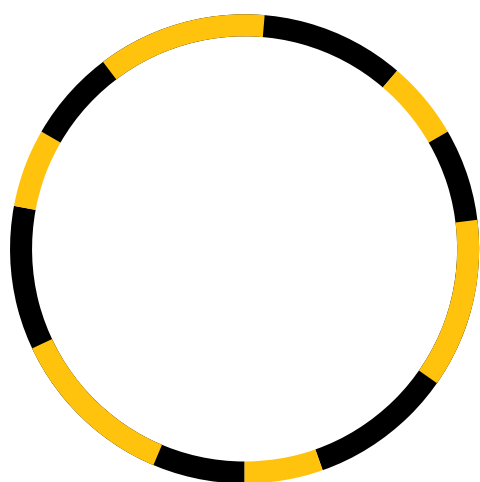
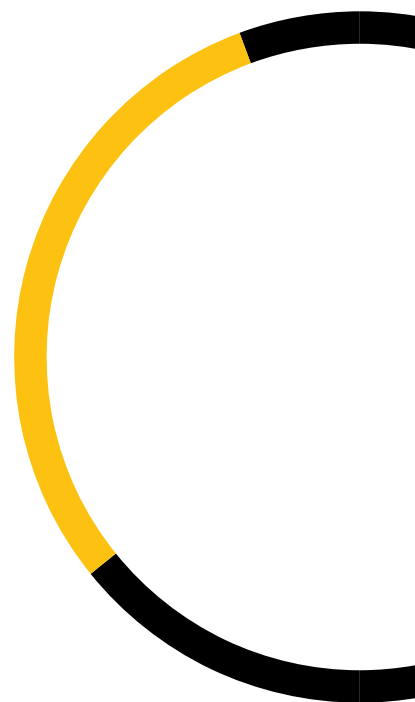




# A expansão na demanda e oferta das clínicas populares no Brasil





# **A expansão na demanda e oferta das clínicas populares no Brasil**

**AUTOR**

Leonardo Rosa (IEPS)

**OUTUBRO 2024**



## **REALIZAÇÃO**

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde  
Umane

## **APOIO**

National Institute for Health and Care Research (NIHR)

## **COORDENAÇÃO**

Rudi Rocha

## **REVISÃO TÉCNICA**

Leonardo Rosa, Helena Arruda,  
Vinicius Peçanha, Paulo Chapchap

## **PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO**

Fábrica de Ideias Brasileiras

## **AGRADECIMENTOS**

Este projeto recebeu comentários e críticas de oficinas com especialistas e representantes da academia, do governo e de entidades do setor privado e da sociedade civil. Agradecemos a todas as pessoas que contribuíram para este trabalho.

## **CREATIVE COMMONS**

Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, se citados a fonte e os Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e Umane como instituições responsáveis.

**IEPS.ORG.BR | UMANE.ORG.BR**



# Sumário

|            |                          |           |
|------------|--------------------------|-----------|
|            | <b>Apresentação</b>      | <b>6</b>  |
|            | <b>Sumário Executivo</b> | <b>7</b>  |
| <b>7.1</b> | <b>Introdução</b>        | <b>10</b> |
| <b>7.2</b> | <b>Metodologia</b>       | <b>14</b> |
| <b>7.3</b> | <b>Resultados</b>        | <b>16</b> |
| <b>7.4</b> | <b>Discussão</b>         | <b>35</b> |
|            | <b>Referências</b>       | <b>38</b> |
|            | <b>Anexos</b>            | <b>40</b> |





# Biografia dos autores

## LEONARDO ROSA

Pesquisador do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Doutor em Economia da Educação pela Universidade Stanford, mestre em Economia pela Universidade de São Paulo (USP) e bacharel em Economia pela PUC-SP. Foi pós-doc em Stanford e INSPER, e consultor para organismos multilaterais (BID e Banco Mundial), governos e organizações não governamentais.



## Apresentação

Este estudo faz parte da pesquisa Setor Privado e Relações Público-Privadas da Saúde no Brasil: Em Busca do Seguro Perdido, resultado de uma parceria entre o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e a Umane, que apresenta um panorama inédito e profundo sobre o setor privado de saúde no Brasil e suas relações com o setor público.

Ao todo, a pesquisa reúne nove estudos que abordam aspectos fundamentais do setor privado em saúde. Os diagnósticos foram construídos ao longo de um ano de trabalho e contou com a colaboração de pesquisadores e autoridades públicas em oficinas de discussão, entrevistas e análise de dezenas de bases de dados.



## Sumário Executivo

Este capítulo apresenta uma análise abrangente sobre a crescente expansão das clínicas privadas no Brasil, com foco específico nas chamadas clínicas populares. Estes estabelecimentos, que têm atraído investimentos significativos de grupos empresariais, baseiam-se em uma estratégia de preços acessíveis para consultas e procedimentos médicos, voltada para a população que financia seu atendimento de saúde diretamente, sem recorrer a seguros de saúde. Além de oferecer preços competitivos, esses grupos adotam estratégias sofisticadas para fidelizar clientes e manter um fluxo constante de pacientes, consolidando-se como uma rede alternativa de assistência à saúde em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) e aos planos de saúde tradicionais.

### Contexto e Objetivos

Nas últimas décadas, o mercado de saúde brasileiro passou por transformações substanciais, marcadas pela entrada de novos atores e pela diversificação dos serviços oferecidos à população. Este capítulo visa analisar o mercado emergente das clínicas populares, compreendendo suas características, o perfil dos usuários e suas implicações para o sistema público de saúde. A análise se baseia em dados das Pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e 2019, além de informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), entre outras fontes relevantes.

### Principais Achados

■ Crescimento da demanda e da oferta de serviços privados pagos do próprio bolso:

A demanda por serviços de saúde pagos diretamente pelo usuário apresentou crescimento entre 2013 e 2019: o percentual de pessoas sem plano de saúde privado que procurou serviços médicos privados aumentou de 10% para 14%.



Paralelamente, a oferta privada de clínicas também cresceu, registrando um aumento de 50% no número de estabelecimentos entre 2010 e 2022. No caso das clínicas populares, esse crescimento foi ainda mais acentuado, chegando a 200%.

#### ■ Perfil dos usuários das clínicas populares:

As análises indicam que os principais usuários dessas clínicas são indivíduos que têm o SUS como seu único seguro de saúde. Fatores como renda, emprego e uma autoavaliação positiva da saúde foram identificados como preditores significativos para o uso desses serviços.

#### ■ Heterogeneidade entre grupos empresariais:

As clínicas populares caracterizam-se por um maior número de médicos por estabelecimento, oferta diversificada de especialidades e serviços de saúde adicionais, como exames diagnósticos, atendendo predominantemente pacientes que pagam do próprio bolso.

A análise detalhada de seis grupos empresariais que operam em São Paulo revelou que, embora todos compartilhem características como a variedade de especialidades e o foco em exames diagnósticos, existem diferenças significativas em suas estruturas e modelos de negócios.

Alguns grupos se assemelham a hospitais-dia, oferecendo serviços de média complexidade, enquanto outros operam mais como consultórios tradicionais, com menos médicos e menor oferta de serviços diagnósticos.

#### ■ Público-alvo:

As clínicas populares tendem a buscar público sem cobertura de planos privados. Assim, parte se localiza em áreas de maior fluxo populacional e renda, como regiões próximas a estações de transporte público em São Paulo. Outra parte está frequentemente situada em áreas com menor renda per capita e mais distantes de centros urbanos.

#### ■ Interações com o SUS:

A presença das clínicas populares está associada a uma redução no uso de consultas médicas em estabelecimentos do SUS, sugerindo uma possível substituição entre os serviços públicos e privados.

Além disso, foi observado um leve aumento no número de profissionais com duplo vínculo (público-privado) nas regiões onde as clínicas populares se estabelecem.

### **Recomendações Prioritárias**

Diante dos achados deste capítulo, destacamos as seguintes recomendações e pontos de atenção:





1. Supervisão e qualidade dos prestadores privados:

Com o uso crescente de serviços privados pagos diretamente pelo usuário, é essencial que o governo amplie a supervisão desses prestadores: o monitoramento da qualidade e práticas desses prestadores é crucial. Atualmente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regula apenas as operadoras de saúde, deixando um vácuo regulatório significativo em relação aos prestadores que atendem pacientes que pagam diretamente por serviços médicos. Isso precisa ser corrigido para assegurar a proteção dos consumidores e a qualidade do atendimento.

2. Conflito de interesses nos serviços médicos de clínicas privadas:

É preciso reconhecer os potenciais conflitos de interesses em estabelecimentos de saúde que combinam a venda de consultas e exames, e atuar para que esses conflitos sejam eliminados. Modelos de negócios focados no lucro podem criar incentivos financeiros desalinhados às necessidades dos pacientes, levando à solicitação de exames e tratamentos desnecessários. Isso não só expõe os pacientes a riscos, mas também pode resultar em desperdício de recursos. Evidências da literatura científica destacam os perigos de tais desalinhamentos de incentivos, reforçando a necessidade de uma regulamentação mais rigorosa para proteger a saúde dos pacientes e evitar abusos.

3. Regulação dos serviços financeiros associados:

O crescimento dos serviços financeiros vinculados às clínicas populares, como cartões de benefícios e programas de fidelização, requer uma atenção especial dos órgãos reguladores. É preciso determinar se esses serviços se configuram como produtos financeiros ou como uma forma de seguro de saúde parcial. A ausência de uma regulação clara pode resultar em práticas comerciais abusivas, como vendas casadas, e na oferta de serviços que não cumprem as obrigações legais de seguros de saúde. É necessário atualizar a legislação para garantir que esses serviços respeitem as normas vigentes.

4. Integração e fortalecimento do SUS:

O crescimento das clínicas populares reflete, em parte, as limitações do SUS em atender às necessidades da população. Ao mesmo tempo, a expansão de serviços privados aumenta a fragmentação do sistema, impedindo ações que são relevantes para que estratégias do SUS sejam bem-sucedidas, como cuidado preventivo e longitudinal. É necessária a prestação de contas por parte do sistema privado, com compartilhamento obrigatório de dados e informação para o sistema de saúde para que a fragmentação seja evitada. Além disso, essas informações precisam ser utilizadas estrategicamente pelo SUS, para que o investimento na oferta de serviços priorize integração dos serviços nas áreas mais vulneráveis.



# 7.1

## Introdução

No Brasil, todos os indivíduos são cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que funciona como um seguro de saúde público, possui uma rede de prestação de serviços própria ou contratada, e gratuita para toda a população no ponto de acesso. Os indivíduos, no entanto, não têm como única opção a rede de serviços de saúde associada ao SUS. Parcela da população opta pela cobertura de saúde suplementar, ao contratar seguros privados, essa parcela da população tem acesso a uma rede de serviços exclusiva e prestadores privados (ANS, 2023). Outra parcela pode optar por utilizar os serviços de provisão de saúde privados, ofertados por profissionais e empresas independentes. Quando assim o fazem, pagam diretamente os prestadores de saúde, de acordo com o uso. O pagamento do próprio bolso, inclusive, é o caminho comum em países que carecem de uma estrutura de seguro de saúde universal, como é o caso de diversos países de baixa renda per capita (Wagstaff et al., 2020). Tal modalidade é criticada, uma vez que aumenta os riscos financeiros para a população, especialmente a população de nível socioeconômico mais baixo.

A prevalência de atendimentos onde o indivíduo paga diretamente do próprio bolso pelo serviço de saúde pode parecer contraintuitiva em um país onde todos estão cobertos pelo sistema de saúde público. No entanto, por ser um sistema gratuito e com recursos limitados, por vezes os usuários do SUS lidam com a provisão insuficiente de serviços de saúde, em especial para serviços de pronto atendimento e urgência, da atenção secundária e da terciária –e.g., exames e atendimento médico especializado (Solla e Chioro, 2012). Por exemplo, na cidade de São Paulo –um dos poucos locais a publicar de forma consistente o tempo de espera por alguns procedimentos de saúde– a fila de espera para atendimento especializado (atenção secundária) é superior a dois meses, com alguns bairros tendo espera próxima a quatro meses, como é o caso do distrito de São Mateus, na periferia da cidade (São Paulo, 2022). Para o caso de exames de valor mais alto, como por exemplo ressonância magnética, o tempo médio dos usuários do sistema público de saúde em São Paulo é de quase três meses (São Paulo, 2022). Assim, como bem documentado na literatura, nas situações de fila de grande tempo de espera para realização de procedimentos



de saúde, os usuários podem optar pelo pagamento direto aos prestadores de saúde privados, acessando serviços específicos imediatamente, minimizando o tempo de espera (Barros e Siciliani, 2011).<sup>1</sup>

As dificuldades existentes no SUS e o atendimento demorado são os argumentos utilizados pelas empresas que investem recursos para ofertar serviços de saúde diretamente à população. O caso do Dr Consulta é um exemplo, a estratégia de marketing da empresa faz uso intensivo do argumento de que a espera por serviços de saúde pode ser prejudicial aos indivíduos e que as clínicas da empresa poderiam ser uma solução acessível financeiramente (Jurca, 2018). Outro exemplo, de alcance nacional, é o cartão de desconto “Cartão de Todos”, que concede descontos para serviços como os de saúde, permitindo que os associados acessem as clínicas da franquia AmorSaude, que ofertam consultas de atenção primária e secundária e exames oferecidos a preços reduzidos (Todos, 2024). As estratégias têm atraído um grande número de usuários. A rede de clínicas do Dr Consulta, que atende majoritariamente o município de São Paulo, atende aproximadamente oitocentos mil pacientes por ano, oferecendo serviços de atenção primária e secundária (IDB, 2023). Já o Cartão de Todos, presente em todo o território nacional, conta com aproximadamente 5 milhões de associados, segundo a própria companhia (Todos, 2024).

A oferta de clínicas populares, que atendem parcela da população de renda mais baixa, não é nova. Médicos muitas vezes se organizam para atender a população de uma determinada localidade em troca de pagamentos diretos (Godoy, 2019). O que observamos atualmente, no entanto, é o crescimento de empresas atuando em rede e estrategicamente para absorver a população que enfrenta as limitações do SUS e que não consegue acessar planos de saúde (Jurca, 2018; Rocha, 2018). Destacam-se também inovações no modelo de operação dessas empresas que, por vezes, vendem não apenas o serviço de atendimento médico, mas também procedimentos diagnósticos e mesmo serviços financeiros, como de crédito, para que a população consiga pagar pelo atendimento (Rocha, 2018; Godoy e Silva, 2018).

Tanto defensores do SUS quanto da saúde suplementar tem críticas às clínicas populares e aos cartões de benefícios. Os que vêem tais iniciativas como problemáticas para o SUS, enfatizam a desconexão desse tipo de abordagem com a integralidade necessária para a oferta equitativa, coordenada e eficiente de serviços públicos de saúde (Godoy e Rocha, 2023; Jurca, 2021). O SUS foi concebido de modo que a atenção primária tivesse papel fundamental na saúde da população e que estivesse conectada diretamente aos atendimentos na atenção secundária e terciária. Em conjunto, as diversas camadas do SUS devem atender a população de maneira integrada e longitudinal, permitindo que os eventos de saúde sejam entendidos em sua integralidade (Rodrigues e Sousa, 2023). Assim, o acompanhamento do indivíduo como um todo (sua condição demográfica, social, ambiental

1 O atendimento imediato no setor privado pode distorcer a percepção dos usuários sobre o tempo de espera aceitável. Dificilmente um sistema de saúde universal e de acesso gratuito oferecerá atendimento na atenção secundária de maneira instantânea. Por exemplo, a fila para ressonância magnética em São Paulo é maior do que a média no Reino Unido, que também possui um sistema de saúde universal. O tempo médio de espera para o exame é de aproximadamente um mês e dez dias. Contudo, algumas regiões do Reino Unido apresentam tempos de espera semelhantes ou superiores aos de São Paulo (Keenan et al., 2021).



etc), é potencialmente deixado de lado para a provisão de serviços de saúde fragmentados, pontuais e individualizados, sem conexão com o sistema de saúde público e sem base longitudinal. Adiciona-se a isso o conflito de interesses da prática médica voltada ao lucro, o que potencialmente pode gerar procedimentos desnecessários (Relman e Reinhardt, 1986). No caso específico das clínicas populares, isso é mais saliente, pois além das consultas médicas, essas clínicas oferecem exames complementares e serviços financeiros.

