

ARTIGO ORIGINAL

As transformações da prática médica: a Medicina de Grupo no Rio de Janeiro

Hésio de Albuquerque Cordeiro(*)

RESUMO

Este trabalho é parte de uma investigação sobre a constituição e desenvolvimento das empresas médicas e de seu papel no atendimento à clientela previdenciária.

Os grupos médicos pesquisados no Rio de Janeiro, através de entrevistas de seus dirigentes e da análise de dados secundários caracterizaram-se por: a) não assumir, ainda, grande magnitude na cobertura da população previdenciária no Rio de Janeiro, através dos convênios empresa; b) incorporar uma tecnologia pouco complexa, diferenciando-se apenas as quatro maiores empresas por disporem de maior parcela dos leitos hospitalares próprios dos grupos médicos, bem como de laboratórios clínico e radiológico. A estratégia para suprir as deficiências de recursos é o estabelecimento de uma complexa rede de contratos e credenciamentos.

A clientela atendida corresponde a 5% da população previdenciária e se distribui nos ramos de atividades industriais, comerciais, bancários, financeiros e outros serviços.

O desenvolvimento da modalidade assistencial de Medicina de Grupo deve ser entendido dentro do quadro de relações deste setor no complexo médico-empresarial.

INTRODUÇÃO

Os estudos sobre as relações entre a prática médica e a estrutura social brasileira têm indicado a tendência do processo de subordinação dos serviços de saúde às relações sociais capitalistas.

Ora estas pesquisas se voltam para a análise das "privatização", cujo motor principal tem sido as políticas previdenciárias de assistência médica^{7, 8}, ora se dirigem para o estudo das transformações do processo de trabalho médico, envolvendo determinadas articulações entre os agentes, os meios de trabalho e o objeto da intervenção médica^{5, 6}. Em nosso caso, estudamos um aspecto particular da penetração das relações capitalistas na prática médica: o surgimento e desenvolvimento das empresas médicas, que têm sua expressão mais acabada na medicina de grupo ou grupos médicos. Estas formas mantêm, contudo, relações com outras formas de organização, como as cooperativas médicas, os hospitais lucrativos e filantrópicos, companhias de seguro privado e firmas de prestação de serviços complementares de diagnóstico e tratamento. Estas formas privadas de prestação de serviços articulam-se, por sua vez, com a rede ambulatorial e hospitalar estatal, constituindo-se um complexo médico-empresarial e estatal que representa modos de prestação de cuidados de saúde submetidos a um processo desigual e contraditório de subordinação da prática médica ao capital.

No caso brasileiro, este processo de subordinação depende, em grande parte, das políticas médico-assistenciais da Previdência Social. As séries históricas da evolução do número de consultas, exames complementares ambulatoriais e internações ilustram tal tendência (Tabelas 1, 2 e 3). A inflexão observada nos valores de 1975 são decorrentes da ampliação da cobertura médico-assistencial proporcionada pelo Plano de Pronta Ação (PPA) de 1974, que implementou

* Doutor em Medicina Preventiva. Professor Assistente, Instituto de Medicina Social, UERJ.

novos contratos e convênios, particularmente nas áreas metropolitanas. Estes dados evidenciam que a ampliação do atendimento deu-se através do aumento das prestações pelo setor privado, sob o regime de contratos de adesão pagos por ato médico e pelos convênios-empresa que adotam o sistema de pré-pagamento. As des-

pesas com assistência médica demonstram, contudo, um aumento proporcional nos serviços próprios (Tabela 4). Isto pode ser devido à complexidade tecnológica dos hospitais próprios e aos maiores níveis de remuneração do pessoal assalariado, quando comparados com o setor privado.

