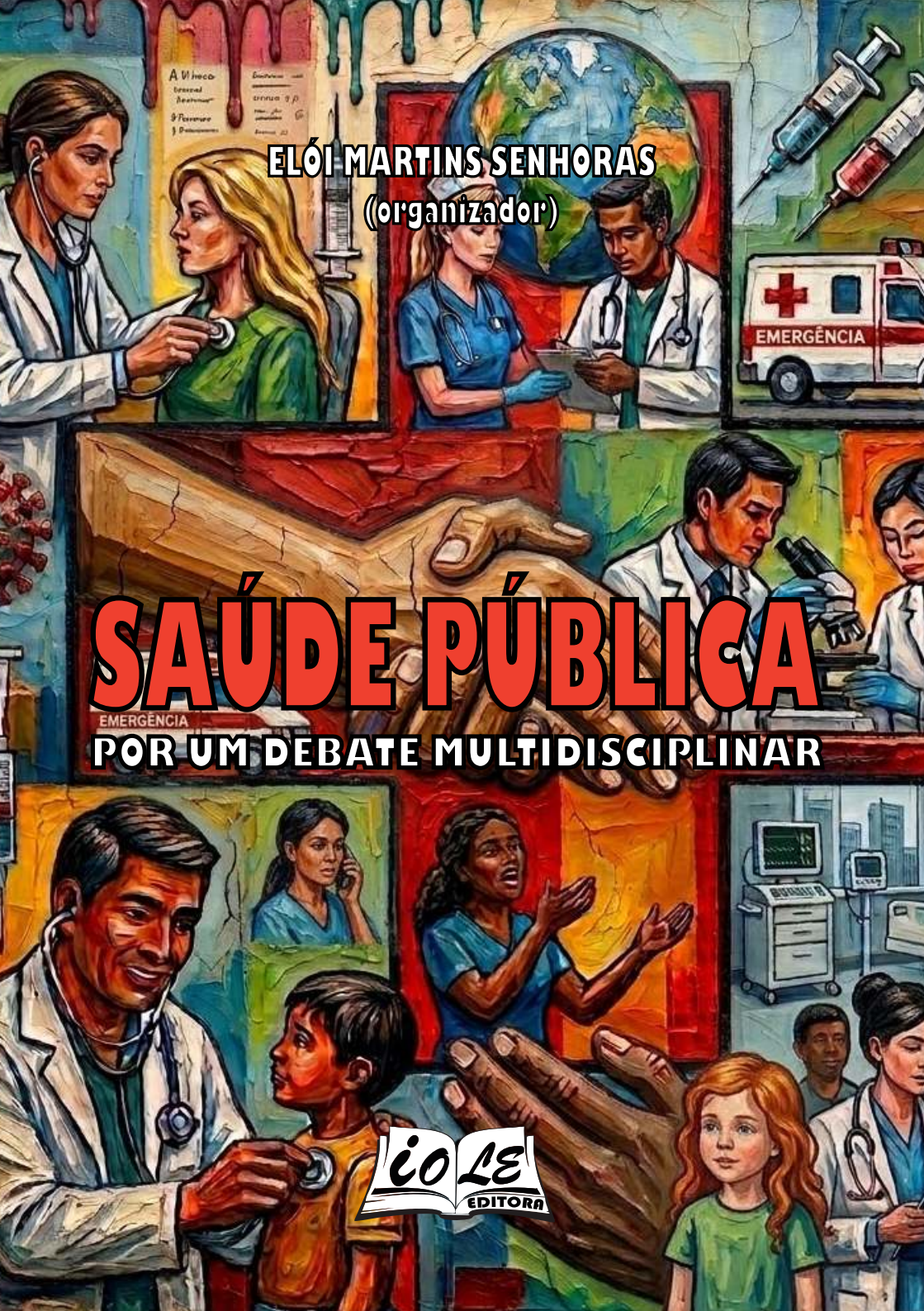
ELÓI MARTINS SENHORAS
(organizador)

# SAÚDE PÚBLICA

## POR UM DEBATE MULTIDISCIPLINAR




EDITORA

# SAÚDE PÚBLICA

***Por um Olhar Multidisciplinar***

# SAÚDE PÚBLICA

## *Por um Olhar Multidisciplinar*

**ELÓI MARTINS SENHORAS**
**(organizador)**

BOA VISTA/RR
2026

**Editora IOLE**

Todos os direitos reservados.
A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação dos direitos autorais (Lei n. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.




EXPEDIENTE

Revisão
Elói Martins Senhoras
Geane Ribeiro Silva Monteiro

Capa
Alokike Gael Chloe Hounkonnou
Elói Martins Senhoras

Projeto Gráfico e Diagramação
Elói Martins Senhoras
Balbina Líbia de Souza Santos

Conselho Editorial
Abigail Pascoal dos Santos
Charles Pennaforte
Claudete de Castro Silva Vitte
Elói Martins Senhoras
Fabiano de Araújo Moreira
Julio Burdman
Marcos Antônio Fávaro Martins
Rozane Pereira Ignácio
Patrícia Nasser de Carvalho
Simone Rodrigues Batista Mendes
Vitor Stuart Gabriel de Pieri

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO (CIP)

Se77 SENHORAS, Elói Martins.

Saúde Pública: Por um Olhar Multidisciplinar. Boa Vista: Editora IOLE, 2026.

Série: Saúde. Editor: Elói Martins Senhoras.

ISBN: 978-65-977111-6-1

1 - Brasil. 2 - Estudos de Caso. 3 - Multidisciplinaridade. 4 - Saúde. 5 - Saúde Pública.
I - Título. II - Senhoras, Elói Martins. III - Saúde. IV - Série

CDD–614

A exatidão das informações, conceitos e opiniões é de exclusiva responsabilidade dos autores.
O presente livro contou com avaliação às cegas no sistema double-blind-review.



# EDITORIAL

A editora IOLE tem o objetivo de divulgar a produção de trabalhos intelectuais que tenham qualidade e relevância social, científica ou didática em distintas áreas do conhecimento e direcionadas para um amplo público de leitores com diferentes interesses.

As publicações da editora IOLE têm o intuito de trazer contribuições para o avanço da reflexão e das práxis em diferentes áreas do pensamento e para a consolidação de uma comunidade de autores comprometida com a pluralidade do pensamento e com uma crescente institucionalização dos debates.

O conteúdo produzido e divulgado neste livro é de inteira responsabilidade dos autores em termos de forma, correção e confiabilidade, não representando discurso oficial da editora IOLE, a qual é responsável exclusivamente pela editoração, publicação e divulgação da obra.

