



**UNIVERSIDADE SALVADOR – UNIFACS
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
REGIONAL E URBANO
MESTRADO EM ANÁLISE REGIONAL**

ANTONIO LUIZ DE CARVALHO FERNANDES

**PEQUENAS EMPRESAS DE SAÚDE EM SALVADOR:
IMPACTOS NO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO LOCAL**

Salvador
2004

ANTONIO LUIZ DE CARVALHO FERNANDES

**PEQUENAS EMPRESAS DE SAÚDE EM SALVADOR:
IMPACTOS NO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO LOCAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Análise Regional, Universidade Salvador – UNIFACS, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Rossine Cerqueira Cruz

Salvador
2004

TERMO DE APROVAÇÃO

ANTONIO LUIZ DE CARVALHO FERNANDES

PEQUENAS EMPRESAS DE SAÚDE EM SALVADOR: IMPACTOS NO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO LOCAL

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Mestre em Análise Regional, Universidade Salvador - UNIFACS, pela seguinte banca examinadora:

Noélio Dantaslé Spínola _____
Doutor em Análise Geográfica Regional, Universidad de Barcelona, (U.B.), Espanha
Universidade Salvador - Unifacs

Paulo Henrique de Almeida _____
Doutor em Economia, Université de Paris X (Paris-Nanterre), U.P. X, Nanterre,
França
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Rossine Cerqueira Cruz – Orientador _____
Doutor em Economia, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
Universidade Salvador - Unifacs

Salvador , de

abril de 2004.

Aos meus pais, que sempre estiveram presentes em todas as minhas caminhadas.

A Márcia, minha companheira, pelo estímulo permanente, apoio intelectual e afetivo durante a realização deste trabalho.

Ao núcleo familiar, afetivo-consangüíneo: Alexandre, Catarina, Yuri, Rafael, Caio Alexandre, Hermes, Graça, Cristina, Anna Paula, Rodrigo e Leonardo.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, pela dádiva da vida.

A Direção do Monte Tabor – Hospital São Rafael, na pessoa da Vice – Presidente Executiva, D. Laura Ziller, pelo apoio e contribuição efetiva a este trabalho.

Ao professor e amigo Paulo Henrique, que me estimulou a investigar o tema da economia da saúde, colaborando desde a versão original do projeto.

Ao professor Rossine Cruz, meu orientador e amigo, que através do seu rigor científico e firmeza na orientação, muito contribui para concretização deste trabalho.

Ao coordenador, professores do Mestrado em Análise Regional e aos companheiros de turma, pelas contribuições. A Denise, pelo apoio na cartografia.

Aos dirigentes das entidades de classe, pela confiança, sem os quais não teria sido possível a concretização desta pesquisa: Dr. José Márcio (CREMEB), Dr. Jacob Cabús (CRF) Dr. José Roberto (CREFITO), Dr. José Siquara (ABM), Dr. José Jesus (SINDLAB), Dr. José Augusto (ASHEB), Dr. Alfredo Boa Sorte (SINDMED), Dr. Alderico Sena e Sr. Valter dos Santos (OCEB). Ao Dr. Reinaldo Sampaio (BNB), Dra. Graça Torreão (SEPLAM) e Dra. Lavínia Moura (DIEESE), pelas contribuições.

Aos médicos e amigos do Hospital São Rafael, pelas contribuições, esclarecimentos técnicos e apoio à pesquisa. À Enfermeira Chefe do CMSR, Aparecida Franco, pela mobilização dos médicos entrevistados. À fisioterapeuta Laurenice pelos contatos junto às clínicas.

À minha assistente de pesquisa, Catarina Moura, pela dedicação e competência.

Aos amigos e companheiros, Nilton Ribeiro, José Ribeiro, José Andrade, Antonio Carlos, Geonaldo Fonseca, Elizaldo Barreto, Adeildo Oliveira, Antonio Cesar e Hécio Panisset, pelo estímulo e contribuições ao trabalho e a minha vida profissional. Aos estagiários de economia do Hospital São Rafael, Maurício e Nátali, pelo apoio durante esta dupla jornada de trabalho. A Roseli Andrade, pelo paciente trabalho de normalização e a professora Rita Aragão pela revisão de linguagem.

RESUMO

A presente dissertação tem como finalidade investigar o processo de crescimento das pequenas empresas de saúde em Salvador e identificar os principais fatores que teriam contribuído para expansão e consolidação do setor privado de serviços médicos, no contexto histórico das políticas de saúde implementadas pelo Estado brasileiro. Trata da questão do financiamento das políticas públicas de saúde e das limitações de recursos para atender às demandas através do SUS – Sistema Único de Saúde. Aborda o processo de crescimento da assistência médica suplementar, capitaneada pelos planos e seguros de saúde e empresas de autogestão, as quais se constituíram em âncoras para a expansão do setor privado. Traz como resultado da pesquisa empírica a evolução das clínicas e laboratórios de análises clínicas em Salvador entre 1990 e 2002. Ao analisar a questão da localização das empresas, identifica as disparidades entre espacialização da oferta de serviços privados e públicos e a distribuição da população residente por Região Administrativa. Finalmente, indica alguns fatores que poderiam explicar as desigualdades que marcam a assistência à saúde, dentro do sistema público e privado.

Palavras-chave: Economia da Saúde; Serviços de Saúde - Demanda e Oferta – Salvador ; Serviços de Saúde - Ocupação e Renda – Salvador.

ABSTRACT

This dissertation has as its objective to research the growth of small businesses in the health industry in Salvador and to identify the main factors that contribute to the expansion and consolidation of the private sector in medical services, within the historical context of health policies implemented by the Brazilian State. It addresses the question of financing for public health policies and the limited resources available to fill public demand via SUS – the Universal Health System. It studies the growth of supplementary medical assistance, headed by plans, health insurance programs and self-managed companies, which constitute anchors for the expansion of the private sector. The empirical research reveals the evolution of clinics and clinical analysis laboratories in Salvador between 1990 and 2002. Upon analysis of the location of the companies, disparities are identified between the spatial distribution of private and public services and the distribution of the residing population per Administrative Region. Finally, some important factors are indicated that may explain the inequalities that mark health services within the public and private system.

Keywords: Health Economy; Health Services - Supply and Demand – Salvador; Health Services - Occupation and Income – Salvador.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Evolução do PIB Regional do Brasil (1990-2000)	84
Figura 2 -	Evolução do PIB Regional do Setor Serviços (1990-2000)	85
Figura 3 -	Bahia: Participação da Saúde e Educação Mercantis no PIB Total e Terciário (1990-2000)	89
Figura 4 -	Nordeste: Distribuição Espacial das Empresas do Setor de Saúde	93
Figura 5 -	Salvador – Localização dos Hospitais segundo regiões administrativas (2002)	102
Figura 6 -	Salvador: Distribuição das Clínicas Médias Segundo a Natureza Jurídica - 2002	117
Figura 7 -	Salvador: Distribuição dos Laboratórios de Análise Segundo a Natureza Jurídica – 2002	118
Figura 8 -	Salvador: Distribuição das Clínicas de Fisioterapia Segundo a Natureza Jurídica – 2002	118
Figura 9 -	Salvador: Evolução do Registro de Novas Clínicas Médicas (1989-2002)	125
Figura 10 -	Salvador: Evolução do Registro de Laboratórios (1989 -2002)	129
Figura 11-	Salvador: Evolução do Registro de Novas Clínicas de Fisioterapia (1989-2002)	131
Figura 12 -	Salvador: Evolução do Registro de Novas Cooperativas de Saúde (1989-2002)	134
Figura 13 -	Salvador: Localização das Clínicas e Laboratórios segundo as Regiões Administrativas - Em (%) - 2002	140
Figura 14 -	Localização das Clínicas e Laboratórios de Análise segundo as Regiões Administrativas de Salvador (2002)	142
Figura 15 -	Pessoal Ocupado Segundo as Categorias de Empresas - 2003	156
Figura 16 -	Distribuição do Pessoal Ocupado Segundo o Tipo de Vínculo (2003)	167
Figura 17 -	Distribuição dos Empregos Formais nas Empresas, segundo as Funções – Total (2003)	158
Figura 18	Distribuição dos Sócios das Empresas por Profissão – 2003	160

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Regiões Metropolitanas: Indicadores dos Gastos das Famílias com Assistência à Saúde (1987/1988 e 1995/1996) - Preços correntes em setembro de 1996	37
Tabela 2 -	Brasil: Distribuição Regional da População e dos Gastos Estaduais Totais com Saúde (1986 – 1990) - Inclui recursos próprios + transferências	39
Tabela 3 -	Brasil: Gasto Total Anual com Planos de Saúde, segundo Estratos de Renda Total das Áreas das Regiões Metropolitanas (1987/1988 e 1995/ 1996)	45
Tabela 4 -	Classificação das Empresas em Países Selecionados da América Latina - Tamanho Segundo o Número de Pessoas Empregadas – 1990-1994	72
Tabela 5 -	Países do G 7: Participação do Emprego em Serviços Médico-Hospitalares no Emprego Total (1968/1992)	80
Tabela 6 -	Nordeste: Distribuição Setorial e Sub-Setorial do PIB – 1990-2000 (Em %)	86
Tabela 7 -	Bahia: Distribuição Setorial e Sub-Setorial do PIB (1990-2000) Em (%)	87
Tabela 8 -	Brasil: Distribuição Regional das Empresas do Setor Saúde (1998)	91
Tabela 9 -	Salvador: Distribuição Setorial da População Ocupada (1987-2002)	95
Tabela 10 -	Salvador: Distribuição da Mão-de-Obra Residente, segundo Atividades do Setor Serviços - em (%) (1987-2002)	96
Tabela 11 -	Salvador: Distribuição da Mão-de-Obra Residente, segundo Atividades do Setor Serviços - Em (%) (1999-2001)	98
Tabela 12 -	Salvador: Estabelecimentos de Saúde por Número de Empregados Segundo Atividades - 2001	99
Tabela 13 -	Salvador: Hospitais e Número de Leitos (Jan. 2000)	101
Tabela 14 -	Salvador: Pessoal Ocupado nos Hospitais por Atividade e Regime de Contratação – 2002	105

Tabela 15 -	Rede de Fornecedores dos Hospitais de Salvador, por área e natureza dos serviços - 2002	107
Tabela 16 -	Salvador: Empresas de Serviços de Saúde Segundo Categorias Evolução - 1989 / 2002	116
Tabela 17 -	Carga Tributária Incidente sobre Pessoas Jurídicas em Comparação com Pessoas Físicas – 2003	120
Tabela 18 -	Salvador: Número de Sócios nas Clínicas e Laboratórios Segundo Categorias Profissionais – 2002	122
Tabela 19 -	Especialidades Médicas que mais Cresceram Segundo Número de Empresas - 1989 a 2002	126
Tabela 20 -	Incidência de Impostos e Encargos Sociais Sobre os Rendimentos de Profissionais – em (%) - 2003	135
Tabela 21 -	Salvador: Cooperativas de Saúde - Volume de Recursos Movimentados Anualmente – 2003	137
Tabela 22 -	Salvador: Pessoas Responsáveis por Domicílios Particulares Permanentes por Rendimento Nominal Mensal, segundo Região Administrativa - 2002	144
Tabela 23 -	Salvador: População e Postos Municipais de Saúde Segundo as Regiões Administrativas – 2003	146
Tabela 24 -	Salvador: Distribuição das Empresas de saúde segundo a Natureza Jurídica (2003)	149
Tabela 25 -	Salvador: Aspectos Locacionais das Empresas - Clínicas Laboratórios (2003)	150
Tabela 26 -	Salvador: Atendimento das Clínicas e Laboratórios Segundo os tipos de Pagadores (2003	151
Tabela 27 -	Salvador: Distribuição das Pequenas Empresas de Saúde, segundo faixas de Rendimentos Anuais Pagas ao Pessoal Ocupado com Vínculo Empregatício (2003)	164
Tabela 28 -	Salvador: Distribuição das Pequenas Empresas de Saúde, segundo faixas de Rendimentos Anuais Pagas ao Pessoal ocupado terceirizado (2003)	165
Tabela 29 -	Salvador: Pagamento de ISS pelas Clínicas e Laboratórios (2003)	166

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	O ESTADO, AS POLÍTICAS DE SAÚDE E O SETOR PRIVADO	20
2.1	A INSERÇÃO DO ESTADO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE	22
2.2	GASTOS COM SAÚDE NO BRASIL – FONTES DE FINANCIAMENTO	26
2.2.1	Modelos e Alternativas de Financiamento dos Gastos com Saúde	32
2.2.2	Desigualdades Regionais nos Gastos com Saúde	35
2.3	ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR – ÂNCORA DO SETOR PRIVADO DE SAÚDE	40
3	O SETOR PRIVADO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E SEU FUNCIONAMENTO NO MERCADO COMPETITIVO	48
3.1	O SURGIMENTO DAS EMPRESAS PRIVADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE	49
3.2	AS EMPRESAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE E OS “PRODUTOS” OFERTADOS NO MERCADO	54
3.2.1	Estratégias Competitivas - Caracterização do Funcionamento das Empresas de Saúde no Mercado	58
3.2.2	Estratégias das empresas prestadoras de serviços médicos	62
3.2.3	Inovações Tecnológicas Como Fator de Diferenciação Competitiva	64
3.2.4	Estratégias dos Compradores - Pagadores dos Serviços Médicos	67
3.3	TAMANHO, RELAÇÕES DE DEPENDÊNCIA E COMPETITIVIDADE	69
3.3.1	Classificação do Tamanho das Empresas	71
4	O SETOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA PARTICIPAÇÃO NA ECONOMIA DOS SERVIÇOS	76
4.1	AS TRANSFORMAÇÕES NA ECONOMIA PÓS-INDUSTRIAL E SEUS IMPACTOS NO SETOR SERVIÇOS	77
4.2	O SETOR SERVIÇOS NA ECONOMIA DO NORDESTE E A PARTICIPAÇÃO DO SEGMENTO DE SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE	83

4.2.1	A participação da Bahia no PIB do Nordeste e a inserção do segmento de serviços de saúde na economia dos serviços	87
4.3	A INFRA-ESTRUTURA DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE NO NORDESTE E NA BAHIA	90
4.4	A GERAÇÃO DE EMPREGO NO SEGMENTO PRIVADO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM SALVADOR	94
4.4.1	Emprego e Renda nos Segmentos de Serviços de Saúde	97
4.5	DIMENSIONAMENTO DA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM SALVADOR – UM PERFIL DOS HOSPITAIS PRIVADOS	100
5	AS PEQUENAS EMPRESAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM SALVADOR	110
5.1	A EVOLUÇÃO DAS EMPRESAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM SALVADOR (1989-2002)	116
5.1.1	O Crescimento no segmento das Clínicas Médicas	12
5.1.2	O Crescimento no segmento dos Laboratórios de Análises Clínicas ..	128
5.1.3	O Crescimento no segmento das Clínicas de Fisioterapia	130
5.1.4	Cooperativas de Trabalho em Serviços de Saúde – Nova sistemática de contratação de mão-de-obra especializada	132
5.2	DETERMINANTES DEMOGRÁFICOS E ESPACIAIS PARA A LOCALIZAÇÃO DAS EMPRESAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM SALVADOR	137
5.3	A SITUAÇÃO DAS EMPRESAS DE SAÚDE DE SALVADOR EM 2003	148
5.3.1	A ocupação nas Pequenas Empresas de Serviços de Saúde	156
5.3.2	Remuneração paga pelas Pequenas Empresas de Saúde	164
6	CONCLUSÃO	170
	REFERÊNCIAS	181
	APÊNDICE A – Políticas de Saúde no Brasil e seus reflexos nos Serviços Público e Privado de Assistência à Saúde	187

APÊNDICE B – O Setor Privado de Serviços de Saúde – O Crescimento do Número de Empresas, o Mercado e a Regulação de Preços – 2003	188
APÊNDICE C - Relação dos entrevistados na pesquisa de campo	189
ANEXO A - Questionário - Categoria: Clínicas Médicas em Geral	193
ANEXO B - Questionário - Categoria: Laboratórios de Análises Clínicas	195
ANEXO C - Questionário - Categoria: Clínicas de Fisioterapia	197

1 INTRODUÇÃO

A dinâmica que vem assumindo o capitalismo mundial a partir dos anos 80, a implementação de políticas de cunho neoliberal em países centrais e sua disseminação nos países periféricos, tendo como pressuposto básico a redução da intervenção do Estado nas políticas sociais, têm trazido entre outras conseqüências a diminuição dos gastos públicos com saúde e educação. Estes setores que historicamente eram fortemente financiados pelo setor público foram perdendo gradativamente recursos orçamentários e, de forma acelerada, inserindo-se num contexto privatizante implicando assim em perdas dos benefícios conquistados na época do *Welfare State*.

Por outro lado, o crescimento populacional registrado no Brasil a partir da década de 50, associado ao processo natural de envelhecimento da população, vem condicionando uma elevação da demanda por serviços de saúde nos níveis básicos, de média e alta complexidade, para todas as faixas etárias da sociedade.

Na medida em que o Estado não conseguiu responder com eficiência ao crescimento da demanda pela assistência à saúde, através dos serviços públicos prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), abriu-se um espaço para a inserção da iniciativa privada, constituída por uma gama de empresas – hospitais, clínicas,

laboratórios de análises, planos e seguros de saúde, cooperativas de trabalho, dentre outras atividades.

Com o advento da tecnologia da informação, o segmento de serviços de saúde passou a ter participação e níveis de crescimento mais significativos no mercado de trabalho acompanhando a tendência mundial de evolução do setor serviços. Outro fator que provavelmente estimulou o crescimento das empresas de saúde foi a expressiva expansão da indústria farmacêutica no mercado nacional.

As empresas de serviços de saúde vêm ocupando um nível de participação cada vez maior no setor de serviços através da oferta de diversas especialidades médicas. Os investimentos realizados, especialmente em equipamentos tecnologicamente avançados, conseguem atrair uma clientela constituída na sua grande maioria por pessoas de renda média a alta capazes de remunerar esses serviços, seja através de pagamentos à vista ou dos planos e seguros de assistência à saúde. Outra parcela significativa dos usuários dos serviços de assistência à saúde suplementar é aquela que é coberta por convênios de empresas privadas e instituições públicas, que oferecem cobertura parcial ou total aos seus empregados e dependentes através dos planos denominados de autogestão.

O objetivo desta dissertação é verificar quais os principais fatores que contribuíram para o crescimento do setor privado de serviços de saúde no município de Salvador analisando alguns dos seus efeitos na economia local, tanto pelo ângulo da ocupação quanto da renda gerada. Nesse contexto, serão investigadas as principais causas que estariam por traz da incapacidade do Estado em atender a grande maioria da população através da limitação do acesso ao SUS.

Ao final, espera-se evidenciar algumas das contradições resultantes da implementação das políticas de saúde em nível nacional e seus reflexos regionais e locais, além de identificar alternativas para a melhoria da assistência pública e suplementar de saúde, como forma de subsidiar outros trabalhos de investigação científica.

Para alcançar tais objetivos, procedeu-se inicialmente a um levantamento de dados secundários, envolvendo os registros cadastrais das empresas de saúde, junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (CREMEB), Conselho Regional de Farmácia (CRF), Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) e a Organização das Cooperativas do Estado da Bahia (OCEB). Nesta fase, foram identificadas as empresas registradas anualmente, a natureza jurídica, o número de sócios, as especialidades médicas e a localização dessas unidades.

Outras fontes foram consultadas para o levantamento de indicadores sócioeconômicos, tais como o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Superintendência de Estudos Sócioeconômicos (SEI), Secretaria Municipal do Planejamento, Urbanismo e Meio Ambiente (SEPLAM) e Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

O conjunto dessas informações possibilitou uma leitura das disparidades regionais em termos de PIB, população, renda e acesso aos serviços de saúde. Esses dados indicaram também o nível de crescimento das empresas de saúde nas regiões brasileiras, em especial no Nordeste, assim como o número de pessoas

ocupadas no segmento de saúde na Bahia e em Salvador. Assim, foi possível extrair informações conjunturais relevantes, tais como pessoal ocupado no segmento de serviços e volume de renda movimentado pela economia da saúde em Salvador.

Em uma segunda etapa, aplicaram-se questionários para as três categorias de empresas de serviços de saúde. Por solicitação do pesquisador, o questionário inicialmente foi disponibilizado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (CREMEB) em sua *Home Page* e divulgado através de correspondências enviadas para todas as empresas registradas no órgão. Igual procedimento foi adotado pelo Sindicato dos Laboratórios da Bahia (SINDLAB), através do sistema de mala direta enviada aos laboratórios associados. Na medida em que a sistemática aplicada não proporcionou a obtenção de resultados satisfatórios, passou-se a aplicar questionários pelo método da acessibilidade e escolha intencional das empresas.

Como último recurso, em uma terceira etapa, realizaram-se entrevistas abertas, com roteiro previamente estabelecido, com dirigentes de entidades de classe dos profissionais da área de saúde, dos planos e seguros e de autogestão, gestores de empresas médicas e profissionais da área.

Em seguida, procedeu-se a análise qualitativa, dos resultados, com o objetivo de identificar não só as principais causas que influenciaram o desempenho do Sistema Público de Saúde (SUS), mas também alguns dos fatores que vêm determinando a crise na assistência suplementar, envolvendo os prestadores de serviços do setor privado e os pagadores – planos e seguros de saúde e empresas de autogestão.

O primeiro capítulo desta dissertação discute as políticas de saúde implementadas no Brasil fazendo uma breve referência histórica aos modelos que vigoraram na primeira metade do século XX e as principais ações do Estado no âmbito da saúde até a criação do SUS em 1988. Aborda também a questão dos recursos disponibilizados para o setor e suas limitações, face à crise fiscal e de endividamento externo e interno, que implicaram absorção de volume significativo de recursos para o pagamento dos serviços das dívidas, comprometendo assim os investimentos em políticas sociais.

No segundo capítulo apresenta-se o processo de formação do setor privado de serviços de saúde, dentro do que se chamou de “empresariamento médico” e suas primeiras iniciativas nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. A partir da formação do “mercado de serviços de saúde”, identificaram-se as principais estratégias e forças que movem esse setor e seus principais atores. Constata-se, ainda, o nível de influências produzidas nesse setor pela indústria eletrônica de alta tecnologia e pela força que exercem as indústrias farmacêuticas junto aos prestadores de serviços médicos.

No terceiro capítulo, o estudo procura evidenciar os principais aspectos que vêm determinando o crescimento da economia dos serviços nos países membros do G-7 e no Brasil, destacando as atividades que mais cresceram e o aumento do grau de informalidade na economia. Mostra a evolução dos serviços no Produto Interno Bruto no Brasil (PIB) enfocando a Região Nordeste e em seguida o Estado da Bahia. Destaca os níveis de participação do segmento de saúde na Bahia e em Salvador, pela ótica da ocupação e da renda movimentada pelo setor saúde. Traça também

um Perfil dos Hospitais privados de Salvador enfatizando aspectos sócioeconômicos e espaciais.

O quarto capítulo busca compreender o processo de crescimento do setor privado de serviços de saúde em Salvador focalizando os indicadores do número de empresas registradas anualmente por categoria, profissionais existentes e número de sócios nessas unidades. Esses indicadores fornecem elementos para análise dos efeitos causados pelo desenvolvimento e consolidação do segmento representado por Clínicas Médicas, Laboratórios de Análises e Clínicas de Fisioterapia. Na abordagem sobre a localização e espacialização dessas empresas, procura mostrar as distorções mais nítidas entre a oferta de serviços privados e públicos de saúde e a distribuição da população nas Regiões Administrativas de Salvador.

Por fim, as conclusões alcançadas neste estudo sinalizam alguns pontos que poderão vir a explicar o contexto atual da assistência pública e complementar de saúde.

2 O ESTADO, AS POLÍTICAS DE SAÚDE E O SETOR PRIVADO

Este capítulo pretende examinar alguns aspectos das políticas de saúde introduzidos no Brasil, a partir dos anos 50 até o final do século XX, e seus desdobramentos após a implementação de diversos modelos de assistência à saúde pública, que culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, após a promulgação da Constituição Federal. A relação que se procura estabelecer neste trabalho é quanto ao papel que o Estado desempenhou em um período em que ainda tinha capacidade para financiar as políticas sociais em especial às de saúde, dentro do contexto do Estado do Bem-Estar Social. Tenta-se inserir nesse quadro a crise ocorrida na economia mundial a partir da década de 70 e quais as conseqüências decorrentes desse processo na economia brasileira, a exemplo da crise fiscal, a qual viria contribuir para a deterioração da capacidade de financiamento das políticas sociais.

Ao tratar dessa crise fiscal, o trabalho refere-se ao surgimento do modelo econômico neoliberal, implantado nos países centrais no início dos anos 80 e disseminados posteriormente nos países periféricos, cuja proposição central foi a redução da participação do Estado nas políticas sociais, incluindo as de saúde. Este processo contou com a participação ativa do Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BIRD) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), os quais

exerceram papel intervencionista e de monitoramento da Política econômica dos periféricos, em geral, e do Brasil em particular, com reflexos nas políticas de saúde.

Como desdobramento desse processo histórico, a segunda seção deste capítulo, procura relacionar os principais gastos com saúde no Brasil e suas formas de financiamento, seja no que se refere aos gastos financiados pelas esferas públicas federal, estadual e municipal, seja no âmbito dos gastos individuais das famílias com a assistência médica suplementar, através dos planos e seguros de saúde. Alguns indicadores revelam desigualdades regionais nos gastos com saúde, e como eles exercem influência no orçamento familiar e na distribuição dos recursos federais para o financiamento do setor em nível regional.

Na terceira seção, apresenta-se uma avaliação do crescimento do setor privado de saúde a partir das recomendações das agências internacionais nos anos 80 e 90, com o estímulo do Estado via mecanismos de renúncia fiscal e financiamentos diretos ao setor privado. Dentro desse processo de crescimento dos serviços médicos, destaca-se o papel de âncora que desempenharam os planos e seguros de saúde e as empresas de autogestão, os quais tiveram como seus principais pilares de sustentação as camadas da população de renda média e alta, além das empresas privadas, estatais e autarquias públicas, contratantes da assistência suplementar para seus empregados e dependentes. A partir deste processo é que começaram a aparecer as empresas de prestação de serviços médicos e de atenção à saúde, cujo segmento está constituído de hospitais, clínicas, laboratórios de análises, dentre outras atividades relacionadas aos profissionais da área de saúde.

2.1 A INSERÇÃO DO ESTADO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE

As políticas de saúde no Brasil iniciam-se a partir dos anos 20, com o objetivo de promover a erradicação de grandes epidemias e o saneamento básico. As instituições de saúde eram consideradas débeis e grande parte da assistência médica era exercida pelos estabelecimentos de caráter filantrópico, como as casas de misericórdias (MEDICI; OLIVEIRA,1991).

No estudo sobre as Políticas de Saúde no Brasil, Médici e Oliveira (1991) constatam que o modelo desenvolvido no Brasil a partir de 1923, caracterizado como política de saúde, toma como referência o sistema do previdencialismo alemão, baseado na legislação da previdência social Bismarkiana, através das Caixas de Assistência e Previdência (CAP). A partir dos anos 30, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que eram regulados pelo Estado, abrangendo categorias profissionais com maior representatividade em nível nacional. A sustentação financeira era estruturada em um regime tripartite, com a participação do Estado, de empresas e trabalhadores, cuja gestão era autônoma e a fiscalização exercida pelo Estado.

O regime militar pós-64 trouxe de imediato a intervenção política nos sindicatos e nos próprios IAP, tornando possível a realização do projeto de unificação. Em 1967 os IAP e as CAP ainda remanescentes se fundiram no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). (MEDICI; OLIVEIRA, 1991, p. 2).

As políticas de saúde no Brasil, como em todo continente latino-americano, foram basicamente determinadas, até a década de 50 pela Organização Pan-americana de Saúde (OPS), vinculada a Organização Mundial de Saúde (OMS). As proposições destas entidades para a formulação de programas de saúde tinham como prioridades o controle das epidemias. Essas propostas somente viriam a sofrer

mudanças a partir dos anos 50, sob a influência decisiva da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), a qual insistiu na ênfase por uma atuação mais voltada para a atenção da saúde da sociedade¹.

Quanto às estratégias traçadas para a América Latina, observa-se que:

Na década de 70, a estratégia de intervenção da OPS desenvolveu o programa Saúde para Todos (1977) e projetos de atenção primária e participação comunitária. Tais programas e projetos, no plano ideológico, além das raízes cepalinas, estavam orientados pelas idéias de *redistribution with growth* (redistribuição com crescimento) e de *basic needs* (necessidades básicas) e, ainda, pela ciência social crítica latino – americana. (REIS, 1995, p. 14).

Foi durante o período compreendido entre as décadas de 50 e 70, que novas políticas de saúde foram formuladas, tendo como principais características a extensão progressiva da cobertura e atingindo em alguns casos a universalização da assistência. Desde essa época, a saúde era entendida como um direito do cidadão e um dever do Estado. Registrou-se então um crescimento do setor público na prestação de serviços de saúde e houve uma incorporação acelerada de novas tecnologias, as quais iriam proporcionar a criação de novos procedimentos médicos.

Na década de 70, o INPS passaria por nova reestruturação, tendo suas atividades desmembradas, constituindo-se em três novos institutos: 1) o INPS passaria a cuidar do pagamento de benefícios aos pensionistas; 2) o INAMPS cuidaria da assistência médica; 3) o IAPAS ficaria encarregado da administração do sistema de previdência e assistência à saúde. Este sistema viria a propiciar a assistência à saúde a todos os trabalhadores que estivessem com vínculo empregatício, inclusive os trabalhadores rurais (MEDICI; OLIVEIRA, 1991). As

¹ A reunião de Punta Del Este, foi um marco nesse período, pois ao romper com a tradição de um sanitarismo biologicista, incorpora “[...] a sua agenda temas de políticas públicas.” (COSTA ; MELO, 1995, apud REIS, 1996, p. 14).

contribuições sociais contidas nesse modelo estão baseadas em duas alternativas: a primeira, nas contribuições de empregados e empregadores, voltadas para o custeio dos benefícios sociais; a segunda é aquela contribuição mais usual na maioria dos países da OCDE e América Latina, que se baseia na contribuição dos empregados da ativa para manter o pagamento dos inativos.

As implicações decorrentes da segunda alternativa é quanto à escassez dos recursos, em virtude do envelhecimento da população, da expansão dos benefícios e redução da base para arrecadação de contribuintes, devido ao declínio da produtividade, da redução do crescimento populacional e do emprego (MELAMED, 2000).

É a partir da década de 80, que o papel quase intervencionista das Agências Internacionais – FMI, BIRD e BID se intensificaria na formulação das políticas de saúde no continente latino-americano e em especial no Brasil ². Essa interferência se deu de maneira mais incisiva a partir da década de 90, dentro do contexto do Consenso de Washington do qual nasceu a proposta de implementação do sistema econômico neoliberal, que trouxe como consequência a redução do papel do Estado nas políticas sociais, ao tempo em que estimulou o desenvolvimento do mercado privado de serviços de saúde.

Dentro desta linha, o Banco Mundial (BIRD) assumiu um papel hegemônico na formulação das políticas de saúde, ao priorizar os aspectos econômicos das

²“Dado o contexto da crise do padrão de financiamento público, sua proposta de universalização da cobertura de serviços básicos seria realizada mediante a elaboração de uma cesta básica de ações e serviços de saúde, dirigidos aos grupos de menor poder aquisitivo [...]”. (OPS/CEPAL, 1994, apud REIS, 1995, p. 14).

reformas setoriais, favorecendo o êxito das reformas estruturais do Consenso de Washington (REIS, 1995, p.19).

Segundo o BIRD, caberia ao Estado o provimento de serviços médicos essenciais e voltados para a população de baixa renda. Ao lado disto, o relatório do Banco Mundial³ propunha uma política de fortalecimento do mercado de serviços de saúde, visando a expansão de novas fronteiras de acumulação de capital, vinculadas ao financiamento e prestação dos serviços de saúde (REIS, 1995, p. 19).

A Constituição Federal de 1988 em termos de políticas de saúde foi um marco sem precedentes no Brasil, ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS), vinculando, de forma clara, a relação entre a assistência para todos e a responsabilidade do Estado neste setor. Tomando como referência os modelos europeus do *Welfare State*, trouxe a seguinte proposição:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 90).

Paradoxalmente, no mesmo período em que era promulgada a Carta Magna com ênfase nas políticas sociais, em especial às de saúde com a criação do SUS, o qual tinha como pressuposto o financiamento através dos recursos da União, Estados e Municípios, a crise econômica que afetava o país no final da década de 80 evidenciava a incapacidade do Estado para financiar políticas públicas.

Diante desse quadro, os avanços nas políticas sociais, conquistados na Constituição Federal de 1988, chocavam-se frontalmente com as políticas

³ Relatório do Banco Mundial (1983), dados encontrados em Reis (1995, p. 19-21).

implementadas no Brasil, sob a égide do neoliberalismo econômico, o que se expressa na afirmação de Ratnner (1994):

[...] o agravamento desse processo de polarização e exclusão é constituído pela perda paulatina do Estado para levantar recursos via tributos e impostos, para atender às demandas cada vez mais urgentes [...] e que dificilmente encontrar-se-á uma referência às prioridades sociais na retórica dos arautos da globalização. (RATNNER, 1994, p. 15).

2.2 GASTOS COM SAÚDE NO BRASIL – FONTES DE FINANCIAMENTO

A elevação dos custos com a assistência à saúde teria produzido impactos negativos nos gastos públicos, segundo constatações de diversos autores. Estes reflexos revelaram-se de forma intensa tanto nos países centrais como nos periféricos, a partir dos anos 70, com a redução gradativa do ritmo do crescimento econômico e a conseqüente crise fiscal que atingiu o Estado no final daquela década.

A crise da economia mundial a partir da segunda metade da década de 70, provocada tanto pela primeira crise do petróleo, quanto pelo esgotamento do padrão fordista de produção, afetou significativamente a economia brasileira a qual já havia experimentado um período de crescimento até 1973, denominado de “milagre brasileiro”.

Além dos reflexos advindos da crise mundial, o caráter da crise brasileira tem raízes internas sedimentadas desde o forte processo de industrialização iniciado durante o governo de Juscelino Kubitscheck, cuja aceleração ocorreu entre 1955 e 1960. Em que pese a importância da implementação de projetos de infra-estrutura para a modernização e rápida urbanização do país, o direcionamento dos

investimentos para a indústria siderúrgica, de automóveis e para usinas hidrelétricas, exigiram grande mobilização de recursos.

Os recursos para o financiamento desse processo de desenvolvimento tanto para serem investidos diretamente pelo Estado, como para subsidiar o setor privado, foram gerados principalmente mediante déficits no orçamento da União, coberto pela emissão de moeda. A aceleração do desenvolvimento requeria também, ampliação das importações e *know-how*. Como o país não dispunha de uma balança comercial superavitária, o financiamento deu-se através da entrada volumosa de capital estrangeiro, o que contribuiu sobremaneira para a elevação do endividamento externo. (SINGER, 1982).

Em outra etapa, dentro de um contexto de crescimento econômico voltado para a substituição das importações, o II PND – Plano Nacional de Desenvolvimento produzido pelo regime militar a partir de 1974, na tentativa de colocar a economia brasileira entre as economias desenvolvidas até o final da década, projetando crescimento de 10% naquele ano, trouxe no seu bojo ambicioso projeto de insumos básicos e infra-estrutura. Na medida que tal proposição implicava também na captação de recursos externos, isto significava que o aprofundamento do endividamento estava na lógica do processo (CRUZ, 1984).

A conjuntura nacional e internacional no início da década de 80, marcada pelas elevadas taxas de juros, níveis de endividamento interno e externo elevados, inflação alta e redução do emprego e da renda, colocaram o setor de saúde diante da necessidade de efetuar ajustes, os quais tiveram como foco principal a contenção

dos custos. O Estado enfrentava uma crise fiscal de elevadas proporções, e a partir daí foi reduzindo cada vez mais o nível de investimentos em saúde pública.

Numa análise sobre os efeitos da elevação dos custos dos serviços de saúde, dentro de um contexto de crise da economia mundial, Medici (1995) destaca alguns elementos de pressão para o crescimento generalizado dos gastos com assistência à saúde e, como conseqüência, o comprometimento das políticas de saúde e seu financiamento por parte do Estado.

Dentre os fatores relacionados por Medici (1995), o mais expressivo está diretamente associado à incorporação de novas tecnologias no setor saúde que, por um lado, viria proporcionar maior agilidade e segurança no diagnóstico de doenças, mas, por outro lado, teria elevado substancialmente os custos dos serviços. Em áreas como as de diagnóstico por imagem, os investimentos em novas tecnologias vêm proporcionando a geração de empregos a partir da criação de novas especialidades, tanto para médicos, como para o pessoal técnico. Mas isto gera um duplo efeito em termos de custos dos serviços, os quais irão refletir-se nos preços finais para os pagadores, pois, além do custo dos investimentos em equipamentos adicionam-se também, as remunerações e encargos sociais do pessoal ocupado nessas novas atividades.

Associam-se aos fatores mencionados, a questão do envelhecimento populacional, a oferta de serviços de alta complexidade no contexto da universalização promovida pelo Estado do Bem estar – Social e, finalmente, o aumento da demanda por esses serviços.