TABELA 1

CONSULTAS AMBULATORIAIS PRESTADAS À POPULAÇÃO PREVIDENCIÁRIA POR SERVIÇOS PRÓPRIOS E NÃO-PRÓPRIOS, BRASIL, 1971-6

Ano	Total		Próprios			Não-próprios		
	N	Δ%	N	%	Δ%	N	%	Δ%
1971	47.799.459	—	39.860.574	83,4	—	7.938.885	16,6	—
1972	51.231.079	7,9	41.273.612	80,6	3,5	9.957.467	19,4	25,4
1973	52.258.910	2,0	42.256.061	80,9	2,4	10.002.849	13,1	0,5
1974	55.384.627	6,0	44.258.192	79,9	4,7	11.126.435	20,1	11,2
1975	88.504.656	59,8	51.687.171	58,4	16,8	36.817.485	41,6	230,9
1976	114.067.825	28,9	55.309.228	48,5	7,0	58.758.597	51,5	59,6

Fonte: BRAGA, J.C.S.; GOES DE PAULA, S. — Saúde e Previdência — estudos de prática social, São Paulo, Cebes-Hucitec, 1981.

TABELA 2

SERVIÇOS COMPLEMENTARES PRESTADOS À POPULAÇÃO PREVIDENCIÁRIA POR SERVIÇOS PRÓPRIOS E NÃO-PRÓPRIOS, BRASIL, 1971-6.

Ano	Total		Próprios			Não-próprios		
	N	Δ%	N	%	Δ%	N	%	Δ%
1971	36.644.414	—	19.963.000	61,2	—	12.681.414	38,8	—
1972	40.325.794	23,5	21.810.302	54,1	9,3	18.515.492	45,9	46,0
1973	42.696.649	5,9	22.005.290	51,5	0,9	20.691.359	48,5	11,8
1974	46.403.526	8,7	24.684.671	53,2	12,2	24.718.855	46,8	5,0
1975	79.621.015	71,6	29.782.022	37,4	20,6	49.839.483	62,6	129,5
1976	109.087.879	37,0	31.709.649	29,1	6,5	77.378.230	70,9	55,3

Fonte: BRAGA, J.C.S.; GOES DE PAULA, S. — Op. cit.

TABELA 3

INTERNAÇÕES DA POPULAÇÃO PREVIDENCIÁRIA NOS
HOSPITAIS PRÓPRIOS E NÃO-PRÓPRIOS, BRASIL, 1970-6

Ano	Total		Próprios			Não-próprios		
	N	Δ%	N	%	Δ%	N	%	Δ%
1970	2.815.522	—	117.209	4,2	16,0	2.698.313	95,8	—
1971	2.931.589	4,1	135.937	4,6	-2,8	2.795.652	95,4	3,6
1972	3.405.906	16,2	132.093	3,9	5,5	3.273.813	96,1	17,1
1973	3.708.051	8,9	139.424	3,8	26,7	3.568.627	96,2	9,0
1974	4.082.702	10,1	176.662	4,3	3,9	3.906.040	95,7	9,5
1975	5.386.738	31,9	183.553	3,4	-2,9	5.203.185	96,6	33,2
1976	6.744.658	25,2	178.207	2,6	—	6.566.451	97,4	26,2

Fonte: BRAGA, J.C.S.; GOES DE PAULA, S. — Op. cit.

TABELA 4

DESPESAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL COM ASSISTÊNCIA MÉDICA
NOS SERVIÇOS PRÓPRIOS E NÃO-PRÓPRIOS, BRASIL, 1971-6.*

Ano	Total	Próprios		Não-Próprios	
	N	N	%	N	%
1971	2.655.696	537.844	20,3	2.117.852	79,7
1972	3.394.141	687.034	20,2	2.707.107	79,6
1973	4.914.351	1.101.661	22,4	3.810.690	77,6
1974	6.925.848	1.608.806	23,2	5.317.042	76,8
1975	11.775.328	3.384.510	28,7	8.390.818	71,3
1976	22.961.683	7.383.734	32,2	15.577.949	67,8

Fonte: BRAGA, J.C.S.; GOES DE PAULA, S. — Op. cit.

