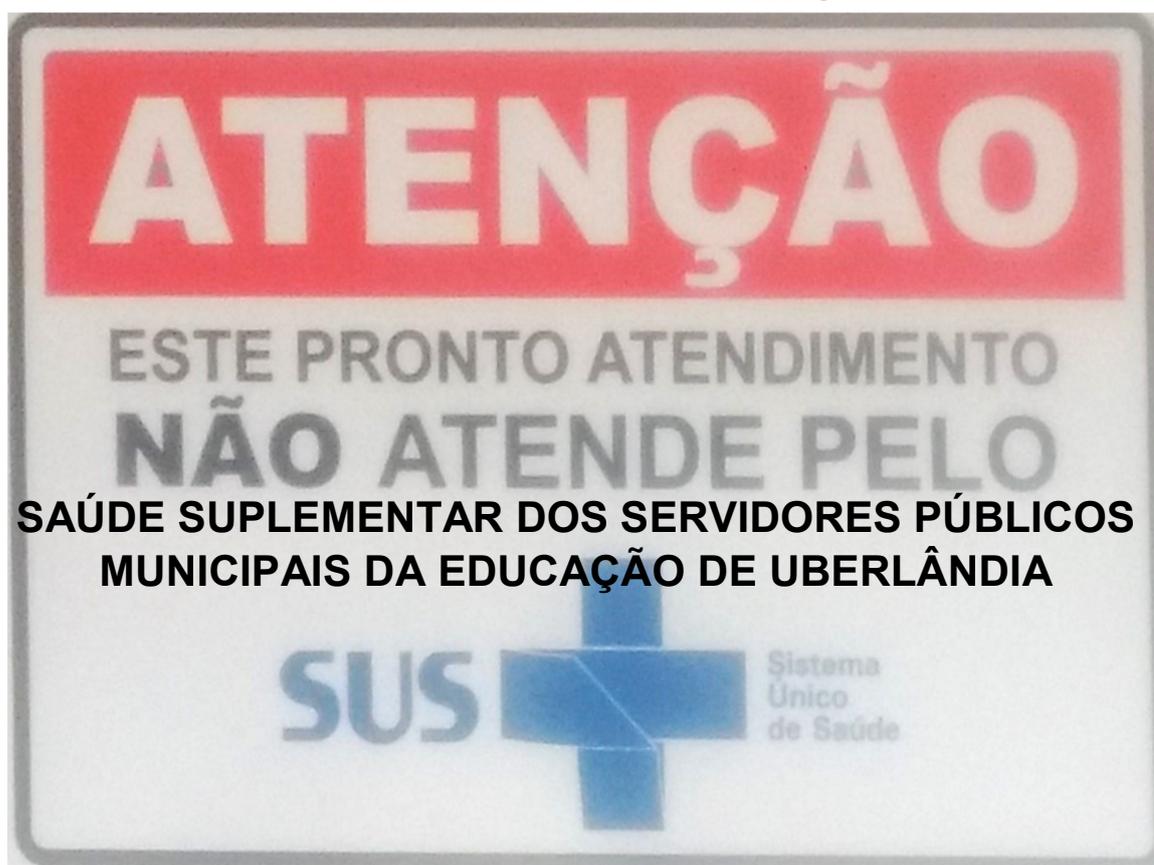


**INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE AMBIENTAL E
SAÚDE DO TRABALHADOR (PPGAT)**

MARIA HELENA DE FREITAS



UBERLÂNDIA

2018

MARIA HELENA DE FREITAS

**SAÚDE SUPLEMENTAR DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS
DA EDUCAÇÃO DE UBERLÂNDIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT), como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.

Orientador: Prof. Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar.

UBERLÂNDIA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

F866s Freitas, Maria Helena de, 1964-
2018 Saúde suplementar dos servidores públicos municipais da educação de Uberlândia / Maria Helena de Freitas. - 2018.
142 f. : il.

Orientador: Winston Kleiber de Almeida Bacelar.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.949>

Inclui bibliografia.

1. Geografia médica - Teses. 2. Saúde e trabalho - Teses. 3. Universidade Federal de Uberlândia - Servidores públicos - Teses. I. Bacelar, Winston Kleiber de Almeida. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Gerlaine Araújo Silva – CRB-6/1408

MARIA HELENA DE FREITAS

**SAÚDE SUPLEMENTAR DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS
DA EDUCAÇÃO DE UBERLÂNDIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, (PPGAT/UFU), a banca examinadora formada por:

Uberlândia, 28 de junho de 2018.

Resultado: Aprovada.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar (UFU)

Profa. Dra. Rosimar Alves Querino (UFTM)

Profa. Dra. Eleusa Gallo Rosenburg (UEMG)

Suplente Prof. Dr. Paulo César Mendes (UFU)

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, Lázaro Julião e Olegária (*in memoriam*), motivo de minha inspiração e desejo de vencer. Dedico também às minhas filhas Juliana e Laura, meu orgulho e vontade de viver, pela compreensão, força e paciência no decorrer deste trabalho. Dedico ainda aos colegas de classe pela força e encorajamento nesta árdua e gratificante caminhada em busca do saber

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, o meu criador que permitiu que tudo isso acontecesse em minha vida. Por ter me dado alento, saúde e coragem para enfrentar este árduo e gratificante trabalho.

À Universidade Federal de Uberlândia, aos professores e demais trabalhadores que me proporcionaram saberes e oportunidades.

Ao meu orientador Prof. Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar, pela força e incentivo nas avaliações, orientações e sugestões tão valiosas no desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus colegas de mestrado em Saúde do Meio Ambiente e Saúde do Trabalhador, pelo encorajamento e apoio nas horas difíceis.

E a todos que direta e indiretamente fizeram parte do meu crescimento, muito obrigada.

“Liberdade é pouco, o que eu desejo ainda não tem nome.”
(Clarice Lispector)

*“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa, por isso aprendemos sempre.”*

(Paulo Freire)

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo principal compreender de que forma mudanças nas condições de oferta e usufruto de planos de saúde afetam o cotidiano de servidores da Secretaria de Educação, do Município de Uberlândia-MG. Partindo do pressuposto de que fatores que acontecem sob ações do poder público municipal influenciaram na forma como são disponibilizados e utilizados os planos de saúde, em um primeiro momento, foi necessário compreender como a questão da saúde, de um modo geral, é tratada ao redor do mundo. Como objetivos secundários, visou-se compreender como o Sistema Único de Saúde se consolidou no Brasil e, paralelamente, como se configurou o campo da Saúde Suplementar. Pela análise de dados, em sua maioria publicada pelas entidades reguladoras do setor de Saúde Suplementar, há a possibilidade de se visualizar o número de usuários que vem aderindo a este tipo de serviços, tipos de planos ofertados, comportamento financeiro das empresas ligadas ao setor, distribuição regional das empresas do ramo etc. Foi possível perceber como, ao longo do tempo, as alterações a nível nacional, seja no campo da saúde como um todo, seja especificamente na saúde suplementar, influenciaram nas vivências dos servidores e na promoção da saúde destes. Antes mesmo de consolidada a regulamentação do setor, era comum a criação de planos ofertados a determinados setores do funcionalismo público, fosse ele municipal, estadual ou federal, e a tendência se manteve, até pelo fato de que grande parte destes planos agrega atendimento médico-hospitalar, odontológico e programa previdenciário. No caso específico de Uberlândia-MG, recentemente ocorreram mudanças do plano ofertado ao funcionalismo público, cujas repercussões foram objeto deste estudo, sobretudo por meio de análise de entrevistas realizadas com os próprios (as) servidores (as) da educação. Foram realizadas, gravadas e transcritas, entrevistas com 15 servidores, usuários de planos de saúde do município, que vivenciaram desde a oferta de planos pelo Ipremu, passando por planos intermediários, até a atual cobertura pela empresa RN Metropolitan.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Saúde Suplementar, Servidores.

ABSTRACT

This paper aims at understanding how the changes in the conditions of supply and use of health insurance affect the daily life of the Education Department's employees in Uberlândia-MG. Based on the assumption that factors that occur under the actions of municipal public authorities influenced the way in which health insurance is made available and used, it was first necessary to understand how the health issue is generally treated around the world. Our secondary objectives were to perceive how the Unified Health System was consolidated in Brazil and, at the same time, how the field of Supplementary Health was configured. Analyzing the data, most of them published by the regulatory entities of the Supplementary Health sector, made it possible to envision the number of users who are adhering to this type of services, types of health insurance offered, financial behavior of companies associated to the sector, regional distribution of the companies of the branch, etc. It was possible to understand how, over time, changes at the national level, whether in the field of health as a whole or specifically in supplementary health, influenced the employees' experiences and the health promotion of these workers. Even before the regulation of the sector was consolidated it was common to create plans offered to certain sectors of the civil service, municipal, state or federal, and the trend was maintained because of the fact that most of these plans add medical, hospital and dental treatment, and social security program. In Uberlândia's specific case, there have recently been changes in the plan offered to public employees, and their repercussions are the object of this study, mainly through analysis of interviews conducted with education employees. Interviews with 15 employees who are users of health plans of the municipality were carried out, recorded and transcribed. Such participants of the research experienced from the offer of plans by IPREMU through intermediate plans, to the current coverage by the company RN Metropolitan.

Keywords: Occupational Health. Supplementary Health. Employees.

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Composição de gastos públicos, planos de saúde e gastos particulares (2013)	37
Gráfico 2	Despesas com saúde por desembolso direto (Brasil, 2011)	38
Gráfico 3	Distribuição do uso de subsistemas de saúde na Argentina, 2010	50
Gráfico 4	Distribuição percentual dos beneficiários de planos de saúde por época de contratação segundo cobertura assistencial do plano (Brasil, março de 2008)	71
Gráfico 5	Distribuição percentual dos beneficiários de planos de saúde por segmentação assistencial e tipo de contratação do plano (Brasil, março de 2008)	76
Gráfico 6	Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil, junho de 2011 – junho de 2016)	78
Gráfico 7	Demandas dos consumidores por classificação do atendimento (Brasil, 2010 – 2015)	86
Gráfico 8	Demandas NIP assistenciais e índice de Resolutividade (Brasil, 2009 – 2015)	88
Gráfico 9	Variação anual de beneficiários em planos de assistência médica e de empregos formais (Brasil, 2004 – 2015)	89
Gráfico 10	Gastos públicos na saúde por nível de governo (2011)	98
Gráfico 11	Valor total notificado por ano (2001 – 2017)	105
Gráfico 12	Transplantes e fontes de financiamentos (Brasil, 2016)	109

Lista de Tabelas

Tabela 1	Categorias temáticas e unidades de sentido	20
Tabela 2	Despesa anual em saúde, de países selecionados, 2013	39
Tabela 3	Inflação Médica no ano de 2015 – Relatório <i>Aon Hewitt</i> 2015 <i>Global Medical Trend Rate SurveyReport</i>	41
Tabela 4	Concentração de usuários por número de operadoras, 2001	56
Tabela 5	Evolução do registro de operadoras (1999 – 2008)	69
Tabela 6	Operadoras em atividade, segundo Unidade da Federação de residência do beneficiário (Brasil, março de 2008)	74
Tabela 7	Beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação do plano, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil, junho de 2015 – junho de 2016).....	77
Tabela 8	Beneficiária de planos privados por cobertura assistencial (dezembro de 2000 – dezembro de 2015)	79
Tabela 9	Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil, dezembro de 2015)	80
Tabela 10	Taxa de cobertura por cobertura assistencial do plano e Regiões e Unidades da Federação (Brasil, dezembro de 2015).....	81
Tabela 11	Resumo do registro de operadoras de saúde suplementar (Brasil, dezembro de 2015)	82
Tabela 12	Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência médica entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil, dezembro de 2015)	83
Tabela 13	Planos privados de assistência médica, com beneficiários, por tipo de contratação, segundo época de contratação e abrangência geográfica (Brasil, dezembro de 2015).....	84
Tabela 14	Receitas e despesas, por tipo, segundo a modalidade da operadora (Brasil, 2015).....	85
Tabela 15	Listagem de servidores municipais entrevistados, 2017	100
Tabela 16	Caracterização socioeconômica dos participantes da pesquisa. Uberlândia – MG, 2018	101
Tabela 17	Os procedimentos de AIH mais onerosos	106
Tabela 18	Os procedimentos de APAC mais onerosos	107

Lista de Siglas

ABRAMGE - Associação Brasileira de Planos de Saúde
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência adquirida
AIN - Acordo Interprofissional Nacional
Amass - Associação Mantenedora de Serviços Sociais dos Servidores públicos Municipais de Uberlândia
ANATEL - Agência Nacional de Telecomunicações
ANEEL - Agência Nacional de Energia Elétrica
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEBRAP - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CEP - Comitê de Ética em pesquisa
CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CRST - Centro de Referência de Saúde Suplementar
CSS - Câmara de Saúde Suplementar
DLP - Doença ou Lesão Preexistente
DRU - Desvinculação de Receitas da União
FUNDAP - Fundação de Desenvolvimento Agropecuário
FUNDASUS - Fundação Maçônica em cidades como Uberlândia
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
IOSE - Instituto obra social delejercito
IPSEMG - Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais
Ipremu - Instituto de Previdência e Assistência Municipal dos Servidores Municipais de Uberlândia
IPS - Instituto de "Previsión" Social
ISS - Imposto Sobre Serviços
MERCOSUL - Mercado Comum do Sul
MP - Medida Provisória
MSPyBS - Ministério de "SaludPúblicayBienestar" Social
NIP - Notificação de Intermediação Preliminar
ONG - Organização não governamental
OSDE - Obra Social de los executivos
OSECAC - Obra Social de Los empleados de comercio y actividades civile
PEC - Proposta de Emenda à Constituição
PIB - Produto Interno Bruto
PMDB-SP - Partido do Movimento Democrático Brasileiro – São Paulo
PROCON - Programa de Proteção e Defesa do Consumidor
PSF - Programa de saúde da Família
PSDB - Partido Social Democrático Brasileiro
PT - Partido dos Trabalhadores

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador

RGPS - Regime Geral da Previdência Geral

RMs - Relevância dos Mercados

RPS - Registro de plano de Saúde

SCS - Seguro Complementar de Saúde

SEAE - Secretaria de Acompanhamento Econômico

SIH - Sistema de informação Hospitalar

SUS - Sistema Único de Saúde

SUSEP - Superintendência de Seguros privado

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UF - Unidade Federal

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

VCMH - Variação no custo Médico Hospitalar

VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	CAPÍTULO 1 – SAÚDE SUPLEMENTAR: APONTAMENTOS SOBRE A SITUAÇÃO MUNDIAL	34
2.1	Os setores público e privado de saúde em diferentes países	36
3	CAPÍTULO 2 – A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	54
3.1.	O processo de regulamentação do setor	62
3.2	Registro das operadoras	69
3.3.	O cenário contemporâneo	82
4	CAPÍTULO 3 – SAÚDE SUPLEMENTAR EM UBERLÂNDIA-MG: A SITUAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DA EDUCAÇÃO	97
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
	REFERÊNCIAS	133
	APÊNDICE 1: Questionário de Caracterização Socioeconômica e Uso da Saúde Suplementar	140
	APÊNDICE 2: Roteiro para a Entrevista	141
	APÊNDICE 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	142

1 INTRODUÇÃO

Muitos planos de saúde criados para garantir atendimento a servidores públicos de diferentes níveis – municipais, estaduais, federais – são, simultaneamente, programas de Previdência. É o caso do próprio Instituto de Previdência e Assistência Municipal dos Servidores Municipais de Uberlândia-MG (Ipremu), instituído pela Lei Municipal nº 4.407, de 16 de setembro de 1986, e regulamentado pelo Decreto Lei nº 3.406 de 22 de dezembro de 1986 (MEDINA, 2017) – que estabelecia regime de concessão de benefícios previdenciários, bem como assistência médica e odontológica aos servidores municipais e seus dependentes – e alterado por legislações posteriores. É esse instituto que constitui o objeto de estudo da presente pesquisa.

A motivação sobre o tema Saúde Suplementar surgiu devido à inquietação relacionada às queixas de pessoas ligadas ao cotidiano do atendimento das operadoras de planos de saúde. Os aumentos abusivos no índice de reajustes das mensalidades, a demora no agendamento de consultas e cirurgias, o descaso relacionado ao atendimento das pessoas idosas e até mesmo a insegurança relacionada ao próprio direito de possuírem um Convênio de Saúde Suplementar, foram e são os motivadores fundamentais que nortearam a escolha do tema proposta para este trabalho.

O tema se mostra relevante pelas incertezas quanto à garantia da Saúde como direito de todo cidadão brasileiro, a partir das mudanças políticas em curso desde 2016, que podem orientar-se para uma ênfase em políticas neoliberais, sob a égide do discurso do Estado Menor. Ao mesmo tempo, o setor privado e o mercado de Saúde Suplementar buscam aumentar sua área de atuação e o número de clientes, mas também reduzir garantias ao usuário e facilitar o processo de aumento de mensalidades, carências e restrições. Por fim, trata-se de uma pesquisa que considera a subjetividade do trabalhador, no caso específico de servidores da educação do município de Uberlândia-MG, frente a todas as questões que envolvem o seu acesso aos planos e também à Saúde como direito constitucional de um modo geral.

O Instituto de Previdência Municipal de Uberlândia (Ipremu) é uma Instituição com personalidade jurídica de direito público, integrante da administração indireta do

município, com autonomia administrativa e financeira, com a responsabilidade de executar política de Previdência e a Assistência dos Servidores Públicos Municipais.

Em nível estadual, os servidores de Minas Gerais contam com a Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), que surge com esta denominação deste Decreto-Lei 1.416, de 24 de novembro de 1945, e que também passou por mudanças nas últimas décadas.

Com a Instituição da reforma previdenciária em 1998, a Lei nº 9717/98 e a Emenda Constitucional nº 20, obrigaram os institutos com regime próprio de previdência a se adequarem à nova legislação em consonância ao Regime Geral de Previdência (MEDINA, 2017).

Em 24 de junho de 2002, foi publicada a Lei nº 8049, que dispôs sobre benefícios previdenciários concedidos pelo Ipemu. Esta Lei revogou a Lei nº 4.407/86 e suas alterações, bem como os artigos 97 a 101 da Lei complementar nº 040/92 do Estatuto do Servidor Público Municipal de Uberlândia (MEDINA, 2017).

Até a década de 1990, o Ipemu era responsável pela Seguridade Social dos servidores de Uberlândia-MG; previdência, assistência social e saúde. Entretanto, esta autarquia passou por reestruturações para atender as transformações legais da década de 1990. Tais reestruturações provocaram mudanças neste setor de assistência à saúde e, diante da Reforma da Previdência, conduzida com base na Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, o instituto foi obrigado a ajustar-se a esta nova legislação. Dessa forma, o Ipemu deixou de prestar serviços de saúde, ficando responsável somente pela previdência, e assistência social aos servidores.

A partir do ano de 2013, após um período de transição, em que, em meio a incertezas, os servidores foram atendidos por diferentes empresas, por meio de um novo processo licitatório, a Prefeitura Municipal de Uberlândia firmou contrato com a operadora de plano de saúde RN *Metropolitan*, contrato que permanece com renovação anual até o momento (STIVALI, 2012).

Observa-se que, nos últimos 20 anos, os servidores públicos do município de Uberlândia passaram por várias operadoras de assistência à Saúde Suplementar, com diversas mudanças nos serviços de atendimento, levando em consideração períodos conturbados por processos judiciais, em que as empresas contratadas deixaram aquém os serviços esperados (STIVALI, 2012).

Diante disso, o objetivo geral deste trabalho é:

- Analisar as vivências de funcionários públicos Municipais da Educação de Uberlândia diante da atuação das operadoras de Saúde Suplementar (pública ou privada) oferecidas aos mesmos, destacando os impactos e mudanças mais recentes sobre a promoção da saúde dos servidores.

Já os objetivos específicos deste trabalho são:

- Investigar o histórico dos planos de saúde ofertados à população, estabelecendo o diálogo com as transformações ocorridas no setor de Saúde Suplementar nas últimas décadas.
- Traçar o perfil socioeconômico dos servidores públicos municipais da educação que fizeram uso dos diferentes planos ofertados nas últimas décadas, buscando relacionar isso às mudanças nos serviços prestados.
- Por último, pretende-se analisar a percepção dos servidores públicos municipais da educação sobre a oferta de planos de saúde, e sobre a promoção de sua qualidade de vida de um modo geral.

Tais indagações foram ancoradas em referências bibliográficas variadas, a partir do escopo do campo conceitual da Saúde do Trabalhador. Para isso, foram considerados autores como Lacaz e Santos (2010), Carla da Costa Campos (2004), Scheffer e Bahia, (2010), Marlus Keller Riani (2010), importantes nesse campo de saberes e práticas, que se formou nos anos 1970 a 1980. Os principais sujeitos desse processo são os movimentos sindicais de trabalhadores, a Academia e os Serviços de Saúde Pública. No que diz respeito à Saúde do Trabalhador sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) representa avanço no setor.

Aponta-se para o fato de que o incentivo de Centros de Referência em Saúde Suplementar do trabalhador (Cerest), serviços especializados, na rede SUS (prioridade da Política Nacional de Saúde do Trabalhador) estariam, numericamente, expandindo-se, porém, Lacaz e Santos (2010,) detectam uma concentração de suas ações no tratamento de trabalhadores já adoecidos:

Vários Cerest estruturam-se na linha assistencial, munindo-se de equipamentos de fisioterapia e terapia ocupacional, entre outros, adquiridos com recursos da própria Renast. Sem articulação com a vigilância, a tendência desse modelo é apresentar um impacto pequeno na intervenção sobre os ambientes e processos de trabalho nocivos à saúde (LACAZ; SANTOS, 2010, p. 10).

Em conformidade com Stivali (2012), observa-se na literatura que não há uma investigação em profundidade que permita compreender esse cenário fundamental para propor intervenções. Dessa forma, busca-se entender a percepção dos servidores públicos municipais de Uberlândia-MG, em especial, os servidores da área da educação do município sobre essas alterações.

A compreensão da problemática a que os servidores da Educação da Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU) foram submetidos, a partir da década de 1990, passa pelo entendimento da trajetória de seu conforto Previdenciário. Com fim do atendimento médico através do Ipremu, os servidores públicos municipais tiveram que optar por novos convênios de assistência médica, como a Amass, Intermédica, Hospital Madrecor e RN *Metropolitan*, respectivamente, lidando frequentemente com as incertezas quanto ao atendimento.

Para a realização deste trabalho, propôs-se o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa, pautada em entrevistas semiestruturadas com professores de escolas públicas municipais que estão na ativa desde o Ipremu até os dias atuais. De forma complementar, a entrevista procurou analisar o perfil socioeconômico dos Servidores da Educação da PMU a fim de caracterizar os trabalhadores em consonância com literatura científica e jurídica acerca dos planos de saúde. A partir da pesquisa qualitativa com esses servidores municipais, procurou-se compreender a percepção desses profissionais das escolas municipais de Uberlândia - MG sobre a nova forma de assistência em saúde suplementar que lhes é ofertada no século XXI.

Tal metodologia se fez necessária, pois, segundo Minayo (2015) a pesquisa qualitativa tem a finalidade de compreender a história, as relações, as representações, as percepções, as opiniões e as interpretações que são produzidas nas relações humanas para a construção da vida. Dessa forma, a autora aponta que a pesquisa qualitativa revela os processos sociais que as pessoas estabelecem pelo convívio, mas que ainda são pouco conhecidos. Esse método de pesquisa permite a compreensão da lógica estabelecida sobre o fenômeno que se estuda, por meio da sistematização progressiva do conhecimento.

O método de coleta dos dados qualitativos - por meio de entrevistas semiestruturadas - se justifica conforme aponta Manzini (1991), porque a entrevista semiestruturada é um método de coleta de dados guiado por um roteiro com

perguntas norteadoras. Durante a entrevista outras questões podem surgir como parte do processo. Essa metodologia faz emergir informações de forma livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas, permitindo o aprofundamento na realidade vivenciada pelo entrevistado. Minayo (2014) complementa essa proposição afirmando que o roteiro de entrevista é condutor do diálogo, mas não pode restringir o entrevistador ou entrevistado.

Foram entrevistados 15 professores, de 15 escolas municipais diferentes, ativos, desde a década de 1990. O recorte se explica pelo fato de que os servidores ativos desde este período foram atendidos pelo plano de saúde do Ipremu, bem como pelos planos posteriores.

As entrevistas aconteceram nas unidades de ensino em que trabalhavam, até a data da conclusão da presente pesquisa. As 15 entrevistas foram gravadas e transcritas. Em linhas gerais, as perguntas previamente estabelecidas (Apêndice02), bem como aquelas elaboradas conforme novas indagações do entrevistador e elementos trazidos pelos entrevistados versaram sobre:

- a) as impressões dos servidores sobre o período em que tiveram à sua disposição os serviços de plano médico e odontológico por meio do Ipremu;
- b) o período de transição entre Ipremu e RN;
- c) experiências dos entrevistados com outros planos e, sobretudo, com aqueles vigentes atualmente;
- d) perspectivas e expectativas dos servidores quanto ao futuro do SUS e quanto ao ideal de planos de saúde por eles defendido.

Não foram considerados, enquanto público alvo da realização de entrevistas, profissionais que não possuíssem vínculo efetivo com a Prefeitura de Uberlândia, que não foram beneficiários da assistência médica pelo Ipremu ou que não atuassem como professor das escolas municipais inseridas na pesquisa, e os que, por vários motivos, negaram a participação neste trabalho.

As entrevistas foram gravadas em áudio e, na medida em que realizadas, foi feita sua transcrição. Dessa forma, as entrevistas foram realizadas até que se obtivesse a saturação das informações.

Este trabalho respeitou os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, expressos na Declaração de Helsinque (Edição 2008), bem como a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Destaca-se que, durante a transcrição, os nomes dos participantes e outros nomes que foram citados foram

substituídos por codinomes, com nomes de flores escolhidas pelos mesmos. Além disso, após a transcrição das falas, as entrevistas foram eliminadas, auxiliando na preservação do sigilo dos participantes. Este estudo foi previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU), em 2018, para avaliação e aprovado sob o nº 2.466.185. Para assegurar o respeito aos princípios da autonomia do entrevistado, no início da coleta de dados, o participante foi esclarecido sobre a pesquisa e seus direitos. Estando esclarecidos, os sujeitos entrevistados receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, concordando com este, o documento foi oficializado com a assinatura do participante e lhes foi entregue uma cópia do termo assinado.

Para análise do material transcrito foi empregada a Análise Temática de Conteúdo. Nesse modelo de análise, os temas foram compreendidos como uma unidade de significação que abrangeu determinado conteúdo. Os temas surgiram na leitura exaustiva do material transcrito, tendo sempre em mente os objetivos do trabalho e os fundamentos teóricos que ancoraram a análise (MINAYO, 2015).

A Análise Temática de Conteúdo foi desenvolvida em três etapas: pré-Análise, Exploração, Tratamento e Interpretação do Material. No momento da pré-análise, as hipóteses e os objetivos iniciais nortearam a leitura flutuante do material transcrito. A partir desta, foram confeccionadas novas hipóteses que, junto às hipóteses iniciais e à teoria selecionada para a análise, permitiram a formação dos indicadores. Iniciou-se então a Exploração do Material, que visou alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, identificou-se as palavras e expressões mais significativas em torno das quais o conteúdo se organizou (categorias). Assegurado o entendimento das categorias, passou-se ao processo de Tratamento e Interpretação das Categorias. Nesta pesquisa, a análise foi realizada como descrita por Minayo (2014), que afirma que, nessa etapa do trabalho, se busca compreender os conteúdos e deve-se ir além das aparências manifestadas nas falas. Assim, a Análise de Conteúdo pautou-se em um recorte interpretativo baseado em Minayo (2014).

Os dados da caracterização socioeconômica e de uso da saúde suplementar, em virtude do seu caráter complementar e não amostral, foram processados apenas por análise descritiva por meio do *Software Microsoft Office Excel*®.

Também foi elaborada a seguinte tabela de Categorias Temáticas e Unidades de Sentido:

Tabela 1 – Categorias temáticas e unidades de sentido

Modelo Médico Previdenciário	Reestruturação do Modelo	Experiência Com o Plano Coletivo	Expectativas em relação aos planos de saúde	Expectativas em Relação ao SUS
Carreira no Funcionalismo Cobertura Custos do Plano Serviços Disponibilizados Dependentes	Cobertura Custos do Plano Relações entre Estado e Planos de Saúde	Custos do Plano Dependentes Carreira no Funcionalismo	Acessibilidade Custos do Plano Subsídio Estatal Relações Interpessoais / Atendimento Humanizado Serviços Disponibilizados	Concepção Política Acesso aos Medicamentos Relações Interpessoais / Atendimento Humanizado Valorização dos profissionais

Fonte: A autora.

Sob essa perspectiva, o trabalho se organizou em três capítulos. O primeiro foi elaborado com o intuito de explorar as características dos sistemas de saúde de alguns países que, por vários motivos chamam a atenção por suas peculiaridades no tratamento da saúde às populações. O percentual de recursos públicos destinados à saúde varia de país para país, bem como a relevância da saúde suplementar, seja em termos de número de beneficiários ou de receitas geradas. A partir da exposição de dados e análise estrutural e conjuntural de diferentes países é possível compreender melhor a situação em que se encontra o Brasil em termos de promoção da saúde como um todo e estruturação da Saúde Suplementar de modo específico.

O segundo capítulo traz, particularmente, uma análise do setor de saúde suplementar em nível nacional. Assim, em um primeiro momento, será apresentada a evolução histórica dessa prestação de serviços, com destaque para os fatores que contribuíram para a expansão do número de planos comercializados, da receita do setor e do número de beneficiários. Logo, nesse capítulo, foi analisado o processo de regulamentação da Saúde Suplementar no Brasil, considerando-se as condições históricas em que o mesmo se deu; os principais setores envolvidos no processo de

regulamentação, seus respectivos interesses e, por fim, um panorama da Saúde Suplementar após a regulamentação.

Nesse capítulo enfoca-se também a concentração no setor, fenômeno pelo qual um número restrito de operadoras atende a uma quantidade expressiva dos beneficiários; bem como as relações estabelecidas entre os empresários da saúde suplementar e integrantes do Estado, em uma época em que se fala, por exemplo, na atuação de uma bancada dos planos de saúde na Câmara de Deputados.

No terceiro capítulo, explorou-se os resultados da pesquisa empírica voltada para a condição de servidores da Educação da Prefeitura Municipal de Uberlândia, que até certa data tiveram a assistência à saúde vinculada ao Ipremu, e que têm vivenciado significativas transformações nas condições de acesso a planos de saúde. A parte final do trabalho foi dedicada às considerações finais, em que retoma-se alguns assuntos discutidos nos três capítulos, bem como aprofunda-se o debate acerca dos resultados encontrados a partir da pesquisa empírica e coleta de dados primários.

O Artigo 196 da Constituição Federal do Brasil de 1988 garante:

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

Assim, corroborando a Constituição Federal de 1988, acredita-se ser a Saúde um Direito do cidadão e um dever do Estado. Uma cláusula Pétrea da Constituição Cidadã. Com isso, a garantia constitucional de 1988, que estabelece o acesso aos serviços de saúde pública gratuita como direito de todos os cidadãos brasileiros e a criação do SUS possibilita, ao menos do ponto de vista formal, a universalização do acesso à saúde pública.

Diante das dificuldades enfrentadas pela implantação efetiva e de qualidade dos serviços públicos de saúde, consolidaram-se no país dois subsistemas de atenção à saúde. O primeiro é o SUS, que oferece serviço público universal com recursos advindos de impostos. O segundo é o subsistema privado, denominado pela maioria de Saúde Suplementar o qual se subdivide em dois subsetores: o subsetor saúde suplementar e o subsetor liberal clássico (FOGAÇA, 2006; PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

Contudo, na prática, devido à falta de recursos financeiros e administrativos eficientes, apesar de significativa ampliação, o SUS não consegue atender a todos na totalidade de suas necessidades. Houve significativo aumento da adesão aos planos de saúde privada. Contudo, é importante ter cautela para não operar uma reprodução de um discurso da falência e ineficiência generalizadas do SUS, pois sua importância para o desenvolvimento econômico e social do Brasil é muito grande, já que realiza papel importante na redução das desigualdades sociais (CAMPOS, 2004). Para Paim (2011, p. 20):

As pessoas com planos e seguros de saúde privados afirmam ter melhor acesso a serviços preventivos e uma maior taxa de uso dos serviços de saúde que aquelas que não dispõem de tais planos ou seguros. Entretanto, as pessoas com planos ou seguros de saúde privados frequentemente recebem vacinas, serviços de alto custo e procedimentos complexos, como hemodiálise e transplantes, por meio do SUS. (PAIM, 2011, p. 20).

Mesmo aderindo a planos de saúde, a maioria da população ainda recorre ao SUS, por exemplo, no caso de campanhas nacionais de vacinação e atendimento de urgência e emergência. Geralmente, as queixas mais recorrentes em relação ao SUS recaem sobre a demora em se conseguir atendimento com especialistas (ortopedistas, cardiologistas, ginecologistas etc.) e para agendamento de procedimentos cirúrgicos. De acordo com Campos (2004), os desafios enfrentados pelo serviço público de saúde variam de região para região, de forma que a falta de médicos, por exemplo, costuma ser apontado como problema mais crítico nas regiões Norte e Nordeste.

Com a criação do SUS, ocorreu uma diminuição drástica dos contratos entre hospitais privados e o Estado (CAMPOS, 2004). Grande parte dos hospitais e clínicas que atendiam em parceria com o Estado passaram a prestar serviços às operadoras de planos de saúde, porém com certo receio, por ser um tipo de serviço marcado por várias peculiaridades. De acordo com a mesma autora:

Vale observar que o mercado de saúde é sensível, propício a leituras pontuais, de interpretações genéricas baseadas em casos específicos e de grandes repercussões. É um mercado que oferece um produto complexo, de difícil configuração, que apresenta resultados subjetivos, onde os sucessos dependem em grande parte de quem compra os serviços. Mais ainda, as responsabilidades são dispersas e difusas, existe insegurança sobre a qualidade dos agentes envolvidos na prestação do serviço, os direitos são imprecisos e podem ser negados no momento da utilização dos serviços. (CAMPOS, 2004, p.20).

Assim, as razões que permitiram o desenvolvimento do setor não formam a qualidade dos processos, e muito menos a qualidade das relações acordadas entre os agentes implicados no sistema de saúde suplementar (CAMPOS, 2004).

A mesma autora em questão possui uma postura crítica em relação à atuação do Estado brasileiro no campo da saúde, seja enfatizando as mazelas do SUS, seja apontando dificuldades que o governo impõe para empresas de saúde suplementar:

O setor público, continuamente exposto suas iniquidades, instigado pelas constantes críticas e inequívocos exemplos de ineficiência, serviu como um grande atrativo para os planos de saúde privados...
[...] os prestadores de serviços estão extremamente interessados em pacientes de planos de saúde privados como alternativas para as suas dificuldades junto ao sistema público de saúde. Some-se a esse cenário, o forte auxílio de uma espiral inflacionária que encobria as ineficiências, e permitia, na ciranda financeira, ganhos acima das margens de lucratividade e rentabilidade do negócio. (CAMPOS, 2004, p. 31).

Se por um lado existem de fato problemas quanto ao atendimento pelo SUS, seja nos casos de urgência e emergência, seja no das consultas com especialistas, é de se questionar até que ponto o discurso da falência do SUS favorece o setor da saúde suplementar.

Nos anos entre 1980 e 1989, conforme lembrado por Campos (2004), mediante implementação de políticas de fortalecimento do modelo público, tanto o setor público quanto o de planos de saúde expandiram-se significativamente, tendência que se observou também ao longo de década de 1990. A implantação do Plano Real, em 1994, representou um aumento no poder de compra do trabalhador, situação propícia à adesão aos planos de saúde individuais e incentivados pelo Estado (CAMPOS, 2004).

Frente ao cenário apresentado, pontua-se que o presente estudo se concentra no subsistema privado organizado através da saúde suplementar, cuja definição encontra-se na Medida Provisória 2177 editada pela Casa Civil em 2001. Por esse instrumento legal, o subsistema em estudo é nomeado como Plano Privado de Assistência à Saúde, compreendidas como:

Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou

referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. (BRASIL, 2001, p. 1).

Segundo Fogaça (2006), diante da dificuldade de acesso a um atendimento de qualidade pelo SUS, os trabalhadores optam, muitas vezes, pela saúde suplementar, custeada tanto pelo próprio trabalhador quanto pelo empregador, ou mesmo integralmente pelo empregador. Há, da parte dos clientes finais, a exigência de qualidade do serviço prestado, mas clientes finais, médicos credenciados e operadoras dos planos de saúde não têm a mesma percepção da qualidade dos serviços em saúde suplementar.