No estudo de Barros, Piola e Vianna (1996) estão relacionadas também outras causas, que vêm contribuindo para o crescimento da demanda por serviços de saúde e, conseqüentemente, para a elevação nos gastos governamentais:

- a) As grandes disparidades macro e microrregionais, tanto em nível demográfico, quanto em termos de desenvolvimento sócioeconômico;
- b) O crescimento dos índices de violência, em especial nos grandes centros urbanos;
- c) O crescimento dos índices de violência, em especial nos grandes centros urbanos;
- d) O reaparecimento de velhos problemas como a dengue e a cólera, além da persistência de grandes endemias (doenças de chagas, esquistossomose e a malária).

Na Estrutura do Orçamento Fiscal demonstrada por Melamed (2000) o Gasto Público Federal com saúde em relação ao total não financeiro foi de 12% em 1990, 16% em 1991, 17% em 1992, 14% em 1993, 13 % em 1994 e 1995, revelando uma queda de participação, a partir de 1991, em relação aos demais gastos sociais orçamentários⁴.

Tomando-se como referência os dados do citado estudo, verifica-se que a participação dos gastos sociais no Brasil, incluindo-se os dispêndios federal, estadual e municipal, os que detêm o maior volume de recursos são: a Previdência

⁴ Dados da Secretaria do Tesouro Nacional encontrado em Melamed (2000, p. 107).

Social com 44,5% em 1985 e 41,1% em 1990; Educação e Cultura com 21,9% em 1985 e 22,2% em 1990; e Saúde com 16,4% em 1985 e em 1990. Mesmo apresentando uma queda de 3,5% pontos percentuais entre 1985 e 1990, a Previdência Social manteve um nível de participação expressivo em relação ao conjunto dos gastos sociais, enquanto que os gastos com saúde mantiveram-se estagnados.

Uma outra forma de demonstrar o comportamento dos gastos com saúde é aquela que estabelece uma relação entre eles e o PIB do país. Esta forma tem sido utilizada em diversos estudos, nos quais são analisados comparativamente a participação dos gastos com saúde entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Neste contexto, os números apresentados por Melamed (2000) sobre o Brasil revelam que, em 1995, os gastos com saúde representavam 2,16% do PIB, em 1996 houve uma queda para 1,81%, declinando em 1997 para 1,62% e em 1998 para 1,53%. Voltou a apresentar um pequeno crescimento em 1999 para 1,61% do PIB.

Para uma melhor compreensão sobre os aspectos relacionados com o financiamento dos gastos com saúde, é importante destacar também a relação entre estes gastos e o orçamento da União a qual sempre teve como principal fonte a arrecadação tributária do Estado.

A vinculação dos orçamentos do Ministério da Previdência Social e do Ministério da Saúde acabou por comprometer os recursos destinados às políticas de saúde, na medida em que os aumentos dos dispêndios constituem-se nos principais

elementos de despesas da previdência, cuja elevação está diretamente ligada ao crescimento da população e, conseqüentemente, ao seu envelhecimento.

Ao realizarem um balanço sobre a carga tributária e os gastos sociais no Brasil, Medici e Oliveira (1991) identificaram o longo período de crise econômica que o país atravessou desde o início dos anos 80, caracterizado por elevadas taxas de juros e inflação alta, associada a períodos de estagnação e níveis de crescimento econômico reduzido, principalmente entre os anos de 1984 e 1987 o que trouxe, como um dos principais efeitos, a perda de capacidade de financiamento das ações do Estado pela via da arrecadação tributária.

Outra variável que teria contribuído para o agravamento da crise de financiamento das políticas públicas foi o crescimento da dívida pública interna e externa brasileira, ao longo dos anos 80, que passou a absorver volume significativo de recursos da arrecadação da União no processo de rolagem do principal e desembolsos com o serviço dessas dívidas, condicionando dessa maneira a redução da participação do Estado nas políticas sociais e, em especial, nas de saúde.

A questão da arrecadação tributária por parte do Estado e a sua relação com o orçamento está diretamente ligada a dois aspectos: o primeiro é quanto ao grau de comprometimento do governo com políticas de saúde e o uso adequado dos instrumentos fiscais para financiá-las; o segundo é como estabelecer os níveis de prioridades para esses gastos, em sintonia com os compromissos políticos nas esferas dos poderes Executivo e Legislativo, durante a elaboração do orçamento da União.

É a partir desses aspectos que, na opinião de Médici (1995), se definirá a carga tributária e contribuições que irão financiar os gastos com saúde e tornar possível uma maior credibilidade por parte da população na sua decisão de pagar ou não pagar impostos. Na medida em que o grau de credibilidade e confiança quanto à aplicação adequada dos recursos da arrecadação por parte do Estado em políticas sociais específicas não se concretizarem, poderá haver uma queda na arrecadação de impostos, principalmente através da sonegação fiscal.

2.2.1 Modelos e Alternativas de Financiamento dos Gastos com Saúde

Medici (1995) identifica os principais modelos de financiamento das políticas de saúde adotados no mundo, que foram ou continuam sendo utilizados no Brasil⁵. As características que marcam essas formas de financiamento dos gastos com saúde, apresentam-se assim, resumidamente:

a) O Modelo Assistencialista - está voltado somente para a atenção à saúde das camadas de baixa renda e deveria ser financiado unicamente com recursos fiscais, oriundos de diversos impostos. Uma das principais implicações desse modelo seria a sua sistemática, que, ao não prever vinculações das fontes de recursos, excluiria as camadas de renda média e alta da assistência por parte dos serviços públicos. Essa parcela da população deveria buscar os serviços de saúde no setor privado, especialmente através dos planos e seguros de saúde;

Este tipo de sistema representa o nascedouro da política de saúde dos primórdios do capitalismo como ocorreu com a medicina social de natureza preventiva na França e Alemanha, nos séculos XVII e XVIII [...]. (BUGRA; GÓES DE PAULA, 1981 apud PIOLA; VIANNA, 1995, p. 5).

⁵ Ver em Piola e Vianna (1995, p. 37-41 apud MÉDICI, 1995).

b) O Modelo Previdencialista - trata-se de atenção médica não universal, voltado somente para grupos especiais como os trabalhadores formais e tende a ser financiado a partir das contribuições sociais das empresas e trabalhadores. O uso de recursos fiscais públicos para esses grupos poderia comprometer metas de equidade. O Estado em geral participa da cobertura dos gastos de administração desse sistema;

Embora a gestão global, a regulação e a supervisão dos sistemas previdenciários sejam públicas na maioria dos países, a prestação dos serviços pode ser pública, privada ou mista. Os sistemas mistos tendem a ser os mais freqüentes, dado que a rápida expansão da cobertura desses sistemas fez com que a compra de serviços fosse uma opção para fazer face ao crescimento da demanda. A lógica previdencialista repousa, portanto, em sistemas de prestação onde prevalece o *mix* público – privado de serviços. (PIOLA; VIANNA, 1995, apud MÉDICI, 1995, p. 39).

c) O Modelo Universalista – voltado à cobertura da totalidade da população, em geral é financiado com recursos oriundos de impostos estabelecendo uma relação direta entre financiamento e cumprimento das funções do Estado e não de funções destinadas a grupos específicos (trabalhadores formais financiando atenção à saúde para a população, por exemplo). O que marca as estratégias mistas ou diversificadas do modelo universal é que sua ênfase na cobertura está direcionada fortemente para as camadas de baixa renda, tanto através da prestação dos serviços pelo setor público, privado ou por ambos. Já para os trabalhadores formais e classe média, o sistema utiliza-se das contribuições sobre a folha de pagamento. E, finalmente para as camadas de alta renda, o modelo remete para o financiamento através de planos de saúde ou pagamentos particulares.

No Brasil não havia registro, até recentemente, da aplicação de forma eficaz de um imposto direto para financiar gastos com saúde.

[...] poucos governos têm usado impostos diretos para financiar exclusiva ou vinculadamente políticas de saúde, pois preferem manter tal fonte para fazer frente a sua liberdade e flexibilidade alocativa, isto é, utilizar tais recursos para cobrir suas prioridades temporais a cada momento [...]. (MEDICI, 1995, p. 34).

Mas em 1993, através de Emenda Constitucional foi criado o Imposto Provisório sobre Movimentações Financeiras (IPMF), transformado em Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1996. Ambos incidiam sobre as retiradas de contas correntes das pessoas físicas e jurídicas nos bancos, e que viria a ser denominada de “imposto sobre cheque”. Esta contribuição visava arrecadar inicialmente um volume de recursos da ordem de R\$ 5 bilhões a serem destinados ao financiamento dos gastos com a saúde. No entanto, a CPMF passaria, com o tempo, a ser mantida com um caráter quase permanente. A CPMF foi então aprovada como imposto exclusivo para a saúde. Na prática [...] “embora financie parte das ações de saúde, nunca foi utilizada como fonte exclusiva para o setor.” (MELAMED, 2000, p. 190).

Já em 2001, segundo dados do IPEA a CPMF contribuiu com R\$ 7,3 bilhões para o financiamento dos gastos do Ministério da Saúde naquele ano, o que representou 28% do gasto total. Para 2002, a dotação orçamentária passou para R\$ 8,4 bilhões, constituindo-se como a principal fonte de financiamento do órgão.

Ainda segundo estudos do IPEA (2002), as contribuições sociais foram responsáveis por 75% do financiamento dos gastos do Ministério da Saúde, enquanto os recursos provenientes de impostos (Recursos Ordinários do Tesouro), tiveram uma participação de 14,4% em 2001. Constata-se, também, que entre as contribuições sociais, a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

(Cofins) foi a que teve a maior participação (38,9%) no financiamento das ações do Ministério da Saúde.

No orçamento do Ministério da Saúde para 2002, as contribuições sociais tiveram sua participação elevada para 77,7% do total dos gastos, no qual a CPMF participou com a maior contribuição, R\$ 8,4 bilhões; a segunda maior em termos de recursos aportados foi a Contribuição sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas, cuja dotação chegou a R\$ 7,3 bilhões; a Cofins aportou cerca de R\$ 5,9 bilhões, ou seja, 20,6 % do total; e finalmente os Recursos do Tesouro Nacional, cujo montante foi da ordem é de R\$ 2,8 bilhões (IPEA, 2002)⁶.

Dentro dessa distribuição das fontes de financiamento dos gastos com saúde nos anos de 2001 e 2002 no Brasil, a grande maioria dos recursos aportados no orçamento tem como fonte as contribuições diretas das pessoas jurídicas e físicas, via contribuições sociais e impostos diretos. Com isto, é possível se ter uma dimensão de como é mantido o sistema de saúde no país, na medida em que se considera que esse volume de recursos é basicamente para a manutenção do sistema público, que tem como seu prestador de serviços de assistência à saúde o SUS (IPEA, 2002).

2.2.2 Desigualdades Regionais nos Gastos com Saúde

Para uma análise das desigualdades em saúde, vários aspectos devem ser abordados, dentre os quais destaca-se a situação de saúde coletiva expressa pelos perfis epidemiológicos das diferentes regiões e grupos sociais que as compõem. Outras dimensões devem ser consideradas, tais como as relativas ao financiamento

do sistema, a utilização e qualidade dos serviços, a renda da população e as dimensões geográficas (VIANNA, 2001).

Ao comparar os principais indicadores dos gastos com saúde e fontes de financiamento no Brasil, a nível regional, onde as disparidades sócioeconômicas se refletem de forma acentuada nos indicadores de saúde, verifica-se que as Regiões Norte e Nordeste apresentam resultados diferenciados daqueles registrados no Sudeste e Sul do país.

No que se refere aos gastos com saúde realizados pelas famílias no Brasil é importante identificar, mesmo que de maneira sintética, as principais desigualdades regionais que marcam o setor saúde e que estão diretamente ligados às questões do nível de renda nas diferentes regiões e intrinsecamente dependentes do volume de recursos alocados pelo Estado para a cobertura da assistência médica. Estas duas variáveis é que, certamente, irão influenciar na definição da capacidade instalada da oferta de serviços de saúde públicos e privados, para o atendimento da demanda crescente.

No trabalho realizado por Medici (1997), identifica-se que as taxas mais elevadas de utilização desses serviços estão concentradas nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul, e as menores no Norte e Nordeste. Uma das explicações para esta questão seria que o nível de informações mais elevado das camadas de maior renda no país, possibilita maiores cuidados com a saúde. Essa parcela da população de renda mais elevada é a que estaria em condições de utilizar em maior escala os serviços ofertados pelo setor privado de saúde.

⁶ Os valores foram levantados em agosto de 2002, com base no Orçamento da União, sujeitos a execução e contabilização no final do exercício em referência.

Estas disparidades sobre o comportamento dos gastos das famílias com saúde podem ser analisados no trabalho de Reis (2002), no qual destacam-se os gastos com a assistência médica suplementar, expressos através dos planos e seguros de saúde privados, conforme se pode observar na Tabela 1.

Tabela 1 – Regiões Metropolitanas: Indicadores dos Gastos das Famílias com Assistência à Saúde (1987/1988 e 1995/1996) - Preços correntes em setembro de 1996

Regiões Metropolitanas e Cidades	1987		1996		
	População	Participação do Gasto com Saúde no Gasto Total – (%)	População	Participação do Gasto com Saúde no Gasto Total – (%)	Gasto Per capita das famílias com Saúde – (R\$)
REGIÃO NORTE					
RM Belém	1.141.181	5,19	943.252	6,61	200,3
REGIÃO NORDESTE					
RM Fortaleza	1.978.652	4,59	2.509.336	5,18	130,4
RM Recife	2.610.291	5,07	2.906.428	7,45	203,1
RM Salvador	2.190.296	4,12	2.596.523	6,53	192,6
REGIÃO SUDESTE					
RM Belo Horizonte	3.282.337	5,52	3.551.538	6,32	304,5
RM Rio de Janeiro	10.601.308	5,12	10.049.806	6,81	276,8
RM São Paulo	15.692.195	5,43	15.867.789	6,57	355,6
REGIÃO SUL					
RM Curitiba	1.946.863	5,99	2.212.329	6,69	355,7
RM Porto Alegre	2.735.307	5,94	3.074.324	5,90	306,1
REGIÃO C. OESTE					
Goiânia	947.615	6,38	991.425	6,95	291,5
Brasília	1.649.897	4,52	1.679.348	5,59	313,6
TOTAL	44.775.942	5,31	46.382.098	6,50	294,5

Fonte: IBGE – Pofs de 1987/1988 e 1995/1996. REIS; SILVEIRA; ANDREAZZI, 2002, p. 15..

Verifica-se que 76,5% das famílias encontram-se nas Regiões Metropolitanas do Sudeste e Sul, as quais respondem pela maior parcela da renda nacional. Isto explica por que, os maiores níveis de participação dos gastos com saúde em relação ao orçamento familiar total, assim como os maiores valores *per capita* despendidos com saúde estão localizados nessas regiões do país (REIS; SILVEIRA; ANDREAZZI, 2002).

Em termos demográficos, a Região Nordeste participa com 15,1% do total da população das Regiões Metropolitanas contidas na pesquisa da POF – Pesquisa do Orçamento Familiar. Considerando-se as disparidades dessa região em termos de renda, em comparação com o Sudeste e Sul, justifica-se que os menores níveis de gastos com saúde em relação ao orçamento familiar são identificados nessa área. Houve, contudo, uma elevação nestes indicadores entre o período de 1987/1988 para 1995/1996. A RM de Salvador cresceu 2,41% pontos percentuais; a RM de Recife cresceu 2,38% e a RM de Fortaleza cresceu 0,59%.

Quanto aos gastos *per capita* das famílias com saúde, medidos pela POF nas Regiões Metropolitanas em análise, no período de 1995/1996 três RM's do Nordeste mais uma do Norte foram as que apresentaram os menores indicadores. Neste conjunto, a RM de Salvador situa-se em 10º lugar ficando abaixo apenas da RM de Fortaleza.

Ao relacionar as variações ocorridas nos gastos com assistência à saúde nos estratos de renda familiar de até dois e entre cinco e seis salários mínimos, constata-se que, essas duas faixas registraram crescimento de 52,2% e 41,9% respectivamente, entre 1987 e 1996 (REIS; SILVEIRA; ANDREAZZI, 2002).

Vale salientar que as famílias com renda de até dois salários mínimos gastaram quase 70% com remédios em 1987, caindo para 50% na POF de 1996. Desse modo, o consumo de medicamentos foi responsável por uma grande parcela dos gastos com assistência à saúde do estrato inferior de renda e, também do estrato entre cinco e seis salários mínimos.(REIS; SILVEIRA; ANDREAZZI, 2002).

De acordo com Médici (1997), os gastos estaduais aumentaram de US\$ 2,5 bilhões para US\$ 4,5 bilhões entre 1980 e 1988 e reduziram para US\$ 3,7 bilhões em 1990. A distribuição regional desse gasto está assim representada:

Verifica-se que a região Sudeste, que representa 54% dos gastos estaduais em 1986, passou a absorver 63,5% dos gastos em 1990. Na medida em que essa região continha 43,2% e 42,8% da população brasileira nesses dois anos pode-se concluir que o SUS e o processo de descentralização a ele associado, nos seus primeiros anos, aumentaram as disparidades regionais quanto ao gasto com saúde. (MEDICI, 1997, p. 34).

Essas disparidades também estão presentes na distribuição dos recursos federais, na medida em que, até 1988, considerando-se o critério de mais recursos para as regiões mais carentes, o Norte e o Nordeste recebiam mais recursos do que o Sudeste e Sul. Como se pode observar na Tabela 2, essa situação inverteu-se após a entrada em vigor do SUS, a partir de 1988, principalmente em relação ao Nordeste que passou a receber menos recursos em termos *per capita* do que as demais regiões do país.

Tabela 2 - Brasil: Distribuição Regional da População e dos Gastos Estaduais Totais com Saúde (1986 – 1990) - Inclui recursos próprios + transferências

Regiões	Distribuição da População (%)		Distribuição do Gasto em Saúde (%)	
	1986	1990	1986	1990
Brasil	100,0	100,0	100,0	100,0
Norte	6,2	6,7	6,2	4,9
Nordeste	29,1	29,0	17,8	14,8
Sudeste	43,1	42,8	54,1	63,5
Sul	15,5	15,1	9,5	5,2
Centro-Oeste	6,1	6,4	12,4	11,6

Fonte: Orçamento da União. MEDICI, 1997.

Segundo Médici (1997), as principais causas que teriam determinado as distorções na distribuição dos recursos da União⁷ para os estados e municípios, nas

⁷ [...] as transferências de recursos para estados e municípios decorrentes de programas como as Ações Integradas de Saúde (AIS), do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e do Sistema Único de Saúde (SUS), sejam elas de natureza ambulatorial (UCA) ou hospitalar (AIH), foram consideradas, para todos os efeitos, como gastos da União, não sendo dessa forma duplicadas nos gastos a cargo das esferas locais de governo. (MEDICI, 1997, p. 25).

diferentes regiões do país, estariam diretamente relacionadas com mudanças introduzidas no sistema de saúde entre os anos 80 e 90, tais como:

- a) Final do *modelo centralizado* o qual perdurou de 1974 até 1982;
- b) O denominado modelo de *transição*, entre 1983 e 1986, caracterizado pela presença de programas como o de Ações Integradas de Saúde (AIS), seguido do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS);
- c) A consolidação do SUS, com a promulgação da Constituição Federal em 1988, que implantou o modelo *centralizado*, baseado no repasse crescentemente automático de recursos para estados e municípios com ênfase na intermediação das esferas estaduais enquanto instâncias de promoção das condições de regulação e equidade; e
- d) O momento de descentralização *tutelada*, durante o período de 1990 a 1992, em que os recursos voltaram a ser repassados de forma negociada com o retorno da administração convenial.

2.3 ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR – ÂNCORA DO SETOR PRIVADO DE SAÚDE

Ao reduzir gradativamente o atendimento direto dos serviços de assistência médica, o Estado entra em contradição com o que propunha na implantação do SUS, cujo modelo está baseado na universalização do atendimento. Mesmo com a adoção do sistema de contratação dos serviços privados para atendimento público, o Estado não conseguiu cobrir a demanda crescente pela assistência à saúde pública e gratuita, deixando de fora do atendimento um contingente expressivo da população.

A expansão registrada nos serviços privados de saúde seria então capitaneada por um segmento representado pelos planos e seguros de saúde e empresas de autogestão. Dentre as causas que teriam contribuído para esse crescimento, além daquela relacionada com a queda na qualidade dos atendimentos dos serviços públicos, outras são destacadas como fundamentais para a consolidação do sistema:

A consolidação do setor financeiro no Brasil, na década de 60, que teria criado as bases para sua inserção no mercado de proteção social; a heterogeneidade estrutural própria dos modelos de reparação à saúde adotada para os trabalhadores desde os anos 30; e a emergência /expansão da classe média nos anos 70, que, ao perder poder aquisitivo na década seguinte, seria compelida a lançar mão de planos de saúde diante dos altos preços da assistência médica. (ALMEIDA, 1998, p. 11).

Almeida (1998) identifica ainda a questão da privatização de algumas funções públicas, entre as quais a assistência médico-hospitalar, que teria também contribuído para o crescimento do setor privado. Esse mercado é caracterizado pela sua natureza mercantil – contratual⁸.

O setor privado foi se fortalecendo, tanto pelo seu potencial financeiro, com investimentos em capacidade instalada e novas tecnologias, quanto pela sua oferta de serviços com qualidade, para uma outra parcela da população, ou seja, os estratos de renda média e alta. O fator renda passaria a ser uma variável determinante, também, para o consumo dos serviços de assistência médica.

Ao privilegiar e estimular o crescimento do setor privado, o Estado foi excluindo parcela significativa dos consumidores dos serviços de saúde representada pela população de baixo poder aquisitivo e que não tinha condições de

⁸ Ver em Almeida (1998, p.6) que a exigência básica, portanto, é o pagamento pela utilização dos serviços (isso é, a sua compra), que pode assumir diferentes modalidades, desde as mais tradicionais – compra direta pelo usuário ao prestador de serviços – até as mais complexas, que envolvem a intermediação de terceiros – contratos entre indivíduos/famílias/empresas com a medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras, além dos programas suplementares autogeridos por empresas empregadoras (públicas e privadas).

contratar uma assistência médica suplementar, através dos planos e seguros de saúde (MELAMED, 2000).

Sobre a criação do SUS, Melamed (2000) avalia o contexto no qual nasceu este sistema em 1988, identificando a falta de recursos públicos para a sua sustentação, principalmente por parte dos estados e municípios. A distorção entre a implementação do SUS e falta de recursos para manter o sistema acabou por criar privilégios e benefícios para o setor privado, na medida em que o Estado permitiu o repasse de recursos subsidiado via Fundo de Assistência à Saúde (FAS), para a construção e reequipamento de unidades assistenciais. Este crescimento do setor privado viria a se consolidar principalmente através do atendimento ambulatorial.

Constata-se, assim, que tanto as proposições da OPS/CEPAL quanto as do Banco Mundial na formulação das políticas de saúde para os países periféricos teriam direcionado a questão da assistência médica por parte do Estado para o provimento de serviços clínicos essenciais. “Por um lado, o Estado desestimularia a propensão a consumir dos serviços de saúde, e por outro, não permitiria a utilização dos procedimentos de atenção médica desnecessários.” (REIS, 1995, p. 21).

Dentro desta ótica, o Brasil ao incorporar as recomendações das agências internacionais teria estimulado o crescimento do setor privado, através da concessão de subsídios, isenções fiscais ou mesmo financiamentos diretos com recursos públicos. Esses financiamentos, concedidos através da Caixa Econômica Federal, teriam beneficiado diretamente empresas nacionais e internacionais, que estariam se implantando no país já a partir da segunda metade da década de 70.

Dessa forma, o Estado foi promovendo de forma acelerada, na década de 80, o ingresso no mercado do setor privado de serviços de saúde, tendo como âncora desse modelo os planos e seguros de saúde e as empresas de autogestão. Para corroborar com a formação do mercado de saúde privado, a crise econômica vivida pelo país, marcada por índices elevados de inflação no mesmo período, teria contribuído para a deterioração dos preços praticados pelo INAMPS, na remuneração dos serviços prestados pelo setor privado. Isto teria marcado o início das dificuldades crescentes no relacionamento entre os prestadores de serviços – hospitais e clínicas com finalidade lucrativa – e o setor público, enquanto contratante desses serviços, o que acabou por reforçar o atendimento através dos planos e seguros de saúde supletiva.

Outra parte da demanda potencial pelos serviços de saúde privados seria constituída pelas grandes e médias empresas do setor industrial e de serviços, como também pelas próprias estatais, ao buscarem um atendimento de qualidade para os seus empregados, afastando-se cada vez mais do atendimento do SUS. Passaram então a firmar convênios com os planos e seguros de saúde privados ou mesmo constituir sistemas de autogestão da assistência médica suplementar.

Dentro deste quadro de consolidação da assistência médica suplementar, tendo como âncora os planos e seguros de saúde privados, o Estado vinha estimulando essa atividade de outra maneira, praticando a renúncia fiscal através da dedução do imposto de renda de pessoas jurídicas e físicas⁹. Com a implantação desse sistema, as empresas passaram a contabilizar como despesas dedutíveis dos

⁹ Segundo Vianna (1994, p. 26-27 apud REIS, 1996, p.78) “[...] a possibilidade de deduzir despesas com saúde do imposto de renda. Este dispositivo pouco lembrado se implantou com as sucessivas reformas fiscais realizadas (o Código Fiscal Nacional de 1966, a Constituição de 1967, o decreto-lei 200, os 11 decretos promulgados no rastro do AI-5) [...]”

seus resultados operacionais aquelas incorridas anualmente com o patrocínio total ou parcial dos gastos com seguros e planos de saúde suplementar para os seus empregados. Isto implica redução do lucro tributável e, conseqüentemente, um menor imposto de renda a recolher.

Por outro lado, as pessoas físicas, principalmente os estratos de renda média e alta, que contrataram planos e seguros de saúde individualmente, passaram a gozar do incentivo governamental, ao deduzirem das suas declarações anuais de rendimentos, os gastos realizados com planos e seguros de saúde, além daquelas despesas médicas e odontológicas realizadas diretamente pelos contribuintes¹⁰.

Com isto, o Estado abriu mão da arrecadação de parcela considerável do imposto de renda das pessoas jurídicas e físicas, estimulando o consumo dos serviços de assistência suplementar de saúde fomentando, assim, o crescimento de planos e seguradoras de saúde privada. Esta evolução do chamado setor privado autônomo no Brasil está retratada em Reis (1995) ao identificar o período entre 1967 a 1977 como o de surgimento das empresas de medicina em grupo, estimuladas pelos convênios com o INPS, evoluindo até 1988, ano de promulgação da Constituição Federal.

Entre os anos de 1977 e 1981 é liberado o funcionamento do seguro-saúde. Em 1977, é promulgada a Lei das Previdências Complementares, que irá fomentar o crescimento dos planos de assistência médica das empresas, ou seja, os planos de autogestão e os planos de administração. Até meados da década de 70, portanto, as empresas de medicina de grupo tinham uma participação expressiva no mercado de serviços de saúde [...] Entre 1981 e 1988 mudam-se as normas de operacionalização do seguro-saúde de modo a torná-lo mais competitivo no mercado. Constata-se um crescimento acelerado desse segmento. Finalmente, de 1988 em diante, mudam-se as

¹⁰ A modalidade de plano e seguro de saúde individual é aquela que inclui o titular e seus dependentes, como usuários dos serviços médicos credenciados junto aos planos. Para um melhor aprofundamento sobre as deduções de Imposto de Renda, consultar em Médici (1992a, apud REIS, 1996, p. 78).

regras de funcionamento do seguro-saúde, que passa a poder operar com rede credenciada. Assim, a consolidação das seguradoras de saúde, das empresas de medicina de grupo, das cooperativas médicas e dos serviços próprios das empresas acaba por constituir um mercado de serviços de saúde tipicamente capitalista. (REIS, 1995, p. 79-80).

De acordo com Reis, Silveira e Andreazzi (2002) verifica-se que houve uma aceleração dos gastos com saúde no orçamento familiar de 5,3% em 1987 para 6,5% em 1996, o que representa um crescimento médio de 22,4%, medido pelo desembolso total, considerando-se o conjunto das onze Regiões Metropolitanas. Esta variação, também foi influenciada pelas mudanças nos preços relativos, em função do Plano Real em 1994, ver Tabela 3.

Tabela 3 – Brasil: Gasto Total Anual com Planos de Saúde, segundo Estratos de Renda Total das Áreas das Regiões Metropolitanas (1987/1988 e 1995/1996)

Classes de renda familiar			Variação (%)
mensal - Em Salários Mínimos	1987	1996	
Até 2 Salários Mínimos	7,1	40,1	464,8
De 2 a 3	9,0	44,3	392,2
De 3 a 5	40,1	101,2	152,4
De 5 a 6	33,8	103,2	205,3
De 6 a 8	67,0	188,1	180,7
De 8 a 10	87,4	238,2	172,5
De 10 a 15	222,1	510,6	129,9
De 15 a 20	267,4	527,9	97,4
De 20 a 30	312,6	610,0	95,1
Mais de 30	1242,0	1.601,2	29,9
TOTAL	2288,5	3964,8	74,0

Fonte: IBGE - POFs de 1987/1988 e 1995/1996. REIS; SILVEIRA; ANDREAZZI, 2002, p.17.

Notas:

Fator de correção: INPC - A / IGBE (saúde e cuidados pessoais).

Elaboração: Dísoc e Diset/IPEA.

O crescimento da participação dos gastos com assistência médica suplementar, no orçamento familiar nos estratos de renda de até dois salários mínimos, teria ocorrido possivelmente em função de uma diminuição no volume de

atendimentos médicos pelo SUS, condicionando essas famílias a buscarem alternativas através dos planos privados.

O mesmo teria ocorrido, em menor proporção, com as famílias de estratos de renda de cinco a seis salários mínimos. Já com as famílias com estratos de renda de mais de trinta salários mínimos, houve um crescimento muito inferior às duas primeiras, na medida em que, dentro dessa faixa, estaria inserida uma menor parcela da população brasileira, a qual detém maior poder aquisitivo e, portanto, seria historicamente o que menos utiliza os serviços de saúde disponibilizados pelo setor público. Esta camada da sociedade, possivelmente, teria aderido aos planos e seguros de saúde a partir da sua fase inicial de operação e estes gastos estariam embutidos em seus orçamentos desde então resultando assim na pequena variação ocorrida em termos de participação deste item no orçamento familiar no período entre 1987 e 1996.

Verifica-se ainda, na leitura dos dados que o nível de gastos das famílias com a assistência médica suplementar – planos de saúde, em termos absolutos, cresceu de R\$ 2,3 bilhões em 1987 para R\$ 4,0 bilhões em 1996, ou seja, uma variação de 74,%¹¹. Em outro estudo, Ramos (2001), baseado nos dados da PNAD/1998, pôde constatar, também, que os gastos privados individuais com planos de saúde foram de R\$ 12,5 bilhões em 1998, com uma participação nas despesas totais de 33,1%, além dos demais gastos com consultas médicas, com outros profissionais de saúde, hospitalização, enfermagem e exames, cujo montante foi de R\$ 4,5 bilhões, ou seja, 11,9% do total dos gastos.

¹¹ Ver em IBGE/POFs de 1987/1988 e 1995/1996 (REIS, SILVEIRA; ANDREAZZI, 2002, p. 17).

Constata-se então que esse processo de evolução e consolidação do setor privado de serviços de saúde no Brasil, via assistência médica suplementar, teria ocorrido, não simplesmente pelo lado da oferta de maneira espontânea e livre, pela busca do lucro por parte das empresas de planos e seguros de saúde, mas, sobretudo, pelo estímulo do próprio Estado. Segundo Almeida (1998), no processo de sucessivas reformas da assistência médica, implementadas nas três últimas décadas, o Estado, desencadeou e estimulou, por meio de políticas explícitas, as parcerias com o setor privado numa perspectiva privatizadora.

3 O SETOR PRIVADO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E SEU FUNCIONAMENTO NO MERCADO COMPETITIVO

As políticas de saúde implementadas no Brasil a partir da década de 70 sedimentaram as bases para o fortalecimento dos serviços médicos privados que, através da formação de empresas, viriam a constituir um modelo misto de assistência à saúde.

O Estado, enquanto provedor da assistência médica pública, passaria gradativamente a dividir espaço com a iniciativa privada, prestadora de serviços contratados pelo próprio Estado, ao tempo em que essas empresas constituíam-se em agentes econômicos de um processo de desenvolvimento do “mercado de serviços de saúde”.

Este capítulo pretende demonstrar na primeira seção o processo que deu origem ao surgimento das empresas privadas de serviços de saúde. Para tanto, utilizou-se como referência os casos do Rio de Janeiro e São Paulo, onde surgiram as primeiras organizações empresariais do segmento de saúde.

Na segunda seção, procura-se explicar a inserção das empresas de saúde no contexto das estruturas de mercado, dentro de um ambiente de competitividade. Dentro dessa abordagem, faz-se uma análise das principais estratégias competitivas, à luz do modelo das cinco forças de Porter (1986). A seção aborda

também as questões das inovações tecnológicas no campo dos serviços de saúde e seus efeitos na concorrência.

A terceira seção tenta relacionar os principais aspectos que estão contidos no mercado de saúde, sob a ótica do tamanho das empresas. Esboça-se com isto uma primeira classificação das empresas, utilizando-se critérios com base em faturamento e número de pessoas ocupadas, seguindo modelos de análise utilizados por autores como Steindl (1990) e Albuquerque (1998).

3.1 O SURGIMENTO DAS EMPRESAS PRIVADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Como desdobramento natural de todo um processo de construção de um mercado privado de serviços de saúde, conduzido pela assistência médica suplementar e estimulado pelo Estado, surgem no Brasil as empresas médicas, constituídas por hospitais e clínicas particulares, que viriam dar o suporte necessário à sustentação desse modelo, lastreado fortemente na parceria com o Estado enquanto prestadores de serviços contratados por este.

Esse processo de fortalecimento das empresas médicas e estímulos ao seu crescimento teria surgido durante o regime militar a partir de 1964¹. Com isto, o Estado estaria reduzindo seus gastos com saúde, a partir de uma nova forma de

¹ É consenso na literatura que o desenvolvimento do setor privado de saúde no Brasil está intrinsecamente ligado à opção modernizante implementada pelo governo autoritário, que, com a unificação dos institutos previdenciários, expandiu a população previdenciária (e de beneficiários), mas desintegrou os esquemas associativos que lhe davam voz, impondo à política social uma racionalidade privatizante, que, embora tecnicamente justificada, desencadeou e exacerbou seus traços perversos. Inicia-se aí as modificações no *mix* público / privado no setor de saúde, que alavancariam a expansão do mercado de serviços de assistência médica, por meio basicamente de duas estratégias convergentes: a compra de serviços pelo Estado e a transferência da função provedora para a iniciativa privada (ALMEIDA, 1998, p.12).

articulação entre o setor público e o privado, incentivando assim o empresariamento dos próprios médicos².

Entende-se por serviços de saúde:

[...] o conjunto de recursos, conhecimentos, habilidades e tecnologia que, interagindo consciente ou inconscientemente, desenvolvem bens e serviços que potenciam, mantêm ou recuperam as condições de saúde. (ZAYEN; SILVA; SOBRAL, 1995, p. 119).

Estes serviços vêm se desenvolvendo no rastro do crescimento da assistência médica suplementar.

É nesse conjunto que estão localizadas as empresas privadas prestadoras de serviços como hospitais, clínicas médicas e odontológicas, laboratórios de análises, bancos de sangue, além daquelas atividades classificadas como paramédicas, que também se encontram organizadas em entidades de categorias de profissionais da saúde. Estes atuam de forma cada vez mais crescente, através de empresas, como clínicas de fisioterapia, optometria, massagens médicas, terapia ocupacional, dentre outras, que vieram a compor o segmento de serviços, através da forma empresarial emergente nas décadas de 80 e 90 no Brasil (ZAYEN; SILVA; SOBRAL, 1995, p. 195).

Uma das explicações para o crescimento do segmento de serviços de saúde seria o desenvolvimento de novas tecnologias pelo complexo médico industrial, o qual passou a ofertar equipamentos que resultaram na ampliação dos serviços de diagnóstico por imagem. Outro fator que é comumente citado na literatura é o nível de pressão exercida pela indústria farmacêutica sobre os profissionais médicos,

² Estimulados pela demanda do setor produtivo – em expansão e que se apresentava com uma clientela potencial crescente e diversificada – e legitimados pelo Estado, os grupos médicos ou se reestruturaram ou se criaram segundo uma perspectiva empresarial mais sólida, incluindo-se aqui tanto a medicina de grupo quanto às cooperativas médica (ALMEIDA, 1998, p. 13).

atrelando desta forma, o aumento do volume de medicamentos ofertados no mercado ao exercício das atividades profissionais dos médicos.

No Brasil, esse processo de transformação das atividades dos profissionais médicos ocorreu a partir da segunda metade da década de 60, numa conjugação de fatores que envolveram a mudança da prática autônoma, enquanto profissionais liberais, para o assalariamento do trabalho médico, até a constituição e desenvolvimento das empresas médicas no seio do complexo médico e empresarial, e por fim, o aprofundamento das relações com o Estado e seus aparelhos de saúde e o setor privado (CORDEIRO, 1984).

O Estado, enquanto contratante dos serviços de saúde, através da Previdência Social a partir de 1967 (CORDEIRO, 1984), estabeleceu vínculos com o complexo médico empresarial, representado pelos hospitais privados e filantrópicos, pelos grupos médicos, cooperativas e firmas de seguro de saúde.

Os investimentos do setor privado com fins lucrativos no setor saúde no Brasil, somente teriam se desenvolvido a partir da década de 60, provavelmente em virtude do atraso tecnológico que teria marcado o setor até àquela época. A inexistência de tecnologias avançadas não teria estimulado o empresariado nacional, por falta de atrativos em termos de rentabilidade, em comparação com os setores tradicionais da economia.