* Em Cr\$ 1.000,00

O entendimento deste processo de transferência das prestações do setor estatal para o privado deve ser buscado na análise da "capitalização" dos serviços de consumo e de seu significado nas sociedades capitalistas. Diferenciamos os serviços em dois ramos de atividades: aqueles diretamente relacionados à esfera da circulação

dos bens materiais, tais como os serviços bancários, o comércio de mercadorias etc., e os chamados serviços *stricto sensu* ou serviços de consumo⁹. Estes englobam uma heterogeneidade de práticas, tais como os serviços prestados por empregados domésticos, os de reparação de bens duráveis, os de lazer, educação, saúde, entre

muitos outros. Tanto em um, quanto em outro ramo de atividades está suposto um conjunto de práticas que permite, ou facilita, o consumo de qualquer valor de uso, ou seja, que "constitui a efetiva realização da utilidade das mercadorias ou da utilidade do trabalho"⁹.

O resultado da "produção" dos serviços não constitui, em sentido restrito, um valor de troca; não entra, portanto, no processo de circulação, que é uma esfera particular do processo global de produção de mercadorias. O processo de trabalho compreendido nos serviços de consumo "produz" um determinado valor de uso que ao ser dispensado é imediatamente consumido, sendo, portanto, incapaz de produzir *mais valia*. Isto não significa, no entanto, que os serviços de consumo estejam à margem da economia capitalista, como um setor extra-econômico que não guarda nenhuma relação com a produção. Sua expansão e a tendência crescente à penetração das relações sociais capitalistas traduzem formas históricas concretas em que se dá o movimento do capital e as relações entre as empresas da produção da circulação e do consumo nos ciclos do desenvolvimento capitalista. Os serviços de consumo, nas sociedades capitalistas urbano-industriais, sofrem transformações decorrentes do processo de urbanização e da divisão social do trabalho no espaço urbano.

A distribuição espacial e o acesso aos serviços de saúde, em suas diversas modalidades, assumidas no complexo médico-empresarial, estão articuladas a processos que levam à prestação crescente de serviços através dos chamados equipamentos coletivos de consumo de natureza estatal e/ou empresarial. Neste último caso, emerge a contradição entre o caráter crescentemente socializado das práticas de consumo das parcelas assalariadas da população e a apropriação privada dos meios de trabalho e da mão-de-obra necessários à prestação dos serviços. O caráter empresarial e lucrativo destas atividades não permite atender, em sua plenitude, aos objetivos de redução das desigualdades sociais na esfera do consumo a que se propõem as políticas sociais do Estado capitalista.

No caso particular dos serviços de saúde, o capital empregado na produção dos serviços médicos não deriva seu lucro de uma função econômica imediata, mas sim o obtém pela repartição e transferência para sua órbita de uma parcela da *mais valia* global produzida, a título da remuneração dos serviços. Assim, as suas taxas de lucro dependerão da capacidade de pressão política dos empresários do setor para garantir a re-

partição mais favorável de parcelas dos lucros globais do capital, quer seja através da intervenção estatal direta (níveis de remuneração dos serviços médicos, subsídios etc.), ou indireta, como pelos incentivos fiscais a capitalistas para deduzir do imposto de renda da pessoa jurídica os gastos com assistência médica da firma. Também decorre das possibilidades de manter baixos níveis de remuneração dos profissionais de saúde assalariados pelas empresas médicas e de expedientes de super-faturamento (cobrança de atos médicos não prestados, procedimentos diagnósticos, ou terapêuticos desnecessários etc.), ou por redução do número de prestações, no caso dos sistemas de pré-pagamento. As possibilidades de expansão do setor médico-empresarial dependem, também, do *marketing* dirigido às empresas a que prestam serviços, o que equivale dizer, a eficácia da difusão das mensagens demonstra que a compra de serviços de saúde às empresas médicas garante aos capitalistas o aumento da produtividade de sua firma, decorrente da redução do absentismo, de melhor seleção da mão-de-obra empregada e dos efeitos político-ideológicos da promoção de "paz social" e da maior identificação do trabalhador com a empresa. Depende, portanto, da eficácia com que a prática médica contribua para atenuar as reivindicações dos assalariados.

Dois outros fatores participam da dinâmica das transformações capitalistas da prática médica: a tecnologia médica e a oferta de mão-de-obra de trabalhadores de saúde.