Ao mesmo tempo, as empresas de seguros de saúde privadas encontram nessas iniciativas um competidor que impede o crescimento da cobertura de seguro privado. O argumento é que ao oferecer atendimento básico de saúde por meio de cartões de fidelidade ou desconto, as empresas de clínicas populares se assemelham a seguros de saúde, ou mecanismos de financiamento, porém sem estar sujeitas à Lei dos Planos de Saúde, que inclui a regulação e monitoramento da qualidade de serviço realizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.<sup>2</sup> Assim, acabam por limitar o mercado das seguradoras, reduzindo as possibilidades de expansão (Assis, 2022). Além disso, podemos também nos basear na literatura e projetar uma pressão adicional às seguradoras: a seleção adversa de beneficiários (Einav e Finkelstein, 2011). Ao ofertarem programas de fidelidade com escopo de serviços bastante limitado, concentrando-se em atendimentos ambulatoriais de baixa e média complexidade e praticando preços baixos, as clínicas populares têm potencial de fidelizar um tipo de usuário específico: mais jovem, com estado de saúde melhor, e com menor probabilidade de sinistralidade. Se esse for o caso, restam às seguradoras os pacientes com maior propensão de uso de serviços de saúde.

Em suma, a demora no atendimento combinada à escassez de recursos no sistema público e às dificuldades e custos elevados dos planos de saúde privados induzem a demanda da população por serviços de clínicas populares (Muremy et al., 2023). Os efeitos desse serviço sobre o sistema de saúde e sobre os resultados de saúde da população são questões ainda em aberto (Belli et al., 2004).

Considerando o contexto de escassez de evidências, o presente trabalho busca caracterizar a expansão das clínicas populares e de seus potenciais efeitos sobre o SUS. Para isso, temos como objetivo responder três questões que colaboram para o entendimento da expansão de clínicas de saúde populares no Brasil. Primeiro, analisamos tendências relativas ao uso de clínicas privadas como serviços de saúde para responder a prevalência e tendências no uso de serviços privados pela população brasileira. Segundo, tentamos responder como estão distribuídas e qual é a tendência de crescimento das clínicas de natureza jurídica privada. Nessa etapa, buscamos também identificar potenciais padrões de crescimento de grupos de clínicas populares nos últimos 5 anos. Por último, analisamos a estratégia de grupos econômicos de serviços de saúde popular a partir de um estudo de caso no município de São Paulo. Nessa terceira questão, apresentamos evidências em um contexto no qual as clínicas estão presentes e em expansão, e quais são as estruturas de organização dessas empresas –por exemplo, tamanho das clínicas, número de especialidades e serviços prestados.

2 Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998: Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

**SERVIÇOS FINANCEIROS E DE  
FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES PARA  
ACESSO A CLÍNICAS PRIVADAS**

Os cartões de benefícios, desconto e fidelidade em saúde são ferramentas que possibilitam o acesso a serviços médicos, medicamentos e produtos de saúde. Nesses modelos, os clientes pagam algum tipo de assinatura mensal, para utilizar os cartões de benefícios na rede ambulatorial credenciada.

Apesar de proporcionarem acesso, existem potenciais problemas e conflitos de interesse importantes a serem destacados. Os usuários, por exemplo, estão limitados a uma rede específica, restringindo opções e, possivelmente, a qualidade dos cuidados. Além disso, os cartões podem criar conflitos de interesse quando as empresas que os oferecem priorizam benefícios financeiros em detrimento do melhor interesse do paciente. Isso pode resultar em procedimentos desnecessários, promoção de procedimentos específicos e consumo excessivo. Além disso, a falta de regulamentação rigorosa comparável à dos planos de saúde pode deixar os consumidores desprotegidos contra práticas comerciais enganosas.

Os cartões de benefícios também podem ser deletérios para o sistema de saúde privado. Se os cartões atraem com maior frequência usuários saudáveis, que buscam opções mais baratas, podem deixar os planos de saúde tradicionais com uma base de segurados que utiliza mais os serviços de saúde. Isso aumenta os custos dos planos de saúde, que dependem de uma ampla base de segurados para manter os prêmios acessíveis. A seleção adversa pode levar ao aumento dos prêmios e à redução da cobertura, tornando os seguros de saúde menos acessíveis.

Para mitigar esses problemas, é essencial regulamentar adequadamente esses cartões, garantindo transparência e proteção ao consumidor. Educar os consumidores sobre as diferenças entre cartões e planos de saúde tradicionais pode ajudar na tomada de decisões informadas. A combinação de regulamentação, educação e transparência pode maximizar os benefícios desses programas, minimizando os riscos e garantindo um mercado de saúde equilibrado e sustentável.



# 7.2

## Metodologia

### 7.2.1 Fontes de dados e variáveis

Para caracterizar o usuário do setor privado utilizamos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) para os anos de 2013 e 2019. A PNS é uma pesquisa de caráter amostral, com representatividade no nível do estado. A pesquisa realiza uma série de perguntas que caracterizam os indivíduos em suas dimensões socioeconômicas, demográficas e relacionadas à condição de saúde e uso dos serviços de saúde.

Utilizamos Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para analisar o número de clínicas e consultórios de atendimento médico registrados nas bases de dados. Também utilizamos o CNES para definir o tamanho de clínicas, as especialidades ofertadas, a oferta de exames complementares e a associação com planos de saúde, atendimento a particulares e associação com o SUS. Os dados do CNES são informações administrativas, que em princípio deveriam cobrir todos os estabelecimentos de saúde do Brasil. Os dados estão publicamente disponíveis pelo DATASUS em frequência mensal e para o presente estudo, selecionamos as bases de dados disponíveis nos meses de dezembro dos anos de 2010 a 2023. Apesar da riqueza de informações, trata-se de um dado auto reportado que pode conter algumas limitações, como imprecisões nos números totais, devido a informações faltantes ou desatualizadas.

Para analisar os fatores associados à expansão de clínicas e consultórios nos municípios, utilizamos dados das características dos municípios disponíveis na plataforma IEPS Data. Incluímos em nossa análise informações sobre o tamanho da população dos municípios, número de médicos e renda domiciliar per capita.

As bases de dados do CNES não permitem a identificação direta de clínicas populares. Com o objetivo de identificar o crescimento de alguns grupos econômicos selecionados, utilizamos o nome fantasia e razão social para classificar os estabelecimentos. Para isso, fizemos um levantamento de notícias na imprensa para mapear os principais grupos de clínicas populares no Brasil (ver **TABELA A1** no anexo) e para além disso selecionamos todas as clínicas que continham a palavra popular no registro do CNES. Ao todo identificamos os seguintes nomes associados aos grupos de clínicas: Acesso Saude, AmorSaude, Clínica da Cidade, Clínica Pastore, Clínica SIM,



Clínica Vitta, Docctor Med, Dr Atende, Dr Consulta, Fares, MedPrev e SegMed. Após a classificação analisamos o total de clínicas e as características das mesmas.

Para o estudo de caso no município de São Paulo, utilizamos como dados complementares as informações disponíveis pela Secretaria Municipal de Saúde e pela plataforma GeoSampa. Ambas as fontes permitem caracterizar os territórios (áreas de atuação das unidades básicas de saúde, distritos e subprefeituras) em termos de população, nível socioeconômico, filas de espera, disponibilidade de serviços de saúde etc. Com isso, conseguimos analisar a distribuição espacial das clínicas populares, a data de início de funcionamento, e a relação com a provisão de saúde pública.

## 7.2.2 Métodos

Empregamos diferentes metodologias para descrever e analisar os dados sobre clínicas populares. Para descrever o uso de clínicas privadas pela população, e para a caracterização das clínicas populares, fizemos uso de gráficos e tabelas que apresentam os valores médios e totais dessas variáveis. Ao longo do texto, tentamos deixar claro qual foi a estatística utilizada para descrever esses e outros elementos.

Por vezes, recorremos a análises de regressão multivariada para mapear os fatores associados ao uso de clínicas privadas a partir de dados da PNS, bem como para analisar os fatores associados à expansão de clínicas populares nos municípios. Isso nos permite observar os vários fatores simultaneamente, e ao observarmos a relação entre um fator específico e a variável dependente de interesse, conseguimos manter constante a influência do restante dos fatores.

Para analisar a relação entre a entrada de clínicas populares e a organização do SUS no município de São Paulo, também empregamos as análises de regressão. No entanto, nesse caso específico, conseguimos implementar uma abordagem de diferenças em diferenças, em que podemos controlar por fatores observáveis e não observáveis que são constantes ao longo do tempo ou que mudam ao longo do tempo igualmente em todo o município.

Os métodos acima possuem limitações variadas. Como são diversos os exercícios apresentados ao longo do texto, optamos por apresentar as respectivas limitações conforme apresentamos e interpretamos os resultados.

# 7.3

## Resultados

### 7.3.1 Utilização de clínicas privadas

As famílias recorrem a consultas médicas e atendimento ambulatorial privados, independente da renda familiar. De acordo com os dados da Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF), enquanto famílias com renda familiar de até três salários-mínimos gastam cerca de 10-12% das despesas totais com saúde em consultas médicas, atendimento ambulatorial e exames, esse percentual é de 7-8% para famílias que recebem mais de cinco salários-mínimos. A diferença relativa de gasto pode ser ainda maior, se considerarmos que os gastos privados com saúde podem ser deduzidos do Imposto de Renda, que é pago apenas por famílias de renda mais elevada.

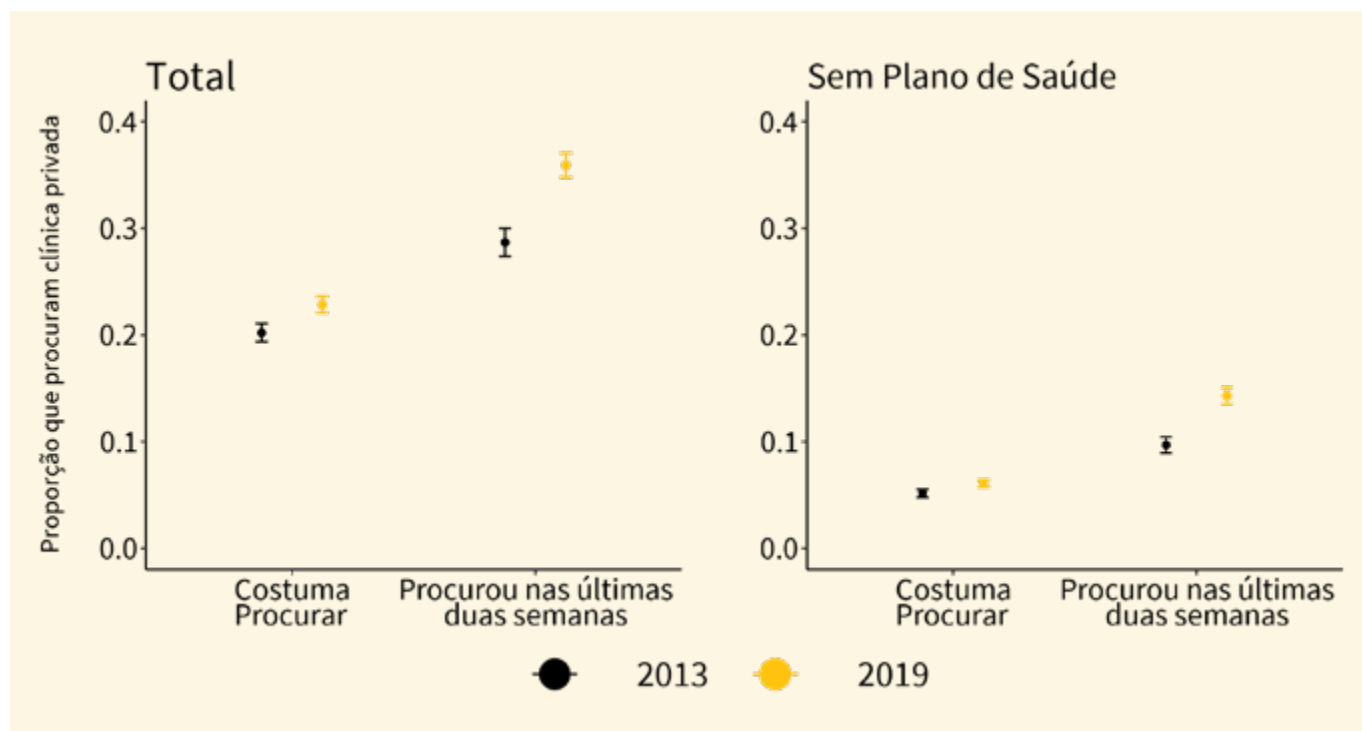
Apesar da importância nos gastos de saúde, quando procuram por consultas médicas, as famílias com até três salários-mínimos fazem um gasto absoluto baixo. Enquanto para as famílias de renda superior a cinco salários-mínimos o gasto anual com consultas médicas e outros serviços ambulatoriais é de 480 reais ao ano, para as famílias com menos de três salários mínimos gastam em média 130 reais no ano. Os valores são um indicativo de que as famílias de menor renda, quando recorrem ao serviço de clínicas privadas, o fazem de maneira compatível com preços praticados por clínicas populares.

Ao analisarmos a tendência no uso de clínicas privadas como serviços de saúde, notamos que a frequência com que a população recorre aos serviços de clínicas privadas aumentou. A **FIGURA 6** apresenta os dados da PNS relativos à procura por serviços médicos em clínicas e consultórios privados para o total da população (**FIGURA 1A**) e para a parcela da população sem planos privados de saúde (**FIGURA 1B**). Entre 2013 e 2019, últimas duas edições da PNS, notamos um aumento na demanda por serviços médicos em clínicas e consultórios privados (nessa análise excluímos a procura por hospitais). O percentual de pessoas que procuram clínicas privadas em qualquer situação (costuma procurar, no eixo horizontal) aumentou de 20% para 23% entre 2013 e 2019, e a parcela que procura quando precisa de serviços médicos de fato (procurou nas últimas duas semanas) subiu de 29% para 36%. Parte desse aumento é explicada pelo aumento da procura pela população sem planos de saúde, que



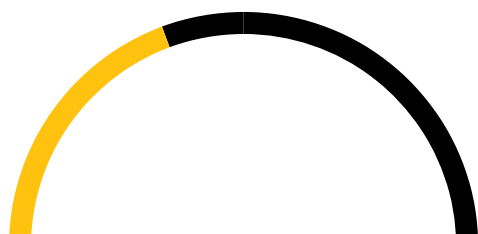
na média possuem renda menor. Por exemplo, o aumento do número de pessoas sem plano que procurou serviços médicos privados nas últimas duas semanas foi de 10% em 2013 para 14% em 2019, um aumento de 4 p.p., ou 40%.