Embora o setor médico hospitalar já fosse, a essa altura, predominantemente privado, o setor lucrativo participava minoritariamente. É certo que os avanços tecnológicos da prática médica já implicavam na reordenação dessa prática que tendia para a perda da autonomia do médico liberal e para a penetração do capital na prática médica. (CORDEIRO, 1984, p. 18).

Nesse contexto, os investimentos passariam a ser direcionados por grupos de médicos para a constituição de estruturas próprias, através da realização de

inversões fixas em obras, instalações, equipamentos e capital de giro próprio, para a implantação de clínicas de variadas especialidades, compostas essencialmente por profissionais oriundos de grandes hospitais públicos e filantrópicos.

Essas unidades médico-empresariais seriam dotadas de toda infra-estrutura jurídica, técnico-profissional e administrativa, nos moldes de qualquer empresa privada. Essas empresas deixariam de ter as características organizacionais das antigas formas de negociar predominante entre as profissões liberais, “pois um médico ou um advogado geralmente dirige sozinho o seu negócio e realiza todo o seu trabalho.” (MARSHALL, 1984, p. 250).

Se, de um lado, ampliava-se o espaço para o crescimento dessas empresas médicas, dentro de um processo de organização nos moldes capitalista, por outro lado encontravam-se resistências por parte das entidades profissionais, a exemplo da Associação Brasileira de Medicina (ABM) e da Associação Paulista de Medicina (APM), para as quais “a prática mercantilista, a qual visava somente o lucro, acabaria por desestruturar a prática liberal da medicina”, na medida em que essas empresas iriam concorrer diretamente com os tradicionais consultórios médicos. Nesse quadro, as novas empresas – clínicas, hospitais e laboratórios – iriam enfrentar a concorrência externa, pois o setor internacionalizado do complexo médico-empresarial, em forte articulação com os grupos nacionais monopolistas, disputavam o “mercado de serviços de saúde”. Estabelecia-se, então, o início do confronto entre grandes e pequenas empresas nacionais de saúde (CORDEIRO, 1984).

Essas empresas médicas passariam a concentrar-se nos grandes centros urbanos, seja pela maior oferta de profissionais médicos recém formados nas universidades aí localizadas, seja também por estar concentrada nas grandes capitais e regiões metropolitanas a maioria da população detentora de níveis de renda média e alta, isto é, os potenciais consumidores dos serviços de saúde privados.

Em termos da população, o processo de concentração - desconcentração - reconcentração de renda delimitaria um segmento das famílias de rendas mais altas que dirige seu consumo de saúde a um cuidado médico mais sofisticado, com base na medicina liberal, configurando um setor de consumo de "luxo". Os demais segmentos seriam cobertos pelo sistema previdenciário e pelos programas de extensão e cobertura das secretarias de saúde. (CORDEIRO, 1984, p. 119).

As empresas privadas de saúde constituídas na década de 70 tinham como público alvo os usuários dos serviços médicos prestados pelos consultórios particulares.

Essa camada da população teria, primeiro, migrado para as empresas médicas de pequeno e médio porte, através da modalidade de pagamento particular e, posteriormente, viria associar-se a planos e seguros de saúde. Soma-se a esse contingente, aqueles que eram cobertos por convênios firmados através das empresas, com planos para seus empregados.

No Rio de Janeiro, na década de 70, no conjunto dos serviços médicos, predominava uma forte tendência de crescimento dos ambulatórios no setor, seja pela elevação da contratação pelo Estado, seja através dos convênios com empresas. Ainda no Rio de Janeiro, entre 1971 e 1978, registrava-se o crescimento nos serviços complementares de diagnóstico (laboratórios e radiológicos), em proporção maior do que o crescimento da população (CORDEIRO, 1984, p. 122).

Esse processo de desenvolvimento das empresas médicas no Rio de Janeiro teve, portanto, como base de sustentação dessa forma de empresariamento de grupos médicos, não só a articulação entre a medicina de grupo e o Estado, como também uma forte articulação entre empresariado emergente do “negócio-saúde” e os setores industrial, comercial, financeiro e estatal, sustentados na relação entre convênios, empresa e serviços médicos. Com isto, resultaria a “[...] constituição e reprodução ampliada de sua base física e tecnológica, à incorporação da mão-de-obra de profissionais de saúde e ao controle de uma parcela crescente do mercado de consumo médico.” (CORDEIRO, 1984, p. 126).

Esse modelo de pequenas e médias empresas, citado por Cordeiro (1984), desenvolvido tanto no Rio de Janeiro como em São Paulo, tinha no seu corpo social médicos, odontólogos e grupos clínicos, ainda com características de empresa familiar, com pequena estrutura física e baixos investimentos. Em geral, essas pequenas empresas, tinham a forma jurídica de sociedade por cotas de responsabilidade limitada.

3.2 AS EMPRESAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE E OS “PRODUTOS” OFERTADOS NO MERCADO

No segmento de serviços de saúde em geral, seja no atendimento hospitalar, ambulatorial, assim como, na realização de exames instrumentais e laboratoriais, o processo produtivo é padronizado através de procedimentos específicos, o que se constitui nas principais unidades de serviços comercializadas. De maneira mais específica, os hospitais agregam aos seus faturamentos itens como diárias de internamento, medicamentos e materiais de atendimento médico utilizados

diretamente pelos pacientes, formando assim um conjunto de serviços e produtos comercializáveis.

Para uma caracterização dos serviços prestados por uma empresa de saúde no contexto do mercado, torna-se imprescindível esclarecer sobre a questão dos procedimentos médicos. Estes em geral são padronizados por especialidades, de acordo com tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), a qual separa na listagem de procedimentos o custo médico do custo operacional da unidade de atendimento. Em geral os procedimentos são repetitivos, embora existam serviços substitutos (mais de um procedimento para solucionar o mesmo problema).

No conjunto dos serviços ofertados por uma empresa de saúde, os procedimentos seguem uma hierarquia. Há procedimentos que são considerados mais invasivos (que produzem uma maior lesão no paciente), até se detectar o problema. Outros, a depender do grau de complexidade da doença, são menos invasivos. Mas em geral, todos seguem uma rotina padronizada de investigação.

Assim, um determinado procedimento, a depender do seu grau de complexidade e da capacidade instalada da unidade prestadora de serviços de saúde, poderá ser realizado em uma clínica de pequeno porte, como também em um grande hospital.

Se o mercado, portanto, corresponde à demanda por um grupo de serviços, com procedimentos padronizados, como no caso da área de saúde, mas existindo a diversificação na oferta (entenda-se especialidades médicas), as empresas poderão

ocupar espaços comerciais em diversas áreas em que estejam credenciadas e capacitadas para tal.

As empresas de serviços de saúde – Hospitais, Clínicas e Laboratórios – estabelecidas com *fins lucrativos*, ou seja - a grande maioria no setor privado, foram constituídas a partir desses pressupostos, seja através do trabalho profissional em equipe, como também do trabalho realizado individualmente.

A busca pela diferenciação entre os concorrentes ocorre em diversas dimensões do processo competitivo. Pode ser no nível das inovações tecnológicas, que se desdobram em aumento da capacidade instalada, da produtividade e da eficiência. Os fatores de diferenciação no âmbito do mercado envolvem produtos, serviços e insumos, negociação com fornecedores e parceiros, dentre outros (POSSAS, 2000 apud KUPFER; HASENCLEVER, 2002).

[...] há, portanto, um componente subjetivo – *de avaliação estratégica* – nesta definição de “mercado”. É claro que fatores objetivos relacionados à demanda e à oferta dos produtos e serviços – seu grau de substituíbilidade, sua afinidade tecnológica, etc. – são critérios que balizam essa definição. (POSSAS, 2002 apud KUPFER; HASENCLEVER, 2002, p. 420).

O “espaço econômico” em que atuam essas empresas, o qual vem se consolidando enquanto mercado propriamente dito, é ocupado por hospitais, clínicas, laboratórios e outros serviços de apoio ao segmento de saúde e vem sendo dimensionado nos grandes centros médicos e empresariais, principalmente aqueles localizados nos bairros de nível de renda média e alta, nas grandes metrópoles e cidades brasileiras.

Quanto à introdução de inovações tecnológicas no segmento de saúde, a velocidade com que vem ocorrendo as mudanças nesse campo constitui-se em

diferencial significativo em termos de competitividade. Apesar de significar uma vantagem competitiva, a variável tecnológica exige, contudo, investimentos financeiros expressivos, a médio e longo prazo, além de constituir-se em fator de elevação dos custos dos serviços. Como o grau de obsolescência dos equipamentos médico-hospitalares tem sido muito elevado, torna-se indispensável um razoável planejamento financeiro, para fins de investimentos de reposição.

Sendo os serviços de saúde padronizados, a diferenciação praticamente não existe, não havendo margem para a concorrência de serviços substitutos. Se uma avaliação durante o atendimento médico na consulta ambulatorial, identifica sintomas de uma determinada patologia, ele então solicita um conjunto de exames laboratoriais e instrumentais (diagnóstico por imagem), que irão possibilitar um diagnóstico conclusivo.

A oferta de serviços de saúde será diferenciada entre as empresas pela capacitação técnico-científica do corpo clínico da empresa; pela capacidade instalada, em termos de recursos de infra-estrutura; pela importância e quantidade de convênios que as empresas atendem; e, por último, pela oferta de serviços baseados em tecnologia avançada, principalmente para atender a situações de alta complexidade.

Nesse contexto de mercado e competitividade, os “instrumentos de disputa competitiva são definidos por características técnico-produtivas específicas.” Kupfer e Hasenclever (2002). No caso dos serviços de saúde, essas estratégias são definidas pelas empresas e pelas características dos serviços que cada unidade oferece, em função da sua demanda potencial. Essa demanda, naturalmente, está

relacionada com os níveis de renda daqueles que, através dos planos e seguros de saúde, escolhem os prestadores com base em referências próprias ou sinalizadas pelo próprio mercado.

3.2.1 Estratégias Competitivas - Caracterização do Funcionamento das empresas de Saúde no Mercado

Para uma análise da estrutura de mercado do segmento de serviços de saúde, considera-se de extrema importância relacionar a empresa ao seu meio ambiente, dentro do segmento em que ela opera, procurando identificar as forças externas e as habilidades das empresas para lidar com elas³.

Dentre as cinco forças consideradas por Porter (1986) como instrumental de análise das estruturas de mercado, para fins de elaboração deste trabalho, serão consideradas apenas quatro como as mais significativas no mercado de serviços de saúde.

Assim, pode-se identificar como *entrantes* todas as empresas (hospitais, clínicas e laboratórios), que ameaçam entrar no mercado, a depender das barreiras de entrada existentes.

Os *fornecedores* caracterizam-se como as empresas que abastecem os hospitais, clínicas e laboratórios com medicamentos, materiais de atendimento e uso e consumo, materiais de manutenção, alimentação (quando produzidas por

³ Porter (1986, p. 22) analisa a estrutura da empresa, com base no que ele classificou como as *cinco forças*: a) entrantes no mercado; b) fornecedores; c) concorrentes na indústria; d) compradores e) substitutos. O conjunto destas cinco forças determina o potencial de lucro final na empresa, que é medido em termos de retorno do longo prazo sobre o capital investido.

terceiros), gases, materiais de expediente e limpeza, serviços de manutenção, consultorias e auditorias, dentre outros.

Os *concorrentes* são as empresas que operam no mercado, sejam grandes, médias ou pequenas, ofertantes dos serviços de saúde, dentro de suas especialidades e níveis de complexidade.

Os *compradores ou pagadores* se subdividem em quatro categorias, assim distribuídas:

1. Planos e Seguros de Saúde – que cobrem os gastos realizados pelos seus associados, dentro dos limites estabelecidos em tipos de cobertura. São essas empresas que pagam as faturas dos serviços prestados pelas empresas de serviços de saúde para os pacientes atendidos nos regimes ambulatoriais, urgência - emergência e internamento ou efetuam o reembolso de gastos realizados diretamente pelo associado às empresas médicas não credenciadas àquele plano de saúde.

2. Convênios com Empresas Estatais e Privadas ou Autarquias – Constituem-se em convênios celebrados diretamente entre os prestadores de serviços e as empresas, que utilizam assistência médica para o seu corpo de funcionários. Incluem-se neste conjunto os Planos de Autogestão.

3. Sistema Único de Saúde (SUS) – Mesmo sendo um sistema universal de assistência à saúde, no âmbito do setor privado, o atendimento só ocorre quando existe um contrato de prestação de serviços entre o Ministério da Saúde e as empresas privadas que se propõem a realizar o atendimento SUS.

4. Particulares – são os usuários que pagam diretamente pelos serviços privados de saúde, sem intermediação de planos ou convênios.

No que diz respeito às barreiras de entrada de novas empresas prestadoras de serviços de saúde e tomando como referência algumas fontes principais que se constituem em barreiras, pode-se dizer que alguns fatores aplicam-se mais especificamente às grandes e médias empresas, como os hospitais. Um dos mais importantes é a necessidade de capital, por exemplo, quando se trata de unidades de alta complexidade, as quais exigem grande volume de recursos financeiros para os entrantes.

Outro fator que se constitui em barreira para os novos entrantes é a economia de escala, que poderá forçar a empresa a se implantar em larga escala de serviços, com a oferta de unidades de urgência – emergência, internação com unidades de terapia intensiva e semi-intensiva, além do atendimento ambulatorial (isto para médios e grandes hospitais), o que implicará em uma desvantagem inicial em termos de custos, em relação àqueles já instalados no mercado.

As deseconomias de escala, muitas vezes, podem levar as empresas entrantes a terem que reduzir seus preços para ajustar seus prejuízos iniciais. No segmento de saúde, os preços dos procedimentos médicos são fixados por tabelas dos planos e seguros de saúde, pela Associação Médica Brasileira (AMB) e, no caso dos serviços prestados através do atendimento SUS, pelo Ministério da Saúde.

Diante desse “tabelamento” dos preços dos serviços médicos, afora algumas poucas exceções no âmbito dos usuários particulares, as novas empresas entrantes

no mercado, como também as já existentes, terão que adequar as suas estruturas de custos ao *mix* de receitas resultante da sua composição de pagadores. Aquelas empresas que atendem os serviços através da modalidade – público-privado, sofrerão maiores influências em seus resultados operacionais em termos negativos, na medida em que o volume de procedimentos do SUS seja representativo em relação à quantidade de serviços prestados, em virtude da expressiva diferença de preços entre os planos e convênios e os praticados pelo SUS.

Diferenciação do produto significa que as empresas estabelecidas têm sua marca identificada e desenvolvem um sentimento de lealdade em seus clientes, originados do esforço passado de publicidade, serviços ao consumidor, diferenças de produtos, ou simplesmente terem entrado primeiro na indústria. (PORTER, 1986, p. 27).

Diante do que se poderia chamar de “barreira de confiança” a ser vencida, as empresas entrantes terão que construir essa relação ao longo prazo, junto a sua clientela potencial e em atividades e especialidades muito específicas, o que exigirá investimentos significativos para a superação desses “vínculos” estabelecidos.

Essa relação de fidelidade no segmento de saúde, entre o consumidor de serviços e o prestador de serviços, está muito sedimentada nos laços entre paciente e médico e, principalmente pela qualificação e reputação do profissional no mercado. Na medida em que historicamente essa relação se dá de forma crescente, se a assistência à saúde vem se revelando com êxitos em determinados tratamentos, solidifica-se essa relação, que pode ser estendida a toda uma família, em função do grau de confiança no médico.

3.2.2 Estratégias das Empresas Prestadoras de Serviços Médicos

Quanto à concorrência por preço, considerada a mais tradicional, essa se constitui no segmento de saúde no Brasil, desde a implementação do Plano Real em 1994, em um dos maiores entraves na tríplice relação – prestadores de serviços – usuários (pacientes) – planos e seguros de saúde.

Nesse contexto, do lado dos prestadores de serviços, os custos operacionais são influenciados por diversas variáveis, tanto no nível macroeconômico interno, como no externo. Os efeitos derivados das políticas cambial e monetária são sentidos diretamente no grupo de medicamentos e materiais de atendimento médico, face o elevado grau de dependência externa de laboratórios e fornecedores.

Se as empresas realizam investimentos em equipamentos importados, também são afetadas pela desvalorização da moeda nacional, para amortizarem seus financiamentos externos. Quanto à taxa de juros, esta tem reflexos diretos na política comercial em face da necessidade de manutenção de capital de giro. E por último, os demais custos – mão-de-obra, prestadores de serviços, manutenção, dentre outros, são corrigidos periodicamente no mínimo pelos índices oficiais de inflação.

Na medida em que o tabelamento de preços dos serviços médicos “engessa” a grande maioria dos prestadores, o nível de recomposição das margens de lucro se inviabiliza através do mecanismo tradicional de “repassa aos preços dos reflexos de aumentos de custos”.

É possível, contudo, que diante desse quadro, o acirramento da rivalidade se expresse entre concorrentes, via negociações específicas de preços – caso a caso – entre prestadores de serviços de grande porte (hospitais) e planos e convênios que representem parcela significativa do volume de atendimentos por parte dos prestadores.

Em um mercado composto por pequeno número de grandes e médias empresas e um grande número de pequenas unidades é possível que existam movimentos isolados em termos de reajuste de preços. Mas, no geral, o que se observa é uma grande defasagem histórica entre aumentos de custos e reajustes de preços dos serviços e honorários médicos.

Todavia, enquanto estratégias competitivas, os prestadores de serviços poderão se fortalecer, se:

a) O mercado for dominado por poucas companhias e mais concentrado do que o segmento para o qual vende seus serviços. Ou seja, se os serviços médicos forem vendidos a planos e seguros de saúde mais fragmentados, os hospitais, clínicas e laboratórios terão, em geral, capacidade de exercer considerável influência em preços, qualidade e condições comerciais – prazos de recebimentos;

b) O peso (importância) de um determinado plano de saúde for reduzido na composição do faturamento do prestador de serviços. Isto aumenta o poder de negociação sobre aquela empresa;

c) Os serviços de saúde dos prestadores constituem-se em insumos importantes para o negócio dos compradores – planos de saúde. Neste caso, estes

são na verdade os “produtos” da comercialização dos planos, a serem oferecidos aos seus associados.

Diante desse quadro, a rivalidade entre empresas concorrentes vem se esboçando entre as grandes e médias unidades, através da diversificação dos serviços (economia de escopo) e da busca de níveis de excelência em determinadas especialidades, que possam agregar valor à atividade, além de conquistar reconhecimento e notoriedade em determinadas áreas de atuação.

Na medida em que os prestadores não conseguem repassar os seus aumentos de custos para os preços tabelados pelos planos e seguros, ganha importância, como instrumento competitivo, a diferenciação através da qualidade dos serviços prestados, sob a influência das inovações tecnológicas. Estas inovações irão envolver a criação de novos espaços econômicos, novos produtos e serviços, novas formas de organização e gestão e novas formas de abastecimento, no sentido de adequar a estrutura de custos da empresa a um tamanho que lhe permita manter-se competitiva (POSSAS, 2000 apud KUPFER; HASENCLEVER, 2002).

3.2.3 Inovações Tecnológicas Como Fator de Diferenciação Competitiva

Labini (1984) destaca a existência de três tipos de inovações que podem consistir em: 1) produção de um novo bem ou serviço; 2) variação dos coeficientes técnicos na produção dos já existentes (gerando ganhos de eficiência); 3) variação da qualidade dos produtos e serviços. Essas três modalidades criam oportunidades

de investimentos que estariam voltados para a diminuição dos fatores produtivos e do custo do dinheiro, além do aumento da demanda.

No setor serviços, o surgimento de novas atividades empresariais e o incremento generalizado por produtos orientados para serviços, vem exigindo investimentos voltados para a inovação. O objetivo é melhorar a relação custo/eficiência e a qualidade da produção dos serviços (HAUKNES, 1999).

O conhecimento intensivo, que reúne a combinação de conhecimento embutido em novos equipamentos, vem se organizando tanto em companhias privadas, quanto em instituições públicas. Dentre os segmentos que ofertam conhecimentos intensivos em serviços, o de medicina situa-se entre os mais elevados, ao lado de comunicações e softwares (HAUKNES, 1999).

No segmento de saúde, o aumento da demanda por serviços tem exigido aumento dos investimentos por parte da oferta, especialmente em tecnologias – equipamentos médicos – que resultam no aumento da produtividade e precisão do diagnóstico. Os ganhos de eficiência em algumas especialidades também se manifestam através da relação entre o coeficiente de consumo de materiais de atendimento *versus* número de procedimentos ou exames realizados. Esses dois têm implicado na melhoria na qualidade dos serviços, proporcionada pelas inovações tecnológicas.

O papel da tecnologia é considerado como elemento chave na competitividade. Diante desta constatação, a incorporação de novas tecnologias em

um determinado segmento, como no caso de saúde, permitirá a elevação de níveis de qualidade e variedade dos serviços, e dos produtos (medicamentos).

Diante disso, o êxito competitivo depende tanto da aquisição de novas máquinas, quanto de melhorias organizacionais e mudanças sociais e culturais, que permitam o estabelecimento de redes de comunicação mediante os quais seja possível unir esforços e gerar sinergias positivas objetivando: 1) aumentar a qualidade dos serviços de saúde prestados pelas empresas privadas; 2) manter e dinamizar o potencial de criatividade, inovação e solução de problemas; e 3) satisfazer as necessidades e exigências que surgem das constantes mudanças da demanda (ALBUQUERQUE, 1998, p. 24).

No segmento de serviços de saúde, esse conjunto de variáveis e proposições constitui-se em instrumento de competitividade, como alternativa viável para o enfrentamento das desvantagens competitivas contidas nesse mercado. As fontes de vantagens comparativas de caráter estático estão sendo substituídas pelas vantagens competitivas de caráter dinâmico, baseadas na introdução constante de inovações tecnológicas, sustentadas na incorporação de informação e conhecimento, assim como, na qualificação dos recursos humanos envolvidos (ALBUQUERQUE, 1998).

Vale destacar, também, que no campo da saúde outro fator determinante para o enfrentamento da concorrência e de não realinhamento de preços é a qualificação dos profissionais, a qual constitui-se em grande diferencial para a demanda, considerando-se que o capital humano (corpo clínico) seja de renome técnico-científico, em determinadas especialidades. Esse referencial é muito importante na

escolha da empresa – hospital, clínica ou laboratório – quando se trata de procedimentos eletivos.

3.2.4 Estratégias dos Compradores - Pagadores dos Serviços Médicos

No contexto do mercado de serviços de saúde, o ponto definidor dos resultados das empresas reside na capacidade de barganha por parte dos compradores de serviços. Os planos e seguros de saúde, assim como os convênios das empresas de autogestão, exercem pressões permanentes sobre os prestadores (hospitais, clínicas e laboratórios), em fases de negociação e renovação dos contratos e convênios, como também, durante o processo contínuo de faturamento, através de análises rigorosas das contas médicas, realizadas através dos auditores médicos.

Os pagadores – planos, seguros de saúde e convênios – tentam de todas as maneiras conter o aumento do número de procedimentos médicos realizados pelos prestadores, bem como as tentativas de reajuste de preços com base na evolução dos custos hospitalares, com o objetivo de evitar a elevação do seu grau de sinistralidade⁴.

Para compensar esses aumentos nos volumes de procedimentos, os planos e seguros de saúde recorrem a dois expedientes básicos para recompor suas margens de lucro: a) utilizam-se dos instrumentos das “glosas”, os quais consistem basicamente no corte de procedimentos que, segundo os seus auditores, são considerados dispensáveis em determinado tratamento; b) praticam reajustes ou pela mudança de faixa etária do associado (e aí, quanto mais elevada a idade, maior

⁴ Número de vezes que os sinistros ocorrem e seus valores. Mede a expectativa de perda, que é imprescindível para estabelecer o prêmio básico ou o custo puro de proteção (SOUZA, 1996).

o reajuste) ou aplicam os índices de inflação oficiais para reajustar os contratos em geral, de acordo com os limites que lhes são estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde (ANS), órgão criado pelo Governo Federal, para exercer a regulamentação das atividades dos planos e seguros de saúde.

Algumas circunstâncias podem favorecer um grupo de compradores objetivando torná-los mais poderosos.

a) O grupo está concentrado ou adquire grandes volumes de serviços dos prestadores (hospitais, clínicas e laboratórios);

b) Os serviços que ele compra para os seus associados são padronizados ou não diferenciados. Neste caso, os compradores – pagadores estão inclinados a gastar os recursos necessários para comprar a um preço cada vez mais favorável e a fazê-lo seletivamente;

c) Os serviços que os compradores ou pagadores adquirem dos prestadores de serviços médicos representam uma fração significativa de seus próprios custos e despesas;

d) Os compradores – planos e seguros de saúde – contam com uma oferta de serviços médicos de vários prestadores de tamanhos diferenciados, podendo então estimular a concorrência por custos entre essas empresas;

e) Os compradores estão bem informados sobre a demanda potencial do mercado – número de planos e segurados – preços reais de mercado (tabelados) e até mesmo sobre os custos dos prestadores. Isso lhes dá mais poder de negociação.

É dentro desse contexto que o mercado de serviços de saúde opera, utilizando-se de estratégias diferenciadas, seja pelo lado dos prestadores de serviços, bem como, pelo lado dos planos e seguros de saúde. Os hospitais, enquanto unidades de maior porte pelos seus níveis de complexidade e capacidade de ofertar maior volume de serviços são os que sentem os maiores efeitos das elevações dos custos.

Mas por outro lado, enquanto empresas de grande porte seriam as mais habilitadas para formarem alianças estratégicas e ao mesmo tempo encontrarem alternativas para a melhoria dos seus resultados operacionais.

Quanto às clínicas e laboratórios de pequeno e médio porte estariam em condições de se adequarem mais facilmente ao regime de “produção flexível”, com maior capacidade de negociação. Mas teriam dificuldades para estabelecer estratégias competitivas conjuntamente, em virtude da grande quantidade e diversidade de empresas existentes no mercado.

3.3 TAMANHO, RELAÇÕES DE DEPENDÊNCIA E COMPETITIVIDADE

As abordagens tradicionais, em geral, colocam as pequenas empresas, principalmente no setor industrial, em planos diferentes das grandes, geralmente na condição de dependentes, principalmente como fornecedoras de insumos e serviços para os grandes complexos industriais. No setor terciário, especialmente no segmento de turismo, a grande maioria das pequenas empresas – restaurantes, agências de viagens, receptivo, empresas de transportes e locadoras de

automóveis, dentre outras atividades, operam em função das grandes redes hoteleiras e empresas aéreas – ou seja, na condição de satélites.

No segmento de serviços de saúde, a relação de dependência entre as pequenas empresas – clínicas e laboratórios – do ponto de vista econômico é muito reduzida, pois a atuação de uma clínica médica, no nível ambulatorial se dá de forma totalmente independente dos grandes hospitais. O que existe, efetivamente, é um encaminhamento dos pacientes atendidos nas clínicas para a realização de exames instrumentais de alta complexidade em grandes hospitais ou para internamentos em caráter de urgências, como também, para se submeterem a cirurgias eletivas. Para fins de complementação de diagnósticos, as clínicas solicitam a realização de exames laboratoriais em outras unidades. Os laboratórios também atuam de maneira independente.

Nesse fluxo entre empresas de saúde pequenas e grandes, pode haver algum tipo de parceria formal ou informalmente constituída, para determinadas especialidades as quais o Ministério da Saúde exige que as clínicas – de oncologia por exemplo - tenham um determinado hospital como de “referência” para encaminhamento de pacientes para a realização de exames e seções de quimioterapia. Mas, em geral, o faturamento dos serviços médicos, tanto por parte das pequenas como das grandes, é totalmente independente. Com isto, a relação ocorre em termos de complementariedade técnica.

3.3.1 Classificação do Tamanho das Empresas

A abordagem que se pretende realizar, no que diz respeito ao tamanho dessas unidades, relaciona-se efetivamente com as vantagens e desvantagens que as pequenas empresas têm no contexto do mercado em relação às grandes, seja pelo ângulo das inovações tecnológicas, seja pela capacidade de obtenção de financiamentos, ou pelo potencial de geração de emprego e renda. Contudo, é importante destacar alguns critérios de classificação de tamanho, na área da saúde.

Com base em critérios adotados pelo Ministério da Saúde pode-se classificar o porte das empresas de acordo com o número de leitos de internamento e observação dos hospitais: 1) grandes são as que possuem acima de 249 leitos; 2) médias são as que têm até 159 leitos; 3) e pequenas as que têm até 49 leitos.

Além do critério baseado em número de leitos, outros são adotados, tais como: hospitais de alta, média ou baixa complexidade, hospitais de referência regional (atendem pacientes de determinada região e são públicos); e por último os hospitais estratégicos – filantrópicos e universitários, que são aqueles que além da assistência à saúde, são hospitais escola – residência médica (em convênio com universidades) e atuam também na área de pesquisas médicas.

Alguns critérios universais podem ser utilizados, tais como: volume de investimentos ou capital social, faturamento em termos monetários e número de empregados.

De maneira mais específica, e até por ser a pequena empresa o objeto de estudo desta dissertação, é indispensável recorrer a alguns conceitos clássicos sobre essas unidades de pequeno porte. Steindl (1990) identifica como pequenas, aquelas que exigem do empresário um montante de capital reduzido, ao mostrar que “essas pequenas empresas são muito provavelmente detentoras, na média do ciclo da conjuntura, de uma margem de lucro muito pequena”. Ou seja, a relação entre capital e o valor anual das vendas é muito baixa, e com isto, o risco desses empresários é considerado alto, face ao seu reduzido nível de capital.

Steindl (1990) utiliza como critério o valor dos Ativos Totais das empresas nos Estados Unidos no período de 1931 a 1936, destacando no universo da pesquisa a classe que vai de US\$ 0 a US\$ 50 mil. Já pelo critério do número de empregados, essas empresas estão classificadas no intervalo que vai de 1 a 50 empregados.

Albuquerque (1998) classifica as empresas pelo tamanho, em alguns países da América Latina, com base no número de empregados, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 - Classificação das Empresas em Países Selecionados da América Latina - Tamanho Segundo o Número de Pessoas Empregadas – 1990-1994

Países	Tamanho - Número de Empregados			
	Microempresa	Pequena Empresa	Média Empresa	Grande Empresa
Costa Rica ¹	1 a 4	5 a 99		100 e mais
Colômbia ²		10 a 49	50 a 199	200 e mais
Brasil ³ (*)	Até 9	10 a 49	50 a 99	100 e mais
El Salvador	1 a 4	5 a 100		100 e mais

Fontes: ¹ Caixa Costarriquenha de Seguro Social e Centro de Informação Industrial, 1994.

²Censo Econômico Nacional, Santa Fé de Bogotá, 1990

³Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas, SEBRAE de Minas Gerais, Brasil, 1996.

Nota:

(*) Consideradas as empresas do setor Serviços. ALBUQUERQUE, 1998, p. 49-53.

Na Costa Rica, de um total de 4 765 empresas analisadas, 47,8% são microempresas e 45,7 % são pequenas empresas. Na Colômbia, a distribuição das empresas pesquisadas apresenta uma participação das pequenas empresas com 68,5 % do total, a média empresa com 23,7% e a grande empresa com 7,84%. No Brasil, de acordo com os dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS de 1991), do Ministério do Trabalho, de um total de 1 102 840 empresas, as microempresas representam 84,3%; as pequenas empresas 12,6%; as médias empresas 2,% e as grandes empresas 1,1%.

Albuquerque (1988) adota também outro critério de classificação, aquele que define o tamanho segundo o faturamento anual das empresas. Tomando como referência os dados do Chile, as microempresas são aquelas com faturamento anual de até US\$ 60 000 e representam 82,8 % do universo pesquisado – 483 470 empresas; as pequenas empresas são as que têm um faturamento anual entre US\$ 60 000 e 625 000 e representam 14,4% do total; as médias empresas situam-se na faixa de US\$ 625 000 a 1 250 000, e por último, as grandes empresas com US\$ 1 250 000 e mais de faturamento anual (ALBUQUERQUE, 1988, p. 50).

Constata-se, assim, que as microempresas e as pequenas empresas, têm uma participação de 97,2% do conjunto das empresas analisadas.

Nesta dissertação, para a classificação do tamanho das empresas pela receita operacional bruta no Brasil, serão considerados os critérios utilizados pelo Banco do Nordeste, no programa de financiamentos de longo prazo da linha de crédito do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), o qual classifica as empresas como:

- a) pequena empresa – receita operacional bruta de R\$ 244 mil a 1 200 mil;
- b) média empresa – receita operacional bruta de R\$ 1 200 mil a 4 000 mil;
- c) grande empresa – receita operacional bruta acima de R\$ 4 000 mil.

Para fins de classificação do tamanho das empresas de serviços de saúde, objeto desta investigação, adotar-se-á o critério da Receita Operacional Bruta, com base no FAT. Tendo em vista que as características das empresas em análise são bastante heterogêneas quanto às especialidades, investimentos em tecnologia e tipos de procedimentos ofertados por unidade, o que resulta em diferentes estruturas de recursos humanos, excluiu-se o critério do número de empregados. Os laboratórios por exemplo, são intensivos em tecnologia, mas absorvem mão-de-obra em quantidade significativa. Isto produz diferenças na classificação do porte das empresas.

Dentro deste contexto de mercado é que se tentou inserir as empresas privadas de serviços de saúde, seu processo de desenvolvimento e consolidação, bem como, estabelecer os principais parâmetros que sinalizam o funcionamento do segmento de serviços de saúde. As forças que movem os principais agentes – prestadores, pagadores e fornecedores são destacadas aqui como forma de identificar os atores da “economia da saúde”.

Nesse jogo de competitividade, as empresas privadas de serviços de saúde assumem em alguns casos posições de vantagens em função do seu tamanho. Tamanho deixa de se relacionar com o conceito tradicional “economia de escala” para se adaptar ao chamado “regime flexível de produção”.

É dentro dessa linha de investigação que o trabalho passa a apresentar no próximo capítulo a inserção das pequenas empresas de serviços de saúde no contexto das economias nordestina e baiana, ao abordar o segmento saúde sob o ângulo da ocupação e da renda gerada e sua importância no desenvolvimento do setor serviços no contexto da economia de Salvador.

4 O SETOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA PARTICIPAÇÃO NA ECONOMIA DOS SERVIÇOS

Este capítulo tem como objetivo fazer uma avaliação sobre o nível de participação do setor de serviços de saúde no contexto da economia dos serviços, a partir de um quadro de transformações ocorridas na sociedade com o advento da tecnologia da informação. O cenário utilizado na seção 4.1 parte da evolução do setor de serviços nos países membros do G-7, enfatizando, principalmente, o crescimento do setor de saúde em termos de emprego, dentro dessa nova dinâmica mundial denominada “pós-industrialismo”.

Na segunda seção, apresenta-se uma síntese sobre a evolução do setor de serviços no Nordeste e em especial na Bahia. Incorporam-se tópicos de análises sobre o nível de ocupação no setor serviços em Salvador, apoiando-se em estudos de Almeida (2000), que toma como referência dados estatísticos da Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED). Objetivando reforçar os instrumentos de análise sobre os serviços de saúde utilizam-se também de informações produzidas pelo Ministério do Trabalho/RAIS, sobre o quadro do emprego formal, a massa salarial e a quantidade de estabelecimentos classificados em função do número de empregados no setor entre os anos de 1999 e 2001.

Para um dimensionamento mais específico do segmento de saúde em Salvador, a terceira seção apresenta uma análise baseada no Perfil dos Hospitais elaborado pelo Núcleo pela Excelência em Saúde (NES), juntamente com a Associação dos Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia (ASHEB) em 2002. O referido Perfil enfatiza a questão setorial sob o ângulo da oferta de serviços de saúde, a partir de pesquisa empírica realizada por um grupo de estudos temáticos. Para fins desta dissertação, procura-se destacar o tamanho do complexo hospitalar privado, aspectos espaciais, volume de investimentos existentes e projetados, bem como a geração de emprego e renda proporcionada pelas grandes e médias empresas.

4.1 AS TRANSFORMAÇÕES NA ECONOMIA PÓS-INDUSTRIAL E SEUS IMPACTOS NO SETOR SERVIÇOS

Para uma compreensão do processo de transformações que vem ocorrendo na sociedade a partir da década de 70, especialmente com o advento da tecnologia da informação, é indispensável correlacionar a reestruturação do sistema capitalista com seus impactos a nível setorial, local, regional e mundial, principalmente pelo ângulo das relações do emprego e do desemprego tecnológico. O capitalismo vem passando por:

[...] um processo de profunda reestruturação caracterizado por maior flexibilidade de gerenciamento; descentralização das empresas e sua organização em redes tanto internamente quanto em suas relações com outras empresas; considerável fortalecimento do papel do capital vis-à-vis o trabalho, com o declínio concomitante da influência dos movimentos de trabalhadores; individualização e diversificação cada vez maior das relações de trabalho; incorporação maciça das mulheres na força de trabalho remunerada; intervenção estatal para desregular os mercados de forma seletiva e desfazer o estado do bem-estar social com diferentes intensidades e orientações, dependendo da natureza das forças e instituições políticas de cada sociedade; aumento da concorrência econômica global em um contexto de progressiva diferenciação dos cenários geográficos e culturais para a acumulação e a gestão do capital. (CASTELLS, 1999, p. 21).

Ocorre um processo de transição entre os modos de desenvolvimento rural, industrial e informacional para o surgimento e fortalecimento de uma nova dinâmica no setor de serviços. A questão da composição interna dos empregos no setor de serviços passa a ser analisada a partir de diferentes estruturas culturais e institucionais de países desenvolvidos e membros do G-7¹.