Cecília Donnangelo⁴ propõe que não se concebam as relações entre a ciência e a prática médica como uma decorrência natural do desenvolvimento de um campo específico do saber — as ciências biológicas. A medicina, enquanto prática social, instaura determinadas relações entre o médico e o objeto de sua prática das quais participam os instrumentos técnicos como parte dos meios de trabalho. Os avanços tecnológicos no campo da medicina são uma condição necessária, porém, não suficiente para que se acelerem as transformações empresariais da prática médica, pois sua utilização se dá sob determinadas relações sociais. A incorporação de novos instrumentos diagnósticos e terapêuticos leva ao aumento do custos das prestações por serem elevados os gastos para sua aquisição, manutenção e operação. A isto se acrescenta a rápida obsolescência dos equipamentos motivada pelas estratégias de competição entre as firmas que atuam neste ramo, bem como o caráter não substitutivo da tecnologia médica. Cada novo procedimento

diagnóstico, ou terapêutico, não leva necessariamente à eliminação de outros existentes, antes se acrescenta como mais uma solução técnica.

O outro fato diz respeito à disponibilidade de mão-de-obra de médicos em relação a oferta de empregos pelos setores estatal e privado e às possibilidades de manter uma prática autônoma. A expansão das escolas médicas ocorrida no país e o conseqüente aumento da oferta de médicos no mercado de trabalho gerou, nos últimos anos, um excedente relativo de mão-de-obra, decorrente da menor expansão relativa dos empregos no setor estatal e de uma capacidade cada vez mais reduzida da população em remunerar diretamente o médico pelos serviços prestados.

Finalmente, deve-se situar as transformações empresariais da medicina no âmbito das políticas sociais dos Estados capitalistas. A expansão do escopo destas políticas levando a um aumento real dos gastos estatais tem criado brechas estruturais entre as rendas e as despesas estatais, gerando crises fiscais periódicas, particularmente no sistema previdenciário. É sabido que nas sociedades capitalistas contemporâneas a expansão dos gastos e a emergência das crises fiscais tendem a resultar em decisões que visam a transformar as despesas sociais em despesas de capital social. Isto é, o Estado intervém no sentido de facilitar a penetração do capital em novos ramos do sistema produtivo e de serviços de consumo, daí ocorrendo o empresariamento dos serviços de educação, lazer, saúde, transportes coletivos etc.¹¹ Desta forma, as políticas de assistência médica da Previdência Social, no Brasil, têm refletido o caráter contraditório entre a necessidade de estender a cobertura médico-assistencial a camadas cada vez maiores das populações urbanas e rurais e o processo de empresariamento dos serviços de saúde. As decisões do aparelho previdenciário frente às questões colocadas pela expansão da demanda da população e as reivindicações dos diversos setores empresariais da prática médica traduzem este caráter e refletem formas particulares de articulação de interesses dos grupos sociais com a burocracia previdenciária^{1, 2, 10, 12}.

O presente trabalho centra seu objeto numa parte da pesquisa realizada, cujos resultados globais estão em outra publicação³. Este objeto é a descrição dos grupos médicos do Rio de Janeiro, visando a analisar o lugar ocupado pelos convênios-empresa na situação atual da assistência médica neste município e suas implicações frente o acesso dos diversos segmentos da população aos cuidados de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada a partir de dois planos de análise. O primeiro compreendeu o estudo das políticas, planos, programas e normas enunciadas pelos aparelhos estatais de saúde — Previdência Social e o Ministério da Saúde — relacionadas aos cuidados de saúde às pessoas. Compreendem a análise das políticas efetivamente implementadas, bem como de ante-projetos e estudos que não se transformaram em políticas explícitas, mas que são relevantes para a compreensão das articulações do aparelho estatal com o complexo médico-empresarial. Esta etapa restringiu-se a análise do material referente às medidas de Previdência Social dirigidas ao setor privado da assistência médica. Para tanto, estabeleceu-se uma periodização da história da previdência social brasileira compreendendo três períodos de políticas médico-assistenciais: as do aparelho previdenciário não-unificado (1923-1960); as do aparelho previdenciário pré-unificado (da Lei Orgânica da Previdência Social à criação do Instituto Nacional de Previdência Social — 1960 a 1966); e as do aparelho previdenciário unificado (1966-1980). Esta etapa de estudo foi realizada por análise de fontes primárias como relatórios, planos, portarias, ordens de serviço, emendas, do aparelho previdenciário, bem como de fontes secundárias relacionadas à estudos sobre a previdência social brasileira, relatórios analíticos da evolução das prestações de cuidados de saúde, gastos previdenciários etc. Completou-se esta análise com entrevistas com informantes-chaves: dirigentes e ex-dirigentes da Previdência Social e Ministério da Saúde e empresários do setor. Com estas entrevistas pretendeu-se estabelecer as articulações entre os quadros burocráticos do aparelho estatal de saúde e o empresariado do complexo médico-assistencial, no contexto de determinadas conjunturas.