O embate entre as concepções de saúde como direito social e da mesma como produto de mercado também resultaram na fragmentação do setor de saúde, de forma que coexistem a rede pública propriamente dita, a rede privada e a Saúde Suplementar, assim definida pelo Glossário Temático da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

Saúde suplementar, fem. Sin. Assistência suplementar da saúde. No âmbito das atribuições da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), refere-se à atividade que envolve a operação de planos privados de assistência à saúde sob regulação do Poder Público. Notas: i). Conforme artigo 197 da Constituição Federal de 1988. ii). Conforme marco regulatório: Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998 e Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000 (BRASIL, ANS, 2009, p. 70).

Conforme exposto, a Saúde Suplementar não se confunde com a Saúde Privada por se submeter à regulação do Poder Público. Apesar da atuação de agência reguladora pública, o acesso aos serviços da Saúde Suplementar não são universais, dependem da renda e da inserção no mercado de trabalho, por exemplo, com variações associadas inclusive à oferta de emprego:

Na outra vertente, a saúde coloca-se como um bem de mercado, com ações operadas por um sistema organizado segundo sua lógica e o acesso subordinado à condição social do consumidor desse bem: renda, forma de inserção no mercado de trabalho, residência em locais de maior dinamismo econômico.

[...]

O sistema de saúde ampliou-se marcado por crescente segmentação, que confere a uma parcela da população dupla cobertura: a taxa de cobertura de planos de assistência médica era, em junho de 2015, estimada em 26% no país, atingindo 38,5% no Sudeste (maior taxa). Essa cobertura, no entanto, está associada às condições do mercado formal de trabalho:

66,5% dos vínculos correspondem a planos coletivos empresariais. Em períodos de crise, o desemprego reduz a possibilidade de acesso, tal como ocorre com parcela expressiva dos que se aposentam. (IPEA, 2016, p. 134).

Dentre os produtos comercializados pelas empresas de Saúde Suplementar, destaca-se o Plano de Saúde, assim definido pela ANS:

Plano privado de assistência à saúde, masc. Sin. Plano; Plano de assistência à saúde; Plano de saúde; Produto. Contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço preestabelecido ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, e com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. (ANS, 2009, p. 59-60).

Já o Seguro Saúde seria comercializado pelas seguradoras, sobretudo por meio de ressarcimento de despesas com saúde já pagos pelo segurado:

Seguradora especializada em saúde, fem. Empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializa ou opera seguro que preveja a garantia de assistência à saúde, estando sujeita ao disposto na Lei n.º 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro. (ANS, 2009, p. 70).

A definição de Planos de Saúde proposta por Scheffer e Bahia (2010) segue pressupostos semelhantes:

Plano de saúde é um termo genérico utilizado para designar um pacote de benefícios comercializados e oferecidos por uma empresa ou seguradora. Os planos de saúde podem ser comerciais – adquiridos por empregadores ou por consumidores individuais – ou não comerciais, que são, por definição, coletivos.

Estabelecidos por meio de contratos – individuais e familiares, ou em sua maioria (mais de 70% do mercado), derivados do contrato de trabalho – na forma de benefícios indiretos, os planos de saúde no Brasil expressam relações coletivas seladas por meio da constituição de fundos de provisões comuns. (SCHEFFER; BAHIA, 2010, p. 13).

Em um cenário que pode ser interpretado como avanço dos interesses privados e da concepção de saúde como bem de mercado, e a crescente desvinculação de recursos da Seguridade Social para outros fins, sobretudo ligados

ao mercado financeiro e pagamento da dívida interna e externa, conforme lembrado por Salvador (2017),

A seguridade social e seu orçamento são peças-chaves para a compreensão do ajuste fiscal e da captura do fundo público pelo Capital Portador de Juros (CPJ). Como parte da política de ajuste fiscal, em curso desde 1993, que prioriza a realização de superávits primários para o pagamento de juros, encargos e amortização da dívida pública, o governo federal vem se apropriando das contribuições sociais destinadas à seguridade social. O corolário é o esvaziamento permanente do financiamento da seguridade social, deixando os recursos públicos liberados para os condutores das políticas econômicas atenderem os interesses do capital. Além de sustentar o discurso público de elevados “déficits previdenciários” para justificar contrarreformas previdenciárias como a apresentada pelo atual governo de plantão por meio da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) n. 287/2016. Outro instrumento de política fiscal que vem agravando a retirada de recursos para o financiamento da seguridade social são as renúncias tributárias sobre as contribuições sociais. (SALVADOR, 2017, p. 426-427).

Apesar das ações da ANS, criada em 1998, são ainda escassos os mecanismos de avaliação deste segmento, seja de avaliação das operadoras, seja dos médicos e hospitais credenciados. Diferentemente do SUS, o foco é o atendimento dos pacientes já acometidos de alguma enfermidade ou sintomas que os levam a consultar um médico, não havendo ações de orientação e prevenção. Conforme salientado por Fogaça (2006):

No Sistema Público de Saúde, muito embora as dificuldades sejam inúmeras, são desenvolvidas diversas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, com base nos indicadores de saúde-doença da população, evidenciando planejamento e controle. É dessa forma intrigante que em alguns aspectos, como o planejamento de ações e as informações básicas sobre a população assistida ou coberta por planos de saúde, o desenvolvimento do sistema de saúde estando basicamente atuando com foco econômico e uma visão presentes no mercado onde atuam. (FOGAÇA, 2006, p.14).

Uma das formas do modelo atual de saúde, concebida pela ANS, é a criação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos. Por meio dessas ações pode-se, por um lado, diminuir os custos operacionais dos serviços e, por outro, construir um protótipo voltado ao cuidado, supervisionando e encadeando os vários procedimentos em saúde por meio do acompanhamento do usuário pela rede de serviços e melhorando o acesso e proteção à saúde do usuário (FOGAÇA, 2006).

A criação do SUS está intimamente relacionada com a concepção de que a questão social deve ser responsabilidade e preocupação fundamental do Estado, concepção presente em diferentes determinações da Constituição Federal de 1988. A Saúde Pública de modo geral, bem como a Saúde do Trabalhador, então, não devem ser dissociadas do campo da assistência social, regulamentação do seguro-desemprego e avanço na cobertura da previdência social. Apesar disso, quase simultaneamente à criação de mecanismos legais pautados no princípio de responsabilidade social do Estado em grande parte resultante de mobilização de trabalhadores de diferentes setores ao longo das décadas de 1970 e 1980 surgiram também os esforços para limitar o alcance das conquistas, ou mesmo revogar direitos básicos alcançados. Vale salientar que, já nos primeiros governos pós-ditadura militar, houve divergências e embates quanto às formas de captar recursos e de financiar a Seguridade Social. Assim, um problema recorrente desde então é a utilização de recursos, que deveriam estar voltados para a Seguridade Social, para outras finalidades, conforme lembrado por Marques e Mendes (2004):

Vários são os aspectos que evidenciam as iniciativas e medidas que foram minando o conceito de seguridade social ao longo dos governos que se seguiram à promulgação da Constituição Cidadã. Entre os principais destacam-se: a utilização de parte de seus recursos para fins alheios à seguridade social nos dois primeiros anos após a promulgação da Constituição; a especialização das contribuições de empregados e empregadores para a previdência social; a criação de mecanismos que permitiram o acesso da União aos recursos da seguridade social e, portanto, a institucionalização de seu uso indevido; as alterações nos critérios de acesso aos benefícios previdenciários, especialmente da aposentadoria; a inclusão, no plano da análise e da discussão pública, do regime dos servidores, em claro rompimento ao artigo 194 da Constituição. (MARQUES; MENDES, 2004, p. 5).

Assim, gradativamente, o desvio dos recursos da Seguridade Social foi institucionalizado e as consecutivas Reformas da Previdência, a exemplo da Emenda Constitucional 20, aprovada em 1998, durante o governo Fernando Henrique Cardoso, que alterava a aposentadoria do Regime Geral da Previdência Social (RGPS) e do regime próprio dos servidores; a Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003, sob o governo Lula; bem como a criação do fator 85/95, instituído pela Lei 13.183/2015, no Governo Dilma Rousseff, introduziram obstáculos ao usufruto dos serviços da Seguridade Social pelo cidadão brasileiro.

Outro revés para a Seguridade Social do brasileiro aconteceu a partir da discussão e aprovação do Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 287/2016, no governo Michel Temer, amplamente defendida pelo seu Ministro da Fazenda, Henrique Meirelles, sob a justificativa de déficit previdenciário e de que seria componente essencial de um conjunto de reformas, como no caso da Reforma Trabalhista (Lei Nº 13.467, DE 13 DE JULHO DE 2017), também aprovada, que se destinariam ambas à retomada do crescimento da economia e equilíbrio das contas públicas. Por outro lado, movimentos sociais, alguns partidos de orientação política mais à esquerda e intelectuais vêm destacando que tais medidas jogam o peso da crise econômica sobre os ombros das classes trabalhadoras e empreenderão drástica redução de direitos previdenciários, assistenciais e trabalhistas duramente conquistados ao longo de décadas de lutas dos trabalhadores brasileiros. Além disso, são apontadas medidas alternativas que poderiam amenizar o cenário fiscal e as contas públicas, sem penalizar quem mais precisa do amparo da Seguridade Social, como o fim de renúncias tributárias e maior rigidez na cobrança de tributos previdenciários que não estão sendo honrados por muitas empresas:

A professora do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Denise Gentil, também recusa o argumento de que a Previdência é deficitária. “Essa reforma não é necessária. É dito que os gastos aumentaram descontroladamente, mas não quanto à arrecadação caiu por meio de renúncias tributárias. Só em 2015, a União deixou de receber mais de R\$ 157 bilhões que deveriam ter ido para a Previdência Social. Além da renúncia, sucessivos governos vêm desvinculando as receitas, retirando recursos do sistema de seguridade. Em 2017, isso pode chegar a R\$ 120 bilhões. Para não falarmos nas dívidas previdenciárias das empresas, que, já em 2015, ultrapassava os R\$ 350 bilhões”. (ANFIP, 2016).

Resumidamente, destaca-se que o *déficit* da Previdência é relativo. Depende de como a conta é feita, ou seja, depende de quais fontes de arrecadação são consideradas, por exemplo. E, além disso, as possíveis saídas para a situação podem diferir entre si na questão de que setores da sociedade serão mais atingidos. O debate é amplo, envolve diferentes interesses e concepções, e há que se levar em conta qual a representatividade alcançada por estes diferentes interesses na Câmara de Deputados, no Senado Federal e nos ministérios mais diretamente envolvidos com a questão previdenciária. Desde já, vale lembrar, conforme apontado por Marques e Mendes (2004, p. 5-6) que, nas últimas décadas, sob diferentes governos, a pressão do setor financeiro tem sido decisiva, orientando o

desmonte do Estado brasileiro, pautado na garantia de um *superávit* primário nas contas públicas, visando o pagamento da dívida pública (dívida interna) e parte da dívida externa.

Retomando a questão mais específica dos planos de saúde, destaca-se que esta também é amplamente influenciada pela representatividade no meio legislativo e por disputas políticas em curso. Mas há que se considerar que se tratam de disputas desiguais, ao se observar, por exemplo, a crescente aproximação entre representantes dos Planos de Saúde privados e parte significativa da Câmara de Deputados – geralmente garantida via financiamento de campanhas eleitorais pelos Planos de Saúde –, conforme analisado em diferentes estudos recentes, tais como em Scheffer e Bahia (2010) e Vilarinho (2010).

Os negócios ligados à saúde convivem com o fator da imprevisibilidade. De modo geral, os indivíduos aderem a planos de saúde como forma de precaução, na expectativa de que sejam amparados diante da necessidade de tratamentos ou cirurgias que não poderiam custear negociando diretamente com um hospital privado. Assim, a utilização dos planos é suscetível a flutuações, o que pode ser favorável às operadoras, mas desvantajoso para os hospitais, e vice-versa, conforme salienta Campos (2004, p.34):

É neste caso que ocorre o conflito de interesses entre operadoras e prestadores de serviços de saúde que é bem caracterizado. O conflito surge fundamentalmente pelo fato de que eventos que representam custos para a operadora representam receita para os prestadores de serviços de saúde. Semelhantemente o que representa custo para os beneficiários, “as mensalidades”, essas representam receita para as operadoras de planos de saúde. [...]. Conseqüentemente, o nível da desconfiança e do desequilíbrio da relação se tornou muito forte, criando um cenário desastroso continuamente delineado pelos agentes, cada um acredita que o outro negócio deva ser melhor que o seu. Tanto que os hospitais passaram a ter planos de saúde e as operadoras de planos de saúde passaram a ter hospitais. (CAMPOS, 2004, p. 34).

De acordo com Soares (2009), com base em dados da ANS, em dezembro de 2008, a Medicina Suplementar atendera em torno de 52 milhões de pessoas em todo o Brasil, sendo verificado um substancial aumento das carências. Contudo, Soares (2009, p. 28), em grande medida, prioriza a perspectiva das operadoras de planos de saúde ao supor que haveria utilização desnecessária e compartilhamento das carteirinhas:

Dado o histórico de aumentos unilaterais o usuário perdeu o comprometimento e o espírito de parceria na utilização do plano, com forma de poder de barganha em suas renegociações para uma utilização visando apenas o curto prazo – estou pagando, tenho que usar mesmo!

E de forma desonesta, alguns chegam a ponto de ceder sua carteirinha para que outra pessoa a utilize, esquecendo que a conta tem que ser paga por alguém, uma vez que a precificação do seu produto foi realizada por meio do estudo atuarial de apenas uma vida...

Com o envelhecimento da população brasileira, a concentração de idosos nos planos de saúde aumentou e, em virtude disso, aumentou também os riscos, os custos e os preços. Isto gera a seleção adversa, ou seja, quem mais usa o plano permanece e quem usa menos, sem condições de pagamento, sai, e, conseqüentemente, a reserva técnica deste jovem não é constituída para futuras utilizações e, obviamente, esta conta terá de ser paga por alguém. (SOARES, 2009, p. 28).

Segundo a ANS, o número de usuários que possuem convênio com a saúde suplementar vem crescendo nos últimos anos. No ano de 2003, a quantidade de pessoas era menor que 32 milhões. Em 2008 o número de participantes com plano de saúde privada passou de 40 milhões. No que se refere a períodos mais recentes, seguem dados da ANS (2014, p.6):

O setor de saúde suplementar contou, em dezembro de 2014, com aproximadamente 72 milhões de beneficiários (78% no segmento médico hospitalar e 22% no segmento exclusivamente odontológico) e pouco mais de 1400 operadoras com registro ativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar (73% no segmento Médico Hospitalar e 27% no segmento Exclusivamente Odontológico). Houve aumento de 3,4% no total desses beneficiários de 2013 para 2014, enquanto o número de operadoras reduziu-se em 3,0% no mesmo período.

Dados consolidados do setor de Saúde Suplementar

O total de faturamento com contraprestações do setor foi de aproximadamente R\$ 126 bilhões. Na comparação com o ano de 2013, observa-se um aumento nominal de 16,3%.

Já o total de despesas assistencial girou em torno de R\$ 106 bilhões. Na comparação com o ano de 2013 registra-se um aumento nominal de 17,7%.

(...)

Ainda que a margem de lucro líquida média do setor tenha ficado praticamente estável, em torno de 2%, o resultado líquido do setor ampliou-se em termos nominais, de R\$ 2,5 bilhões em 2013, para R\$3,6 bilhões em 2014, impulsionado fortemente pelo resultado financeiro apurado no último ano. Tal cenário foi significativo no segmento Médico Hospitalar, no qual nota-se aumento expressivo do resultado líquido em comparação com o segmento Exclusivamente Odontológico. (ANS, 2014, p.6).

Parece ser uma constante na trajetória do setor de Saúde Suplementar no Brasil o aumento anual dos rendimentos e do número de beneficiários, a despeito da diminuição do número de administradoras de planos de saúde, que, neste caso, pode, em parte, ser associado à formação de monopólios e cartéis por empresas de grande porte do setor (SOARES, 2009). Assim, Lacaz e Santos (2010, p. 11) já

apontavam para a tendência à privatização de serviços de saúde, inclusive no que diz respeito à Saúde do Trabalhador

O que se constata é que o discurso e a atuação dos últimos governos tendem para a privatização, contenção de gastos e seleção de demandas, em detrimento das ações no campo das políticas sociais, de conformidade com as recomendações de organismos financeiros internacionais. (LACAZ; SANTOS, 2010, p.11).

A partir desse raciocínio, reafirma-se a necessidade do maior envolvimento dos trabalhadores, sobretudo em tempos de fragilização sindical, crescimento da informalidade e desemprego, nos assuntos relacionados à Saúde Suplementar, Saúde do Trabalhador e ao espectro maior que é o setor Saúde.

As abordagens críticas sobre Planos de Saúde e Saúde Suplementar relacionam-se diretamente ao assunto e temática da Saúde do Trabalhador. Discutir Saúde Suplementar sempre recairá no tema maior que é o da Saúde do Trabalhador, pois quem paga e arca com os planos de saúde é quem se interessa, em última análise, pelo serviço. Planos de Saúde são feitos e existem para os que arcam com ele. Saúde Suplementar tem sua existência na existência do trabalhador. Assim, de maneira direta ou indireta os que se associam e ou se ligam aos pacotes de planos de Saúde Suplementar são trabalhadores.

Por isso Daldon e Lancman (2013), quando analisam o assunto, tratam de outros desafios contemporâneos para a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), cujo objetivo é, por meio de mecanismos de investigação, promover a Saúde do Trabalhador e prevenir acidentes e doenças do trabalho.

Um grande avanço nas análises acerca da Saúde do Trabalhador recai sobre o fato de que, sobretudo a partir do modelo proposto por Laurell e Noriega (1989), tem sido considerada a determinação social com a separação das cargas de trabalho (física, química, biológica, mecânica e fisiológica). Com isso, passam a merecer destaque, além da questão dos riscos e dos acidentes de trabalho, a concepção de desgaste e perda efetiva e/ou potencial da capacidade corporal e psíquica, incluindo a reversibilidade do desgaste que não deveria ser encarado necessariamente como doença.

A promoção da Saúde do Trabalhador não se dá exclusivamente por meio do atendimento via SUS, de forma que os planos e seguros privados de saúde

tornaram-se, gradativamente, uma modalidade de atendimento com crescente oferta e procura.

A magnitude assumida pelos planos de saúde corporativos no cotidiano dos trabalhadores não beneficia necessariamente a Saúde do Trabalhador. Em primeiro lugar, porque, conforme se aborda no o presente estudo, os poucos benefícios a que tinham acesso os trabalhadores no âmbito dos planos de saúde vêm sendo drasticamente reduzidos pelos desmandos das operadoras relacionadas à cobertura dos planos. A exemplo disso tem-se o aumento no valor das mensalidades, que são reajustados anualmente, carências estendidas etc.

Além disso, as operadoras de planos de saúde acabam por alinhar-se à perspectiva do empregador, já que muitas das condições da assistência oferecida pelo plano são negociadas segundo o interesse da empresa, e a própria agência reguladora, a Agência Nacional de Saúde, tem presença significativa de representantes do setor nos seus quadros administrativos. Exemplo disso é a resistência por parte de muitas das operadoras em atender, com cobertura, situações de acidente de trabalho, até para evitar incluir-se em futuras disputas jurídicas entre trabalhador e empresa. Esse tipo de situação resulta em um distanciamento em relação ao objetivo básico de aprimorar a promoção da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS (SCHEFFER; BAHIA, 2010).

Mas o que constitui um plano de saúde? De acordo com o Art. 1º da Lei 9.656, Plano Privado de Assistência à Saúde prestaria, de forma continuada, serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde [...]” (BRASIL, 1998a). A mesma definição seria reafirmada na Medida Provisória 2177 editada pela Casa Civil em 2001 (BRASIL, 2001).

Conforme lembra Campos (2004), no que se refere à contratação, há os planos contratados por pessoas físicas e os planos contratados por pessoas jurídicas. No primeiro caso, o indivíduo assina o contrato com uma operadora de plano de saúde, tendo acesso à cobertura individual, ou do titular e de seus dependentes, nos chamados planos familiares.

Já os planos contratados por pessoa jurídica, ainda de acordo com Campos (2004), recebem a denominação de planos coletivos, também chamados de planos de saúde de empresas. A empresa empregadora pode assinar contratos com diferentes operadoras, ou com uma mesma operadora, mas ofertando opções de

planos com variabilidade de custo e cobertura. Dentro desse grupo ainda há a divisão de planos de saúde com patrocinador, cuja mensalidade é integral ou parcialmente custeada pelo empregador; e planos de saúde sem patrocinador, quando as mensalidades são integralmente pagas pelo beneficiário à operadora.

A abrangência geográfica torna-se outro fator de diferenciação dos planos, de forma que eles podem ter cobertura municipal, em um conjunto de municípios, estadual, em um conjunto de estados da federação, nacional e, no caso de alguns planos, internacional (BRASIL, 1998a). Há, também, a diferenciação entre Planos Antigos, contratados anteriormente ao processo de regulamentação do setor; Planos Adaptados, contratados anteriormente ao processo de regulamentação do setor, mas com alterações visando adequar-se às novas determinações impostas pela regulamentação; e Planos Novos, que seriam os planos contratados após o processo de regulamentação do setor, sendo esta classificação utilizada nos Boletins da ANS, consultados para a presente pesquisa (ANS, 2008, 2015, 2016 etc.); e também em parte do referencial teórico (MONTONE, 2009; SCHEFFER; BAHIA, 2010).

A evolução histórica dos Planos de Saúde e da Saúde Suplementar no Brasil não foi o interesse principal dessa pesquisa, visto que outros autores já analisaram o assunto sob esse prisma e o fizeram de maneira contundente e precisa. Logo, se o interesse for o aprofundamento da temática da Evolução espacial e temporal da Seguridade Social e da Saúde Suplementar no Brasil, sugere-se a leitura de Montone (2009), Scheffer e Bahia (2010), Campos (2004), Laurell e Noriega (1989), Daldon e Lancman (2013), dentre outros.

2 CAPÍTULO 1 – SAÚDE SUPLEMENTAR: APONTAMENTOS SOBRE A SITUAÇÃO MUNDIAL

A saúde pública (estatal e privada) possui variadas compreensões políticas, jurídicas e sociais em torno do globo. Assim, a Saúde Pública, ao ser executada localmente nos diferentes países e nações, também se traveste de diferentes papéis em cada um desses países de origem. Para se ter uma ideia, quanto ao aspecto do seu financiamento, a Saúde Pública em seu denominador Privado possui diferentes aspectos de uma nação para outra, conforme Scheffer e Bahia (2010 p. 49-50):

Em alguns países representam a cobertura principal para determinados grupos da população; em outros têm papel duplicativo ao sistema público, o que quer dizer que parte da população – a que tem poder aquisitivo-escolhe, em determinadas situações, onde quer ser atendida; e, ainda podem ter uma função complementar ou suplementar dos sistemas públicos.

Certos governos sequer consideram os planos de saúde um componente importante. Para outros, entretanto, são tidos como um dos pilares do sistema nacional de saúde, com a função de reduzir a carga financeira que pesa sobre regimes públicos e ampliar as possibilidades de escolhas dos usuários. (SCHEFFER; BAHIA, 2010, p.49-50).

No Brasil, a procura por assistência à saúde faz com que muitos trabalhadores apelem aos planos de saúde privados. Em consequência disso, acontece a duplicação da assistência à saúde, pois o usuário pode usar tanto o sistema público como o privado, já que no Estado, o seu modelo de política de saúde pública e universal possibilita a ampliação dos planos privados para aliviar o setor público (SCHEFFER; BAHIA, 2010).

Sob o rótulo Saúde Suplementar está abarcada uma variedade de tipos de empresas e entidades, que podem atuar nas atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de saúde. Da mesma forma, há diferentes modelos de contratação, bem como diferentes moldes de cobertura. Ainda que existam peculiaridades no ramo de Saúde Suplementar, de país para país, a partir das considerações de Campos (2004) e Soares (2009), tais empresas e entidades são classificadas em: Medicina de Grupo, Odontologia de Grupo, Cooperativa Médica, Cooperativas Odontológicas, Autogestão, Seguradoras, Administradoras de Planos de Saúde e Filantropia.

A Medicina de grupo consiste em empresas ou entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, que operam e administram planos de assistência à saúde para empresas ou pessoas físicas, por meio de cobrança de contraprestações pecuniárias. Vale salientar que, anteriormente à regulamentação do setor, não havia órgão específico com a incumbência de fiscalizar a atividade de tais empresas (CAMPOS, 2004).

A Odontologia de grupo inclui empresas e entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas que se inserem na classificação de Cooperativa Odontológica. Assemelham-se à Medicina de Grupo, quanto à estrutura jurídica, diferindo quanto ao serviço prestado (CAMPOS, 2004).

As Cooperativas Médicas envolvem sociedades de pessoas que operam planos privados de assistência à saúde. Os profissionais médicos são, ao mesmo tempo, sócios e prestadores de serviços, recebem proporcionalmente à sua produção, pelo tipo e qualidade do atendimento, além de participarem do rateio dos lucros (CAMPOS, 2004).

As Cooperativas Odontológicas seguem o padrão da Cooperativa Médica, em que os prestadores de serviço são também sócios no negócio, mas, neste caso, trata-se de profissionais da área de odontologia. Desta forma, a natureza dos serviços prestados e os tipos de plano comercializado diferem da Cooperativa Médica (CAMPOS, 2004).

A Autogestão é composta por entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por meio de seu departamento de recursos humanos, ou órgão equivalente, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência à saúde. Têm acesso à cobertura do plano, exclusivamente, funcionários ativos, aposentados, pensionistas e ex-funcionários, bem como seus respectivos grupos familiares, até o terceiro grau de parentesco. Há situações em que a cobertura se destina a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas, sindicatos, fundações, entidades de classe etc. (CAMPOS, 2004).

As Seguradoras são empresas com as características das seguradoras usuais e que definiram sua especialização como operadora de planos de saúde junto a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), mediante cisão ou outro ato societário pertinente. As seguradoras possuem a obrigatoriedade contratual de oferecer a livre escolha do médico, laboratório, hospital, clínica, ou qualquer outro prestador de serviço aos usuários. O beneficiário do seguro arca com as despesas,

mas têm direito a reembolso, conforme tabela de procedimentos definida entre as partes. Na prática, as seguradoras costumam estabelecer uma listagem de prestadores de serviço de referência, o que limita em alguma medida a liberdade de escolha (CAMPOS, 2004).

As Administradoras são empresas que administram apenas planos privados de assistência à saúde, não assumindo o risco decorrente da operação desses planos, desprovidas de rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares, sendo os planos financiados por operadoras. Há também aquelas que administram exclusivamente serviços de assistência à saúde, tendo ou não rede própria, credenciada ou referenciada de prestadores de serviços médico-hospitalares ou odontológicos (CAMPOS, 2004).

Da Filantropia fazem parte as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e que tenham recebido certificação de entidade filantrópica, emitida pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública emitida por órgão municipal, estadual ou federal (CAMPOS, 2004).

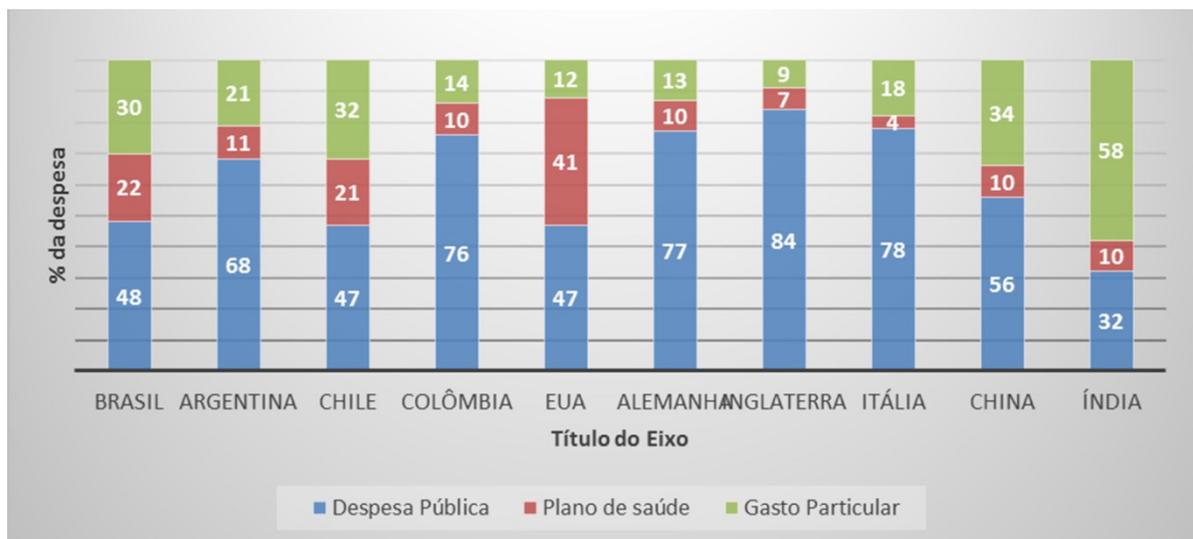
2.1 Os setores público e privado de saúde em diferentes países

Assim analisados os conceitos relacionados à saúde suplementar, infere-se que diferenças existem entre as definições regionais e nacionais, mas são intermediados (e não regulamentados) por órgãos supranacionais como o *Drug Enforcement Administration* (DEA) nos Estados Unidos da América, os órgãos relacionados à Saúde e à Saúde Suplementar na Europa e na União Europeia (UE), a Organização Mundial de Saúde (OMS), o MERCOSUL e suas determinações acerca dos sistemas de Saúde e da Saúde Suplementar em seus países membros e outras organizações supranacionais do setor. Assim, as nomenclaturas diferem, mas no conjunto são semelhantes nos países que foram escolhidos para a análise em questão.

O Gráfico 1, a seguir, publicado pela Bain & Company e por Fiorentino et. al. (2016, p. 6) permite estabelecer um comparativo do percentual representado pela Saúde Suplementar em diferentes partes do mundo. Procurou-se aqui analisar situações em três continentes: o americano, o europeu e o asiático, para entender brevemente sobre gastos públicos, planos de saúde e gastos particulares em países

tanto contrastantes como pertencentes ao MERCOSUL (Brasil e Argentina), da América do Sul, mas não pertencente ao MERCOSUL (Chile e Colômbia), ao NAFTA (EUA), à União Europeia (Alemanha e Itália), a um país recentemente saído da UE (Inglaterra), um superpopuloso e com um sistema de Saúde totalmente estatal (China) e um superpopuloso e capitalista (Índia):

Gráfico 1: Composição de gastos públicos, planos de saúde e gastos particulares (2013)



Fonte: Banco Mundial. In: FIORENTINO et al. (2016, p. 6).

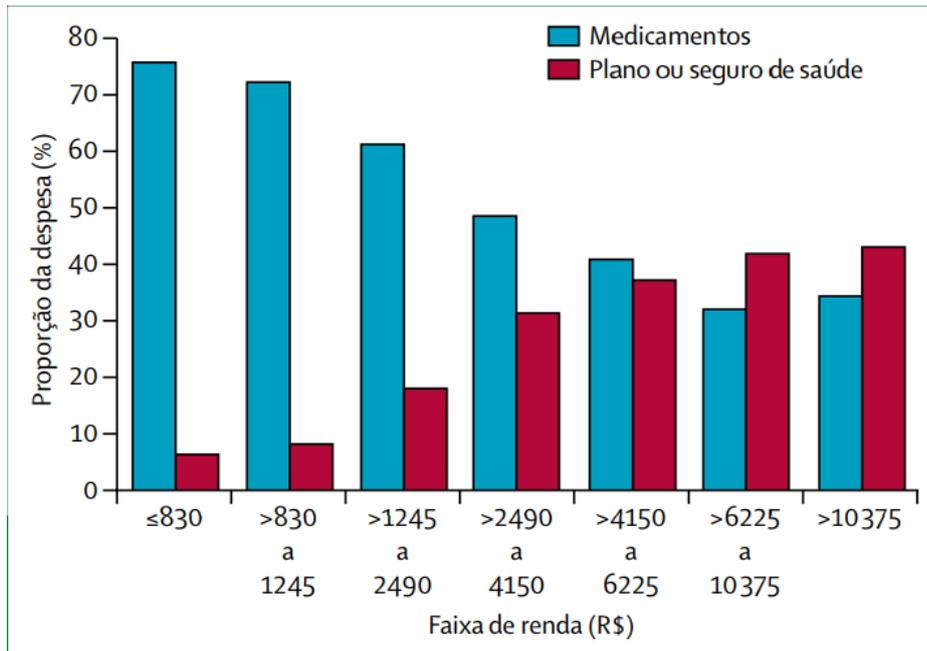
Conforme os dados apresentados, o país com o perfil mais próximo ao do Brasil, ao menos no que se refere à distribuição quantitativa de recursos, é o Chile. Em ambos os países encontra-se uma predominância do gasto público com a saúde, seguida da despesa particular com o mesmo setor, e os planos de saúde em último lugar.

EUA, Brasil e Chile apresentaram percentual muito próximo de investimentos públicos em saúde, entre 47% e 48%. Nos EUA os planos de saúde representaram maior quantidade de gastos em 2013, sobretudo se os compararmos com os dados do Brasil e do Chile.

Ao analisar o gráfico também chama a atenção o fato de que as classificações de país desenvolvido, subdesenvolvido, emergente etc., não estabelecem relação direta com a configuração dos gastos em saúde (RIANI, 2010). Também observa-se que Brasil e Chile tiveram perfil muito próximo em 2013 no tocante à distribuição dos gastos em saúde. Já Colômbia e Argentina se destacaram

por uma predominância ainda mais acentuada dos investimentos públicos, em detrimento dos planos de saúde e gasto particular. Quanto ao gasto individual com Saúde e Saúde Suplementar no Brasil, Paim (2011, p. 21) elabora um gráfico ilustrativo:

Gráfico 2: Despesas com saúde por desembolso direto (Brasil, 2011)



Fonte: Paim, Jairnilson *et al.* 2011, p. 21.

Alemanha, Inglaterra e Itália destacam-se por terem apresentado os maiores percentuais de investimento público em saúde, tendo eles representado, respectivamente, 77%, 84% e 78% do total de gastos em 2013 (SHEFFER; BAHIA, 2010).

Para além do aspecto quantitativo, deve-se atentar para a linguagem expressa no estudo supracitado, visto que os conceitos possuem historicidade, bem como implicações políticas e ideológicas. Assim, chama a atenção o uso da expressão “despesa pública” e, em alguns trechos do artigo, “gasto público”. Tomando a perspectiva da Constituição brasileira de 1988, seria preferível o emprego da expressão investimento em saúde, pois tal termo pressupõe que a saúde seja tratada como direito básico, em tese acessível a todos os brasileiros, visto que pautado na universalidade, e gratuito. Deve-se pensar a saúde pública como investimento devido ao retorno que uma população melhor assistida neste quesito traria para a sociedade, até mesmo em termos de trabalho e produção. Por

outro lado, deve-se considerar a carga tributária brasileira, ainda injusta e incidente, sobretudo, nas classes mais pobres, que deveriam ter acesso a uma saúde gratuita de qualidade, já que pagam impostos que recaem, principalmente, sobre a produção e o consumo.

Sobre o gasto individual em Saúde, Paim (2011, p. 21-22) explica que:

Amostra de Domicílios (PNAD) mostra que, em 1981, 68% do total de atendimentos de saúde realizados no mês anterior à pesquisa foram financiados com recursos públicos, 9% por planos ou seguros de saúde privados e 21% por gastos por desembolso direto. Em 2003, a proporção do consumo de serviços de saúde financiados com recursos públicos caiu para 56%, permanecendo nesse nível em 2008. Porém, a contribuição dos seguros de saúde aumentou de forma expressiva (21% da despesa total em 2008) – o volume de atendimentos financiados por esse setor cresceu 466% de 1981 a 1998. A proporção dos pagamentos do próprio bolso aumentou de forma contínua: passou de 9% em 1981 e 1998 para 15% em 2003 e 19% em 2008. Em 1981, o sistema de previdência social pagou 75% das internações hospitalares, enquanto em 2008 o SUS pagou apenas 67% das internações. Em 1981, 6% das internações hospitalares foram pagas por planos de saúde privados, uma proporção que cresceu para 20% em 2008. Já a proporção de internações hospitalares pagas por desembolso direto (cerca de 10% em 2008) se manteve constante desde 1981. (PAIM, 2011, p.21-22).

A Tabela 2, elaborada com dados também publicados em artigo de Fiorentino et al. (2016, p.6), mostra a despesa anual em saúde, somadas as despesas pública, particular e de planos de saúde, de diferentes países, também referente a 2013:

Tabela 2 – Despesa anual em saúde, de países selecionados, 2013

País	Brasil	Argentina	Chile	Colômbia	EUA	Alemanha	Inglaterra	Itália	China	Índia
US\$ Bi, Nominal	231	45	21	26	286	421	244	194	528	74

Fonte: Banco Mundial. In: Fiorentino et al. (2016, p.6).