Em qualquer processo de transição histórica, uma das expressões de mudança sistêmica mais direta é a transformação da estrutura ocupacional, ou seja, da composição das categorias profissionais e do emprego. Na verdade, as teorias do pós – industrialismo e informacionalismo utilizam como maior prova empírica da mudança do curso histórico o aparecimento de uma nova estrutura social caracterizada pela mudança de produtos para serviços, pelo surgimento de profissões administrativas e especializadas, pelo fim do emprego rural e industrial e pelo crescente conteúdo da informação no trabalho das economias mais avançadas. (CASTELLS, 1999, p. 224).

A maior parte dos empregos nas economias mais avançadas localiza-se no setor de serviços e este é responsável pela maior contribuição para o Produto Nacional Bruto (PNB). Mas, isto não significa que as estruturas industriais tenham desaparecido nos países desenvolvidos, nem tampouco naqueles em desenvolvimento.

As transformações mais acentuadas que ocorreram na estrutura do emprego ocorreram no período de 1970 a 1990, em decorrência do processo de reestruturação econômica e do desenvolvimento tecnológico. Durante essas décadas, observa-se uma redução do emprego industrial em todos os países. Embora houvesse uma tendência geral na mudança do emprego, o declínio do emprego industrial aconteceu de maneira irregular, com variações determinadas

¹ Grupo dos sete países de economias desenvolvidas: Estados Unidos, Japão, Alemanha, França, Itália, Grã-Bretanha e Canadá.

pelas estruturas sociais e diferentes políticas econômicas e estratégias empresariais de cada país (CASTELLS, 1999).

O crescimento mais acelerado do emprego no setor de serviços em relação ao setor industrial ocorreu com maior intensidade nos EUA e no Canadá, sendo que o primeiro teria liderado a construção da nova estrutura do mercado de trabalho típica da economia dos serviços. Configurou-se, a partir de então, um processo de desindustrialização em diferentes níveis e velocidades nos países desenvolvidos. “[...] como tendência, na década de 90 a maior parte da população do G-7 está empregada no setor serviços.” (CASTELLS, 1999, p. 230).

O notável crescimento do emprego no setor serviços foi fortemente influenciado pelos avanços na tecnologia da informação, embora isto não signifique que o grande número de empregos esteja necessariamente na área da informática. Na realidade, a influência da tecnologia se expandiu e se incorporou ao conjunto de diversos setores e atividades produtivas de forma multidisciplinar constituindo-se em poderoso instrumento de mudanças nos processos e organizações das empresas.

Uma análise histórica nos países do G-7 no período compreendido entre 1968 e 1992 mostra a evolução do emprego no subsetor de serviços sociais, em especial os serviços médico-hospitalares, como se pode observar na Tabela 5. Apesar dos dados estatísticos não demonstrarem uma evolução periódica mais recente, é possível observar que o nível de ocupação nesse segmento de saúde vem crescendo a partir da década de 70, especialmente nos Estados Unidos, Canadá e Grã-Bretanha, onde o processo de crescimento do setor serviços tem sido mais expressivo.

Tabela 5 - Países do G 7: Participação do Emprego em Serviços Médico-Hospitalares no Emprego Total (1968/1992)

Países	1968	1970	1971	1980	1981	1985	1987	1990	1991	1992
Estados Unidos		6,1		7,6		7,6		8,3	8,6	
Japão		2,2		2,9		3,4		3,7		
Alemanha		3,1					5,4			
França	3,2									
Itália					4,3					
Grã - Bretanha		4,4	4,6	6,8	7,1			8,1		8,7
Canadá			5,9		6,0					9,1

Fontes: **Originais dos dados: EUA - 1970 Censo Populacional; 1980-1991: Current Population Survey, Departamento de Estatística do Trabalho: Employment and Earnings, várias edições;**

Japão - Censo Populacional; Departamento de Estatística;

Alemanha - Statistisches Bundesamt, Volkszählung;

França – Annuaire statistique de la France;

Itália - Istituto Centrale di statistica; Censimento generale della popolazione; 1990:

Istituto nazionale di statistica, Annuario Statistico Italiano, 1991;

Grã-Bretanha - 1970-92: Annual Abstract of Statistics e Gazeta de Empregos;

Canadá - Censo Populacional; 1992: Statistics Canada (Força de Trabalho), maio.

Nota:

Tabela reelaborada a partir de Castells (1999, p. 306-319)

Nos Estados Unidos, a participação do emprego no subsetor de serviços médico-hospitalares, em relação ao conjunto dos demais setores da economia, cresceu 40,98% entre 1970 e 1990. Já no Canadá, a evolução em termos de empregos no referido segmento foi de 54,24% no período de 1971 e 1991. A Grã-Bretanha apresenta o maior índice de crescimento (97,73%) entre os anos de 1970 e 1992. Nos demais países do G-7 a evolução desse segmento vem ocorrendo de forma mais gradual, principalmente no Japão e na Alemanha, países que mantêm uma estrutura de emprego fortemente apoiada no setor industrial.

Tomando-se como referencial o conjunto do setor de serviços nesses países e enfatizando as projeções do emprego para o século XXI, Castells (1999) mostra a partir dos dados do Departamento Estatístico do Trabalho dos Estados Unidos (BLS) que haverá um significativo crescimento de novos empregos nas atividades relacionadas a serviços até 2005, considerando-se a chamada “divisão de serviços”.

Às áreas com maiores perspectivas em termos de ocupação são os *serviços de saúde e serviços empresariais*.

Os serviços do setor de saúde estarão entre as atividades que mais crescem, com uma taxa duas vezes mais alta que seu próprio aumento no período de 1975-90. Segundo as projeções, em 2005, os serviços de saúde representarão 11,5 milhões de empregos, ou seja, 8,7% de todos os empregos assalariados sem contar o setor rural. Para colocar essa cifra em perspectiva, o número comparável de todos os empregos industriais em 2005 está projetado para 14,0 % da força de trabalho. Os serviços de assistência médica hospitalar em especial para idosos seriam a atividade de crescimento mais rápido. (CASTELLS, 1999, p. 245).

Dentro desse quadro da economia informacional, algumas características podem ser observadas e que se destacam na economia dos serviços em países desenvolvidos. Isto se verifica no processo de redução substancial do emprego industrial, na diferenciação das atividades de serviços, na ênfase para a administração do capital, na expansão dos serviços sociais e no grande crescimento dos empregos na área da assistência médica (CASTELLS, 1999).

Esse processo de transformações que vem ocorrendo na sociedade e na economia mundial, também vem se manifestando no Brasil desde a década de 80, seja pelas decisões dos países centrais que se refletiram nas questões estruturais da economia brasileira, seja também pela forma de condução das políticas econômicas governamentais diante de uma conjuntura internacional em completa ebulição.

Neste contexto de transformações, a crise estrutural da economia brasileira caracteriza-se primeiramente pelo esgotamento do modelo de substituição de importações entre 1981 e 1989, período em que a crise da dívida externa afetou todos os países da periferia do sistema capitalista. A chamada “década perdida” foi marcada por: 1) baixas taxas de investimento; 2) estagnação do crescimento do PIB

per capita; 3) grande instabilidade política e econômica 4) altas taxas de inflação. Este quadro provocou o aumento da dependência externa condicionando a remessa de elevadas somas de recursos financeiros para o pagamento do serviço da dívida. Este processo implicou na fragilização do Estado, refletindo-se na queda dos investimentos, na deterioração da qualidade da oferta dos serviços públicos e finalmente no crescimento do desemprego (FILGUEIRAS, 2001).

A alternativa colocada pelos países centrais para a superação da crise que se instalou nos países periféricos, explicitou-se no final da década de 1980 e, no Brasil, de forma mais intensa durante a década de 1990, através do modelo liberal forjado no chamado “Consenso de Washington”.

[...] O Consenso de Washington é hoje um conjunto, abrangente, de regras de condicionalidade aplicadas de forma cada vez mais padronizada aos diversos países e regiões do mundo, para obter o apoio político e econômico dos governos centrais e organismos internacionais [...]. (TAVARES, 1993, p.18).

O receituário liberal condicionou a economia brasileira a promover as políticas de estabilização, através de reformas estruturais tais como: a desregulação dos mercados, privatização do setor público, flexibilização das relações de trabalho e a redução da intervenção do estado na Economia. Esse processo de ajuste macroeconômico trouxe no seu bojo a reestruturação industrial do país e, como desdobramento, o crescimento do setor terciário no PIB nacional (TAVARES, 1993).

Essa nova dinâmica da economia dos serviços traduz-se, tanto pela maior participação do setor na formação do PIB do Brasil e a nível regional, como também pela ocupação no mercado de trabalho, destacando-se, neste caso, o segmento de

serviços privados de saúde, dentre outros que crescem no contexto da economia do Nordeste brasileiro, como será abordado na próxima seção.

4.2 O SETOR SERVIÇOS NA ECONOMIA DO NORDESTE E A PARTICIPAÇÃO DO SEGMENTO DE SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE

A evolução do PIB real a custo de fatores no Brasil entre 1990 e 2000 reflete as transformações ocorridas na economia brasileira a partir da intensificação das mudanças no plano internacional, fruto da globalização da economia e o conseqüente aumento da competitividade, a qual teria afetado significativamente o setor industrial. Ao longo dos anos 90, constata-se que a produção industrial apresentou perda relativa na participação do Produto Interno Bruto nacional – de um nível de 43,4% em 1993 para um patamar de 37,3% em 2000, em comparação aos outros dois setores – agropecuário e de serviços.

No Brasil dos anos noventa observa-se um processo de diferenciação regional no que tange ao crescimento econômico não exclusivamente restrito às regiões mais bem dotadas de fatores não tradicionais, nem tampouco uniforme no que diz respeito ao desempenho das áreas menos desenvolvidas, estas também mais heterogêneas internamente. (BANCO DO NORDESTE, 1997, p. 6).

A dinâmica das economias regionais também mostrou um comportamento diferenciado daquele que sempre caracterizou o modelo produtivo calcado nos setores tradicionais – industrial e agropecuário. No período de 1990 a 2000, a Região Sul apresentou crescimento acumulado de 25,32% no PIB (ver Figura 1). A Região Sudeste atingiu 27,57%, taxa inferior àquelas apresentadas pelas Regiões Centro Oeste com 75,0% e Nordeste com 32,15%. Apenas a Região Norte é a que apresenta o pior desempenho do PIB, desde o início da década de 90, com

desempenho negativo em 1991 e 1992, mantendo-se com o menor nível de crescimento acumulado no período (21%) em relação às demais regiões.

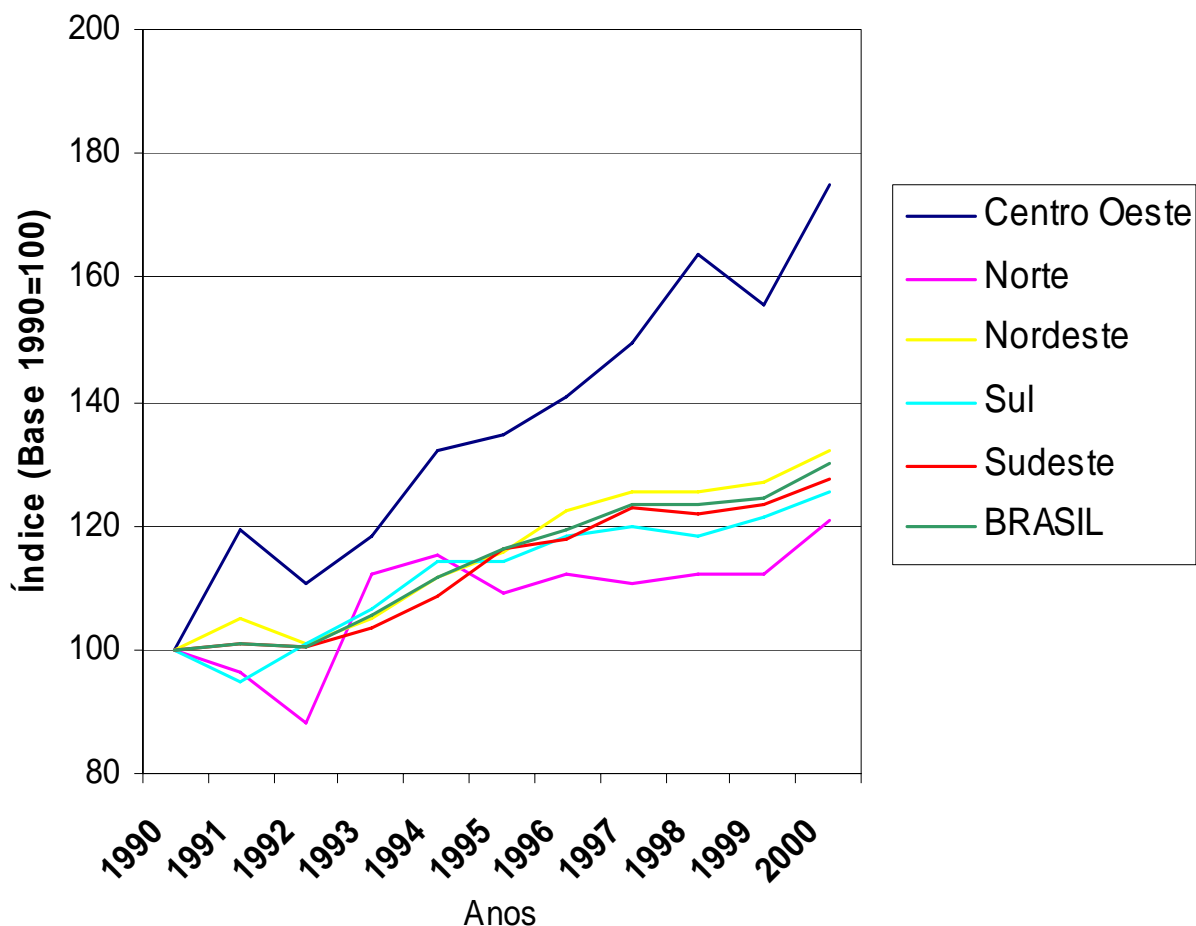


Figura 1 – Brasil: Evolução do PIB Regional (1990 - 2000)

Fonte: IBGE 2000. IPEADATA, 2003.

A indústria perdeu posição entre os anos de 1990 e 2000, tendo inclusive registrado declínio em alguns anos e estagnação em outros, em comparação ao desempenho dos setores agropecuário e de serviços na formação do PIB regional (IBGE, 2002).

A Figura 2 mostra a evolução do setor serviços no Nordeste, em comparação com as demais regiões do Brasil. Historicamente, este setor sempre foi

caracterizado como fonte de absorção da mão-de-obra não especializada oriunda do campo, como também, daquela excluída do setor industrial. A década de 90 revelou uma nova dinâmica, a partir das transformações que vêm ocorrendo na economia, com a inserção de novas atividades nos serviços, o que vem proporcionando níveis significativos de participação no Produto Interno Bruto (PIB) regional e nacional.

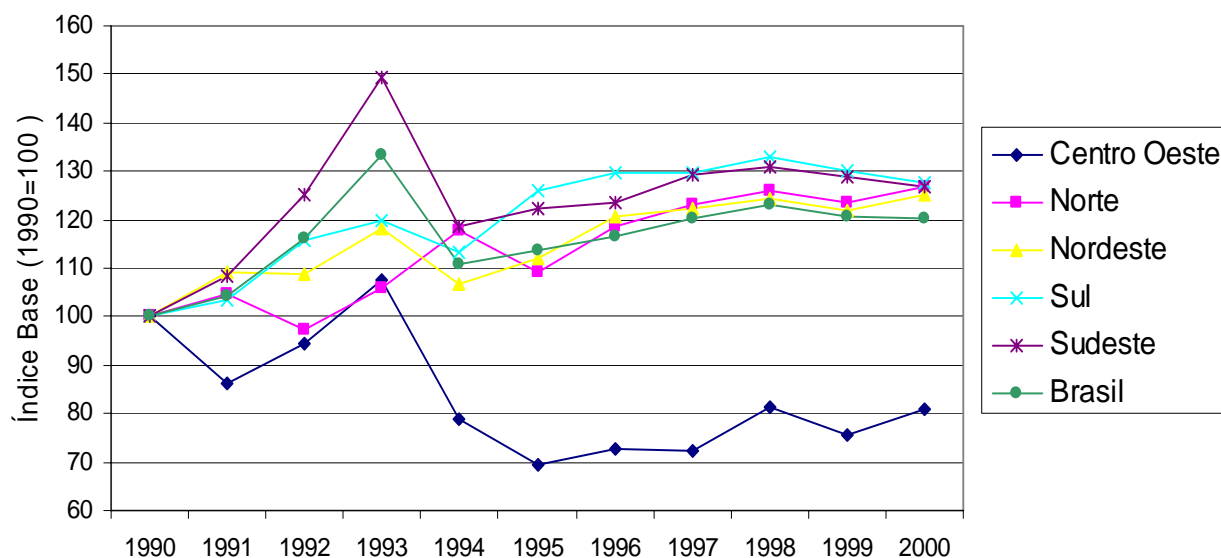


Figura 2 – Brasil: Evolução do PIB Regional do Setor Serviços (1990-2000)

Fonte: IBGE 2000. IPEADATA, 2003.

A distribuição do PIB evidencia-se através da participação setorial no Nordeste, entre os anos de 1990 e 2000. A Tabela 6 apresenta os níveis de participação dos setores da economia no PIB nordestino, onde o setor serviço detém expressiva parcela da riqueza produzida.

Tabela 6 - Nordeste: Distribuição Setorial e Sub-Setorial do PIB – 1990-2000 - Em (%)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Setores											
1 Distribuição Setorial - Nordeste	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1.1 Agropecuário	13,4	12,8	7,6	8,8	15,3	15,2	14,5	15,7	14,4	14,9	16,3
1.2 Industrial	32,9	31,4	34,5	30,8	33,4	32,7	32,4	31,9	32,3	33,4	32,8
1.3 Serviços	53,7	55,8	57,8	60,4	51,4	52,1	53,1	52,4	53,3	51,7	50,9
2 Distribuição Setor Serviços	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2.1 Comércio	21,0	19,1	19,0	18,7	19,3	19,1	16,2	15,9	14,7	15,0	15,5
2.2 Transporte	4,9	5,2	5,2	4,8	5,2	4,0	4,1	4,3	4,8	4,8	4,5
2.3 Comunicações	1,6	1,5	1,9	2,3	2,5	2,6	3,6	3,6	4,1	5,1	4,6
2.4 Instituições Financeiras	15,6	12,3	21,2	22,9	14,0	7,6	6,0	6,1	6,3	5,7	5,7
2.5 Administração Pública	33,1	27,4	23,4	27,3	32,8	37,0	35,8	34,1	35,1	35,7	38,4
2.6 Saúde e Educação Mercantis	4,6	5,0	5,4	5,1	5,8	5,7	6,2	6,3	6,1	5,9	5,4
2.7 Aluguéis	10,5	20,4	14,7	10,3	11,3	15,0	19,2	20,7	19,8	19,7	18,1
2.8 Outros Serviços Coletivos, Serviços Pessoais	3,0	3,6	3,7	2,8	2,9	3,2	3,2	3,6	3,5	3,5	3,4
2.9 Alojamento e Alimentação	5,1	5,0	4,9	5,0	5,5	5,1	4,8	4,7	4,8	3,8	3,6
2.10 Serviços Domésticos	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,9	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8

Fonte: IBGE 2000. IPEADATA, 2003.

Como se pode observar, o setor serviços manteve participação sempre acima do patamar de 50,0% do PIB nordestino. Ao analisar a composição desse setor e em especial dos segmentos de saúde e educação mercantil, que juntos representavam 4,6% no início da década e atingiram o nível 6,3% do PIB em 1997, nota-se um crescimento de 37%, em comparação a outros segmentos tais como, comércio e instituições financeiras que declinaram e transportes que manteve-se estagnado.

4.2.1 A participação da Bahia no PIB do Nordeste e a Inserção do Segmento de Serviços de Saúde na Economia dos Serviços

Ao longo do período 1990 - 2000, o Estado da Bahia reduziu sua participação relativa no PIB do Nordeste, passando de 34,94%, no início da década, para 33,44% ao final do período. Pernambuco também manteve-se na faixa de 20,0% durante toda a trajetória. O índice de crescimento do PIB da Bahia entre 1990 e 2000 foi de 26,48 %, ficando acima apenas do estado de Sergipe com 21,46% e Alagoas com 17,23%.

A distribuição relativa do PIB setorial entre 1990 e 2000 mostra que o setor terciário, apesar de ter declinado na sua participação a partir de 1995, manteve-se praticamente em igualdade de condições em relação à soma dos setores primário e secundário ao longo da trajetória, como se pode verificar na Tabela 7.

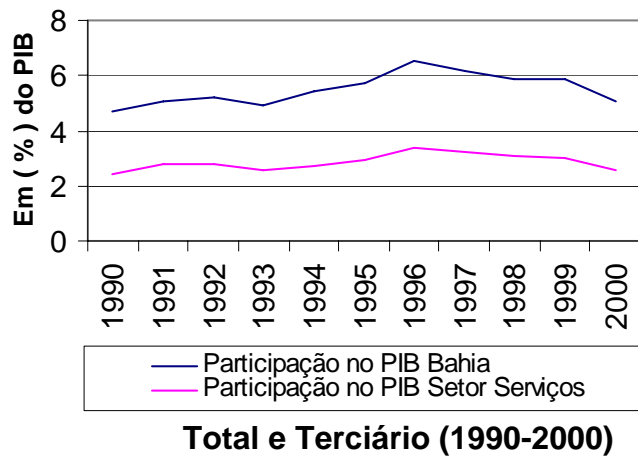
Tabela 7 - Bahia: Distribuição Setorial e Sub-Setorial do PIB (1990-2000) Em (%)

Setores	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
1 Distribuição Setorial	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1. Primário	10,5	10,6	9,7	9,2	13,4	13,6	12,4	11,5	9,8	9,4	10,7
1.2 Secundário	38,0	34,7	36,3	37,2	36,8	35,2	34,9	36,7	37,9	39,6	41,1
1.3 Terciário	51,5	54,7	54,0	53,6	49,8	51,2	52,7	51,8	52,3	51,0	48,2
2 Distribuição Setor Serviços	37,4	34,1	36,9	39,6	34,9	33,2	31,8	30,5	31,7	31,0	29,7
2.1 Comércio	11,5	10,9	9,9	9,6	9,6	10,3	8,8	8,8	8,5	8,5	8,5
2.2 Transporte	2,3	2,4	2,4	2,2	2,2	1,8	2,0	2,0	2,3	2,2	1,8
2.3 Comunicações	1,1	1,3	1,6	1,8	1,8	2,1	2,8	2,5	2,8	3,3	2,2
2.4 Instituições Financeiras	10,0	7,9	13,8	14,9	9,1	5,0	4,2	4,3	4,7	4,0	3,1
2.5 Administração Pública	12,5	11,6	9,2	11,1	12,2	14,0	14,0	12,9	13,4	13,1	14,2
2.6 Distribuição Outros Serviços	14,1	20,7	17,0	14,0	14,9	17,9	21,0	21,3	20,7	19,9	18,5
2.6.1 Saúde e Educação Mercantis	2,4	2,8	2,8	2,6	2,7	2,9	3,4	3,2	3,1	3,0	2,6
2.6.2 Aluguéis	6,7	12,6	9,2	6,5	7,0	9,7	12,2	12,7	11,9	11,7	10,7
2.6.3 Outros Serviços Coletivos, Serviços Pessoais	2,2	2,6	2,6	1,9	1,8	2,2	2,5	2,8	2,8	2,7	2,5
2.6.4 Alojamento e Alimentação	2,5	2,4	2,1	2,6	2,9	2,7	2,5	2,2	2,4	2,1	2,2
2.6.5 Serviços Domésticos	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5

Fonte: SEI/IBGE, 2002. SEI, 2003

No conjunto do subsetor serviços, verifica-se um declínio na participação do PIB da Bahia a partir de 1995, muito influenciada pela acentuada queda de participação das Instituições Financeiras e pela pequena queda registrada no comércio. Já os Outros Serviços, cresceram sua participação de 14,1% 1990 para o nível de 18,5% em 2000, especialmente pela influência dos aluguéis. É possível que este crescimento tenha perdido ritmo nos últimos anos, em função das políticas de desenvolvimento que vêm sendo implementadas pelo governo baiano nos últimos anos, já que o foco tem sido a atração de indústrias estimuladas por incentivos fiscais.

Nas estatísticas oficiais, Saúde e Educação mercantis aparecem juntas em termos de participação no conjunto do Setor Serviços – Outros Serviços. No PIB da Bahia, esse segmento reflete ainda de maneira discreta entre 1990 e 2000 a inserção do setor privado na área de educação, mas com taxas ascendentes. Talvez porque o nível de crescimento das faculdades particulares tenha se intensificado a partir da segunda metade da década de 90. Já na área da saúde, o crescimento da oferta de serviços vem ocorrendo de maneira mais acelerada e em grande número de empresas de pequeno e médio porte. A Figura 3 demonstra a participação relativa desses dois segmentos em relação ao PIB da Bahia e ao PIB do Setor Serviços.

Figura 3 – Bahia: Participação da Saúde e Educação Mercantis no PIB

Fonte: SEI/IBGE, 2000. SEI, 2003.

Para fins deste estudo, é importante destacar o tamanho do PIB do Estado da Bahia no ano de 2000, o qual atingiu R\$ 48,2 bilhões. O nível de participação do segmento de saúde na economia baiana pode ser sintetizado através do volume de recursos financeiros que circularam no mesmo ano.

O mercado de saúde baiano movimenta anualmente R\$ 1,8 bilhões. Desse total, R\$ 850 milhões circulam através do Sistema Único de Saúde (SUS) para custear o atendimento público a uma população de 10,8 milhões de pessoas excluídas do sistema privado de saúde que absorve apenas 14,0 % dos habitantes do estado, uma média inferior a nacional de 25,0%. São 1,8 milhões de usuários de planos e seguros de saúde na Bahia. Esse contingente de consumidores de serviços médico-hospitalares gasta anualmente R\$ 950 milhões através das mensalidades pagas as 45 operadoras que atuam no estado e remuneram 1.800 prestadores de serviços privados, entre hospitais, clínicas e laboratórios. (GAZETA MERCANTIL, 2000, p. 6).

Esses recursos gerados pela economia da saúde teriam uma participação da ordem de 3,73 % no Produto Interno Bruto do Estado da Bahia.

4.3 A INFRA-ESTRUTURA DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE NO NORDESTE E NA BAHIA

Ao tentar estabelecer a importância relativa do Setor Serviços no PIB do Nordeste, em especial no Estado da Bahia, é importante lembrar que o acesso à saúde e à educação nos estados mais pobres realiza-se através dos serviços públicos. Mesmo assim, o Nordeste manteve superioridade no nível de participação dos serviços privados de educação e saúde em relação ao PIB Regional, se comparada com participação destes dois segmentos no PIB de outras regiões.

Verifica-se, através da análise da oferta dos serviços privados de saúde, que a região Nordeste possui 33,6% dos hospitais existentes no Brasil e 26,7% dos leitos, destacando-se na segunda posição entre as regiões brasileiras, situando-se logo depois do Sudeste, na qual São Paulo detém isoladamente 11,8% dos hospitais e 21,5% dos leitos (BRASIL, 2002).

Observa-se um forte adensamento de infra-estrutura hospitalar nos estados da Bahia, Maranhão, Ceará e Pernambuco que, juntos, concentram 66,6% do número de hospitais e 71,1% dos leitos do Nordeste. Dentro deste quadro, as redes privadas e públicas, dimensionadas pelo número de leitos, têm 61,9% e 30,2%, respectivamente, ficando os 7,9% restantes distribuídos entre os 41 hospitais classificados como universitários (BANCO DO NORDESTE, 2000)².

Através de uma breve caracterização do segmento de saúde no Nordeste, foi possível inferir-se alguns aspectos que estão diretamente relacionados com a

² Dos 41 hospitais cadastrados no SUS no Nordeste e classificados como Universitários 11 estão localizados em Salvador. São aqueles onde são exercidas atividades ligadas ao ensino, tais como residência médica, cursos de especialização, mestrado, doutorado e outras formas de treinamento. (BANCO DO NORDESTE, 2000, p. 12).

expansão do setor privado e dos mecanismos de mercado, típicos do sistema capitalista, o que se reflete em todo território nacional. A dimensão do segmento de serviços privados de saúde pode ser constatada na Tabela 8, a qual mostra o número de empresas existentes nas regiões do Brasil.

Tabela 8 - Brasil: Distribuição Regional das Empresas do Setor Saúde (1998)

Tipos de Serviços	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C. Oeste	Total
Atendimento Hospitalar	465	1.851	3.760	1.645	1.021	8.742
Atendimento a Urgências e Emergências	23	185	315	152	36	711
Atendimento Ambulatorial	140	1.141	3.509	1.229	336	6.355
Serviços de Complementação Diagnóstica	246	1.783	5.706	1.986	775	10.496
Outras Atividades de Saúde	510	3.067	14.189	4.110	1.636	23.512
Total	2.257	13.590	57.359	19.249	7.120	99.575
Distribuição em (%)	2,27	13,65	57,60	19,33	7,15	100,00

Fonte: BANCO DO NORDESTE, 2000.RAIS³ . GUIMARÃES, 2003.

Considerando-se que o segmento privado de saúde é fortemente estimulado pela assistência médica suplementar – planos e seguros de saúde e empresas de autogestão, as quais dependem das camadas de nível de renda média e alta da população usuária desses serviços privados - e, levando em conta as desigualdades sócioeconômicas que caracterizam as macro-regiões brasileiras, a posição relativa do Nordeste é bastante expressiva em termos no número de empreendimentos de serviços médicos.

³ A RAIS – Relação Anual de Informações Sociais, é um registro administrativo, instituído pelo Decreto 76.900/75, o qual determina que todas as empresas formalmente registradas devem declarar ao Ministério do Trabalho e Emprego as relações contratuais de emprego que estabeleceram durante o ano (GUIMARÃES, 2003, p. 89).

A Figura 4 mostra a distribuição do número de empresas nos estados nordestinos, onde se destaca a Bahia, com 3.975 unidades, ou seja, 29,3% do total da região seguida, de Pernambuco, com 2.511 unidades ou 18,5%. Estas empresas estão localizadas na sua maioria nas Regiões Metropolitanas.



Figura 4 – Nordeste: Distribuição Espacial das Empresas do Setor de Saúde
Fonte: BANCO DO NORDESTE, 2000.

Do ponto de vista geográfico, observa-se forte adensamento da assistência médica em núcleos urbanos maiores, como decorrência normal das condições de mercado e tendo em vista a tradição na prestação de serviços médicos e na formação de recursos humanos especializados naqueles centros. (BANCO DO NORDESTE, 2000, p. 11).

A infra-estrutura física e a presença de pessoal qualificado necessário à assistência médico-hospitalar mantêm forte correlação com o tamanho do núcleo urbano. Isto é possível se visualizar nas principais Regiões Metropolitanas do país e na região Nordeste. No caso dos estados da Bahia e Pernambuco, suas Regiões Metropolitanas se constituem em pólos universitários na formação de profissionais de saúde, bem como, no desenvolvimento de pesquisas e na utilização de novas tecnologias.

4.4 A GERAÇÃO DE EMPREGO NO SEGMENTO PRIVADO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM SALVADOR

De acordo com Almeida (2000), a participação da mão-de-obra empregada pela indústria foi reduzida de 11,7% em 1991, do total de ocupados na Região Metropolitana de Salvador, para 9,5% em 2000. Esta é uma situação que também se observa na maioria das regiões metropolitanas do país. O declínio da mão-de-obra industrial em relação ao total da população ocupada tem como uma das principais causas a reestruturação produtiva, em decorrência do desemprego tecnológico nos setores industriais tradicionalmente intensivos em mão-de-obra.

Nesse quadro verifica-se um acréscimo na participação relativa do Setor Serviços no total de empregos de Salvador. Isto estaria ocorrendo a partir de uma nova visão sobre a dinâmica econômica mundial:

[...] (a) as atividades de serviços contribuem cada vez mais para o crescimento econômico e, sobretudo para a criação de empregos, o que não é reflexo de um ciclo, mas sim uma tendência estrutural e de longo prazo; (b) é cada vez maior a integração entre indústria e serviços e isso ocorre em dois sentidos; primeiro, a produção industrial exige crescentemente insumos intangíveis; segundo, o produto industrial é cada vez mais envolvido com “pacotes de serviços [...]”. (ALMEIDA, 2000, p. 71).

Pela ótica da ocupação nos setores e subsetores da economia de Salvador, os dados da Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED), representados na Tabela 9 mostram evolutivamente a distribuição setorial e o peso do setor serviços no conjunto das atividades⁴.

Tabela 9 - Salvador: Distribuição Setorial da População Ocupada (1987-2002)

Setores	Em (%)		
	1987-1988	1997-1999	2000-2002
Pesca e Agricultura	0,6	0,9	0,4
Indústria de Transformação	7,4	5,7	5,6
Construção Civil	7,2	4,8	4,9
Comércio de Mercadorias	19,9	17,9	17,5
Serviços	63,8	70,3	71,2
Outras Atividades	1,1	0,4	0,4
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: PED (1987-1999) / (2000-2002). ALMEIDA, 2000.

Enquanto os setores que tradicionalmente sempre tiveram maior participação no emprego em Salvador apresentaram queda entre 1987 e 2002, como a indústria de transformação, a construção civil e o comércio de mercadorias, o setor serviços cresceu 11,60%, passando de 63,8% para 71,2% do total da população.

Os níveis de crescimento observados no segmento de saúde podem ser analisados através dos dados da PED, apresentados na Tabela 10, os quais mostram uma elevação na participação relativa em relação ao setor serviços, de 6,3% nos anos de 1987-1988, para 7,4% em 1997-1999 e para 7,6% em 2000-2002.

Constatam-se também, índices crescentes do número de pessoas ocupadas através do processo de terceirização da força de trabalho, quando se observa que esta participação foi de 7,3% em Salvador entre 1997-2002 no conjunto dos setores

⁴ Ver Pesquisa Mensal de Emprego (PME) IBGE (2002).

e subsetores da economia. Assim, a participação de terceirizados sobre o total de ocupados em saúde atingiu 6,8% no mesmo período.

Esse crescimento acelerado que se observa no ramo da saúde, pelo ângulo da ocupação, seria explicado pelo “envelhecimento relativo e absoluto da população, com forte aumento da demanda por serviços de saúde, assistência domiciliar [...]” Almeida (2000).

Tabela 10 - Salvador: Distribuição da Mão-de-Obra Residente, segundo Atividades do Setor Serviços - em (%) (1987-2002)

	1987 - 1988 (a)	1997 - 1999 (b)	2000 - 2002 (c)	Varição (%) (d)= (c)/(a)
Setores e Sub setores				
Transporte e armazenagem	6,9	6,0	5,7	-17,4
Serviços de utilidade pública	3,1	2,0	1,6	-48,4
Serviços especializados	2,9	5,6	6,2	113,8
Adm.pública, polícia e Forças Armadas	12,8	10,5	10,7	-16,4
Serviços Creditícios e Financeiros	4,4	3,3	3,0	-31,8
Serviços Pessoais	9,9	2,6	3,1	-68,7
Serviços de Alimentação (rua e loja)	9,0	10,6	9,8	8,9
Educação	10,0	11,3	10,3	3,0
Saúde	6,3	7,4	7,6	20,6
Serviços Domésticos	16,3	16,4	16,0	-1,8
Serviços de Comunicação e Diversão *	1,8	3,8	4,1	127,8
Serviços Comunitários	1,6	2,0	2,6	62,5
Administração e Com. Imóveis	0,5	2,6	2,7	440,0
Serviços Auxiliares	3,3	4,5	5,3	60,6
Oficinas de reparação e mecânica	3,4	2,6	2,4	-29,4
Outros serviços de reparação	3,0	3,7	3,8	26,7
Serviços de Limpeza e Vigilância	nd	2,2	2,0	
Outros serviços	4,8	2,0	2,1	-56,3
Hotéis, pensões e alojamentos	nd	0,9	1,0	
Total Serviço	100,0	100,0	100,0	

Fonte: PED, 2002. ALMEIDA, 2000.

Notas: Dados atualizados por Almeida em 2002.

(*) Inclui rádio, TV e teledifusão

Quanto ao tipo de profissional de maior participação no conjunto dos ocupados nos serviços de saúde em 2002, constata-se que os enfermeiros não diplomados, médicos e técnicos representam 33,7% do contingente ocupado. O

grupo de Outros Profissionais da Assistência à Saúde, participa com 37,1% do total do segmento de saúde e inclui os seguintes profissionais de nível superior: Enfermeiros, Nutricionistas, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais e Fonoaudiólogos.

4.4.1 Emprego e Renda nos Segmentos de Serviços de Saúde

Por tratar-se de uma atividade regulamentada pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária, as empresas prestadoras de serviços médicos, em geral, são fiscalizadas periodicamente por esses órgãos, o que leva essa atividade a ter um grau elevado de formalização.

No âmbito das relações de trabalho, constata-se que, no segmento de serviços de saúde, a exemplo de outros segmentos do setor serviços, já existem níveis significativos de informalidade, apesar da rigorosa fiscalização exercida pelos Conselhos Regionais das Profissões regulamentadas dessa área. Isto pode ser uma das causas da queda do emprego formal nos últimos anos, como se pode verificar na Tabela 11.