**FIGURA 1** - DEMANDA POR CLÍNICAS PRIVADAS NO BRASIL (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE)

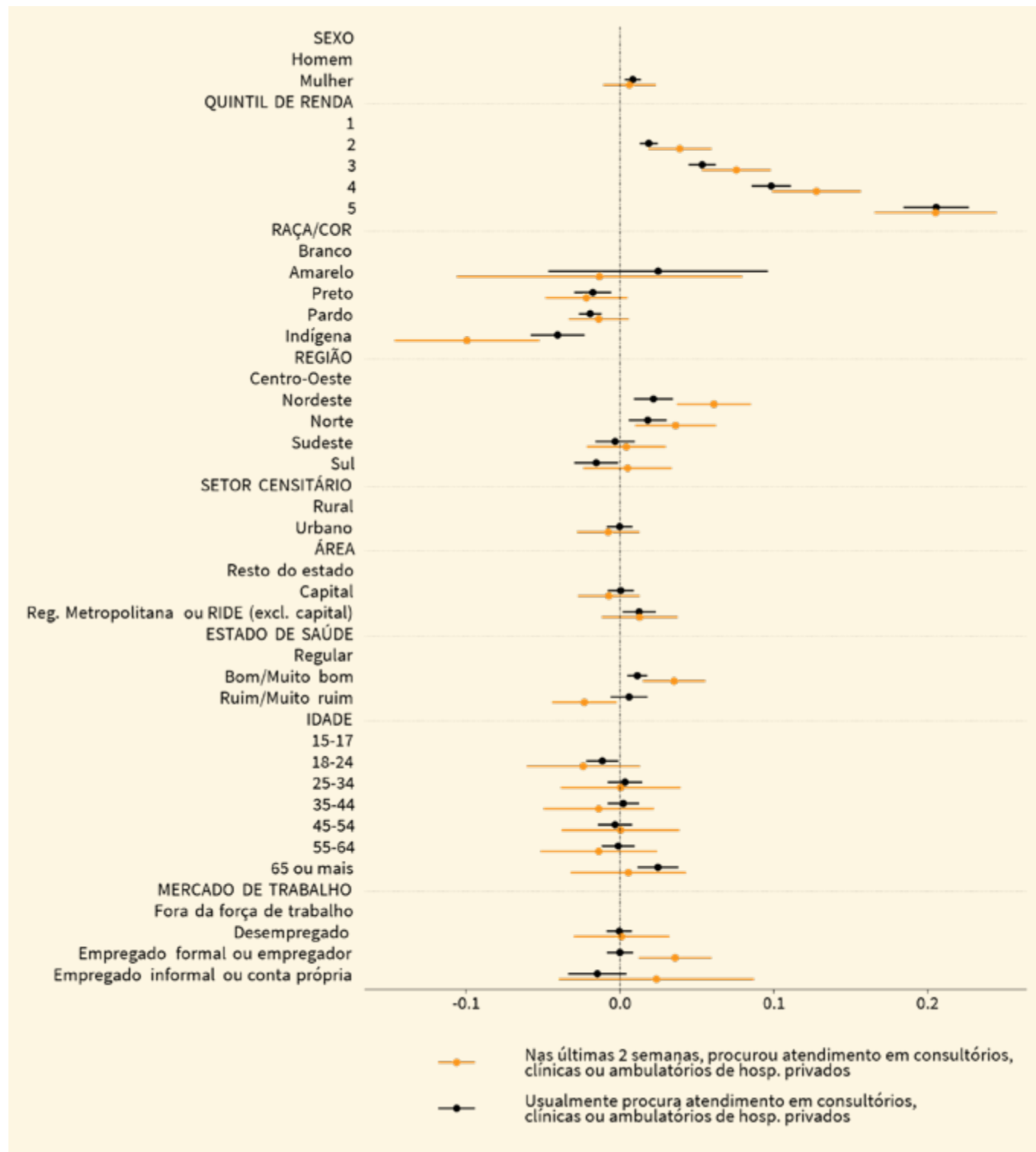


Nota: A Figura acima apresenta a demanda por clínicas privadas utilizando dados da PNS. No eixo horizontal a categoria “costuma procurar” se refere ao item que mapeia o serviço de saúde costumeiramente procurado pela população: “Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde costuma procurar;”, em que se apresentam diversas opções de serviços de saúde. Analogamente, a categoria “Procurou nas últimas duas semanas” se refere à questão de pessoas que precisaram usar o serviço de saúde nas últimas duas semanas da entrevista: “Onde procurou o último atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?”. Em ambas as questões, o respondente escolhe entre diversas categorias, que classificamos em uma variável binária: clínica privada ou não.

Ao analisarmos as características dos usuários sem plano de saúde dos serviços de saúde privados notamos um perfil bem definido. Análises de regressão da **FIGURA 2** indicam que a renda é um forte preditor de procura por serviços de clínicas privadas. Variáveis demográficas e econômicas também são relevantes, procuram mais os serviços privados a população branca, empregada no setor formal, e com uma autoavaliação da saúde positiva. Além disso, o fenômeno é mais frequente nas regiões Norte e Nordeste. Não observamos diferenças relevantes no que se refere a sexo, idade ou região de moradia (urbano, rural, região metropolitana, capital ou interior).



**FIGURA 2** - FATORES ASSOCIADOS À ESCOLHA POR CLÍNICAS PRIVADAS



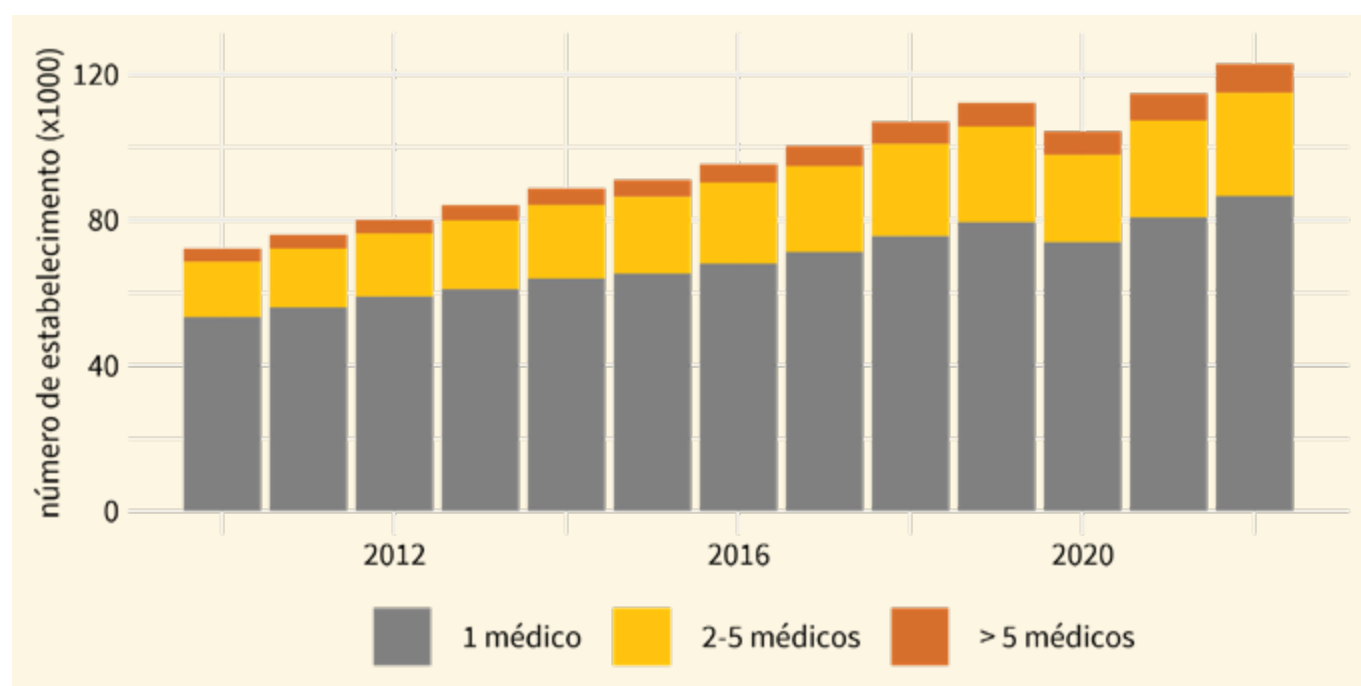
Nota: A figura acima apresenta os coeficientes associados às variáveis independentes de uma regressão que tem como variável dependente a informação (binária) de usar clínica privada como equipamento de saúde. As barras na figura fazem referência ao intervalo de confiança de 95%, e os pontos se referem a estimativa.

### 7.3.2 A oferta de consultórios e clínicas médicas particulares

A maior demanda por clínicas privadas é acompanhada por um aumento da oferta de clínicas, de acordo com as análises que realizamos com os dados do CNES. Nas análises apresentadas nos próximos parágrafos, exploramos os dados para caracterizar a oferta de clínicas e consultórios privados e analisar a tendência de oferta ao longo do tempo. Infelizmente, os dados existentes não permitem identificarmos o número exato de clínicas populares nessa análise. No entanto, realizamos uma caracterização das clínicas em dimensões tipicamente relacionadas às clínicas populares: clínicas com mais de um médico, com múltiplas especialidades e que aceitam pacientes por meio de pagamento direto do próprio bolso. Além disso, realizamos uma análise exploratória identificando termos associados aos modelos de clínicas populares nos nomes dos estabelecimentos de saúde. Esse exercício permitiu ter uma ideia da expansão recente, bem como confirmar a caracterização das clínicas populares.

Iniciamos a apresentação com o total de clínicas no Brasil. A **FIGURA 3** apresenta o número de clínicas médicas com ao menos um médico associado. No total, o Brasil tinha 122.889 clínicas no ano de 2022. Dessas clínicas, 70% eram consultórios com apenas um médico associado, 23% tinham de dois a cinco médicos, 7% tinham 6 ou mais médicos. Ao analisarmos as tendências, observamos um crescimento superior a 50% para todos os tipos de clínicas, independentemente do número de médicos associados às mesmas. No entanto, nota-se uma taxa de crescimento maior para clínicas com mais de um médico: as clínicas com apenas um médico cresceram 62%, as com 2-5 médicos 87% e as com 6 ou mais médicos cresceram aproximadamente 119% entre 2010 e 2022.

**FIGURA 3** - NÚMERO DE CONSULTÓRIOS E CLÍNICAS POR NÚMERO DE MÉDICOS ASSOCIADOS



Nota: A figura acima apresenta o número de clínicas privadas categorizadas por número de médicos associados às mesmas. Os dados têm como fonte o CNES, como descrito na seção 2 (metodologia).



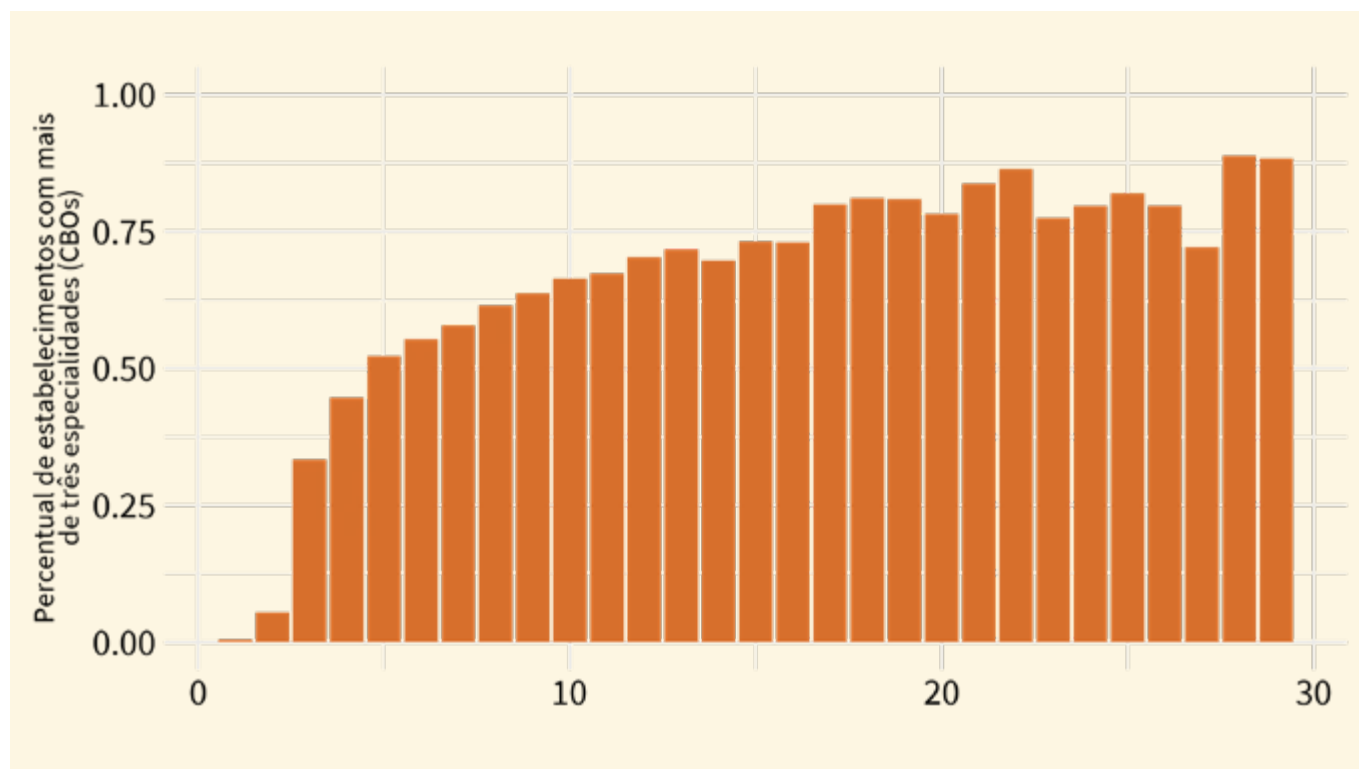
Como mencionamos na Seção 2, o CNES pode conter algumas limitações, causando imprecisões nos números totais de estabelecimentos. Ao analisarmos as tendências ao longo do tempo e não o número total, essas limitações podem ser mitigadas. Por exemplo, se existe uma tendência de melhora no preenchimento dos dados que é comum para todos os tipos de estabelecimentos, a comparação de crescimento ao longo do tempo nos diz que de fato houve um crescimento mais intenso das clínicas com mais de um médico.

O padrão de crescimento mais forte para clínicas com 2 a 5 médicos e com 6 ou mais médicos ilustra uma organização diferente das clínicas médicas no Brasil. Apesar da predominância de consultórios individuais, os médicos passaram a se organizar coletivamente atendendo pacientes em uma mesma clínica com maior frequência. Para além do atendimento individual, a tendência em organização coletiva pode estar sendo influenciada pela relação com as seguradoras de saúde. A literatura indica que ao se juntarem em clínicas e não operarem em consultórios individualizados, os profissionais de saúde podem agir coletivamente e barganhar por melhores preços junto às seguradoras (Gaynor e Town, 2011; Dunn e Shapiro, 2014; Carlin et al., 2017).