O segundo plano da pesquisa compreendeu o estudo do processo de constituição e desenvolvimento das empresas médicas de pré-pagamento no Município do Rio de Janeiro através de entrevistas com seus dirigentes, utilizando-se um questionário semi-estruturado e por análise de documentos produzidos por tal setor em conjunturas específicas. Foi estudado o universo de grupos médicos do Rio de Janeiro, constituído por 17 empresas.

Os resultados apresentados referem-se exclusivamente a esta segunda dimensão da pesquisa realizada, restringindo-se à descrição dos grupos médicos que operam no Rio de Janeiro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

População atendida e a prestação de serviços

A população previdenciária coberta pelos convênios-empresa no Município do Rio de Janeiro, em 1979, era de 549.602 pessoas, incluindo o segurado e seus dependentes. Isto corresponde, para este ano, a uma cobertura de 5% da população previdenciária estimada para o Estado, ou seja 10.557.000 beneficiários.

A cobertura da população assalariada dirige-se fundamentalmente aos industriários (46,8%), funcionários de firmas de seguro e de crédito (22,5%), comércio (16,6%) e outros serviços (14,1%). Esta participação é similar à distribuição do total da mão-de-obra pelos diversos setores, exceto no seguro e crédito que é maior na população atendida pelos grupos médicos. Estes dados indicam que as firmas industriais e comerciais vêm adotando o sistema de convênios em larga escala. O atendimento dirige-se, assim, à

mão-de-obra assalariada de diversos setores econômicos, contrariando a suposição de outros autores que previam a expansão dos convênios-empresa para os operários qualificados dos setores industriais mais dinâmicos. Esta suposição baseava-se em que os convênios-empresa cumpririam a função de manutenção e reposição da mão-de-obra qualificada. Na realidade, o que parece mover as empresas médicas no sentido de definir sua população-alvo, é o da rentabilidade dos serviços prestados à clientela, ou seja, cobrir setores mais jovens da força de trabalho, com melhores níveis salariais e menores riscos de adoecer.

A importância das empresas médicas na prestação de cuidados de saúde no Rio de Janeiro tende a crescer, face à adoção do convênio-empresa pelo empresariado. Os dados disponíveis para o Estado do Rio de Janeiro evidenciam que esta modalidade cobre cerca de 15% do total de internações realizadas em 1978 e 17% do atendimento ambulatorial (Tabelas 5 e 6).

TABELA 5

INTERNAÇÕES NO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO SEGUNDO TIPO DE SERVIÇO.
ESTADO DO RIO DE JANEIRO, ANOS SELECIONADOS.

Ano	Próprios		Serviços Contratados		Sob Convênio		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1971	62.960	14,4	373.550	85,6	—	—	436.510	100,0
1975	91.634	12,8	605.827	84,4	20.721	2,8	718.182	100,0
1977	96.257	10,5	634.192	69,5	181.531	20,0	911.980	100,0
1978	88.485	10,0	661.753	74,9	133.268	15,1	883.506	100,0

Fonte: IBGE — Anuários Estatísticos.

TABELA 6

ATENDIMENTO AMBULATORIAL NO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO SEGUNDO TIPOS DE SERVIÇOS.
ESTADO DO RIO DE JANEIRO, ANOS SELECIONADOS.