Em termos comparativos, verifica-se que entre 1999 e 2001, houve uma queda no número de empregos formais da ordem de 5,8%, no total das atividades, Tabela 11, o que pode estar relacionado também, com o crescimento do processo de terceirização que vem ocorrendo no setor serviços e no segmento de saúde, seja através da contratação de serviços de pessoas jurídicas, seja através de cooperativas de trabalho.

Tabela 11 - Salvador: Distribuição da Mão-de-Obra Residente, segundo Atividades do Setor Serviços - Em (%) (1999-2001)

Atividades	1999			2001		
	Massa Salarial* (R\$ Mil)	Salário Médio (R\$1,00)	Número De Empregados	Massa Salarial (R\$ Mil)	Salário Médio (R\$1,00)	Número de Empregados
Hospitalar	15.985	1.154	13.847	14.759	1.108	13.325
Urgências e Emergências	486	497	977	457	533	857
Atenção Ambulatorial	1.604	483	3.320	1.509	489	3.088
Serviços de Complementação Dig. e Terapêutica	1.003	447	2.243	973	486	2.001
Outros Profissionais da Área de Saúde**	523	420	1.244	449	419	1.071
Outras Atividades Relacionadas com a atenção à saúde***	6.897	840	8.212	6.751	869	7.772
Total	26.498	888	29.843	24.898	886	28.114

Fonte: Informações Regionais do MTE-RAIS, Fortaleza. BRASIL, 2003^a.

Notas:

(*) Massa Salarial expressa e milhares de reais e salário médio em R\$1,00 a preços correntes de 1999 e 2001.

(**) Esta classe inclui as atividades de enfermeiros. Nutricionistas, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais e Fonoaudiólogos.

(***) Esta classe inclui as terapias não-tradicionais, ditas alternativas: cromoterapia, doin, shiatsu, acupunturistas, podólogos e similares. Inclui ainda os serviços de ambulâncias, bancos de leite materno, banco de esperma e órgãos para transplante, quando independentes de unidades hospitalares.

Observando a queda no emprego formal por atividade, no período compreendido entre 1999 e 2001, o grupo de Outros Profissionais da Área de Saúde foi o que registrou maior índice de redução, 13,91%, seguido do grupo de Urgências e Emergências com (12,28%). Já o grupo Hospitalar foi o que registrou a menor queda no emprego (3,77%), embora seja este o que detém o maior nível de participação no emprego total – 46,40% em 1999 e 47,50% em 2001.

Apoiando-se nos dados da RAIS -2001, Brasil (2003b) a Tabela 12 apresenta o número de estabelecimentos privados de saúde existentes em Salvador em 2001, classificando-os por atividade e por tamanho, segundo o número de empregados

contratados formalmente. Constata-se que existem empresas que não informaram os registros formais de emprego, as quais representam 9,43% do total. É possível que neste caso os profissionais além de exercerem suas atividades na área de saúde, também exerçam funções administrativas, principalmente se essas empresas forem de pequeno porte, a exemplo de consultórios. Outra explicação possível para a inexistência de empregados registrados é que essas empresas poderiam estar se utilizando de mão-de-obra terceirizada.

Tabela 12 - Salvador: Estabelecimentos de Saúde por Número de Empregados Segundo Atividades - 2001

Número de Empregados	Atividades e Tipos de Atendimentos						TOTAL	Análise Vertical (%)
	Hospitalar	Urgência e Emergência	Atenção Ambulatorial	Serviços de Compl. Dignóst. e Terapêutica	Outras (*) Profissionais Na área de Saúde	Outras Relacion. com Atenção à Saúde		
	6	2	96	19	52	55	230	9,43
NR								
Ate 4	50	28	665	163	420	440	1766	72,44
De 5 a 9	11	3	50	55	24	46	189	7,75
De 10 a 19	10	2	33	32	8	35	120	4,92
De 20 a 49	12	15	18	15	7	15	82	3,36
De 50 a 99	8	2	2	3	0	9	24	0,98
De 100 a 249	3	1	2	2	0	2	10	0,41
De 250 a 499	6	0	1	0	0	2	9	0,37
De 500 a 999	1	0	0	0	0	0	1	0,04
1000 ou mais	6	0	0	0	0	1	7	0,29
TOTAL	113	53	867	289	511	605	2.438	100,00
Participação %	4,63	2,17	35,56	11,85	20,96	24,82	100,00	

Fonte: Informações Regionais do MTE-RAIS, Fortaleza. BRASIL, 2003b.

O número de empresas existentes com até 4 funcionários representa 72,44% do total, estando concentradas em atividades ambulatoriais, em serviços de complementação diagnóstica e terapêutica e outros serviços profissionais de saúde. Adicionando-se a este conjunto aquelas empresas que têm de 5 a 9 empregados, este contingente de estabelecimentos sobe para 80,19%. Isto demonstra que pelo número de pessoas ocupadas formalmente e pelas características das atividades, a

maioria das empresas de saúde em Salvador seria classificada como pequena empresa, ou seja, aquela com até 50 empregados.

4.5 DIMENSIONAMENTO DA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM SALVADOR – UM PERFIL DOS HOSPITAIS PRIVADOS

No Brasil, como já destacado no primeiro capítulo, as instituições filantrópicas e Santas Casas de Misericórdia sempre desempenharam papel de destaque dentro do contexto das políticas de saúde. Segundo Barbosa e Portela (2002), “o setor hospitalar filantrópico no Brasil é atualmente responsável por cerca de 1/3 do parque hospitalar existente no país”.

Parcela significativa do parque hospitalar de Salvador está constituída por instituições fundadas desde 1885 até 1996. Apresenta-se, neste conjunto, uma estrutura bastante heterogênea tendo como componentes instituições centenárias bem como empresas fundadas mais recentemente, no final da década de 90. Vale ressaltar que a década de 70 foi o período em que houve o maior número de ingressos de instituições de saúde no mercado baiano, 5 (cinco) ao todo (NÚCLEO PELA EXCELÊNCIA EM SAÚDE, 2002).

A rede hospitalar de Salvador guarda forte semelhança com a de outras capitais do Nordeste, em termos da distribuição do número de leitos disponibilizados. Dos 41 679 leitos das capitais nordestinas cadastradas no SUS, Salvador detém 17,3%. Destes, 13,7% são públicos, 42,1% são universitários e 44,2% são privados. A Tabela 13 mostra o número de hospitais de Salvador, segundo a classificação do Ministério da Saúde.

Tabela 13 - Salvador: Hospitais e Número de Leitos (Jan/2000)

Classificação dos Hospitais	Número De Hospitais	Distribuição (%) s/ Total	Número De Leitos	Distribuição (%) s / Total
1. Públicos	12	24,49	985	13,67
2. Universitários	11	22,45	3.032	42,09
3. Privados	26	53,06	3.187	44,24
TOTAL	49	100,00	7.204	100,00

Fonte: DATASUS. Brasil. Ministério da Saúde, 2000. BANCO DO NORDESTE, 2000.

Do número total de hospitais de Salvador, foram analisadas 17 empresas, ou seja, 34,69% todas classificados no setor privado. Essa amostra representa 65,38% do setor, que do ponto de vista da finalidade, compõe-se de: 1) 47,06% de empresas com fins lucrativos; 2) 35,29% de entidades filantrópicas; e 3) 17,65% de sociedades sem fins lucrativos.

Esses hospitais apresentam características diferenciadas quanto ao regime de atendimento, já que do total, 64,71% estão classificados como hospitais gerais, 52,94% têm um foco em alguma especialidade médica, 82,35% atendem urgência e emergência e todos realizam atendimentos eletivos⁵.

Um fator que se pode destacar nesta análise dos hospitais privados de Salvador é o atendimento. Somente 35,29% atendem através do SUS, tanto a nível ambulatorial quanto em internações. Destes, 29,41% são de caráter filantrópico e 16,67% com fins lucrativos.

Na medida em que apenas uma empresa, entre as oito com fins lucrativos, atende ao SUS, fica patente o desinteresse do setor privado em prestar serviços ao

⁵ Os atendimentos eletivos são aqueles que podem ser programados com antecedência, tanto a nível ambulatorial, como de internação.

Estado, principalmente pela falta de remuneração adequada capaz de contribuir efetivamente para o retorno dos investimentos realizados no “negócio da saúde”.

Quanto à capacidade instalada, medida em número de leitos, os 2.153 aferidos na pesquisa representam 27,9% do total de Salvador e 66,7% dos leitos disponíveis nos hospitais privados.

Sobre o tamanho dos hospitais de Salvador, verifica-se uma predominância das unidades de médio porte, no que se refere ao quesito estrutura. O Ministério da Saúde preconiza como hospital de pequeno porte as unidades com até 49 leitos, de médio porte com até 159 leitos e de grande porte acima de 249 leitos. Assim, dos componentes do grupo de hospitais analisados, 17,65% encaixam-se na categoria de pequeno porte, 64,71% na de médio porte e 17,65% na de grande porte.

Os hospitais estão localizados nas Regiões Administrativas (Figura 5):

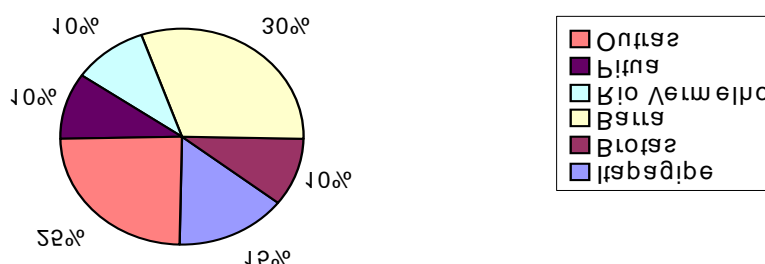


Figura 5 – Salvador – Localização dos Hospitais segundo regiões administrativas (2002)

Fontes: Dados das Empresas NES/ASHEB, 2002. NÚCLEO PELA EXCELÊNCIA EM SAÚDE, 2002.

Verifica-se com isto uma concentração na área tradicional de Salvador, onde se instalaram instituições desde o século XIV até o final da década de 90. Na Região

Administrativa da Barra, que participa com 30% das unidades hospitalares, inclui-se o bairro do Canela, onde existe forte concentração de clínicas e laboratórios de análises.

Acompanhando a tendência do desenvolvimento urbano da cidade a partir do final da década de 60, aparece a Região Administrativa da Pituba, que inclui o bairro do Itaigara, com 2 hospitais, 10% do total. No conjunto, 60% dos hospitais integrantes do Núcleo pela Excelência em Saúde (NES), estão localizados em quatro Regiões Administrativas de Salvador – Centro, Barra, Rio Vermelho e Pituba.

Ao relacionar este conjunto de 60% dos hospitais com a sua localização e com o nível de renda da população residente nessas áreas de maior adensamento de hospitais, constata-se que o aspecto locacional provavelmente foi influenciado, dentre outras variáveis, pelo fator renda do público alvo das empresas de serviços da saúde.

Os outros 30% dos hospitais estão distribuídos em três Regiões Administrativas de Salvador, (Cabula, Pernambués e Pau da Lima), onde predomina uma população com nível médio de renda de até 3,3 Salários Mínimos. Mas destes hospitais, apenas um realiza atendimentos através do SUS a nível ambulatorial, urgência, emergência e internação.

Alguns aspectos econômicos foram levantados junto aos hospitais de Salvador. Em 2001 os hospitais detinham um volume de investimentos, medidos pelas inversões fixas e financeiras, da ordem de R\$ 226 milhões. Isto representa um

custo específico médio por emprego gerado de R\$ 19.434,00, considerando-se todas as pessoas diretamente ocupadas nessas empresas.

O grupo temático Mercado e Estrutura Setorial do NES levantou, junto aos hospitais-membros, os valores orçados de investimentos em andamento, segundo os quais encontravam-se em curso projetos de ampliação e modernização da ordem de R\$ 3 milhões, enquanto que para o período de 2002 até 2006 foram previstos recursos a serem aplicados nas atividades de saúde da ordem de R\$ 14 milhões.

Dos 17 (dezesete) hospitais de Salvador, 15 (quinze) informaram o volume de faturamento bruto obtido no ano de 2001, cujo valor foi da ordem de R\$ 519 milhões. Excluindo-se dessa amostra o conjunto de 6 (seis) hospitais filantrópicos, os quais gozam de isenção fiscal e tiveram um faturamento no mesmo ano da ordem de R\$ 400 milhões, ou seja, 77,0% do total, os demais, com fins lucrativos, teriam contribuído para a arrecadação do Imposto sobre Serviços (ISS) em Salvador com R\$ 5,9 milhões, o que significa em termos de estimativa 3,88% do total arrecadado em 2001 pela Prefeitura Municipal de Salvador.

O segmento de serviços de saúde, em particular os hospitais, apresentam uma característica específica: são intensivos em tecnologia e em mão-de-obra, especialmente nas atividades ligadas diretamente à assistência à saúde. A geração de emprego nos hospitais está demonstrada na Tabela 14.

Tabela 14 - Salvador: Pessoal Ocupado nos Hospitais por Atividade e Regime de Contratação – 2002

Funções/Atividades	Quadro Funcional / Regime					
	Efetivos	Terceirizados	Cooperados	Outros	TOTAL	Participação (%)
Médicos	608	593	133	56	1390	11,95
Enfermeiros e Auxiliares	3789	174	100		4063	34,94
Técnicos	304	17	4		325	2,79
Assistência à Saúde Científico / Didático	83	20	2	838	943	8,11
Administração	9	12			21	0,18
Apoio	1634	293	28	11	1966	16,91
	2473	332	96	20	2921	25,12
TOTAL	8900	1441	363	925	11629	100,00
Participação (%) p/regime	76,53	12,39	3,12	7,95	100,00	

Fonte: ASHEB – 2002

Nota:

Dados dos hospitais - questionário aplicado em 2002.

Destaca-se, contudo, que em termos de atividades a que apresenta o maior nível de participação é a de enfermagem que congrega 4 063 profissionais, ou seja, 34,9% do total ocupado. O número de empregos diretos por leito é de 5,4, ou seja, uma média superior a dos hospitais do Estado de São Paulo, cuja relação pessoal ocupado / leito é de 4,17, de acordo com o Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistema de Saúde do Hospital das Clínicas (PROAHSA, 2002).

Isto pode levar a uma primeira interpretação de que em Salvador os hospitais estariam sendo mais intensivos em mão-de-obra, enquanto em São Paulo seriam mais intensivos em tecnologia.

Quanto ao regime de contratação, verifica-se que apesar da intensificação do processo de terceirização da mão-de-obra, o conjunto dos hospitais mantém um nível elevado de pessoal contratado em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), 76,5%. Nas demais modalidades, os terceirizados (contratação através de pessoa jurídica ou profissional autônomos) representam 12,4%,

destacando-se neste grupo a quantidade de médicos – 593, ou seja, 41,2% do total. Os cooperados participam apenas com 3,12% do total ocupado, destacando-se neste grupo e profissionais médicos com 36,6% do total. Outros estão representados basicamente por estagiários e residentes médicos.

Como se pode verificar na Tabela 14, os hospitais, por terem uma estrutura altamente complexa, envolvem a absorção de profissionais de diversas áreas, principalmente nas atividades de assistência à saúde. O conjunto de prestadores de serviços (terceirizados e cooperados), representa nos hospitais de Salvador um contingente de 1.804 pessoas – ou seja, 15,51% do total ocupado diretamente.

Apesar de não ter sido possível dimensionar o número de empregos indiretos, o trabalho levantou um conjunto de fornecedores por área de atuação, a título de referência do número de empresas que atuam no segmento de saúde na condição de fornecedores e prestadores de serviços, potenciais geradores de emprego e renda, como se pode observar na Tabela 15.

Tabela 15 - Rede de Fornecedores dos Hospitais de Salvador, por área e natureza dos serviços - 2002

Área / Natureza	Número de Fornecedores	Distribuição (%)
1 Área de Assistência à Saúde	32	11,27
- Laboratórios	14	4,93
- Cooperativas de Saúde	6	2,11
- Clínicas e Serviços de Fisioterapia	12	4,23
2 Medicamentos e Materiais	34	11,97
- Medicamentos	21	7,39
- Materiais de atendimento médico	13	4,58
3 Operacional e Serviços de Apoio	105	36,97
- Nutrição	6	2,11
- Cooperativas de Serviços Gerais	6	2,11
- Higienização e Detetização	17	5,99
-Lavanderia	5	1,76
- Vigilância	5	1,76
- Serviços de Arquivos Médicos	1	0,35
- Jardinagem e Paisagismo	2	0,70
- Manutenção de Equipamentos	32	11,27
- Transportes	7	2,46
- Gasoterapia	8	2,82
- Manutenção em Geral	16	5,63
4 Alimentos e Materiais de Consumo	49	17,25
- Gêneros Alimentícios	13	4,58
- Materiais de Consumo e Expediente	36	12,68
3 Administração	64	22,54
- Auditoria	4	1,41
- Assessoria de Imprensa	6	2,11
- Despachantes	2	0,70
- Assessoria Financeira	4	1,41
- Propaganda e Marketing	10	3,52
- Informática	28	9,86
- Seguros	10	3,52
TOTAL	284	100,00

Fonte: ASHEB, 2002.

Nota:

Dados dos hospitais - questionário aplicado em 2002.

No conjunto da rede de fornecedores dos hospitais, verifica-se uma predominância no setor de serviços nas áreas de assistência à saúde, operacionais e serviços de apoio e administração, que juntos representam 70,78% do total. Destaca-se individualmente o grupo de serviços de apoio com 37,63%, seguido de serviços administrativos e financeiros com 22,30%, mostrando, portanto, uma forte integração entre estes e os serviços de saúde.

Existe um outro aspecto importante na rede de fornecedores: a compra de serviços de saúde dos grandes e médios hospitais junto aos laboratórios e clínicas de pequeno porte. Isto demonstra uma certa tendência para o crescimento da integração flexível no segmento de saúde entre empresas de diferentes portes. É possível que essa terceirização venha ocorrendo em função da redução de custos operacionais para determinados tipos de procedimentos e exames.

Dentro das transformações que vêm ocorrendo na sociedade, impulsionada pela revolução na tecnologia da informação, as quais produziram reflexos na estrutura da economia e na composição do emprego, constata-se que a evolução do setor serviços traz no seu bojo novas atividades e ocupações em diversos segmentos que se articulam entre si numa nova dinâmica de interdependência entre os setores industriais e o de serviços.

Essa nova configuração da economia, ao fortalecer o setor serviços tornando-o capaz de gerar e reproduzir novas atividades e novos postos de trabalho revela também a dinâmica de alguns segmentos como saúde e educação, a partir do desmonte do Estado do Bem-estar Social, o qual outrora era o grande patrocinador dos gastos sociais para estas áreas. O impulso dado na nova economia revela o crescimento do segmento de serviços médicos privados, tendo como âncora os países desenvolvidos e, em seguida, os países em desenvolvimento.

Diante dessa dinâmica capitalista, o segmento de serviços de saúde passou a ter participação e níveis de crescimento significativos no mercado privado no Brasil, acompanhando a tendência mundial. Os níveis de ocupação nesse segmento nas regiões do país encontram-se fortemente concentrados nas Regiões Metropolitanas.

Salvador apresenta níveis significativos de ocupação no segmento de saúde, tanto no âmbito geral, como também mais especificamente no caso dos grandes e médios hospitais analisados.

5 AS PEQUENAS EMPRESAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM SALVADOR

Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa de campo, realizada pelo autor no período de janeiro a outubro de 2003. O ponto de partida é a evolução quantitativa das empresas de Clínicas Médicas, Laboratórios de Análises e Clínicas de Fisioterapia, considerando-se como base inicial o número existente nas três categorias até dezembro de 1989 para, em seguida, analisar a evolução anual até 2002.

Inicialmente, este estudo pretendia trabalhar com a população de clínicas e laboratórios cadastradas nos Conselhos Regionais de Medicina, Odontologia, Farmácia e Fisioterapia, cujo número de pessoas jurídicas registradas era de 2 301 empresas em dezembro de 2002. Foram utilizados formulários que deveriam ser preenchidos eletronicamente. Detectamos que não houve receptividade a este instrumento uma vez que apenas 46 formulários foram preenchidos e, mesmo assim, apresentaram inconsistências e erros no preenchimento, motivo pelo qual, passou-se à remessa de questionários via correios. Esta alternativa, também, mostrou-se inadequada, pois somente 2 formulários foram preenchidos. Na medida em que a pesquisa através de meios eletrônicos e remessa de questionários aos associados das entidades de classe não se viabilizou, restou a alternativa da pesquisa direta

junto às empresas. Em face das dificuldades crescentes de acesso às empresas de odontologia, decidiu-se pela exclusão desta categoria da pesquisa.

A definição da amostra das empresas de saúde estava prevista de maneira tal que a categoria com maior número de firmas – Clínicas Médicas (1 693) – poderia atingir 10% do total, enquanto que os Laboratórios de Análises e Clínicas de Fisioterapia, com uma população de 140 e 128 empresas, respectivamente, poderiam alcançar uma amostra entre 20% e 30% da população. Já para as Cooperativas, foi possível um levantamento dos dados principais com base no cadastro da OCEB, no total de 30 unidades existentes em dezembro de 2002.

A pesquisa foi realizada em três etapas: na primeira, foi efetuado o levantamento de dados secundários juntos aos Conselhos Regionais de Medicina do Estado da Bahia (CREMEB), de Farmácia (CRF) e de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO). No caso das Cooperativas de Trabalho, os dados foram levantados junto à Organização das Cooperativas do Estado da Bahia (OCEB).

O levantamento de dados secundários tomou como referência para todas as empresas analisadas o cadastro geral de pessoas jurídicas constituídas por profissionais das respectivas áreas de atuação, por conterem a data de registro nos Conselhos, a natureza jurídica, a localização, o número de sócios e as especialidades. Tomou-se como ponto de partida o número de empresas e cooperativas existentes até dezembro de 1989 e, em seguida, foram computadas todas as empresas registradas ano a ano, desde 1990 até 2002. Este critério foi adotado por se tratar do período escolhido para se analisar o crescimento do número de unidades.

No caso das pessoas jurídicas registradas no CREMEB, por ser esta uma entidade que congrega vários tipos de empresas, foram retiradas aquelas que não se constituíam em objeto da pesquisa, tais como: hospitais de todos os portes; planos de saúde; ambulatorios de associações beneficentes; órgãos públicos de assistência à saúde; e outros que não foram classificados como clínicas ou Laboratórios de Análises.

Os Laboratórios de Análises Clínicas mereceram um tratamento diferenciado, já que existem aqueles que têm como responsável técnico um profissional médico, registrado no CREMEB. Os que têm como responsável um profissional farmacêutico ou bioquímico estão registrados no CRF. A determinação da população de empresas dessa categoria levou em consideração o somatório das unidades registradas em ambos os Conselhos Regionais.

Na categoria de Clínicas de Fisioterapia, o número de empresas conforme cadastro do CREFITO, chegou a 128 unidades em 2002. As Cooperativas de Serviços de Saúde, de acordo com levantamento junto à OCEB, somam 30 unidades nas diversas áreas de atuação no segmento de saúde.

Uma vez delimitadas as categorias específicas na primeira fase, passou-se à segunda etapa da pesquisa com a aplicação dos questionários Anexos A, B e C para as três categorias de empresas de serviços médicos. Inicialmente, o questionário foi desenvolvido em meio eletrônico e incorporado à *Home Page* do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, em conexão com o Conselho Federal de Medicina (CFM). O próprio CREMEB enviou, em anexo ao seu jornal impresso, carta preparada pelo pesquisador e aprovada pela direção da entidade

para todas empresas registradas em Salvador, com o objetivo de explicar o conteúdo da pesquisa e estimular o maior número de respostas possíveis. Já para os Laboratórios de Análises Clínicas, o Sindicato dos Laboratórios do Estado da Bahia (SINDLAB) procedeu à remessa do próprio questionário e da carta explicativa para todas as empresas associadas, ou não, daquela entidade de classe.

Os resultados obtidos ficaram bastante aquém da expectativa, apesar dos esforços das direções das entidades para que a pesquisa obtivesse uma amostra representativa. Das quarenta e seis empresas que responderam através da *Home Page* do CREMEB, após análise detalhada, verificou-se que os números apresentavam distorções, como por exemplo, a repetição do número de sócios no quadro de funcionários, ou a falta de respostas às questões relativas aos dados econômicos, o que implicou em desconsiderar aqueles questionários.

Com isto, a pesquisa empírica foi realizada através do método intencional, com o acesso direto às empresas. As respostas foram obtidas através de entrevistas programadas com sócios e gestores das empresas e o envio de questionários através de correio eletrônico e de telefax.

O número de empresas respondentes nas categorias de Clínicas Médicas e de Fisioterapia, porém, ainda era pouco representativo enquanto amostra, já que ali estavam apenas 0,08% de uma população de 1 693 unidades. Quanto aos Laboratórios de Análises Clínicas, foi possível atingir-se uma amostra mais significativa: 60 firmas, o que representa 42,9 % do total¹.

¹ Foram considerados como firmas individuais as filiais de determinados laboratórios de análises, que responderam o questionário com dados consolidados.

Tornou-se necessária, então, a realização de entrevistas abertas, utilizando-se de roteiro, com dirigentes das entidades de classe dos profissionais da área de saúde – médicos, farmacêuticos e fisioterapeutas - e da Organização das Cooperativas do Estado da Bahia (OCEB). Foram entrevistadas, também, a (UNIDAS) União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde e uma seguradora de grande expressão no mercado, a SUL AMÉRICA SAÚDE. As entrevistas estenderam-se a profissionais da área em estudo, selecionados intencionalmente, como professores das Faculdades de Medicina (UFBA e ESCOLA BAIANA DE MEDICINA) além gestores de empresas privadas de serviços de saúde. Assim, esta dissertação apoiou-se nesse conjunto de informações e procedimentos metodológicos.

A primeira seção deste capítulo trata do conjunto das empresas nas três categorias e analisa as características dessas firmas sob a ótica da natureza jurídica comparando as vantagens tributárias das Sociedades Cíveis Ltda e daquelas por Cotas de Responsabilidade Ltda, relativamente as pessoas físicas, profissionais que atuam no segmento de serviços de saúde. Apresenta, também, o crescimento registrado no número de Clínicas Médicas, Laboratórios de Análises e Clínicas de Fisioterapia, no período entre 1990 e 2002, abordando alguns fatores que teriam contribuído para a evolução não só dessas empresas, como também das Cooperativas de Saúde em Salvador.

Na segunda seção são apresentados os principais fatores locacionais, que possivelmente influenciaram a implantação das clínicas e laboratórios nas Regiões Administrativas de Salvador. Alguns aspectos espaciais e demográficos são correlacionados com a oferta de serviços de saúde públicos e privados. Trata

também da questão da renda da população e sua relação com o acesso à assistência à saúde.

Na terceira seção são evidenciadas as questões relativas à caracterização das empresas, tais como: número de sócios, formação acadêmica, natureza jurídica e atendimento por tipo de pagador dos serviços de saúde. Relaciona a influência dos planos e seguros de saúde e de autogestão (assistência suplementar de saúde), com o crescimento do segmento privado. Dentre os principais indicadores, apresentam-se os números relativos aos empregos diretos gerados nas modalidades formal, autônomos e terceirizados. Estão consolidados os dados econômicos que envolvem receita bruta anual das empresas, renda gerada para o pessoal ocupado e Imposto Sobre Serviços (ISS). Neste bloco, procedeu-se à classificação do porte das empresas segundo o número de empregados e também pelo critério do faturamento bruto anual, com base no Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

A quarta seção analisa os efeitos positivos resultantes do processo de crescimento do número de empresas entre 1990 e 2002, que se expressa através da geração de emprego e renda no segmento de saúde em Salvador. Aborda, também, as distorções que estariam contidas dentro desse processo de privatização da assistência à saúde, em detrimento do atendimento público e gratuito assegurado pela Constituição Federal, através da criação do SUS. Tenta-se compreender as principais dificuldades estruturais e conjunturais que estariam por trás dos serviços públicos de saúde e que ações e alternativas o Estado poderia implementar, no sentido de dotar o SUS de reais condições para poder cumprir o seu pressuposto básico de atendimento universal.

5.1 A EVOLUÇÃO DAS EMPRESAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM SALVADOR (1989-2002)

A população de empresas de serviços de saúde foi estratificada em três categorias – Clínicas Médicas, Laboratórios de Análises Clínicas e Clínicas de Fisioterapia. Apresenta-se o número de empresas existentes até dezembro de 1989, e em dezembro de 2002, destacando o crescimento das categorias individualmente e no total da população, Tabela 16.

Tabela 16 - Salvador: Empresas de Serviços de Saúde Segundo Categorias Evolução - 1989 / 2002

Categorias	Até Dezembro de 1989		Em Dezembro de 2002		
	Número de Empresas	Participação (%)	Número de Empresas	Participação (%)	Evolução (%) 1989/2002
1 Clínicas Médicas	228	82,61	1.693	86,33	642,54
2 Laboratórios de Análises	29	10,51	140	7,14	382,76
3 Clínicas de Fisioterapia	19	6,88	128	6,53	573,68
Total	276	100,00	1.961	100,00	610,51

Fonte: CREMEB, CRF, CREFITO, 2002.

Destaca-se o nível de participação no conjunto das Clínicas Médicas, nas suas diversas especialidades, com um aumento em termos absolutos entre 1989 e 2002, de 1.465 novas unidades, ou seja, 642,54%. Quanto aos Laboratórios de Análises, houve menor crescimento no período: 108 unidades, ou seja, 382,76% considerando-se a inclusão das filiais daqueles de maior porte. As Clínicas de Fisioterapia cresceram em níveis mais elevados do que os laboratórios: 109 empresas registradas, ou seja, 573,68%, sem que tenha sido identificada nenhuma unidade como filial.

De acordo com a natureza jurídica, verifica-se que a maioria das empresas de saúde é constituída como Sociedade Civil Ltda. 49%. Outras 36% foram estabelecidas por Cotas de Responsabilidade Ltda.

Para uma melhor ilustração da natureza jurídica por categoria de empresas, pode-se verificar que as Clínicas Médicas, individualmente, mantêm um nível de participação das Sociedades Civas e Ltda, no seu total, idêntico ao registrado no total das categorias. Elas também são as que apresentam o maior número de firmas individuais. (Figura 6)

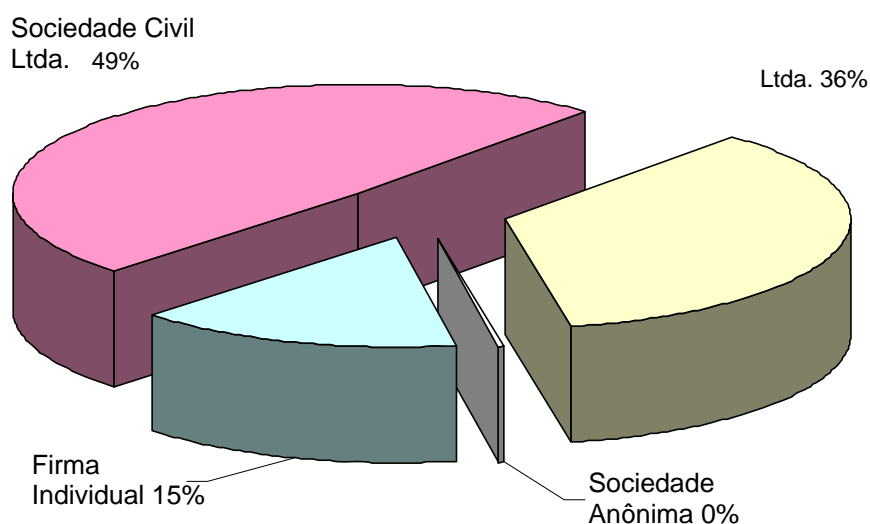


Figura 6 – Salvador: Distribuição das Clínicas Médicas Segundo a Natureza Jurídica - 2002

Fonte: CREMEB, 2002.

Nos Laboratórios de Análises Clínicas, a grande maioria é constituída de firmas por Cotas de Responsabilidade Ltda (Figura 7).

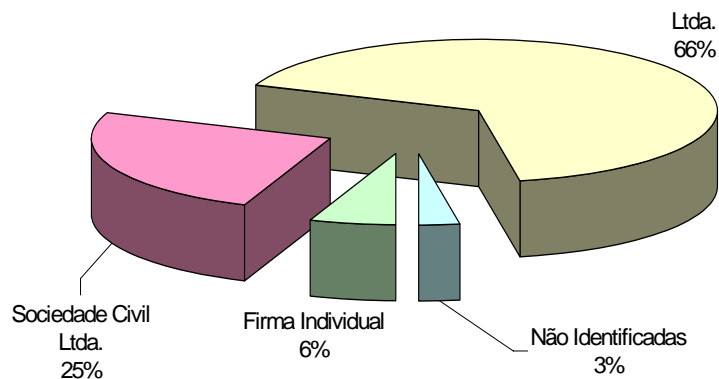


Figura 7 - Salvador: Distribuição dos Laboratórios de Análises Segundo a Natureza Jurídica – 2002

Fonte: CREMEB, 2002.

No caso das Clínicas de Fisioterapia, do total registrado, 48 unidades não informaram a natureza jurídica nos dados cadastrais do CREFITO (2002). (Figura 8).

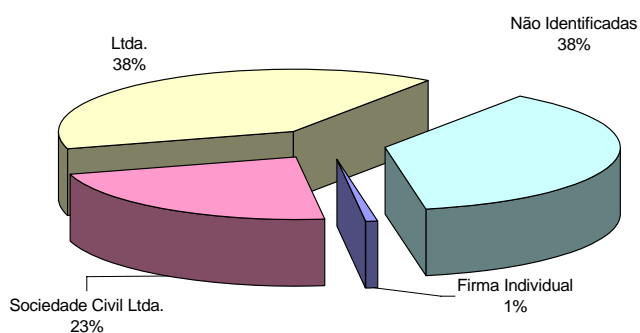


Figura 8 – Salvador: Distribuição das Clínicas de Fisioterapia Segundo a Natureza Jurídica – 2002

Fonte: CREFITO, 2002.

A preferência pela abertura de firmas, ao invés da permanência como profissional autônomo, justifica-se pelas vantagens relativas proporcionadas pelo sistema tributário vigente. Isto é fácil de se comprovar a partir da comparação das cargas tributárias que incidem sobre as duas principais naturezas jurídicas que predominam nas categorias estudadas. Uma simulação para uma empresa do tipo Sociedade Civil - S/C Ltda e outra por Cotas de Responsabilidade Ltda, em comparação com a mesma remuneração de um profissional liberal, na condição de pessoa física e assalariada, a partir de uma situação similar de faturamento ou rendimento bruto de R\$ 100.000,00 em um determinado período fiscal, pode comprovar tais vantagens Tabela 17.

Tabela 17 - Carga Tributária Incidente sobre Pessoas Jurídicas em Comparação com Pessoas Físicas – 2003

Descrição	Sociedade Civil Ltda (*)		Cotas de (***) Responsabilidade Ltda		Pessoa Física (**)	
	Alíquota (%)	Valor (R\$ Mil)	Alíquota (%)	Valor (R\$ Mil)	Alíquota (%)	Valor (R\$ Mil)
1 Bases de Cálculos						
1.1 Receita Bruta/Ano		100.000		100.000		100.000
1.2 Lucro Presumido		100.000				
1.3 Lucro Real				50.000		
2 Impostos Federais e Municipais						
2.1 Imposto de Renda	4,80	4.800	15,00	7.500	27,5	22.000
2.2 Contribuição Social			9,00	4.500		
2.3 COFINS	3,00	3.000	3,00	1.500		
2.4 PIS	1,65	1.650	1,65	825		
2.5 ISS	1,62	1.620	5,00	5.000		
Total	11,07	11.070	33,65	19.325	27,50	22.000

Fonte: Contec S/C Ltda. - 2003 (valores simulados). BRASIL, 2003b.

Notas:

(*) O ISS foi estimado para três profissionais sócios à base de R\$ 45,00 fixos por mês. IR sobre o lucro presumido-Art.516 do Regulamento do Imposto de Renda – Pessoa Jurídica (BRASIL,2003)

(**) Estimada uma renda anual inclusive com décimo terceiro salário. Utilizou-se a tabela da Receita Federal para fins de Imposto de Renda Pessoa Física.

(***) IR sobre lucro líquido – Art.247 do Regulamento do Imposto Renda. BRASIL (2003b)

A carga tributária para uma S/C Ltda é 11,07%, sobre o lucro presumido. Na hipótese de um lucro de R\$ 100.000,00, o volume de imposto anual seria de R\$ 11 070,00. A firma por Cotas de Responsabilidade Ltda teria uma carga tributária de 33,65% incidente sobre o lucro real e isto implicaria um volume de impostos da ordem de R\$ 19.325,00 para a mesma receita.

Em termos comparativos, as cargas tributárias das empresas de Sociedade Civil Ltda e das firmas por Cotas de Responsabilidade Ltda são inferiores àquela incidente sobre os rendimentos de um profissional assalariado. Na condição de pessoa física, este recolheria o equivalente a R\$ 22.423,08 por ano somente de Imposto de Renda Retido na Fonte.

Analisando-se pelo ângulo dos grandes e médios hospitais privados, a contratação de profissionais através de uma pessoa jurídica produz uma economia da ordem de 80,0% mensais referentes aos encargos sociais e trabalhistas que incidem sobre a folha de pagamento dos empregados. Constatou-se, assim, que sob a ótica da renda, há uma redução de custos operacionais para os contratantes com aumento de rentabilidade. Por outro lado, para os profissionais contratados como pessoas físicas há uma elevação da renda líquida em detrimento dos ganhos trabalhistas.