Uma característica das clínicas com seis ou mais médicos é que elas tendem a ser mais diversificadas, oferecendo atendimento para um maior número de especialidades. A **FIGURA 4** apresenta o percentual de clínicas por número de médicos associados e com diferentes códigos de ocupação (CBO), uma *proxy* para o número de especialidades médicas por porte da clínica (número de médicos). Notamos que clínicas menores oferecem um número menor de especialidades e, ao aumentarem o tamanho, a tendência é uma maior oferta de diferentes especialidades médicas. Por exemplo, aproximadamente 70% das clínicas com seis ou mais médicos oferecem três ou mais especialidades. Ao analisar esses números ao longo do tempo, não notamos nenhuma tendência especial, indicando que o número de clínicas com múltiplas especialidades cresceu de maneira similar ao crescimento geral das clínicas de maior porte.



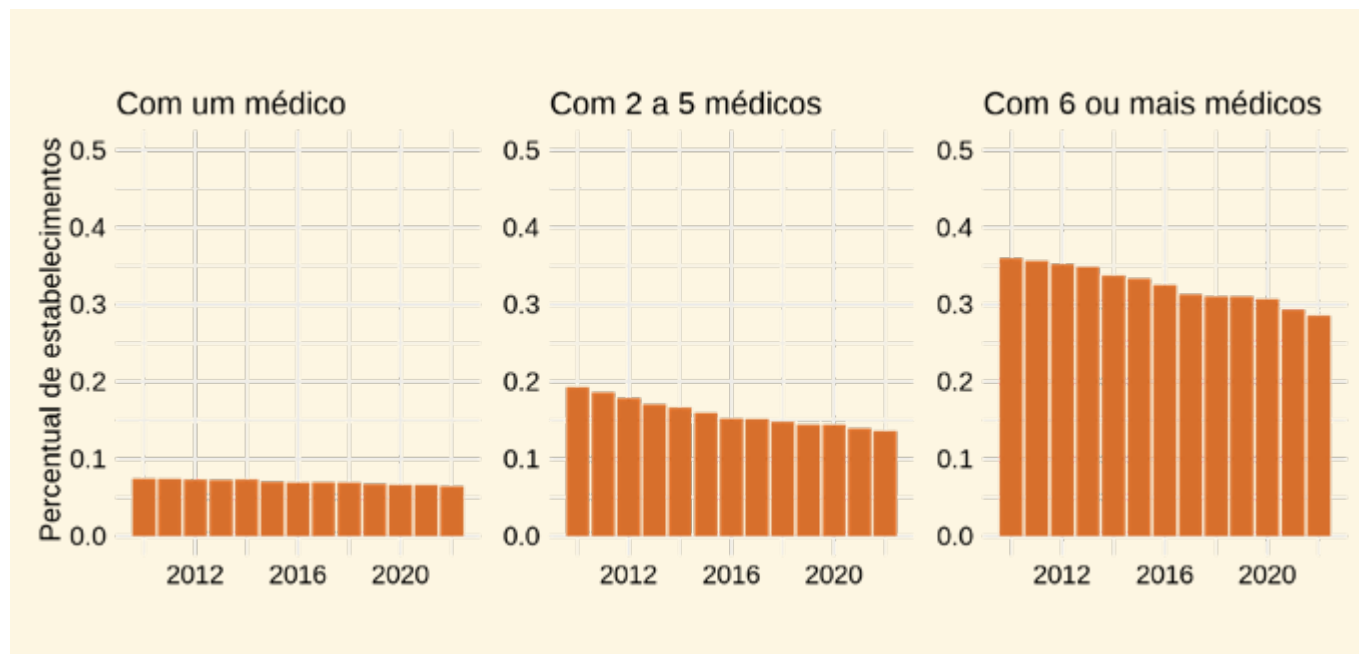
**FIGURA 4** – PERCENTUAL DE CLÍNICAS COM MAIS DE TRÊS ESPECIALIDADES POR PORTE DO ESTABELECIMENTO



Nota: A figura acima apresenta a relação entre porte dos estabelecimentos (número de médicos) e percentual de estabelecimentos com mais de três especialidades (medidas pelo número de diferentes CBOs dos médicos registrados). Os dados têm como fonte o CNES, como descrito na seção 2 (metodologia).

Para além de ofertarem múltiplas especialidades, as clínicas com seis ou mais médicos tendem a ofertar múltiplos serviços, como por exemplo, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) – incluem laboratórios de análises clínicas, ultrassonografia, radiologia, ressonância magnética, exames cardiológicos, entre outros. Resultados apresentados na **FIGURA 5** indicam que enquanto apenas 6% das clínicas com um médico e 13% das clínicas com 2 a 5 médicos possuem SADT, aproximadamente 28% das clínicas com mais de seis médicos oferecem esses serviços. Ao observar as tendências para o oferecimento de exames complementares, notamos que um percentual menor de clínicas está ofertando SADT ao longo dos últimos anos. Por exemplo, em 2010 aproximadamente 35% das clínicas com mais de seis médicos ofertavam tal serviço, em 2022 esse percentual era de 28%.

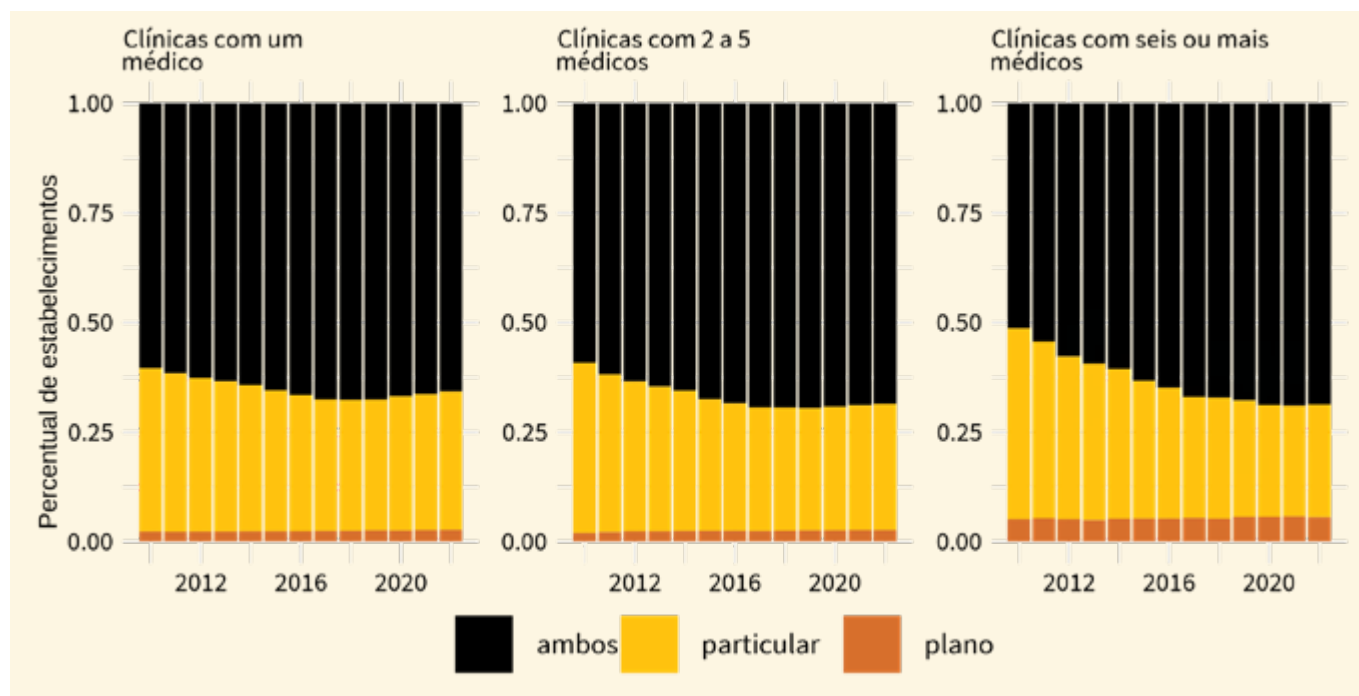
**FIGURA 5** - CLÍNICAS COM SERVIÇOS DE EXAMES COMPLEMENTARES (SADT)



Nota: As figuras acima apresentam o percentual de estabelecimentos com registro SADT entre 2010 e 2022. A figura é dividida em três quadros, o primeiro apresenta o percentual de clínicas com SADT para clínicas com apenas um médico, o segundo para clínicas com 2 a 5 médicos e a terceira para clínicas com 6 médicos ou mais. Os dados têm como fonte de informação o CNES, como descrito na seção 2 (metodologia).

Investigamos também o tipo de atendimento efetuado pelas clínicas. Os dados permitem a divisão de atendimento por: atendimento apenas particular, atendimento de pessoas com planos de saúde ou ambos. A **FIGURA 6** apresenta dados relativos ao tipo de atendimento para as clínicas de diferentes tamanhos (número de médicos). Em geral, observamos uma mudança no tipo de atendimento, com clínicas deixando de atender apenas particulares e passando a atender com maior frequência pacientes particulares com plano de saúde privado. Para as clínicas de maior porte (com seis ou mais médicos) a tendência é ainda mais clara. Em 2010, aproximadamente 50% das clínicas com seis ou mais médicos atendiam ao mesmo tempo usuários de plano de saúde e particulares, em 2022 esse percentual aumentou para aproximadamente 70%. Essa tendência mais uma vez ilustra a possibilidade de que os médicos tenham se organizado de maneira diferente para se relacionarem com os seguradores de saúde, priorizando arranjos em grupo em vez de negociações individuais.

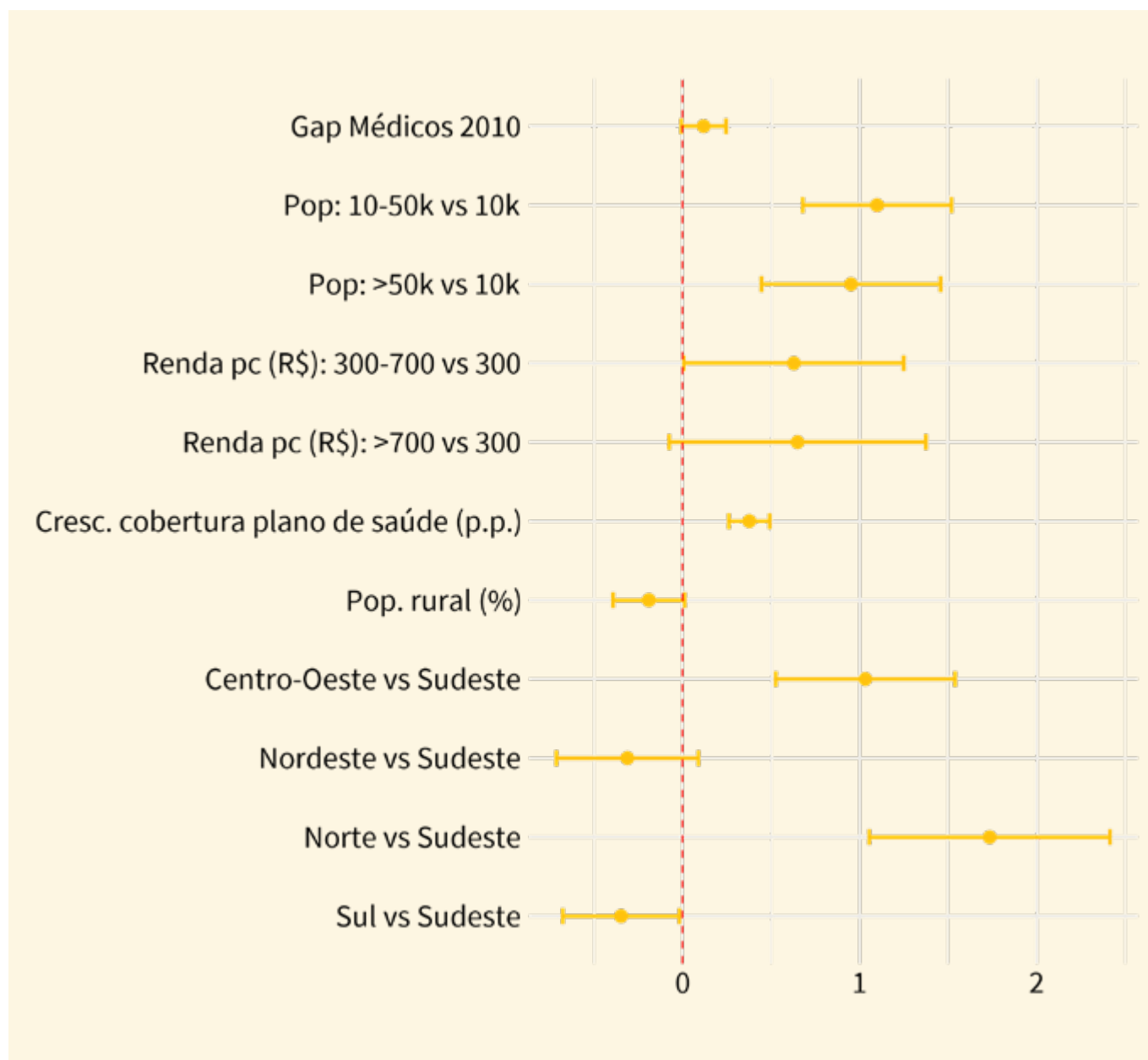
**FIGURA 6** - CLÍNICAS COM MAIS DE SEIS MÉDICOS E TRÊS OU MAIS ESPECIALIDADES POR TIPO DE ATENDIMENTO (PARTICULAR, PLANOS DE SAÚDE, OU AMBOS)



Nota: As figuras acima apresentam o tipo de atendimento ambulatorial realizado por clínicas com um médico, de 2 a 5 médicos e com seis ou mais médicos. Na legenda, “ambos” se referem à categoria de clínicas que atendem pacientes de planos de saúde ou particulares, “particular” se refere aquelas que atendem apenas pacientes particulares, e “plano” se refere às que atendem apenas pacientes de planos de saúde. Os dados têm como fonte de informação o CNES, como descrito na seção 2 (metodologia).

Por último, analisamos os determinantes do crescimento de clínicas a partir de uma análise de regressão entre a mudança percentual no número de clínicas de 2010 a 2022 e características demográficas, econômicas e geográficas dos municípios. Os resultados apresentados na **FIGURA 5** indicam que o déficit de médicos no SUS em relação à OCDE está positivamente associado ao aumento de clínicas nos municípios, isto é, quanto maior o déficit maior a expansão de clínicas e consultórios. Outros fatores se destacam, as clínicas se expandiram sistematicamente para regiões mais populosas (municípios com mais de 10 mil habitantes), mais ricas (renda per capita superior a R\$ 300 por mês) e mais urbanas. O crescimento na adesão a planos de saúde privados nos municípios é outro fator positivamente associado ao aumento de clínicas e consultórios. Por último, as clínicas se expandiram mais frequentemente nas regiões Norte e Centro-Oeste, em relação à região Sudeste. E marginalmente menos nas regiões Nordeste e Sul, também em relação à região Sudeste. Apesar de conseguirmos mapear alguns fatores associados à expansão de clínicas, em conjunto eles explicam muito pouco do crescimento de clínicas nos municípios ( $R^2 \sim 0.1$ ), indicando que existem outros fatores importantes para explicar a expansão de clínicas no Brasil que não conseguimos observar.

**FIGURA 7** - CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS ASSOCIADAS AO AUMENTO DE CLÍNICAS PRIVADAS



Nota: A figura acima apresenta os coeficientes associados às variáveis independentes de uma regressão que tem como variável dependente o crescimento percentual do número de clínicas privadas. As barras na figura fazem referência ao intervalo de confiança de 95%, e os pontos se referem a estimativa. As fontes de informação são o CNES, para o número de clínicas por município, e o IEPS Data para as características dos municípios.