Ano	Próprios		Serviços Contratados		Sob Convênio		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1971	10.957.023	93,9	716.647	6,1	—	—	11.673.670	100,0
1975	14.664.071	80,3	1.872.506	10,2	1.735.101	9,5	18.271.678	100,0
1977	16.233.774	69,0	3.215.205	13,7	4.084.065	17,3	23.533.044	100,0

Fonte: INPS — Mensários estatísticos.

As prestações de cuidados de saúde pelos convênios-empresa referentes às consultas médicas evidenciam que as empresas médicas contribuíram com os maiores percentuais de cresci-

mentos próprios, 50% dos ambulatorios, 52,6% dos gabinetes radiológicos e 67% dos laboratórios clínicos. Esta concentração dos recursos materiais nos quatro maiores grupos médicos revela

TABELA 7

EXAMES DE LABORATÓRIO PRODUZIDOS PELO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO
POR TIPOS DE SERVIÇOS, ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1971-8*

Ano	Próprios		Serviços Contratados		Sob Convênio		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1971	2.403	71,3	969	28,7	—	—	3.372	100,0
1972	2.429	68,9	1.097	31,1	—	—	3.526	100,0
1973	2.649	67,6	1.272	32,4	—	—	3.921	100,0
1974	2.765	65,5	1.459	34,5	—	—	4.223	100,0
1975	3.831	60,9	2.119	33,6	345	5,5	6.294	100,0
1976	3.671	48,3	3.194	42,0	739	9,7	7.604	100,0
1977	3.999	50,4	3.097	39,9	749	9,7	7.754	100,0
1978	3.842	48,1	3.460	43,4	682	8,5	7.984	100,0

Fonte: INPS — Mensários estatísticos.

* (x 1.000)

mento do volume de consultas nas quatro clínicas básicas (clínica médica, cirurgia geral, obstetrícia e pediatria), bem como em especialidades, principalmente cardiologia, dermatologia e traumatologia-ortopedia, entre 1975 e 1977. Para esta última, o incremento de 439% refere-se à transferência dos cuidados com os assalariados acidentados no trabalho para a Medicina de Grupo (Tabela 7).

A caracterização das empresas médicas

Para a compreensão da natureza do processo de expansão do empresariamento da medicina através dos grupos médicos é necessário descrever as características destas instituições segundo os recursos humanos e materiais que dispõem. Esta descrição permite uma aproximação do conhecimento do grau de complexidade tecnológica incorporada pelos grupos médicos.

No Rio de Janeiro, nove grupos dispõem de instalações hospitalares próprias, entre os dezesseis em funcionamento na época da pesquisa, com um número de leitos que varia de 18 a 577. Os quatro maiores grupos médicos dispõem de cerca de 35% do total da capacidade instalada de

que raras empresas médicas decidem investir em serviços próprios de maior complexidade e que implicam maior capacidade de endividamento. Isto determina que os grupos médicos de menor rentabilidade estabeleçam uma ampla rede de serviços contratados ou credenciados para atendimento hospitalar, consultas especializadas e exames complementares. Nesta malha de relações contratuais, o papel dos grupos médicos é articular o circuito dos pacientes através dos diversos segmentos do complexo médico-empresarial. A fragmentação do cuidado médico por diferentes instituições que se especializam na prestação de certos tipos de atendimento, impede que se exerçam, com eficácia, ações fiscalizadoras sobre as prestações realizadas. A falta de coordenação daí decorrente leva a desperdícios de magnitude não conhecida face à duplicação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados nesta rede institucional.