Tanto a oferta de serviços profissionais quanto a sua demanda influenciam favoravelmente à abertura de novas firmas e isto pode ser constatado pelo elevado número de profissionais sócios de firmas, Tabela 18.

Tabela 18 - Salvador: Número de Sócios nas Clínicas e Laboratórios Segundo Categorias Profissionais – 2002

Categorias Profissionais	Número de Profissionais Registrados (a)	Número de Empresas (b)	Número de Sócios nas Empresas (c)	Sócios sobre Profissionais de Salvador (c) / (a)
1. Médicos	7.820 (*)	1.757	2.870 (*)	36,70
2. Farmacêuticos	1.391	76	453	32,57
3. Fisioterapeutas	1.508	128	210 (**)	13,93
Total	10.719	1.961	3.533	32,96

Fonte: CREMEB, CRF, CREFITO, 2002.

Notas:

(*) Profissionais sócios de Clínicas e Laboratórios registrados no CREMEB.

(**) O número de sócios de Clínicas de Fisioterapia foi estimado com base em cadastro do CREFITO, a partir da identificação deste dado em quarenta empresas, com média de três sócios em cada uma. Utilizou-se esta base para projetar-se o total de sócios da população de 128 empresas

A categoria profissional dos médicos é a que mais tem utilizado esta vantagem fiscal ou é a que mais tem sido compelida a aceitar os termos estabelecidos para contratações pelos grandes e médios hospitais privados. Já na categoria profissional dos farmacêuticos, 32,6% dos registrados no respectivo Conselho são sócios de empresas. Quanto aos Fisioterapeutas, observa-se um menor nível de empresariamento desta categoria: A grande maioria desses profissionais é, ainda, assalariada e outra parcela atua através de cooperativas ou na condição de autônomos (apenas 13,9% são sócios de empresas).

5.1.1 O Crescimento no Segmento das Clínicas Médicas

O crescimento do número de firmas estabelecidas como Clínicas Médicas, entre 1989 e 2002 para além das razões examinadas na seção anterior, pode ser entendido, em parte, pelo estímulo gerado pelo sistema de assistência de saúde suplementar, principalmente na década de 90, através dos planos e seguros de

saúde e das empresas de autogestão. Outro aspecto contribuinte a ser considerado é a grande concentração de profissionais médicos na cidade de Salvador - além de refletir uma má distribuição espacial desses profissionais entre a capital e o interior do Estado da Bahia, esta concentração estaria compelindo à formação de novas sociedades.

Além disto, a questão da sustentação do SUS, que se origina na limitação de recursos para o financiamento do sistema e reflete-se na baixa remuneração e na falta de um plano de carreira que seja estimulador para o exercício da profissão do pessoal da área de saúde, contribuiu decisivamente para o crescimento do setor privado. Os níveis de investimentos em infra-estrutura dos serviços públicos ainda são insuficientes para a manutenção de unidades de atendimento com qualidade, além da falta de uma remuneração para os prestadores de serviços médicos privados, compatível com os custos operacionais do segmento de saúde.

De um lado, os preços dos procedimentos médicos realizados em pacientes através dos planos e seguros de saúde e empresas de autogestão foram atrativos e estimuladores para o processo de implantação de novas empresas. Do outro, os valores remunerados pelo SUS para a grande maioria dos procedimentos são considerados irrealistas ou inviáveis, do ponto de vista estritamente financeiro, pelas empresas prestadoras de serviços de saúde.

Há que considerar-se, ainda, uma modalidade de empresa que vem se expandindo em Salvador: as chamadas "Clínicas Populares". Identificou-se, junto ao CREMEB (2003), um grande número de estabelecimentos que se encontram em

funcionamento em centros comerciais e empresariais localizados no centro da cidade e também em bairros da periferia de Salvador.

O funcionamento dessas empresas ocorre através da cobrança de consultas e outros procedimentos ambulatoriais com preços acessíveis à população de baixa renda. Essas empresas justificam que os preços das consultas (entre R\$ 17,00 e R\$ 20,00) são inferiores aos praticados por planos de saúde e por clínicas particulares e que o atendimento é realizado em melhores condições do que aquele prestado pelo SUS.

A demanda por esses serviços é constituída, na sua grande maioria, por pacientes oriundos do interior do estado, que vêm em lotações organizadas nas suas cidades. A outra parcela da “clientela” é atraída por prepostos dessas empresas, que atuam nas imediações das áreas onde estão instaladas as clínicas, utilizando-se de “panfletos”, para o contato direto com os potenciais pacientes.

Muitas dessas clínicas não têm registro no CREMEB ou, aquelas que têm, mantêm um sistema de rodízio do Médico – Diretor Técnico. O corpo de profissionais é totalmente constituído por autônomos. O pessoal de atendimento e recepção dessas empresas, além dos que trabalham na divulgação dos serviços, provavelmente, não tem registros como empregados formais.

Isto caracteriza um processo de informalidade no segmento de serviços de saúde, fugindo às regras estabelecidas em lei para uma categoria regulamentada e sujeita à rígida fiscalização por parte do Conselho Regional de Medicina.

O crescimento de Clínicas Médicas pode ser observado com base nos dados cadastrais do CREMEB, entre 1989 e 2002. (Figura 9).

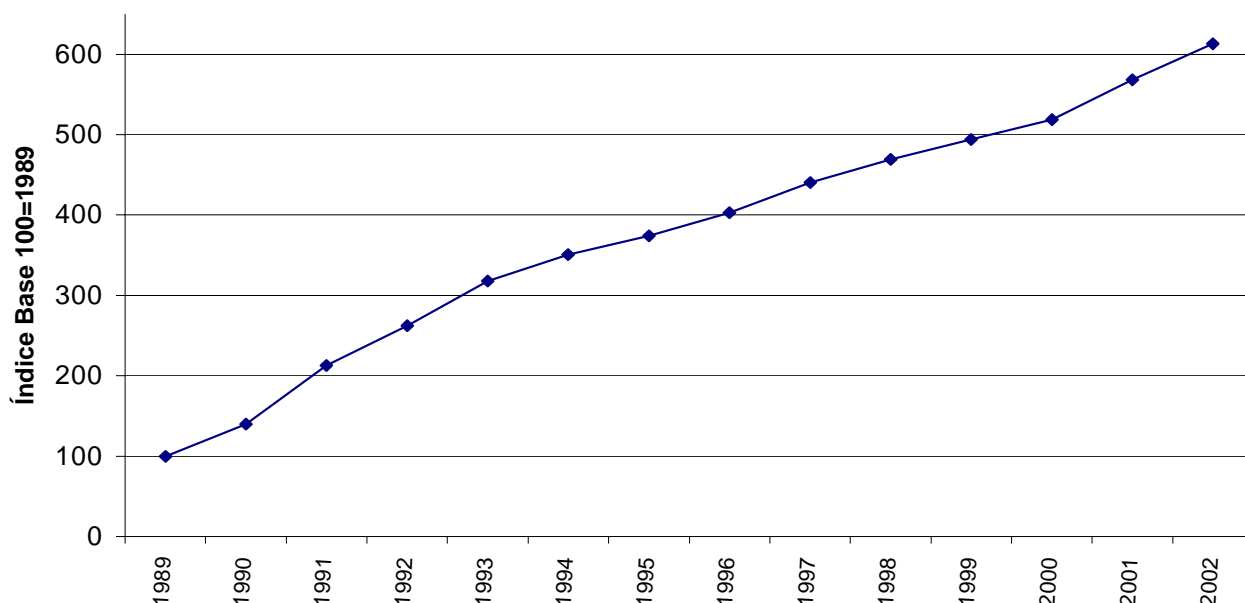


Figura 9 – Salvador: Evolução do Registro de Novas Clínicas Médicas (1989-2002)

Fonte: CREMEB, 2002.

Entre 1990 e 1994, foram registradas 693 novas empresas que entraram no mercado de serviços de saúde em Salvador, o que representa um crescimento 251,1% sobre o número existente até dezembro de 1989. Houve uma desaceleração no ritmo de crescimento de novos registros de pessoas jurídicas da categoria Clínicas Médicas a partir 1994 até 1996, possivelmente em função das mudanças ocorridas na economia brasileira durante o período de implantação do Plano Real.

Porém, a partir de 1997 observa-se uma retomada do ritmo de crescimento do número de empresas, o que pode estar associado tanto à estabilidade da moeda dentro contexto do Plano Real, quanto ao próprio aprendizado dos profissionais e dos grandes hospitais, que passaram a adotar procedimentos fiscais mais

convenientes, como visto na seção anterior. Em síntese, o crescimento do número de Clínicas Médicas no período entre 1989 e 2002 foi de 513,41%.

A dinâmica competitiva do mercado da saúde fez com que sua estrutura se tornasse mais complexa, acompanhando o crescimento das especialidades médicas². Até 1989, havia 228 empresas registradas no CREMEB (2002). Conforme pode ser observado na Tabela 19, deste conjunto, 181 empresas (79,4%) estavam relacionadas a determinada especialidade, enquanto as demais (47 empresas) não registravam suas especialidades. Em 2002, o total de empresas registradas crescera para 1693, das quais 1 093 estavam relacionadas a uma determinada especialidade. Não só aumentou o número de empresas, mas também o de novas especialidades, acompanhando os avanços tecnológicos e a própria qualificação diversificada dos profissionais médicos.

² De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), existem 56 especialidades médicas reconhecidas e regulamentadas através da Resolução 1666/2003.

Tabela 19 - Especialidades Médicas que mais Cresceram Segundo Número de Empresas - 1989 a 2002

Especialidades	Até 1989	Em 2002	Crescimento Líquido (%)
Endocrinologia	1	24	2.300,00
Anestesiologia	1	17	1.600,00
Gastroenterologia	2	22	1.000,00
Angiologia	3	31	933,33
Cardiologia	7	65	828,57
Ginecologia e Obstetrícia	8	74	825,00
Dermatologia	3	27	800,00
Bioimagem	13	109	738,46
Oftalmologia	16	133	731,25
Psiquiatria	1	8	700,00
Clínicas Cirúrgicas	9	70	677,78
Pneumologia	2	15	650,00
Mastologia	1	7	600,00
Reumatologia	1	7	600,00
Outras Especialidades	22	122	454,55
Anatomia Patologia	1	6	500,00
Oncologia	2	12	500,00
Clínica Médica	15	79	426,67
Ginecologia	7	35	400,00
Urologia	5	23	360,00
Pediatria	15	64	326,67
Otorrinolaringologia	9	33	266,67
Ortopedia e Traumatologia	18	59	227,78
Neurologia	13	38	192,31
Odontomédica	7	18	157,14
Total	181	1.074	593,37

Fonte: CREMEB, 2002.

As variações em termos relativos e em número de estabelecimentos das especialidades que mais cresceram entre 1989 e 2002 são justificadas por alguns fatores. As especialidades de Endocrinologia, Angiologia, Cardiologia e Reumatologia tiveram sua evolução diretamente ligadas tanto ao envelhecimento, quanto ao crescimento da vida média da população. Ginecologia e Obstetrícia são especialidades ligadas à medicina preventiva e que exigem das mulheres a realização de diversos exames periódicos³. Dermatologia também relaciona-se diretamente com o aumento da idade da população e a maior incidência de lesões

³ Preventivos para evitar doenças como câncer de mama, uterino, controle da natalidade, etc.

de pele. As especialidades de Bioimagem, Oftalmologia⁴ e Endoscopia têm crescimento associado ao uso intensivo de novas tecnologias, o que propicia maior segurança nos diagnósticos através de imagens. Estas, são também as que exigem maior volume de investimentos em equipamentos, na sua maioria importados.

No tratamento das doenças do aparelho digestivo, estão incluídos também a realização de exames instrumentais, cujos avanços tecnológicos nos últimos anos foram significativos, a exemplo de: Endoscopia, Colonoscopia e Retroendoscopia.

O aumento do número de clínicas especializadas em Nefrologia, apesar de notável, ainda está longe de atender adequadamente a demanda por esses serviços. A implantação de Centros de Diálise exige investimentos significativos, o que torna mais difícil o acesso aos recursos financeiros pelas pequenas empresas.

A especialidade de Infectologia esteve, historicamente, ligada ao segmento de saúde pública e aos grandes hospitais privados. O surgimento dessas clínicas em Salvador, no período entre 1990 e 2002, deve-se: 1) ao reconhecimento da especialidade pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), a partir de 1998; 2) à relevância do controle da infecção hospitalar e sua divulgação na mídia; e 3) ao rápido crescimento da AIDS e suas repercussões nas pesquisas e nas decisões do comportamento humano, bem como à cobertura do tratamento desta doença pelos planos e seguros de saúde.

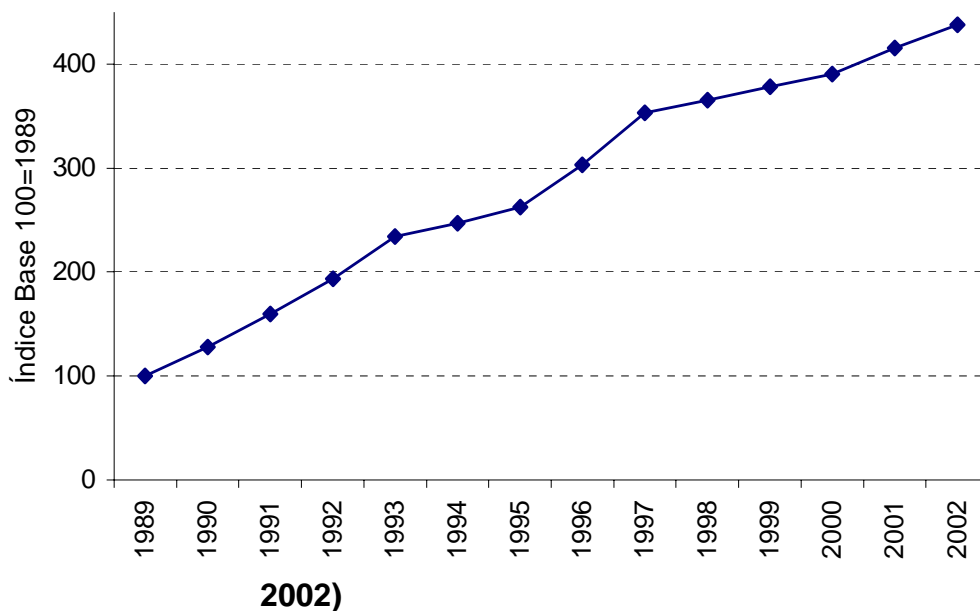
⁴ Com o envelhecimento da população, novos procedimentos cirúrgicos de cataratas, lesões de fundo de olho e cirurgias da miopia, são realizados nessa especialidade com a utilização de raio laser.

Ademais, a ampliação das especialidades no mercado privado dos serviços médicos, nos últimos anos, está interligada a uma série de complexos procedimentos, de exames instrumentais de média e alta complexidade e de exames laboratoriais, os quais propiciam a identificação de doenças com maior segurança para a realização de tratamentos com maior eficácia.

5.1.2 O Crescimento no segmento dos Laboratórios de Análises Clínicas

Os Laboratórios de Análises Clínicas são empresas que se encontram registradas em dois Conselhos Regionais, em função da formação dos seus responsáveis técnicos. Aquelas que têm um médico como responsável técnico são registradas no CREMEB. As que têm como responsável técnico um farmacêutico, são registradas no CRF.

Até 1989, 7 laboratórios estavam registrados no CREMEB. Em 2002, já funcionavam 64. No mesmo período, o número de laboratórios registrados no CRF cresceu de 25 para 76. Em 2002, portanto, estavam em funcionamento 140 empresas no município de Salvador – 337,5% a mais do que em 1989.

Figura 10 - Salvador: Evolução do Registro de Laboratórios (1989-

Fonte: CREMEB, CRF, 2002.

Os Laboratórios de Análises Clínicas vêm sendo dirigidos historicamente mais por profissionais farmacêuticos e bioquímicos do que por profissionais médicos, o que vem resultando entre 1989 e 2002 em maior número de unidades registradas no CRF (54,3%).

Este processo de crescimento está diretamente ligado à expansão da assistência suplementar de saúde. Este crescimento do número de Laboratórios de Análises em Salvador, segundo o SINDLAB (2002), é resultado de uma estratégia das empresas de maior porte para a ampliação do número de unidades, ao implantar filiais em vários bairros objetivando alcançar os pacientes mais distantes, através do sistema de coleta regionalizada e realização das análises na sede central.

Outro fator que contribuiu para o aumento do número de Laboratórios de Análises foi a entrada de novos profissionais no mercado de trabalho nos últimos anos, a exemplo de médicos, farmacêuticos e bioquímicos. A medida que os empregos formais foram ficando cada vez mais escassos, a abertura de uma empresa com recursos familiares ou financiamentos de longo prazo constituiu-se em uma opção para a absorção dessa mão-de-obra recém-formada.

5.1.3 O Crescimento no segmento das Clínicas de Fisioterapia

O crescimento das Clínicas de Fisioterapia (Figura 11) demonstra como essa profissão vem evoluindo dentro do conjunto de atividades de serviços na área da saúde integrando-se cada vez mais às clínicas e hospitais privados e públicos.

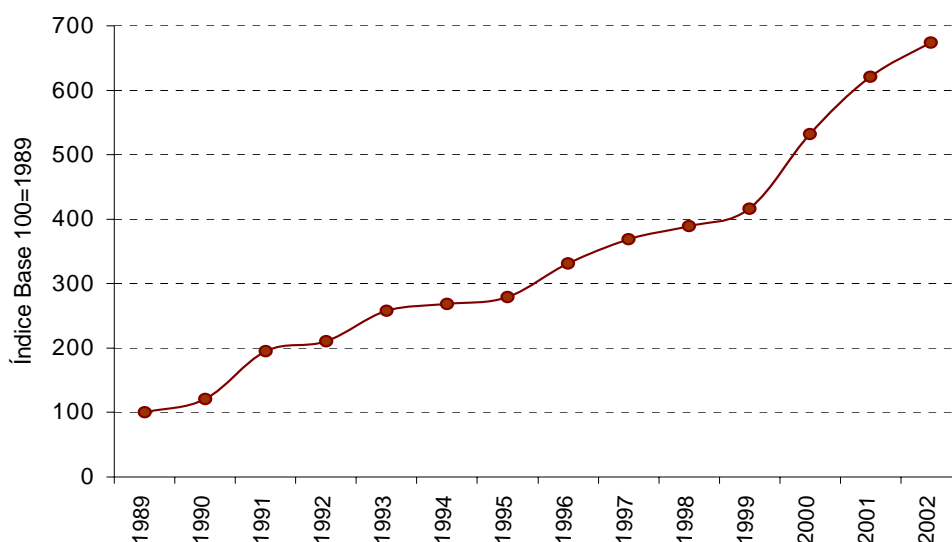


Figura 11 - Salvador: Evolução do Registro de Novas Clínicas de Fisioterapia (1989-2002)

Fonte: CREFITO, 2002.

O número de clínicas especializadas em Fisioterapia e Terapia Ocupacional até 1989 era pouco expressivo, com apenas 19 unidades em Salvador. De 1990 até 1999 o número de clínicas cresceu 215,79%. Mas o ritmo mais acelerado de crescimento foi a partir do ano de 2000 até 2002, com 62,05% em três anos.

Essa evolução no número de Clínicas de Fisioterapia foi também impulsionada pelo crescimento dos planos e seguros de saúde e empresas de autogestão, principais pagadores dos serviços prestados.

O crescimento da especialidade de Fisioterapia também foi influenciado pelo aumento, na década de 90 do número de hospitais privados, que passaram a ampliar os serviços de fisioterapia. Houve também uma maior inserção dos serviços prestados pelos fisioterapeutas em atividades esportivas em geral, assim como na área da Fisioterapia do Trabalho.

A atuação do fisioterapeuta nas empresas em geral se dá através do atendimento em ambulatório, dos programas de atividade física laboral, do diagnóstico cinesiológico funcional, da perícia técnica, das análises ergonômicas e do processo de educação em saúde do trabalhador, através da sensibilização e conscientização deste. (O COFFITO, 2003, p. 27).

Há indícios de que o aumento do número de profissionais dessa categoria teria sido estimulado pelo crescimento da oferta de cursos em faculdades privadas em Salvador, entre 1995 e 2002. Essa oferta do número de cursos estaria acompanhando uma tendência nacional, cuja elevação no período foi da ordem de 45,0% (O COFFITO, 2003, p. 41).

5.1.4 Cooperativas de Trabalho em Serviços de Saúde – Nova sistemática de contratação de mão-de-obra especializada

As cooperativas que tradicionalmente foram implementadas na Europa e em especial no setor agrícola, com a finalidade de organizar a produção de forma coletiva através da gestão participativa, tiveram seu modelo adotado pelo Brasil, mais precisamente na Região Sul, com forte influência dos imigrantes estrangeiros. Assim, as cooperativas agrícolas e de crédito foram incrementadas e têm ainda forte poder de mobilização dos agentes produtivos que gravitam em torno delas.

A Cooperativa é uma associação autônoma de pessoas que se unem, voluntariamente, para satisfazer aspirações e necessidades econômicas, sociais e culturais comuns, por meio de uma empresa de propriedade coletiva e democraticamente gerida. (SESCOOP, 2001, p. 9).

As cooperativas de trabalho caracterizam-se por se constituírem em uma atividade composta por trabalhadores de determinadas categorias profissionais para prestar serviços a terceiros, através do exercício profissional do cooperante, para empresas do setor privado ou órgãos do setor público (SESCOOP, 2001).

No ramo da saúde, as cooperativas de trabalho dedicam-se à preservação e recuperação da saúde humana. É um dos ramos que mais rapidamente cresceu nos últimos anos, incluindo profissionais médicos, dentistas, psicólogos e outros de atividades afins. As cooperativas de médicos já estão organizadas em federações estaduais e numa confederação nacional (SESCOOP, 2001).

De acordo com a Organização das Cooperativas do Estado da Bahia (OCEB), em 2002, havia 30 unidades nas diversas especialidades médicas, de profissionais da assistência à saúde, como também, na área de gestão hospitalar.

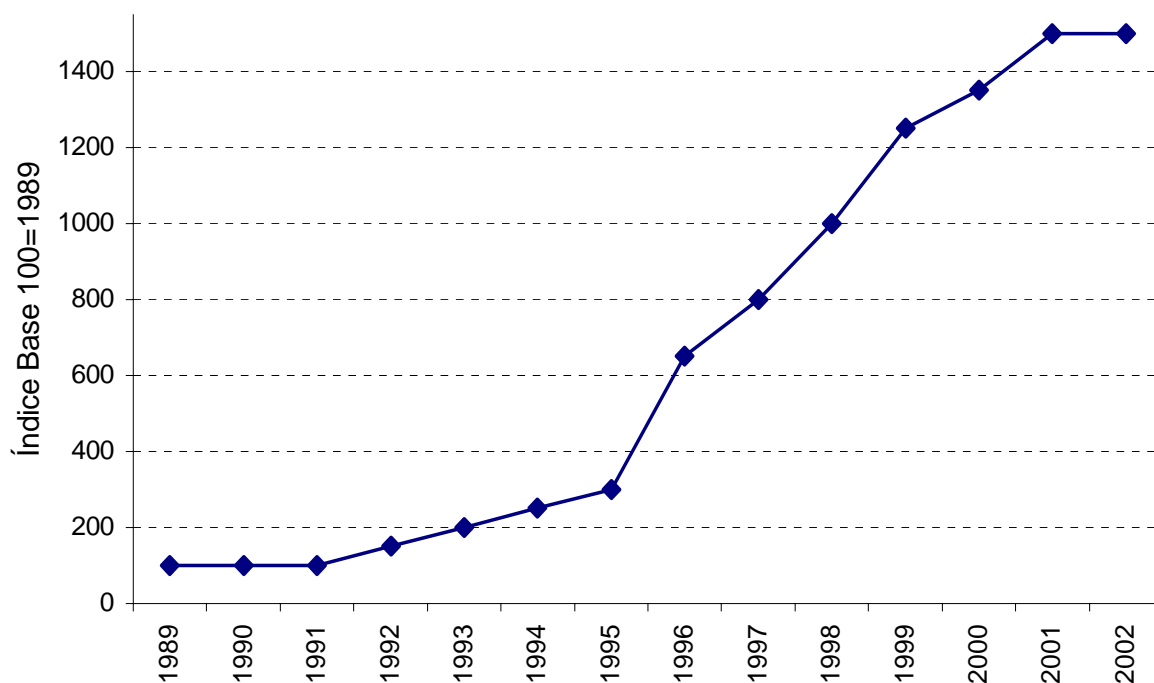


Figura 12 - Salvador: Evolução do Registro de Novas Cooperativas de Saúde (1989-2002)

Fonte: OCEB, 2002.

No âmbito dos serviços de saúde, o número de cooperativas até 1989 em Salvador era de apenas 2 unidades, registrando um crescimento lento até 1995 (Figura 12). O impulso para o crescimento dessa atividade ocorreu de forma mais acentuada a partir de 1996, após o Plano Real, quando as empresas privadas passaram a fazer seus ajustes ou “reestruturação produtiva”, promovendo a terceirização de serviços das atividades meio, e em seguida, evoluindo para as atividades fins.

Esse processo está diretamente relacionado com a flexibilização das relações de trabalho e com a queda do emprego formal, o que vem se inserindo nas

economias desenvolvidas e em desenvolvimento e de forma muito acentuada no setor de serviços.

Dentro deste contexto, insere-se uma questão central que é a redução de custos com encargos sociais e trabalhistas por parte das empresas contratantes das cooperativas de trabalho. A diminuição dos custos fixos com pessoal contratado com carteira assinada proporciona economias de escala para as empresas de serviços de saúde, na medida em que estas obtêm aumento dos níveis de produção dos serviços com a diminuição dos custos fixos unitários. Essas economias em geral ocorrem nos médios e grandes hospitais públicos e privados mais intensivos em mão-de-obra.

Pelo lado dos profissionais cooperativados, os impostos incidentes sobre a remuneração dos serviços também são inferiores àqueles descontados em folha de pagamento dentro do regime de contratação formal através da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Essas “vantagens” para os trabalhadores, ao perceberem rendas líquidas superiores àquelas pagas no regime de contratação formal, implicam a precarização das relações de trabalho, na medida em que direitos trabalhistas (FGTS, férias, décimo terceiro salários, licença maternidade, PIS/PASEP) são trocados por ganhos conjunturalmente maiores.

A comparação entre os ganhos líquidos de um empregado da iniciativa privada ou do setor público com um trabalhador cooperativado mostra que há “vantagens” comparativas para este último. Veja-se, por exemplo, na Tabela 20 a diferença dos encargos para um profissional com rendimentos brutos acima de R\$ 2 200,00 por mês.

Tabela 20 - Incidência de Impostos e Encargos Sociais Sobre os Rendimentos de Profissionais – em (%)

Impostos e Encargos	Emprego Formal	Cooperativa
Imposto de Renda	27,5	1,5
INSS	11,0	15,0
ISS	-	5,0
PIS/CONFINS (*)	-	4,65
Taxa de Administração (**)	-	
Total	38,5	26,15

Fonte: Elaboração própria.

Notas:

(*) As Cooperativas de Serviços recolhiam 3% de COFINS E 0,65% sobre o faturamento, até jan/04. A partir de fevereiro com a reforma tributária, a estes impostos foi adicionada a Contribuição Social de 1%.

(**) Funciona como um fundo de reserva destinado à cobertura das Despesas Administrativas da Cooperativa. Ao final de cada exercício social, o saldo existente deste fundo é rateado entre os associados que trabalharam durante o ano. O percentual retido sobre o valor das faturas de serviços é definido nos estatutos das cooperativas e varia entre 5,0% e 10,0%.

Por outro lado, o setor público vem reduzindo seus investimentos e gastos com pessoal efetivo. Isto tem levado à contratação de serviços terceirizados de saúde, através de cooperativas nos estados e municípios de todo o país.

Existem 2 134 pessoas filiadas às cooperativas de serviços de saúde em Salvador. Estas empregam 49 funcionários, os quais atuam nas áreas de administração e finanças. As estruturas administrativas das cooperativas, em geral, são enxutas, em virtude da direção e da gestão operacional serem exercidas pelos próprios filiados. Adota-se, neste modelo, o sistema de rodízio de dirigentes por prazo determinado, o que reduz substancialmente o número de contratações de funcionários através de carteira assinada.

Tabela 21 - Salvador: Cooperativas de Saúde - Volume de Recursos Movimentados Anualmente – 2003

Receita Bruta Em R\$ Mil	Porte (*)	Números de Empresas	Distribuição (%)	Receita Anual (**) em R\$(Mil)
Até 50	Pequena	9	29,03	178
De 51 a 100	Pequena	2	6,45	109
De 101 a 200	Pequena	2	6,45	225
De 201 a 300	Pequena	5	16,13	1.352
De 301 a 400	Pequena	2	6,45	752
De 401 a 500	Pequena	1	3,23	411
De 501 a 1.200	Pequena	5	16,13	4.279
De 1.201 a 4.000	Média	5	16,13	10.975
De 1.201 a 4.000	Média	5	16,13	10.975
Total		31	100,00	18.281

Fonte: Balanços Patrimoniais das Cooperativas em 2001. (OCEB, 2002)

Notas:

(*) Classificação do FAT - Fundo de Amparo ao Trabalhador, 2003.

(**) Valores em Reais de 2001.

O volume de recursos movimentados pelas cooperativas de saúde em 2001, conforme Tabela 21, atingiu R\$ 18,3 milhões, gerando uma arrecadação de Imposto sobre Serviços (ISS) da ordem de R\$ 914 mil naquele ano.

Tomando como base a receita bruta por intervalo de classe, pode-se classificar essas unidades por tamanho, de acordo com os critérios do FAT. Desta forma, 26 cooperativas seriam enquadradas como pequenas empresas, com receita bruta de até R\$ 1.200 mil / ano e apenas 5 estariam na faixa de média empresa.

Embora as entidades de classe dos médicos (CREMEB e SINDMED) tenham demonstrado resistência quanto à inserção desses profissionais nas cooperativas de trabalho, o número de associados já é bastante expressivo em Salvador. Segundo as entidades dos profissionais médicos, o sistema de cooperativas seria uma forma de intermediação de mão-de-obra, que beneficiaria as grandes empresas contratantes, implicando a precarização das relações de trabalho e a desvalorização dos profissionais.

5.2 DETERMINANTES DEMOGRÁFICOS E ESPACIAIS PARA A LOCALIZAÇÃO DAS EMPRESAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM SALVADOR

Nesta seção faz-se uma breve digressão sobre o processo de desenvolvimento urbano de Salvador nas últimas décadas, e procura-se relacioná-lo com a localização das empresas de serviços de saúde, tomando como referência as principais áreas de maior concentração dessas unidades. Tenta-se desta maneira, identificar uma possível correlação entre os aspectos espaciais, população residente, renda e o adensamento de clínicas e laboratórios de análises em determinadas Regiões Administrativas da cidade.

O processo de renovação urbana em Salvador começou a acontecer a partir de 1967, destacando-se como eixo principal a construção das avenidas de vale e viadutos, as quais possibilitaram a abertura de novos acessos que interligados entre si e com as áreas mais antigas da cidade alta e baixa, viabilizaram assim o surgimento de novos bairros e a ocupação de novos territórios.

Essas novas áreas da cidade deram ensejo à formação de um “Novo Centro de Salvador”, na região do Iguatemi, Caminho das Árvores, Itaigara e adjacências, a partir dos investimentos públicos realizados no período entre 1966 e 1974, o que viria mais tarde a atrair investimentos privados de cunho empresarial e residencial.

As novas avenidas, como as do Vale do Canela, Anita Garibaldi, Antonio Carlos Magalhães e Tancredo Neves passaram a absorver investimentos significativos em Centros Médicos e Empresariais, os quais abrigam centenas de atividades privadas de serviços de saúde. Somente na Avenida Anita Garibaldi, a

primeira a ter uma ocupação especializada na área de saúde, estão instalados dois hospitais de médio porte, quatro Centros Médicos em pleno funcionamento e mais um em fase final de construção, além de algumas clínicas e laboratórios em unidades isoladas.

As demais avenidas, a partir da construção de novos Centros Médicos e Empresarias, passaram a ser ocupadas ao longo da década de 90 por Clínicas e Laboratórios de Análises, além de outras atividades de serviços e comércio ligados ao segmento de saúde, instalados geralmente na parte térrea desses edifícios. Nota-se a presença de farmácias, óticas, lojas de produtos odontológicos e ortopédicos, postos avançados de planos de saúde, etc.

O quadro de ampliação espacial da cidade de Salvador, impulsionada pelo processo de industrialização na década de 70, condicionou a expansão da economia dos serviços, em especial para atender uma demanda das classes média e alta. Inclui-se nessa camada da população, aquelas residentes nos bairros tradicionais da capital e, outras camadas da sociedade que foram se formando e passando a residir nas novas áreas, exigindo e atraindo franco desenvolvimento de infra-estrutura e serviços em geral.

Das 1.961 empresas da população estudada, 1 635 (ou seja, 83,4% do total), estão localizadas nas Regiões Administrativas (RA's) habitadas por classes de renda média e alta⁵; as quais, representam 24,1% da população de Salvador. As outras 326 empresas (isto é, 16,6% do total), estão distribuídas em outras dez RA's⁶

⁵ I Centro, V Brotas, VI Barra, VII Rio Vermelho e VIII Pituba

⁶ II Itapagipe, III São Caetano, IV Liberdade, IX Boca do Rio, X Itapuã, XI Cabula, XII Tancredo Neves, XIII Pau da Lima, XIX Cajazeiras, XV Valéria, XVI Subúrbio Ferroviário e XVII Ilhas.

onde residem 75,9% da população da capital, com predominância de baixa renda (Figura 13).

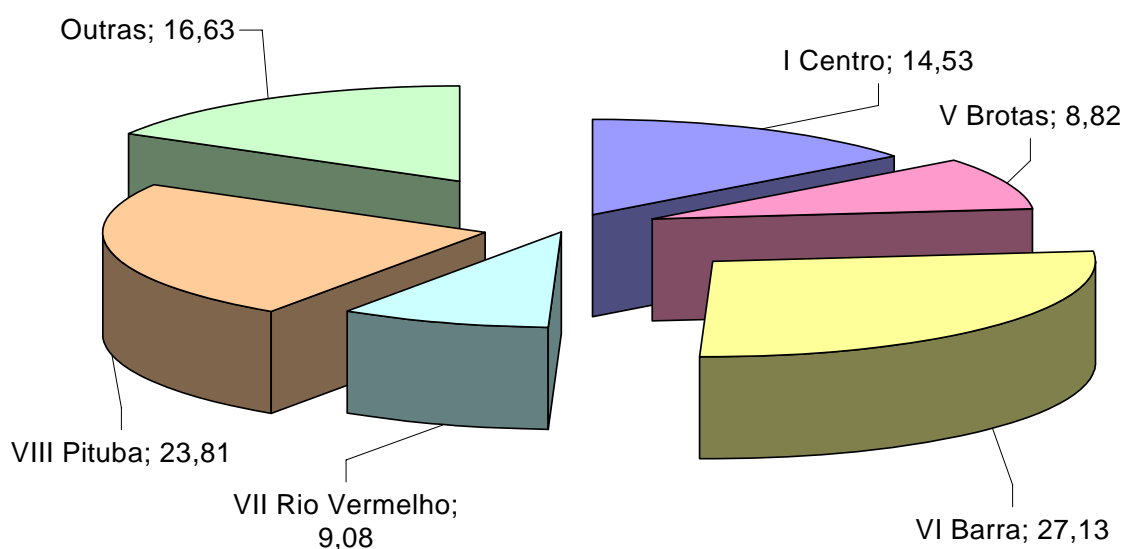


Figura 13 - Salvador: Localização das Clínicas e Laboratórios segundo as Regiões Administrativas - Em (%) - 2002

Fonte: CREMEB, CRF, CREFITO, 2002

Na Região Administrativa da Barra, estão instaladas 532 empresas, ou seja, 27,1% da população das empresas pesquisadas. Esta RA é compreendida pelos bairros da Barra, Barra Avenida, Chame-Chame, Graça, Jardim Apipema, Morro do Gato, Morro Ipiranga, Ondina, Zoológico, São Lázaro, Vitória, Campo Grande, Centenário e Canela. Vale salientar que a Avenida Anita Garibaldi, o Canela e a própria Barra, são localidades onde se encontram as maiores concentrações de empresas de serviços de saúde na cidade.

Outra Região Administrativa que merece destaque é a da Pituba, com 467 unidades ou 23,8 % do total de empresas. Essa RA é composta pelos bairros da Pituba, Parque Júlio César, Parque da Cidade, Iguatemi, Caminho das Árvores e

Itaigara, sendo que neste último estão instalados os mais modernos centros médicos e empresariais da cidade, para onde migraram nos últimos dez anos muitas clínicas e laboratórios. Este processo de realocação das pequenas empresas estaria associado a fatores como: a) maior *“status”* para os profissionais e sócios das empresas; b) acessibilidade e proximidade de outras empresas de serviços de saúde e melhor infra-estrutura dos centros médicos e empresariais; c) proximidade do local de trabalho do profissional, já que essas áreas de maior concentração das empresas são também zonas residenciais de classe média e alta.

Para melhor ilustrar a localização geográfica dessas empresas, a (Figura 14) apresenta o mapa da cidade do Salvador, onde é possível se identificar o nível de concentração das clínicas e laboratórios naquelas Regiões Administrativas de maior nível de renda e a baixa concentração das empresas naquelas RA's de menor poder aquisitivo.