Chama a atenção na tabela 2 o fato de que, nos Estados Unidos, o investimento público em saúde, em termos de gasto anual, apesar de representar um percentual próximo ao de países como Brasil e Chile, apresentara o maior gasto nominal em bilhões de dólares em 2013.

As despesas com saúde no Brasil, no ano de 2016, superaram um total de R\$50 bilhões, segundo a Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) que mede a quantia gasta pelas operadoras de planos no cuidado com seus usuários. No que diz respeito ao comportamento dos gastos em saúde, pode-se dizer que:

O gasto total com saúde, tanto de países desenvolvidos como de países em desenvolvimento, tem crescido continuamente nos últimos 50 anos (Erixon & Marel, 2011). Esse crescimento tem sido em média superior ao crescimento do produto interno bruto (PIB). Além disso, é possível encontrar uma correlação significativa entre os gastos com saúde *per capita* e PIB *per capita*. (ERIXON; MAREL, 2011, p.18).

Ao pensarmos na destinação de fundos para o âmbito da saúde, compreende-se que é uma prática na qual a determinação dos meios e a avaliação das consequências são sempre complexas. O setor saúde frustra-se quando extrapola sua competência de produzir serviços médicos-sanitários, tentando influir por si só nos indicadores de saúde da coletividade, sem levar em conta que a melhoria do nível de saúde de uma população só se torna permanente quando oriunda de medidas que superem as restrições impostas pelo contexto econômico e social (VIANA; ROMEU; CASTRO, 1982). Quanto a isso:

O que se observa é que, na maioria dos países, quando há uma redução da taxa de crescimento da economia, a taxa de crescimento dos gastos com saúde também tende a se reduzir.

[...]

No caso do Setor de Saúde Suplementar no Brasil, as tendências são divergentes. Ao contrário do que se observa nos outros países, a taxa de crescimento com saúde (despesa assistencial na nomenclatura da Agência Nacional de Saúde Suplementar) *per capita* é crescente apesar da tendência observada de desaceleração da economia no período analisado. (BRASIL. IESS, 2016, p. 3).

A Tabela 3 a seguir, por sua vez, diz respeito à Variação no Custo Médico Hospitalar (VCMH) em países analisados e outros que entraram (França e México) na análise para dar maior acuidade ao estudo. O Brasil apresentou, em 2015, a maior elevação nesse índice, que costuma ser apontado como justificativa para reajustes nos valores de planos de saúde.

Tabela 3 – Inflação Médica no ano de 2015 – Relatório Aon Hewitt 2015
Global Medical Trend Rate Survey Report

Países	Bruta	Líquida*
Brasil	18,1	12,6
Estados Unidos	9,0	7,4
França	6,0	4,8
Reino Unido ¹	7,8	5,9
Chile	6,0	3,1
México	9,3	5,8

* Descontada a inflação da economia.

Fonte: BRASIL, IESS (2016, p. 4).

Mas este indicativo não pode ser tomado isoladamente. Neste trabalho, houve o esforço em compreender a influência de determinações legais e projetos de lei nos valores dos planos. Existe, em muitos países, a tendência de que as Agências Reguladoras, bem como agentes do Estado, se esforcem no sentido de dificultar a prática de se excluir, ou restringir a cobertura dos tratamentos, dos planos de saúde, para pacientes com doenças pré-existentes, ou doenças crônicas (SCHEFFER; BAHIA, 2010). Ainda assim, dentre os setores alinhados com os interesses das empresas do ramo de saúde suplementar permanece forte o discurso do impacto negativo de doenças crônicas e fatores como envelhecimento da população sobre a rentabilidade dos planos de saúde. Essa tendência pode ser observada em matéria publicada no Blog do Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (Site Blog do ISS, acesso dia 31/03/2017):

Entre os idosos, a diabete Mellitus e as doenças cardiovasculares causam mais gastos catastróficos em saúde (aqueles que correspondem a mais de 10% da renda anual do indivíduo) do que o câncer. Essa é a conclusão da pesquisa “Catastrophic Health Care Expenditure among Older People with Chronic Diseases in 15 European Countries”.

O estudo analisou a prevalência de doenças crônicas em indivíduos com mais de 50 anos de 15 países da União Europeia (Áustria, Bélgica, República Checa, Dinamarca, França, Alemanha, Hungria, Itália, Holanda, Polônia, Portugal, Espanha, Eslovênia, Suécia e Suíça) e apontou que mesmo para os planos de saúde com conta de poupança e franquia anual, que tendem a entregar resultados melhores para os beneficiários (muito em decorrência da liberdade de escolha desses a partir dos indicadores de custo-efetividade a que têm acesso), o impacto econômico-financeiro dessas doenças é muito elevado.

¹Reino Unido aqui e em outras citações será entendido como Inglaterra.

O estudo indica, ainda, que o comprometimento de recursos com gastos catastróficos em saúde não é negativo apenas para o beneficiário, mas para as operadoras e, em última análise, para a economia desses países que já têm maior prevalência de população idosa.

Percebe-se que esta citação se orienta pelos interesses das administradoras de planos de saúde, visto que a primeira medida proposta para minimizar os efeitos da incidência de pacientes com doenças crônicas, seria adotar mecanismos de amortização de gastos próprios. Nesse caso, o paciente teria gratuidade nos procedimentos e consultas apenas até atingir a cota máxima, a partir daí seria o responsável por arcar com os tratamentos, integral ou parcialmente.

Uma segunda opção, que faz parte dos interesses das administradoras de planos de saúde, seria apostar em programas de prevenção e promoção da saúde (SCHEFFER; BAHIA, 2010), já que tanto para o paciente quanto para a rede de assistência, tratar as doenças seria mais caro financeiramente que as prevenir.

Para melhor entendimento do assunto, faz-se necessário analisar as principais características dos Sistemas de Saúde Suplementar em alguns países com diferentes configurações socioeconômicas e políticas: Alemanha, Inglaterra, Estados Unidos da América, Escócia, País de Gales, Irlanda do Norte, Canadá, Austrália e França. Estes países foram escolhidos pela grande influência política e econômica mundial, ou mesmo devido a seu alto potencial industrial, tecnológico e cultural, bem como elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), contrastando com os países da América Latina já mencionados e parcialmente analisados aqui.

A Seguridade Social em Saúde surgiu na Alemanha como Seguro Saúde. Este Seguro Saúde Alemão inicia-se no final do século XIX, proposto pelo Chanceler Otto Von Bismarck, que ao fazer as reformas sociais na Alemanha recém unificada, pretendia retirar o apoio ao partido Social Democrata, preservando ao novo Estado alemão a fidelidade de grande parte da população trabalhadora em expansão. Sobre o assunto, Giovanella (1998, p.37) afirma:

A gênese e a estrutura do sistema de seguro social alemão estão intimamente ligadas ao conflito capital-trabalho. Na Alemanha, durante o processo conservador de transição para o capitalismo, o Estado autoritário tomou para si a responsabilidade pela segurança social e incluiu gradualmente a população dependente do trabalho assalariado na solidariedade obrigatória. (GIOVANELLA, 1998, p.37).

Assim, a Seguridade Social e de saúde alemã vai se constituindo até os dias atuais como uma obrigatoriedade do cidadão e do Estado. Com isso, na Alemanha de hoje, ao contrário do Brasil, não existe o modelo universal e gratuito, portanto é obrigatório que toda a população possua um Seguro Saúde (BARROS; GOMES, 2002). Os trabalhadores têm descontos em sua folha de pagamento, cerca de 15,5% sobre o salário bruto. E, neste caso, toda a família é assegurada pelo plano. As pessoas desempregadas, as aposentadas ou as que não têm como pagar este Seguro Saúde, são asseguradas pelo governo, recebendo os mesmos direitos médico e odontológico, proveniente de um seguro de saúde público denominado “Gesetzliche Kranken Versicherung” (GKV) ²

Pessoas carentes têm acesso à atenção à saúde gratuita por meio da assistência social, porém arcam com todos os ônus dos beneficiários desse tipo de assistência: preencher requisitos de elegibilidade, comprovar carência, solicitar autorização para cada consulta, submeter-se ao humor do burocrata e, ainda, ser estigmatizado. Quando o seguro voluntário no GKV é possível – conforme regras descritas na próxima seção – o órgão responsável pela assistência social dos municípios paga a contribuição; deste modo, a maioria dos beneficiários da assistência social é segurada pelo GKV. (GIOVANELLA, 1998, p. 64).

As pessoas com alto poder aquisitivo (BARROS; GOMES, 2002) podem optar por seguros saúde privados – conhecidos como PVk³ –, que possuem privilégios, como internação em quartos individuais com acompanhantes e atendimento mais rápido. Na Alemanha, o sistema GKV também promove o programa médico da família, composto por um clínico geral que cuida de toda a família no atendimento de Saúde Primária destinado a uma modelo de promoção e proteção à saúde do povo alemão.

A Inglaterra possui um Sistema público de Saúde há 65 anos, com o nome de “National Health System” (NHS), e que foi o grande inspirador dos SUS brasileiro. O NHS segue o paradigma Universal da Equidade, Gratuidade e Eficiência. Sendo considerado um dos melhores programas de saúde no mundo. O sistema de proteção à saúde da Inglaterra⁴ se mantém por meio de sistemas de Seguro Social,

²Advindo de impostos e administrado pelo governo alemão. A maioria dos estrangeiros e alemães são obrigados a fazer um seguro de saúde público. Conforme podemos verificar em Giovanella (1998, p.64.).

³Um tipo de saúde Suplementar “Private Kranken Versicherung”, que oferece uma ampla cobertura, segundo Giovanella (1998, p.59) “Os seguros privados são a segunda forma de proteção ao risco-doença e cobrem 9% (1995) da população da Alemanha”.

⁴ Contudo, há de se salientar que a Inglaterra sai da União Europeia em 2017.

e a principal fonte de financiamento para arcar esses sistemas se dá por meio de Seguridade Social e dos impostos pagos pela população. Como mencionado por Barros e Gomes (2002, p.5):

Embora esta assente num tipo de financiamento obrigatório predominante, não existe nenhum sistema “puro”: os sistemas de financiamento que dependem, sobretudo dos impostos incluem tipicamente também elementos de seguro social e os sistemas baseados em seguros sociais incluem muitas vezes fortes elementos de financiamento fiscal. Além disso, todos os sistemas de cuidados de saúde da União Europeia ou incluem ou têm planos para incluir alguns elementos dos dois tipos de financiamento voluntário. (BARROS; GOMES, 2002, p.5).

O Setor Privado de Saúde atende a um volume de 12% da população da Inglaterra e trata-se de planos privados financiados pelas empresas aos seus funcionários cobrindo 75% do valor do seguro neste setor, nos primeiros anos da década de 1990 (BARROS; GOMES, 2002).

Ao contrário do Brasil e da maioria dos países europeus, os EUA não possuem um sistema de saúde público com base na universalidade. Nos EUA quem se preocupa com a saúde precisa pagar pelas consultas e exames (BARROS; GOMES, 2002).

Um país onde predomina o capitalismo e que defende a liberdade de livre concorrência, conseqüentemente respeita e apoia a iniciativa econômica individualizada, caracterizada desde o início da história da Seguridade Social na eficiência do mercado, e isso não é diferente com a saúde. Os EUA se destacam no quesito Saúde Privada, representando a maioria dos financiamentos e cobertura de saúde no mundo. Sobre esse assunto, Scheffer e Bahia (2010, p. 50) argumentam que:

A proeminência do sistema norte-americano no contexto internacional confere destaque especial aos planos e seguros privados. Os EUA possuem o único sistema de saúde no qual os planos privados representam a principal forma de financiamento e cobertura dos serviços de saúde. (SCHEFFER; BAHIA, 2010, p.50).

Considerando a riqueza dos EUA e seu nível de desenvolvimento econômico, tradicionalmente a parcela do PIB norte americano gasto com saúde é baixa, inferior àquela gasta em países como Portugal, Reino Unido e França. Dentre os indicadores de saúde, merece destaque a taxa de mortalidade infantil. Segundo

Costa (2013, p. 158), em 2009, Portugal apresentava uma taxa de mortalidade de 3,3%, a França de 3,8% e a Holanda de 4,4%. Nos Estados Unidos da América, no mesmo ano, a taxa de mortalidade atingia 6,7%. O sistema de saúde nos EUA é bastante complexo, havendo subsistemas públicos, privados com fins lucrativos e privados sem fins lucrativos. A grande questão é que, até os primeiros anos do século XXI, cerca de 13,9% da população estadunidense não tinha qualquer tipo de cobertura em caso de doença, fato que seria motivo de intensos debates políticos nos EUA e no mundo. Costa (2013, p. 160) descreve da seguinte forma as mudanças nas políticas em saúde dos EUA a partir de 2010:

Em 23 de março de 2010, o Congresso americano aprovou, e o presidente Obama sancionou, a lei que prevê que se alargue substancialmente a cobertura da população e reduza a tendência para crescimento dos custos com a Saúde. Nasceu assim o Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), que numa tradução livre se poderá designar por Lei da Proteção do Paciente e da Acessibilidade aos Cuidados.

Esta reforma, cujo prazo de implementação é bastante alargado (de 2010 até 2018), não altera na sua essência a natureza do sistema de saúde. Os aspectos que mudam são, principalmente, os seguintes: extensão da cobertura; redução do défice (nem todos concordam que isto seja possível); maior atenção dada à promoção da saúde e prevenção da doença; eliminação dos co-pagamentos por parte dos utilizadores dos subsistemas públicos e incentivo aos privados para seguirem a mesma orientação; melhoria da eficiência; melhoria dos cuidados de saúde prestados; reforço da regulação do Estado; melhoria da integração dos subsistemas públicos e privados, colocação do doente no centro do sistema. (COSTA, 2013, p.160).

A reforma também instituiu a criação dos *benefits exchanges*, ou seja, de um mercado regulado de venda de planos de saúde, chamado de *National Health Insurance Exchange*, com preços mais baixos que aqueles tradicionalmente cobrados por repartição dos riscos, resseguro, acessíveis para pequenas empresas e cidadãos de baixa renda não incluídos nos programas públicos (COSTA, 2013). O mercado que se cria com tais mudanças teria cinco grandes categorias: *Bronze Plan*, *Silver Plan*, *Gold Plan*, *Platinum Plan* e *Catastrophic Plan*. O último tipo de plano, possível apenas no mercado individual, garante, no essencial, a cobertura contra doenças catastróficas até determinado montante, Costa (2013). Previam-se também a possibilidade de que os Estados criassem um Plano Básico de saúde para as pessoas sem seguro, com rendimentos entre 133% e 200% do nível de pobreza. No geral, não se trata da universalização, mas sim de esforços no sentido de ampliar a equidade no acesso aos serviços de saúde, de forma que um número

maior de cidadãos tenha acesso a seguros e planos de saúde, e que se alarguem os serviços prestados nos planos mais básicos, incluindo, por exemplo, internações, visitas médicas domiciliares e consultas com especialistas (SCHEFFER; BAHIA, 2010).

Para que se alcançassem tais objetivos, também foram criadas restrições para as agências e seguradoras, como, por exemplo, impedi-las de negar acesso a pessoas acima de determinada faixa etária, ou com situação de doença pré-existente. Assim, o acesso aos serviços de saúde continua, para a maioria da população, vinculado a descontos, cobrados dos empregadores ou dos trabalhadores, ou de ambos (SCHEFFER; BAHIA, 2010).

Apenas para uma parcela pequena da população, existiria a possibilidade do acesso aos serviços sem qualquer tipo de desconto ou ônus. De acordo com Costa (2013, p. 164) o financiamento dos serviços de saúde continuava atrelado a impostos e seguro voluntários:

Sintetizando, tem-se:

- Financiamento por impostos – *Medical Children's Health Insurance Program, Veterans Health Administration, Medicare, Serviços de Saúde dos Servidores Cívicos, Serviços de saúde dos indígenas e outras despesas estruturais ou de programas públicos*, num total que, em 2002, rondava os 46%;
- Financiamento por seguros – Seguros privados individuais ou de grupo, que na mesma data somavam à volta de 35% (os restantes 19% são pagamentos diretos e outros).

A reforma Obama introduz uma série de impostos, taxas e compensações relativas ao financiamento dos cuidados de saúde (por exemplo, os impostos sobre a atividade das seguradoras, sobre dividendos e juros e sobre os produtores de medicamentos), às contribuições para o *Medicare* no que respeita aos indivíduos e famílias com mais altos rendimentos, à aquisição de dispositivos médicos e às multas a pagar pelos empregadores com mais de 50 trabalhadores que não segurem os seus empregados. Isto fará, certamente, crescer a fatia suportada pelos impostos (cerca de 409,2 mil milhões de dólares para os primeiros 10 anos). (COSTA, 2013, p.169).

As reformas introduzidas por Barack Obama fizeram surgir entre políticos e articulistas uma preocupação quanto a uma possível redução do nível de liberdade de circulação dos clientes dos serviços de saúde. Favoravelmente a esta limitação, tem-se a ampliação do número de organizações identificadas como prestadoras preferenciais e necessidade de escolha de um médico familiar, que procederá à respectiva indicação de referências, caso haja necessidade.

Contrariamente ao cerceamento desta liberdade podem ser apontados: liberdade para escolha de pediatra e ginecologista/obstetra, opção de escolha de um hospital para atendimento de emergência. Conclui-se que os esforços da reforma de Obama constituem uma reforma social importante, e que não altera essencialmente o modelo de gestão dos serviços de saúde.

Scheffer e Bahia (2010, p.51) também comentam os objetivos e metas inerentes à mudança proposta no governo Obama:

A expectativa da reforma de Barack Obama era incluir cerca de 32 milhões de pessoas, até então sem cobertura, sendo que 24 milhões passariam a receber incentivos fiscais para pagar pelo próprio seguro e outros 16 milhões passariam a ter acesso ao plano público de saúde financiado pelo governo. No sistema norte-americano, a cobertura pública dos regimes *Medicare* e *Medicaid* é destinada às pessoas idosas, portadoras de deficiência e pobres. (SCHEFFER; BAHIA, 2010, p.51).

Fato interessante que aconteceu nesta reforma norte-americana é sobre a ocorrência de que os dependentes de até 26 anos possuem direitos automáticos para usufruir do convênio sem despesas acessórias por parte do contribuinte, assim como há severas punições aplicadas contra aumentos abusivos pelas seguradoras. Além disso, há também o exercício de distinção dos usuários com doenças preexistentes, crônicas e mesmo as taxas elevadas nos planos de saúde para pessoas mais velhas.

Na França, assim como no Brasil, existem os dois tipos de sistemas de saúde: a saúde pública e a saúde suplementar, essas podem ser contratadas pela população através do Seguro Complementar de Saúde (SCS). Conforme dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), objetivando expandir o acesso à saúde suplementar, que atualmente cobre 34,7% da população local, o governo francês realizou, em 2016, o Acordo Interprofissional Nacional (AIN), obrigando todos os empregadores a fornecer o SCS a seus funcionários, devendo mantê-lo por pelo menos um ano em caso de demissão (IESS, 2017).

Já na Holanda⁵, um terço da população de maior renda possui plano de saúde privado, curioso é que estes não podem fazer parte do sistema público de saúde. (SCHEFFER; BAHIA, 2010). Na Alemanha eles têm as duas opções de escolha, se ficam ou não no sistema público. Na Austrália, Irlanda e Nova Zelândia⁶, os usuários

⁵ Outro país da União Europeia no qual se ancorou parte desta análise.

⁶ Países com altíssimo nível de IDH e, portanto, importantes na análise comparativa.

possuem duas opções quanto ao uso de planos de saúde, o público e o privado, como relatam Scheffer e Bahia (2010, p. 52):

Na Austrália, Irlanda e Nova Zelândia, os planos de saúde são duplicativos da cobertura universal pública, ou seja, uma alternativa privada ao sistema público. Nesses países, os prestadores – médicos, hospitais, laboratório etc. – financiados com recursos privados prestam também serviços ao sistema público. Na Austrália e na Irlanda, mais da metade da população escolheu os planos de saúde, o que faz desses países vastos mercados duplicativos. (SCHEFFER; BAHIA, 2010, p.52).

No Canadá⁷, apesar de ser um pioneiro e possuidor de um modelo de altíssimo nível no sistema de saúde pública e qualidade de vida da população, cerca de 65% dos seus habitantes dispõem de um plano de saúde privado (SCHEFFER; BAHIA, 2010, p.53). Contudo, nos dias de hoje, a Holanda ultrapassa o Canadá com maioria portadora do sistema suplementar de saúde. A Suíça⁸ possui um percentual de 80% da população usuária desse modelo de saúde privada (SCHEFFER; BAHIA, 2010).

No entanto, países da Ásia e América Latina possuem um sistema de saúde nada parecido com os europeus e os americanos. Como se pode averiguar em Scheffer e Bahia (2010, p.53):

O distanciamento da universalidade e da integralidade é a característica de países como Coréia, México, Grécia e Turquia, onde os mercados de planos de saúde são pouco desenvolvidos, garantindo uma cobertura precária, ao mesmo tempo em que boa parte da população também não tem acesso adequado ao sistema público. E, mesmo nos países desenvolvidos, o acesso restrito à cobertura é o problema-chave dos sistemas de saúde. (SCHEFFER; BAHIA, 2010, p.53).

Em vários países da América Latina, exceto o Brasil, os planos de saúde suplementar são ínfimos, abarcando um percentual de menos que 10% dos seus habitantes, a exemplo da Argentina e do Paraguai (SCHEFFER; BAHIA, 2010, p.54). A situação desses dois países, que mantém uma relação bem próxima com o Brasil nas tramitações de cunho social e econômico (SCHEFFER; BAHIA, 2010. p.54),

⁷ Importante país no quesito Seguridade Social e Seguridade em Saúde, um dos modelos de saúde que serviu parcialmente de base de sustentação para a criação do SUS brasileiro e, portanto, importante para a análise comparativa.

⁸ País com altíssimo nível de IDH e, portanto, importante na análise comparativa.

divisa territorial e participação em um mesmo bloco econômico, o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL)⁹, é um tanto diferente da nossa.

A Argentina, segundo Riani (2010), é uma nação que, entre as décadas de 1950 e 1980 viveu altos e baixos devido aos desmandos políticos do regime político existente naquela época. Assim como o Brasil, os argentinos sofreram os horrores da ditadura, que deixaram seus cidadãos sem dignidade, liberdade de expressão e angustiados devido à radicalização e truculência com que eram tratados pelos governos ditatoriais.

Atualmente, a Argentina vive uma era de estabilidade, nas condições civis, na economia e no social. Quanto à saúde, é oferecida à população argentina, assim como no Brasil, uma mistura de atendimento nas esferas pública e privada. Contudo, do ponto de vista legal e jurídico, a Constituição da Argentina não exprime de forma concreta seu modelo de saúde. Sobre o assunto, Riani (2010, p. 33-34) afirma que:

A Constitución de La Nación Argentina, promulgada em 1944, não estabelece detalhamento sobre o tema da prestação de saúde, seja no âmbito público ou privado. Está contextualizada a questão da seguridade social e do seguro social obrigatório, todavia, há previsão expressa em relação à defesa do consumidor, restando consignado no artigo 42 à proteção à saúde como direito [...].

O setor assistencial à saúde na Argentina se apresenta de forma semelhante ao do Brasil, pois é constituído pelo (i) público puro, com financiamento e gestão pública, (ii) pelo seguro social obrigatório, que se organiza em torno das chamadas “obras sociais”, as quais são financiadas pelos trabalhadores e empregadores sobre a folha de pagamento, e (iii) pelo privado, formado pelos profissionais e prestadores de serviços e pelas entidades de seguro voluntário, chamadas de “Medicina Pré-Paga”. (RIANI, 2010. p.33-34).

Assim, os subsistemas Público de Saúde argentinos, conforme observações de Riani (2010), são semelhantes ao SUS ao prestar serviços voltados à saúde de forma acessível e gratuita. As despesas ficam a cargo do Estado, com verbas advindas da arrecadação pública de impostos. Um modelo que se encontra fragilizado e desarticulado provocando um subatendimento, principalmente ao público desprovido de recursos materiais (RIANI, 2010).

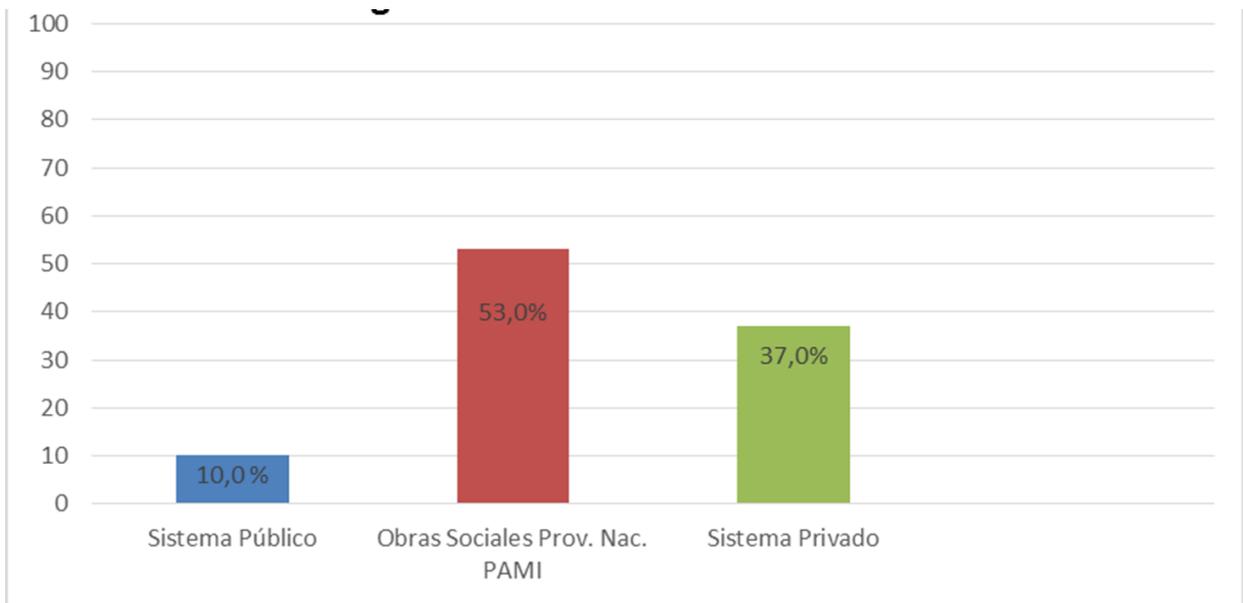
O sistema privado é formado por dois subsistemas: A Obra Social, constituída por planos de saúde vinculados aos sindicatos, organizados por grupos profissionais, por exemplo, os OSECAC – *Obra Social de Los empleados de*

⁹Bloco Regional criado em 26 de março de 1991 objetivando igualdade na circulação de produtos para incentivar o desenvolvimento de forma equilibrada e coerente entre os países membros.

comercio y actividades civiles; OSDE *Obra Social de los ejecutivos*; IOSE *Instituto obra social Del ejército* (RIANI, 2010, p. 34). Essas organizações prestam atendimento médico à população, além de subvencionar pesquisas voltadas a saúde e apoio a arte e cultura. O dinheiro arrecadado para estes fins advém de descontos em folhas de pagamento dos trabalhadores, o empregador também colabora com uma quantia relativa ao número de trabalhadores. As mensalidades são mais baratas e o atendimento é feito em hospitais da rede (RIANI, 2010).

O segundo é o Subsistema Pré-pago, esse tipo de seguro saúde pode ser adquirido por qualquer pessoa, pois basta ter dinheiro para pagar as mensalidades. O sistema pré-pago oferece uma estrutura considerada de ponta em relação à qualidade dos serviços com atendimento psicológico, odontológico, psiquiátrico, visitas domiciliares etc. No Gráfico 3, apresenta-se a proporção de uso desses subsistemas da saúde argentina (RIANI, 2010).

Gráfico 3: Distribuição do uso de subsistemas de saúde na Argentina, 2010



Fonte: UNLAR (2017).

O Paraguai, assim como a Argentina, também é um país que no passado foi colonizado e explorado pelos espanhóis, teve sua independência no dia 14 de maio de 1811. Em 1861, época de estabilidade econômica e social, o então presidente paraguaio, Francisco Solano Lopes, tinha como cenário político a guerra contra o Brasil, a Argentina e o Uruguai, denominada Guerra do Paraguai. Esta contenda bélica teve uma duração de cinco anos e tempo suficiente para produzir uma

herança de consequências catastróficas, provocando aniquilamento econômico, social e humano no país. Tal aniquilamento teve seu auge no massacre de grande parte do contingente humano masculino, redução territorial e, conseqüentemente, um empobrecimento sem precedentes da população (RIANI, 2010).

Atualmente, o Paraguai encontra-se com a maioria da população empobrecida, com elevada concentração de renda, destacando em termos econômico o comércio em crescimento em localidades como *Ciudad del Leste*, mas que infelizmente o bolo produtivo, financeiro e econômico fica nas mãos de poucos privilegiados (RIANI, 2010). Quanto às questões relacionadas à saúde, a população paraguaia tem seus direitos assegurados previstos no artigo 68 de sua Constituição, traduzido e citado por Riani (2010, p.36):

No que tange à questão sanitária, está previsto no artigo 68 da Constituição que o Estado promoverá e protegerá a saúde como direito fundamental e ninguém será excluído de assistência pública para prevenir ou tratar enfermidades e outros. Com recursos públicos e privados. O sistema Nacional de Saúde paraguaio foi criado quatro anos após o advento da Constituição, por meio da Lei nº 1.032/96, com base no conceito de atenção integral à saúde. A lei destacou três formas de oferta de serviços à saúde: público, privado e misto. (RIANI, 2010, p.36).

O sistema público de saúde do Paraguai é constituído da seguinte forma (RIANI, 2010):

- I) Cruz Vermelha Paraguaia: Um modelo de prestadora de serviço misto. O “*Ministério de Salude Pública y Bienestar Social*” entra com a parte financeira para cumprir com os salários dos trabalhadores em saúde, mas quem presta os serviços são as fundações privadas sem fins lucrativos.
- II) “*Ministério de Salud Pública y Bienestar Social*” (MSPyBS): este sistema funciona de forma gratuita, universal e focado na saúde primária como promoção, prevenção e reabilitação. Sem pagamentos para consultas médicas, exames, diagnósticos, hospitalizações, controle vacinal, etc.
- III) “*Instituto de Previsión Social*” (IPS): compromissado com os seguros de doenças, invalidez, maternidade e morte.
- IV) “*Sanidad de las Fuerzas Armadas*”: um prestador de serviço à saúde dos militares em ativa, aposentados e seus familiares. Este seguimento também atende à sociedade civil em locais onde não existe qualquer outro tipo de atendimento médico.
- V) “*Sanidad Policial*”: oferece atendimento em saúde aos servidores deste setor, seus familiares e presidiários.
- VI) “*Universidad Nacional de Assunción*”: Oferece serviços gratuitos a população através dos hospitais, clínicas e setores neuropsiquiátricos.
- VII) “*Municipios e Gobernaciones*”: Oferecem atenção à saúde através de seus postos de saúde.
- VIII) “*Empresas estatales descentralizadas*”: oferecem atendimento à saúde e o pagamento de seguro saúde para seus funcionários, ex-funcionários,

familiares e para a população que vivem nos arredores dessas empresas. (RIANI, 2010).

Com relação ao sistema privado, Riani (2010) afirma que:

Quanto ao sistema privado de prestação de serviço de saúde paraguaio, é constituído por empresas de “medicina pré-paga” e seguradoras, que se assemelham às operadoras no Brasil, bem como existem vários hospitais e sanatórios particulares, clínicas, centros e institutos, consultórios, serviços de emergência e urgência [...].

O órgão responsável pelo acompanhamento do setor privado é a Superintendência de Salud, que controla os dados contábeis, a situação patrimonial e solicita garantias financeiras para o devido funcionamento das empresas, que também são obrigadas a fornecer o contrato de comercialização com os clientes, para, em caso de reclamação, o órgão verifica o cumprimento do pacto. Não há uma regulamentação contratual forte, como acontece no Brasil, mas, tão somente, uma fiscalização do acordo de vontade firmado entre as partes. (RIANI: 2010, p.37).

Muitos países que fazem divisa com o Brasil passam por problemas econômicos e sociais bastantes críticos, como os refugiados venezuelanos que atravessam a fronteira Venezuela/Brasil para fugir da carestia conjuntural da atualidade venezuelana bem como para fazer tratamento de saúde na rede SUS. Exemplo disso são as regularizações dos cartões de vacina ou então das mulheres grávidas que atravessam a fronteira em direção ao Brasil para terem seus bebês em hospitais financiados pelo SUS, como se constata no texto de Elianah Jorge (JORGE, 2017, p.6):

Em 2015, 453 venezuelanas deram à luz nesta maternidade de Roraima. Até novembro deste ano o número subiu para 688. Os custos são arcados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) E casos de internação, a despesa pode chegar a R\$1.690 per capita. (JORGE, 2017, p.6).

O grande número de venezuelanos que chegam ao Brasil é preocupante, (JORGE, 2017). Os governos de Roraima e Boa Vista alegam sobre a dificuldade de receber o grande número de refugiados da Venezuela provocado pela crise política, social e econômica do país, crise que afeta principalmente as secretarias de Saúde, Trabalho e Bem-Estar Social. É certo que os países vizinhos devem cooperar em casos de extrema pobreza ou de doenças, mas de ser analisada pelos gestores públicos desses países e o governo brasileiro a melhor forma para se realizarem ações. Sabidamente tais procedimentos para com nossos vizinhos onera o SUS,

colaborando ainda mais para a precarização dos serviços prestados ao povo brasileiro, como argumenta Jorge (2017).

No capítulo seguinte, é apresentada a realidade e as principais características sobre os planos privados de assistência à saúde, que tiveram seu marco fundamental por meio da regulação do setor no Brasil com a Lei 9.656/1998.

3 CAPÍTULO 2 – A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Condicionantes sociais, políticos e econômicos ajudam a explicar a forma como se desenvolveu o campo da Saúde Suplementar no Brasil. De acordo com Scheffer e Bahia (2010), as demandas das entidades empresariais tiveram forte influência na configuração brasileira da assistência à saúde. Segundo os autores, um modelo essencialmente estatal, tal qual ocorre em alguns países da Europa, não foi implantado no Brasil graças ao ideário privatizante em voga desde o regime militar imposto ao país a partir de 1964:

Sob o beneplácito governamental, emergiu no Brasil a articulação entre grupos de médicos com o interesse empresarial e o setor industrial, em fase de expansão. Os primeiros planos de saúde no país, com número expressivo de clientes, eram comercializados no ABC paulista, dirigidos à mão de obra especializada da indústria. Em outra frente, foram organizados pelas empresas estatais, destinados a prover a atenção diferenciada para a burocracia de instituições governamentais consideradas estratégicas (SCHEFFER; BAHIA, 2010, p. 77-78).

Era ainda, de acordo com Scheffer e Bahia (2010), um modelo dúbio, em que uma parte dos recursos destinados à previdência social era retida pelos empregadores e repassada às empresas especializadas em comercialização de planos. Outra parte era transferida diretamente para prestadores privados de serviços de saúde.

O avanço do setor estaria então ligado a mudanças demográficas, mas também a uma cultura generalizada de descontentamento em relação ao sistema público de saúde. Teriam também influenciado tal expansão o desempenho da economia, crescimento da produção e consumo, ao nível do emprego de contrato formalizado e ao preço dos produtos comercializados por empresas de planos e seguros de saúde. Segundo Paim et al. (2011, p. 20), este fenômeno seria vinculado a um processo intenso de privatização do setor Saúde:

Historicamente, as políticas de saúde estimularam o setor privado no Brasil e promoveram a privatização da atenção à saúde, seja por meio de credenciamento de consultórios médicos, seja pela remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas, hospitais, ou ainda mediante incentivos às empresas de planos e seguros de saúde. O subsistema privado de saúde se imbrica com o setor público oferecendo serviços terceirizados pelo SUS, serviços hospitalares e ambulatoriais pagos por desembolso direto, medicamentos e planos e seguros de saúde privados. Parte dessa oferta é financiada pelo SUS e o restante, por fontes

privadas. A demanda por planos e seguros de saúde privados vem especialmente de trabalhadores de empresas públicas e privadas que oferecem tais benefícios a seus funcionários. (PAIM et al., 2011, p. 20).

Para Scheffer e Bahia (2010), teriam sido observados picos de crescimento do setor no início da industrialização, no período conhecido como milagre econômico, dos anos 1970, e no auge do Plano Cruzado. Além disso, de 2006 a 2007, mais de 20 milhões de brasileiros ascenderam à classe C, adquirindo maiores condições de acesso ao consumo, inclusive de planos de saúde (SCHEFFER; BAHIA, 2010). Porém, para estes autores, apenas o aumento do número de usuários de planos de saúde é insuficiente para mensurar a magnitude e a esfera de influência deste mercado. Para isso, há que se considerar o faturamento das empresas do setor, o número e situação financeira das mesmas e qualidade dos serviços prestados.