Sob o ângulo da incorporação de mão-de-obra de médicos, identificamos que, em dez grupos médicos, o assalariamento é a forma predominante de vínculo. Estes dez grupos médicos ofereciam 732 cargos de médicos assalariados, correspondendo a 47% do total de mão-de-obra médica. Em segundo lugar estão os médicos credenciados, e, em terceiro, os autônomos. Os mé-

dicos credenciados são aqueles que executam as prestações complementares aos cuidados primários através de consultas especializadas. Os médicos assalariados executam as tarefas de atendimento ambulatorial na rede própria das empresas médicas, correspondendo à rotina, enquanto os médicos credenciados servem de referência para o nível do cuidado primário e para o atendimento dos níveis dirigentes das empresas convenientes, através de planos especiais. Estabelece-se, portanto, uma nítida divisão social do trabalho médico, diferenciando-se a qualificação das ações de saúde realizadas.

Em relação a outros profissionais de saúde verificamos que as quatro maiores empresas dispõem de odontólogos em seus quadros como assalariados, autônomos, ou proprietários. Os demais se valem do sistema de credenciamento, envolvendo um total de 134 dentistas. As empresas médicas estudadas tinham em seus quadros apenas 15 enfermeiros e 6 nutricionistas, todos assalariados. Em relação a outros profissionais, empregavam, como assalariados, 46 técnicos, 658 atendentes e 766 funcionários administrativos. As quatro maiores empresas concentravam, respectivamente, 72%, 58% e 67% deste pessoal. Os grupos médicos, portanto, se valem de mão-de-obra assalariada constituída predominantemente por médicos, atendentes e pessoal administrativo, em proporções aproximadamente idênticas. Isto revela a natureza do processo.

O processo de trabalho na prestação de cuidados à saúde nos grupos médicos implica, portanto, na qualificação do trabalho especializado (setor credenciado) dirigido ao "consumo de luxo" e na desqualificação do trabalho em nível do atendimento primário (setor assalariado), cuja prática é enquadrada e controlada por rígidos procedimentos de supervisão, dirigidos à confirmação de diagnóstico, controle dos dias de faltas abonadas, controle dos procedimentos complementares de diagnóstico e referências a especialistas e/ou hospitalização. Os grupos médicos adotam um rodízio de médicos assalariados nos postos de atendimento, como estratégia para impedir que "o médico conheça e torne a relação mais pessoal, o que o levaria a reduzir sua vigilância sobre o absenteísmo, tornando mais liberal o fornecimento de atestados médicos". Assim, há um duplo controle dos gestores da medicina de grupo: um, sobre o processo de trabalho médico e, outro, sobre a clientela, que tem seus dias de

afastamento do trabalho criteriosamente computados. O controle sobre o setor credenciado não se faz de forma tão rigorosa, face à dispersão dos médicos em seus consultórios particulares, bem como às características da clientela, constituída pelos níveis gerenciais das empresas e por alguns poucos assalariados de funções subalternas referidos para cuidados especializados. Nas cooperativas médicas, não há controle direto sobre o trabalho médico, somente ocorrendo em situações de desequilíbrio atuarial, face à prestação de um número excessivo de atos médicos.

Ao privilegiar a incorporação da mão-de-obra médica assalariada, a medicina de grupo pretende oferecer uma alternativa ao contingente de médicos recém-egressos da escola médica, ao mesmo tempo que define neste aspecto sua estratégia de crescimento: pessoal médico demandando emprego a ser contratado e alocado em ambulatorios e consultórios de fácil acesso à clientela coberta.

Esta alternativa é enfatizada pela ABRAMGE: "O Brasil forma hoje mais de 8 mil médicos por ano; estima-se que não mais de 25% desses profissionais poderiam ser absorvidos pela Previdência Social, talvez 5% permaneçam na carreira universitária. Quantos teriam condições para iniciar uma carreira como médico liberal de clínica particular, em seus próprios consultórios? Não mais de 5% dos formados". E conclui, interrogando: "O que seria dos demais, caso não encontrassem apoio nos grupos médicos?"*

CONCLUSÕES

Os grupos médicos não se constituem, ainda, numa modalidade predominante de prestação de cuidados à saúde para a população previdenciária no Município do Rio de Janeiro. A expansão dos convênios-empresa não se realizou com a mesma intensidade verificada em São Paulo, por exemplo, onde cerca de 35% da população previdenciária já é coberta por tal sistema. As razões deste fato escapam ao objeto deste trabalho. Contudo é importante assinalar a tendência ao crescimento das prestações de consultas ambulatoriais gerais e especializadas pelos grupos médicos, que é maior do que o setor próprio, ou contratado, pelo INAMPS; tais prestações são dirigidas a diferentes segmentos da mão-de-obra empregada nos ramos de atividades industriais, comércio, bancos, financeiras e outros serviços.