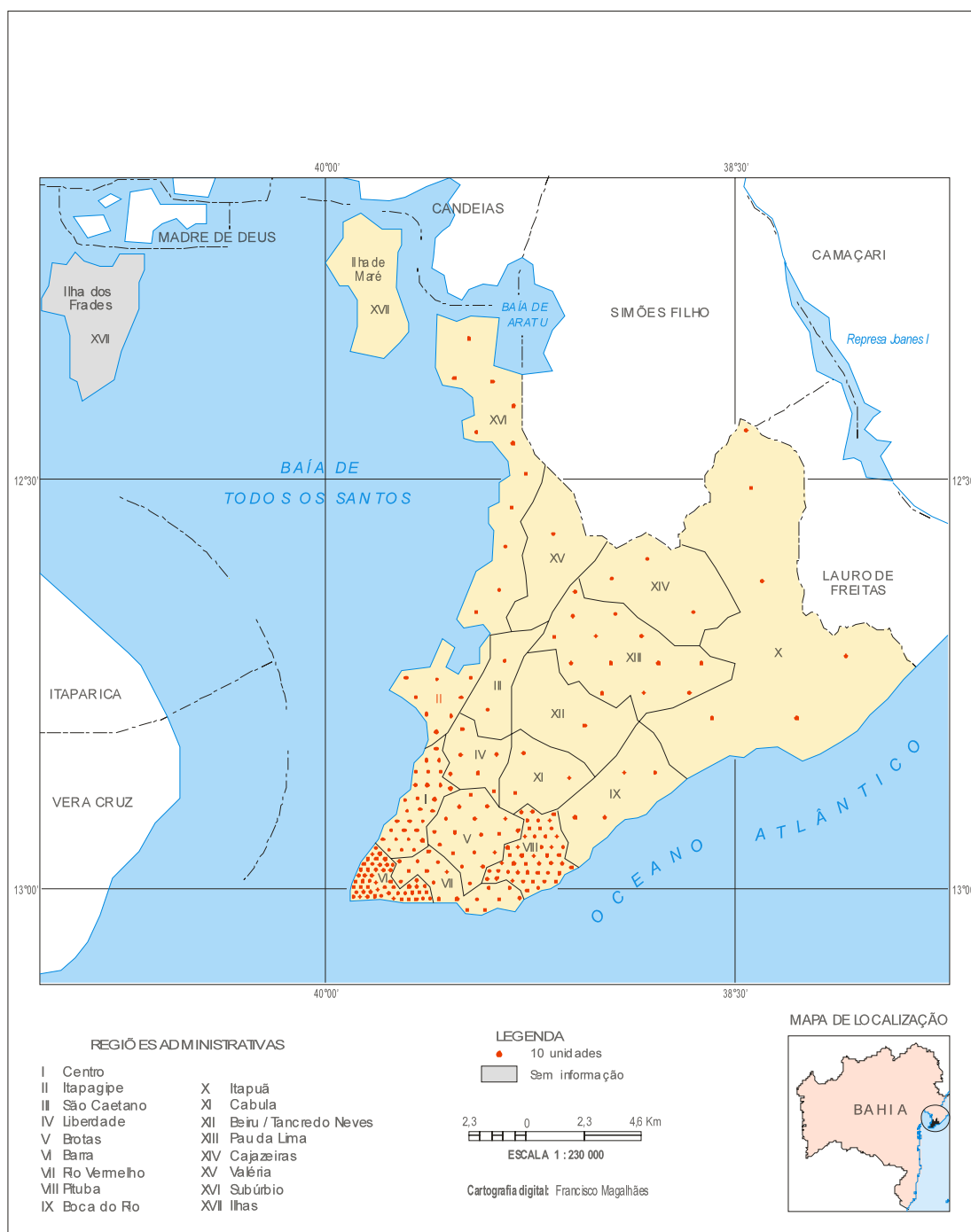


Figura 14 – Localização das Clínicas e Laboratórios de Análise segundo as Regiões Administrativas de Salvador (2002)

Fonte: CREMEB, CRF, CREFITO, 2002.

Como tentativa de estabelecer uma relação direta entre a localização das empresas de saúde e a renda da população das Regiões Administrativas onde estão instaladas essas unidades privadas efetuou-se o cálculo da renda média ponderada

por RA, tomando como base os valores disponibilizados pelo Censo Demográfico de 2000. O critério utilizado pelo IBGE (2002) leva em consideração o número de 651.278 chefes de família responsáveis por domicílios e residentes em Salvador.

A partir da identificação do número de chefes de família que recebiam rendimentos medidos pelo número de Salários Mínimos (SM) de 2000, equivalente a R\$ 151,00 por mês, utilizaram-se as faixas de até 1 SM, de 1 a 3 SM, de 3 a 5 SM, de 5 a 10 SM, de 10 a 20 SM e de Mais de 20 SM de cada Região Administrativa. Para a determinação da renda média de cada chefe de família, calculou-se o valor médio de cada intervalo de classe por RA.

Há uma certa correlação entre o nível do poder aquisitivo da população e a localização das empresas - Clínicas Médicas, Laboratórios de Análises e Clínicas de Fisioterapia. Nas Regiões Administrativas da Pituba, onde a renda média mensal dos chefes de família é de R\$ 2 139,02 e da Barra R\$ 1 823,87, estão localizadas mais de 51% das empresas de saúde de Salvador, Tabela 22.

Tabela 22 - Salvador: Pessoas Responsáveis por Domicílios Particulares Permanentes por Rendimento Nominal Mensal, segundo Região Administrativa - 2002

Região Administrativa	População - 2000 (%)		Renda Nominal Mensal por Pessoa Responsável por Domicílio – Média das RA's (*)		Número de Clínicas e Laboratórios por RA	
			Nº Pessoas	Valor em R\$	Empresas	(%)
I Centro	85.849	3,5	25.356	914,96	285	14,5
II Itapagipe	161.052	6,6	40.617	482,75	77	3,9
III São Caetano	200.755	8,2	51.444	341,58	19	1,0
IV Liberdade	184.194	7,5	48.368	454,60	60	3,1
V Brotas	191.513	7,8	52.456	870,97	173	8,8
VI Barra	69.566	2,8	22.042	1.822,87	532	27,1
VII Rio Vermelho	173.874	7,1	47.996	662,73	178	9,1
VIII Pituba	71.453	2,9	20.596	2.139,02	467	23,8
IX Boca do Rio	104.653	4,3	29.173	1.091,00	34	1,7
X Itapuã	199.905	8,2	52.161	642,80	46	2,3
XI Cabula	136.563	5,6	37.331	563,78	21	1,1
XII Tancredo Neves	190.308	7,8	49.264	347,58	6	0,3
XIII Pau da Lima	202.773	8,3	53.781	447,76	18	0,9
XIV Cajazeiras	139.460	5,7	36.383	345,47	24	1,2
XV Valéria	66.428	2,7	17.861	291,18	3	0,2
XVI Subúrbio Ferroviário	262.219	10,7	65.830	316,77	18	0,9
XVII Ilhas	2.542	0,1	619	265,16	0	0,0
Total	2.443.107	100,0	651.278	-	1.961	100,0

Fontes: IBGE - Censo Demográfico, 2000.
CREMEB, CRF, CREFITO, 2002.

Nota:

(*) O Salário Mínimo (SM) de referência é o de julho de 2002, ou seja, R\$ 151,00.

Nas RA's do Centro, Brotas e Rio Vermelho, onde os valores de rendas médias dos chefes de famílias responsáveis por domicílios estão abaixo de R\$ 1 000,00, situam-se 32,4% das empresas. As demais unidades de saúde (16,7%) estão localizadas nas RA's em que a renda média dos chefes de famílias é de R\$ 500,00 ou seja, pouco acima de 3 Salários Mínimos, vigente no ano de 2000.

A leitura da Tabela 22 evidencia disparidades entre a população residente por RA's e a oferta de serviços privados de saúde. A RA de São Caetano, por exemplo, cuja população residente representa 8,2% do total de Salvador, possui apenas 1% das empresas instaladas no município. Da mesma forma, os Subúrbios Ferroviários que possuem 10,7% da população municipal abrigam apenas 0,9% das empresas

de saúde. Ainda neste contexto, 1,32% das empresas instaladas em Salvador atendem a um contingente de 21,8% da população municipal residentes nas RA's de Tancredo Neves, Pau da Lima e Cajazeiras.

É possível que pequena parcela da população residente em áreas onde a oferta de serviços privados de saúde é baixa seja beneficiária de planos ou convênios cobertos parcialmente pelas empresas onde trabalham, ou mesmo, tenham acesso a planos de saúde individuais de menor valor. Isto pode levar a um deslocamento desse contingente até as clínicas e laboratórios localizados em áreas de maior poder aquisitivo.

Mas, a grande maioria da população residente nas áreas de baixa renda constitui-se em uma forte demanda para o atendimento através do Sistema Único de Saúde (SUS)⁷. Na medida em que apenas uma pequena parcela das empresas privadas de serviços de saúde atende pelo SUS, a assistência a esse contingente populacional fica na dependência dos serviços ofertados pelo setor público municipal para a atenção básica, além dos hospitais estaduais e filantrópicos para a atenção de média e alta complexidade.

No que se refere ao atendimento básico (ambulatorial), de acordo com os dados levantados junto à Secretaria Municipal da Saúde (2000), o número de postos de saúde existentes por Região Administrativa / Distritos Sanitários de Salvador era de 89 unidades, Tabela 23.

⁷ A população residente em nove Regiões Administrativas localizadas, principalmente, na periferia da cidade, com renda média dos chefes de família inferior a 3,3 Salários Mínimos é de 1 409 731 habitantes, ou seja, 57,8% da população total.

Tabela 23 - Salvador: População e Postos Municipais de Saúde Segundo as Regiões Administrativas – 2003

Região Administrativa	População		Postos e Centros Municipais de Saúde	
	2000	(%)	Número - 2000	(%)
I Centro	85.849	3,5	10	11,00
II Itapagipe	161.052	6,6	5	6,00
III São Caetano	200.755	8,2	4	5,00
IV Liberdade	184.194	7,5	5	6,00
V Brotas	191.513	7,8	5	6,00
VI Barra	69.566	2,8	4	5,00
VII Rio Vermelho	173.874	7,1	5	6,00
VIII Pituba	71.453	2,9	0	0,00
IX Boca do Rio	104.653	4,3	3	3,00
X Itapuã	199.905	8,2	5	6,00
XI Cabula	136.563	5,6	12	13,00
XII Tancredo Neves	190.308	7,8	1	1,00
XIII Pau da Lima	202.773	8,3	8	9,00
XIV Cajazeiras	139.460	5,7	4	5,00
XV Valéria	66.428	2,7	2	2,00
XVI Subúrbio Ferroviário	262.219	10,7	13	15,00
XVII Ilhas	2.542	0,1	1	1,00
Total	2.443.107	100,0	89	100,00

Fonte: IBGE – Censo Demográfico, 2000. Prefeitura Municipal do Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Regulação e Avaliação, 2000.

Analisando-se a relação entre o número de Postos Municipais de Saúde e a população residente das Regiões Administrativas, na RA de Tancredo Neves há um 1 posto para 190 308 habitantes; em São Caetano 4 postos para 200.755 habitantes; em Valéria 2 postos para 66 428 habitantes; e na Liberdade 5 postos para 184.194 habitantes. A mesma disparidade pode ser observada na Pituba, onde há uma população de 71.453 habitantes e nenhum posto de saúde. É provável que a camada da população desta RA, usuária de serviços públicos de saúde, seja pouco representativa e que esteja sendo atendida na RA do Rio Vermelho, a qual inclui o bairro de Amaralina.

A infra-estrutura de serviços de assistência médica em Salvador apresenta desigualdades significativas no que se refere à oferta de postos municipais de saúde e de empresas privadas. Especialmente nas áreas mais pobres da cidade, onde

reside a maior parte da população não há interesse do capital e, portanto, o número de empresas médicas instaladas é muito pequeno.

Como alternativa de assistência à saúde nessas áreas de baixa renda e grande concentração populacional, os Postos e Centros Municipais de Saúde instalados nessas Regiões Administrativas, seriam insuficientes para atender o número de residentes de cada RA.

A situação entre o número de postos municipais de saúde e o número de empresas instaladas nas Regiões Administrativas mostra o desequilíbrio existente na rede pública de serviços de saúde, entre a oferta de unidades e o número de habitantes. Já na oferta de serviços pelo setor privado, nota-se que a grande concentração de empresas está localizada nas RA's onde o número de postos é menor.

O desequilíbrio na oferta de serviços de saúde públicos e privados nas Regiões Administrativas pode ser identificado a partir dos dados apresentados na Tabela 23. Naquelas áreas onde existe maior concentração de chefes de família com baixa renda, a exemplo do Subúrbio Ferroviário que tem 10,7% da população de Salvador, é onde estão instalados 18 empresas e 13 postos de saúde; Pau da Lima, com 8,3% da população tem 18 empresas e 8 postos; e São Caetano com 8,2% da população e 4 postos de saúde.

5.3 A SITUAÇÃO DAS EMPRESAS DE SAÚDE DE SALVADOR EM 2003

Nesta seção serão estudados os motivos que levaram à constituição de uma firma pelos profissionais de saúde de Salvador. São abordadas justificativas, como: a menor carga tributária, exigências dos planos e seguros de saúde para o credenciamento das clínicas e laboratórios, aspectos mercadológicos e fatores locais. Quanto à importância dessas empresas para o setor serviços e a economia de Salvador destaca-se o nível de ocupação por categoria de empresas e por profissão, as faixas de rendas produzidas pelo faturamento e as faixas de remuneração pagas aos empregados e prestadores de serviços, assim como o nível da arrecadação do imposto municipal - Imposto Sobre Serviços (ISS).

A busca por uma alternativa que implique menor carga tributária aparece como uma das principais justificativas para a constituição de empresas de saúde. A tributação dessas empresas varia em função da natureza jurídica e representa uma redução de impostos para os profissionais sócios, enquanto pessoas físicas.

Há uma predominância de empresas do tipo Sociedade Civil Ltda, conforme Tabela 24, reforçando a hipótese, discutida na primeira seção, de que a formação da sociedade entre profissionais da mesma área constitui-se em vantagens tributárias para as pessoas físicas na condição de sócios das empresas. Na Sociedade Civil Ltda, o ISS é recolhido mensalmente por cada sócio (R\$ 49,00), independente do volume de faturamento, o que torna os valores dos impostos neste tipo de firma

inferiores àqueles pagos pelas empresas constituídas por Cotas de Responsabilidade Ltda.

Tabela 24 - Salvador: Distribuição das Empresas de saúde segundo a Natureza Jurídica (2003)

Descrição	Clínicas Médicas	Laboratórios de Análises	Clínicas de Fisioterapia	TOTAL	Distribuição (%)
Firma Individual	0	1	2	3	7,14
Sociedade Civil Ltda	9	14	4	27	64,29
Cotas de Responsabilidade Ltda	5	5	2	12	28,57
Total	14	20	8	42	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo - Dados das Empresas, 2003.

Dentre os motivos que justificam a constituição de empresas, destaca-se as exigências dos planos e seguros de saúde e das empresas de autogestão para o credenciamento das clínicas e laboratórios como prestadores de serviços de saúde. Isto ocorre na maioria das empresas, em virtude de serem os planos os principais pagadores e controladores da demanda por serviços de saúde prestados pelo setor privado.

As vantagens competitivas e a flexibilidade nas negociações, ou seja, relacionadas com os aspectos mercadológicos, expressam-se através da maior capacidade de atendimento de uma clínica que oferece um maior número de especialidades médicas, se comparada a um consultório de um profissional que atua individualmente na sua especialidade. Estes fatores também justificam em grande parte a constituição de empresas por profissionais de saúde.

Relacionam-se ainda com os aspectos mercadológicos as parcerias ou alianças estratégicas que já vêm ocorrendo entre os grandes laboratórios de análises clínicas, os quais começaram a atuar com equipes conjuntas, preservando suas identidades jurídicas, com o objetivo de reduzir custos operacionais e

compensar a falta de reajustes dos preços praticados por planos e seguros de saúde desde 1994.

As empresas de saúde estão instaladas em centros médicos empresariais e em edificações residenciais, reformadas e adaptadas para essas atividades. Existem em Salvador Centros Médicos construídos exclusivamente para atender as empresas de serviços de saúde, Tabela 25. Esses edifícios abrigam também em seus pavimentos empresas que exercem atividades complementares à assistência médica, a exemplo de farmácias, óticas, lojas de materiais ortopédicos, dentre outras.

Tabela 25 - Salvador: Aspectos Locacionais das Empresas - Clínicas Laboratórios (2003)

Tipo de Imóvel	Clínicas Médicas	Laboratórios de Análises	Clínicas de Fisioterapia	TOTAL	Distribuição (%)
Casa Individual	4	15	1	20	39,22
Centro Médico	3	7	5	15	29,41
Centro Médico/Empresarial	7	6	1	14	27,45
Outros		2		2	3,92
Total	14	30	7	51	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo - Dados das Empresas, 2003.

Algumas empresas estão instaladas em Centros Empresariais - prédios onde funcionam atividades de diversos segmentos do setor serviços - e que suas unidades passaram por adaptações para o funcionamento de clínicas e laboratórios de pequeno porte.

Os laboratórios de análises, os quais em geral exigem maior espaço para seu funcionamento, instalaram-se principalmente em edificações construídas originalmente para residências, reformadas e adaptadas para essa atividade.

Na escolha pela localização das empresas de saúde, predominam os aspectos relativos à disponibilidade de boa infra-estrutura e de facilidades de acesso. Outro fator determinante na decisão locacional é o nível de renda da população da área onde se instalaram. Isto está relacionado com a capacidade de atendimento a um público associado ou capaz de associar-se a planos e seguros de saúde.

Um dos fatores determinantes para o faturamento das empresas de saúde é o *mix* de pagadores dos serviços prestados. Os preços de tabela praticados para consultas, exames e outros procedimentos, por planos e seguros de saúde, empresas de autogestão, particulares e SUS, associado ao número de pacientes atendidos através de cada tipo de pagador é que irão compor as receitas das empresas. Para demonstrar o nível de atendimento por tipo de pagador, calculou-se como pode ser observado no ANEXO D, a média ponderada por categoria de empresa, sintetizada na Tabela 26.

Tabela 26 - Salvador: Atendimento das Clínicas e Laboratórios Segundo os tipos de Pagadores (2003)

Tipos de Pagadores	Percentual de Atendimento por Pagador			Número de Empresas Por tipo de Pagador
	Clínicas Médicas	Laboratórios De Análises	Clínicas de Fisioterapia	
Planos e Seguros de Saúde	84,18	66,88	59,86	36
Convênios Empresas Autogestão	37,57	11,64	25,00	22
Particulares	13,09	9,00	25,86	37
SUS	11,00	46,67	-	5

Fonte: Pesquisa de Campo - Dados das Empresas, 2003.

No que se refere ao tipo de pagador de serviços de saúde, os planos e seguros de saúde predominam em termos de atendimentos das Clínicas e Laboratórios de Análises.

Os planos e seguros de saúde, mesmo após a implementação do Plano Real, e mais tarde, após a edição da Lei 9.656/98, que estabeleceu maior controle sobre essa atividade, são os mais preferidos pelas empresas em termos de assistência suplementar.

No decorrer dos anos 90, principalmente até 1994, tem-se observado que os planos e seguros de saúde obtiveram ganhos expressivos, tanto na atividade fim, quanto nas aplicações do mercado financeiro. A partir da implementação do Plano Real, apesar do maior controle sobre esse segmento, os planos ainda reajustaram seus preços para os associados em um índice em torno de 174%, entre 1994 e 2003, a fim de recompor o nível de rentabilidade do negócio.

Enquanto isto, o reajuste concedido por planos de saúde para os profissionais médicos das empresas credenciadas para atendimento foi da ordem de 8%, entre 1994 e 2003. Dentro deste contexto, identifica-se atualmente no seio das entidades de classe dos médicos uma campanha pela recuperação do nível de remunerações das consultas e procedimentos (informação verbal)⁸

Se, por um lado, os pagadores tiveram que se ajustar às novas medidas e regulamentações do setor, do outro, os prestadores de serviços – hospitais, clínicas e laboratórios - passaram a ter que conviver com a elevação de custos e os efeitos das desvalorizações cambiais sobre os medicamentos e materiais de atendimento.

Além disto, o segmento privado de serviços de saúde vem sendo influenciado também pela queda do poder aquisitivo da classe média a partir de 1994, o que já

⁸ Depoimento dos dirigentes do CREMEB e SINDMED em entrevista, APÊNDICE C.

estaria reduzindo o número de associados aos planos de saúde (informação verbal)⁹.

Paradoxalmente, se os planos e seguros de saúde, além das empresas de autogestão, foram, em parte, os principais responsáveis pelo processo de crescimento do setor privado de serviços de saúde, constata-se na atualidade uma grande dificuldade no relacionamento comercial entre prestadores e pagadores.

É notório, nas empresas prestadoras de serviços, o grau de insatisfação quanto à falta de reajuste dos preços dos serviços médicos e hospitalares nos últimos anos. Outra questão que gera polêmica no relacionamento entre prestadores e pagadores de serviços está relacionada às “glosas” nas faturas, o que constitui-se em uma redução da receita das empresas médicas e um instrumento de redução de custos dos atendimentos e diminuição dos índices de sinistralidade para planos de saúde.

Entretanto, os planos e seguros de saúde entendem que o segmento de serviços privados necessita passar por uma reestruturação e uma definição de novos parâmetros para o financiamento da assistência suplementar (informação verbal)¹⁰.

As empresas de autogestão, que representam os planos de saúde dos funcionários de empresas públicas, estatais e privadas, aparecem em segundo lugar quanto ao tipo de pagadores das empresas prestadoras de serviços. Esse grupo vem obtendo crescimento em nível nacional, à medida que alguns planos, a exemplo da Camed vinculada ao Banco do Nordeste, vêm ampliando o número de

⁹ Depoimento do dirigente da ASHEB em entrevista, APÊNDICE C.

¹⁰ Depoimento do gerente da SULAMÉRICA em entrevista, APÊNDICE C.

beneficiários, possibilitando a entrada de novos associados que não fazem parte do quadro de funcionários do Banco. Outros planos têm adotado a estratégia de abertura para compensar as perdas provocadas pelo desemprego ocorrido no processo de privatização das empresas estatais, o que teria levado à suspensão da assistência médica suplementar de ex-funcionários e dependentes (informação verbal)¹¹.

Quanto à modalidade de pagamento de particulares, das três categorias estudadas, as Clínicas de Fisioterapia são as que apresentam o maior índice de participação deste tipo de pagador. Os planos de saúde em geral vêm se utilizando dos critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação (1997), da Associação Médica Brasileira para autorização e remuneração de fisioterapia em convênios, dentro de certos limites para o número de seções, a partir de situações específicas de cada patologia e estado do paciente.

Como as autorizações para tratamento são emitidas uma de cada vez, por código e tipo de nosologia¹², implicando em um controle mais rigoroso da remuneração dos honorários dos profissionais de fisioterapia, pode estar gerando uma demanda por seções extras e que seriam cobertas com recursos próprios de cada associado dos planos de saúde.

No atendimento através do SUS, apenas os Laboratórios de Análises apresentam um índice de atendimento mais elevado (46,7%), mas que do ponto de vista quantitativo estão representados apenas por três empresas de um total de

¹¹ Depoimento da superintendente da UNIDAS em entrevista, APÊNDICE C.

¹² Tipo de patologia ou doença.

dezenove, ver Tabela 26. Isto provavelmente estaria ocorrendo em função do aumento da terceirização dos exames laboratoriais por parte dos hospitais públicos.

Na categoria das Clínicas Médicas, o nível de atendimento a pacientes SUS é de 11% do total, enquanto nas de fisioterapia não há registros quanto a atendimentos através do SUS.

O Estado, contraditoriamente, procurou fortalecer o setor privado através da renúncia fiscal e financiamentos diretos via bancos de desenvolvimento nacionais e de programas de cooperação em parceria com o Ministério da Saúde e Agências Internacionais. Porém, não implementou mecanismos nos últimos anos, capazes de remunerar adequadamente os serviços prestados pelas empresas conveniadas, visando estimular o aumento dos atendimentos para a população através do SUS.

As empresas privadas prestadoras de serviços de saúde, ao darem preferência aos pacientes associados de planos e seguros de saúde, aos convênios com as empresas de autogestão e a particulares (estes em menor escala), buscam, naturalmente, uma melhor remuneração para seus investimentos através do aumento das receitas. Isto lhes propicia melhores condições para a manutenção da estrutura, criação de novos postos de trabalho e remuneração do pessoal ocupado.

5.3.1 A Ocupação nas Pequenas Empresas de Serviços de Saúde

O papel das pequenas empresas na geração de emprego e renda ocorre de maneira diferente das grandes empresas. O diferencial nesse processo é que as grandes empresas levam em consideração, além do elevado nível de especialização do empregado, o impacto das contratações nas suas estruturas de custos. Nas pequenas empresas, como a oferta de salários é significativamente inferior ao das grandes torna-se viável à absorção de mão-de-obra, sem comprometer os custos fixos do negócio e, por conseguinte, os preços finais dos produtos e serviços (SOLOMON, 1989).

As pequenas empresas de serviços de saúde desempenham um papel importante na economia de Salvador, na medida em que absorvem número significativo de profissionais da área de saúde de outras áreas. O número total de pessoas ocupadas nas pequenas empresas, segundo a amostra das três categorias estudadas, é de 1 121, das quais, 680 trabalham nos Laboratórios de Análises, 383 nas Clínicas Médicas e 58 nas Clínicas de Fisioterapia (Figura 15).

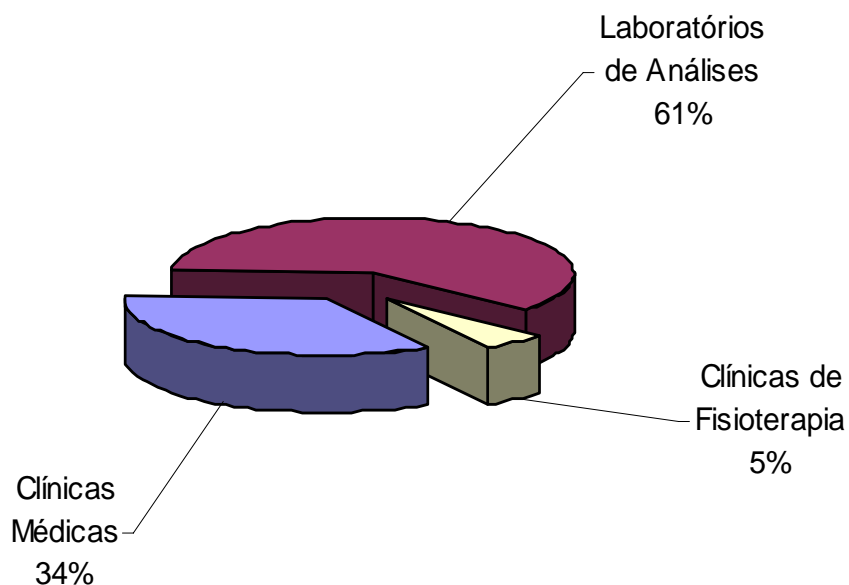


Figura 15 – Pessoal Ocupado Segundo as Categorias de Empresas (2003)

Fonte: Pesquisa de Campo – Dados das Empresas, 2003.

Em termos comparativos, as pequenas empresas ocupam o equivalente a 9,64% do total de pessoas ocupadas nos hospitais privados de Salvador considerando-se neste caso todos os empregos diretos. Os médios e grandes hospitais, pelo nível de complexidade e número de leitos de internação, absorvem maior quantidade de mão-de-obra, especialmente na área de enfermagem. Porém, como o nível de investimentos por emprego gerado é muito superior ao das pequenas empresas torna as clínicas e laboratórios capazes de gerar, proporcionalmente, mais empregos.

Quanto ao tipo de vínculo das pessoas ocupadas diretamente nas pequenas empresas de Salvador, a distribuição está demonstrada na (Figura 16).

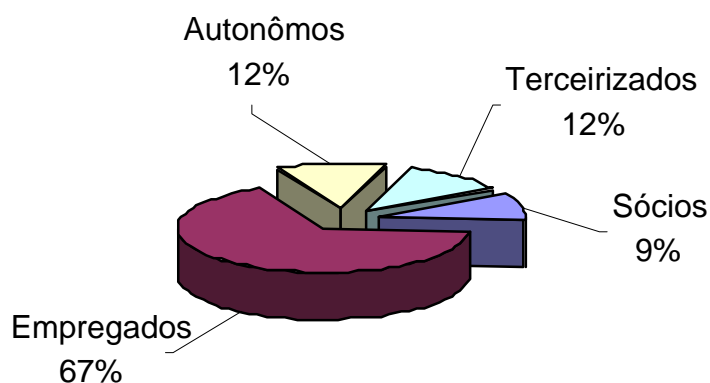


Figura 16 – Distribuição do Pessoal Ocupado Segundo o tipo de Vínculo (2003)

Fonte: Pesquisa de Campo – Dados das Empresas, 2003.

O número de empregos diretos nas três categorias de empresas estudadas revela que ainda existe uma predominância do pessoal com vínculo empregatício, mas o nível de terceirização já é bastante significativo nas Clínicas Médicas e Laboratórios de Análises.

Se compararmos o pessoal ocupado nas clínicas e laboratórios com o pessoal ocupado nos hospitais privados de Salvador constata-se que, nas pequenas empresas, os empregados com vínculo empregatício representam (67%) do total,

enquanto que, nos médios e grandes hospitais, o pessoal com vínculo empregatício representa (76,5%) do total dos empregos diretos nesta categoria.

Quando o foco de análise é o emprego direto nos Laboratórios de Análises Clínicas quase 88% do emprego é com vínculo empregatício. Nas Clínicas Médicas, o índice de emprego com vínculo é de 17,9% em relação ao total, o que indica maior flexibilidade nas relações de trabalho nestas empresas.

Das 747 pessoas com vínculo empregatício existentes nas pequenas empresas de saúde, nota-se que a maior parte é constituída por técnicos de laboratórios, somados ao pessoal das áreas administrativas e de apoio empregados nas três categorias de empresas. No conjunto, os profissionais da assistência à saúde representam 17% do total ¹³ (Figura 17).

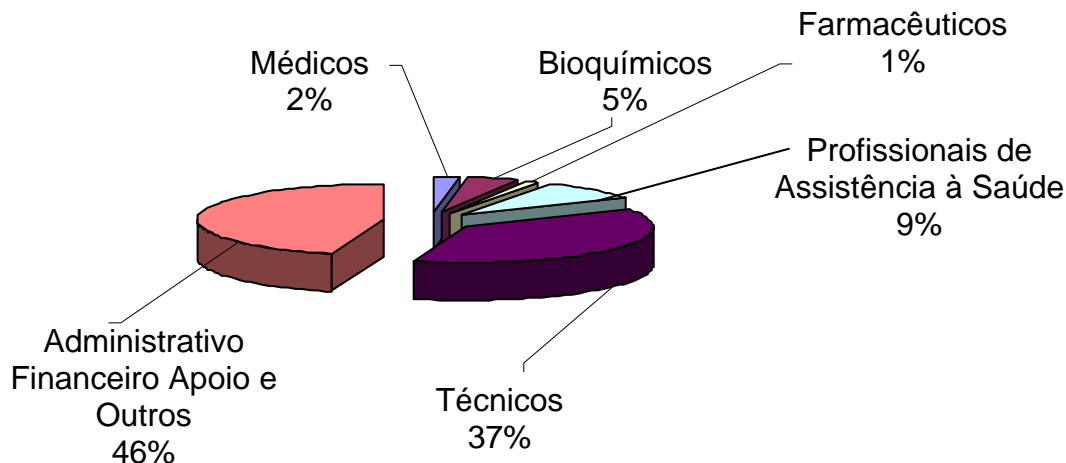


Figura 17 – Distribuição dos Empregos Formais nas Empresas, Segundo as Funções – Total (2003)

Fonte: Pesquisa de Campo – Dados das Empresas, 2003.

¹³ São os profissionais que lidam diretamente com os pacientes nas diversas fases do atendimento (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos, técnicos de laboratórios, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos de raio X e bioimagem).

Observa-se que a participação dos profissionais de nível superior em todas as funções é de apenas 17% do total empregado revelando que é nessas categorias que está ocorrendo de forma mais intensa o processo de terceirização.

O processo de flexibilização das relações de trabalho, que vem determinando o crescimento do número de pessoas contratadas através de empresas prestadoras de serviços e cooperativas de trabalho, manifesta-se de forma crescente no mundo e no Brasil.

O setor de assistência médico-hospitalar no Brasil, reproduzindo uma tendência mais geral da economia contemporânea, vem utilizando de forma crescente o expediente da terceirização, ou seja, a intermediação de agentes terceiros organizacionalmente constituídos para o suprimento da força de trabalho e serviços. (GIRARDI; CARVALHO; GIRARDI JR., 2000, p. 9).

As pequenas empresas de saúde de Salvador contratam 12% do seu pessoal através de empresas ou cooperativas de serviços médicos. Trata-se de um percentual significativo, ainda mais quando se constata que os médios e grandes hospitais privados contratam, através dessas modalidades, 15,5% do seu pessoal ocupado.

No que concerne aos empresários, sócios das pequenas empresas, observou-se que o maior grupo é constituído por médicos, seguido por bioquímicos e fisioterapeutas. A participação de profissionais de outras áreas, na condição de sócio das clínicas e laboratórios é pouco expressiva (Figura 18).

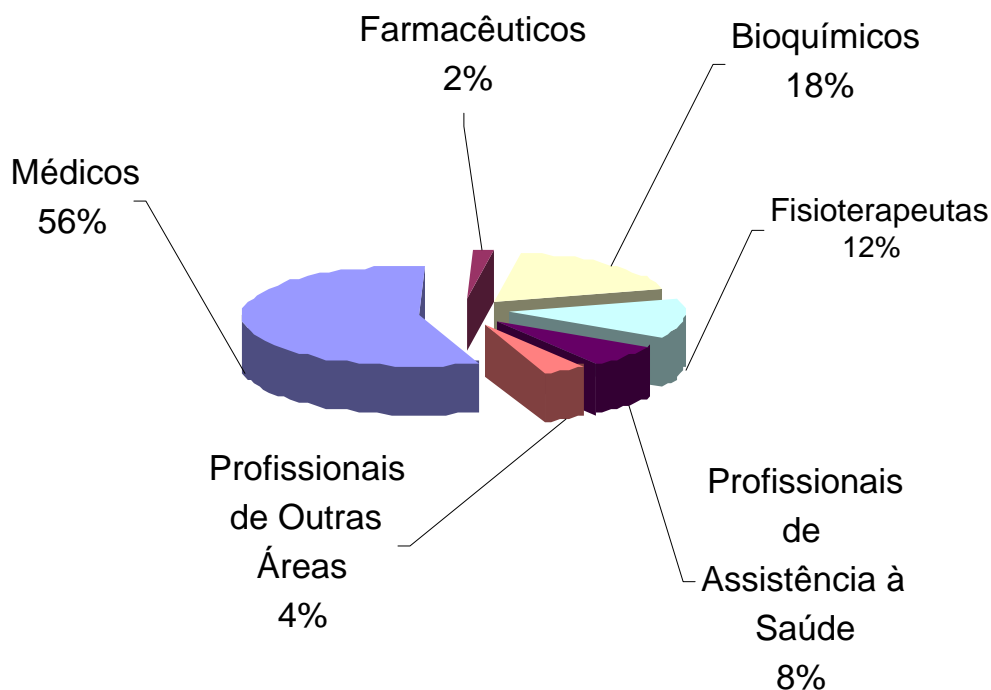


Figura 18 – Distribuição dos Sócios das Empresas por Profissão (2003)
 Fonte: Pesquisa de Campo – Dados das Empresas, 2003.

No caso dos médicos, em algumas empresas, observou-se que alguns desses profissionais para além de exercerem suas atividades médicas assumem, cumulativamente, funções relacionadas à gestão da empresa, especialmente no que se refere à área administrativa e financeira. Nesta dissertação, abstraiu-se tal condição. Os médicos das pequenas empresas foram todos considerados na área da assistência à saúde, seja na condição de sócios, empregados, autônomos ou terceirizados.

Das três categorias de empresas, os laboratórios de análises destacam-se pelo maior nível de ocupação de pessoas, em função de uma das características dessa atividade, que é ser intensiva em mão-de-obra. Entre os profissionais ligados à assistência à saúde, destacam-se os bioquímicos, dos quais: 27,5% estão na

condição de sócios das empresas, 46,5% são empregados, 15,9% são terceirizados e 10,1% autônomos.

Os médicos que trabalham nos Laboratórios de Análises estão distribuídos da seguinte maneira: 63,2% são sócios, 23,6% autônomos, 10,5% empregados e 2,63% terceirizados.

Ainda nesta atividade, é significativo o número de técnicos de laboratórios contratados em todas as empresas, o que representa 34,4% do total. Essa atividade ocupa também número expressivo de pessoas nas áreas administrativas e de apoio, tais como: recepção, faturamento, controle financeiro, serviços gerais, segurança e higiene, o que representa 32,8% do total.

Na categoria das Clínicas Médicas, a ocupação do pessoal de nível superior em relação ao total é de 49,3%. Do total de médicos (158), que atuam nessas clínicas, 24,7% são sócios, 60,2% são autônomos, 9,62% são terceirizados e, apenas 7,69% tem vínculo empregatício.

O exercício da profissão dos médicos apresenta características diferentes das demais da área de saúde, na medida em que atuam em horários variados, em mais de um local de trabalho. Essa diversificação na jornada de trabalho da categoria é o que permite aos médicos atuarem como sócios de uma pequena empresa de atendimento ambulatorial ou laboratorial, serem cooperativados em outra e, ainda possuírem vínculo empregatício em uma terceira instituição pública ou privada. Este estudo identificou que 80% dos médicos trabalham nas Clínicas Médicas e 20% nos Laboratórios de Análises.