Concebido para ser um material com alta capilarização para seu potencial público leitor, o presente livro da editora IOLE é publicado nos formatos impresso e eletrônico a fim de propiciar a democratização do conhecimento por meio do livre acesso e divulgação das obras.

*Prof. Dr. Elói Martins Senhoras*

(Editor Chefe)

Copyright © Editora IOLE
2026

# CAPÍTULO 3

*A Territorialidade da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde: A Difusão das Clínicas Médicas Populares na Região Metropolitana de Belém (PA)*

# A TERRITORIALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A DIFUSÃO DAS CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM (PA)[1]

*Claudiana Viana Godoy*[2]

*Gilberto de Miranda Rocha*[3]

Este capítulo trata sobre a difusão das clínicas médicas populares nos municípios da Região Metropolitana de Belém (RMB), os quais têm experimentado um relevante crescimento no setor de saúde privada nos últimos 20 anos, buscando-se uma compreensão deste fenômeno, através da investigação da rede de ABS do SUS em um cenário de desarticulação, proposto nas atualizações da PNAB, estimuladas pela política de redução dos investimentos direcionados à saúde pública, bem como pela diminuição do mercado de saúde suplementar no país, incitado pelas crises econômica, política e sanitária, eventos os quais parecem ter beneficiado os processos de propagação e de permanência destas empresas.

Essa pesquisa foi realizada, através da revisão teórica de leis, de decretos e de normatizações do SUS, que incluíram documentos, como: a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo IBGE,

[1] A presente pesquisa contou com o apoio institucional da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

[2] Professora da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Doutora em Geografia Humana pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: claudiana.v.godoy@uepa.br

[3] Professor da Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutor em Geografia Humana pela Universidade de São Paulo (USP). E-mail para contato: gilrocha@ufpa.br

em 2019; a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2012 e de 2017; e as portarias nº 2.539/2019 e nº 397/2020, responsáveis pelas recentes atualizações das políticas de saúde (IBGE, 2020; BRASIL, 2012; 2017, 2019; 2020).

A pesquisa sobre a expansão territorial das clínicas populares foi elaborada, através de dados fornecidos pelo sistema DATASUS-CNES (BRASIL, 2008), atualizados com o auxílio do *Google Maps*, e a checagem destas informações foi realizada por trabalhos remotos e por subsequentes saídas de campo, com a aplicação de questionários semiestruturados a funcionários e a gestores das instituições aqui enfocadas, constituídos de indagações sobre a classificação econômica dos estabelecimentos. Os questionários foram aplicados presencialmente nas 64 clínicas situadas em Belém e de forma virtual nas 55 clínicas situadas nos demais municípios da RMB.

Nesse caminho, a primeira sessão do capítulo abordou o cenário da saúde pública na RMB, com base em informações sobre a concentração e a fragmentação da rede de ABS, constituída pelas UBS e pelas ESF. A presença das clínicas médicas populares foi contextualizada mediante a amplificação e a consolidação nas duas últimas décadas, eventos discutidos na segunda parte do capítulo, que se embasa em levantamentos de dados sobre o setor, que atua em um nicho de mercado encarregado do atendimento às demandas reprimidas do SUS, principalmente do coletivo assistido precariamente nos níveis de baixa e de média complexidades do sistema público de saúde.

## A TERRITORIALIDADE PRECÁRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE PRIVADA POPULAR

Para uma melhor compreensão da rede de AB, é necessário observar que o SUS é um sistema de saúde público, apoiado em um

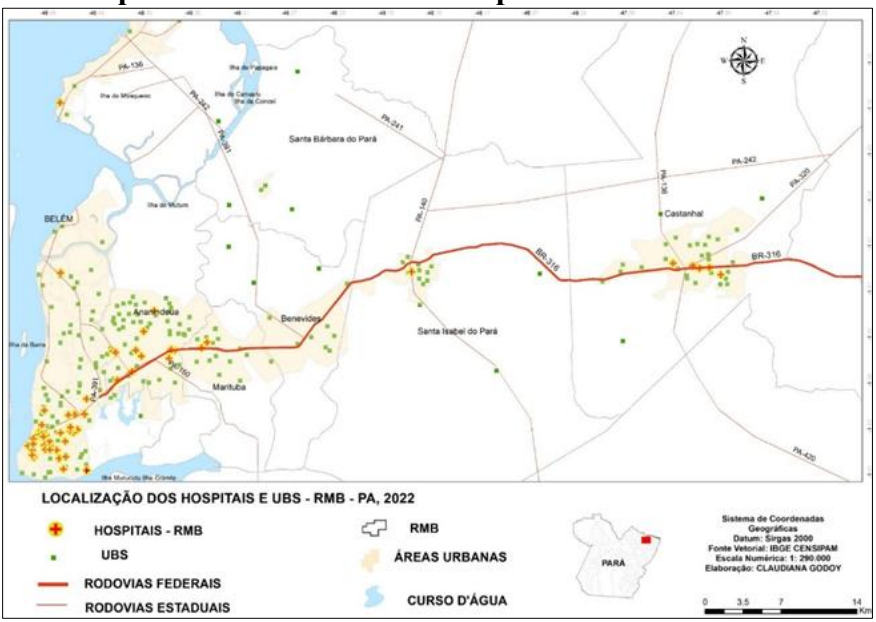
planejamento territorial descentralizado e fundamentado em princípios de acesso à saúde de formas universal, igualitária e gratuita em todo o território nacional, em que os serviços de alta e de média complexidades se concentram em áreas mais adensadas, enquanto a atenção primária está presente em toda a extensão do país, visto que o acesso à saúde especializada tem a atenção básica como porta de entrada (BRASIL, 2017).

Desde a criação do SUS e a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2012, havia a utilização das expressões Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica à Saúde (ABS) — ambas empregadas nesta pesquisa —, as quais foram consideradas equivalentes, após a publicação da Portaria nº 397/2020, que atualizou a PNAB, sendo conceituadas da seguinte forma: conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e de gestão qualificada, realizadas com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012; 2020; 2017).

No cenário da saúde pública, a atenção básica está presente em todos os municípios da RMB, e o CNES apontou registros significativos sobre a disposição de serviços de atenção primária e de alta complexidade, os quais, diferentemente da ABS, não são disponibilizados em todos os municípios metropolitanos, a exemplo da cidade de Belém, que apresenta a maior concentração de serviços de saúde do estado, com 42 hospitais em funcionamento, sendo 24 privados e 18 públicos, enquanto os demais municípios metropolitanos contam com 18 hospitais, sendo 12 privados e seis públicos (BRASIL, 2020; 2022). De acordo com os mesmos registros, a segunda maior concentração se encontra no município de

Ananindeua (dez), seguida de Castanhal (cinco), de Marituba (dois) e de Santa Isabel do Pará (um). Na contramão, os municípios de Benevides e de Santa Bárbara do Pará não dispõem de estabelecimentos hospitalares. Quanto à atenção primária, foram contabilizadas, até julho de 2022, 209 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 78 UBS localizadas na capital do estado, 52 em Ananindeua, 33 em Castanhal, 15 em Marituba e em Santa Isabel do Pará, 11 em Benevides e cinco em Santa Barbará do Pará. A localização dos hospitais e das UBS está representada no mapa da Figura 1.