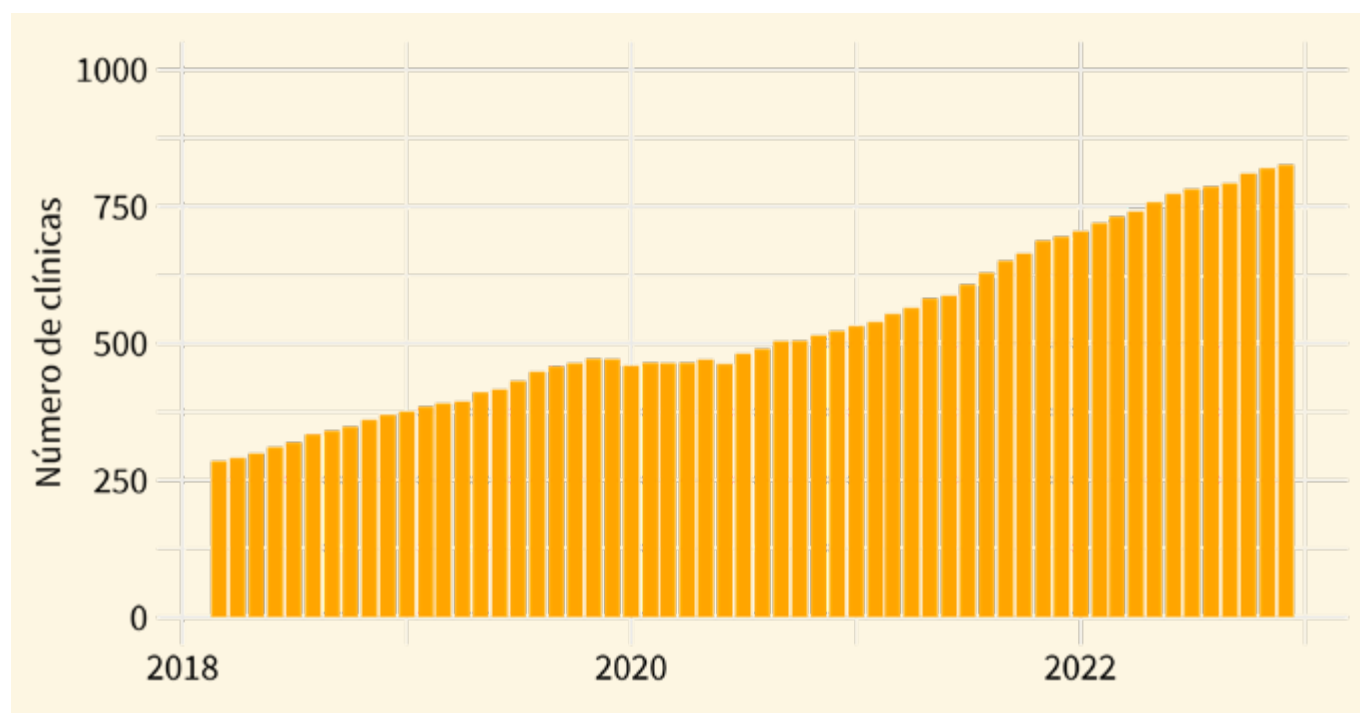


### 7.3.3 A expansão de clínicas populares

Como mencionamos na seção anterior, não é possível identificar as clínicas populares diretamente por meio do CNES. Isso porque não existe um código específico de clínicas populares ou uma outra base de dados que indique os valores praticados pelos médicos ou o perfil da população atendida nos estabelecimentos individualmente. Nessa seção, tentamos apresentar uma evidência da presença de clínicas populares no Brasil a partir da identificação dos nomes das clínicas registradas no CNES, como descrevemos na Seção 2.

Iniciamos com a análise do número de clínicas ao longo do tempo. A **FIGURA 8** apresenta os resultados de número de clínicas por mês de 2018 a 2022 (o CNES só disponibiliza os nomes das clínicas a partir de 2018). Em março de 2018, primeiro ponto da série, o número de clínicas que conseguimos ligar aos grupos de clínicas populares era de 285 clínicas, em dezembro de 2022 esse número triplicou e identificamos aproximadamente 826 clínicas ligadas aos nomes de clínicas populares selecionadas.

**FIGURA 8** - NÚMERO DE CLÍNICAS COM NOMES ASSOCIADOS AOS TERMOS DE GRUPOS EMPRESARIAIS DE CLÍNICAS POPULARES SELECIONADOS OU AO TERMO “POPULAR”



Nota: A figura apresenta o número de clínicas em que a razão social ou o nome fantasia da clínica está associado aos termos de clínicas populares descritos na seção 2 (metodologia). Os valores são apresentados por mês e compreendem o período de março de 2018 a dezembro de 2022. A fonte de informação é o CNES.

Ao analisarmos a distribuição por nomenclatura selecionada, notamos a prevalência de algumas classificações. Dos 826 encontrados em dezembro de 2022, 33% (277) foram selecionados por ter o termo “popular” no nome do estabelecimento e 27% (227) continham o termo AmorSaude. Os outros termos não aparecem mais de 10% das vezes. Isso vale até mesmo para os modelos presentes na discussão da imprensa, como o modelo do Dr Consulta. De alguma forma, notamos uma prevalência de grupos com atuação local, como o próprio Dr Consulta (SP), as Clínicas Pastore (RJ) e o grupo Clínicas Vitta (GO e DF).

Importante mencionar que apesar do destaque encontrado nas clínicas AmorSaude, podemos estar subestimando os grupos que afirmam ter presença nacional – como o próprio AmorSaude, Clínicas da Cidade, Doctor

Med. Em geral, as clínicas vinculadas a esses grupos se associam por meio de franquia. Por vezes, são clínicas já existentes e que podem não ter atualizado o seu “Nome Fantasia” na base de dados do CNES.

### **MODELOS DE GESTÃO CENTRALIZADA E MODELOS DE FRANQUIA**

As redes de clínicas privadas de gestão centralizada e as redes de clínicas de franquias são modelos distintos de administração de serviços de saúde. As clínicas privadas de gestão centralizada são de propriedade de uma única entidade, com administração centralizada, resultando em alta padronização de processos e controle mais rigoroso sobre operações, compras, marketing e atendimento ao paciente. Esse modelo beneficia-se de economias de escala e procura manter uma consistência uniforme de qualidade, permitindo a rápida implementação de novas tecnologias e práticas, embora com menor flexibilidade para adaptações locais.

Nas redes de clínicas de franquias, cada unidade é de propriedade de um franqueado, que segue as diretrizes da franqueadora, mas tem autonomia operacional. A padronização é moderada, permitindo variações locais. A franqueadora oferece suporte inicial e contínuo, incluindo treinamento e marketing. As economias de escala podem ser limitadas e a qualidade pode variar conforme a capacidade e o compromisso de cada franqueado. As franquias oferecem maior flexibilidade para adaptações locais e inovação, embora a implementação de novas práticas possa ser mais lenta devido à necessidade de coordenação.

Em resumo, as clínicas de gestão centralizada garantem consistência e controle, enquanto as franquias proporcionam flexibilidade e adaptabilidade, com uma variação potencial na qualidade e operações entre as unidades.

Ao analisarmos as características dos grupos de clínicas populares selecionadas, notamos um padrão próximo ao que comumente caracteriza as clínicas populares. A **TABELA 1** apresenta as características gerais das clínicas. Na média, as clínicas populares tendem a ter registrado mais de seis médicos, ter múltiplas especialidades (média de 4 CBOs), atendem pacientes particulares (97%) e eventualmente possuem espaços para exames e diagnósticos (prevalência de SADT é de 18%). No entanto, os resultados da coluna 2 da **TABELA 1** apontam que os desvios-padrão para todas as características são elevados, sugerindo que as clínicas são muito heterogêneas.

**TABELA 1** - CARACTERÍSTICAS MÉDIAS E DESVIOS-PADRÃO DE CLÍNICAS COM NOMES ASSOCIADOS AOS TERMOS DE GRUPOS EMPRESARIAIS DE CLÍNICAS POPULARES SELECIONADOS OU AO TERMO “POPULAR”

|                                 | <b>Média</b> | <b>Desvio-padrão</b> |
|---------------------------------|--------------|----------------------|
| <b>Número de médicos</b>        | 7.7          | 16.5                 |
| <b>Número de especialidades</b> | 4.2          | 4.8                  |
| <b>% atendimento particular</b> | 97%          | 17%                  |
| <b>% com SADT</b>               | 18%          | 37%                  |

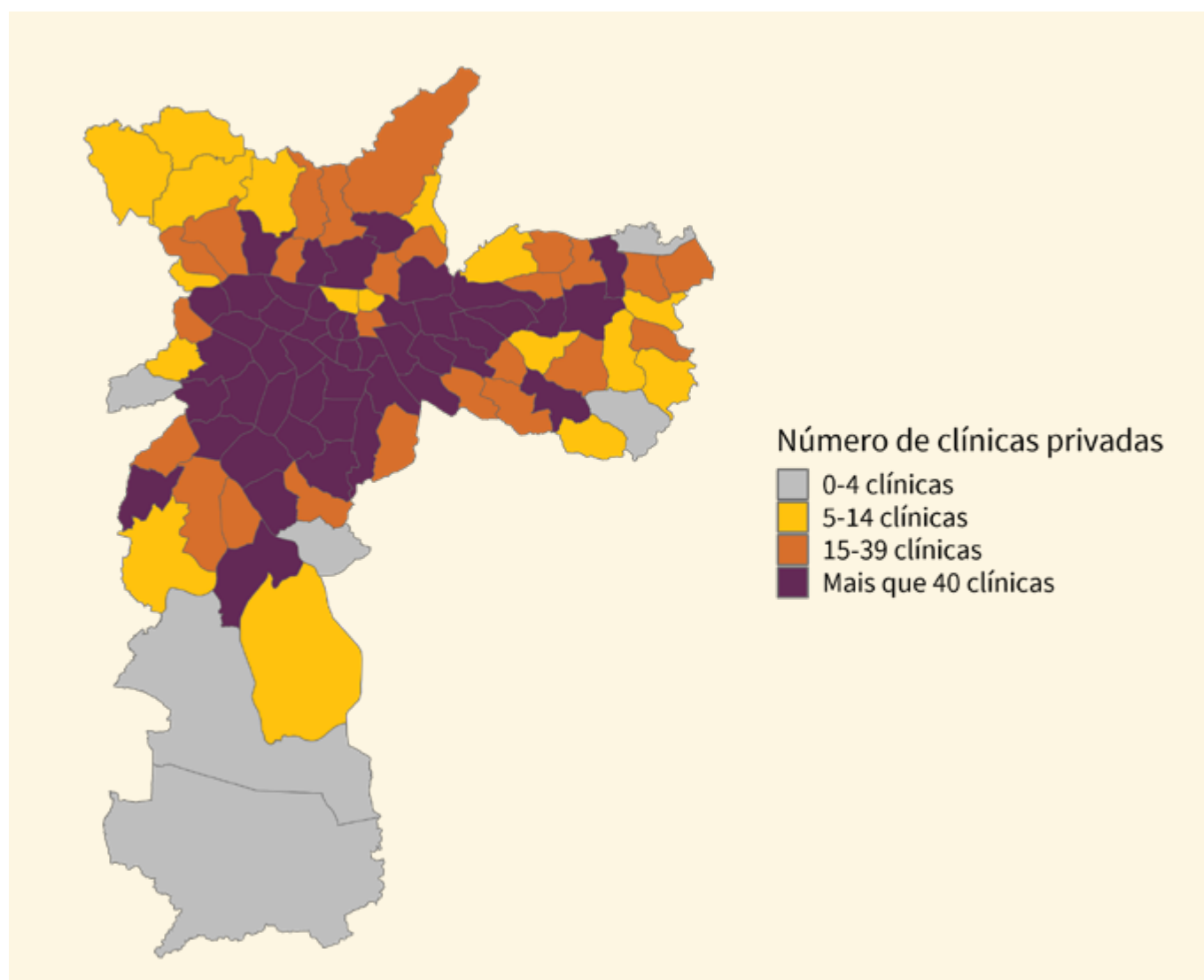
Nota: A tabela apresenta a média e o desvio-padrão para as clínicas em que a razão social ou o nome fantasia da clínica estão associados aos termos de clínicas populares descritos na Seção 2 (metodologia). O período de referência utilizado foi o de dezembro de 2022. As características selecionadas são as mesmas das figuras apresentadas na Seção 7.3.2.

### 7.4.1 Clínicas populares: análise do caso do município de São Paulo

#### Caracterização da presença de clínicas populares no município

Neste trabalho, utilizamos o caso do município de São Paulo para investigar características de grupos de clínicas populares que se expandiram nos últimos anos. O município de São Paulo é o maior do Brasil em termos populacionais, extenso territorialmente, heterogêneo e concentrado em termos de renda (Nery et al., 2019). Como mostramos na **FIGURA 9**, a distribuição de clínicas médicas privadas reflete a distribuição de riqueza econômica do município, concentrando-se nas regiões mais centrais da cidade de São Paulo, que também são as regiões mais ricas e que concentram grande fluxo de pessoas (Nery et al., 2019). Enquanto observamos a presença de clínicas em alguns distritos mais periféricos da cidade, um grande número deles tem como única alternativa os serviços públicos de saúde que cobrem todo o município (São Paulo, 2024).

**FIGURA 9** - DISTRIBUIÇÃO DE CLÍNICAS MÉDICAS PRIVADAS POR DISTRITO (BAIRRO) NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - 2022



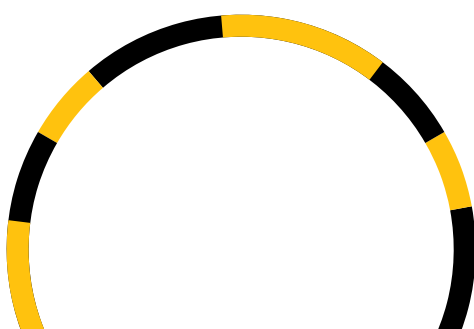
Nota: A figura apresenta o número de clínicas privadas por distrito (bairro) do município de São Paulo. Os dados têm como fonte informações georreferenciadas pelo Centro de Estudos da Metrópole e dados georreferenciados pelos autores por meio do CNES.



Apesar da existência de clínicas privadas em bairros da periferia, como analisamos na seção anterior, os últimos anos foram marcados pela entrada de novos grupos empresariais, que expandiram a disponibilidade de serviços para parcela da população sem plano de saúde e disposta a pagar por serviços de saúde a preços menores do que os praticados. São exemplos os casos selecionados em nossa pesquisa, que também atuam na cidade de São Paulo: Dr Consulta, Clínicas Fares, AmorSaude, Clínica da Cidade, Docctor Med e Acesso Saúde. Vale destacar que, com exceção dos dois primeiros grupos, os demais são grupos que atuam em várias cidades brasileiras.

A forma de gerenciamento e supervisão dos serviços também é diferente entre as empresas. Enquanto o Dr Consulta e as Clínicas Fares são grupos que atuam gerenciando suas clínicas de maneira centralizada, os demais grupos atuam (muitas vezes) no modelo de franquia, em que consultórios próprios se associam à marca, tendo como benefício a propaganda e os clientes associados aos planos de fidelidade. Com isso, enquanto os estabelecimentos vinculados aos grupos mais centralizados tendem a reproduzir características definidas por uma entidade organizacional central, os estabelecimentos ligados à franquia tendem a ter maior variabilidade em suas operações, embora respeitem alguns critérios mínimos para associação com a marca.

