada a uma concepção de proteção social não redistributiva. Tal concepção vincula o valor da contribuição aos benefícios (o que não a distingue dos esquemas públicos de seguro social), mas pressupõe uma adesão voluntária, individual, ao esquema privado para acesso à assistência médica, com a possibilidade da *livre escolha* de médicos e serviços, contraposta à compulsoriedade de contribuição e uso de determinados serviços, que se reveste de forte carga valorativa. Ademais, o acesso aos serviços, coletivamente negociado, dá-se por meio de esquemas de socialização de riscos; e a prestação de serviços é efetuada por profissionais de algum modo pré-determinados por meio dos serviços referidos.

Pela conotação de salário indireto nesses benefícios, essas especificidades conferem ambigüidade ao caráter individual ou coletivo (social) dos seguros privados grupais tanto pelo fato de designarem demandas potenciais que correspondem a necessidades de determinados

segmentos sociais (como no caso dos planos de empresas), quanto pela inequívoca participação da sociedade na sustentação desses esquemas privados, representada por deduções fiscais, repasse para o preço do produto ou redução do salário nominal dos empregados. No caso brasileiro, os subsídios e incentivos presentes no sistema configuram traços extremamente perversos, que aprofundam o quadro de desigualdades do setor saúde.

Infelizmente, a saúde privada hoje está em xeque e necessita ser reexaminada urgentemente. A visão puramente mercantilista de certas operadoras é um atentado contra o livre exercício da medicina e os direitos fundamentais dos pacientes.

O crescimento dos planos e seguros de saúde no Brasil abriu as portas ao investimento em estabelecimentos como hospitais e clínicas particulares, até pouco tempo atrás sustentados principalmente pelo Governo Federal, através do Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, novas empresas do setor estão chegando ao mercado nacional, onde cresce o número de hospitais e clínicas particulares.

Com a promessa de atendimento rápido, moderno e personalizado, as empresas e seguros de saúde conquistaram uma legião de consumidores que fugiam das filas dos serviços públicos nas décadas de 1960 e 1970. Hoje elas dominam o mercado de saúde privada, mas também são lembradas pelo grande número de reclamações e pelas denúncias de abusos.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar.** IPEA. Texto para Discussão, n.599, 1988.

BAHIA, L. **Planos e seguros saúde no Brasil: características da população coberta.** Rio e Janeiro: IMS/UERJ, 1997. (Exame de qualificação - doutorado em medicina social).

BITTENCOURT, L. M. & GASPAR, E. D. Localização dos serviços de saúde em áreas urbanas: considerações teóricas. In: **Cadernos de Saúde Pública.** São Paulo, n. 1, p. 8-19, 1980.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde.** Brasília, 1987.

BURGOS, M. T, et al. **Público e privado no sistema de saúde brasileiro**: a contextualização do debate em torno dos programas suplementares no setor público. Rio de Janeiro, 1991. (Relatório final de pesquisa).

CARVALHO, A. P. A. de. **Equipamento de saúde no Estado da Bahia: a questão locacional**. Salvador: UFBA. 1991. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – FAU, UFBA.

_____. **Meio Ambiente Urbano e Saúde o Município de Salvador**. Rio Claro: UNESP, 1997. Tese (Doutorado).

ELIAS, P. E. A municipalização da Saúde em São Paulo: dimensões políticas e econômicas. **São Paulo em perspectiva**. Vol.6. nº 04. Out./dez, 1992.

MÉDICI, A. C. **Economia e financiamento do setor de saúde no Brasil**: balanços e perspectiva do processo de descentralização. São Paulo: USP-FSP, 1994.

MÉDICI, A. **O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ENCE/IBGE, 1991.

_____. **Os serviços de assistência médica das empresas**: evolução e tendências recentes. São Paulo: IESP/FUNDAP, 1992.

SANTOS, M. O Território e o saber local: algumas categorias de análise. *Cadernos IPPUR*. Rio de Janeiro, Ano XIII, nº 02. p. 18-19, 1999.

STIMSON, R. Research desing and methodological problems in the geography of health. In: MCGLASHAN, N. D. and BLUNDEN, J. R. (ed.) **Geographical aspects of health: essays in honour of Andrew learmonth**. London: Academic Press, p. 321-334, 19