* Entrevista com Dr. Juljan Czapski, ex-Presidente da ABRAMGE, 1979.

Os grupos médicos ocupam um lugar na rede de instituições que compõem o complexo médico-empresarial que se caracteriza por ser um atendimento primário, dirigido à reposição de força de trabalho e ao controle do absenteísmo, bem como exerce a função de administrar a circulação dos pacientes cobertos pelos convênios-empresa na malha dos outros serviços contratados e credenciados.

Os grupos médicos, em geral, incorporam tecnologia de baixa complexidade, não adotando políticas de investimento para aquisição, ou construção, de hospitais, ou aquisição de equipamentos mais complexos. Valem-se da rede hospitalar privada existente, utilizando-a através de credenciamentos, bem como de recursos complementares de diagnóstico prestados por outras firmas que se especializam em certos tipos de procedimentos.

A mão-de-obra de profissionais de saúde incorporada é predominantemente assalariada e constituída por médicos, atendentes e funcionários administrativos, adequados aos cuidados sintomáticos e de reposição imediata do trabalhador e aos procedimentos de controle e gestão tanto do trabalho médico, como da clientela atendida.

SUMMARY

The main goal of this work was to make clear the dynamic of capitalistic transformations in medical practice by means of studying the pre-payment medical enterprises. The delayed character of the uprising and development of such enterprises was due to the interaction of multiple conditions involving state policies as a result of health enterprises controversy of interests, working-classes and social security bureaucracy, as well as of the material and technological conditions of medical practice, the formation of a surplus in medical labor and investments of private funds in this sector. The subordination process to the capitalistic relations was

proved to have happened in an heterogeneous and contradictory way clearly shown by the coexistence of multiple forms of medical practice which are complementary to each others, within a process of social and technical division of medical labor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, Regis C. — *Política social e normalização institucional no Brasil*, São Paulo, CEDEC, 1980, 23p. (mimeo).
2. COHN, Amélia — *Previdência Social e processo político no Brasil*, São Paulo, Ed. Moderna, 1981, 245p.
3. CORDEIRO, Hésio A. — *As empresas médicas; um estudo das transformações capitalistas da prática médica no Brasil*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 1981, 310p. (mimeo).
4. DONNANGELO, Maria C.F. — *Medicina e sociedade*, São Paulo, Pioneira, 1975, 174p.
5. DONNANGELO, Maria C.F.; PEREIRA, Luiz — *Saúde e sociedade*, São Paulo, Duas Cidades, 1976, 124p.
6. GONÇALVES, Ricardo B. — *Medicina e história; as raízes sociais do trabalho médico*. Dissertação de Mestrado, área de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 1979, 302p.
7. LUZ, Madel T. — *As instituições médicas no Brasil; instituições e estratégias de hegemonia*, Rio, Graal, 1979, 295p.
8. MELLO, Carlos Gentile de — *Saúde e assistência médica no Brasil*, São Paulo, CEDES-HUCITEC, 1977, 273p.
9. NOGUEIRA, Roberto P. — *Capital e trabalho nos serviços de saúde*, Brasília, 1979, p. 4 (mimeo).
10. O'CONNOR, James — *A Crise do estado capitalista*, Rio, Paz e Terra, 1977, 264p.
11. OLIVEIRA, Francisco — O terciário e a divisão social do trabalho. *Estudos Cebrap*, 24: 137-68, 1980.
12. SANTOS, Wanderley, G. — *Cidadania e justiça; a política social na ordem brasileira*, Rio, Campus, 1979, 138p.

Endereço do autor:

Instituto de Medicina Social
Pavilhão Haroldo Lisboa da Cunha
Rua São Francisco Xavier, 525 - 4º andar
20550 - Rio de Janeiro - RJ