As diferenças se refletem na organização observada das empresas. A **TABELA 2** apresenta informações sobre o tamanho das clínicas e serviços disponíveis nos estabelecimentos. Modelos como o Dr Consulta e a Clínica Fares destacam-se pelo tamanho (número de médicos e profissionais associados) e pela diversificação de serviços: múltiplas especialidades médicas e possibilidades de exames (equipamentos disponíveis). Nos modelos de franquia, como a do AmorSaude, observamos um menor número de funcionários e médicos. Além disso, o número de especialidades oferecido em cada clínica é reduzido. Essas diferenças realçam os modelos de negócio, enquanto as franquias possuem modelos mais heterogêneos, as clínicas com administração central e unidades de filial tentam reproduzir uma lógica de negócio homogênea.





**TABELA 2** – CARACTERÍSTICAS DOS GRUPOS EMPRESARIAIS DE CLÍNICAS POPULARES E ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE EM GERAL

|                                   | Dr Consulta | Amor Saude | Fares | Clínica da Cidade | DocctorMed | Consultório C. | Especializada | Policlínica | Hospital Dia |
|-----------------------------------|-------------|------------|-------|-------------------|------------|----------------|---------------|-------------|--------------|
| <b>Número de profissionais</b>    |             |            |       |                   |            |                |               |             |              |
| <b>N Profissionais</b>            | 97.0        | 13.7       | 31.5  | 13.7              | 3.2        | 1.7            | 6.7           | 21.5        | 139.5        |
| <b>N Médicos</b>                  | 79.1        | 9.2        | 27.5  | 11.7              | 2.0        | 1.0            | 2.8           | 12.3        | 55.4         |
| <b>Especialidades disponíveis</b> |             |            |       |                   |            |                |               |             |              |
| <b>% com pediatra</b>             | 89.0        | 27.0       | 100.0 | 33.0              | 25.0       | 6.0            | 5.0           | 18.0        | 16.0         |
| <b>% com cardiologista</b>        | 100.0       | 27.0       | 100.0 | 33.0              | 25.0       | 3.0            | 7.0           | 26.0        | 50.0         |
| <b>% com ginecologista</b>        | 100.0       | 33.0       | 100.0 | 67.0              | 0.0        | 9.0            | 13.0          | 35.0        | 46.0         |
| <b>% com oftalmologista</b>       | 95.0        | 33.0       | 100.0 | 67.0              | 0.0        | 3.0            | 10.0          | 17.0        | 48.0         |
| <b>% com urologista</b>           | 95.0        | 27.0       | 100.0 | 33.0              | 0.0        | 2.0            | 4.0           | 20.0        | 48.0         |
| <b>% com psiquiatra</b>           | 100.0       | 13.0       | 50.0  | 0.0               | 0.0        | 4.0            | 4.0           | 9.0         | 12.0         |
| <b>Equipamentos disponíveis</b>   |             |            |       |                   |            |                |               |             |              |
| <b>% com tomógrafo</b>            | 5.0         | 0.0        | 50.0  | 0.0               | 0.0        | 0.0            | 1.0           | 1.0         | 24.0         |
| <b>% com raiox</b>                | 37.0        | 40.0       | 50.0  | 0.0               | 25.0       | 14.0           | 14.0          | 17.0        | 60.0         |
| <b>% com ressonância</b>          | 11.0        | 0.0        | 0.0   | 0.0               | 0.0        | 0.0            | 0.0           | 1.0         | 14.0         |
| <b>% com mamógrafo</b>            | 11.0        | 0.0        | 0.0   | 0.0               | 0.0        | 0.0            | 1.0           | 2.0         | 22.0         |
| <b>% com ultrassom</b>            | 95.0        | 27.0       | 100.0 | 67.0              | 25.0       | 3.0            | 11.0          | 33.0        | 64.0         |
| <b>N</b>                          | 19.0        | 15.0       | 2.0   | 3.0               | 4.0        | 10624.0        | 3744.0        | 326.0       | 50.0         |

Nota: A tabela apresenta características médias das clínicas populares selecionadas e das clínicas de modo em geral no município de São Paulo. A fonte de informações utilizada na tabela é o CNES para o ano de 2022.

Se, por um lado, a estrutura física das clínicas difere entre os grupos empresariais, por outro lado os preços praticados são muito próximos entre os diversos grupos. A **TABELA 3** apresenta preços de procedimentos selecionados para as clínicas populares em questão. Para referência, listamos também os preços pagos pelas seguradoras no município de São Paulo aos prestadores (TISS) e os preços pagos pelo SUS aos prestadores conveniados. Os preços praticados pelas clínicas populares ao consumidor final estão em linha com os preços médios pagos pelas operadoras de saúde aos prestadores, e, em geral, abaixo dos preços mais caros pagos pelas operadoras (percentil 90). Em outras palavras, os preços cobrados pelas clínicas



populares não diferem do preço médio de mercado negociado entre operadoras e prestadores privados. Importante lembrar que para parte dos usuários de clínicas populares o preço listado pode ser ainda mais baixo do que o apresentado na **TABELA 3**, uma vez que existem os cartões de desconto e fidelidade, tipicamente usados pelas empresas de clínica popular. No site de um dos grupos de clínicas populares, por exemplo, o desconto em exames é de 30% se o usuário possuir o cartão da empresa. Por último, outro fator que chama a atenção é que mesmo sendo próximos a média paga pelas operadoras privadas, os preços são bastante superiores aos pagos pelo SUS aos estabelecimentos conveniados.

**TABELA 3** - PREÇOS DE PROCEDIMENTOS SELECIONADOS NAS CLÍNICAS POPULARES, PAGOS PELAS SEGURADORAS DE SAÚDE, E REEMBOLSADOS PELO GOVERNO FEDERAL NO SUS

| Procedimento           | Grupo Econômico |               |            |                |            |            |          |            |
|------------------------|-----------------|---------------|------------|----------------|------------|------------|----------|------------|
|                        | Dr Consulta     | Clínica Fares | Amor-Saude | Clínica Cidade | Doctor-Med | TISS Média | TISS P90 | SUS-SIGTAP |
| Consulta clínico geral | R\$ 121         | R\$ 120       | R\$ 105    | R\$ 99         | R\$ 90     | R\$ 122    | R\$ 200  | -          |
| Consulta cardiologista | R\$ 166         | R\$ 170       | -          | R\$ 140        | R\$ 160    | -          | -        | R\$ 10     |
| Colesterol             | R\$ 14          | R\$ 19        | -          | -              | -          | R\$ 12,8   | R\$ 20   | R\$ 3,50   |
| Ultrassom              | R\$ 195         | R\$ 180       | -          | R\$ 150        | R\$ 150    | R\$ 201    | R\$ 429  | R\$ 38     |
| Tomografia             | R\$ 450         | R\$ 476       | -          | -              | R\$ 365    | R\$ 226    | R\$ 490  | R\$ 136,41 |
| Ressonância            | R\$ 815         | R\$ 750       | -          | -              | R\$ 512    | R\$ 691    | R\$ 1207 | R\$ 269    |
| Mamografia             | R\$ 186         | R\$ 242       | -          | R\$ 165        | -          | R\$ 123    | R\$ 236  | R\$ 22,50  |

Nota: A tabela apresenta os preços divulgados pelas clínicas populares selecionadas e os preços praticados pagos pelas operadoras aos prestadores privados, bem como os preços pagos pelo governo aos prestadores conveniados ao SUS. Todas as informações são relativas ao município de São Paulo. Para as clínicas privadas, os preços foram coletados dos seus portais ou por meio de consulta por mensagem de texto entre novembro de 2023 e janeiro de 2024. Os preços da TISS foram coletados para o mês de dezembro de 2022, por meio dos microdados divulgados pela a ANS. Coletamos duas estatísticas da TISS, o preço médio (TISS Média) e percentil 90 dos preços (TISS P90). Os preços do SIGTAP foram coletados do site do Ministério da Saúde.

Além dos preços praticados, os grupos empresariais de clínicas populares também tentam se aproximar de um segmento de classe econômica mais baixa por meio da localização de suas clínicas. A **TABELA 4** apresenta características selecionadas do local das clínicas. Os valores sugerem que as clínicas se localizam em áreas de nível socioeconômico mais baixo ou próximas às regiões de maior fluxo. Por exemplo, as clínicas associadas à franquia AmorSaude estão, em geral, em áreas com maior população e com renda familiar menor do que a média. Já as clínicas do Dr Consulta estão localizadas em áreas de nível socioeconômico maior, mas muito próximas a estações de metrô ou trem, que são regiões com maior fluxo de pessoas.



**TABELA 4** - CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE NAS ÁREAS EM QUE ESTÃO LOCALIZADAS OS GRUPOS DE CLÍNICAS POPULARES

| Característica                  | Grupo Econômico |               |             |                |             |         |
|---------------------------------|-----------------|---------------|-------------|----------------|-------------|---------|
|                                 | Dr Consulta     | Clínica Fares | Amor- Saude | Clínica Cidade | Docctor Med | Outras  |
| <b>Localização</b>              |                 |               |             |                |             |         |
| <b>Distância metrô (km)</b>     | 0,6             | 2,3           | 3,5         | 1,5            | 1,9         | -       |
| <b>Distância trem (km)</b>      | 2,0             | 3,4           | 2,6         | 2,2            | 2,5         | -       |
| <b>Sociodemográfico</b>         |                 |               |             |                |             |         |
| <b>População</b>                | 95.977          | 114.301       | 166.607     | 109.543        | 87.850      | 104.152 |
| <b>Renda domiciliar (reais)</b> | 6.141           | 4.376         | 2.978       | 4.724          | 4.893       | 3.716   |
| <b>Fila (em dias)</b>           |                 |               |             |                |             |         |
| <b>Clínica geral</b>            | 39              | 35            | 39          | 47             | 40          | 57      |
| <b>Tomografia</b>               | 20              | 25            | 37          | 20             | 27          | 17      |
| <b>Mamografia</b>               | 39              | 41            | 30          | 41             | 34          | 13      |

Nota: A tabela apresenta as características das localidades em que estão localizadas as clínicas populares analisadas no município de São Paulo. A partir do georreferenciamento de clínicas calculou-se a distância (em linha reta) para as estações de trem e metrô, utilizando dados da secretaria municipal de transportes disponíveis no portal GeoSampa. Os dados de população e renda são referentes ao censo de 2010 e estão no nível do distrito (bairro), e também foram extraídos do portal GeoSampa. As filas de espera estão disponíveis apenas no nível da subprefeitura e foram extraídas do portal "Observa Sampa" e são referentes as filas do SUS geridas pela secretaria municipal de saúde de São Paulo.

Outras características dos territórios em que as clínicas populares se fazem presentes chamam a atenção, por exemplo o tempo de espera por serviços no SUS. Os resultados apresentados indicam que as clínicas se localizam em subprefeituras onde as filas por exames diagnósticos (tomografia e mamografia) são maiores. Em conjunto, notamos que as clínicas escolhem estrategicamente sua localização para lidar com a camada da população que necessita de serviços de saúde e enfrenta os desafios do SUS.

### A relação entre entrada das clínicas populares e a provisão de serviços de saúde do SUS

A oferta de saúde privada pode ter impacto na organização do SUS, especialmente as clínicas populares, que buscam atrair usuários sem planos de saúde. Estabelecer a relação entre a operação de clínicas populares e organização do sistema de saúde público não é trivial, uma vez que existem muitos fatores que influenciam tanto a presença de clínicas populares quanto a produção de saúde do SUS. Neste artigo, realizamos uma primeira tentativa de associação entre essas duas variáveis, analisando a relação entre o início da operação de clínicas populares dos grupos empresariais selecionados e dois componentes de organização do SUS: a produção de saúde (consultas médicas totais), bem como a oferta de médicos.

A análise utiliza dados ao longo do tempo e em um espaço geográfico definido. Mais especificamente, para cada um dos 96 distritos do município (bairro), definimos a existência ou não de uma clínica popular ao longo dos anos de 2010 a 2022. Com essa estrutura, empregamos o método

conhecido como diferenças em diferenças, comparando distritos que têm uma clínica popular com aqueles que não têm, antes e depois da abertura da clínica. Dessa forma, tendências temporais que ocorreram por mudanças gerais no município e comuns a todos os distritos podem ser controladas (efeito fixo de ano), bem como diferenças estruturais (constantes ao longo do tempo) entre os distritos (efeito fixo de distrito).

Apresentamos primeiro a relação entre a entrada dos grupos de clínicas populares e o número de consultas médicas totais realizadas pelo SUS. A **TABELA 5** apresenta os resultados, indicando que o número de consultas médicas cai após a abertura de clínicas populares. A ordem de grandeza dessa queda não é desprezível. O efeito em consultas médicas é de -0.287, ou 11% se considerarmos como referência o valor médio de 2010 (2,56 consultas por habitante).

**TABELA 5** - RELAÇÃO ENTRE ENTRADA DE CLÍNICA POPULAR E CONSULTAS MÉDICAS TOTAIS - DIFERENÇAS EM DIFERENÇAS

|   | Consultas Médicas Totais (por habitantes) |
|---|---|
| <b>Pós entrada das clínicas populares</b> | 0.287*<br>(0.164)                         |
| <b>Média de consultas em 2010</b>         | 2.56                                      |
| <b>Número de observações</b>              | 1,248                                     |

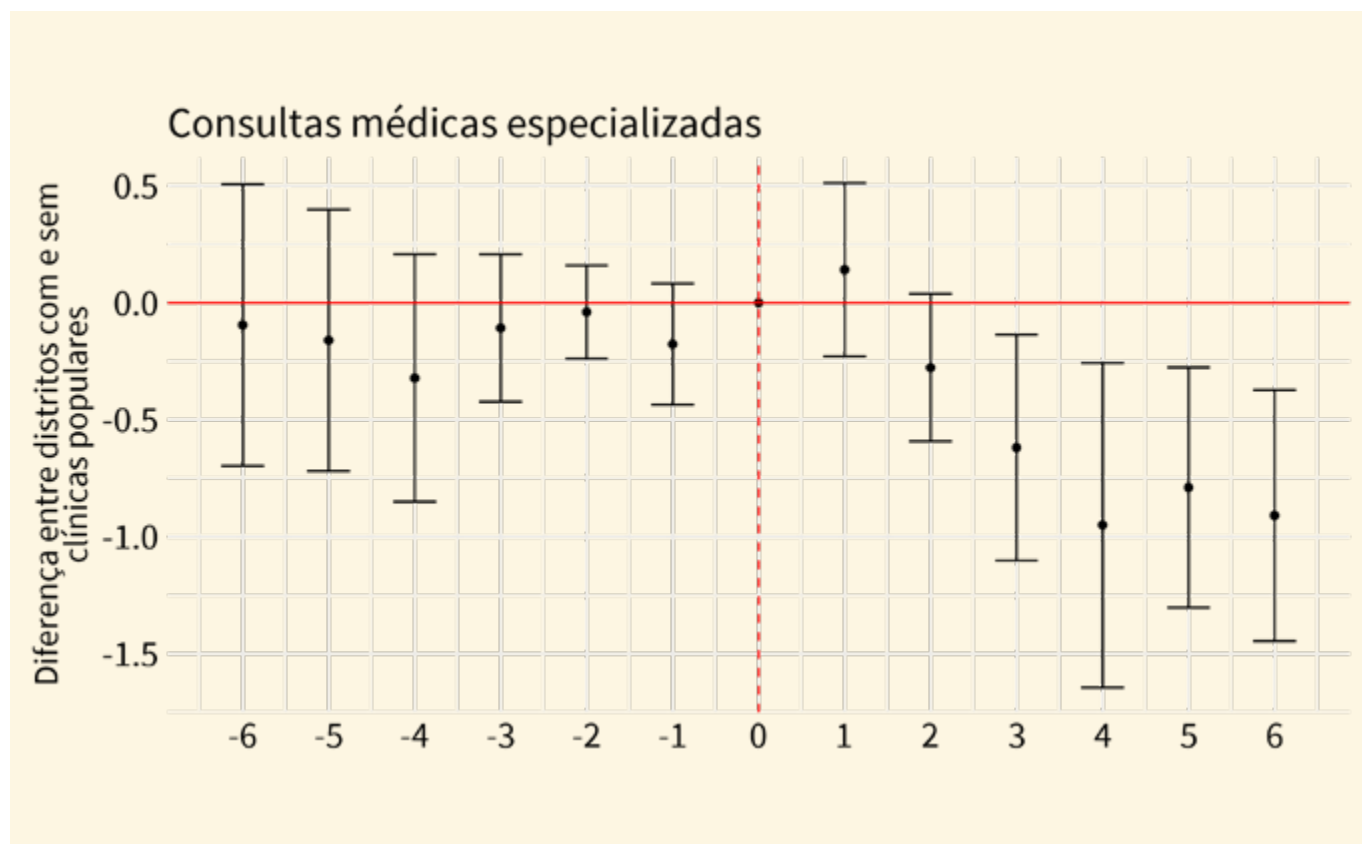
Notas: A Tabela apresenta o coeficiente do efeito entre a entrada das clínicas populares e consultas médicas para os estabelecimentos públicos de São Paulo que reportaram dados por meio da SIA. Os valores entre parênteses são referentes aos erros padrão, clusterizados no nível do distrito. O valor médio de 2010 é a média de consultas por habitante e por distrito. \*p<0.1

A **FIGURA 10** complementa os resultados da **TABELA 6**, com o objetivo de examinar se a queda no número de consultas estaria ocorrendo antes da abertura das clínicas, como um exercício de falsificação. Na **FIGURA 10**, apresentamos um exercício de diferenças em diferenças combinado com o estudo de eventos, e os resultados indicam que não há uma tendência prévia no número de consultas em determinado distrito quando comparamos os distritos com e sem abertura de clínicas populares. Além disso, a queda no número de consultas ocorre de maneira mais intensa a partir do segundo ano de abertura da clínica.