Uma característica marcante do setor de Saúde Suplementar no Brasil é a concentração regional. O mercado relevante geograficamente de planos e seguros de saúde tem uma dimensão local na medida em que se configura a partir da interação entre a oferta e a demanda de serviços médicos. Scheffer e Bahia (2010) lembram que, em 2010, contava-se 1.218 empresas de plano de saúde médico-hospitalares, atendendo a 42,9 milhões de usuários. Observa-se o fenômeno da concentração regional, bem como o fato de que uma grande quantidade de clientes é atendida por uma minoria de grandes empresas do ramo. Para Paim (2011, p. 20):

O mercado de planos e seguros de saúde privados se concentra na região Sudeste, onde estão instaladas 61,5% das empresas de saúde e são realizados 65,5% de todos os contratos. Além disso, das 1.017 empresas de saúde existentes, umas poucas dominam o mercado: 8,2% das empresas oferecem planos e seguros de saúde para 80,3% dos clientes – muitas empresas menores estão localizadas nas periferias das grandes cidades e em cidades menores. (PAIM, 2011, p.20).

Assim, 1/5 dos usuários é cliente das seis maiores empresas do setor; metade dos usuários do total nacional é assistida por 38 empresas; e 10% deste total estariam divididos por mais de 750 planos de saúde. A tabela 4, a seguir, apresenta dados que refletem a concentração de um grande número de usuários em uma pequena quantidade de empresas em 2001:

Tabela 4 – Concentração de usuários por número de operadoras, 2001

Operadoras	Beneficiários	%	Acumulado	de
				beneficiários
2	3.416.675		12,19	
6	5.981.250		21,63	
12	8.280.895		31,12	
25	11.148.683		40,49	
45	13.794.390		50,01	
78	16.502.087		60,02	
133	19.256.073		70,05	
231	21.987.434		80,02	
435	26.725.847		90,00	
1.728	27.437.258		100,00	

Fonte: Montone (2001). In: Montone (2009, p. 50).

No que diz respeito à distribuição geográfica, a maior parte das empresas e usuários encontra-se na região Sudeste, respondendo por cerca de 65% dos usuários de planos de saúde, sendo que apenas os municípios de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte concentram em torno de 30% do universo de clientes de planos, conforme dados de Scheffer e Bahia (2010). Os mesmos autores afirmam o seguinte quanto às razões para a concentração regional:

Entre os motivos para tal concentração ressalta-se o fato de serem estados e municípios com maior poder aquisitivo, onde se encontram indústrias e empresas de grande porte, contratantes de planos coletivos. Fruto, portanto, do desenvolvimento econômico-industrial desigual e concentrado no Brasil. (SCHEFFER; BAHIA, 2010, p. 63).

Os autores ainda argumentam que a arrancada na expansão da assistência médica suplementar no Brasil aconteceu a partir do final da década de 1980 e início dos anos 1990.

Nesse período, o país assistiu ao crescente comprometimento do orçamento público da saúde, ao mesmo tempo em que consolidava sua transição epidemiológica e demográfica. Um momento igualmente marcado pela queda das taxas de mortalidade, aumento da expectativa de vida ao

nascer, envelhecimento da população e predomínio de doenças crônicas, dentre outros indicadores de saúde.

Além de se tornar mais atraente aos investimentos de grupos econômicos, o segmento também passou a implicar o reposicionamento das burocracias governamentais que discutiam a necessidade de regulamentação dos planos de saúde.

[...]

Outro fenômeno verificado nesse período é a expansão de planos privados coletivos, tanto para empregados do setor privado quanto para o funcionalismo público, principalmente da esfera federal. (SCHEFFER; BAHIA, 2010, p. 25-26).

Conforme será abordado mais adiante, a década de 1990 também foi marcada pelas mobilizações para a regulamentação do setor de Saúde Suplementar no Brasil. Mas antes, sem regulamentação específica, o setor de saúde suplementar seguia o que Montone (2009) chama de modelo predatório. Uma característica do setor na época era a proliferação de mecanismos de exclusão de expostos, ou seja, diminuição do número de pagantes com direito de uso, excluindo-os do plano, ou limitando os procedimentos com cobertura, por exemplo. A questão das carências também era utilizada a favor das gestoras de planos e seguradoras de saúde:

Em geral, as consultas e exames mais simples podiam ser utilizados depois de 30 ou 60 dias, mas a partir daí os prazos cresciam. Exames de maior complexidade e custo raramente eram possíveis antes de 120 a 180 dias. O mesmo acontecia com internações e cirurgias que chegavam a ter 24 meses de carência. Na prática, o usuário pagava mensalmente, esperando não utilizar o serviço e, quando precisava, tinha fortes restrições de utilização. (MONTONE, 2009, p. 23).

A prestação de serviços, de acordo com Montone (2009), por meio dos Planos de Saúde, envolve, geralmente, três elementos básicos com interesses específicos: I) a operadora dos planos ou seguros de saúde; II) os prestadores de serviço – hospitais, laboratórios, médicos, consultórios, clínicas; III) o contratante do plano/seguro, que pode ser individual ou coletivo. Desta forma, para as operadoras de planos de saúde é essencial ter número significativo de pagantes das mensalidades dos planos, sejam estas pessoas físicas ou jurídicas. Para Paim et al. (2011, p. 20):

A maior parte (77,5%) dos planos e seguros de saúde privados (tanto de empresas estatais quanto de privadas) é provida por empresas comerciais. Alguns empregadores que oferecem planos de saúde a seus empregados (planos de autogestão) constituem o segmento não comercial do mercado. Os planos de saúde privados atendem fundamentalmente uma população mais jovem e saudável e oferecem planos com diferentes níveis de livre

escolha de prestadores de assistência à saúde. Como a demanda é estratificada pela situação socioeconômica e ocupacional de cada pessoa, a qualidade do cuidado e das instalações disponíveis aos empregados de uma mesma empresa pode variar consideravelmente, desde planos executivos que oferecem uma gama maior de serviços até planos básicos direcionados aos empregados situados mais abaixo na hierarquia ocupacional. (PAIM et al., 2011, p. 20).

Contudo, deixa de ser economicamente interessante se muitos destes pagantes utilizam, e com frequência, os serviços de consulta, internação, cirurgia etc. Já para os prestadores de serviços, a subutilização não é interessante, já que não recebem mensalmente, mas sim por procedimento efetivamente realizado. Portanto, na ausência da regulamentação, as operadoras de planos de saúde tinham mais possibilidades de diminuir a quantidade de pagantes com efetivo direito de usufruto do plano, ou de excluir procedimentos mais caros, ou de reajustar as mensalidades conforme perspectivas de maior utilização pelo paciente com o avanço etário, por exemplo.

Montone (2009) e Scheffer e Bahia (2010) apresentam argumentações semelhantes, concordando em que uma confluência de fatores apontava para a necessidade de regulamentação. Em ambos os trabalhos, atenta-se para as divergências de interesse entre usuários, operadoras e rede de prestação de serviços médicos e hospitalares:

As doenças cujo tratamento é dispendioso ou aquelas disseminadas epidemicamente, classificadas como riscos catastróficos, são motivos importantes de utilização dos planos de saúde e, por isso mesmo, alvo constante das tentativas de exclusão de coberturas por parte das empresas que os comercializam.

As lógicas são opostas. Enquanto os clientes esperam obter atendimento integral para todas as suas despesas significativas com saúde, as empresas de planos e seguros de saúde, ao estabelecer limites de coberturas, tencionam permanentemente às relações assistenciais e financeiras. Tais conflitos, em virtude da relevância pública da saúde no mundo atual, justificam a intervenção estatal neste mercado. (SCHEFFER; BAHIA, 2010, p. 15).

A lei dos Planos de Saúde é a 9.656/98, a qual, além de outros assuntos relativos, determina os prazos de carência como o prazo para cobertura do parto. Quanto a essa particularidade, Montone (2009) aponta as situações vivenciadas por muitas gestantes usuárias de planos de saúde adquiridos anteriormente ao processo de regulamentação:

Não se tratava apenas de não incluir na cobertura o parto da usuária que ingressasse no plano depois do início da gravidez. A carência girava em torno de 18 a 24 meses. Além disso, a criança não tinha qualquer garantia de atenção posterior. Teria que ser incluída no plano e essa inclusão não era garantida. A operadora podia simplesmente se recusar e, mesmo aceitando, podia utilizar-se de exclusão por Doença e/ou Lesão Preexistente (DLP) para restringir qualquer necessidade de tratamento de maior complexidade. (MONTONE, 2009, p. 24).

A regulamentação não era de interesse apenas dos usuários dos planos, de forma que Scheffer e Bahia (2010) destacam a mobilização dos médicos e rede prestadora de serviços em geral para tal ação:

Os médicos, por sua vez, reclamavam dos baixos honorários pagos pelas consultas, exames e procedimentos, e denunciavam imposições e interferências dos planos de saúde na autonomia profissional, a exemplo da limitação de dias de internação e da limitação do número de consultas e exames. Enquanto isso, movimentos organizados de defesa de usuários portadores de patologias e deficiências tradicionalmente excluídas da cobertura dos planos – a exemplo dos grupos de luta contra a aids, pacientes renais crônicos e de saúde mental – levaram a pauta, até então pouco abordada para as instâncias de controle social do SUS, em especial para o Conselho Nacional de Saúde. (SCHEFFER; BAHIA, 2010, p. 30).

Montone (2009) também concorda que o mercado de planos de saúde e seguros de saúde sem regulação era predatório em relação aos prestadores de serviços, ou seja, os médicos, dentistas, hospitais, clínicas e laboratórios. Eram permitidos fluxos de pagamento da administradora do plano aos prestadores com prazos alongados, raramente inferiores a 60 dias, numa época em que a inflação média era de 15% a 20% ao mês.

Havia muitas situações em que as empresas dos Planos de Saúde se recusavam a cobrir determinados procedimentos alegando, por exemplo, que o paciente não tinha cobertura para tal, que determinado prestador de serviços não era cadastrado. E quando, após disputas judiciais, o prestador de serviços conseguia forçar a administradora de planos a pagar pelo serviço, isso era feito sem correções por juros. Segundo Montone (2009), também eram abusos recorrentes quando:

ficava com o Prestador o ônus de informar o usuário internado de que sua cobertura estava esgotada e que teria de pagar pelos serviços ou buscar atendimento em outro lugar. A eventual inadimplência do usuário era problema exclusivo do prestador, assim como as despesas, até que ele buscasse alternativas. Também era comum que o prestador fosse o verdadeiro financiador das liminares garantindo atendimento. O Judiciário

impedia a “interrupção do tratamento”. O hospital mantinha o atendimento e a empresa, posteriormente, derrubava a liminar antes de efetuar o pagamento ao prestador, que não tinha a quem apresentar a conta. (MONTONE, 2009, p. 26).

O cenário dos planos de saúde sem regulação era, de acordo com Montone (2009), predatório também em relação ao SUS. O autor supracitado lembra que de longa data, no Brasil há situações em que procedimentos disponibilizados pelo SUS são realizados em instalações privadas. Conforme estudo de Machado, Martins e Leite (2015), baseado em dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Registro de Planos de Saúde (RPS) da ANS e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS, no Brasil, há desde hospitais com atendimento basicamente particular até aqueles que atendem usuários de planos de saúde, pacientes do SUS e pacientes particulares. Dessa forma, entre 2008 e 2010 estavam distribuídos da seguinte maneira:

Dos 7.161 hospitais cadastrados no CNES, 40,6% (2.905) eram públicos, 34,7% (2.483) privados com fins lucrativos e 24,7% (1.773) privados sem fins lucrativos. Cerca de 46,6% dos hospitais (3.336) atendiam a clientela mista, com arranjo de financiamento ‘SUS, planos e particular’. Os hospitais públicos majoritariamente atendiam exclusivamente ao SUS, mas 649 (22,3%) também informaram possuir convênio com planos de saúde e receber pagamento particular. Os privados sem fins lucrativos eram majoritariamente mistos, contabilizando 1.557 hospitais (87,8%) com arranjo ‘SUS, planos e particular’. Já os privados com fins lucrativos dividiam-se em 1.272 (51,2%) com arranjo ‘Planos e particular’ e 1.130 (45,5%) com arranjo misto: ‘SUS, planos e particular’. (MACHADO; MARTINS; LEITE, 2015, p. 42-43).

Conforme os dados referidos, quase metade dos hospitais brasileiros no período (46,6%) atendia a clientela mista, seja do SUS, particulares ou usuários de planos. Quando ocorre internação, ou atendimento de paciente do SUS encaminhado para hospital particular, via de regra, o sistema público faz o ressarcimento pelos procedimentos, embora não raro haja queixas quanto à demora nesse ressarcimento e tabela de preços aplicada. Dentre os hospitais que funcionavam enquanto instituição privada sem fins lucrativos, onde se enquadram as Santas Casas, chegava-se a um total de 87,8% de hospitais atendendo a clientela mista. Até na rede privada com fins lucrativos, a fatia representada pelos pacientes com arranjo misto (45,5%) é significativa. Parte disso decorre do princípio do SUS da universalidade e efetividade do cuidado com a saúde, de forma que, limitações das

unidades de saúde mantidas pelo poder público, não devem resultar em falta de acesso do paciente ao tratamento e/ou atendimento. Os autores também destacam diferenças regionais, afirmando que:

foi possível confirmar a importância de hospitais de natureza pública exclusivos para pacientes do SUS, nas regiões Norte e Nordeste, e dos hospitais de natureza privada exclusivos para pacientes não SUS, no Sudeste". (MACHADO; MARTINS; LEITE, 2015, p. 47).

Há, também, a complexa questão dos médicos, que possuem diferentes vínculos de trabalho, podendo ser simultaneamente, funcionários públicos, funcionários da rede privada e donos de consultório próprio. Antes da regulamentação, era bastante comum que um usuário de plano fizesse tratamento com médico especializado do plano e sendo o profissional também integrante do sistema público, a cirurgia poderia ser feita em hospital público. Nos dois casos o paciente teria direito ao atendimento na instituição pública, mas obteria um acesso privilegiado, sem as longas esperas a que se submetem aqueles que usam exclusivamente o serviço público. É o que ocorreria com um paciente que, acometido de insuficiência renal, precisasse se submeter à hemodiálise de duas a três vezes por semana:

A hemodiálise não é coberta por seu plano de saúde. Então, seu médico, que também é do SUS, faz um encaminhamento para hemodiálise numa clínica privada que tem convênio com o SUS, e então se inicia o tratamento, que é pago pelo SUS e continua sendo acompanhado por seu médico do plano de saúde, que também é do SUS. (MONTONE, 2009, p. 29).

Há que se considerar que o fundamental é a garantia do atendimento do cidadão, independentemente do perfil da instituição. Mas sem o devido acompanhamento e fiscalização, podem ocorrer situações como a mencionada acima, em que o paciente do SUS, mas com contato com médico que atua nas duas esferas, encontra meios de "furar a fila" e ser atendido com tempo de espera reduzido. Isto representa iniquidade nas condições de acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, internações de pacientes do SUS em instituições privadas, por período superior ao estritamente necessário, podem representar, para o sistema público, uma despesa acima do planejado em termos de ressarcimento.

3.1. O processo de regulamentação do setor

Diferentes setores, movidos por variados interesses e concepções, exerceram pressão em prol da regulamentação dos planos de saúde, sobretudo a partir dos anos 1990. Dentre eles podem ser citados os usuários de um modo geral; movimentos organizados de defesa dos direitos de usuários de doenças tradicionalmente excluídas das coberturas; parlamentares representantes do *lobby* dos planos de saúde, ligados sobretudo aos interesses de capitais estrangeiros hostis aos sistemas autorregulados; associações de médicos etc. Scheffer e Bahia (2010) dividem da seguinte forma as arenas em disputa no processo econômico, social e médico.

A arena econômica é ligada aos interesses tanto das administradoras de planos e seguros de saúde, quanto da rede prestadora de serviços. A arena governamental: se expressa pela decisão política de regular o setor, efetivada pela criação e atuação da ANS; a arena social, representada pela necessidade de acesso à saúde da população coberta pelos planos, expressa por meio dos órgãos de defesa do consumidor, sindicatos, associações de usuários, representantes dos poderes Judiciário e Legislativo, bem como os meios de comunicação; por fim, a arena médica, que expressa o protagonismo da categoria, tanto enquanto principal mão de obra da assistência médica suplementar, quanto na posição de gestores de unidades hospitalares, laboratórios e dirigentes de planos.

De acordo com Montone (2009), o esforço no sentido da regulamentação não partiu necessariamente do Ministério da Saúde. As discussões no Congresso Federal tiveram início em 1989, com um projeto de regulamentação da autoria do Senador Iran Saraiva, mas o tema não estava na agenda de prioridades do Legislativo, da mesma forma que não estava na agenda do Executivo. A situação começou a se alterar em 1996, em meio às discussões em torno da criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), tributação que se destinaria ao financiamento da saúde pública.

Para Montone (2009), os ministérios da Fazenda e da Justiça teriam protagonizado as iniciativas. No primeiro deles, a Superintendência de Seguros Privados (Susep), já exercia relativo controle sobre o seguro saúde, enquanto a Secretaria de Acompanhamento Econômico (Seae) preocupava-se com o impacto que os reajustes dos planos de saúde representavam sobre o controle da inflação.

No âmbito do Ministério da Justiça, tinham grande relevância as demandas expressas pelo sistema nacional de defesa do consumidor, de forma que a regulamentação ocupava o topo de sua agenda, inclusive devido pressões dos Procons de diferentes regiões, da mídia, de ONGs e do Congresso Nacional.

Ainda de acordo com Montone (2009), com os resultados obtidos com a consolidação do Plano Real – dentre eles a estabilização monetária, fim dos reajustes salariais automáticos e contas remuneradas, etc. –, o consumidor teve uma compreensão mais realista da relação entre seus rendimentos e a relação custo/benefício de vários produtos e serviços. Ficava assim mais evidente o abuso representado pelas mensalidades dos planos de saúde e seus reajustes.

No ano de 1996, houve uma reorganização da Comissão Especial que trataria da questão da regulamentação dos planos de saúde, a fim de acelerar o trâmite do projeto de lei nº 4.425/94. Em 1997, como os trabalhos da Comissão não haviam sido concluídos, o Poder Executivo passou a pressionar, sinalizando para a edição de uma medida provisória caso o processo não avançasse na Câmara.

O então presidente da Câmara, o deputado Michel Temer (PMDB-SP), determinou que o projeto fosse votado mesmo que ainda não houvesse um parecer da Comissão Especial, instalando uma comissão informal, responsável pela elaboração de um projeto alternativo, aprovado em outubro de 1997. Montone (2009) avalia que o projeto aprovado na ocasião priorizava o contrato como instrumento de regulação entre as partes, pendendo para os interesses das operadoras de planos de saúde ou, como disseram Scheffer e Bahia (2010), era um projeto comprometido, sobretudo com a arena econômica.

O encaminhamento do projeto de lei nº 4.425/94, em 1998, para o Senado, foi influenciado por duas alterações no quadro político: a aproximação do processo eleitoral e a posse de José Serra como novo Ministro da Saúde. Conforme destacado por Montone (2009), o formato que a regulamentação da Saúde Suplementar vinha tomando, nos debates do Legislativo, não correspondia às diretrizes do então presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, e seus ministros, Pedro Malan e José Serra:

Essa conjuntura exigiu outra arquitetura institucional tão inovadora quanto a regulação bipartite. Foi à criação do *marco legal misto*. Depois de longo processo de negociação, o plenário do Senado aprovou, em 3 de junho de 1998, a Lei 9.656, a Lei Geral dos Planos de Saúde, exatamente como viera

da Câmara. Dois dias depois, em 5 de junho, o Executivo editou a Medida Provisória 1.665 com todas as alterações negociadas.

O marco legal da regulação do setor de saúde suplementar foi composto por dois instrumentos legais – uma lei e uma medida provisória [...].

Claro que isso criou problemas constantes de interpretação da legislação e deu um forte discurso aos opositores, pois a legislação da época dava uma vigência de apenas 30 dias para as medidas provisórias, mas podiam ser reeditadas indefinidamente. Então, todos os meses a medida provisória era republicada, com pequenas alterações e outra numeração. Essa situação permaneceu até 2001, quando a legislação das MPs foi alterada, e aquelas anteriores à mudança simplesmente continuariam em vigor até sua conversão pelo Congresso. (MONTONE, 2009, p. 39-40).

A partir das considerações de Montone (2009), podem ser apontadas como conquistas subsequentes à aprovação do projeto de lei, bem como da medida provisória supracitada:

- Garantia de ampla cobertura, de forma que excluir pacientes por estarem acometidos com doenças e tratamentos de longo prazo, como no caso da aids, e de doenças crônicas, estaria proibido;
- Proibição de rompimento unilateral dos contratos a partir das operadoras, regra válida inclusive para contratos antigos, anteriores ao Projeto de Lei e à Medida Provisória;
- Estabelecimento de controle para reajustes das mensalidades, tanto para planos novos quanto para os antigos;
- Limitação dos reajustes por faixa etária, de forma que a maior mensalidade não poderia ultrapassar seis vezes o valor da mensalidade inicial paga pelo usuário, e aqueles que possuíssem mais de 60 anos de idade e mais de 10 anos de vínculo com o plano não podiam mais passar por reajustes;
- Proibia a seleção de risco pelas operadoras, ou seja, um usuário não poderia ter a proposta de contrato recusada em função de idade, condição de saúde, ou Doença ou Lesão Preexistente, ponto que Montone (2009) considera como inovador a nível mundial;
- Inversão na lógica da DLP, que passa a ser assim definida enquanto doença da qual consumidor/usuário é portador e tem consciência no ato da assinatura do contrato;
- As carências deveriam ter no máximo seis meses, exceto no caso dos partos (10 meses) e situações de cobertura parcial temporária, cujo limite passaria a ser de 24 meses;

- As operadoras deveriam constituir reservas financeiras que garantissem a continuidade de seus serviços, ou seja, passa a ser observada de forma mais criteriosa a viabilidade contábil dos planos, a fim de evitar que usuários ficassem desamparados em caso de falência de uma operadora, por exemplo;
- Proibição às operadoras de encerrarem suas atividades sem qualquer alternativa de atendimento para os usuários do plano. Ou seja, só é permitido à operadora encerrar suas atividades depois de garantido o atendimento via outra operadora, nas mesmas condições do contrato original.

Scheffer e Bahia (2010) percebem que a reedição das MPs não foram apenas adequações regimentais e, em alguns casos, representaram ameaça à regulamentação do setor de Saúde Suplementar como um todo. Como exemplo, citam a Medida Provisória nº 2.177/43 de 2001, derrubada após significativa mobilização da sociedade civil, por conter propostas que abriam caminho para a subsegmentação, legitimação de coberturas regionalizadas e criação de obstáculos de acesso ao atendimento em especialidades médicas, por exemplo (SCHEFFER; BAHIA, 2010, p. 34). Esses autores concordam com Montone (2009) quanto ao fato de que a Lei de Planos de Saúde representou um passo importante na regulamentação do segmento e acrescentam alguns avanços por ela representados:

Outros pontos específicos da lei foram a exigência de cobertura obrigatória para transplantes de rim e córnea, a assistência, ainda que limitada em saúde mental e ao recém-nascido nos primeiros 30 dias de vida, e o ressarcimento ao SUS sempre que um usuário de plano de saúde for atendido em hospital público.

Ficou garantida a permanência de ex-funcionário (à exceção do demitido por justa causa) e do aposentado na condição de beneficiário por período parcial ou integral, de acordo com o tempo de vínculo empregatício – desde que tenha contribuído com parcela da mensalidade. (SCHEFFER; BAHIA, 2010, p. 35-36).

A criação da ANS em dezembro de 1999, através de Medida Provisória, convertida na Lei 9.961, de janeiro de 2000, seguiu a base conceitual de outras agências reguladoras. Estas são: a Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel), a Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

No final da década de 1990, ocorreu a regulamentação dos serviços de saúde suplementar, atrelada a esforços do Ministério da Saúde, preocupado com a

supervalorização dos aspectos econômicos em detrimento do caráter de assistência à saúde pelas operadoras de planos privados. Era prática recorrente rejeitar pacientes incluídos em grupos de risco, evitando fechar contratos com consumidores ou grupos de consumidores que, do ponto de vista das operadoras, acarretariam na utilização recorrente do plano de saúde, tais como idosos, portadores do vírus HIV, pacientes diagnosticados com algum tumor etc. Além disso, havia a prática de rompimento unilateral do contrato com usuários de planos individuais etc. (FOGAÇA, 2006), que passariam a sujeitar-se a controle e fiscalização financeira tributária. De acordo com Soares (2009, p. 16):

No tocante à lei nº 9.656/1998, ela é o marco político a partir do qual a sociedade brasileira passa, na figura de regulador público, a intervir nas relações de interesses existentes no mercado de planos privado de assistência à saúde. Esta lei, que estabelece regras de funcionamento para o setor, e a Lei nº 9.961/2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), são o arcabouço jurídico e legal que orienta a ação reguladora do Estado sobre esse mercado. De um modo geral, as principais mudanças trazidas após a regulamentação foram: a) para as operadoras: autorização para funcionamento, regras de operação uniformes, sujeição à intervenção e liquidação e exigência de reservas (garantias financeiras); b) para os produtos de assistência à saúde: cobertura integral obrigatória, proibição de seleção de risco, proibição de rescisão unilateral dos contratos, definição e limitação das limitações e reajustes controlados. (SOARES, 2009, p.16).

A ANS foi criada com o objetivo de regularizar os planos de saúde no Brasil, principalmente nos aspectos que afetariam os usuários, tais como períodos de carência, cobertura dos planos e rescisão unilateral. Em momento anterior à ANS, os usuários de planos de saúde estavam sujeitos a arbitrariedades e cláusulas abusivas por parte das operadoras. Com a regulamentação, almejou-se alcançar um denominador comum entre operadoras, rede credenciada de hospitais, clínicas e usuários (SOARES, 2009). Para Paim (2011, p. 20):

Em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, para garantir a regulamentação legal e administrativa do mercado de seguros privados de saúde. A Lei 9.656/98 tornou ilegais a negação de cobertura, por parte dos planos de saúde privados, a pacientes com doenças e lesões preexistentes, e vedou a limitação do uso de serviços ou procedimentos de saúde específicos. Ainda assim, como a expansão contínua do subsetor privado é subsidiada pelo Estado, o subsetor público se torna subfinanciado, o que potencialmente compromete sua capacidade de assegurar a qualidade do cuidado e o acesso da população aos serviços. (PAIM, 2011, p.20).

Como consequência da criação da ANS, costuma ser apontada a redução no número de operadoras de planos de saúde no Brasil. Havia 2.226 operadoras ativas em 2004 contra 2.639 operadoras em 1999, já que, com a necessidade de oferecer um pacote básico de serviços, não foi mais possível criar grupos de usuários com diferentes graus de cobertura (SOARES, 2009).

Além disso, doenças preexistentes e outras de tratamento de custo elevado, como câncer e a aids, não puderam ser excluídas dos pacotes ofertados pelas empresas. Isto implicou em um aumento de custo, por exemplo, seja pelo lado operacional, seja pela necessidade de manter uma provisão de capital mais elevado para garantir a continuidade do serviço. As condições das relações entre os setores envolvidos na saúde suplementar (operadoras, clínicas, hospitais e consumidores), devem estar, necessariamente, definidas por meio de instrumento contratual, conforme salienta Campos (2004, p.78):

A norma do instrumento contratual foi baixada pela Diretoria Colegiada da ANS, após a análise das colaborações que foram obtidas na 9ª Consulta Pública da ANS. A normatização da Resolução Normativa é o resultado da cooperação de todos os representantes dos diversos segmentos, inclusive dos consumidores, que integram o setor de saúde suplementar, deixando compreensíveis os direitos e obrigações das operadoras de planos de saúde e dos seus prestadores de serviços, para que sejam evitadas pendências que possam vir a prejudicar a assistência a que tem direito os clientes dos planos de saúde. Os instrumentos jurídicos entre as partes devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definem os direitos, obrigações e responsabilidades das partes aplicando-lhes os princípios da teoria geral dos contratos. (CAMPOS, 2004, p.77-78).

A ANS (2003) determina as condições necessárias para a celebração dos instrumentos legítimos firmados com as operadoras fornecedoras de planos de saúde e fornecedores de serviços hospitalares, através da resolução normativa nº 42. Sobre o assunto, Campos (2004) argumenta que:

A agência Nacional de Saúde Suplementar gerou uma grande e profunda mudança na relação acomodada e tacitamente acordada entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. Isso porque cravou sua atuação no monitoramento das condições contratuais para o acesso aos serviços de saúde, na política de preços e na solidez econômica das operadoras para sustentação dos direitos dos usuários. Certamente, a regulamentação não foi o único fator para essa grande mudança, mas o complemento que faltava e o pretexto esperado para que o setor pudesse ser rediscutido sob um cenário mais iluminado e reorientado por diretrizes e resultados mais sólidos nos aspectos econômicos e sociais. (CAMPOS, 2004, p. 78-79).

A partir da criação, para a ANS, ficava o duplo desafio de consolidar a si mesma e possibilitar a consolidação das diretrizes da Lei dos Planos de Saúde. Segundo Scheffer e Bahia (2009), as atribuições da ANS são complexas e muito variadas, incluem desde critérios para o licenciamento e funcionamento de operadoras de Planos de Saúde até regulamentação dos contratos, abrangência regional, logística de organização da rede de prestação de serviços, etc.

A agência em questão tem a difícil tarefa de mediar conflitos de interesses, entre prestadores de serviços, operadoras de planos e usuários, por exemplo, de forma que a Câmara de Saúde Suplementar (CSS) é uma de suas seções onde fica mais evidente a diversidade de interesses:

A Câmara é o espaço consultivo e não paritário de participação na agência, formada por representantes das operadoras (autogestão, medicina de grupo, seguradoras e cooperativas), prestadores, consumidores, portadores de patologias, ministérios, sindicatos e gestores do SUS. Pesa sobre ela – que mantém reuniões esporádicas de curta duração – acusação de desempenhar um papel meramente figurativo, uma vez que as principais deliberações de interferência na política de regulação são tomadas pela Diretoria Colegiada, e posteriormente informadas aos membros da Câmara, que não podem interferir nos rumos previamente definidos. (SCHEFFER; BAHIA, 2010, p. 39).

Para Scheffer e Bahia (2010), a estrutura organizacional da ANS expressa elementos dos principais conflitos envolvidos no processo de regulamentação. Isso se dá devido aos diretores e técnicos que trabalham, ou trabalharam na agência, mantêm, ou tiveram, vínculo também com a Susep, com órgãos de defesa do consumidor ou até com empresas de planos de saúde. A fragmentação teria criado dificuldade para a unificação das fontes de informação da agência, bem como a definição de uma missão comum do que se espera de uma agência, que, na concepção dos autores, deve estar a serviço da garantia do direito à saúde.

Também é mencionada a fragilidade dos canais de articulação da ANS quanto ao Ministério da Saúde; fator que, atrelado à sua natureza de autarquia especial e ao mandato fixo de seus dirigentes, tem estimulado a adoção de instrumentos de regulação centralizados, o que, para Scheffer e Bahia (2010), contraria as perspectivas de descentralização das políticas em saúde.

Os autores destacam a CPI dos Planos de Saúde da Câmara Federal como expressão das contradições inerentes à ANS, sendo que um dos pontos denunciados durante os trabalhos daquela Comissão Parlamentar era o fato de que

diretores da ANS tinham ligação com as empresas a que se dirigia a regulação, antes ou depois da posse no cargo. No relatório final da CPI, apresentado em 2003, critica-se a ineficácia na solução da situação dos contratos antigos, anteriores à Lei nº 9.656/98; a pouca intervenção da ANS sobre os contratos coletivos, que já naquele ano, 2003, constituíam a maioria dos contratos vigentes e cobriam a maioria dos usuários de planos de saúde; a não viabilização do ressarcimento ao SUS, nos casos em que usuários dos Planos de Saúde eram atendidos na rede pública.

Segundo Montone (2009), com a regulamentação, o mercado de planos de saúde tornou-se muito mais exigente e competitivo, conseqüentemente, algumas empresas não permaneceram ativas ou foram absorvidas por concorrentes. Um mercado mais sólido traria, segundo o autor, benefícios também para os usuários, porque, nesse caso, existem mais garantias de que os serviços contratados estarão à disposição quando o contratante necessitar.

3.2. Registro das operadoras

A tabela abaixo nos permite observar a evolução do registro de operadoras de 1999 a 2008, após a criação da ANS (ANS, 2008, p. 90).

Tabela 5 – Evolução do registro de operadoras (1999 – 2008)

Ano	Registros Novos	Registros Cancelados	Operadoras em atividades	Operadoras com beneficiários	
				Absoluto	Relativo
Até 1999	2.825	186	2.639	1.971	74,7 %
2000	235	151	2.723	2.021	74,2 %
2001	143	157	2.709	1.994	73,6 %
2002	17	319	2.407	1.898	78,9 %
2003	35	169	2.273	1.841	81,0 %
2004	32	127	2.178	1.772	81,4 %
2005	30	117	2.091	1.689	80,8 %
2006	52	75	2.068	1.639	79,3 %
2007	62	198	1.932	1.607	83,2 %
2008	10	65	1.877	1.599	85,2 %

Fonte: Tabnet /ANS/MS – 08/03/2016.

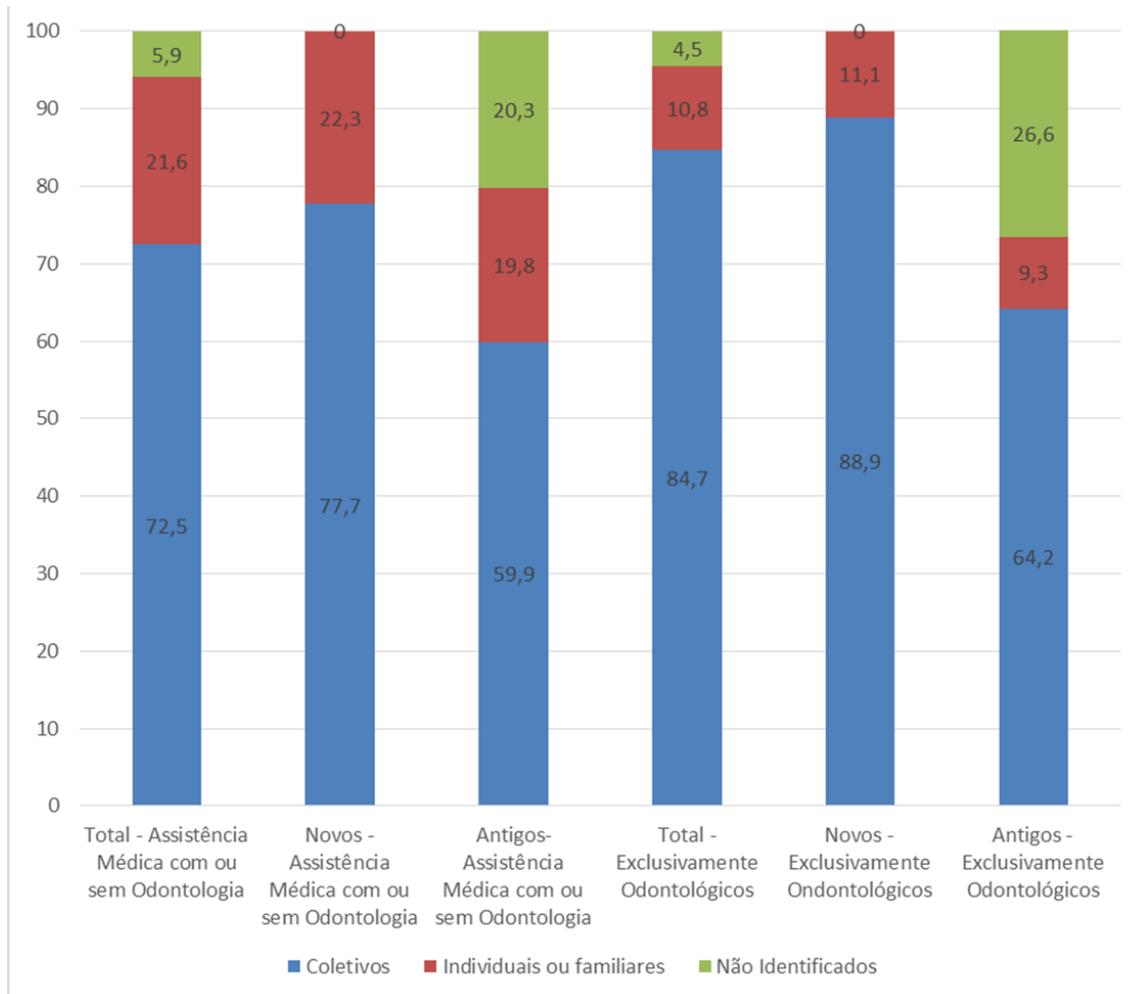
Conforme se pode observar na Tabela 5, no ano 2000 foram registradas 235 novas operadoras de planos de saúde, e o no ano de 2001, 143, de forma que estes foram os anos com maiores quantidades de novos registros.