**Figura 1 – Mapa de localização dos hospitais e das UBS nos munícipios da RMB em 2022**




Fonte: Elaboração própria. Base de dados: IBGE (2010) e DATASUS-CNES (2022).

A concentração de serviços hospitalares e de UBS é superior nas áreas de maior adensamento urbano da RMB, situação pode ser mais bem compreendida no estudo de Faria (2020), que relaciona a aglomeração de serviços de saúde à localização de melhores recursos, os quais "[...] obedecem aos princípios fundamentais da resolutividade e da economia de escala, sendo tanto mais concentrados quanto mais especializados". Em concordância com este princípio de posicionamento dos bens sociais de saúde, verifica-se, na representação da Figura 1, que as áreas de grandes concentrações urbanas centralizam os maiores volumes de serviços de alta complexidade e de atenção primária, principalmente a capital do Pará, que conta com um maior número de hospitais, sediando 70% dos 60 estabelecimentos de saúde da RMB (BRASIL, 2022). A aglutinação dos serviços especializados de saúde também se reflete nos serviços de atenção primária, pois mais de 63% das UBS da RMB estão concentradas nas cidades de Belém e de Ananindeua (BRASIL, 2022), ao passo que a presença de hospitais e de UBS é mais rarefeita nos municípios de Marituba, de Benevides, de Santa Barbará do Pará e de Santa Isabel do Pará, ainda que Castanhal, embora o município mais distante entre os que constituem a RMB, possua a terceira maior concentração hospitalar e de serviços de atenção primária de toda a região (Figura 1).

Para melhor apreender a atuação territorial dos serviços públicos de atenção básica e o espraiamento das clínicas médicas privadas na RMB, foi relevante abordar o funcionamento territorial do projeto social da ESF do SUS, pois, de acordo com a PNAB-2012, a rede de ABS era constituída pela junção das UBS às unidades de ESF — formada, esta, pelo conjunto de profissionais que compõe as Equipes de Saúde da Família (eSF), com atuação em territórios adscritos à APS, ou seja, o limite de abrangência das UBS se dá nos locais de residência das populações assistidas por estas unidades de saúde. As UBS são consideradas as portas de entrada do SUS para o atendimento inicial desta população; nesse sentido, foi constatado, a

partir dos registros do CNES, que os munícipios da RMB dispuseram, até março de 2020, de um total de 329 eSF, com o maior número de equipes alocado no munícipio de Ananindeua (116), seguido de Belém (94), de Castanhal (49), de Benevides (24), de Marituba (22), de Santa Isabel do Pará (18) e de Santa Barbará do Pará (seis) (BRASIL, 2022).

Embora os registros do CNES recomendem a essencialidade da atuação das ESF, junto às UBS, esse cenário vem passando por alterações, após a atualização da PNAB-2012, em 2017, e o estabelecimento da Portaria nº 2.539/2019, que trouxe mudanças significativas à gestão e ao financiamento da atenção primária, ocasionando reduções e desarticulações nas equipes multiprofissionais de atenção primária, em razão das indicações de exclusão ou dispensabilidade de alguns profissionais essenciais às ESF, além da não exigência do preenchimento dos dados das eSF, junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o qual teve sua última atualização em março de 2020, no início da situação pandêmica no país. A PNAB de 2012 recomendava a composição mínima das eSF em equipes multiprofissionais, compostas por: médicos e enfermeiros, ambos generalistas ou especialistas em saúde da família e/ou da comunidade; auxiliares ou técnicos em enfermagem; e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo-se acrescentar, a esta composição, profissionais de saúde bucal (cirurgiões-dentistas generalistas ou especialistas em saúde da família e auxiliares e/ou técnicos em saúde bucal), mas a atualização da PNAB de 2017 reduziu as equipes para: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, dispensando agentes comunitários de saúde e endemias e profissionais de saúde bucal, e a última revisão da PNAB, feita em 2019, reduziu ainda mais o quadro de profissionais das equipes, constituídas, agora, apenas por médicos e por enfermeiros, não sendo obrigatória a especialização destes em medicina da família e/ou da comunidade, dispensando a

necessidade da presença de uma equipe multiprofissional nas UBS (BRASIL, 2012; 2019; 2017).

A desarticulação e a descontinuidade da atenção básica, enquanto rede preferencial e porta de entrada do SUS, foi tratada, por Faria (2020, p. 4525), como um modelo econômico institucional inviabilizado, em razão de o projeto socioterritorial da ABS — ser a porta de entrada do SUS — não ter se completado. Frise-se que esta não consolidação do tipo territorial da atenção básica não se completou, em consequência do contexto de crise político-institucional, responsável pela diminuição da responsabilidade do Estado, motivo pelo qual o autor o considera um processo de desterritorialização do SUS. Na concepção de Haesbaert (2011), o projeto territorial civilizatório da modernidade não possui base territorial definida e, nesse sentido, a "[...] desterritorialização seria da própria natureza e essência da acumulação do capital, sem ligação com uma pátria", logo o debate sobre a desterritorialização deveria priorizar a leitura crítica da crescente exclusão (ou inclusão precária), promovida pelo capitalismo contemporâneo (p. 150; 312). Tal redução do Estado representa a habitual dispensabilidade das políticas territoriais, observada principalmente nas alterações na atenção básica, com as mudanças na PNAB-2012, a partir das portarias publicadas em 2017 e nos anos posteriores, que resultaram na diminuição e no desaparelhamento da ESF, estabelecendo um projeto de ABS inacabado e/ou desterritorializado.