**FIGURA 10** - RELAÇÃO ENTRE ENTRADA DE CLÍNICA POPULAR E CONSULTAS MÉDICAS TOTAIS - DIFERENÇAS EM DIFERENÇAS COM ESTUDO DE EVENTO



Notas: A Figura apresenta os coeficientes que relacionam a entrada das clínicas populares ao número total de consultas médicas no SUS para os estabelecimentos públicos do município de São Paulo que reportaram dados por meio da SIA. O ponto indica a estimativa do coeficiente, e as barras o intervalo de confiança de 95%. Os erros-padrão foram clusterizados no nível do distrito.

A entrada de clínicas populares pode mudar o uso do SUS pela população, mas também a organização dos recursos disponíveis ao SUS, como a oferta de médicos. Em princípio, em um mercado de trabalho com muita demanda e com número insuficiente de profissionais, as organizações precisam competir pelos profissionais. Este provavelmente é o caso do mercado de médicos. Assim, para terem profissionais disponíveis, as clínicas populares precisam atrair profissionais interessados no tipo de atendimento clínico ambulatorial, e esses profissionais podem estar vinculados ao SUS. Como os médicos atuam de maneira intermitente nos vários estabelecimentos de saúde, podemos ter uma redução de oferta de médicos para o SUS (o médico se desliga de um estabelecimento coberto pelo SUS para trabalhar no mercado privado) ou um aumento de prática dupla (o médico atua concomitantemente no setor privado e no público).



**TABELA 6** - RELAÇÃO ENTRE ENTRADA DE CLÍNICA POPULAR, TAXAS DE MÉDICOS NO SUS E PROPORÇÃO DE MÉDICOS COM VÍNCULOS DUPLOS - DIFERENÇAS EM DIFERENÇAS

|   | <b>Taxa de médicos SUS<br/>(por cem mil habitantes)<br/>(1)</b> | <b>Proporção de médicos<br/>com vínculos duplos<br/>(2)</b> |
|---|---|---|
| <b>Pós entrada das clínicas populares</b>   | 0.647<br>(0.947)  | 0.028*<br>(0.016)   |
| <b>Média da variável dependente em 2010</b> | 3.24  | 0.47  |
| <b>Número de observações</b>                | 1,248   | 1,248   |

Notas: A Tabela apresenta o coeficiente do efeito entre a entrada das clínicas populares e taxa de médicos no SUS do município de São Paulo (Coluna 1) e proporção de médicos no SUS que atuam também no setor privado (2). Os valores entre parênteses são referentes aos erros padrão, clusterizados no nível do distrito. O valor médio de 2010 é a média dos distritos para a variável dependente em questão. \* $p < 0.1$ ; \*\* $p < 0.05$ ; \*\*\* $p < 0.01$

Para analisar se a entrada das clínicas populares se associa à mudança de oferta de médicos para o SUS, aplicamos a metodologia de diferenças em diferenças de maneira similar ao que fizemos anteriormente. Utilizamos como variável dependente a taxa de médicos em estabelecimentos do SUS por distrito ou o percentual de médicos no SUS com vínculo duplo (privado e público). Os resultados apresentados na **TABELA 6** apresentam os resultados e indicam que não houve alteração na taxa de médicos do SUS pela população nos distritos onde entraram as clínicas populares. Porém, também encontramos resultados indicando aumento do percentual de médicos que possuem duplo vínculo (público e privado). Em outras palavras, os resultados encontrados são sugestivos em relação aos possíveis efeitos de concorrência com a rede pública, que ocorrem quando grupos privados passam a atuar no mercado local, sugerindo uma redução de oferta exclusiva de médicos para o sistema público. Para essa análise, também realizamos o exercício de robustez que combina os métodos de estudo de evento com o de diferenças em diferenças, as figuras são apresentadas no apêndice. Mais uma vez, não podemos observar uma tendência prévia nos resultados, o que corrobora para a validade interna de nosso exercício. Por último, é importante ressaltar que devido à limitação de dados, não conseguimos investigar o número de médicos trabalhando no setor privado por distrito.

Apesar dos resultados sugestivos, é fundamental destacarmos as possíveis limitações. Nossas análises tentam buscar o efeito causal no uso do SUS ofertado no município de São Paulo usando a metodologia de diferenças em diferenças, comparando as tendências ao longo do tempo (2010-2022) de distritos que tiveram uma abertura de clínica com distritos que não tiveram. Com isso, potenciais diferenças entre os distritos, que são constantes ao longo do tempo, assim como mudanças temporais comuns a todos os distritos dos municípios que ocorreram ao longo do tempo não afetam a análise. Porém, mudanças temporais específicas do distrito que coincidem com a abertura das clínicas podem afetar esses resultados. Para dar um exemplo, podemos citar mudanças no perfil imobiliário dos distritos que receberam clínicas populares ou de acesso a transporte público. Se o início da prestação de serviços das clínicas populares coincide com mudanças no perfil imobiliário da região (por exemplo, maior atividade comercial), então o nosso resultado pode ser enviesado.



# 7.4

## Discussão

Nossos resultados indicam que a população brasileira recorre com frequência cada vez maior ao uso de serviços de clínicas de saúde privada, pagando diretamente aos prestadores. Esse aumento pode ser reflexo das dificuldades estruturais enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que não consegue atender plenamente às demandas de serviços, especialmente na atenção secundária, que inclui consultas com especialistas e exames diagnósticos.

Ao mesmo tempo que o uso de clínicas privadas cresceu nos últimos anos, observamos uma forte expansão no número de estabelecimentos desse tipo em todo o país. Em especial, notamos um forte crescimento de alguns tipos de clínicas que podem estar associadas ao perfil de clínicas populares: com um maior número de médicos, que em geral oferecem diversas especialidades médicas, exames diagnósticos e atendimento por meio de pagamento direto ao prestador. O que por sua vez é reforçado pelo exercício que realizamos ao identificar padrões nos nomes das clínicas, onde os resultados revelam um forte crescimento de nomes associados a grupos econômicos que tem como negócio principal a oferta de clínicas populares.

Com o objetivo de entender com maior profundidade a estratégia de grupos de clínicas populares analisamos o caso do município de São Paulo. Em conjunto, nossos resultados para essas análises apontam que a expansão dos serviços de clínicas privadas e, em especial, as clínicas populares (com pagamento do próprio bolso) coloca desafios para o sistema de saúde brasileiro em pelo menos três dimensões: coordenação e organização do sistema de saúde, financiamento, e conflitos de interesse inerentes à relação entre grupos empresariais e profissionais.

Quanto à organização do sistema de saúde, a entrada de clínicas populares pode gerar maior fragmentação na provisão de serviços prioritários e aumentar problemas de coordenação e acompanhamento longitudinal dos pacientes. O impacto sobre a organização do sistema pode ser ilustrado pelo impacto negativo das clínicas populares no número de consultas médicas no SUS, acompanhada por um aumento no número de médicos atuando simultaneamente no setor público e privado. Essa redução nas consultas médicas pode ser prejudicial para o acompanhamento dos

pacientes feita pela atenção primária, diminuindo a eficácia da abordagem longitudinal preconizada pelo Sistema Único de Saúde.

Em relação ao financiamento, nossos resultados indicam que essas clínicas são estrategicamente localizadas em regiões de baixa renda ou com alto fluxo populacional, para estar próximas ao público sem plano de saúde. Os preços praticados por esses grupos são, em sua maioria, semelhantes ou inferiores aos preços médios pagos pelas operadoras de planos de saúde aos prestadores conveniados e bastante inferiores aos preços mais altos pagos pelas operadoras. Ao depender de pagamentos do próprio bolso, as pessoas precisam arcar com custos e provavelmente recorrem a serviços de crédito caros, dada a baixa renda da população de interesse das clínicas populares. Com isso comprometem seus gastos com outros itens essenciais, que podem ter consequências para outras dimensões da própria saúde.

Os potenciais conflitos de interesses do modelo de negócio desse setor é outro ponto relevante na discussão. Dada a inexistência de dados de serviços realizados pelos prestadores privados, optamos por não abordar a questão nesse capítulo. No entanto, é preciso ter ciência que esses grupos empresariais de clínicas populares combinam diversos serviços em um mesmo estabelecimento – serviços de consulta, diagnóstico médico, e financeiros (e.g., crédito). Por se tratar de entidades com fins lucrativos, possuem incentivos para promover um uso excessivo dos serviços de saúde (King et al., 2021; Bennett et al. 1994), ao mesmo tempo que podem prestar um serviço de qualidade inferior em dimensões relevantes à população (Knutsson e Tyrefors, 2022). Se isso ocorrer, os usuários de tais serviços estão incorrendo em riscos e custos desnecessários.

Ao considerar os diferentes elementos que regem a expansão de atendimento privado de saúde, com pagamento do próprio bolso, destacamos que é crucial que as autoridades regulatórias prestem atenção aos desafios da área e proponham soluções que envolvam regulação e monitoramento, incluindo:

■ **A necessidade de maior supervisão sobre os prestadores ambulatoriais de saúde privados.** Dado o uso crescente desses serviços pela população em geral – inclusive para os usuários do SUS – é importante que o governo esteja vigilante para questões de qualidade, respeito as questões de saúde pública, e um canal de prestação de contas para maior entendimento da atuação dos prestadores privados que atendem a população com pagamento do próprio bolso. A Agência Nacional de Saúde Suplementar regula apenas as operadoras de saúde, e em certa medida, acompanha o relacionamento com os prestadores que prestam serviços as operadoras. No caso dos atendimentos de prestadores privados com pagamento do próprio bolso, não há sistema de informação que possibilite o monitoramento e uma eventual regulação por parte do sistema de saúde.

■ **Venda casada de serviços e risco moral.** O modelo dos grupos empresariais que se baseia no investimento de serviços médicos e de diagnósticos pode gerar uma cadeia de incentivos perversos em que, potencialmente, exames são solicitados como parte da operação para alcançar melhores resultados financeiros e não os melhores resultados de saúde para o paciente. Apesar de nossos dados não permitirem a investigação de tal desalinhamento de incentivos, a literatura



de aponta para conflitos de interesse gerados pela relação de pagamentos do próprio bolso do paciente e a prestação de serviços médicos que tem como objetivo o lucro (ver, por exemplo, King et al., 2021). Nesse caso, corre-se o risco de: (a) expor o paciente a potenciais danos, uma vez que o mesmo pode ser submetido a tratamentos inadequados; (b) ineficiência ou desperdício de recursos, já que os recursos não precisavam ser utilizados; (c) consequências danosas para a saúde pública, uma vez que a falta de coordenação junto a serviços públicos de saúde – como é o caso da falta de integração com a vigilância – pode ser prejudicial ao bem-estar da população.

■ **O quadro atual de investimento massivo em modelos de grupos empresariais de clínicas populares requer um olhar atento por parte do poder público no escopo de serviços ofertados por esses grupos, em especial, os serviços financeiros.** Há um vazio regulatório sobre o que são de fato os serviços de fidelização de clientes, como os cartões de benefícios, cartões de desconto e similares. Tais serviços oferecidos pelos grupos empresariais são serviços financeiros ou serviços de seguro de saúde? Este ponto requer o olhar atento para as áreas de regulação financeira e para as áreas que protegem o consumidor de práticas abusivas, como a de vendas casadas. Além disso, se os serviços de fidelização se aproximam dos serviços de um seguro de saúde parcial, é preciso aperfeiçoar a legislação para que os serviços ofertados respeitem as obrigações referentes aos seguros de saúde.

■ **Por último, é preciso reconhecer que a expansão de serviços de saúde com pagamento do próprio bolso é um sinal de que o sistema único de saúde não tem sido suficiente para atender as demandas da população.** Grupos econômicos competem para chegar a uma população vulnerável, porque encontram possibilidade de lucro junto a uma demanda que não está sendo atendida de maneira satisfatória pela provisão pública e não por outra razão. A partir do momento que o SUS oferta serviços de maneira satisfatória, o escopo de atuação desses grupos econômicos fica reduzido. De modo mais imediato, uma vez que os usuários desses grupos de clínicas populares são muitas vezes usuários do SUS, existe a necessidade de se compreender como se dá o fluxo de atendimento entre os dois setores. Além das prestações de contas por parte do sistema privado, com compartilhamento obrigatório de dados e informação para o sistema de saúde, o investimento no SUS precisa ser estratégico, priorizando áreas mais vulneráveis de maneira integrada. Oferecendo assim a oportunidade para que a população que mais necessita desses serviços seja atendida de maneira mais eficaz e transparente.