Logo após a criação da ANS, observa-se um aumento expressivo de cancelamentos de registros, 319 em 2002. Se por um lado este fenômeno pode ter resultado em melhorias na qualidade dos serviços prestados, por outro, já sinaliza para a crescente concentração no setor de Saúde Suplementar, pois, conforme será observado a seguir, um número relativamente pequeno de grandes operadoras atende à grande maioria dos usuários.

Não por acaso, o número de operadoras em atividade caiu ano após ano; o maior número de cancelamentos ocorreu logo após a criação da ANS, mas o ano de 2007 apresentou, também, uma marca expressiva de registros cancelados. Outra tendência observável no período subsequente à criação da ANS é um aumento gradativo no percentual de operadoras que de fato possuíam beneficiários.

Ao se comparar o ano 2000, cujo percentual de operadoras com beneficiários era de 74,2%, com o ano de 2008, cujo percentual foi de 85,2%, verifica-se um aumento de 11,0%. O Gráfico 4 apresenta a distribuição percentual dos beneficiários, cruzada com as informações de época de contratação e cobertura assistencial (ANS, 2008, p. 48).

Gráfico 4: Distribuição percentual dos beneficiários de planos de saúde por época de contratação segundo cobertura assistencial do plano (Brasil, março de 2008)



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários – ANS/MS – 03/2008.

Nota: O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo. Org. Freitas, M. H. 2017.

De acordo com o Gráfico 4, percebe-se que tanto nos planos exclusivamente odontológicos quanto nos de assistência médica, com ou sem odontologia, a maioria dos usuários estava inserida em planos coletivos. A tendência é ainda mais marcante no caso dos planos novos, com cobertura médico-hospitalar, com ou sem odontologia, cujo percentual de beneficiários de planos coletivos era de 77,7%, contra 22,9% de usuários de planos individuais ou familiares.

Mais de 16 mil pessoas deixaram de contratar planos de saúde na cidade Uberlândia, em março de 2016, significando uma queda de 6,73%. Os dados são da ANS. Destes, 69,8%, o equivalente 14 mil, perderam o benefício no primeiro

trimestre de 2016. A redução está relacionada à extinção de uma modalidade de contratos da Unimed local, que atingiu 13 mil pessoas em Minas Gerais.

No caso dos planos antigos, também com cobertura médico-hospitalar, estando inclusa ou não a odontologia, chegou-se ao percentual de 59,9% de beneficiários de planos coletivos, contra 19,8% de usuários dos individuais ou familiares e 20,3% de beneficiários de planos não classificados.

No caso dos contratos de atendimento exclusivamente odontológico, a diferença é ainda maior, de forma que nos planos novos, o percentual de beneficiários de planos coletivos era de 88,9%, contra 11,1% de usuários de planos individuais ou familiares. Já nos planos antigos, também de atendimento exclusivamente odontológico, as cifras eram de 64,2% de usuários cadastrados em planos coletivos; 9,3% em planos individuais ou familiares; e 26,6% em planos não cadastrados.

Diferentes autores, tais como Montone (2009), Scheffer e Bahia (2010), Andrade et al. (2012), Fogaça (2006), Paim et al. (2011) e Nunes (2014), alertam para a concentração regional dos serviços de saúde suplementar, no Brasil, bem como a concentração de uma grande quantidade de beneficiários em uma minoria de operadoras, constituindo monopólio. De acordo com Nunes (2014), a maioria das empresas de planos de saúde e dos beneficiários encontram-se na região Sudeste:

[...] grandes organizações médicas estão sendo criadas pela agregação de hospitais, clínicas e laboratórios às operadoras. E, embora, existam 1.500 operadoras, que registraram um faturamento de R\$ 53 bilhões, em 2009, mais de 40% desse faturamento se concentra em apenas dez empresas. A ascensão da carteira de beneficiários da Avimed pela Itálica e, mais recentemente, da Medial pela Amil são exemplos concretos do que está acontecendo hoje com o mercado de saúde suplementar.

Outro aspecto destacado no Boletim é o grande número de pequenas operadoras que contam com menos de 10.000 usuários, isto é, 70,4% do universo. De acordo com a pesquisa do Cedec, é nessa fatia do mercado que é possível constatar dezenas de operadoras em situação patrimonial deficitária declarada, com nítido agravamento da situação econômico-financeira desde a implantação da regulamentação do setor de planos de saúde (lei 9.656/98) e a posterior criação da Agência Nacional de Saúde (lei 9.961/00). Esses aspectos podem ter incidido no forte decréscimo do registro de operadoras em atividade a partir de 2000. (NUNES, 2014, p. 63-64).

No ano de 2008 havia 1.599 operadoras com beneficiários registradas na ANS, deste total, 1.346 (84,2%) delas atuavam na Região Sudeste. Apenas no estado de São Paulo, os beneficiários estavam divididos entre 1.122 operadoras. As

maiores operadoras de planos de saúde atuam em mais de um estado da federação. Mas ainda assim, o fenômeno da concentração regional é evidente, estando a grande maioria das operadoras concentradas no Sudeste, fenômeno que ultrapassa determinantes meramente demográficos.

Antes, e principalmente após a criação da ANS, acentua-se a concentração de beneficiários cadastrados em planos coletivos, e a Região Sudeste apresenta também concentração de mão de obra industrial e mesmo do setor terciário. Vender planos de saúde coletivos geralmente apresenta a vantagem de que os beneficiários são, em sua maioria, indivíduos com aptidão para o trabalho, ou seja, com uma perspectiva de baixa utilização dos serviços do plano.

Sendo os contratos fechados com os empregados, isso garante, não raro, uma quantidade satisfatória de contratações. Quando as mensalidades são pagas pelo empregador, as probabilidades de não pagamento reduzem-se e, em caso de eventuais problemas neste quesito, há a possibilidade de rescisão de contrato com a empresa, e não individualmente com os beneficiários.

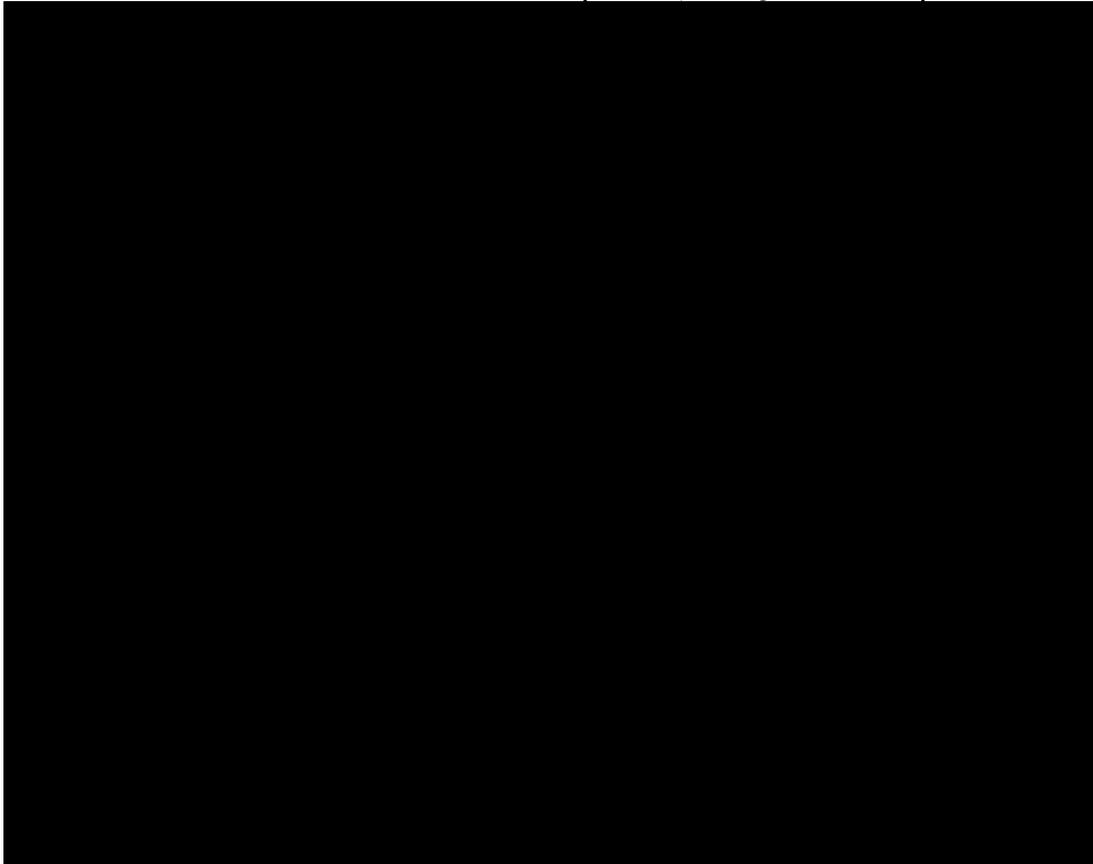
Voltando à questão da concentração regional e formação de monopólios, de acordo com Andrade et al. (2012), a atuação dos órgãos reguladores públicos ocorre tanto no sentido de garantir o bem-estar e qualidade dos serviços prestados aos beneficiários quanto no de minimizar práticas de concorrência desleal.

De acordo com os mesmos autores, grandes empresas podem também se beneficiar de preços inferiores junto aos prestadores de serviços e empresas pequenas apresentam maior risco de falência e não pagamento de mensalidades, por exemplo. Quanto à integração vertical, esta reduziria os custos de transação entre seguradoras e prestadores de serviços, assim poderia promover a reestruturação dos ofertantes de serviços médico-hospitalares.

Mesmo diante de evidências empíricas e teóricas (ANDRADE et al., 2012) sugerindo que a consolidação do mercado de seguros-saúde possa ser eficiente, é sempre válida uma preocupação com o poder de monopólio e de fechamento de mercado o *foreclosure*. Administradoras de planos de saúde com maior participação no mercado teriam, então, maior poder de barganha junto aos médicos e hospitais, sobretudo na presença de barreiras à entrada. A concentração do setor de saúde suplementar torna-se uma preocupação constante dos órgãos de defesa da concorrência. Ademais, dada a relevância dos bens e serviços de saúde para o bem-estar individual e social, mesmo em um contexto onde coexiste o financiamento

público e o privado desses bens e serviços, como no caso do Brasil, é essencial que órgãos públicos fiscalizem a estrutura de concorrência desse setor e as possíveis consequências para o bem-estar social (ANDRADE et al., 2012, p. 331). A Tabela 5, divulgada no primeiro semestre de 2008, apresenta dados que permitem verificar essa característica de aguda concentração regional da Saúde Suplementar no Brasil (ANS, 2008, p. 91):

Tabela 6 – Operadoras em atividade, segundo Unidade da Federação de residência do beneficiário (Brasil, março de 2008)



Fonte: Sistemas de informações de beneficiários – ANS/MS – 03/2008 e Cadastro de Operações – ANS/MS – 03/2008.

Contudo, Andrade et al. (2012) fazem algumas ressalvas quanto às metodologias utilizadas para se dimensionar a questão da concentração dos mercados de Saúde Suplementar. Na perspectiva desses autores, a simples adesão às divisões geopolíticas de Unidades Federais mascara muitos aspectos dos mercados de planos e seguros de saúde. A exemplo disso, vale mencionar o fato de que algumas empresas de saúde suplementar possuem atuação em diferentes estados da federação e empresas que atuam em diferentes regiões de um mesmo

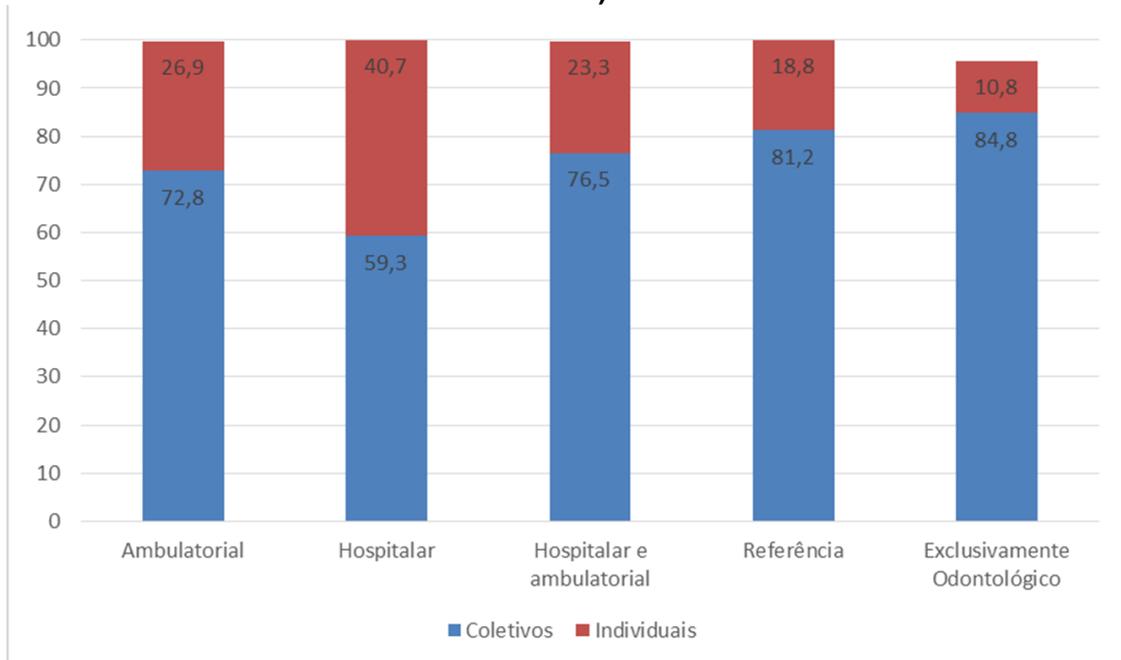
estado não são, necessariamente, concorrentes entre si. Desta forma, os autores propõem a Metodologia de Modelos Gravitacionais como alternativa mais viável:

[...] para algumas áreas, sobretudo em regiões mais populosas, a metodologia baseada em modelos gravitacionais apresenta resultados diferentes daqueles obtidos quando se utiliza como critério a fronteira geopolítica. No caso do uso da fronteira geopolítica de UFs para definir os mercados relevantes na dimensão geográfica, detectou-se que esta medida é demasiadamente grande, não captando os movimentos de concentração nesses mercados no Brasil. Para as RMs, embora os resultados sobre concentração tenham sido similares aos encontrados com a metodologia de modelos gravitacionais, a metodologia proposta permite que a agregação de municípios seja definida a partir dos fluxos de serviços observados entre os municípios e não a partir de uma definição geopolítica preestabelecida. O método gravitacional mostrou um número de mercados relevantes na dimensão geográfica bastante superior àquele observado quando se utiliza a fronteira das RMs. A utilização de uma metodologia mais fina é importante na medida em que permite uma diferenciação maior de áreas heterogêneas. A definição geopolítica não permite esse tipo de diferenciação. Além disso, a definição de RMs exclui os beneficiários de planos que não residem nesse tipo de configuração urbana, não sendo suficiente para analisar todo o mercado. Uma vantagem do método proposto é que sua parametrização foi realizada com dados oficiais, o que torna possível sua atualização (ANDRADE et al., 2012, p. 357).

O Gráfico 5 apresenta a distribuição percentual dos beneficiários por segmentação assistencial e tipo de contratação, conforme dados do ano de 2008 (ANS, 2008, p. 67). Tais dados permitem afirmar que, nos planos de cobertura hospitalar, a diferença percentual entre contratações coletivas e contratações individuais não é tão gritante, já que essas correspondem a 59,3% e 40,7% respectivamente, isso no ano de 2008. Os planos exclusivamente odontológicos foram aqueles em que os contratos coletivos, atingindo a cifra de 84,4%, foram expressivamente mais significativos que os contratos individuais, na casa dos 10,8%.

As modalidades de segmentação ambulatorial e hospitalar/ambulatorial apresentaram tendências aproximadas, também com um predomínio de contratações coletivas, representando 72,8% e 76,5%, respectivamente. Conforme já mencionado, ainda que brevemente, vale lembrar aqui que a modalidade de operadoras de planos de saúde classificada como Medicina de Grupo tem correspondido à maioria das operadoras em atividade, sobretudo a partir da criação da ANS.

Gráfico 5: Distribuição percentual dos beneficiários de planos de saúde por segmentação assistencial e tipo de contratação do plano (Brasil, março de 2008)



Fonte: *Sistema de informações de beneficiários – ANS/MS – 03/2008 2017.*

A partir da Tabela 7, divulgada pela ANS, dentre outros elementos, nota-se a distribuição dos beneficiários pelo tipo de contratação, considerando também a cobertura assistencial (ANS, 2016 b, p. 11).

Tabela 7 – Beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação do plano, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil, junho de 2015 – junho de 2016)

Cobertura assistencial do plano	Total	Coletivo				Individual	Não Informado
		Total	Empresarial	Por adesão	Não informado		
Assistência médica com ou sem odontologia							
jun/15	50.129.325	40.016.727	33.253.752	6.752.418	10.557	9.803.305	309.293
set/15	49.796.251	39.745.219	33.126.802	6.607.949	10.468	9.756.064	294.968
dez/15	49.397.350	39.468.328	32.836.337	6.621.757	10.234	9.646.613	282.409
mar/16	48.729.557	38.903.308	32.312.684	6.580.384	10.240	9.555.399	270.850
jun/16	48.487.129	38.731.187	32.136.535	6.584.431	10.221	9.492.363	263.579
Exclusivamente Odontológico							
jun/15	21.549.811	17.856.413	15.993.718	1.858.151	4.544	3.624.118	69.280
set/15	21.922.026	18.156.067	16.256.000	1.895.871	4.196	3.700.138	65.821
dez/15	22.011.674	18.201.036	16.304.270	1.892.597	4.169	3.749.483	61.155
mar/16	21.705.447	18.047.303	16.212.562	1.830.574	4.167	3.608.708	49.436
jun/16	21.960.006	18.239.450	16.379.908	1.855.389	4.153	3.674.262	46.294

Fonte: ANS (2016 b, p. 11).

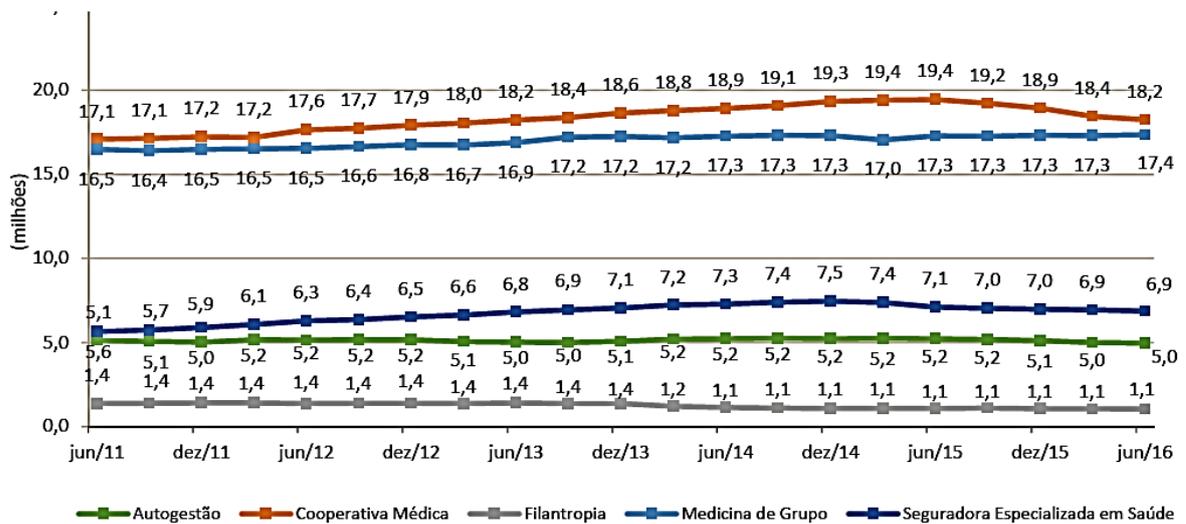
Notas: O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

A análise dos dados da Tabela 7, como em dados de anos anteriores, evidencia que a maior parte dos beneficiários utiliza os planos de assistência médica com ou sem odontologia. E dentro deste grupo se destacam os planos Coletivos Empresariais, ao passo que os Planos Individuais concentram uma quantidade bem menor de beneficiários. Em termos de tendências do período entre junho de 2015 e junho de 2016, verifica-se a redução no número de beneficiários em todos os tipos de contratação. Mas esta diminuição foi ainda mais acentuada no caso dos Planos Coletivos Individuais.

Em janeiro de 2016, havia 1.285.540 beneficiários a menos se comparado a janeiro de 2015, queda provavelmente relacionada ao aumento do desemprego, de forma que a demissão do trabalhador pode representar sua desvinculação do plano de saúde, ainda que possa utilizá-lo por algum período, geralmente seis meses,

considerando a impossibilidade de contratar planos individuais. Ainda na edição de setembro de 2016 do Caderno de Informação da Saúde Suplementar (ANS, 2016b, p. 13), foi divulgado gráfico demonstrando a variação no número de beneficiários de planos de saúde, classificados por tipos de planos, ou seja, Autogestão, Filantropia, Cooperativa Médica, Seguradora Especializada e Medicina de Grupo. No Gráfico 6, foi analisado um período mais amplo, de junho de 2011 a junho de 2016.

Gráfico 6 – Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora (Brasil, junho de 2011 – junho de 2016)



Fonte: ANS (2016b, p. 13).

Nota: O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

Ao longo de todo este período, computado com dados trimestrais, observa-se maior concentração dos usuários nas Cooperativas Médicas, seguidas dos planos de Medicina de Grupo. No caso destes dois tipos de planos, o comportamento foi bem parecido: um aumento no número de usuários, ainda que não fosse muito expressivo, até o período entre dezembro de 2014 e março de 2015, quando estes dois tipos de plano atingiram o maior número de usuários, respectivamente, 19,4 milhões e 17,3 milhões. A partir de 2015, no entanto, as Cooperativas Médicas passaram a apresentar uma queda no número de beneficiários, ao passo que a Medicina de Grupo manteve certa estabilidade neste quantitativo. De junho de 2015 a junho de 2016, nenhum dos tipos de planos de saúde apresentou aumento significativo na quantidade de usuários, excetuando-se a Medicina de Grupo, com um pequeno aumento do número de usuários no último semestre considerado.

Os dados divulgados pela ANS, em seu Caderno de Informações da Saúde Suplementar, de março de 2016, permitem apreender algumas tendências, como cobertura assistencial do setor de saúde suplementar no Brasil, desde o período de regulamentação até os dias atuais. Na Tabela 8, constam os números de beneficiários, divididos por cobertura assistencial (ANS, 2016b, p. 9).

Tabela 8 – Beneficiária de planos privados por cobertura assistencial (dezembro de 2000 – dezembro de 2015)

Data	Assistência médica com ou sem odontologia	Exclusivamente odontológico
Dez/00	31.161.481	2.603.001
Dez/01	31.727.080	3.062.681
Dez/02	31.513.309	3.677.782
Dez/03	32.074.667	4.325.568
Dez/04	33.840.716	5.312.915
Dez/05	35.441.349	6.204.404
Dez/06	37.248.388	7.349.643
Dez/07	39.316.313	9.164.386
Dez/08	41.468.019	11.061.362
Dez/09	42.561.398	13.253.744
Dez/10	44.937.350	14.514.074
Dez/11	46.152.717	16.934.652
Dez/12	47.740.378	18.978.577
Dez/13	49.373.689	20.195.323
Dez/14	50.496.436	21.155.403
Dez/15	49.730.405	21.950.463

Fonte: ANS (2016b, p. 9).

Notas: 1. O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

No caso dos planos de Assistência Médica com ou sem odontologia, que, em dezembro do ano 2000 contavam com 31.161.481 beneficiários, houve aumento em 2001; pequena diminuição em 2002; crescimento positivo, ano após ano, de 2013 a 2014; com uma pequena diminuição em 2015, se comparado ao quadro de beneficiários de 2014. Em relação aos planos de assistência exclusivamente odontológica, o crescimento foi positivo de dezembro de 2000 a dezembro de 2015, com períodos de maior ou menor crescimento, mas sempre positivo.

A Tabela 9 foi elaborada a partir de dados sobre a distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde, separados por tipo de contratação, e também segundo cobertura assistencial do plano (ANS, 2016b, p. 16).

Tabela 9 – Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil, dezembro de 2015)

Cobertura Assistencial

Tipo de adesão	Assistência médica		Exclusivamente odontológico	
	Nº de Beneficiários	Percentual (%)	Nº de Beneficiários	Percentual (%)
Individual ou Familiar	9.672.134	19,4	3.889.264	17,7
Coletivo Empresarial	33.123.445	66,6	16.074.121	73,2
Coletivo por adesão	6.625.478	13,3	1.917.002	8,7
Coletivo não identificado	9.153	0,0	4.334	0,0
Não Informado	300.195	0,6	65.742	0,3

Fonte: ANS (2016b, p. 16).

No que se refere ao tipo de contratação, os beneficiários em planos coletivos representam maioria entre os planos de assistência médica, e também entre os planos exclusivamente odontológicos.

Os beneficiários de planos coletivos empresariais representavam, em dezembro de 2015, 66,7% do total dos planos de assistência médica e 73,3% entre os planos odontológicos. Percebe-se também que a participação de beneficiários em planos individuais é superior nos planos de assistência médica (19,4%) à participação dos beneficiários nos planos exclusivamente odontológicos (17,7%).

Manteve-se a tendência de preponderância dos planos Coletivos Empresariais sobre as demais formas de adesão – Individual ou Familiar Coletivo por Adesão, Coletivo Não Identificado etc. –, que contavam com um total de 33.123.445 beneficiários de planos de assistência médica e 16.074.121 de beneficiários de planos de assistência exclusivamente odontológica (ANS, 2016b, p. 14).

A Tabela 10 permite averiguar como se expressava a questão da concentração regional, no final do ano de 2015, tanto nos planos de Assistência Médica, incluso ou não serviços de odontologia, quanto nos planos exclusivamente odontológicos (ANS, 2016b, p. 15):

Tabela 10 – Taxa de cobertura por cobertura assistencial do plano e Regiões e Unidades da Federação (Brasil, dezembro de 2015)

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Assistência médica com ou sem odontologia				Exclusivamente odontológico			
	Unidade da Federação	Capital	Região Metropolitana da Capital	Interior	Unidade da Federação	Capital	Região Metropolitana da Capital	Interior
Brasil	25,6	44,5	38,6	19,7	11,3	22,8	19,5	7,7
Norte	11,3	25,3	24,3	5,1	6,6	16,3	17,0	2,2
Rondônia	11,1	21,9	-	6,9	6,1	12,3	-	3,7
Acre	6,3	11,7	-	1,7	1,8	3,6	-	0,3
Amazonas	15,3	28,8	24,8	0,9	12,5	23,3	20,1	0,8
Roraima	8,6	13,3	-	0,6	1,5	2,2	-	0,2
Pará	10,9	31,6	26,7	6,4	5,6	18,7	16,4	2,7
Amapá	9,7	13,9	12,3	3,5	5,2	7,1	6,6	2,3
Tocantins	7,7	22,2	-	4,7	2,5	7,3	-	1,5
Nordeste	12,6	34,9	28,5	6,4	7,9	22,3	19,0	3,9
Maranhão	7,4	32,2	24,9	2,9	2,7	11,9	9,2	1,0
Piauí	8,7	24,9	21,0	2,9	2,1	6,7	5,7	0,4
Ceará	14,6	37,9	30,8	5,1	9,1	23,9	19,9	3,1
Rio Grande do Norte	16,8	40,5	30,5	8,8	9,4	22,3	16,8	5,0
Paraíba	11,4	34,0	25,3	6,0	6,5	22,2	17,3	2,7
Pernambuco	15,4	41,4	29,2	10,0	9,3	24,5	19,5	6,1
Alagoas	13,0	32,7	28,3	4,6	10,1	24,1	20,7	4,0
Sergipe	15,5	39,7	31,7	6,1	10,7	27,0	22,6	4,4
Bahia	11,6	30,8	28,8	7,1	9,4	26,8	25,6	5,2
Sudeste	37,7	55,3	46,6	31,8	15,6	24,6	20,7	12,6
Minas Gerais	26,8	53,0	42,1	23,2	8,9	21,2	17,2	7,2
Espírito Santo	31,6	68,0	45,0	27,8	12,7	27,3	19,2	11,2
Rio de Janeiro	36,5	52,3	40,6	26,3	19,4	27,3	21,6	14,2
São Paulo	43,9	57,1	51,3	39,0	17,5	23,7	21,3	15,3
Sul	25,7	53,5	39,1	21,5	8,0	24,3	16,8	5,5
Paraná	27,3	58,2	43,7	21,0	10,7	33,9	25,2	6,0
Santa Catarina	23,8	45,2	34,5	22,3	6,7	16,6	12,7	6,0
Rio Grande do Sul	25,2	50,1	36,5	21,4	6,0	14,7	11,0	4,7
Centro-Oeste	22,1	35,8	29,3	14,0	11,4	22,2	19,0	5,0
Mato Grosso do Sul	22,2	29,6	-	18,7	4,5	5,9	-	3,8
Mato Grosso	17,9	42,5	35,3	12,5	4,2	9,8	8,5	3,0
Goiás	18,0	35,5	21,8	13,2	9,0	18,5	11,2	6,4
Distrito Federal	36,4	36,4	36,4	-	31,7	31,7	31,7	-

Fonte: ANS (2016b, p. 15).

Conforme dados da Tabela 10, pelas taxas de cobertura dos planos privados de assistência médica, divididos por grandes regiões e unidades da federação, percebe-se que as regiões Sudeste e Sul, tradicionalmente, apresentaram as

maiores coberturas – alcançando as marcas de 37,7% e 25,7%, respectivamente. No que diz respeito à cobertura de planos exclusivamente odontológicos, as regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentaram as maiores taxas – sendo elas 15,6% e 11,4%, respectivamente.

Numa situação oposta, tem-se a situação dos estados da Região Norte, sobretudo o Acre, Roraima e Tocantins, que apresentam as mais baixas taxas de cobertura nos planos de assistência médica, assim como nos exclusivamente odontológicos.

A Tabela 11 permite vislumbrar aspectos de contração e/ou expansão do mercado de Saúde Suplementar a partir de dados do registro de operadoras em 2015 (ANS, 2016b, p. 23).

Tabela 11 – Resumo do registro de operadoras de saúde suplementar (Brasil, dezembro de 2015)

Registro	Total	Operadoras médico-hospitalares	Operadoras exclusivamente odontológicas
Registros novos(1)	45	27	18
Registros cancelados (1)	126	91	35
Operadoras em atividade	1.340	974	366
Operadoras com beneficiários	1.156	828	328

Fontes: ANS (2016b, p. 23).

(1) Registros novos e cancelados no ano.

No ano de 2015 foram quantificados 27 novos registros e 91 cancelamentos de operadoras, um total de 18 novos registros, ao passo que os cancelamentos atingiram um total de 35. Tais números confirmam as tendências de diminuição da quantidade de operadoras em atividade sem beneficiários informados, o que se verifica tanto para o segmento médico-hospitalar quanto para o segmento exclusivamente odontológico.

3.3. O cenário contemporâneo

Por mais que o número de operadoras com beneficiários fosse relativamente grande, uma expressiva parcela dos beneficiários está concentrada em um número

limitado de operadoras. Em relação aos beneficiários de planos de assistência médica em 2015, conforme exposto na Tabela 12, 12,80% dos beneficiários se concentravam em 155 das 828 operadoras com beneficiários incluídos no setor. A maior operadora do segmento possuía em torno de quatro milhões de beneficiários, ao passo que as 542 menores possuíam juntas quase cinco milhões (ANS, 2016b, p. 24).

Tabela 12 – Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência médica entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil, dezembro de 2015)

Número de operadoras	Número de Beneficiários	Percentual de Beneficiários
286	44.909.250	90
	Continua	
155	39.905.320	80
86	34.932.850	70
47	30.051.384	60
26	25.361.760	51
13	20.493.704	41
7	16.240.871	33
3	9.851.356	20
1	4.024.329	8

Fonte: ANS (2016b, p. 24).

Nota: O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

A efetividade do atendimento ambulatorial, da realização dos exames e, sobretudo, do atendimento emergencial, é influenciada por variantes, como a localização geográfica da rede prestadora de serviços (hospitais, clínicas, laboratórios, etc.), em relação à residência e/ou local de trabalho do beneficiário. Assim, a abrangência geográfica do plano de saúde pode se tornar fator decisivo para a escolha ou para a recusa deste. A seguir, a Tabela 13 expõe alguns dados sobre a abrangência regional dos Planos de Saúde (ANS, 2016b, p. 26).

Tabela 13 – Planos privados de assistência médica, com beneficiários, por tipo de contratação, segundo época de contratação e abrangência geográfica (Brasil, dezembro de 2015)

Época de contratação e abrangência geográfica do plano	Total	Coletivo				Individual
		Total	Empresarial	Por Adesão	Não identificado	
Total	33.917	18.408	12.300	6.059	49	15.509
Nacional	10.276	5.551	3.766	1.783	2	4.725
Grupo de estados	1.295	718	557	151	10	577
Estadual	2.869	1.666	1.053	606	7	1.203
Grupo de municípios	16.054	8.879	5.885	2.965	29	7.175
Municipal	3.423	1.594	1.039	554	1	1.829
Novos	21.447	13.464	9.357	4.058	49	7.983
Nacional	5.415	3.876	2.713	1.161	2	1.539
Grupo de estados	786	562	435	117	10	224
			Continua			
Estadual	2.307	1.465	938	520	7	842
Grupo de municípios	11.204	6.638	4.629	1.980	29	4.566
Municipal	1.735	923	642	280	1	812
Antigos	12.470	4.944	2.943	2.001	-	7.526
Nacional	4.861	1.675	1.053	622	-	3.186
Grupo de estados	509	156	122	34	-	353
Estadual	562	201	115	86	-	361
Grupo de municípios	4.850	2.241	1.256	985	-	2.609
Municipal	1.688	671	397	274	-	1.017

Fonte: ANS (2016b, p. 26).

A Tabela 13 apresenta os planos privados de assistência médica por tipo de contratação segundo época de contratação e abrangência geográfica. Pode-se observar que, tanto entre os planos novos, bem como entre os planos antigos, por tipo de contratação coletiva, sobressaem-se aqueles com abrangência de cobertura geográfica restrita aos grupos de municípios. Os planos com abrangência nacional prevalecem apenas entre os planos de saúde individuais contratados anteriormente à Lei 9656/98, e que não foram adaptados a esta.

No que tange aos planos empresariais, de maior interesse para o presente trabalho, percebe-se que, tanto nos antigos quanto nos novos, prevalecia a cobertura por grupos de municípios. Na transição dos antigos para os novos planos, é justamente a cobertura por grupos de municípios a que mais aumentou. Os de cobertura nacional aumentaram, mas numa cifra muito menor do que aquela atingida pela cobertura por grupos de municípios. No que se refere aos resultados econômico/financeiros das operadoras, o setor da saúde suplementar registrou, no quarto trimestre de 2015, R\$ 142 bilhões em receitas de contraprestações, entre as operadoras de planos com cobertura médico-hospitalar e odontológica (Tabela 13), o que mais de 90% do total das receitas do setor (quando contabilizadas as outras receitas operacionais).

No entanto, verificando-se a partir da modalidade de operadora, esse percentual apresenta uma significativa variação, pois, enquanto nas Filantropias as receitas das contraprestações alcançaram apenas 35% do total, nas seguradoras especializadas em saúde, por exemplo, elas corresponderam a mais de 99% do total de receitas. Por outro lado, as despesas assistenciais alcançaram um montante equivalente a R\$ 119 bilhões no mesmo período, o que corresponde a 76% do total das despesas (ANS, 2016b, p. 27).

Tabela 14 – Receitas e despesas, por tipo, segundo a modalidade da operadora (Brasil, 2015)

Modalidade da operadora	Receita de contraprestações	Outras receitas operacionais	Despesa assistencial	Despesa administrativa	Despesa de comercialização	Outras despesas operacionais
Total	142.319.627.382	15.326.392.013	119.293.286.026	16.982.622.101	4.767.958.482	15.678.921.866
Operadoras médico-hospitalares	139.320.260.527	15.192.604.530	117.889.462.089	16.166.563.480	4.502.151.231	15.452.303.792
Autogestão	16.297.092.109	1.454.094.768	15.673.637.987	2.122.277.910	1.924.001	930.741.306
Cooperativa Médica	47.632.366.834	8.897.403.778	39.798.676.168	5.679.071.574	902.942.476	9.099.567.984
Filantropia	2.097.605.365	3.877.389.066	1.609.266.570	1.501.246.253	29.477.945	2.796.007.241
Medicina de Grupo	40.534.551.247	935.621.743	32.550.527.274	5.050.152.525	1.604.803.471	1.654.160.442
Seguradora Especializada em Saúde	32.758.644.972	28.095.174	28.257.354.090	1.813.815.218	1.963.003.340	971.826.818
Operadoras exclusivamente Odontológicas	2.999.366.855	133.787.483	1.403.823.937	816.058.621	265.807.251	226.618.074
Cooperativa odontológica	659.472.824	99.550.313	412.181.426	222.798.930	23.947.450	94.028.372
Odontologia de grupo	2.339.894.030	34.237.170	991.642.512	593.259.691	241.859.801	132.589.702

Fonte: ANS (2016b, p. 27).