Não se poderia deixar de mencionar as consequências das crises econômica e sanitária vivenciadas no país, em decorrência da pandemia do Coronavírus, responsável pela queda do número de empregos formais e as consequentes perdas no setor de saúde suplementar. Quanto a isto, o relatório de um estudo realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2022) entre março de 2017 e agosto de 2020 destacou que cerca de 4,3 milhões de brasileiros perderam a cobertura dos planos de saúde privados nos

últimos seis anos, reduzindo o total de conveniados de 50,5 milhões, em 2014, para 46,6 milhões, em 2020. Em dezembro de 2014, o IBGE registrou a mais baixa taxa de desemprego na série histórica do país (4,3% — cerca de 1,17 milhão de pessoas), o que representava mais de 95% da população ocupada (IBGE, 2014). Porém, no mesmo período do ano de 2020, menos de um ano após as anotações dos primeiros casos de contaminação pelo novo vírus, foi registrado um total de 14,4 milhões de pessoas desempregadas (ou 14,4% da população economicamente ativa), o que possivelmente seja uma das explicações para a diminuição do número de contratações de planos de saúde no país, visto que a maior parte dos convênios particulares é vinculada a coberturas de funcionários de grupos empresariais (IBGE, 2022; BRASIL, 2018).

No estado do Pará, a cobertura de planos médico-hospitalares tinha 839 mil beneficiários no segundo semestre de 2022 (10,73% da população do estado); isso significa que, dos 8,7 milhões de paraenses, cerca de 7,9 milhões ainda dependiam diretamente do atendimento do SUS BRASIL, 2022; 2012, IBGE, 2010). O impacto é ainda maior, quando observamos o rendimento mensal *per capita* dos paraenses em 2021, que era de 847 reais (abaixo da média nacional, de 1.353 reais), situação que indica uma maior vinculação aos serviços públicos de saúde (IBGE, 2021). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) constatou que 76,2% das pessoas que ficaram internadas por 24 horas ou mais na Região Norte realizaram este atendimento pelo SUS, e esta circunstância foi ainda mais visível, quando se considerou a relação entre rendimento domiciliar e o uso do sistema público de saúde, que é ocupado por 95% das pessoas com renda de até ¼ do salário mínimo e 89,8% das pessoas que recebem até ½ salário mínimo, enquanto apenas 6,8% das pessoas com renda domiciliar de mais de cinco salários mínimos foi internada pelo SUS no país, em 2019 (BRASIL, 2012).

Em contrapartida, o mercado se favorece do modelo político-econômico neoliberal de redução de responsabilidades com gastos sociais, que, consequentemente, ficam a cargo da iniciativa privada, a qual se beneficia de brechas ou nichos prósperos e extremamente rentáveis, como o do setor de saúde, hoje e pelos próximos 20 anos, provavelmente, se levarmos em consideração a atuação da Proposta de Emenda à Constituição nº 55, de 2016 (a PEC do Teto dos Gastos Públicos), responsável pelo congelamento de investimento neste setor (BRASIL, 2016). Do ponto de vista de Faria (2020, p. 4527), essa emeda constitucional, além de pôr em risco o financiamento do SUS, que, mesmo com a vinculação de receitas, já era subfinanciado, faz com que este passe por um processo de desmonte.

Na concepção de Santos (2012, p. 124-125), a maioria da população considera a saúde um bem público, mas que se obtém privadamente: "A verdade é que muitos bens produzidos de forma pública e com o dinheiro público são apropriados privativamente". Nesse cenário desfavorável à população economicamente menos privilegiada, resta ao setor privado o preenchimento das lacunas deixadas pelo processo de desmonte do SUS, que ainda pode ser beneficiado com linhas de crédito de bancos estatais a juros baixos, a partir do que se entendem o surgimento e a expansão dos estabelecimentos de saúde privados nos municípios da RMB — as chamadas clínicas médicas populares —, cujos papéis podem ser discutidos, tendo estes vieses como pontos de partida, assim como a assistência prestada pela rede de atenção básica pública.

## A TERRITORIALIDADE DAS CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES NA RMB

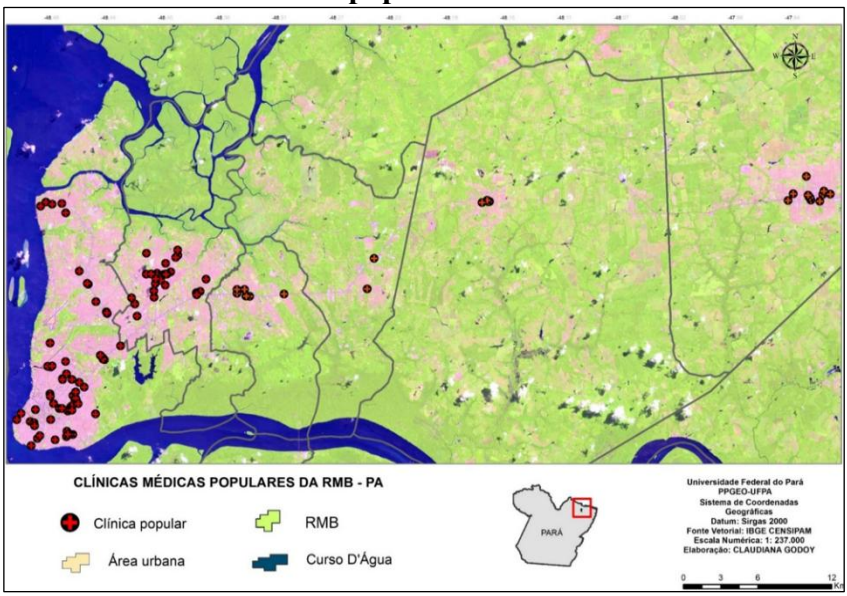
As clínicas médicas populares abordadas neste estudo foram assim definidas pelo CFM (2018), de acordo com a Resolução nº

2.170/2017: “[...] empresas médicas [...] que realizam consultas médicas, exames ou procedimentos médicos-cirúrgicos de curta permanência institucional, de forma particular ou por convênios privados”. Com o desenvolvimento da pesquisa e com a compreensão das particularidades da área de estudo, desenvolvemos a seguinte definição: as clínicas se caracterizaram como estabelecimentos de saúde privados, responsáveis pelo atendimento de consultas médicas especializadas e de outros profissionais de saúde. Essas unidades ofertam procedimentos de atenção primária, sobretudo, além de exames de baixa e de média complexidades, destacando-se pela ampla oferta de especialidades de saúde a preços acessíveis, voltadas ao público de menor poder aquisitivo. Embora algumas delas atendam a convênios de saúde, seu foco está na camada da população desassistida pelos convênios e pelos seguros de saúde privados, ou seja, nos usuários advindos do SUS.