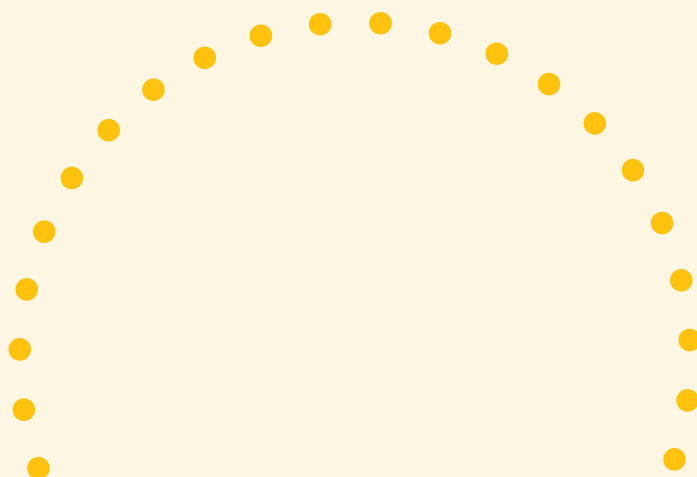


## Referências

- Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Boletim panorama: saúde suplementar [recurso eletrônico]. v.1 n. 3, 3º trimestre de 2023. Rio de Janeiro: ANS, 2023.
- Assis, R. (2022, April). Cartões de desconto: entre o SUS e a saúde suplementar. Estado De Minas. Retrieved March 5, 2024, from [https://www.em.com.br/app/colunistas/renato-assis/2022/04/11/interna-renato-assis,1359264/cartoes-de-desconto-entre-o-sus-e-a-saude-suplementar.shtml#google\\_vignette](https://www.em.com.br/app/colunistas/renato-assis/2022/04/11/interna-renato-assis,1359264/cartoes-de-desconto-entre-o-sus-e-a-saude-suplementar.shtml#google_vignette)
- Barros, P. P., & Siciliani, L. (2011). Public and private sector interface. In Handbook of health economics (Vol. 2, pp. 927-1001). Elsevier.
- Belli, P., Gotsadze, G., & Shahriari, H. (2004). Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. Health Policy, 70(1), 109-123
- Bennett, S., Dakpallah, G., Garner, P., Gilson, L., Nittayaramphong, S., Zurita, B., & Zwi, A. (1994). Carrot and stick: state mechanisms to influence private provider behaviour. Health policy and planning, 9(1), 1-13.
- Carlin, Caroline S., Roger Feldman, and Bryan Dowd. "The impact of provider consolidation on physician prices." Health economics 26, no. 12 (2017): 1789-1806.
- Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade, M. V., de Souza Noronha, K. V. M., ... & Atun, R. (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. The lancet, 394(10195), 345-356.
- Dunn, A., & Shapiro, A. H. (2014). Do physicians possess market power?. The Journal of Law and Economics, 57(1), 159-193.
- Einav, L., & Finkelstein, A. (2011). Selection in insurance markets: Theory and empirics in pictures. Journal of Economic perspectives, 25(1), 115-138.
- Gaynor, M., & Town, R. J. (2011). Competition in health care markets. Handbook of health economics, 2, 499-637.
- IDB, I. (2023, August). BID Invest e dr.consulta aumentarão o acesso a serviços de saúde acessíveis no Brasil . IDB Invest. Retrieved March 5, 2024, from <https://idbinvest.org/en/news-media/idb-invest-and-drconsulta-will-increase-access-affordable-health-services-brazil>
- Godoy, C. V. (2019). As clínicas médicas populares privadas: uma alternativa para a crise da saúde? Os casos de Fortaleza (CE) e Belém (PA). Contribuciones a las ciencias sociales, (mayo).
- Godoy, C.V, Rocha, G.M. A territorialidade da Atenção Básica à Saúde do SUS: a difusão das clínicas médicas populares na Região Metropolitana de Belém, Pará, Brasil. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2023/Jul).
- Godoy, C. V., & da Silva, J. B. (2018). O FENÔMENO DE EXPANSÃO DAS CLÍNICAS MÉDICAS POPULARES: RESSIGNIFICAÇÃO DO BAIRRO CENTRO EM FORTALEZA-CEARÁ. Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, 14(28), 32.



- Jurca, R. D. L. (2018). Individualização social, assistência médica privada e consumo na periferia de São Paulo (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Jurca, R. D. L. (2021). Neoliberalismo E Individualização Nas Políticas De Saúde Na Periferia Sul De São Paulo. Caderno CRH, 33.
- Keenan, N. G., Captur, G., McCann, G. P., Berry, C., Myerson, S. G., Fairbairn, T., ... & Greenwood, J. P. (2021). Regional variation in cardiovascular magnetic resonance service delivery across the UK. *Heart*, 107(24), 1974-1979.
- King, J. J., Powell-Jackson, T., Makungu, C., Hargreaves, J., & Goodman, C. (2021). How much healthcare is wasted? A cross-sectional study of outpatient overprovision in private-for-profit and faith-based health facilities in Tanzania. *Health policy and planning*, 36(5), 695-706.
- Muremyi, R., Haughton, D., Niragire, F., & Kabano, I. (2023). Determining Factors Influencing Out-of-Pocket Health Care Expenditures in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review. In *Applied Research Conference in Africa* (pp. 441-450). Springer, Cham.
- Nery, M. B., Souza, A. A. L. D., & Adorno, S. (2019). Os padrões urbano-demográficos da capital paulista. *Estudos Avançados*, 33, 5-36.
- Relman, A. S., & Reinhardt, U. E. (1986). Debating for-profit health care and the ethics of physicians. *Health Affairs*, 5(2), 5-31.
- Rocha, R. T. D. (2018). Criação de valor compartilhado em negócios sociais: estudo com clínicas populares de saúde preventiva (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Rodrigues, M. R., & Sousa, M. F. D. (2023). Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo. *Saúde em Debate*, 47, 242-252.
- São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação -CEInfo. Boletim CEInfo Saúde em Dados | Ano XXI, nº 21, Julho/2022. São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde, 2022, 28p
- São Paulo. (2024). Mapa com a delimitação das áreas de abrangência de UBS. Secretaria Municipal Da Saúde. Retrieved March 5, 2024, from [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia\\_e\\_informacao/geoprocessamento\\_e\\_informacoes\\_socioambientais/index.php?p=309778](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/geoprocessamento_e_informacoes_socioambientais/index.php?p=309778)
- Solla J Chioro A Atenção ambulatorial especializada.in: Giovanella L Escorel S Lobato LVC Noronha JC Carvalho AI Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2nd edn. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro 2012: 547-576
- Todos, C. de. (2024). Institucional e Sobre a Empresa. Cartao De Todos. Retrieved March 5, 2024, from <https://www.cartao detodos.com.br/cartao-de-todos/>
- Wagstaff, A., Eozenou, P., & Smitz, M. (2020). Out-of-pocket expenditures on health: a global stocktake. *The World Bank Research Observer*, 35(2), 123-157.





## Anexos

### I – Lista de reportagens consultadas para localizar grupos econômicos associados a clínicas privadas

Docctor Med - <https://exame.com/pme/como-este-ex-office-boy-criou-clinicas-que-faturam-r-40-mi/>

Clínica da cidade - <https://exame.com/negocios/ele-era-o-unico-funcionario-de-seu-negocio-de-clinicas-populares-agora-sao-mais-de-500-pelo-pais/>

Clínica sim - <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2020/11/12/clinicas-populares-de-fortaleza-apontam-crescimento-na-procura-por-atendimentos-medicos.ghtml>

Dr consulta - <https://economia.uol.com.br/empreendedorismo/noticias/redacao/2016/07/04/redes-de-consultas-medicas-e-exames-baratos-crescem-empurradas-pela-crise.htm>

AmorSaude - <https://revistapegn.globo.com/franquias/noticia/2023/02/com-consultas-medicas-a-partir-de-r-26-amorsaude-ultrapassa-400-unidades-e-testa-franquia-para-cidades-pequenas.ghtml>

Acesso Saude - <https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/especial-publicitario/acesso-saude/noticia/2020/05/28/acesso-saude-amplia-o-atendimento-medico-a-populacao.ghtml>

SegMed - <https://exame.com/negocios/eles-devem-faturar-r-60-milhoes-em-2023-em-clinicas-com-consultas-medicas-a-partir-de-r-20-como/>

Fares - <https://exame.com/revista-exame/clinicas-populares-avancam-cobrando-r-100-por-consulta/>

MedPrev - <https://fz.portaldacidade.com/noticias/saude/meprev-chega-a-7-milhoes-de-usuarios-na-pandemia-e-unidade-de-fz-e-destaque-1646>

Alba e pastore - <https://braziljournal.com/clinicas-populares-alba-e-pastore-se-fundem-e-criam-terceira-maior-rede/>

Dr atende - <https://saudevianet.com.br/blog/clinicas-populares-sucesso-em-saude/>

Vitta Saúde - <https://www.cremego.org.br/noticias/cremego-na-midia-clinicas-populares-realizam-consulta-medica-a-r-80/>



## II – Lista de procedimentos consultados no SIGTAP para coleta de preços

03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

02.02.01.028-7 - DOSAGEM DE COLESTEROL LDL

02.05.02.004-6 - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL

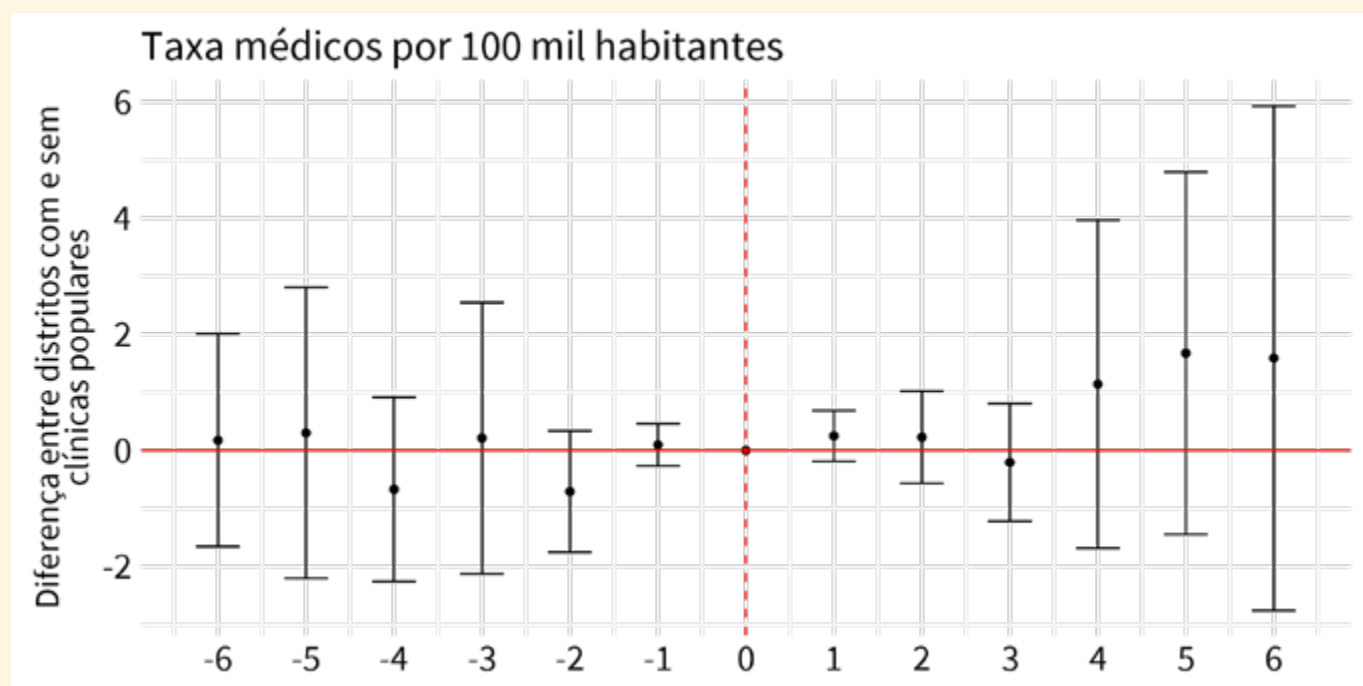
02.06.02.003-1 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

02.07.03.002-2 - RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR

02.04.03.018-8 - MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO

## III – Entrada de clínicas populares e disponibilidade de médicos – estudo de evento com diferenças em diferenças

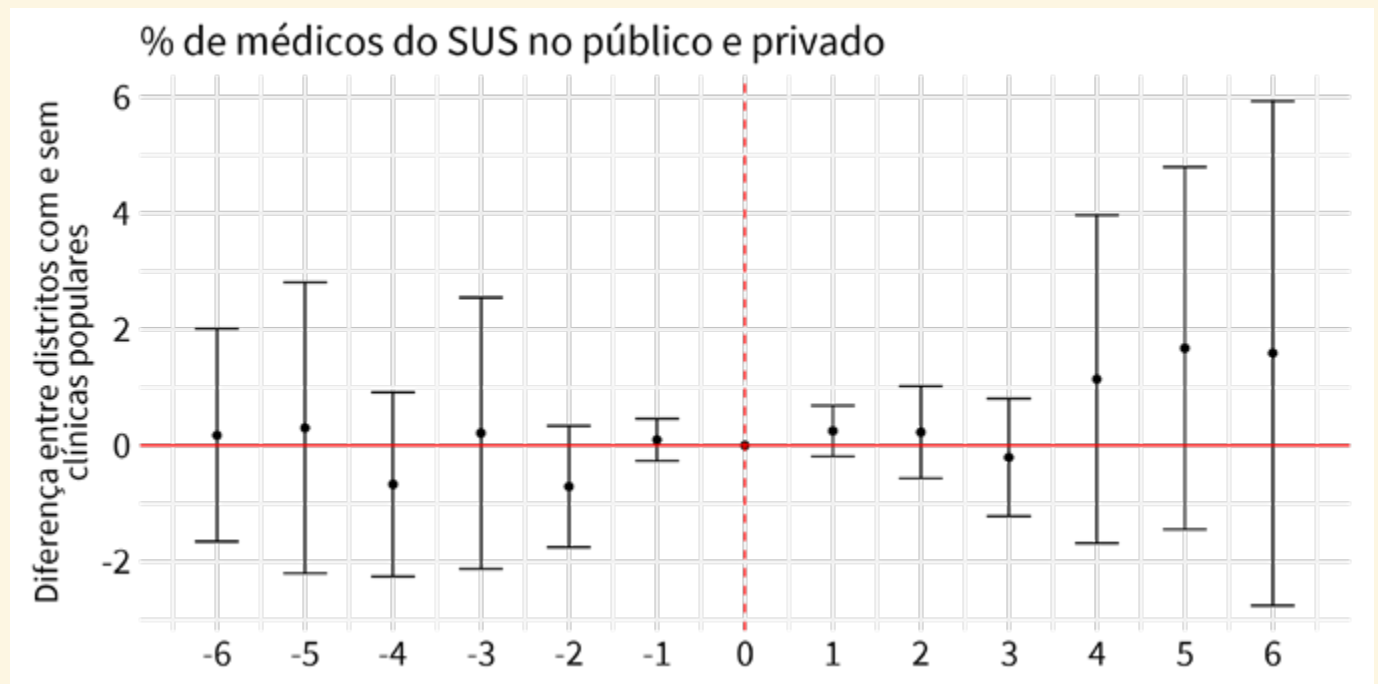
**FIGURA A1** – ENTRADA DE CLÍNICAS POPULARES E TAXA DE MÉDICOS POR 100 MIL HABITANTES



Notas: A Figura apresenta o coeficiente do efeito entre a entrada das clínicas populares e o total de médicos no SUS por distrito. Os pontos indicam o valor médio do coeficiente estimado, e as barras o intervalo de confiança de 95%.



**FIGURA A2** – ENTRADA DE CLÍNICAS POPULARES E PROPORÇÃO DE MÉDICOS DO SUS TRABALHANDO CONCOMITANTEMENTE NA INICIATIVA PRIVADA



Notas: A Figura apresenta o coeficiente do efeito entre a entrada das clínicas populares e o percentual de médicos no SUS por distrito que também trabalham na rede privada. Os pontos indicam o valor médio do coeficiente estimado, e as barras o intervalo de confiança de 95%.