Essa forma de atuação dos médicos no mercado de trabalho é objeto de preocupação das entidades de classe (CREMEB, SINDMED e ABM), as quais vêem nessa “diversificada” jornada de trabalho, na busca por uma remuneração compatível com a formação, uma das causas da perda da qualidade de vida dos profissionais. Além disto, pode contribuir diretamente para a queda na qualidade do atendimento aos pacientes.

Quanto à ocupação nas Clínicas Médicas, ao realizar a pesquisa, não foi possível levantar o número de pessoas que trabalham na informalidade nesse segmento. Mas tomou-se conhecimento da existência de uma modalidade de empresa denominada de “clínicas populares”, e que, possivelmente teria algumas unidades sem registro como pessoa jurídica. Para o CREMEB-2003, APÊNDICE B, ainda é difícil identificar através da fiscalização das atividades dos profissionais médicos o número dos que estariam exercendo a profissão na informalidade.

Essa questão do trabalho informal nas clínicas em geral poderá envolver também o pessoal contratado na administração, a exemplo de recepcionistas, telefonistas e auxiliares de serviços gerais, além daqueles que atuam declaradamente na informalidade, realizando o trabalho de “panfletagem” nas imediações das “clínicas populares”, áreas de maior circulação de pessoas no centro da cidade.

A informalidade nesse segmento, como em todos os outros segmentos do setor serviços, apesar de constituir-se em uma estratégia de sobrevivência para aqueles que não conseguem inserir-se no mercado formal de trabalho, produz efeitos negativos, tanto do ponto de vista da impossibilidade de se dimensionar

estatisticamente o número de pessoas ocupadas, quanto pela falta de arrecadação de impostos e encargos sociais para o Município, Estado e União. O que é mais grave, nessa forma de ocupação, é que o trabalho informal representa a precarização total das relações de trabalho.

Como desdobramento do nível de ocupação proporcionado pelas pequenas empresas no segmento de serviços de saúde em Salvador, esta dissertação demonstra em seguida os níveis de remuneração pagas, segundo as categorias de empresas, ao pessoal empregado e aos terceirizados. Informa também, as faixas de rendimento produzidos pela receita bruta e os Impostos Municipais gerados através do ISS.

5.3.2 Remuneração paga pelas Pequenas Empresas de Saúde

Para demonstrar o nível de remuneração paga ao pessoal ocupado nas pequenas empresas de saúde fez-se uma separação entre aqueles contratados com vínculo empregatício e os terceirizados, Tabela 27. As empresas pesquisadas não informaram a renda auferida pelos sócios.

Tabela 27 - Salvador: Distribuição das Pequenas Empresas de Saúde, segundo faixas de Rendimentos Anuais Pagos ao Pessoal Ocupado com Vínculo Empregatício (2003)

Remuneração Anual - (Em R\$ Mil) (*)	Número de Empresas			TOTAL	Distribuição
	Clínicas Médicas	Laboratórios de Análises	Clínicas de Fisioterapia		(%)
Até 50	2	4	4	10	25,00
De 51 a 100	2	4	3	9	22,50
De 101 a 200	5	5		10	25,00
De 201 a 300	3	1		4	10,00
De 301 a 400	3			3	7,50
De 401 a 500				0	0,00
De 501 a 1.000	1	2		3	7,50
Acima de 1.000	1			1	2,50
TOTAL	17	16	7	40	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Dados das Empresas, 2003.

Nota:

(*) Valores correntes de julho de 2003.

Pelo volume das remunerações anuais pagas pelas pequenas empresas, nota-se que as três primeiras faixas de remuneração anual, portanto, as de valores inferiores a R\$ 200 mil/ano, contemplam 72,5% das Clínicas e Laboratórios pesquisados. Somente uma empresa paga uma remuneração anual acima de R\$ 1000 mil.

Na categoria dos Laboratórios de Análises, a que gera maior número de empregos formais para o pessoal de nível médio, foi possível identificar o nível de salário pago por três dessas empresas: a primeira tem um Salário Médio Mensal da ordem R\$ 895, 00, para 13 empregados; a segunda paga da ordem R\$ 833,00 por mês, para um quadro de pessoal total de 15 empregados; e a terceira paga um Salário Médio da ordem de R\$ 750, 00, para um quadro de 4 empregados.

Os valores da remuneração pagos anualmente pelas empresas de saúde, ao pessoal contratado através de pessoas jurídicas (empresas e cooperativas), segundo as faixas valores da Tabela 28, são inferiores aos dos empregados diretos.

Tabela 28 - Salvador: Distribuição das Pequenas Empresas de Saúde, segundo faixas de Rendimentos Anuais Pagas ao Pessoal ocupado terceirizado (2003)

Remuneração Anual - (Em R\$ Mil) (*)	Número de Empresas			TOTAL	Distribuição
	Clínicas Médicas	Laboratórios de Análises	Clínicas de Fisioterapia		(%)
Até 50	1	10		11	47,82
De 51 a 100		5	1	6	26,09
De 101 a 200	2	1		3	13,04
De 201 a 300	1			1	4,35
De 301 a 400	1			1	4,35
De 401 a 500	1			1	4,35
Acima de 500				0	0,00
TOTAL	6	16	1	23	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Dados das Empresas, 2003.

Nota:

(*) Valores correntes de julho de 2003.

Observa-se que 20 empresas, ou seja, 87,2% do total que contrata pessoal nessa modalidade, situam-se nas três primeiras faixas de gastos com pessoal, que vai até R\$ 200 mil/ano. Apenas 3 empresas, ou seja, 13,05 % do total situam-se nas faixas de remuneração pagas entre R\$ 201 mil e R\$ 500 mil/ano.

Sobre a contribuição das empresas para o Município de Salvador, foi possível estimar o quanto estas empresas arrecadam em Imposto Sobre Serviços (ISS), a partir das faixas de arrecadação anual, Tabela 29.

Tabela 29 - Salvador: Pagamento de ISS pelas Clínicas e Laboratórios (2003)

Impostos Anuais (Em R\$ Mil) (*)	Número de Empresas			TOTAL	Distribuição
	Clínicas Médicas	Laboratórios de Análises	Clínicas de Fisioterapia		(%)
Isento	1			1	2,50
Até 50	3	15	6	24	60,00
De 51 a 100	1		1	2	5,00
De 101 a 200	1	3		4	10,00
De 201 a 300	9			9	22,50
TOTAL	15	18	7	40	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo - Dados das Empresas, 2003.

Fonte:

(*) Valores correntes de julho de 2003.

Destaca-se que do total de empresas 67,5% situam-se nas três primeiras faixas de valores que vão até R\$ 100 mil/ano de arrecadação do ISS. Dentre estas, 55,6% são Laboratórios de Análises.

Após analisar o crescimento do setor privado de serviços de saúde em Salvador entre 1990 e 2002, pelo ângulo do número de Clínicas Médicas, Laboratórios de Análises Clínicas e Clínicas de Fisioterapia, foi possível esboçar algumas considerações sobre as causas que teriam determinado essa elevação no referido período:

1) o crescimento do setor privado de serviços de saúde, do ponto de vista mais geral, teria ocorrido em função da incapacidade do Estado em atender às demandas pelos serviços públicos de saúde, seja pela falta de financiamento adequado para investimentos em infra-estrutura, seja para o custeio de medicamentos e materiais. Além disto, a falta de uma remuneração competitiva para os profissionais do setor público vem comprometendo a qualidade do atendimento através do SUS;

2) ficou comprovado que a maioria das empresas de serviços de saúde foi constituída a partir do crescimento da assistência suplementar de saúde e das exigências dos planos e seguros de saúde e das empresas de autogestão, para fins de credenciamento das clínicas e laboratórios;

3) outro motivo identificado é de ordem estratégica. A oferta de especialidades diversificadas em uma mesma Clínica Médica permite a ampliação do número de convênios, além de agregar valor as receitas operacionais. Já os Laboratórios de Análises Clínicas teriam ampliado suas unidades na forma de filiais visando captar um maior número de clientes com a instalação de unidades de coleta de exames em diversos bairros, mas com a análise sendo realizada em uma localidade central. Mais recentemente, os de maior porte vêm desenvolvendo alianças e parcerias com o objetivo de reduzirem seus custos operacionais;

4) comprovou-se, também, que algumas empresas teriam sido constituídas em função das vantagens tributárias para profissionais médicos, na condição de sócios das empresas. Esta opção de atuar no mercado, também vem sendo estimulada cada vez mais pelos grandes e médios hospitais públicos e privados, dentro de um processo cada vez maior de terceirização e flexibilização das relações trabalhistas.

Dentro deste contexto, insere-se também o crescimento das cooperativas de serviços de saúde, as quais agregam profissionais de várias especialidades médicas e de outras áreas da assistência à saúde. Cresceram também as cooperativas voltadas para a gestão de unidades públicas incorporando grande contingente de pessoas das áreas administrativas e de apoio.

Assim, as empresas de serviços privados teriam sido estimuladas por todos esses fatores, além daqueles considerados básicos, que foram os estímulos do próprio Estado ao abrir um espaço próprio para o desenvolvimento do “mercado de serviços de saúde”, seja por recomendações das agências internacionais, seja também pelas pressões das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos de alta tecnologia.

Por outro lado, constatou-se que as pequenas empresas de serviços de Saúde estão fortemente concentradas nas Regiões Administrativas compostas de bairros com população de renda média e alta. As áreas da periferia da cidade, nas quais residem mais da metade da população composta basicamente por pessoas de baixa renda, não apresentam atrativos significativos para esse capital. Estas áreas continuam sendo atendidas por Postos Municipais de Saúde, em que pese a desproporção entre o número de unidades públicas e a população residente.

6 CONCLUSÃO

O sistema de assistência à saúde que se implantou no Brasil a partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como pressuposto constitucional o caráter universal de atendimento à população, colocou para o Estado o desafio de financiar um volume significativo de recursos para dar sustentação ao modelo, em um momento crucial. O Brasil atravessava uma crise econômica brutal, cujas raízes históricas originam-se desde o início do processo de industrialização e de desenvolvimento acelerado, implementado pelo governo de Juscelino Kubitschek, entre 1955 e 1960, com recursos financiados em grande parte diretamente pelo Estado, bem como, através da entrada volumosa de capital estrangeiro para financiar as importações de bens de capital e *know-how*.

Uma outra etapa do processo de desenvolvimento econômico do Brasil, que está relacionada com a crise da década de oitenta, é aquela em que foi implementado o II PND – Plano Nacional de Desenvolvimento durante o regime militar, que tinha como eixo principal a substituição às importações. O II PND, elaborado em 1974, visava colocar a economia brasileira entre as economias desenvolvidas até o final da década, através da projeção de crescimento de 10% a partir daquele ano, e trazia no seu bojo ambicioso projeto de insumos básicos e de investimentos em infra-estrutura. Porém, como tal proposição implicava captação de

recursos externos, teve como conseqüência o aprofundamento do endividamento externo.

A conjuntura nacional e internacional no início da década de 80, marcada pelas elevadas taxas de juros, níveis de endividamento interno e externo crescentes, inflação alta e redução do emprego e da renda, colocou o setor de saúde diante da necessidade de efetuar ajustes, os quais tiveram como foco principal a contenção dos custos. O Estado enfrentava uma crise fiscal de elevadas proporções e a partir daí foi reduzindo cada vez mais o nível de investimentos em saúde pública.

A crise da dívida externa e o monitoramento da economia brasileira pelos organismos internacionais (BIRD, BID e FMI), com vista a garantir o pagamento dos serviços da dívida aos credores internacionais, aceleraram a sangria dos recursos financeiros, o que colocou as políticas sociais e em especial as de saúde em dificuldades para manter o seu financiamento. O quadro recessivo da economia que se instalou desde o final da década de 80 até o início do século XXI, com a obtenção de níveis inexpressivos de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), contribuiu sobremaneira para a crescente queda dos investimentos do Estado em políticas sociais e de saúde.

Com a retração do Estado e sua incapacidade para financiar os serviços públicos de saúde dentro do modelo de assistência universal, caracteriza-se uma situação de falta de investimentos em infraestrutura e em equipamentos tecnologicamente avançados, o que se teria constituído em um dos principais motivos para a queda no nível de atenção à saúde através do SUS.

Aliado a estes aspectos fundamentais, outros fatores subsidiários teriam influenciado na queda da qualidade e do acesso à assistência à saúde: 1) a falta de uma política de recursos humanos, constituída de plano de carreira e remuneração digna para os médicos e outros profissionais da saúde, em níveis compatíveis com os de mercado, teria agravado a situação de atendimento nas unidades públicas; 2) a má gestão dos recursos financeiros, tanto no processo de transferência da União para os estados e municípios, quanto na aplicação dos recursos nas finalidades específicas do setor saúde; e 3) a deterioração dos preços dos procedimentos básicos e de média complexidade, prestados pelo setor privado contratado pelo Estado.

O modelo brasileiro de assistência à saúde, fundamentado na Constituição de 1988, acabou por se constituir em um misto de atendimento público - privado, conjugando o SUS com as empresas contratadas pelo Estado.

Esse modelo resulta, entre outros fatores, da fragilização crescente do setor público de saúde, a um só tempo, prisioneiro do caráter privatista das políticas de saúde nas últimas décadas e das estratégias de competição do mercado de serviços de saúde. (REIS, 1995, p. 106).

O processo que deu origem ao surgimento das empresas médicas, na verdade, vinha sendo estimulado pelo regime militar no Brasil, durante as décadas de 1960 e 1970. Naquele período, o Estado reduzia os gastos com saúde, atendendo “às recomendações” das agências internacionais e ao mesmo tempo estimulava o empresariamento dos próprios médicos.

Mais tarde, nas décadas de 1980 e 1990, o “negócio da saúde” passou a se desenvolver dentro de uma articulação mais ampla entre o Estado, o setor privado da indústria de equipamentos médicos e a indústria farmacêutica multinacional.

Neste contexto, os planos e seguros de saúde, fortemente vinculados a instituições financeiras nacionais e internacionais, juntamente com as empresas de autogestão, desempenharam o papel de “âncoras” para o crescimento das empresas médicas de pequeno, médio e grande porte.

A expansão do setor privado de saúde insere-se no contexto do surgimento de novas atividades empresariais a partir do processo de modernização do país, com o direcionamento de investimentos em tecnologia em todo o setor de serviços. Com o progresso técnico, o “mercado de serviços de saúde” passa a funcionar dentro de uma nova dinâmica do capitalismo mundial, estruturando-se através de estratégias competitivas, com capital intensivo em tecnologia associado ao conhecimento e qualificação dos profissionais de saúde.

Dentro do processo de crescimento do setor privado de serviços de saúde, os planos e seguros de saúde passaram por uma reestruturação a partir da implantação do Plano Real em 1994. Apesar de o segmento ter que se adaptar ao novo quadro de estabilização monetária, os gastos das famílias com assistência à saúde apresentaram crescimento em onze Regiões Metropolitanas do Brasil, entre (1987/1988 e 1995/1996). A participação total desses gastos no orçamento familiar cresceu de 5,31% para 6,50% - uma variação de 22,4%. Deve-se levar em consideração, que esse crescimento foi bastante influenciado pela eliminação do imposto inflacionário após a implantação do Plano Real em 1994, o que produziu efeitos no comportamento da demanda por produtos essenciais tais como alimentação e remédios nas camadas de renda média e baixa.

Também no período compreendido entre (1987/1988 e 1995/1996), registrou-se uma participação expressiva nos gastos com medicamentos no orçamento das famílias das Regiões Metropolitanas, principalmente pelos estratos de renda situados abaixo de seis salários mínimos.

Neste quadro, o crescimento da oferta de serviços privados de saúde ganhou proporções em todas as Regiões brasileiras, guardadas as disparidades de população e renda que marcam as diferentes regiões do país. O nível de participação dos serviços no PIB total do Nordeste registrou índices de crescimento significativos entre 1990 e 2000, mantendo-se acima dos dois setores tradicionais (agropecuário e industrial), durante todo o período. Saúde e Educação, juntos, mantiveram participação crescente no PIB regional, entre 1990 e 1998. Na Bahia, o comportamento do setor serviços foi semelhante ao do Nordeste, mantendo níveis de participação no PIB estadual superiores aos setores tradicionais, durante toda a década de 90.

É possível que esse pequeno declínio na participação do setor serviços no PIB da Bahia a partir de 1998, tenha ocorrido em função das políticas de desenvolvimento que vêm sendo implementadas nos últimos anos pelo Governo do Estado, com foco na atração de indústrias, baseado nos incentivos fiscais, tendo deixado de enfatizar o crescimento real do setor serviços e sua efetiva participação no PIB baiano.

A evolução do segmento de serviços privados de saúde no Nordeste mostra que essa Região situa-se em terceiro lugar em termos do número de empresas em relação às demais regiões brasileiras, participando com 13,65% de um total de 99

575 unidades, de acordo com dados do Brasil (2000b). A Bahia dentro deste contexto é o estado que detém a maior participação em número de empresas, ou seja, 30% do total do Nordeste.

Salvador mostra um crescimento do universo de empresas de 276 em dezembro de 1999 para 1 961 em dezembro de 2002. Neste conjunto, encontram-se as Clínicas Médicas em geral, os Laboratórios de Análises Clínicas e as Clínicas de Fisioterapia. Isto configura intensificação no processo de empresariamento médico na cidade, na medida em que, dos 10.719 profissionais das três categorias registrados nos Conselhos Regionais e domiciliados na capital 33% são sócios de pequenas e médias empresas de serviços de saúde.

É evidente que todo este mercado, que se expandiu na década de 1990, foi muito impulsionado pela “âncora” da assistência suplementar de saúde, através dos planos e seguros de saúde, além das empresas de autogestão. Os valores de remuneração dos honorários médicos, muito acima daqueles pagos pelo SUS, com raras exceções de alguns procedimentos de média e alta complexidade, constituíram-se em fator de atração para os serviços prestados pelas empresas privadas.

Constatou-se que o crescimento do número de empresas médicas em Salvador levou em consideração estratégias de mercado, ao serem ofertadas especialidades diversificadas em uma mesma clínica médica. Isto ampliou o volume de atendimentos e, conseqüentemente, o número de credenciamentos junto aos planos e seguros de saúde propiciando, assim, a elevação do faturamento dos prestadores de serviços médicos.

Comprovou-se também que as vantagens tributárias para os profissionais médicos, na condição de sócios, foram determinantes para a constituição de novas e pequenas empresas de saúde. A arrecadação de impostos municipais e federais pelas empresas, seja uma Sociedade Civil Ltda., seja uma por Cotas de Responsabilidade Ltda., é muito inferior àquela paga por um profissional que atua como pessoa física, seja ele autônomo ou empregado.

A opção pela criação de firmas por profissionais médicos respaldou-se também nas exigências dos grandes hospitais públicos e privados, para a contratação de profissionais da área de saúde, dentro de um processo crescentemente apoiado na terceirização da mão-de-obra. Esta estratégia, utilizada pelas contratantes, funciona como um instrumento de redução de custos dos encargos sociais e trabalhistas. Para os profissionais contratados, as “vantagens” se expressam através da menor carga tributária incidente sobre suas remunerações, em detrimento dos ganhos assegurados pela Legislação Trabalhista (CLT).

A inserção das cooperativas vem ocorrendo tanto no setor privado, quanto no setor público de serviços de saúde. Esse desenvolvimento foi fortemente provocado pela queda do emprego formal na década de 1990 e, também, pelas “vantagens” proporcionadas pela flexibilização nas relações de trabalho, determinadas pelas variáveis: impostos, encargos sociais e trabalhistas.

O processo de instalação de Clínicas e Laboratórios de Análises ocorreu de forma espacialmente concentrada em Salvador, em áreas ou Regiões Administrativas, de acordo com a distribuição espacial das classes de rendas média e alta. Identificou-se, no Capítulo 5, que quase 83% das empresas privadas de

saúde estão concentradas em áreas de baixa densidade populacional e níveis de renda elevados. A localização das pequenas empresas de saúde estaria associada a fatores como: a) maior “*status*” para os profissionais e sócios das empresas; b) acessibilidade e proximidade de outras empresas de serviços de saúde e melhor infra-estrutura dos centros médicos e empresariais, c) proximidade do local de trabalho, já que essas áreas de maior concentração das empresas são também zonas residenciais de classe média e alta.

Por outro lado, onde residem cerca de 57,8% da população de Salvador, o número de empresas é de apenas 17% do total. Essas áreas de baixa renda, na sua maioria localizadas na periferia da cidade, estariam sendo cobertas por 89 postos municipais de saúde, cujo atendimento é proporcionado pelo SUS. Mas evidencia-se uma desproporção muito acentuada na maioria das RA’s pobres, entre o número de habitantes residentes e a quantidade de postos disponibilizados pela Prefeitura Municipal de Salvador, mostrando forte desequilíbrio entre a oferta de serviços públicos e a demanda por serviços de assistência à saúde.

É possível que pequena parcela da população residente em áreas onde a oferta de serviços privados de saúde é baixa, seja beneficiária de planos ou convênios cobertos parcialmente pelas empresas onde trabalham, ou mesmo, tenham acesso a planos de saúde individuais de menor valor. Isto pode levar a um deslocamento desse contingente até as clínicas e laboratórios localizados em áreas de maior poder aquisitivo.

No que se refere ao nível de ocupação nos serviços de saúde, o estudo constatou que as pequenas empresas ocupam 1 121 pessoas. Os Laboratórios de

Análises ocupam 61% das pessoas, as Clínicas Médicas 34% e as Clínicas de Fisioterapia 5% do total. Quanto às áreas de atuação, 65,4% das pessoas estão diretamente ligadas à assistência à saúde e os outros 34,7% estão distribuídos nas áreas de administração e apoio.

Ainda quanto ao nível de ocupação, no que se refere ao tipo de vínculo entre as pessoas e as empresas, 67% do total tem vínculos empregatícios, 12% são terceirizados através de empresas e cooperativas, outros 12% são profissionais autônomos e 9% são profissionais sócios das três categorias de empresas estudadas.

O segmento de serviços de saúde em Salvador obteve expressivo crescimento na década de 90, tanto pelo número de empresas que se instalaram no mercado, como pelo nível de emprego e renda gerados, produzindo sob estes aspectos efeitos positivos no processo de desenvolvimento econômico local. A geração de receita através do Imposto sobre Serviços (ISS) aponta para a importância crescente desse segmento no que se refere a sua participação no conjunto do setor serviços, pela ótica da ocupação e da renda gerada.

No percurso desta dissertação, tentou-se evidenciar os principais fatores que contribuíram para o crescimento do setor privado de serviços de saúde no Brasil e mais especificamente no município de Salvador e quais os impactos na economia local decorrentes desse processo.

A retração do Estado, motivada pelas sucessivas crises da economia brasileira, teria contribuído para a queda da qualidade e do acesso à assistência à

saúde através do setor público (SUS). Por outro lado, o crescimento do setor privado de serviços de saúde foi impulsionado no Brasil a partir das recomendações do BIRD, no sentido de que o Estado deveria promover a articulação com o complexo médico-industrial e os prestadores de serviços, visando o fortalecimento de um modelo baseado no *mix* público-privado, no qual este último seria direcionado para o atendimento das classes de renda média e alta.

Outros fatores determinantes para o crescimento das empresas privadas de serviços de saúde foram: 1) a assistência suplementar, representada pelos os planos e seguros de saúde, juntamente com as empresas de autogestão, as quais jogaram um papel decisivo no processo de atração e de estímulos ao empresariamento médico; e 2) o progresso técnico, o qual direcionou os investimentos intensivos em equipamentos tecnologicamente avançados, associado ao crescente nível de conhecimento científico dos profissionais de saúde.

Quanto aos impactos produzidos pelo crescimento do segmento de serviços privados de saúde na economia de Salvador, demonstrou-se que a geração de emprego e renda caracterizam o setor saúde como intensivo em tecnologia e mão-de-obra, na medida em que o nível de ocupação em saúde no setor serviços apresentou elevação significativa no período entre 1990 e 2002.

Concluindo, esta dissertação apresentou subsídios para o aprofundamento de algumas questões que poderão constituir-se em ponto de partida para novas investigações sobre o segmento de serviços de saúde, a exemplo de uma pesquisa comparada entre o setor privado de serviços de saúde em Salvador e uma outra capital do Nordeste que venha demonstrando evolução neste segmento. Outra

vertente a ser analisada com maiores detalhes, tanto do ponto de vista demográfico, quanto sócioeconômico, em relação aos fatores locacionais das pequenas empresas de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Francisco. **Desenvolvimento local e distribuição do progresso técnico**: uma resposta às exigências do ajuste estrutural. Fortaleza: BNB, 1998.

ALMEIDA, Célia. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**; panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: IPEA, 1998.

ALMEIDA, Paulo Henrique de. Passado e futuro dos serviços: o caso da RMS. **Bahia Análise & Dados**, Salvador, v.10, n.1, 2000.

_____. **Programa de inovação em áreas estratégicas para o Estado da Bahia**: complexo de saúde. Salvador: Secretaria do Planejamento, Ciência e Tecnologia - CADCT, 2000.

ALTHUSSER, Louis. **Aparelho ideológico de Estado**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

ARAÚJO, José Duarte. **Aspectos econômicos da Saúde**. Salvador: Ufba, 1973.

ASHEB - ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Informações preliminares sobre saúde na Bahia**. Salvador, 2001.

BAHIA. Secretaria de Planejamento, Ciência e Tecnologia. Superintendência de Estudos Sociais e Econômicos. **Produto interno bruto e per capita**: índices e taxas de crescimento - 1975-2002. Disponível em: <<http://www.sei.ba.org.br>>. Acesso em: 29 jul. 2003.

BANCO DO NORDESTE. **Manual auxiliar operações de crédito**. Classificação de mutuários. Fortaleza: ETENE/BNB, 2003.

_____. **Os serviços no nordeste brasileiro**: emprego e renda – 1985 – 1995. Fortaleza: ETENE/BNB, 1997.

_____. **O setor de serviços de saúde nos Estados de Pernambuco e Piauí**. Fortaleza: ETENE/BNB, 1997.

BARBOSA, Jenny Dantas; TEIXEIRA, Rivanda Meira. O estado da arte em pesquisa sobre pequenas empresas e empreendedores no Nordeste. **Revista Econômica do Nordeste**, Fortaleza, v.33, n.1, p.15-17, 1999.

BARBOSA, Pedro Ribeiro. (Coord.). PORTELA, Margareth Crisóstomo. **Hospitais filantrópicos no Brasil**. Rio de Janeiro: BNDES, 2002.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1979.

BARROS, Maria Elizabeth; PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães. **Políticas de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas**. Brasília: IPEA, 1996. (Texto para Discussão, n. 401).

BENKO, Georges. **Economia, espaço e globalização: na aurora do século XXI**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

BOBBIO, Norberto. **Dicionário de política**. 6. ed. Brasília: Editora da Universidade de Brasília. 1994.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL, Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal. **Regulamento do imposto de renda pessoa Jurídica**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. Brasília: IPEA, 2002.

_____. _____. **Anexo estatístico**. Brasília: IPEA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parâmetros assistenciais do SUS**. Portaria nº. 1101/GM de 12 de junho de 2002. Brasília, 2002.

_____. _____. **Portaria n.º 2048/GM de 5 de novembro de 2002**. Disponível em: <http://www.oph.com.br/2002/p2048_cap5.asp>. Acesso em: 23 jan. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Estudo epidemiológico brasileiro sobre terapia renal substitutiva: versão preliminar**. Brasília, 2002.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Informações Regionais do TEM**. Fortaleza: Disponível em: <<http://www.mtefor.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2003a.

_____. _____. **Rais – Relação Anual de Informações Sociais**. Brasília: Disponível em: <<http://www.mte.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2003b.

CASAROTTO, Filho Nelson; PIRES, Luiz Henrique. **Redes de pequenas e médias empresas e desenvolvimento local: estratégias para a conquista da competitividade global com base na experiência italiana**. São Paulo: Atlas, 1998.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede: a era da informação: economia, sociedade e cultura**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Serviços – especialidades reconhecidas**. Rio de Janeiro: Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/especialidades/especialidades.asp?portal=>>. Acesso em: 22 jan. 2004.

COFFITO. São Paulo, n. 19, jun. 2003.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CREFITO – CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA. **Dados cadastrais:** banco de dados de pessoas jurídicas. Salvador, 2002. Listagem impressa pelo Conselho.

CREMEB - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. **Dados cadastrais:** banco de dados de pessoas jurídicas. Salvador, 2002. Listagem impressa pelo Conselho.

CRF - CONSELHO REGIONAL FÁRMACIA. **Dados cadastrais:** banco de dados de pessoas jurídicas. Salvador, 2002. Listagem impressa pelo Conselho.

CRUZ, Paulo Davidoff. **Dívida externa e política econômica: a experiência brasileira nos anos setenta.** São Paulo: Brasiliense, 1984.

DRUCKER, Peter Ferdinand. **Administração de organizações sem fins lucrativos: princípios e práticas.** São Paulo: Pioneira, 1997.

FERNANDES, Antonio Luiz de Carvalho; GARCIA, José Rubenval (Coord.). **Perfil dos hospitais: uma avaliação no contexto do mercado de saúde da Bahia.** Salvador: ASHEB, 2002.

FILGUEIRAS, Luiz. **Da substituição de importações ao consenso de Washington.** Reflexões de economistas baianos. Salvador: Corecon, 2001.

GAZETA MERCANTIL. Gazeta da Bahia. Especial Saúde. São Paulo, p.6, 31 ago. 2000.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite; GIRARDI JR., João Batista. **Formas institucionais da terceirização de serviços em hospitais da Região Sudeste do Brasil: um estudo exploratório.** Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/FITSHRSP.htm>>. Acesso em: 16 out. 2003.

GUIMARÃES, Nadya Araujo. **Trajetórias de sobreviventes no mercado de trabalho da Região Metropolitana de Salvador.** Salvador: SEI, 2003.

HAUKNES, Johan. **Services in innovation – innovation in services, SI4S final report to the European Commission, DG XII, TSER programme.** Oslo: Step Group, 1998. Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/26/52/18271114.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2004.

HAUKNES, Johan. **Knowledge intensive services: what is their role?** Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/26/50/1826989.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2004.

IBGE – Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 26 out. 2002.

IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **Políticas sociais: acompanhamento e análise.** Sistema Integrado de Dados Orçamentários – Sidor. Brasília, 2002.

IPEADATA. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br>>. Acesso em: 09 set. 2003.

KUPFER, David; HASENCLEVER, Lia. (Org.). **Economia industrial: fundamentos teóricos e práticos no Brasil.** Rio de Janeiro: Campus, 2002.

LABINI, Paolo Sylos. **Oligopólio e progresso técnico.** São Paulo: Abril, 1984. (Os Economistas).

MARSHALL, Alfred. **Princípios de economia.** São Paulo: Abril, 1984. (Os Economistas).

MEDICI, André Cezar. **Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde.** Brasília: IPEA, 1995.

MEDICI, André Cezar. **Carga tributária e gastos sociais no Brasil.** Gasto social: estado e setor privado. São Paulo: Fundap, 1991.

_____. **Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras.** Planejamento e políticas públicas. Brasília: IPEA, 1990.

_____. **Perfil da saúde no Brasil.** Brasília: IPEA, 1997.

MEDICI, André Cezar; OLIVEIRA, Francisco E.B. de. **Considerações sobre o sucateamento da rede pública e privada de saúde.** Brasília: IPEA, 1992.

MEDICI, André Cesar; OLIVEIRA, Francisco E. B. de. **A política de saúde no Brasil: subsídios para uma reforma.** Brasília: IPEA, 1991.

MELAMED, Clarice. **Estrutura tributária, gasto social e financiamento da saúde pública no Brasil – Anos 90.** 2000. 225f. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia da Universidade Federal, Rio de Janeiro, 2000.

MICHIGAN STATE UNIVERSITY. **Economic impact concepts and methods.** EUA. Disponível em: <<http://www.msu.edu/course/prr/840/econimpact/into.htm>>. Acesso em: 2 abr. 2002.

MOREIRA, Terezinha. **Políticas sociais e setor privado: avaliação e propostas para os anos 90.** Brasília: Fundap, 1991.

NÚCLEO PELA EXCELÊNCIA EM SAÚDE - NES. **Perfil dos hospitais: uma avaliação no contexto do mercado de saúde da Bahia.** Salvador: AHSEB, 2002.

OCEB – ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS DO ESTADO DA BAHIA. **Dados cadastrais: banco de dados de pessoas jurídicas.** Salvador, 2002. Listagem impressa pela instituição.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (Org.). **Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde.** Brasília: IPEA, 1995.

PIOLA, Sérgio Francisco (Coord.); VIANNA, Solon Magalhães; CONSUELO, David Vivas. **Tendências do sistema de saúde brasileiro.** Brasília: IPEA, 2001.

PORTER, Michael E. **Estratégia competitiva.** Técnicas para análise de indústrias e da concorrência. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR. **Regiões administrativas.** Salvador: SEPLAM/FMLF, 2003.

_____. Secretaria Municipal do Planejamento, Urbanismo e Meio Ambiente. Coordenadoria Central de Planejamento e Desenvolvimento Urbano. **As finanças públicas de Salvador.** Salvador, 2002.

_____. _____. **Saúde em Salvador: diagnóstico, cenarizações e diretrizes.** Salvador, 2001.

_____. _____. **Salvador dinâmica: a economia soteropolitana pela ótica da ocupação.** Salvador, 2001.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Regulação e Avaliação. **Rede própria, por distrito sanitário e serviço prestado em Salvador, 2003.** Salvador, 2003.

PROAHSA – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistema de Saúde do Hospital das Clínicas. **Boletim de Indicadores**, publicação da Faculdade de Medicina da USP e da Escola de Administração de Empresas da FGV, São Paulo, v.6, n.28, out./dez. 2002.

RAMOS, Carlos Alberto. Aspectos Distributivos do Gasto Público na Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas: PPP**, Brasília, n. 24, dez. 2001.

RATTNER, Henrique. **Administração gerencial para um Novo Estado: crise do Estado e desafios contemporâneos.** Brasília: ENAP, 1997.

_____. Comércio e desenvolvimento nas sociedades contemporâneas. **Revista Politécnica**, Brasília, n. 212-213, set. 1994.

_____. **Impactos sociais da automação: o caso do Japão.** São Paulo: Nobel, 1988.

_____. **Pequena e média empresa no Brasil: 1963/1976.** São Paulo: Símbolo, 1979.

REIS, Carlos Octávio Ockê. **O setor privado em saúde no Brasil: os limites da Autonomia.** 1995. 114f. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

REIS, Carlos Octávio Ockê; SILVEIRA, Fernando Goiger; ANDREAZZI, Maria de Fátima Silianky. **Avaliação dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde.** Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

ROLIM, Francisco Sales Cartaxo; MELO, Lúcia C. Pinto. **O setor de serviços de saúde nos estados de Pernambuco e Piauí.** Fortaleza: BNB, 2000.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** Petrópolis: Vozes, 1983.

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL. Tabela de imposto de renda pessoa física. **Gazeta Mercantil**, 29 jan. 2004.

SEI. Disponível em: <<http://www.sei.ba.gov.br>>. Acesso em: 28 jul. 2003.

SELLTIZ, Clarie. **Métodos de pesquisa nas relações sociais.** 2. ed. São Paulo: Herder, 1972.

SESCOOP - SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM DO COOPERATIVISMO. **Orientação para constituição de cooperativas, conforme a nomenclatura do sistema . OCB.** 8. ed. rev. e amp. Brasília, 2001.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico.** 20. ed. rev. e amp. São Paulo: Cortez, 1996.

SCHUMPETER, Joseph Alois. **Teoria do desenvolvimento econômico: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico.** São Paulo: Abril Cultural, 1982.

SINGER, Paul. **A Crise do “Milagre”:** interpretação crítica da economia brasileira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO. Departamento de Medicina Física e Reabilitação da Associação Médica Brasileira. **Critérios para autorização e remuneração de fisioterapia em convênios.** São Paulo, 1997.

SOLOMON, S. **A grande importância da pequena empresa: a pequena empresa nos Estados Unidos, no Brasil e no Mundo.** Rio de Janeiro: Nórdica, 1989.

SOUZA, Ângela Gordilho. **Limites do habitar: segregação e exclusão na configuração urbana contemporânea de Salvador e perspectivas no final do século XX.** Salvador: EDUFBA, 2000.

SOUZA, Antonio Lober Ferreira de. **Vocabulário conceituado de seguros/técnicos de seguros.** Rio de Janeiro: FUNENSEG, 1996.

STEINDL, Josef. **Pequeno e grande capital: problemas econômicos do tamanho das empresas – com o Post-Scriptum de 1972.** São Paulo: Hucitec, 1990.

TAVARES, Maria da Conceição; FIORI, José Luís. **(Des) Ajuste global e modernização conservadora.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

VIANNA, Solon Magalhães. **Evolução e perspectivas da pesquisa em economia da saúde no Brasil**. Brasília: IPEA, 1998.

VIANNA, Solon Magalhães. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; IPEA, 2001.

YOU, Jong-II. Small firms in economic theory. **Cambridge Journal of Economics**, England, n. 47, p. 35-39, 1995.

ZAEYEN, Adriane; SILVA, Antonio Braz Oliveira e; SOBRAL, Carlos Cesar Bittencourt. et al. **Economia política da saúde**: uma perspectiva quantitativa. Brasília: IPEA, 1995. (Textos para Discussão, n. 370).