A pesquisa constatou a existência de 119 clínicas médicas populares em funcionamento nos municípios da RMB, as quais estão mais concentradas em Belém, que apresentou 64 destas empresas, com maior concentração nos bairros: Marco (oito clínicas); São Brás (sete); Guamá (seis); Sacramenta e Icoaraci (cinco); Souza e Mangueirão (quatro); Pedreira, Jurunas, Umarizal, Batista Campos e Parque Verde (três); e Castanheira, Tapanã, Condor, Terra Firme, Maracangalha, Cremação, Reduto, Cidade Velha, Mosqueiro e Bengui (uma unidade em cada). O restante das instituições se situa nos demais municípios metropolitanos, com a segunda maior concentração em Ananindeua, que também apresenta a segunda maior população do estado (cerca de 525 mil habitantes) (IBGE, 2022), a qual dispõe de 31 clínicas populares, distribuídas entre os bairros Cidade Nova (12), Coqueiro (oito), Centro (cinco), Icuí-Guajará (três), Maguari, Paar e Atalaia (uma). A terceira maior disposição de estabelecimentos ocorre no município de Castanhal, com 11 entidades, seguido de Marituba (sete), de Santa Isabel do Pará (quatro) e de Benevides (duas), ao passo que o município de

Santa Barbará do Pará não registra empreendimento desta espécie (Figura 2).

**Figura 2 – Mapa de localização das clínicas médicas populares da RMB em 2022**

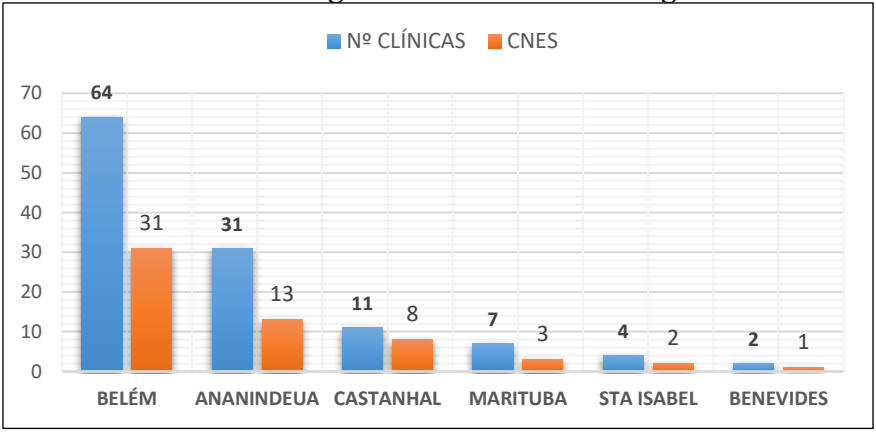



Fonte: Elaboração própria Base de dados: IBGE (2010) e DATASUS-CNES (2022).

Embora a Portaria nº 1.646/2015, que institui o CNES, estabeleça as obrigatoriedades do cadastramento e da manutenção dos dados cadastrais, junto ao órgão, "[...] para que todo e qualquer estabelecimento de saúde possa funcionar em território nacional" (BRASIL, 2015), mais da metade das clínicas populares dos municípios metropolitanos não possui informações naquele cadastro (58 estabelecimentos estão devidamente registrados no CNES, enquanto 61 não possuem dados na plataforma responsável pelos

estabelecimentos de saúde do país). Nesse sentido, o município de Castanhal tem a maior taxa de registro na plataforma — cerca de 73% das clínicas desta localidade são cadastradas —, enquanto Ananindeua apresentou a menor taxa de inscrições, com apenas 42% de seus estabelecimentos inseridos no DATASUS (HAESBAERT, 2011). Belém e os demais municípios metropolitanos têm, em média, metade de seus estabelecimentos populares de saúde catalogados na plataforma do SUS, como pode ser observado no Gráfico 1.

**Gráfico 1 – Número de clínicas médicas populares situadas na RMB e registradas no CNES até agosto de 2022**




Fonte: Elaboração própria. Base de dados: DATASUS-CNES (2022

Torna-se relevante mencionar que, durante as pesquisas de campo, ocorridas entre 2019 e 2022, foram identificadas 96 clínicas médicas populares em Belém, contudo estes estabelecimentos passaram por alterações e uma parcela destes foi desativada de forma temporária ou permanente ou mudou de campo de atuação, assumindo funções de clínicas odontológicas, veterinárias, oftalmológicas etc. — caso de oito estabelecimentos. Igualmente,

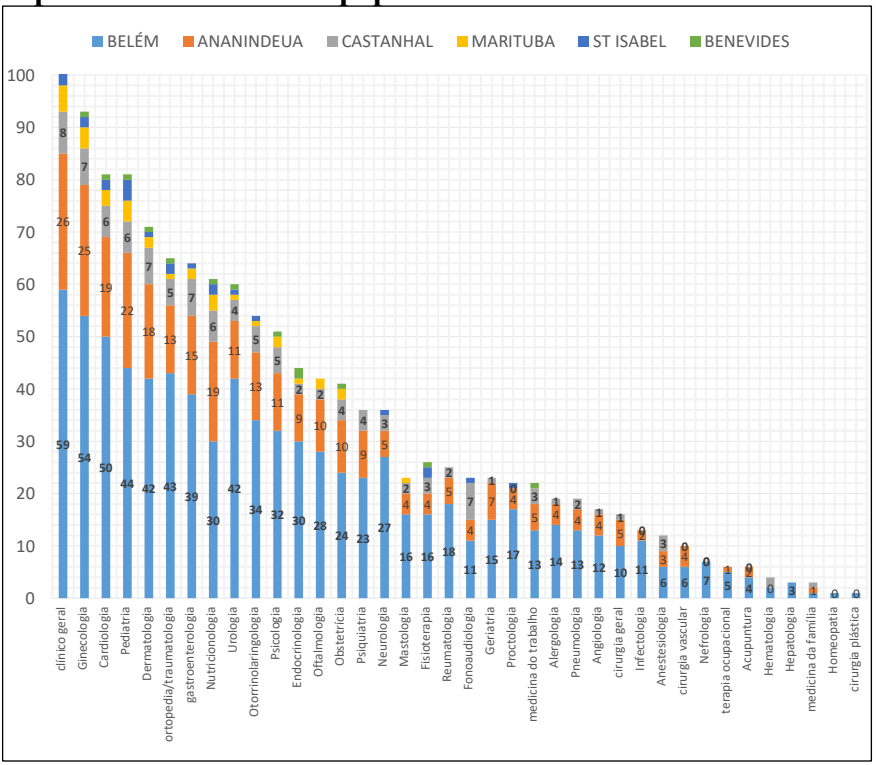
das 96 empresas reconhecidas, 32 findaram suas atividades e, entre as que passaram por alterações, 16 unidades cessaram seu funcionamento e duas suspenderam atendimentos de forma precoce — casos da Clínica Santa Clara, situada no bairro São Braz, em Belém, que iniciou suas atividades no final de 2019 e as encerrou em meados de 2020, no auge da pandemia, e da Consulte Já, encampada no bairro Campina, que nem chegou a funcionar —, enquanto outras nem saíram dos planos, como a Partmed, pertencente a uma rede nacional de franquias de clínicas médicas, que adiou sua instalação no bairro São Brás, em função da situação pandêmica no país.