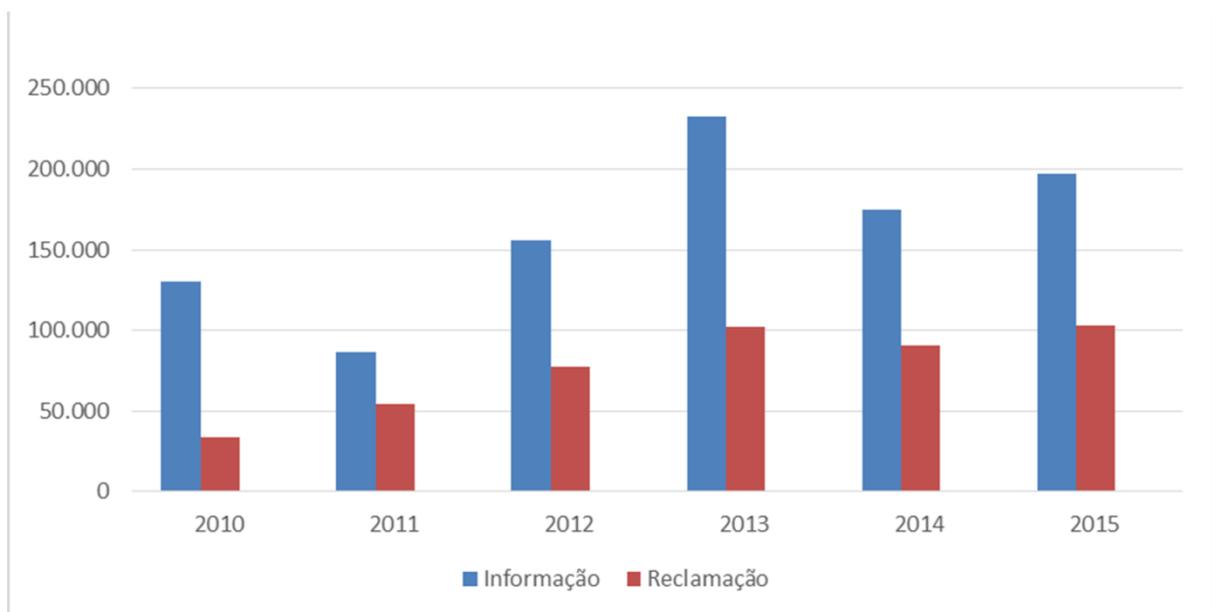
Notas: 1. Dados preliminares, sujeitos à revisão. 2. Dados referentes ao quarto trimestre. 3. Não inclui dados das operadoras exclusivamente odontológicas com até 20.000 beneficiários, dispensadas do envio do DIOPS nos três primeiros trimestres.

Um importante atributo da Agência Nacional de Saúde é permitir que os usuários de planos e seguros de saúde privada possam registrar suas demandas e suas reclamações junto ao órgão regulador. O cruzamento de informações dos contatos e solicitações feitas tem permitido sistematizar uma análise quantitativa da reação dos beneficiários quanto aos produtos e serviços em Saúde Suplementar. O Gráfico 7 apresenta o número de demandas recebidas pela ANS no período entre o ano de 2010 e o ano de 2015, por classificação do atendimento, no caso, por dois tipos: informação ou reclamação.

De acordo com ANS (Brasil, 2016), em Uberlândia foram registradas 451 reclamações pelos usuários. No registro feito pelo Instituto de Defesa do consumidor (IDEC), a maior parte das reclamações é sobre aumento abusivo dos planos, as reclamações são feitas principalmente por planos empresariais e coletivos.

No ano de 2015, o número de reclamações cresceu 12,8% em relação ao mesmo período do ano anterior. A mesma tendência pode ser observada entre as solicitações de informação, registrando um aumento de 12,6% em 2015 em relação a 2014 (ANS, 2016b, p. 37), como explicitadas no Gráfico 7.

Gráfico 7: Demandas dos consumidores por classificação do atendimento (Brasil, 2010 – 2015)



Fonte: ANS (2016b, p. 37).

Quando se parte para uma discriminação da incidência das reclamações por unidades da federação, dentre aquelas que apresentaram maiores taxas destacam-se Pernambuco (372,6), Distrito Federal (267,4), Rio de Janeiro (233,5) e Bahia (166,1), conforme já acontecia em períodos anteriores.

A novidade foi São Paulo (152,5), sede da Unimed Paulistana e UF onde reside a maior parte de seus beneficiários. Em Minas Gerais foram contabilizadas 7.460 reclamações no ano de 2015, em um universo de 7.093.995 beneficiários, o que corresponde a 105,2 reclamações a cada 100.000 beneficiários. O estado de Minas é o terceiro em quantidade de beneficiários e o 5º colocado no ranking de reclamações a cada amostragem de 100.000 beneficiários (ANS, 2016b, p. 38).

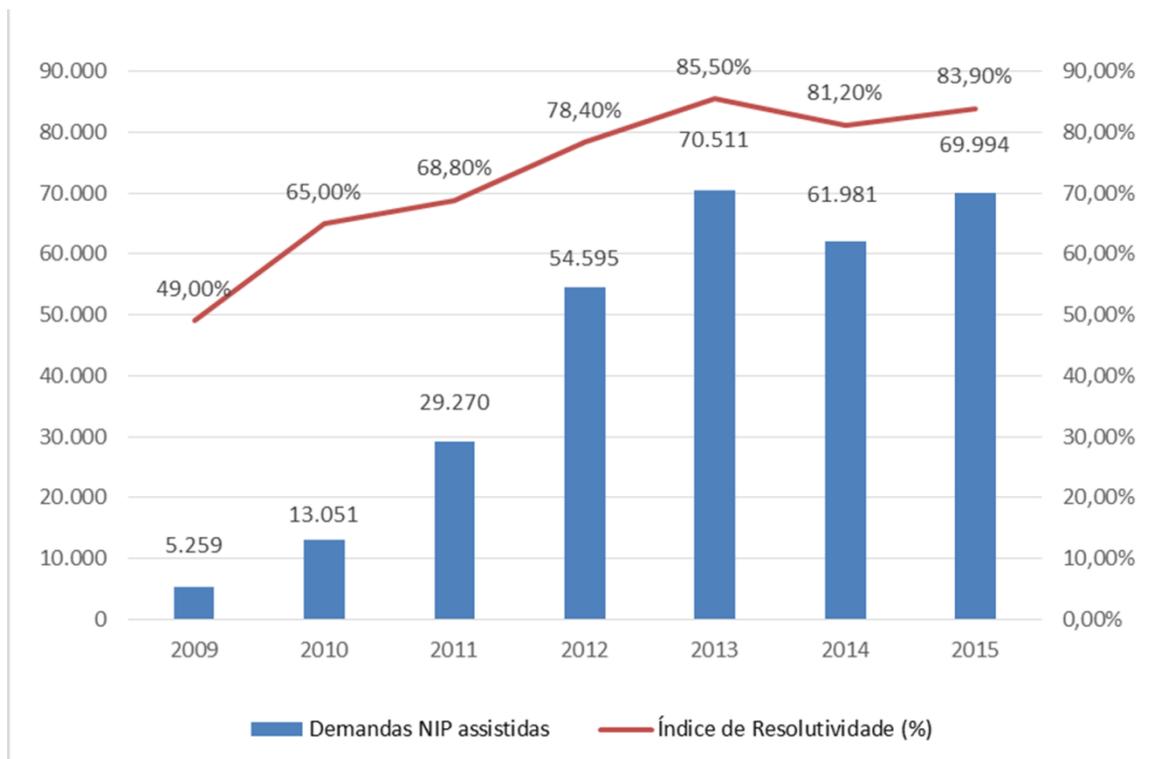
De acordo com dados divulgados pela ANS (2016b, p. 39), a maior parte das reclamações em 2015 referia-se a aspectos de cobertura dos procedimentos contratados, os quais representam aumento em relação a 2014. A este seguem questões relativas a contrato e regulamentos e, por fim, as mensalidades e reajustes, que representaram 7,8% das reclamações em 2014 e 7,2% das reclamações de 2015. A ANS (2016b) faz a seguinte afirmação sobre a tratativa das reclamações recepcionadas, sobretudo naquelas de caráter assistencial:

Desde 2010, todas as demandas de reclamação recepcionadas pela ANS, classificadas como de natureza assistencial, que sejam passíveis de mediação são tratadas no âmbito da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). Com a publicação da Resolução Normativa nº 343, de 17 de dezembro de 2013, o escopo da NIP foi ampliado como instrumento de mediação, visando à solução consensual de conflitos de natureza assistencial ou não. (ANS, 2016, p. 39).

No período entre 2014 e 2015, observou-se, dentre as aberturas de demandas assistenciais, aumento da participação relativa das demandas voltadas para o gerenciamento das ações de saúde e, ao mesmo tempo, uma redução da participação relativa das demandas referentes a prazos máximos de atendimento (ANS, 2016b, p. 40). Por sua vez, as demandas abertas em função de queixa de Doença ou Lesão Preexistente, Cobertura Parcial Temporária e Agravo, representaram, respectivamente, 1,6% e 1,1%, confirmando o que boa parte da bibliografia consultada ao longo da elaboração deste trabalho afirma: a regulação do setor teve, como um de seus êxitos, a minimização dos casos em que se negava atendimento, ou em que se excluía beneficiários, favoravelmente à administradora do plano. A efetividade na resolução de demandas, sobretudo de caráter

assistencial, por meio de mediação, sem recurso a vias judiciais, segundo dados da ANS (2016b, p. 41), tem se mostrado ascendente, chegando 80%, conforme os dados reunidos no Gráfico 8:

Gráfico 8: Demandas NIP assistenciais e índice de Resolutividade (Brasil, 2009 – 2015)



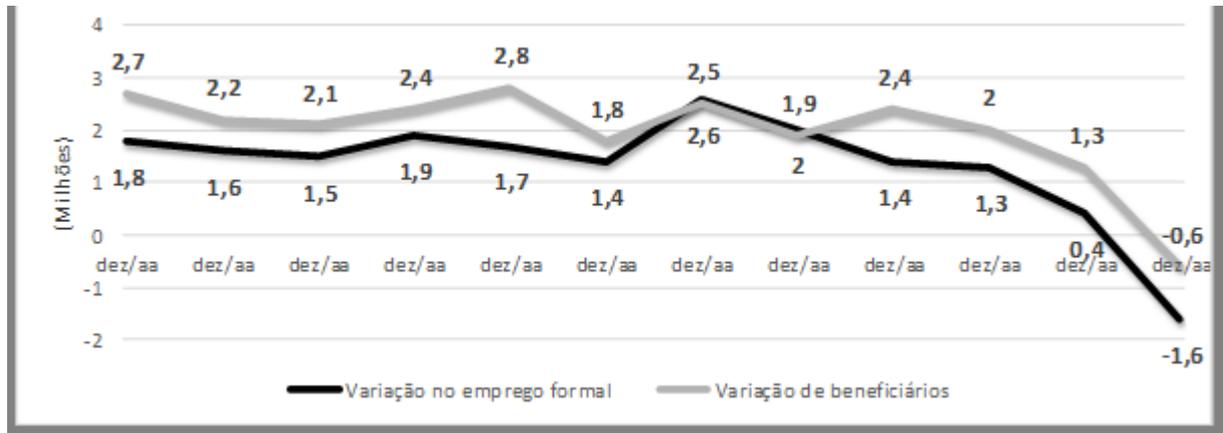
Fonte: ANS (2016b, p. 41).

Quando se cruzam indicadores socioeconômicos, como, por exemplo, a variação do PIB e variação do mercado formal de trabalho, com os indicadores do setor de saúde suplementar, percebe-se que existem correlações entre tais indicadores. O quarto trimestre de 2015 apresentou a contínua desaceleração da taxa de variação do número de beneficiários de planos novos, assim como a acentuada variação negativa do PIB trimestral acumulado no ano.

Conforme se observa no Gráfico 8 houve uma retração econômica. A taxa de variação do número de novos beneficiários cresce menos, até chegar à retração no quarto trimestre de 2015 (ANS, 2016, p. 43). Uma característica relevante do mercado de Saúde Suplementar no Brasil é a sua íntima relação com o cenário de trabalho formal, mesmo porque os planos empresariais têm prevalecido. Fato

correlacionado com a diminuição das contratações com carteira assinada, de acordo com dados da ANS (2016b, p. 44) e corroborados com os números do Gráfico 9.

Gráfico 9: Variação anual de beneficiários em planos de assistência médica e de empregos formais (Brasil, 2004 – 2015)



Fonte: ANS (2016, p. 43).

O processo de regulamentação da Saúde Suplementar não eliminou as situações que comprometem a efetividade dos serviços prestados. Além disso, a própria intervenção da ANS, quando resulta em fechamento de empresas, pode representar novos desafios para os beneficiários dos planos. Recentemente, chamou a atenção o caso do fechamento da Unimed Paulistana, em fevereiro de 2016, pela ANS, conforme publicado no Diário Oficial da União:

RESOLUÇÃO OPERACIONAL-RO No - 1.986, DE 26 DE JANEIRO DE 2016

Dispõe a decretação do Regime de Liquidação Extrajudicial da operadora Unimed Paulistana Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - A NS, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso XXXIV do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e nos termos da alínea "c" do inciso II do art. 86, do Regimento Interno, aprovado pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, na forma do disposto no art. 24 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, em reunião ordinária de 19 de janeiro de 2016, considerando as anormalidades econômico-financeiras e administrativas graves constantes do processo administrativo nº 33902.495501/2015-42, adotou a seguinte Resolução Operacional e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação: Art. 1º Fica decretado o regime de Liquidação Extrajudicial na Unimed Paulistana Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico, registro ANS nº 30.133-7, inscrita no CNPJ sob o nº 43.202.472/0001-30, e com fulcro no Inciso II, do art. 99, da Lei nº 11.101, de 09 de fevereiro de 2005, fixa-se como Termo Legal da Liquidação da operadora o dia 15 de janeiro de 2013. (DOU: 2016, p. 90).

A notícia foi veiculada na página da Agência Nacional de Saúde, bem como em outros periódicos, inclusive de abrangência nacional. As várias Unimed espalhadas pelo Brasil funcionam de acordo com o modelo de serviço privado de saúde denominado Cooperativa Médica.

No caso da unidade que constituía a maior empresa de planos de saúde da capital paulista, o endividamento, associado a uma má administração, tem sido apontado como principal justificativa para a intervenção da ANS, que levou à exclusão da empresa do mercado de planos de saúde:

A elevação da dívida, que saltou 400% entre 2007 e 2009, chegando ao patamar de 2,5 bilhões de reais, foi a principal causa da morte da Unimed Paulistana. Documentos e depoimentos reunidos com exclusividade por VEJA SÃO PAULO mostram detalhes dos problemas que desequilibraram o caixa. A lista inclui sonegação fiscal, pagamentos suspeitos a empresas e gestão administrativa temerária, capaz de bancar uma viagem internacional milionária para corretores no período financeiro mais crítico, enquanto a companhia pedia dinheiro aos próprios cooperados.

“O nível de desorganização não tem paralelo”, afirma Ana Regina Vlainich, diretora da empresa entre 2007 e 2009. Como toda integrante do sistema Unimed, a filial paulistana seguia o modelo de uma cooperativa, ou seja, além de prestarem serviços e serem pagos por isso, os médicos eram os donos da empresa. Cada um deles detinha uma cota fixa — nos últimos tempos era preciso investir 40 000 reais para entrar no “clube”.

Após agonizar no anúncio da alienação da carteira, a Unimed Paulistana sofreu o golpe final no mês passado, com a decisão da ANS de decretar sua liquidação extrajudicial. Com isso, seu prédio administrativo, na Avenida Brigadeiro Luís Antônio, onde trabalhavam noventa funcionários, foi lacrado. Ainda hoje, não é incomum encontrar ex-clientes meio perdidos, batendo na porta de ferro em busca de informações. Os únicos que circulam por ali atualmente são o advogado Fabiano Fabri Bayarri e seus dois assistentes, indicados pela ANS. (QUINTELA; SOARES; XAVIER, 2016).

Diferentes fatores teriam contribuído para o crescente endividamento da Unimed Paulistana, sendo que dívidas tributárias representaram um fator decisivo. Até o ano de 2008, impostos como o ISS não eram honrados, já que, na concepção da direção, não se tratava de sonegação, pois os médicos já estariam pagando tais tributos no que era cobrado sobre seus atendimentos e procedimentos realizados. De acordo com tal raciocínio, integrado aos argumentos de defesa da empresa, a mesma deveria pagar apenas a parcela de tributos relativos à operação administrativa.

O fato é que nem os tributos ligados às operações administrativas vinham sendo pagos. Em 2008, a ANS começou a exigir que esse passivo tributário fosse incluído na contabilidade. Isso fez a dívida da companhia saltar de 277 milhões para

1,3 bilhão de reais em dois anos. Também teria contribuído para a falência da companhia o fato de que, dentro do sistema Unimed, quando uma filial atende usuários dos planos de outra, o valor da consulta deve ser pago pela Unimed original.

Esta operação é denominada atendimento por intercâmbio e, não raro, acarreta em atrasos nos pagamentos à Unimed que de fato prestou o atendimento. No caso da filial Paulistana, este tipo de prestação do serviço representava cerca de 30% dos seus atendimentos, ou seja, a receita desses atendimentos geralmente entrava com atraso para a contabilidade da empresa.

Conforme já acontecia nos processos de fechamento de outras empresas de seguros e planos de saúde, a ANS exige que os beneficiários tenham garantido o direito à portabilidade de planos, sem perdas quanto à abrangência, preços e períodos de carência. Assim, logo depois de publicar a resolução que determinou a liquidação extrajudicial da Unimed Paulistana, a ANS publicou uma Resolução Operacional referente à portabilidade dos usuários

com a finalidade de assegurar os direitos dos beneficiários remanescentes na operadora, a ANS também publicou a Resolução Operacional 1.987, que prorroga por mais 30 dias o prazo para que esses consumidores exerçam a portabilidade de carências. Com isso, eles podem escolher um dos planos disponíveis no Sistema Unimed ou buscar produtos em qualquer operadora de plano de saúde, sem necessidade de cumprir novos períodos de carência. Os beneficiários remanescentes da operadora podem fazer a portabilidade, independentemente do tipo de contratação e da data de assinatura dos contratos.

Vale lembrar que o beneficiário que estiver cumprindo carência ou cobertura parcial temporária na Unimed Paulistana pode exercer a portabilidade extraordinária de carências sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes na outra operadora escolhida. Caso o plano de destino possua a segmentação assistencial mais abrangente do que o plano em que o beneficiário está vinculado, poderá ser exigido o cumprimento de carência no plano de destino somente para as coberturas não previstas no plano de origem. (ANS DECRETA..., 2015).

Ainda que a portabilidade seja garantida por lei, na prática, a migração de beneficiários de empresas fechadas para outras ainda em atividade envolve dificuldades, transtornos, negativa de atendimento, resistência por parte das operadoras ativas, ineficiência na orientação aos usuários dos planos atingidos pelo fechamento de empresas, etc.

Muitos usuários dos antigos planos da Unimed Paulistana, diante da interrupção de tratamentos, por exemplo, buscaram a via judicial para tentar garantir

atendimento. Na maioria das causas em que estavam envolvidos tratamentos considerados essenciais para a sobrevivência do paciente, como no caso de tratamentos de câncer, a vitória judicial tem sido certa.

Mas isso significa a retomada/continuidade dos tratamentos, pois as indenizações, por exemplo, costumam ser demoradas e de valores aquém do dano causado ao paciente. Além dos beneficiários, muitos funcionários, fornecedores e prestadores de serviços da Unimed Paulistana permanecem em situação incerta, arcando com altos prejuízos.

O artigo publicado no site da Revista Veja São Paulo, ao mesmo tempo em que mostra solidariedade quanto aos problemas enfrentados pelos antigos beneficiários da empresa, não deixa de adotar uma postura complacente para com a entidade, já que busca, em características dos próprios usuários, causas para os problemas enfrentados por empresas de planos e seguros de saúde, em geral:

Nos últimos anos, grande parte dos planos de saúde começou a enfrentar dificuldades. Entre as causas desse cenário de UTI financeira estão o aumento dos custos da medicina e o envelhecimento da população. Ou seja, os tratamentos ficaram mais caros e há mais pessoas acionando o serviço. Como se trata de um setor regulado pelo governo federal, as empresas nem sempre conseguem repassar a alta de gastos aos consumidores na velocidade que consideram adequadas. Um agravante foi a judicialização da área. Pessoas cansadas de esperar passaram a garantir por liminar a realização de procedimentos mais complexos, como cirurgias. A discussão posterior sobre quem deve pagar a conta pode levar anos na Justiça, e, não raro, as decisões são favoráveis aos clientes. Diante disso, deixou de ser novidade o desaparecimento de negócios outrora considerados sólidos. (QUINTELA; SOARES; XAVIER, 2016).

No entanto, o caso Unimed Paulistana é complexo, mudanças demográficas e judicialização não explicam a derrocada da empresa. A reportagem mencionada cita, por exemplo, gastos supérfluos justamente em uma época de dificuldades, como uma viagem de 138 corretores de mercado pela África do Sul, custando 1,2 milhão de reais; suspeita de lavagem de dinheiro, sobre pagamentos para três fornecedores, totalizando 18 milhões de reais; e prejuízo gerado por empréstimos a juros altos contraídos em instituições financeiras de segunda linha.

Reajustes de valores, mudanças na extensão das coberturas e condições para liberação de procedimentos têm se tornado frequentes, e não é fenômeno restrito ao município de Uberlândia. Em julho de 2015, foram anunciadas alterações

nas condições para liberação de cesáreas, que passariam a valer a partir de 06 de julho de 2015, não sendo mais uma questão de escolha da paciente:

São as novas regras da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para partos nos planos de saúde, que entram em vigor nesta segunda (6). A medida visa diminuir o número de cesarianas nas operadoras – atualmente este índice é de 85%. Na pública, a taxa é de 40%. Quem prefere a cirurgia, porém, já sente as mudanças. A principal delas se deve à exigência de os médicos preencherem um partograma, que mostra a evolução do trabalho de parto. O documento será um dos requisitos para que a operadora pague o médico, além de ser um meio de fiscalizar se uma cesárea foi feita sem necessidade. Na prática, a medida acaba por barrar cesáreas marcadas com antecedência – o que tem afastado médicos dos planos. (BRASIL, ANS, 2014).

Neste caso específico, não se trata de uma manobra que explicitamente busque o aprimoramento da relação custo benefício. O parto normal pode ser estendido por períodos mais longos que a cesárea e, com isso, instalações hospitalares, equipamentos e recursos ficariam concentrados em um único parto normal, por um espaço de tempo em que se realizam várias cesáreas. Com isso, os primeiros meses após a implementação desta medida envolveram readaptações, incertezas e mesmo insatisfação por parte de médicos e pacientes.

Nos últimos anos, tem se observado as dificuldades em se alcançar objetivos básicos estabelecidos para a promoção da Saúde do Trabalhador, sobretudo, no âmbito do SUS. A hegemonia das prerrogativas neoliberais parece ser um dos fatores decisivos para que tais objetivos não sejam alcançados. Paralelamente a isso, empresas de médio e grande porte oferecem como benefícios a seus funcionários os planos de saúde coletivos, sejam eles integralmente custeados pelo empregador ou não.

Se por um lado o SUS enfrenta problemas conjunturais e estruturais graves, observa-se a expansão do mercado de Saúde Suplementar. Mas mesmo este último vem passando por transformações e reformulações que o torna cada vez menos identificável como um benefício para os trabalhadores.

Atualmente, no Brasil, chama a atenção o crescimento da bancada dos planos de saúde na Câmara de Deputados e no Senado, ou seja, parlamentares cujas campanhas contaram com generosas doações de empresas ligadas aos planos e seguros de saúde defendem os interesses destas, e suas decisões e projetos de lei podem levar a prejuízos para o SUS. Os valores investidos pelo setor

nas campanhas eleitorais, do legislativo, mas também do executivo, têm crescido pleito após pleito, conforme já salientava Éboli (2017):

Em 2010, os planos de saúde doaram R\$ 12 milhões para campanhas eleitorais de 157 candidatos de vinte partidos. O gasto ajudou as empresas do setor a ampliar seu espaço político no Congresso e nas Assembleias Legislativas. O apoio financeiro de 49 empresas contribuiu para aumentar de 28 para 38 o número de deputados federais da bancada da saúde suplementar. Foram eleitos também 26 deputados estaduais aliados ao setor em todo o país.

Em 2006, os planos destinaram R\$ 7,1 milhões às campanhas eleitorais, quase R\$ 5 milhões a menos que no ano passado. As empresas fizeram doações ainda para cinco senadores e cinco governadores eleitos. Para a campanha da presidente Dilma Rousseff (PT), a Qualicorp Corretora de Seguros doou R\$ 1 milhão. Mauricio Ceschin, atual presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula e fiscaliza os planos, foi presidente do Grupo Qualicorp até fevereiro de 2009. Para José Serra (PSDB), o candidato derrotado, a mesma empresa doou R\$ 500 mil. (Éboli, 2017).

É surpreendente o fato de que, para a campanha para as eleições presidenciais, uma mesma empresa doou para candidatos adversários, ou seja, o esforço seria no sentido de comprar o apoio político independentemente do resultado das eleições. A formação e crescimento de uma bancada dos planos de saúde combinada à presença de profissionais ligados aos interesses das empresas do ramo de saúde suplementar nos quadros diretores da ANS formam uma conjuntura que dificulta a devida representatividade das demandas e interesses dos beneficiários, e mesmo dos prestadores de serviço. O artigo de Éboli (2010) traz a elaboração de um *ranking* dos parlamentares mais agraciados com doações de campanha e destaca a forma como tais parlamentares atuam favoravelmente aos empresários.

O apoio parlamentar às causas do empresariado dos planos de saúde nem sempre é declarado, mas na prática este apoio é identificável em diferentes contextos. Farias (2015) destacou a aprovação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 358/13, como resultado do empenho de parlamentares ligados aos interesses dos empresários da saúde privada, de forma que a medida instituiu o Orçamento Impositivo. Por meio dessa medida, alterou-se o financiamento da saúde pelos recursos da União, diminuindo o percentual mínimo da receita corrente líquida de 14,6% para 13,2%, de forma que o orçamento da saúde perderia entre 7 bilhões e 10 bilhões de reais no ano de 2015.

A mesma PEC instituía o repasse de cerca de 1,2% do orçamento destinado à saúde às emendas parlamentares, de forma que o uso efetivo destes recursos em favor da saúde pública se tornaria incerto, já que o Ministério da Saúde faria o controle. O mesmo autor descreve a forma como parlamentares beneficiados em suas campanhas podem ter influenciado na anistia de ressarcimentos aos SUS:

Nas eleições de 2014, as empresas Amil, Bradesco Saúde, Qualicorp e grupo Unimed saúde doaram, juntas, em torno de 52 milhões, contribuindo para a candidatura de 131 parlamentares, um deles o Cunha. Segundo informações, o Presidente da Câmara contou com a contribuição de membros da ANS para a formulação da Medida Provisória (MP) 627 que anistiava a dívida dos planos de saúde ao SUS em 2 bilhões de reais, e atualmente faz pressão para a indicação de José Carlos de Souza Abrahão para o cargo de Diretor-Presidente da agência.

Abrahão presidiu a Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS), entidade sindical que representa estabelecimentos de serviços de saúde no País, entre os quais as operadoras de planos de saúde, e já se manifestou publicamente contra o ressarcimento ao SUS por parte das operadoras, em artigo publicado no jornal Folha de São Paulo, em 2010. Em maio deste ano (2015) o atual ministro da saúde, Arthur Chioro, anunciou que a ANS deve cobrar cerca de R\$ 1,4 bilhão em ressarcimentos de planos de saúde.

O setor que vem sofrendo duros golpes é o da saúde, mais precisamente o SUS. Eduardo Cunha foi relator da Medida Provisória (MP) 627 que anistiava a dívida dos planos de saúde ao SUS em 2 bilhões de reais; votou a favor da MP 656 que permitiu a entrada de capital estrangeiro na assistência a saúde; é autor da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 451 que insere planos de saúde como direitos dos trabalhadores; vetou a instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que investigaria os planos de saúde. Cunha, ao favorecer os empresários da saúde, declarou guerra ao SUS. (FARIAS, 2015, p.22).

Mais do que nunca, as entidades de defesa do consumidor, associações de portadores de determinadas doenças classificadas como crônicas e meios de expressão da sociedade civil, em geral, precisam empenhar-se para que os usuários de planos de saúde tenham seus direitos respeitados, e que os limites impostos às empresas não sejam derrubados. A disputa é complexa, e desfavorável para aqueles beneficiários que não possuem os mesmos recursos jurídicos, financeiros e institucionais que estão à disposição do *lobby* dos planos de saúde entrincheirados na sua bancada e mesmo em determinados postos da ANS.

A seguir, é apresentada a análise dos planos de saúde dos servidores da Secretaria Municipal de Educação de Uberlândia-MG, que, conforme já mencionado, vivenciaram uma transição, que foi desde a utilização do Ipremu, que agregava tanto serviços de Saúde Suplementar quanto de plano de previdência, até a recente

adesão de parte dos servidores públicos municipais aos planos comercializados pela RN *Metropolitan*. Para além da compreensão das especificidades locais, será considerada a inter-relação entre aspectos locais e o contexto nacional no que se refere à Saúde Suplementar.

4 CAPÍTULO 3 – SAÚDE SUPLEMENTAR EM UBERLÂNDIA/MG: A SITUAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DA EDUCAÇÃO

Alguns trabalhos recentes se dedicaram a analisar temáticas semelhantes à abordada na presente dissertação, com algumas diferenças quanto à abrangência geográfica e aos sujeitos analisados. Silva (2016), por exemplo, analisou a utilização do SUS por servidores públicos federais com acesso a planos de saúde. O enfoque foi sobre servidores do Instituto Federal de Goiás, culminando em um estudo exploratório com caráter descritivo com abordagem quantitativa. O autor constata que a falta de cobertura para determinados procedimentos tem sido o principal motivo a levar servidores com acesso ao plano de saúde a buscarem atendimento pelo SUS. Silva menciona ainda que tal situação, juntamente com renúncias fiscais concedidas ao setor de Saúde Suplementar e com o alto grau de inadimplência no ressarcimento ao SUS impactam negativamente sobre o setor público.

Horbe (2012) investigou o comportamento de clientes de planos privados de saúde após situações de insatisfação com os serviços prestados, ou com a ausência deles, e identificou aumento no índice de reclamações, a partir de dados da ANS. Foram tomados como amostra 225 consumidores de planos individuais e coletivos, sobretudo em Porto Alegre/RS e região metropolitana. O autor concluiu que a satisfação com a resolução de problemas específicos pode favorecer a permanência do cliente enquanto consumidor e elevar sua satisfação de modo geral.

Leite (2017) empreendeu uma investigação mais voltada para a questão previdenciária, buscando compreender como servidores da Universidade de São Paulo, do Sindicato dos Trabalhadores da Universidade de São Paulo, estão enfrentando o desmonte da seguridade e negativas de benefício de auxílio-doença perante o INSS. A autora analisou o material expedido pela entidade sindical supracitada, bem como entrevistas realizadas com diretores sindicais, concluindo que, apenas por meio de politização e estratégias coletivas os servidores poderiam enfrentar o desmonte do sistema previdenciário.

Por fim, Souza (2017) procurou compreender o direito à concessão de aposentadoria especial no Regime Próprio de Previdência Social, mas com enfoque nas atividades que apresentassem risco à integridade física do servidor. Assim, o autor buscou compreender a evolução histórica do conceito de aposentadoria especial e os meios e procedimentos para requerimento de tal benefício. O autor

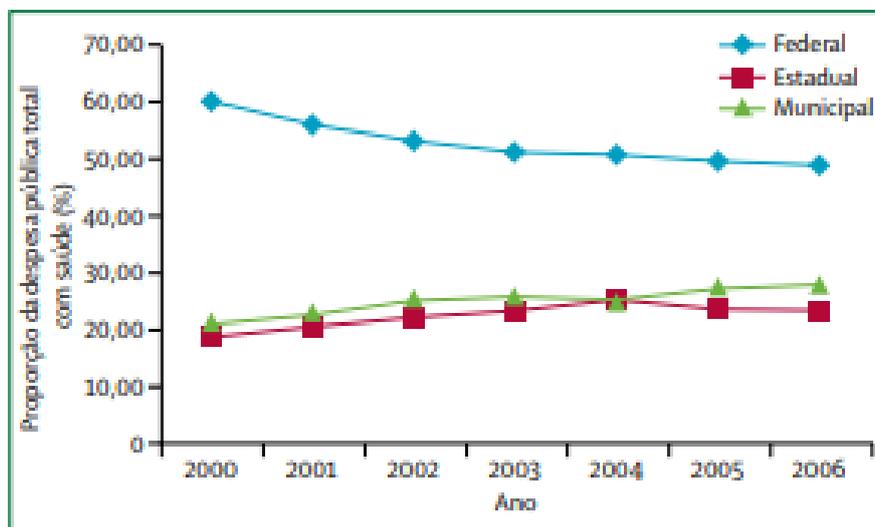
destaca a ausência de norma federal regulamentadora, o que direcionou o estudo para normas infraconstitucionais, bem como para a análise de processos julgados inclusive por Tribunais de Contas.

Os apontamentos de Paim (2011) permitem verificar o quanto o funcionalismo público tem se tornado cada vez mais o principal grupo de usuários de planos de saúde. A gigantesca carga de recursos financeiros e econômicos direcionados à Saúde Suplementar tem no servidor público uma importante fonte de arrecadação. Segundo Paim (2011, p. 20):

Em 1998, 24,5% da população brasileira possuía um seguro de saúde – dos quais 18,4% eram planos privados e 6,1% para funcionários públicos. Essa proporção cresceu para 26% em 2008 e, em 2009, gerou rendimentos de R\$ 63 bilhões (cerca de US\$ 27 bilhões). (PAIM, 2011, p.20).

Esses gastos do servidor público com Saúde e, em especial, com planos de Saúde Suplementar são das três esferas dos entes federados – federal, estadual e municipal –, como demonstra Paim (2011, p. 20):

Gráfico 10: Gastos públicos na saúde por nível de governo (2011)



Fonte: Paim (2011, p. 20).

O Gráfico 10 mostra uma curva em ascensão para os gastos dos servidores públicos municipais. Uberlândia é um município que faz parte dessa estatística. Desde a adesão ao antigo Ipremu até a recente adesão ao RN *Metropolitan*. Não sendo mais o Ipremu uma opção em relação ao atendimento em saúde, os

servidores municipais optaram por um novo convênio médico. O primeiro deles ofereceu assistência à saúde de forma improvisada. Regido pela Associação Mantenedora de Serviços Sociais dos Servidores Públicos Municipais de Uberlândia (Amass), o qual se constituiu como um órgão de transição em relação à prestação de serviços de saúde, uma vez que sua função central é a de conduzir a assistência social aos servidores (STIVALI, 2012).

Com o fim do atendimento oferecido pela Amass, um novo momento da assistência à saúde do servidor público municipal é iniciado no ano de 2007, quando, por meio de processo licitatório, a operadora de serviços de saúde, Centro Clínico Uberlândia (Intermédica), foi contratado para prestar atenção à saúde dos servidores. Contudo, o contrato entre a empresa Intermédica e a Prefeitura Municipal de Uberlândia foi tumultuado devido às ações judiciais desta operadora contra a prefeitura de Uberlândia (STIVALI, 2012).

As ações judiciais foram marcadas por tentativas da empresa de encerrar o contrato, uma vez que não estavam acontecendo os reajustes esperados pela operadora. Tal situação teve seu desfecho no ano de 2012, quando o Tribunal de Justiça de Minas Gerais aceitou o pedido da Intermédica e antecipou a data de finalização do contrato com a prefeitura, a qual teve que assinar novamente um contrato emergencial com o Hospital e maternidade Madrecor (STIVALI, 2012).

Os gastos com a Saúde Suplementar do servidor público municipal vêm crescendo em volume de gastos e ao mesmo tempo produzindo percalços, alterações e desgaste psicológico e físico nos servidores públicos municipais de Uberlândia. Essa tem sido a tônica desses tempos recentes para o servidor público municipal quanto à Saúde Suplementar. Com isso em mente, propôs-se questionar, mensurar e analisar o desgaste emocional desse servidor municipal de Uberlândia. Para isso foi proposta a realização de uma entrevista semiestruturada com os sujeitos que passaram o tempo desde o Ipremu até o atual RN *Metropolitan*.