Uma característica fundamental das firmas médicas populares privadas é a capacidade de apresentar grande variedade de médicos especialistas e de outros profissionais especializados em saúde. Nossa pesquisa constatou a disponibilidade de 38 diferentes especialidades nos estabelecimentos populares privados de saúde da RMB, a saber: acupuntura, alergologia, angiologia, anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, clínico geral, cirurgia plástica, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, fisioterapia, fonoaudiologia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia, obstetrícia, hepatologia, hematologia, homeopatia, infectologia, mastologia, medicina da família, medicina do trabalho, nefrologia, neurologia, nutricionologia, oftalmologia, ortopedia/traumatologia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, proctologia, psicologia, psiquiatria, reumatologia, terapia ocupacional e urologia (Gráfico 2).

De acordo com os dados da pesquisa, as especialidades de saúde mais presentes nas 119 clínicas populares dos municípios metropolitanos foram: clínica médica, ginecologia/obstetrícia, cardiologia, pediatria, dermatologia, ortopedia/traumatologia e urologia. O serviço de clínica médica esteve presente em 103 estabelecimentos, seguido de ginecologia (93), de cardiologia (81),

de pediatria (81), de dermatologia (71), de ortopedia/traumatologia (65), de gastroenterologia (64) e de urologia (60). (Gráfico 2).

**Gráfico 2 – Especialidades médicas disponibilizadas pelas clínicas médicas populares situadas na RMB em 2022**




Fonte: Elaboração própria. Base de dados: DATASUS-CNES (2022).

As especialidades médicas com mais registros nos órgãos de classe médica do estado também são as mais presentes nos estabelecimentos populares privados, pois, de acordo como o Conselho Federal de Medicina (CFM)[21], até agosto de 2022, o estado

do Pará registrava um total de 10.873 médicos, dos quais 6.818 se concentravam na capital, com maiores volumes de pediatras (615), seguidos de clínicos gerais (559), de ginecologistas obstetras (507), de oftalmologistas (278), de cardiologistas (237), de ortopedia-traumatologistas (258) e de dermatologistas (170). Nesse sentido, o número de registros por especialidades médicas é proporcional à quantidade de médicos especialistas presentes nas clínicas populares.

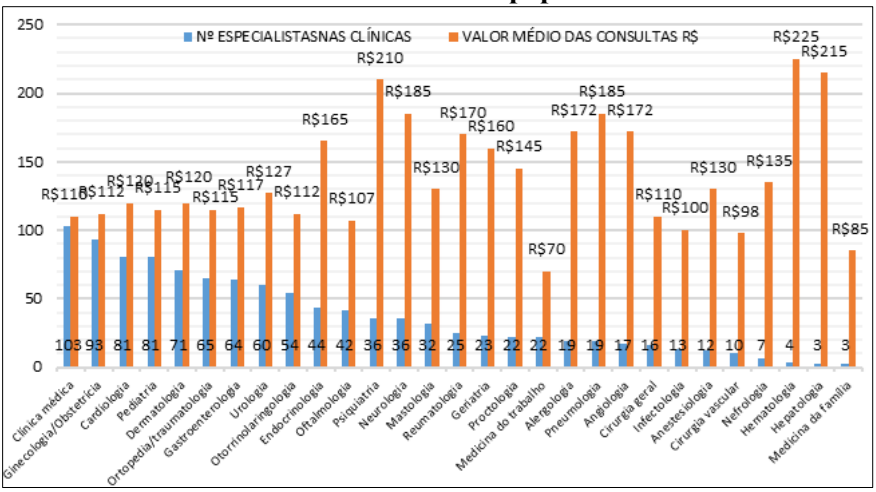
A limitada disposição de profissionais em algumas áreas das ciências médicas, como: acupuntura, alergologia, angiologia, cirurgia plástica, cirurgia vascular, hematologia, hepatologia, homeopatia, mastologia, neurologia, psiquiatria, pneumologia e reumatologia, observados nos registros dos órgãos de classe, coincide com a escassez apresentada nas clínicas populares (CFM, 2022). Certamente, essa restrição na quantidade de profissionais em certas áreas da medicina também se reflete na composição dos preços das consultas.

No caso das clínicas médicas populares observadas nesta pesquisa, as áreas com tarifas mais altas foram: hematologia (R$ 225), hepatologia (R$ 215) e psiquiatria (R$ 210), cujos valores de consultas equivaleram a 20% do salário mínimo (de R$ 1.212, atualmente) — respectivamente, US$ 43,56, US$ 41,62 e US$ 40,65, para fins de comparação com a moeda estadunidense; neurologia e pneumologia (R$ 185) e angiologia (R$ 172), com valores na faixa de 16% do salário mínimo — respectivamente, US$ 35,81 e US$ 33,30; e reumatologia (R$ 170), geriatria (R$ 160) e cirurgia plástica (R$ 150), disponibilizadas por 14% do salário mínimo — respectivamente, US$ 32,91, US$ 30,97 e US$ 29,04.

Os profissionais com mais registros por especialidades no CFM (BRASIL, 1998), como já mencionado, também foram os que tiveram mais ofertas de consultas nas clínicas populares e os que disponibilizaram serviços de menores valores, a exemplo de:

pediatria e ortopedia (R$ 115), clínica geral e cirurgia geral (R$ 110), ginecologia (R$ 112), cardiologia (R$ 120) e anestesiologia (R$ 130), com valores entre 9,5% e 10,5% do salário mínimo — US$ 22,26, US$ 21,29, US$ 21,28, US$ 23,23 e US$ 25,17, respectivamente —, enquanto a medicina do trabalho teve consultas com valor médio de R$ 70 (cerca de 6% do salário mínimo vigente — US$ 13,55) (Gráfico 3).

**Gráfico 3 – Número de especialidades médicas e a média de valor das consultas médicas em clínicas populares da RMB em 2022**




Fonte: Elaboração própria. Base de dados: DATASUS-CNES (2022).

Para se manterem competitivas no mercado de saúde popular, as empresas aqui enfocadas se utilizaram e ainda se utilizam de inúmeras estratégias mercadológicas, como redução de preços de consultas e de exames, disponibilização de combos (venda combinada de consultas e de exames nas áreas médicas mais demandadas) — a exemplo dos combos em ginecologia, em cardiologia, em pediatria, em urologia, em clínica geral —, além de

pacotes de exames direcionados a aprovados em concursos públicos, que necessitam de uma série de consultas e de exames.