Isso foi feito partir do conceito de entrevista semiestruturada de Manzini (1991), no qual há uma ordenação e questões básicas, e também a possibilidade de intervenções do entrevistado e do entrevistador, compondo novos questionamentos. Foram elaborados questionários e realizadas entrevistas com 15 professores, servidores efetivos da Prefeitura Municipal de Uberlândia. Trata-se de 15 servidores, de 15 das 33 escolas municipais da cidade de Uberlândia, definidas via sorteio em cada escola com trabalhadores que aceitaram participar dessa pesquisa. Foram

sorteados números de 1 a 10, o candidato que pegasse o envelope com o número 05 seria o contemplado. Além do sorteio, a escolha desses servidores foi pautada no fato de que deveriam ser professores atuantes no município de Uberlândia desde o período em que estava vigente o Ipremu enquanto instituição de previdência e plano médico-odontológico dos servidores.

De modo geral, as entrevistas não se prolongaram muito, sobretudo em função da extensão das respostas dos entrevistados. Contudo, os mesmos demonstraram interesse pelos temas abordados, responderam prontamente às questões e levantaram aspectos da relação do servidor com os planos de saúde, que se inscrevem nos questionamentos e metodologia da presente pesquisa. A Tabela 15 especifica a listagem de entrevistados e principais dados dos mesmos:

Tabela 15 – Listagem de servidores municipais entrevistados, 2017

Nome	Função	Idade	Sexo	
			Masc.	Fem.
Rosa Rosa	Professora	58		X
Rosa Amarela	Professora	52		X
Dália	Professora	42		X
Tulipa	Professora (AEE)	50		X
Rosa Vermelha	Professora	63		X
Girassol	Professora	50		X
Jasmim	Professora	48		X
Azaleia	Professora	52		X
Acácia	Professora	48		X
Begônia	Professora	48		X
Amarílis	Professora	58		X
Amaranto	Professora	53		X
Flor de Lis	Professora	57		X
Hortênsia	Professora	54		X
Copo de Leite	Professor	53	X	

Fonte: A autora.

Os entrevistados possuíam, na data das entrevistas, idade média de 53,73 anos (Desvio Padrão = 3,45 anos). Isto é, em parte, consequência dos critérios para seleção dos servidores, já que se optou por escolher aqueles que tiveram tanto a experiência do uso dos serviços do Ipremu quanto a de adesão a planos de saúde

mais recentes. Com isso, a pesquisa focou em servidores que já começam a lidar com problemas de saúde crônicos, como a hipertensão, e que estão prestes a arcar com acréscimos nas mensalidades aplicados a usuários idosos. A Saúde do Trabalhador, a partir dos 50 anos, está suscetível então a aspectos do próprio envelhecimento e de forma mais decisiva, pelo encarecimento das despesas com saúde. Isso ocorre porque não se trata apenas do gasto individual, visto que há também o gasto com dependentes, mas, para além disso, do maior gasto com medicação e atendimentos, além do já mencionado acréscimo nas mensalidades.

Na pesquisa, houve grande predomínio do sexo feminino (93,33%), do estado civil casado (53,33%), da renda familiar acima de cinco mil reais (46,67%) e do nível de escolaridade especialização (86,66%), conforme pode ser observado na Tabela 16.

Tabela16: Caracterização socioeconômica dos participantes da pesquisa. Uberlândia – MG, 2018

	Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	14	93,33
Masculino	1	6,67
Estado Civil		
Casado	8	53,33
Divorciado	4	26,67
Solteiro	2	13,33
Víuvo	1	6,67
Número de Pessoas no Domicílio		
Até 2 pessoas	5	33,33
3 pessoas	5	33,33
4 pessoas	5	33,33
Renda total do grupo familiar		
Até 4 mil reais	3	20,00
Entre 4 e 5 mil reais	5	33,33
Mais de 5 mil reais	7	46,67
Nível de Escolaridade		
Especialização	13	86,66
Superior Completo	1	6,67
Mestrado	1	6,67
Tempo de Plano de Saúde		
3 anos	8	53,33
4 anos	7	46,67
Uso da Rede Pública de Saúde		
Não	8	53,33
Sim	7	46,67

Fonte: A autora.

Em relação ao uso de planos de saúde, pública e Suplementar oito (53,33%) não utilizam o SUS e sete o utilizam conjuntamente ao plano privado (46,67%).

A utilização conjunta do plano de saúde e dos serviços do SUS por parte significativa dos servidores é evidência de que o serviço de saúde complementar não tem atendido integralmente às suas expectativas e necessidades. O dado também convida a uma reflexão sobre a questão do ressarcimento ao SUS pelos planos de saúde em caso de utilização do serviço público por beneficiários dos planos privados. Conforme já lembrado por Farias (2015), havia a pretensão de, por meio da MP 627 de 2013, anistiar dívidas dos planos de saúde aplicadas pela ANS. A medida chegou a ser aprovada pela Câmara de Deputados e pelo Senado Federal, mas foi derrubada por veto presidencial:

Em 2013 foi proposta a Medida Provisória 627, que pretendia anistiar as dívidas dos planos de saúde aplicadas pela ANS, que rondavam a cifra de R\$ 2 bilhões. O perdão proposto era referente às multas emitidas contra as operadoras que cometeram irregularidades, como aumento indevido nos valores ou negativa de procedimentos que deveriam ser cobertos pela rede. O relator do processo era Eduardo Cunha (PMDB), cuja campanha recebeu doações milionárias do Bradesco Saúde e outras operadoras. A MP foi vetada pela presidenta Dilma Rousseff em 2014 (OUTTES, 2017).

De longa data o *lobby* dos planos de saúde tem lutado para se livrar da questão do ressarcimento ao SUS. Mas além da derrota representada pelo veto de 2014, recentemente, conforme a questão foi encaminhada para o Supremo Tribunal Federal, foi reafirmada a constitucionalidade da cobrança em questão:

A corte decidiu nesta quarta-feira negar um "calote" de R\$ 5,6 bilhões das operadoras de planos de saúde no SUS. O STF decidiu que é constitucional que o sistema público cobre dos planos toda vez que atende um paciente encaminhado pela rede privada.

O Supremo decidiu em dois processos, apresentados por uma seguradora e pela Confederação Nacional de Saúde (CNS), entidade que representa várias empresas do setor.

As decisões de hoje têm "repercussão geral", isto é, criarão regra para todos os outros casos do tipo.

[...]

Nove dos onze ministros do STF participaram do primeiro julgamento, no processo apresentado pela entidade dos planos de saúde. Decidiram manter os pagamentos ao SUS por unanimidade. O relator, ministro Marco Aurélio Mello, disse que acabar com os pagamentos ao SUS permitiria às empresas realizar "enriquecimento ilícito" e obter "lucro às custas do Erário (finanças públicas)". O mesmo entendimento foi adotado pelo relator do segundo caso, ministro Gilmar Mendes.

Quando uma pessoa que possui plano de saúde é enviada para fazer qualquer procedimento na rede pública (como uma consulta ou uma cirurgia), o plano é obrigado a pagar ao governo pelo procedimento. Os

valores de cada serviço são tabelados e são definidos pelo próprio SUS. (SHALDERS, 2018).

Em cartilha publicada pela ANS em 2017 (2017a), é destacado que o marco legal para o ressarcimento foi criado pelo artigo 32 da Lei nº 9.656/1998:

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde – FNS. (ANS, 2017a, p. 16).

O ressarcimento seria também reafirmado por normas da própria ANS:

- RN nº 04/2002 – Regulamenta o parcelamento de débitos tributários e não tributários para com a ANS
- IN nº 05/2011 – Trata da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar de Ressarcimento ao SUS
- RN nº 358/2014 – Dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS
- RN nº 351/2014 – Aborda a suspensão administrativa da exigibilidade de créditos pelo depósito judicial de seu montante integral
- RN nº 377/2015 – Altera a RN nº 358/2014, estabelecendo nova sistemática de incidência de juros
- RN nº 392/2015 – Versa sobre Ativos Garantidores no âmbito da Saúde Suplementar. (ANS, 2017a, p. 12).

Ainda de acordo com a cartilha da ANS publicada em 2017:

O ressarcimento ao SUS é uma obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde em decorrência de despesas pelo atendimento de seus beneficiários, que estejam cobertos pelos respectivos planos. Em outras palavras, quando os beneficiários dos planos de saúde são atendidos na rede pública, essa informação é registrada no sistema de informação do SUS e encaminhada à ANS.

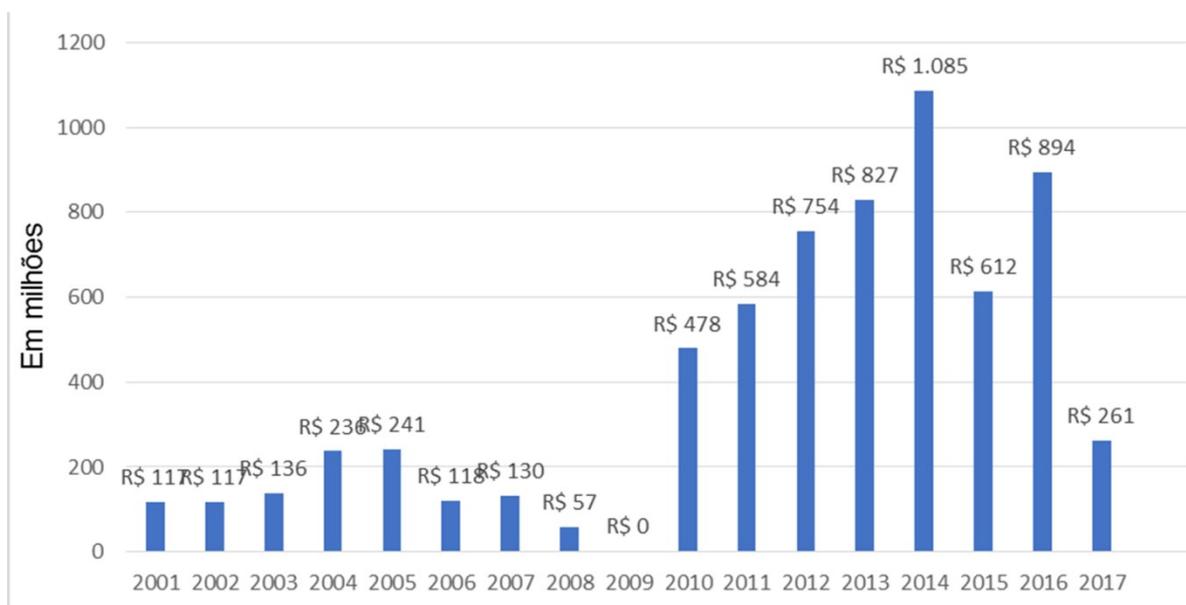
Após receber as informações disponibilizadas pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), a agência reguladora realiza o cruzamento dos dados com o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), cujo cadastro de usuários é abastecido pelas operadoras de planos de saúde.

O montante arrecadado é repassado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), que é o gestor financeiro dos recursos, sendo reaplicados em programas prioritários do Ministério da Saúde.

Desta forma, o ressarcimento pode ser visto como um importante mecanismo de regulação, que possibilita identificar como as operadoras estão procedendo em relação ao cumprimento dos contratos dos beneficiários e se possuem uma rede de atendimento adequada. (ANS, 2017a, p. 12).

De acordo com considerações do Boletim Informativo de Utilização do Sistema Público por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS (BRASIL, ANS, 2017b), nem todo procedimento realizado em usuário de plano de saúde na rede pública é passível de ressarcimento. Isso porque este deve acontecer nas situações em que o usuário teria acesso ao serviço conforme critérios de cobertura de seu plano, mas foi atendido pelo SUS. Conforme dados de março de 2017, no que se refere ao *status* das notificações feitas entre o 1º e o 59º Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), 814.695 atendimentos, representando 26,1% do total, e um montante de R\$ 1.733.621.866,63, haviam sido deferidos, ou seja, resultariam em efetiva cobrança de ressarcimento. O número de casos indeferidos foi superior, alcançou o total de 1.206.159 atendimentos, envolvendo a soma de R\$ 2.015.703.999,38. Os casos não impugnados e os casos em análise, juntos, somavam 42,5% (ANS, 2017b, p. 11).

De acordo com dados referentes ao período entre 2001 e primeiro semestre de 2017, divulgados no Boletim de Ressarcimento de julho de 2017, entre 2010 e 2016, houve aumento expressivo da quantidade total de notificações de atendimentos passíveis de ressarcimento, atingindo, sucessivamente as marcas de 278, 341, 393, 378, 494, 377, 557 milhares de notificações. No período anterior, entre 2001 e 2009, a média foi de 88,33 milhares de notificações por ano (ANS: 2017b, p. 12). O referido boletim ressalta que o recorde de notificações em 2016, 557 milhares de notificações, não representa necessariamente um aumento no atendimento via SUS de clientes de planos de saúde naquele ano, mas, sim, que este número se eleva também em função de casos tratados retroativamente. O boletim previa que, ao final de 2017, já teria sido superada a marca de 1 milhão de notificações. Em termos de valores, o gráfico 11 possibilita verificar que o recorde se deu em 2014, atingida a cifra de R\$ 1.085.000,00:

Gráfico 11: Valor total notificado por ano (2001 – 2017)

Fonte: ANS (2017).

(*). Em 2015 foi feita a 1ª análise de APAC (Autorização de Procedimento Ambulatorial), com mais tempo de defesa das operadoras, sendo emitido um menor número de ABIs.

Ainda conforme a ANS (2017b) o aumento nas notificações, bem como dos valores totais representados por elas, resulta, para além da reafirmação legal do ressarcimento, de mudanças operacionais na própria agência, baseadas na adoção de novas metodologias de análise. Foram criadas, então, duas linhas de análise, uma voltada para julgamento de impugnações que envolvam apenas aspectos formais e motivos padronizados – como alegação de inconstitucionalidade – e, noutra linha, é tratada os casos que demandam a análise do contrato de cada paciente/atendimento, para verificação das condições de cobertura.

Entre as falas dos servidores, mereceu destaque a questão de acompanhamento de gestação e realização de partos, ainda que, tendo em vista a faixa etária, tenham passado por esse tipo de atendimento ainda sob usufruto do Ipremu. Isso se torna mais flagrante ao se considerar que, no âmbito dos processos de ressarcimento ao SUS, no tocante às autorizações de internação hospitalar (AIHs), os partos aparecem em destaque, seja pela quantidade de processos, seja pelos valores envolvidos, conforme destacado na Tabela 17:

Tabela 17 – Os procedimentos de AIH mais onerosos

Procedimento principal - AIH	2014 (ABI 54° - ABI 57°)		2015 (ABI 58° - ABI 59°)		TOTAL (ABI 54° - ABI 59°)	
	Qtd.	Valor (r\$)	Qtd.	Valor (r\$)	Qtd.	Valor (r\$)
TRANSPLANTE DE RIM	900	53.072.225,25	402	23.099.950,97	1.302	76.172.176,22
TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS	4.218	20.152.520,46	1.884	9.570.935,23	6.102	29.723.455,69
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS	5.848	24.200.547,13	1.813	4.920.373,16	7.661	29.120.920,29
TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)	11.714	19.430.982,71	5.271	7.945.372,02	16.985	27.376.354,73
PARTO NORMAL	22.181	18.836.166,18	8.207	6.955.746,58	30.388	25.791.912,76
PARTO CESARIANO	17.024	18.581.733,80	5.748	6.278.753,83	22.772	24.860.487,63
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ONCOLOGIA	1.742	18.394.834,20	340	2.812.138,41	2.082	21.206.972,61
IMPLANTE COCLEAR	208	13.886.402,84	61	4.038.490,86	269	17.924.893,70
REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACORPÓREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS)	626	11.364.975,55	217	4.136.923,48	843	15.501.899,03
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS	2.087	11.869.940,03	658	2.172.341,03	2.745	14.042.281,06

Fonte: ANS (2017 b, p. 23).

Pela Tabela 16 foi possível observar que, em 2014, foram realizados 22.181 partos normais passíveis de ressarcimento ao SUS, totalizando um montante de R\$ 18.836.166,18. Em 2015, o número de notificações para o mesmo tipo de

internação, ou seja, para realização de partos normais, caiu para 8.207 partos, sendo R\$ 6.955.746,58 o valor a ser alcançado pelo ressarcimento. Apesar de representarem o maior número de notificações, nos dois anos, a realização dos partos normais não constitui o procedimento mais caro dentre aqueles enumerados na tabela. O transplante de rins, em 2014, com apenas 900 casos notificados, representaria um valor de R\$ 53.072.225,25 passíveis de ressarcimento ao SUS. Em 2015, a quantidade do mesmo tipo de transplante cai para menos da metade, em um total de 402, mas ainda representa o montante mais alto para ressarcimento, sendo ele de R\$ 23.099.950,97 (ANS, 2017b, p. 23).

A Tabela 18, por sua vez, trata da quantidade de Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APACs), também no período 2014-2015, que foram submetidos ao ABI.

Tabela 18 – Os procedimentos de APAC mais onerosos

Procedimento principal - AIH	2014 (ABI 54° - ABI 57°)		2015 (ABI 58° - ABI 59°)		TOTAL (ABI 54° - ABI 59°)	
	Qtd.	Valor (r\$)	Qtd.	Valor (r\$)	Qtd.	Valor (r\$)
HEMODIÁLISE II (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	78.197	265.350.048,74	38.669	129.698.972,45	116.866	395.049.021,19
HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PROSTATA AVANÇADO S/ SUPRESSÃO CIRÚRGICA PRÉVIA	33.501	16.320.396,00	14.303	6.985.799,25	47.804	23.306.195,25
RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO)	6.205	15.392.802,00	3.051	7.439.043,00	9.256	22.831.845,00
QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA - DOENÇA METASTÁTICA OU RECIDIVADA	3.715	14.046.515,40	1.663	6.266.591,85	5.378	20.313.107,25
QUIMIOTERAPIA DE CÂNCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	4.234	11.844.013,50	2.136	5.937.630,00	6.370	17.781.643,50

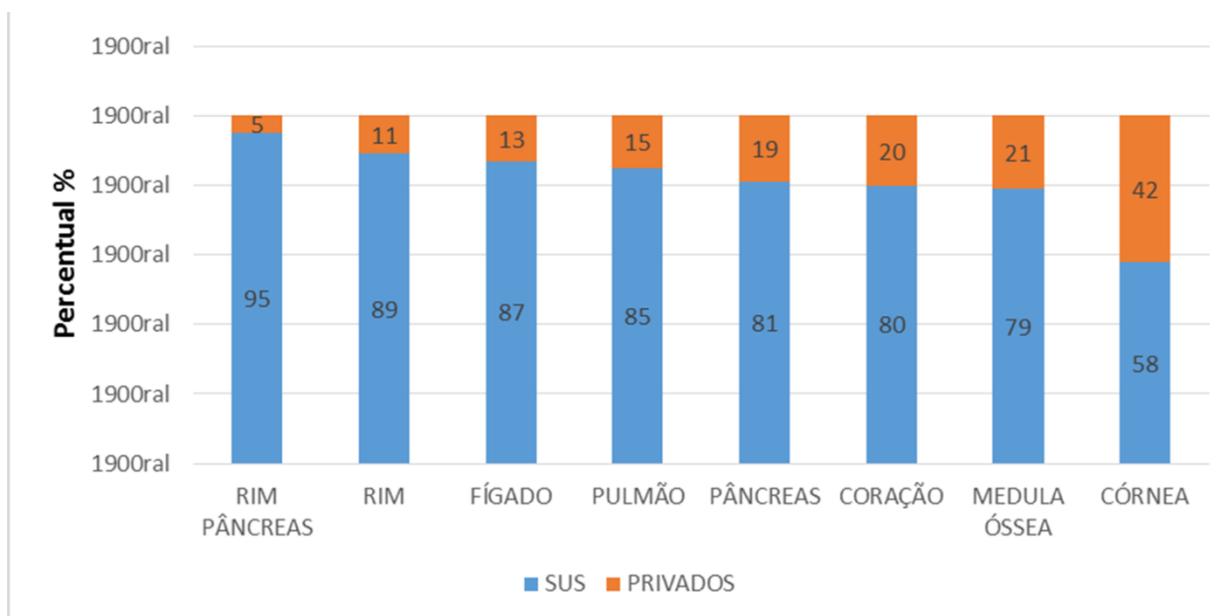
Continua na página 108

Continuação da página 107

QUIMIOTERAPIA DELEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO	2.548	15.580.677,00	399	1.759.278,78	2.947	17.339.955,78
HORMONIOTERAPIA DE CARCINOMA DE MAMA RECEPTOR POSITIVO EXCLUSIVO PARA PÓS-MENOPAUSA	22.293	11.014.166,25	8.977	4.463.263,50	31.270	15.477.429,75
RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SODE FÓTONS (POR CAMPO)	4.784	10.472.070,00	2.193	4.816.342,50	6.977	15.288.412,50
FACOEMLSIFICAÇÃO O C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR DOBRÁVEL	11.329	10.934.991,42	4.479	4.325.377,50	15.808	15.260.368,92
QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIV A RARA	3.381	9.169.221,00	1.653	4.476.471,75	5.034	13.645.692,75

Fonte: ANS (2017 b, p. 24).

Se pela Tabela 16 foi perceptível o impacto financeiro dos transplantes de rins, na Tabela 17 destaca-se a hemodiálise, com 78.197 casos notificados em 2014, e 38.669 casos em 2015, correspondendo, financeiramente, às quantias de R\$ 265.350.048,74 e R\$ 129.698.972,45. A diferença de um período para o outro, com quantidades menores de casos e de valores mais baixos em 2015, estaria relacionada ao fato de que naquele ano foram publicados dois ABIs, ao passo que em 2014 foram quatro. Depois da hemodiálise, destacam-se os tratamentos de quimioterapia e radioterapia, com valores aproximados entre si, seja na quantidade de atendimentos, seja no montante financeiro equivalente. O essencial de tudo isso é perceber o quanto o SUS ainda é preponderante em tratamentos de transplante de órgãos, por exemplo, a despeito de discursos de ineficácia ou falência da rede pública. O Gráfico 12 permite observar a tendência de concentração dos procedimentos de transplante na rede pública, 90% dos quais realizados no ano de 2016 foram financiados pelo SUS:

Gráfico 12: Transplantes e fontes de financiamentos (Brasil, 2016)

Fonte: BRASIL/MISTÉRIO DA SAÚDE (2017).

Mas em que situação estaria, efetivamente, o quadro de cobranças e ressarcimentos ao SUS? No Boletim de Ressarcimento da ANS (2017b, p. 29), foram divulgados dados comparando o montante cobrado ao montante pago e/ou parcelado, do 50º ao 57º ABI. Lembrando que os ABIs, do 54º ao 57º, referem-se ao ano de 2015, intervalo a ser analisado aqui. O 56º ABI atingiu o patamar mais alto em cobranças, que chegaram a R\$ 125.000.000,00, e apresentou também o valor mais alto em ressarcimentos recebidos e/ou parcelados, na marca de R\$ 99.000.000,00. O intervalo de ABIs divulgado encerra-se com o 57º ABI, que também apresentou valores consideráveis, seja no montante de cobranças, R\$ 113.000.000,00; seja no que se refere aos pagamentos e parcelamentos, na marca de R\$ 80.000.000,00 (ANS: 2017b, p. 29).

Em termos de valor anual repassado ao SUS, 2015 foi o ano com montante recorde, com 398,7 milhões de reais repassados. Os dados divulgados pela ANS, em relação a 2017, cobriam apenas o período de janeiro a março do ano em questão, mas já havia sido contabilizado o valor de 129,35 milhões de reais repassados ao SUS. Conforme salientado pela ANS, os valores repassados ao SUS apresentaram aumento muito significativo a partir de 2011, em função da alteração normativa representada pela Lei nº 12.469/2011, que determinou que os valores

recebidos seriam integralmente repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) (ANS: 2017b, p. 32). Por fim, vale destacar que, entre a publicação do primeiro Boletim de Ressarcimento, datado de abril de 2016, e o de julho de 2017, os valores encaminhados para composição da Dívida Ativa dos planos com a União, excluídos os casos impugnados em que se verificou que o ressarcimento não era devido, chegaram ao valor de R\$ 51,77 (ANS, 2017b, p. 34).

Conforme recomendado por Minayo (2014), após a pré-análise dos resultados de entrevistas semiestruturadas, conforme procedido anteriormente, deve-se efetuar a exploração do material, sendo elemento chave desta metodologia a identificação de categorias.

Dito isso, percebe-se como uma primeira categoria temática, identificável a partir das entrevistas e sua transcrição, as impressões dos servidores quanto ao período em que vivenciaram o Modelo Médico Previdenciário, ou seja, utilizaram o Ipremu enquanto plano de previdência do servidor e também plano de assistência médica e odontológica. Todos os entrevistados avaliaram satisfatoriamente a experiência com o Ipremu, porém, exemplificando de formas diferentes aquilo que avaliavam como vantagens do plano. Rosa Rosa destaca como ponto satisfatório o atendimento na ocasião do nascimento de um dos seus três filhos através do Ipremu:

O primeiro filho nasceu na Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Fiz lá o pré-natal e para ter o direito de realizar o nascimento de meu filho com o médico ginecologista que queria, paguei honorários para a equipe (ginecologista e pediatra) e assim nasceu meu filho com custo financeiro relativo e uma mistura de saúde pública e privada. O segundo filho nasceu quando tinha o Ipremu, usufrui de todo o pré-natal, nascimento e consultas de pediatria com custo financeiro considerado por mim zero. (Rosa Rosa, 58 anos).

De acordo com o testemunho acima, a experiência da entrevistada com o Ipremu, no que diz respeito ao atendimento pré-natal, parto, atendimento neonatal e pediátrico, foi favorável justamente por contemplar todas estas etapas do acompanhamento da gestante e sem custo. Assim, percebe-se como subcategoria relevante, e recorrente na fala dos entrevistados, os serviços disponibilizados. Neste último detalhe, deve-se entender “custo financeiro considerado zero” equivalente a sem custo adicional, porque, de qualquer forma, a usuária do plano arcava com descontos fixos no contracheque, apesar de não pagar adicional pelo serviço.

A Carreira no Funcionalismo também foi subcategoria destacada por dois entrevistados, Dália Magenta e Copo de Leite, que diz respeito à ideia de que a satisfação com a aprovação em concurso da Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU) estava associada justamente ao plano de saúde a que teriam acesso, ou seja, aos serviços médicos e odontológicos do Ipremu. É o caso das afirmações de Dália Magenta:

Quando passei no concurso da prefeitura, fiquei mais feliz por causa do convênio médico oferecido pela Instituição, porque sou diabética e sempre tinha preocupação com minha saúde. Você sabe né, diabético na mesma hora que tá bem, passa mal. Então, minha experiência foi muito boa, porque eu tinha atendimento de primeira, era uma coisa assim do outro mundo, ou melhor, dizendo... Primeiro mundo (risos). (Dália, 42 anos).

É perceptível que a satisfação da servidora Dália está ligada ao fato de portar doença pré-existente, no caso, o diabetes, e que, portanto, o atendimento via plano de saúde traria alguma segurança em caso de emergências relacionadas à doença citada. Nesse caso, fica perceptível a “Cobertura” como subcategoria relevante, por exemplo, na fala de servidores com doença pré-existente e/ou crônica. Copo de Leite também faz afirmações no sentido de destacar o plano de saúde disponibilizado como uma motivação e satisfação para a aprovação no concurso da PMU, e seu depoimento também se encaixa na subcategoria “Carreira no Funcionalismo”:

Quando entrei na prefeitura há muito tempo atrás (risos) eu fiquei muito animado justamente por causa do Ipremu. Na época já lecionava no Estado e minha mãe trabalhava na prefeitura. E ela sempre dizia: “filho, entra na prefeitura que o convênio médico de lá é muito bom”. Realmente foi muito bom mesmo, na época era casado e a mãe dos meus filhos fez pré-natal e deu a luz no hospital Santa Clara. Quase não usei, mas a minha família, na época, sim, e uso muito como atendimento com pediatras, ginecologista, internação e bons médicos numa rede bastante extensa. (Copo de Leite, 53 anos).

No relato do servidor Copo de Leite, transparece também a concepção de que o grau de satisfação quanto a algum plano de saúde tem relação com a possibilidade de incluir dependentes e garantir a eles atendimento em diversas situações, ainda que o titular em si não faça utilização frequente dos serviços em questão. Begônia destaca elementos semelhantes, ou seja, a possibilidade de tratamento para dependentes:

A experiência que tive com o Convênio Ipremu foi pra mim uma boa experiência, graças a Deus. Tinha médico de qualquer especialidade e se por acaso não tivesse você poderia ir até pra outra cidade, eu, por exemplo, fui pra São Paulo levar minha mãe que era minha dependente pra fazer uma cirurgia.

Foi porque não tinha tratamento aqui pra ela, ela ia fazer uma cirurgia cardíaca muito delicada e eu conhecia um médico muito bom lá no hospital do coração. Então o Ipremu deu a verba pra eu levar minha mãe pra fazer tratamento lá. (Begônia, 48 anos).

O acesso ao serviço de saúde de qualidade compreende a satisfação pessoal, mas também a possibilidade de garantir atendimento aos Dependentes, situação identificável como unidade de sentido recorrente nas avaliações dos entrevistados.

Faz-se necessário compreender também as impressões dos servidores quanto a planos de saúde que estiveram à sua disposição entre o período em que o Ipremu deixou de cumprir tal papel e a atual utilização do plano RN. Assim, estabeleceu-se para o presente trabalho a categoria Reestruturação do Modelo, com separação das dimensões de assistência médica e previdência. Foi destacada a insegurança quanto à Cobertura ou não para vários procedimentos: “Não me lembro muito bem, porque faz um tempinho, só não me esqueço da minha insegurança, porque quando ocê pensava que tinha um convênio, pronto, já não tinha mais, o preço também como sempre muito alto” (Rosa Amarela, 52 anos). Situação semelhante, em que a servidora queixa-se da incerteza, é relatada por Dália Magenta: “Foi bom, tirando o alto valor das prestações, também tinha um problema sério... Deixa-me explicar melhor: É... A gente não tinha segurança, era uma briga entre prefeitura e o convênio e quem sofria era nois. Nossa Senhora...” (Dália, 42 anos). Conforme os trechos de entrevista mencionados acima, as “Relações entre Estado e Plano de Saúde” configuraram Unidade de Sentido significativa. Fatores ligados às negociações entre Prefeitura Municipal de Uberlândia e as empresas de planos de saúde, e, sobretudo, os impasses nestas negociações, tinham como um dos impactos a incerteza quanto a conseguir consultas, tratamentos, exames etc.

As perguntas mais diretamente ligadas às impressões e experiências dos servidores em relação ao plano de saúde por eles utilizado na atualidade foram aquelas que receberam respostas mais detalhadas e, aparentemente, mais interessadas da parte dos entrevistados, e foram inseridos na categoria Experiência como o Plano Coletivo. Os 15 servidores entrevistados apontam a questão do custo representado pela despesa com o plano de saúde atual como um elemento de

insatisfação e identificam diferentes nuances desta situação. Assim, a subcategoria “Custo”, que já era relevante na avaliação de outras conjunturas, se torna unânime na avaliação do plano de saúde atualmente ofertado aos servidores.

Uma especificidade está na condição dos servidores com doença pré-existente e/ou crônica, pois afirmam que as consultas não são uma eventualidade, mas sim uma constante em suas vivências, de forma que pagam a mensalidade fixa do plano de saúde, o valor cobrado a cada consulta, ou procedimento médico, e também o gasto com medicamentos:

Hoje, o plano que a prefeitura oferece para nós é bom, porque os médicos são maravilhosos, o que atrapalha é o alto valor que a gente paga. Fico até com medo de consultar, sou muito doente e vou e consulto bastante, porque tenho que ir no cardiologista, no psiquiatra e neuro. Ai né... Toda vez que vou ao médico tenho que pagar vinte reais por cada consulta além da mensalidade, desse jeito passo apertada no fim do mês, tem vez que não tenho dinheiro pra comprar os remédios, não é fácil não moça! (Dália, 42 anos).

A fala supracitada, da servidora Dália, expressa uma conta que não fecha: ela consegue o atendimento, paga pelo mesmo, além da mensalidade fixa, mas dependendo das circunstâncias, precisa esperar um novo pagamento para comprar medicamentos. Ou seja, a subcategoria Custos do Plano assume uma nova dimensão em se tratando do Plano Coletivo porque inclui muitas variáveis além do custo de mensalidade. Se não há a possibilidade de adquirir os medicamentos, o tratamento em si fica comprometido e, conseqüentemente, também a Saúde do Trabalhador. O uso da expressão “sou doente” é sintomático disso, e foi constatado nas falas de outros servidores com doença pré-existente e/ou crônica, tais como Girassol, Jasmim, Amarílis e Flor de Lis. Amarílis traz um elemento novo para a discussão: ao invés de tratar o custo do plano de saúde como um fator isolado, associa-o ao que ela entende como uma desvalorização do servidor público da educação:

Eu diria que minha experiência com o convênio do Ipremu foi um sonho. Era muito bom. Quando perdemos aquele convênio eu me lembro como se fosse hoje. Minha escola na época sentiu que tava em luto, quantas tristezas, incertezas. Quanta desvalorização por parte do poder público, porque além de ficar sem convênio nosso salário estava ficando defasado dia após dia. Cinco anos sem aumento e daí vem mais uma bomba né! Se quiser médico tem que arcar com as mensalidades. Mais perda no salário porque na época meus filhos eram pequenos, não tinha como deixar eles sem um convênio, era o mínimo que poderia oferecer pra eles. Agora meus

filhos cresceram, mas fiquei eu velha e doente (risos) é hilário, mas agora que fico pensando e sentindo falta ainda mais do Ipremu. Era feliz e não sabia essa é a frase que lhe falo. (Amarílis, 58 anos).

A servidora Amarílis, conforme observado, destaca que a desvalorização salarial, somada à perda da assistência médica e odontológica do Ipremu representou um retrocesso na qualidade de vida dos servidores, com reflexos para dependentes e familiares, bem como para o servidor titular do plano. Então, no contexto do Plano Coletivo, as referências à Carreira no Funcionalismo ganharam nova conotação, incluindo a depreciação salarial, e aumento no custo de vida. Assim, perderam o acesso aos serviços antes prestados e tiveram dificuldades em arcar com atendimento integralmente privado.

Nas falas de Rosa Rosa e Hortênsia transparece a preocupação com a política de reajustes do plano utilizado atualmente. Assim, para Hortênsia, a questão do custo é agravada pelos reajustes anuais e constituem sua principal queixa quanto ao plano ofertado:

Oh, o plano de saúde ofertado é bom, só que tem o seguinte, a gente paga muito mais caro pelo Convênio né! E esse Convênio aumenta sempre, todo ano ele aumenta, ele tem um reajuste. A gente tem até que.... Às vezes não tem condição de consultar sempre. Tem até que deixar de ir consultar por conta dos custos ou sinceramente, assim eu penso em tá, é ou procurar um outro, ou pedindo para diminuir porque eu tenho uma rede ampla que pra mim é mais fácil. Mas, sinceramente pelo preço que pago eu tou até pensando em passar para a rede comum, mais simples. (Hortênsia, 54 anos).

Para Rosa Rosa a questão dos reajustes é ainda mais preocupante para os idosos

Tenho sim, gostaria de expressar minha preocupação, pois estou com 58 anos e a partir de alguns meses completo 59 e o valor do meu plano vai dobrar o seu valor, tornando ainda mais complicado pra eu arcar com este valor. É muito triste sabe! A gente trabalha, trabalha e quando chega a época de aposentar, descansar aí ocê tem que arcar com um preço muito alto para garantir sua saúde, na hora que vamos mais precisar, aí vem esse preço abusivo, porque sei que vou arcar com o valor de R\$356,00, agora ocê imagina, vou viver pra pagar convênio de saúde. Não vai sobrar pra viagens, passeios etc. (Rosa Rosa, 58)

Ainda em relação às respostas de Rosa Rosa, vale destacar que a entrevistada questiona a vinculação quase automática que correntemente se faz entre faixa etária idosa e adoecimento, alegando que muitos idosos não utilizam o

plano com frequência justamente por estarem saudáveis, o que torna, a seu ver, injustificáveis os reajustes específicos para esta faixa etária.

Recentemente, foi veiculada a notícia de que um relatório, da autoria do deputado federal Rogério Marinho (PSDB-RN), pretende alterar a lei de planos de saúde no tocante aos reajustes por faixa etária. Atualmente são vedados reajustes após os 59 anos de idade, em conformidade com o Estatuto do Idoso. Segundo a proposta, os reajustes poderiam ser feitos após os 60 anos, já que, de acordo com posições favoráveis ao texto, isso evitaria um reajuste abusivo aos 59 anos, convertendo-o em reajustes graduais quinquenais:

Relatório apresentado nesta quarta-feira, 18, na Câmara dos Deputados para reformular a lei de Planos de Saúde, prevê o fim da proibição do reajuste de mensalidade após os 60 anos. O texto, preparado pelo deputado Rogério Marinho (PSDB-RN), permite que o reajuste seja feito, passada essa faixa etária, em cinco parcelas quinquenais.