Uma das estratégias de permanência dos estabelecimentos de medicina popular foi a criação de cartões de desconto exclusivos (ou a adesão a operadoras de cartões já existentes). A este respeito, frisa-se que a Resolução nº 2.170/2017 do CFM vetava a possiblidade de estas firmas médicas "[oferecerem] qualquer promoção, relacionada ao fornecimento de cartões de descontos ou similares" (CFM, 2017), entretanto, em março de 2019, o CFM decidiu, por meio da Resolução nº 2.226/2019, revogar o impedimento de abatimentos nos valores dos serviços de cartões de descontos das clínicas em questão, além da restrição a descontos em honorários médicos, conforme estipulado pelo código de ética médica.

Nesse sentido, a atual resolução admite a disposição de descontos no uso dos ditos cartões, contudo não permite a comercialização e a gestão destes cartões pelas clínicas, logo as empresas de saúde encontraram formas de vincular seus serviços aos cartões pela associação ou criação de empresas administradoras, todavia é importante mencionar que, para o CFM, esses "[...] 'cartões de descontos' não se enquadram como planos de saúde nos termos da Lei nº 9.656/1998" (BRASIL, 1998), por não possuírem responsabilidade assistencial para com seus aderentes, isto é, por não oferecerem garantias na relação com médicos ou empresas médicas, o que torna este tipo de prática médica uma ação comercial e exploratória, alusiva ao "[...] exercício mercantilista da medicina", como mencionado na Resolução nº 1.974/2011 do CFM, em que o conselho da classe médica expressa os motivos de sua recusa em reconhecer a existência destes cartões de desconto.

Ao contrário dos planos de saúde, que geralmente possuem uma rede assistencial própria, cujos valores cobrados quase sempre tornam impossível o acesso à saúde privada, por parte de grande parcela da população brasileira, os cartões de descontos

disponibilizam serviços a preços ainda mais baixos, em comparação aos praticados diretamente nas instituições populares de saúde, e esta intermediação favorece a fidelização da clientela, uma vez que as empresas de cartões fazem cobranças de mensalidades, equivalentes a cerca de 10% do valor de uma consulta médica, ou optam pela tarifação na marcação de consultas ou utilização de outros serviços de saúde, diante disso o acesso aos consultórios populares com cartões de desconto restringe a escolha destes usuários às empresas conveniadas. De todo modo, a vantagem de preços módicos favorece o vínculo entre os usuários e as clínicas do tipo popular, em função dos descontos dados pelas empresas de cartões.

A ampliação do uso dos cartões de descontos nas consultas e nos exames nas companhias enfocadas nesta pesquisa foi responsável pelos aumentos nos mercados de serviços médicos populares e de empresas de cartões de descontos, a exemplo do que ocorreu com a maior administradora de cartões de desconto do país, a Cartão de Todos, vinculada à rede nacional de clínicas populares Amor Saúde, que alcançou a marca de 12 milhões de usuários, durante a pandemia em 2020, um número de beneficiários bem maior do que o das grandes operadoras de planos médico-hospitalares do país (Amil, Bradesco Saúde e Hapvida Assistência Médica), que, juntas, constituem um público de pouco mais de nove milhões de pessoas (BRASIL, 2018).

Embora as empresas de saúde popular da RMB tenham conformado estratégias de continuidade no mercado e de aperfeiçoamento da oferta de serviços clínicos, em um atendimento completo, que ultrapasse a disposição de consultas e de exames, esses artifícios não têm sido eficientes, uma vez que os estabelecimentos em questão atuam em um modelo de assistência inacabada, já que seus atendimentos estão voltados principalmente ao público assistido precariamente pelo SUS. Tal formato incompleto de atenção, que se limita às ofertas de consultas médicas

especializadas e de exames de baixa complexidade, não proporciona continuidade aos tratamentos e acaba sendo responsável, via de regra, pelo retorno de grande parte dos pacientes ao SUS, principalmente os que mais necessitam de acesso a uma saúde de qualidade, ou seja, os usuários de menor poder aquisitivo. Os serviços de saúde popular, por direcionarem o foco de seus serviços à demanda reprimida do sistema público de saúde, não asseguram um tratamento interrupto a este coletivo, principalmente nos casos que necessitam de acompanhamento especializado e de emprego de recursos hospitalares de alta complexidade, e terminam por devolver os atendimentos ao poder público.

Tendo em vista as dificuldades de permanência no mercado, e motivadas principalmente pelo molde inacabado de assistência popular das clínicas, as novas redes de empresas de serviços populares em saúde de algumas capitais do país iniciaram parcerias com hospitais privados, no intuito de inserirem procedimentos cirúrgicos simples, como a esterilização masculina (vasectomia), e mais complexos, como extração de tireoide, de vesículas e de útero, a preços acessíveis. O grupo de clínicas populares Amor Saúde, presente em todos os estados do país, iniciou parcerias com hospitais para atender a pacientes que necessitam de procedimentos cirúrgicos eletivos nos estados de São Paulo e de Minas Gerais, além do Distrito Federal. Já a rede de franquias Atend Já, presente em oito estados, incluindo o Pará (Belém), disponibilizou serviços de cirurgias particulares, mediante uma linha de crédito, que financia qualquer tipo de intervenção cirúrgica, com pagamento em até 36 parcelas, incluindo valores de honorários médicos e de anestesistas e despesas hospitalares previstas para o procedimento — nesse caso, o pagamento do financiamento é realizado via boleto bancário. Em Belém e em Ananindeua, a empresa Rede Mais Saúde disponibilizou cerca de 20 procedimentos cirúrgicos, como: catarata, fimose, hemorroidas, hérnias inguinal e umbilical, colecistectomia,

histerectomia, laqueadura, vasectomia, cirurgia mamária para retirada de tumores cancerígenos, entre outros.

As parcerias entre firmas de saúde popular e hospitais foram iniciadas em 2021, período em que houve uma ampliação da fila de espera por cirurgias eletivas no SUS, intensificadas no período pandêmico, que, de acordo com levantamento feito pelo CFM (2021), em razão do medo da população em buscar ajuda médica na ocasião do aumento do número de pessoas infectadas pelo novo Coronavírus, provocaram uma redução de 27 milhões de exames, de cirurgias e de outros procedimentos, classificados como não urgentes. Além disso, a suspensão de procedimentos não urgentes também foi motivada pela priorização no atendimento aos pacientes em tratamento contra a Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), monopolizando leitos e recursos hospitalares e reduzindo o risco de colapso nos sistemas públicos e privados. Os impactos negativos da pandemia ainda não finalizada são responsáveis pelo aumento das filas por cirurgias e por exames especializados e, nessa perspectiva, o mercado das empresas populares de saúde visa à consolidação do segmento na oferta de cirurgias eletivas, no intuito de fechar o ciclo de atendimento, que tem como porta de entrada as consultas especializadas, iniciadas nos consultórios destas clínicas, que poderão redundar em procedimentos cirúrgicos de preços módicos, a serem realizados em hospitais parceiros.

As parcerias entre empresas de medicina popular e hospitais, embora tornem possível a realização de pequenos procedimentos cirúrgicos, não garantem que estes serviços sejam acessíveis à grande parcela da população, principalmente às camadas economicamente mais desfavorecidas, apesar de o mercado de saúde privada popular se beneficiar das lacunas abertas pela retenção de gastos públicos, após a aprovação da PEC, e da consequente desestruturação da rede de atenção básica, que vem desarticulando

suas equipes de SF em todo o país, ações responsáveis pela insuficiente oferta de cuidados de atenção primária e pelo fortalecimento do setor privado, que encontra formas de abarcar um domínio da saúde pública que é dever do Estado. Dito de outra forma, os acessos universal e gratuito aos serviços de saúde vêm sendo substituídos pela comercialização das tarefas desta natureza, por parte das clínicas aqui focadas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A propagação das firmas médicas populares resulta, em grande medida, do enfraquecimento do modelo de saúde coletiva da ABS, principalmente após a aprovação da PEC do Teto dos Gastos Públicos, que favoreceu enormemente o setor privado. Contudo, a esfera das companhias de saúde popular foi duplamente auxiliada nos últimos anos, a partir da intensificação do subfinanciamento do SUS e do encolhimento do setor de saúde suplementar, que perdeu cerca de 4,3 milhões de clientes nos últimos seis anos. Independentemente de este segmento já ter apresentado significativa recuperação, tal não se mostrou suficiente, dada a intensa crise vivenciada no pós-pandemia de 2020. Nesse aspecto, houve demasiada procura por tratamentos e por internações, por parte dos infectados pelo Coronavírus, o que resultou em reduções do número de leitos hospitalares disponíveis a outros procedimentos, em adiamentos de cirurgias eletivas e em estrangulamentos na rede hospitalar, pela incapacidade de acolher o grande volume de pessoas adoentadas, fato que afetou diretamente os atendimentos nos sistemas público e privado de saúde.

Por outro lado, a não consolidação das clínicas populares no mercado, tendo em vista o grande número de negócios encerrados, decorre, principalmente, dos gargalos destes empreendimentos, relacionados à falta de continuidade dos atendimentos e ao seu

modelo assistencial inacabado e contraditório, criado para o preenchimento das lacunas do SUS, por parte da iniciativa privada. Na busca por sobrevivência no mercado, a formação de parcerias com hospitais para a realização de pequenos procedimentos cirúrgicos — consideradas atípicas — se apresenta como possível solução no médio prazo, por possibilitar tratamentos com início, meio e fim, permitindo o acesso de classes menos abastadas da população a níveis de atenção mais complexos. Colocado de outra forma, mesmo que algumas companhias tenham apresentado possíveis soluções para seus atendimentos desarticulados, o acesso à saúde popular privada ainda é restrito às condições econômicas do usuário, o que, além de não garantir alcance universal, exclui as camadas economicamente mais frágeis do acesso à saúde básica — as que mais necessitam de saúde de qualidade —, compondo um cenário que parece favorecer muito mais o setor de saúde privada, em desfavor da ABS e da própria saúde pública.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. “Dados indicadores - Sala de situação”. **Portal Agência Nacional de Saúde** [2022]. Disponível em: <www.ans.gov.br>. Acesso em: 12/06/2026.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 12/06/2026.

BRASIL. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 12/06/2026.

BRASIL. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 12/06/2026.

BRASIL. **Dados gerais do setor suplementar de planos de saúde, taxa de crescimento e cobertura, 2018 – 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 12/06/2026.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016**. Brasília: Planalto, 2016. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 12/06/2026.

BRASIL. **Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998**. Brasília: Planalto, 1998. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 12/06/2026.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 12/06/2026.

BRASIL. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 12/06/2026.

BRASIL. **Portaria n. 2.539, de 26 de setembro de 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 12/06/2026.

BRASIL. **Portaria n. 397, de 16 de março de 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 12/06/2026.

BRASIL. **Portaria n. 1.646, de 2 de outubro de 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 12/06/2026.

CARTÃO DE TODOS. "Cartão de Todos prevê expansão em 2021". **Medic S/A** [2021]. Disponível em: <www.medicinasa.com.br>. Acesso em: 12/06/2026.

CFM - Conselho Federal de Medicina. "Busca por médicos". **Portal do Conselho Federal de Medicina** [2022]. Disponível em: <www.cfm.org.br>. Acesso em: 12/06/2026.

CFM - Conselho Federal de Medicina. "Pandemia derruba quase 30 milhões de procedimentos médicos em ambulatórios do SUS". **Portal do Conselho Federal de Medicina** [2021]. Disponível em: <www.cfm.org.br>. Acesso em: 12/06/2026.

CFM - Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM n. 1.974, de 19 de agosto de 2011**. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2011. Disponível em: <www.cfm.org.br>. Acesso em: 12/06/2026.

CFM - Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM n. 2.170/2017, de 24 de janeiro de 2017**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2107. Disponível em: <www.cfm.org.br>. Acesso em: 12/06/2026.

CFM - Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM n. 2.226/2019, de 5 de abril de 2019**. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2019. Disponível em: <www.cfm.org.br>. Acesso em: 12/06/2026.

FARIA, R. M. A. "Territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 25, n. 11, 2020.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**: do 'fim dos territórios' à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. "Em dezembro, taxa de desocupação fica em 4,3% e fecha 2014 com média de 4,8%". **Agência IBGE Notícias** [2015]. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12/06/2026.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. "Estados – PA. indicadores populacional do último censo 2010". **IBGE** [2010]. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12/06/2026.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. "PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Taxa de desocupação: jan-fev-mar 2012 à ago-set-out 2022". **Agência IBGE Notícias** [2022]. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12/06/2026.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde 2019**: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro. IBGE, 2020. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12/06/2026.

IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. "IESS DATA: Total de beneficiários de planos médico-hospitalares por Estado". **Portal IESS** [2022]. Disponível em: <www.iessdata.iess.org.br>. Acesso em: 12/06/2026.

SANTOS M. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Editora da USP, 2012.