Além do fim do veto do reajuste a idosos, o texto prevê reduzir o valor das multas pagas por operadoras em caso de negativa de atendimento, um dos motivos mais comuns que levam consumidores a acionar a Justiça. Pela proposta, a multa não poderá exceder dez vezes o valor do procedimento. E, em caso de reincidência, no máximo 30 vezes o valor do procedimento. (FORMENTI, 2017, p.23).

No mesmo artigo em que foi noticiada a apresentação do projeto (FORMENTI, 2017), há ponderações contrárias à mudança, seja pelo fato de contrariar o Estatuto do Idoso, seja pelo fato de representar uma desvantagem para o usuário na busca de solução para incidentes de negativa de atendimento. Trata-se então de proposta que pende para os interesses das empresas de planos de saúde, e que pode significar o aumento das despesas mensais dos idosos justamente em um período em que suas rendas tendem a cair, seja pelo aumento de gastos, seja pelo fato de que muitas categorias profissionais não mais se aposentam recebendo benefício integral.

Um elemento apontado por diferentes entrevistados diz respeito às implicações em incluir ou não dependentes, fossem eles cônjuges ou filhos. Em 66,66% dos casos, mais de duas pessoas residem no mesmo domicílio que o entrevistado (a) e 53,33% são casados (as), o que remete ao dilema de contratar ou não plano de saúde para dependentes. Assim, a subcategoria “dependentes” é retomada na análise do Plano Coletivo, mas com nova conotação, destacando-se o dilema entre contratar o serviço para os familiares e arcar com o aumento do custo

mensal do plano e seu impacto sobre o orçamento doméstico. No caso de Tulipa, a opção foi por não incluir o esposo:

Vejo que, em casa com quatro pessoas, duas cursando faculdade particular. Tenho que dobrar turno de trabalho na escola. Temos que organizar para conseguir quitar as contas mensais. Pago meu plano individual. Os filhos o plano é Unimed e meu marido no momento está sem convênio médico. E você não sabe a dor que fico na consciência por causa disso! Já imaginou se ele precisa? Ainda bem que ele é muito saudável. (Tulipa, 50 anos).

Assim, a entrevistada Tulipa destaca que se preocupa com o fato do marido não ter cobertura assistencial de nenhum plano de saúde, com algum alívio representado pelo fato dele supostamente ter boa saúde e pouco necessitar do plano. Situação semelhante se expressa na fala de Amaranto:

O impacto é grande, pois pago para meu filho que tem problemas com saúde e fica meu outro filho e meu marido sem, coitados, porque se eu pagar pra ele não recebo nada no final do mês, porque meu marido é bem mais velho que, eu 71 anos. Convênio pra ele é inviável, infelizmente. (Amaranto, 53 anos).

No relato de Amaranto é retomada a questão do encarecimento do custo do plano de saúde associado ao envelhecimento, de forma que, justo em uma faixa etária propensa a maior necessidade dos serviços de saúde do plano privado, o marido fica sem cobertura, além de um dos filhos. Quanto ao outro filho, destaca a inserção do mesmo como dependente, enquanto decisão influenciada por doença preexistente. Vale lembrar que, antes do processo de criação da ANS, a exclusão de pacientes e negativa de cobertura de procedimentos que apresentassem doença pré-existente, eram muito mais corriqueiras.

Para Rosa Rosa, deixar os filhos sem cobertura, apesar do impacto no orçamento familiar, estaria fora de cogitação:

O meu plano é o “Plano Rede Própria Enfermaria” e o desconto só pra mim é de R\$ 149,63, mais R\$ 20,00 por cada consulta. Ou seja, se eu fizer cinco consultas vou pagar R\$ 100,00 mais o valor da mensalidade, sem contar o valor das mensalidades que pago para os meus três filhos, porque eles são estudantes e não tenho coragem de deixá-los sem um plano de saúde, sendo assim é muito sacrificante pagar convênio para quatro pessoas mais o valor por fora sobre as consultas feitas. (Rosa Rosa, 58 anos).

De acordo com Jasmim, diante do impacto do valor mensal fixo do plano de saúde, acrescido de gastos gerados a cada vez que o plano é utilizado, faz-se necessária a economia em outros elementos do orçamento familiar:

Nossa! O impacto é muito grande. É um desvio de dinheiro que seria muito útil pra mim. Eu tenho dois filhos e os dois fazem faculdade na UFU, ou seja, eles não trabalham, são meus dependentes. Eu pago convênio porque eu e meu filho mais novo temos problemas de saúde. Senão eu não pagava, porque esse dinheiro que pago o convenio faz falta viu. Tenho vergonha de falar não, mas a nossa salvação é que meus filhos almoçam na UFU e eu almoço na escola (risos), senão nois tava passando mal de boca. Não é fácil fico até emocionada. (Jasmim, 48 anos).

Diferentes servidores entrevistados também argumentam sobre a destinação que o recurso gasto com plano de saúde poderia ter e, em muitos casos, queixam-se de não poder utilizar tais valores com lazer:

Nossa, o impacto é muito grande, principalmente quando se têm dependentes como eu. Não temos coparticipação do gestor público e por isso as mensalidades se tornam bem onerosas. Ainda mais que, pra piorar, toda vez que a gente vai consultar tem que pagar uma taxa de vinte reais, ou seja, se eu e meus dependentes fizermos uma consulta cada um somaria oitenta reais. Já imaginou? Dessa forma estamos quase tirando da boca pra ter um plano de saúde! Esse dinheiro que desconta no meu salário todo mês daria pra fazer uma viagem na praia (risos), fazer um programa com a família, isso é saúde! É ou não é? Mas não; quase que vai a metade do meu salário pra pagar convênio. Um absurdo viu! (Rosa Amarela, 52 anos).

As considerações de Rosa Amarela tocam na ideia de que poderia haver maior usufruto de atividades de lazer, caso manter o plano de saúde não fosse tão oneroso, elemento destacado também por Rosa Rosa e Rosa Amarela, mas esta se sobressai por apontar a relação intrínseca entre lazer e saúde. Neste sentido, os impactos da desvalorização salarial da categoria bem como o encarecimento de serviços de Saúde Suplementar limitam, por exemplo, o acesso ao lazer, que, do ponto de vista dos pressupostos da Saúde do Trabalhador, seria elemento fundamental para a promoção do bem-estar físico e psíquico. Percebe-se que o aumento no custo do plano inter-relaciona-se com outros elementos de desvalorização da Carreira no Funcionalismo e, conjuntamente com estes fatores há prejuízos para a promoção da saúde e do bem-estar dos servidores.

Não houve grande variação nas respostas dos entrevistados quanto às Expectativas em relação aos Planos de Saúde. Na sua maioria, almejam por um

plano mais acessível e com menor espera por consultas e procedimentos cirúrgicos. Para Jasmim, muitas das vezes, a demora no atendimento é consequência de uma quantidade limitada, ou mesmo insuficiente, de médicos atendendo pela rede própria. Diante disso, foi possível identificar a acessibilidade do Plano como unidade de sentido recorrente nas falas dos entrevistados. Para a servidora, um plano ideal deveria propiciar maior liberdade de escolha quanto aos profissionais de saúde cujos serviços seriam procurados:

Bom, um plano de saúde ideal, primeiro eu acredito que seria um plano que caberia dentro do meu orçamento. Segundo, um plano que tivesse uma liberdade maior para escolher outros médicos, que não fosse só a rede própria, que você pudesse escolher outros especialistas, que você já era acostumado ser atendido por ele. Outra coisa que acredito que seria essencial pra um Plano de Saúde seria com relação aos profissionais que trabalham lá nesta área, tanto os atendentes, quanto o médico em si, eu acho que tem que ser pessoas é, capacitados pra trabalhar com o outro porque também você encontra nesses ambientes pessoas que não estão preparadas para atender o outro. (Jasmim, 48 anos).

Pelas considerações de Jasmim, bem como pelas falas de outros entrevistados, percebe-se que a concepção de bom atendimento, ou mesmo de bom médico, ultrapassam determinantes objetivos, tais como capacitação do profissional, ou características estruturais da instituição de saúde, e envolve subjetividades e relações interpessoais. Assim, são citadas a familiaridade com o profissional de saúde e a forma de abordagem, adotada tanto por médicos quanto por secretárias, enfermeiros etc., na medida em que a servidora se queixa de falta de humanismo e acolhimento em algumas situações. Tais considerações permitem afirmar que os servidores usuários do Plano Coletivo concebem uma intrínseca dependência entre Relações Interpessoais e Atendimento Humanizado.

Rosa Vermelha destaca que um plano de saúde ideal deveria ser mais acessível, com maior participação do órgão público municipal no custeio dos serviços, enfatizando a subcategoria Subsídio Estatal, mais ágil, com ênfase na questão das carências:

Teria que ter um tempo pequeno entre a marcação da consulta e a realização da mesma. Depois... A prefeitura precisa arcar com um subsídio financeiro maior entre as mantenedoras dos Planos de Saúde e o trabalhador, para que não haja sobrecarga para o mesmo né! Deveria ter também uma facilitação para que todos na empresa possam usufruir de um Plano de Saúde. E também diminuir as carências ou abolir as mesmas, porque o cidadão fica sempre em desvantagem. (Rosa Vermelha, 63 anos).

A questão da demora e espera se torna então recorrente no cotidiano dos servidores municipais usuários dos planos da RN *Metropolitan*, em diferentes contextos. O primeiro desafio é conseguir agendar a consulta em tempo hábil. Tarefa não muito fácil, sobretudo no caso das especialidades médicas para as quais o plano conta com número restrito de prestadores de serviços. O atendimento na unidade hospitalar ou clínica é, geralmente, por ordem de chegada, ou seja, por mais que seja estabelecido um horário de referência, diferentes pacientes são agendados para aquele horário. Ao serem atendidos então na ordem de chegada e apresentação, isso pode implicar em uma espera que, não raro, ultrapassa uma hora. Assim, chegar com alguma antecedência na clínica ou unidade hospitalar torna-se uma necessidade, que nem sempre é conciliável com a rotina e horários de trabalho do servidor (a). Os Serviços Disponibilizados têm sua qualidade comprometida a partir da demora no agendamento e no atendimento na própria clínica ou hospital.

Esperar muito por um atendimento tem o efeito subjetivo do desgaste e estresse, mas para, além disso, pode comprometer objetivamente tratamentos e acompanhamento médico. Nem sempre o paciente consegue manter um equilíbrio entre os intervalos de uma consulta a outra e o período de medicação prescrita, por exemplo. Exames feitos perdem a validade, a depender do caso clínico acompanhado, se a nova consulta é marcada para uma data muito posterior. Enfim, há uma série de desdobramentos da espera e demora no atendimento que justificam a insatisfação dos usuários, reforçada pela concepção de que pagam caro por um serviço que deixa a desejar.

Os entrevistados também foram questionados sobre o que seria, na perspectiva deles, um SUS ideal, de forma que as Expectativas em Relação ao SUS constituem categoria relevante nas suas percepções e que se desdobra em várias outras unidades de sentido. As respostas dadas apresentaram muitos elementos em comum, sobretudo no que se refere ao tempo de espera para se conseguir atendimento, bem como na aplicação mais eficiente e transparente dos recursos públicos, que são, em tese, destinados à saúde. Mas vale destacar algumas falas em especial.

Para grande parte dos entrevistados, prevalece a Concepção Política de que, apesar de público e isento de pagamento por atendimento, o SUS não é de graça, já

que há o recolhimento de impostos que são destinados, ou deveriam ser, a este serviço público. De acordo com Rosa Rosa, dentro dessa mesma unidade de sentido, burocracia e ilicitudes seriam as principais causas do sucateamento do SUS, o que teria impacto principalmente sobre a população economicamente menos favorecida:

Bem, eu acho a forma com que o SUS faz as coisas... é, o atendimento né! É perfeito, porém existe um grande problema, o SUS é mal administrado, é igual a previdência, porque é muito dinheiro dos impostos que vai pra saúde. Só que a burocracia e a corrupção desvia a essa verba, aí né... Nós, os mais pobres, ficamos muito prejudicados, desamparados, pagamos muito e não recebemos nada, entendeu? É isso. (Rosa Rosa, 58 anos).

Para Jasmim, um atendimento mais humanizado seria algo essencial no SUS ideal, tal qual ocorria nas avaliações sobre o Plano Coletivo, concepção que ela associa não apenas às equipes médicas, mas a todos os profissionais que possam estar envolvidos no contato com os pacientes:

Eu acredito que seria um modelo estilo o Hospital de câncer. Que é um lugar que eu já convivi muito, então assim que desde o porteiro quando você chega é aquele atendimento humanizado. Porque além do atendimento humanizado, eu acho que deveria ter equipamentos pra fazer qualquer tipos de exames, os mais simples aos mais complexos. Que você deveria ter, receber medicamento, porque não adianta você consultar com um médico e também não ter dinheiro pra comprar os medicamentos, então um Sistema Único de Saúde, eu acho que deveria receber todo esse dinheiro que vem do governo ou que deveria vir do governo, colocado realmente na saúde, onde que tivesse ambulância pra atender o povo, para buscar algum paciente. Eu não sei, mas eu acredito que teria que ser um modelo diferente desse modelo que a gente tem. Embora apesar de todas as dificuldades que a gente tem no Brasil, esse modelo de Saúde ainda é muito importante porque tem países que não tem esse modelo pra você consultar. (Jasmim, 48 anos).

Conforme observado acima, a entrevistada Jasmim também destaca o acesso aos medicamentos como ponto de melhoria necessária em relação ao SUS e reforça a concepção de que os recursos públicos existem, já que são cobrados na forma de impostos, mas a aplicação deles não têm resultado em um serviço de qualidade. Talvez a fala da entrevistada tenha sido um tanto quanto restrita a sua experiência individual, pois não se pode negar que houve conquistas expressivas na questão dos medicamentos, como no caso da quebra de patente dos medicamentos para tratamento do HIV, e a distribuição gratuita de remédios para tratamento de hipertensão. A servidora Amaranto, por sua vez, associa a qualidade dos

atendimentos no SUS, ou a falta dele, à questão da valorização do profissional de saúde, pois considera essencial que o sistema opere com atendentes e médicos valorizados para que assim atendam o povo com profissionalismo e mais amor (Amaranto, 53 anos,).

É importante mencionar, também, que alguns dos entrevistados associam a possibilidade de melhora no SUS à Concepção Política de que essa melhoria depende da capacidade do cidadão em eleger representantes de fato comprometidos com tal pauta. Neste sentido, o servidor Copo de Leite queixa-se justamente do comportamento do eleitorado antes e depois dos pleitos:

O povo sabe só reclamar, mas na hora de votar, não pesquisam vai pela paixão, etc. Então, precisamos aprender. Temos que ler mais, pesquisar mais, cobrar mais. Cobrar do prefeito também, porque não? A saúde do Funcionalismo Municipal é de responsabilidade do prefeito. Concorda? (Copo de Leite, 55 anos).

Numa linha de raciocínio semelhante, Rosa Vermelha fala do imperativo de que sejam eleitos representantes honestos e comprometidos com a saúde:

O que tenho a dizer é sobre minha preocupação quanto à má administração, a verba destinada à Saúde Pública é alta; disso tenho certeza disso. Acho que, acho não, tenho certeza, nas próximas eleições vamos pesquisar bastante pra ver se colocamos pessoas honestas para governar nosso país. (Rosa Vermelha, 63 anos).

Quando se faz o exercício de confrontar as perspectivas trazidas pelos entrevistados aos pressupostos do campo teórico-metodológico da Saúde do Trabalhador, podem ser identificados pontos de convergência, mas também algumas concepções divergentes. É significativo que boa parte dos entrevistados tenham associado a Saúde do Trabalhador a situações que vão além do mero atendimento em caso de adoecimento e/ou ferimento, ou seja, consideraram a questão da promoção da saúde e medidas preventivas. Por outro lado, é preocupante que seja recorrente a ideia de que o direito a um atendimento de qualidade no SUS se sustente apenas pelo argumento dos impostos que foram pagos. Isto recai numa perspectiva de mercantilização, e distancia-se de pontos defendidos na Constituição Federal de 1988 e dos pressupostos da Saúde do Trabalhador que enfatizam a questão da universalidade do direito à saúde. Se o direito à saúde for pensado estritamente sob o prisma do recolhimento de impostos,

incorre-se no risco de conceber a exclusão de desempregados, quilombolas, populações indígenas, etc., ou seja, de todos aqueles setores da sociedade que, geralmente, não pagam Imposto de Renda. Dito de outra forma, o princípio da universalidade professa que o direito à saúde deve estar ao alcance de todos. Ainda assim, a questão tributária deve ser considerada, tendo em vista que a classe trabalhadora, mesmo nos casos de renda abaixo da alíquota do Imposto de Renda, acaba pagando tributos por meio da taxaçoão do consumo.

Conforme mencionado por boa parte dos servidores entrevistados, 2018 é ano eleitoral para os cargos de Deputado Estadual, Governador, Deputado Federal, Senador e Presidente da República. A saúde deve ser então critério importante nas escolhas de cada servidor enquanto eleitor, de forma a considerar tanto as pautas e propostas para a Saúde Pública, no âmbito do SUS, bem como a atuação de cada candidato frente aos interesses do setor da Saúde Suplementar. Sobressai então a unidade de sentido de Concepção Política, que coloca o servidor/cidadão como corresponsável pelo encaminhamento das políticas públicas que afetam a fruição do direito à saúde.

Os deputados e senadores que recebem doações de campanha do setor de Saúde Suplementar, compondo o que se apelidou de Bancada dos Planos de Saúde, atuam em votações específicas, conforme lembrado por Evandro Éboli:

No Congresso, essa bancada atua em votações específicas. É contra, por exemplo, o projeto que obriga as operadoras de planos de saúde a justificar por escrito a recusa em realizar procedimentos, exames, internações e outras condutas. Também é contra o projeto que inclui na assistência oferecida pelos planos de saúde a obrigatoriedade de ações de prevenção e de tratamento de doenças que ponham em risco o crescimento e o desenvolvimento de crianças e de adolescentes.

O deputado federal eleito que recebeu mais recursos dessas empresas foi Doutor Ubiali (PSB- SP). Foram R\$ 285 mil, doados pela Federação das Unimed de São Paulo, maior financiadora de campanhas. Ubiali é médico ligado à federação. Na Câmara, relatou (e alterou) em 2010 projeto do governo que tributava o setor. Ubiali faz críticas ao Sistema Único de Saúde e ao governo.

O deputado Saraiva Felipe (PMDB-MG), que foi ministro da Saúde no governo Lula, aparece em segundo na lista de beneficiados. Ele recebeu R\$ 270 mil da Vitallis Saúde e das Unimed de Minas Gerais. Ele já foi secretário de Saúde de São Bernardo (SP) e afirma que entidades cooperativas, como as Unimed, precisam receber tratamento diferente e ser menos tributadas:

— Não defendo os planos, mas o cooperativismo. É incansável a minha batalha pelo SUS, mas são muitas as falhas. (ÉBOLI, 2018).

Percebe-se que as principais demandas dos parlamentares se relacionam a relaxar as regras que proíbem exclusão de pacientes, limitar as situações de ressarcimento ao SUS, bem como a questão da tributação das empresas do setor de Saúde Suplementar. No ano de 2017, associado ao recorrente discurso do fracasso do SUS, foi proposta a criação de Planos de Saúde Populares, com apoio do atual Ministro da Saúde, Ricardo Barros, que chegou a prever a disponibilização desses planos:

Segundo Barros, com o aumento do acesso privado, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá oferecer melhor atendimento a quem não pode pagar por um plano, um contingente de 150 milhões de brasileiros.

“Ao Ministério de Saúde compete dar saúde a todos os brasileiros, que tem ou não tem plano de saúde. É isso que determina a Constituição. Evidentemente, quanto mais brasileiros tiverem cobertura de planos pagos por seus patrões, patrocinadores ou pagos individualmente, esses brasileiros diminuem a pressão sobre a fila do SUS, que atende aqueles que só dependem do SUS, não têm capacidade financeira ou a sua empresa não pode ofertar um plano de saúde para aqueles trabalhadores”, disse o ministro. (NITAHARA, 2017).

A lógica expressa acima é explicitamente influenciada pelo viés privatista, pois, ao invés de focar no fortalecimento do SUS e solução de seus problemas internos, opta por criar espaços para maior participação do setor privado, criando planos que, na prática, teriam cobertura restrita e também poucas possibilidades de escolha para os usuários, na escolha dos profissionais com os quais gostariam de se consultar, por exemplo. É o que demonstra a fala da presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) Solange Beatriz Palheiros Mendes:

“Para que um produto tenha regras claras, uniformes e possa ter uma significativa redução de custos, eu entendo, e pelo visto o ministro entende também, que há a necessidade de que esse produto seja regulamentado. E quem tem que fazer isso é a agência, que trata esses debates importantes para a saúde suplementar constituindo um grupo de trabalho com a participação pública e privada”. (NITAHARA, 2017).

Conforme o exposto há um argumento de suposta redução de gastos para o setor público, quando, na verdade, planos com uma cobertura mínima seriam economicamente viáveis para a empresa que os comercializasse, não necessariamente para os cofres públicos, porque nos casos de alta complexidade, novamente o atendimento recairia para o SUS. A coparticipação em detrimento da parcela fixa seria outro mecanismo de aumento da lucratividade do setor de Saúde

Suplementar sem qualquer garantia de contrapartida na qualidade do serviço prestado.

Cabe aqui uma comparação com situações vivenciadas em outros contextos e países. Conforme já salientado, a crise de 2008 provocou altas taxas de desemprego nos EUA e, assim, com menor poder aquisitivo, muitos trabalhadores não poderiam mais arcar com planos de saúde privado, o que levou à formulação de ações como o “*Obama Care*”. O aumento do desemprego no Brasil, a partir de 2015, também provocou cancelamentos maciços de planos, e uma diminuição da população formalmente empregada atinge os planos de saúde coletiva e inviabiliza a aquisição de planos individuais. Mas as soluções apresentadas nos dois países parecem divergir na medida em que no caso estadunidense houve incremento na fiscalização e regulamentação do setor, ao passo que no Brasil, a tendência tem sido o relaxamento nas regras estabelecidas após a regulação do setor via ANS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estruturação das políticas e dos serviços de saúde apresenta configurações normativas diferentes no seio de cada Estado. Alguns casos foram exemplificados, tendo em vista que tais modelos influenciaram a forma de conceber as políticas em saúde no Brasil. De modo geral, o principal aspecto considerado foi o investimento público e a participação do estado na gestão da saúde. Assim, há o caso da Alemanha, onde não existe sistema público de saúde, mas há a obrigatoriedade do seguro saúde, descontado mensalmente dos rendimentos de trabalhadores empregados. Há seguros privados, estes geralmente adquiridos por pessoas de renda razoável, e garantindo privilégios como internação em quarto individual e atendimento mais agilizado. Por sua vez, o Reino Unido (especialmente a Inglaterra), inspirado do modelo SUS brasileiro, tem o *National Health System*, baseado em premissas de equidade, gratuidade e eficiência.

No caso dos Estados Unidos da América, há uma divisão em subsistemas: público, privado com fins lucrativos, privado sem fins lucrativos. No início do século XIX, nos EUA, atentou-se para o fato de que mais de 10% da população não tinha qualquer tipo de cobertura em serviços de saúde e, a partir de então, tem-se observado um esforço em implementar medidas que assegurem a estas parcelas da população um mínimo de atenção quanto à saúde. As ações tomadas pelos estadunidenses vão desde maior regulação do setor de planos privados de saúde, a fim de resguardar direitos dos usuários, até a criação de programas como o “Obama Care”, atuando em duas linhas: ampliação de acesso ao plano público e incentivos fiscais para compra de planos privados. Tais medidas estão intimamente ligadas ao contexto da crise de 2008, na qual o aumento do desemprego dificultou o acesso de milhões de famílias aos serviços de saúde privada. O exemplo é pertinente aqui por demonstrar que as políticas em saúde não são estáticas, dialogam com o contexto social e político de cada época e estão atreladas a diferentes perspectivas político-ideológicas.

A pesquisa com dados secundários revelou que no Brasil o cenário anterior à criação do SUS, bem como antes da regulamentação da Saúde Suplementar, era extremamente excludente e tornava o acesso a serviços de saúde um luxo para uma parcela limitada da população. Se por um lado a saúde pública estava marcada pela precariedade de equipamentos e instalações, a falta de hospitais em si; por outro, o

setor de Saúde Suplementar era predatório em relação aos usuários. Sem regulamentação, os abusos mais recorrentemente destacados eram os preços e reajustes abusivos e as exclusões de cobertura. No primeiro caso, não havia tetos fixados por lei para os reajustes e, muitas as vezes, eles eram implementados de acordo apenas com as perspectivas de lucratividade das empresas, com base em números da inflação ou política monetária, por exemplo. No que se refere à exclusão de pacientes, era largamente praticada no caso de doenças consideradas crônicas ou de tratamento dispendioso, tais como HIV, hipertensão, câncer, diabetes etc. Era comum tanto a exclusão do paciente do plano de saúde quanto a negativa de atendimento, ou mesmo não cobertura de procedimentos já realizados, independentemente da doença ser pré-existente em relação à contratação do plano.

A criação do Sistema Único de Saúde representou uma grande conquista e uma mudança significativa na concepção das políticas em saúde, pautando-se na gratuidade, equidade e universalidade. A saúde pública passa, então, a ser tratada como parte da Seguridade Social, na qual se insere também as garantias previdenciárias, com determinações mais claras quanto ao financiamento dos serviços, divisão de atribuições entre municípios, estados e federação. A criação do SUS não significou o desaparecimento dos serviços privados de saúde, da mesma forma que não representou o fim da Saúde Suplementar, mas simultaneamente emergiram os esforços e pressões pela regulamentação desta área de prestação de serviços.

O processo de regulamentação envolveu segmentos da sociedade civil, representantes das empresas que comercializavam e/ou administravam planos de saúde, representantes dos prestadores de serviços – médicos, hospitais, clínicas –, entes públicos etc. Os embates que se observavam no cotidiano da comercialização e uso de planos de saúde se fizeram presentes nas discussões, tanto no nível do Legislativo Federal quanto do Executivo, no interior de Ministérios, tanto no caso do Ministério da Saúde quanto no caso do Ministério da Fazenda. A atuação deste último talvez tenha sido uma peculiaridade do processo de regulamentação do setor no Brasil, já que foi protagonista da regulamentação.

A Criação da Agência de Saúde Suplementar foi inspirada na criação de agências que regulamentavam serviços de outros setores – telefonia, petróleo, hidrelétricas etc. –, juntamente com outros mecanismos legais já comentados (Lei nº 4.425/94; Lei 9.656/98), os quais representaram, na prática: garantia de ampla

cobertura, inibição de rompimento unilateral, estabelecimento de regras para reajustes, proibição de seleção de riscos, redução de carências e exigência de transparência por parte das operadoras no que se refere à situação financeira.

Obviamente, na prática, as ações de regulamentação não eliminaram totalmente práticas abusivas, até porque há críticas, por exemplo, à composição da diretoria da própria ANS, com cargos estratégicos não raro ocupados justamente por representantes de empresas de planos de saúde. Ainda há muitos desafios a serem superados, e mesmo os mecanismos criados pela ANS e dispositivos legais podem ser alterados de acordo com interesses e conjunturas políticas, haja vista o exemplo anteriormente do financiamento de campanha de deputados federais por empresas de planos de saúde.

Em linhas gerais, o setor de Saúde Suplementar, atualmente, caracteriza-se: a) pela concentração, seja pelo fato de que um número reduzido de grandes empresas concentra um enorme contingente de usuários, seja em termos de concentração regional no Sudeste, por exemplo; b) pela predominância dos planos coletivos, campo em que estão incluídos os planos de saúde de servidores públicos em detrimento de planos individuais e familiares; c) em decorrência da característica anterior, há a íntima ligação entre emprego formal e usufruto de planos de saúde, de forma que em períodos de queda da empregabilidade geraram queda na contratação de planos; d) intensificação de reclamações, disputas judiciais, e mesmo fechamento de empresas pela própria ANS.

Também fica clara a inter-relação entre interesses ligados ao setor de saúde privada e o ambiente da política representativa. Não é desprezível o papel que setores da sociedade civil tiveram no sentido de pressionar pela regulamentação da Saúde Suplementar no Brasil. Vale destacar, por exemplo, o papel de associações de portadores das doenças que antes dificilmente tinham cobertura nos planos e hoje não podem ter atendimento negado, como no caso dos pacientes com câncer. Mas parece ser uma disputa desleal, em que os usuários de planos de saúde podem contar uns com os outros, com suas associações e, eventualmente, com órgãos da justiça, ao passo que o empresariado da Saúde Suplementar pôde, por exemplo, fazer doações de campanha milionárias e, assim, conquistar apoio parlamentar. Da mesma forma, foi apontado que a composição de cargos estratégicos da ANS acaba sendo uma oportunidade para inserir ali representantes dos interesses das empresas privadas do ramo.

No que se refere aos professores da Secretaria Municipal de Educação de Uberlândia-MG, foi destacado, em um primeiro momento, o período em que foram usuários do Ipremu, que abarcava tanto os serviços de atendimento médico-hospitalar e odontológico quanto previdência dos servidores. Tal época é referenciada pelos ex-usuários de forma positiva, com destaque para maior variedade de serviços prestados, agilidade no atendimento e preços mais acessíveis. São mencionadas experiências positivas em situações de internação, procedimentos cirúrgicos, acompanhamento pré-natal, partos e dependentes.

O período posterior à extinção do Ipremu é lembrado como época de incertezas, contratos em curto prazo com empresas de planos de saúde, dificuldades para conseguir atendimento etc. Em um curto período, um hospital que estava atendendo servidores da prefeitura deixava de fazê-lo, muitas vezes sem uma efetiva notificação aos pacientes, ocasionando não atendimento ou não cobertura de serviços prestados. Assim, a negociação entre a Prefeitura Municipal de Uberlândia e as empresas afetava diretamente os servidores, até pela falta de clareza nas informações sobre esses trâmites.

A premissa essencial neste trabalho é a de que a promoção da Saúde do Trabalhador deve, no caso brasileiro, estar intrinsecamente associada ao fortalecimento e maior eficácia do Sistema Único de Saúde. Para além do fato de se tratar de um serviço já pago pela onerosa carga tributária do país, o SUS é amparado pela atual Constituição Federal e, ao contrário da rede privada e dos planos de saúde, está presente em amplos setores, que vão desde a prevenção, atenção à saúde primária, combate a epidemias, procedimentos de alto risco etc. Por outro lado não se deve ignorar o comportamento do setor de Saúde Suplementar, partindo do princípio de direitos básicos do consumidor, considerando o valor que cada cliente de tais planos investem nestes, mas também do fato de que tais serviços ainda têm um papel significativo na promoção da saúde da população em geral.

Assim, a análise da condição atual dos servidores públicos da educação de Uberlândia-MG, diante do fim do Ipremu, passagem por diferentes planos e atual oferta dos mesmos pela RN *Metropolitán*, revela que os mesmos enfrentam situações que se repetem no município de Uberlândia. Como exemplo, há a do Instituto de Previdência dos Servidores do estado de Minas Gerais (IPSEMG), sobretudo pelo encarecimento e queda na qualidade dos serviços prestados. Vários

servidores entrevistados reclamaram de demora para conseguir agendar consultas ou procedimentos, da espera pelo atendimento na própria clínica ou hospital prestadores de serviço – pois a despeito do agendamento vale a regra da ordem de chegada. Desta forma, o tempo de espera entre consulta e procedimento, entre diagnósticos e início de tratamento, nem sempre coincide com as demandas clínicas representadas pelo quadro do servidor/paciente. Ou seja, além do desgaste psicológico representado pelas longas esperas, em muitos casos pode ocorrer o comprometimento da eficácia dos tratamentos. A questão da espera seria justamente a compensação que os servidores almejavam ter por estarem pagando mensalmente pelo plano – ainda que também reconheçam que, na prática, eles têm direito ao SUS.

A questão do custo representado pelo plano de saúde em relação ao orçamento doméstico também é fator recorrente em falas dos entrevistados. Estes apontaram de que outras formas tais recursos poderiam ser utilizados, não fosse o valor pago pelos planos de saúde, cenário agravado quando o servidor possui dependentes no plano e quando sua condição de saúde exige também gastos elevados com medicação. Todos os entrevistados estão em idade próxima da aposentadoria e também do limite etário para reajustes do plano, que segundo a política vigente, amparada no Estatuto do idoso, é de 59 anos.

Os critérios legais para definição do valor do reajuste quando o usuário chega em uma idade mais avançada não impedem que sejam aplicados reajustes abusivos. Foi comentada anteriormente a proposta parlamentar de suspender a idade máxima para reajustes, de forma que, ao invés do que é praticado, o usuário do plano passaria a ter reajustes quinquenais. O problema é que, de um modo geral, a partir dos 60 anos a renda dos aposentados tende a diminuir (PAIM, et al. 2011), pelo próprio aumento de gastos com saúde ou até pelo papel que muitos deles acabam assumindo no sentido de auxiliar financeiramente os filhos e outros familiares.

Em algumas entrevistas os sujeitos entrevistados deram a entender que eram as personagens principais do sustento familiar e as responsáveis centrais no orçamento doméstico. Nestes casos, geralmente continuam a sê-lo mesmo depois de aposentadas. Reajustes subsequentes nos planos seriam, então, um agravante na redução das rendas em um período tão crítico, situação que ficará ainda pior se cogitarmos a aprovação da reforma da Previdência, que independentemente das

emendas ao texto principal, parece apontar para maior dificuldade para que os trabalhadores se aposentem com renda integral. A proposta mencionada, de autoria de Rogério Marinho (PSDB-RN), além de propor o fim da idade limite para reajustes, defende ainda a redução das multas e indenizações aplicáveis a situações de negativa de atendimento. Neste ponto específico, fica ainda mais evidente que a proposta pende muito mais favoravelmente ao empresariado do setor do que para os interesses dos usuários dos planos. Ou seja, o problema do não atendimento em relação ao qual a regulamentação do setor trouxera avanços, retrocederia, já que se propõe o alívio das punições aplicadas.

Um fator decisivo na condução das políticas públicas em Saúde e da Seguridade Social, de modo geral, é a discussão sobre Ajuste Fiscal. Nos últimos anos, o que se tem observado é que, por meio das propostas de Reforma da Previdência, PEC 55 do Senado, e proposta de Planos de Saúde Acessíveis, opera-se um desmonte do financiamento da Seguridade Social em prol de se atingir Superávits Primários. Conforme lembrado por Salvador (2017), o orçamento da Seguridade Social vem sendo atacado pelas Desvinculações de Receitas da União. Retirar recursos da Seguridade em prol de metas fiscais não é novidade, mas foram criados mecanismos para ampliar a duração dessa prática e percentuais dos desvios. A Emenda Constitucional n. 93, de 8 de setembro de 2016, que prorrogou DRU até o final de 2023 e aumentou de 20% para 30% o percentual das receitas de tributos federais que podem ser usadas desvinculados (SALVADOR, 2017, p. 429).

Outro mecanismo que afeta diretamente o orçamento da Seguridade são as renúncias fiscais, ou seja, tributos devidos por diversas empresas e entidades, que poderiam somar bilhões à Seguridade, são “perdoados” pelo Estado. Somadas as renúncias aos mecanismos de desvinculação, no ano de 2016, chegou-se ao montante de R\$ 269,50 bilhões que deixaram de compor o Orçamento da Seguridade Social, uma perda de 37,6% (SALVADOR, 2017 p. 434).

Além da necessidade de ajuste fiscal com vias a atingir superávits, muito se tem falado no rombo da Previdência Social, que costuma ser demonstrado por malabarismos contábeis que enfatizam apenas o contribuinte. Assim, a questão da previdência seria resolvida por meio de aumento na idade mínima e tempo de contribuição mínimos para acesso à aposentadoria plena. O discurso do déficit da Previdência raramente leva em consideração a questão das renúncias fiscais, das dívidas previdenciárias bilionárias de muitas empresas e as desvinculações, e de

como se trata de algo defendido por setores muito mais comprometidos com o mercado do que com o trabalhador, ou seja, joga-se todo o peso do alardeado déficit para transformações demográficas da população brasileira, seu suposto envelhecimento, maior expectativa de vida etc. A Previdência Social passa a ser tratada com a mesma lógica do Plano de Saúde privado: quanto mais tempo o contribuinte/usuário pagar, melhor. Quanto menos o contribuinte se beneficiar da licença saúde, aposentadoria, licença maternidade, no caso da Previdência Social; e quanto menos o usuário de plano de saúde buscar atendimento, melhor. No caso dos recursos públicos, o enfoque tem sido no pagamento da Dívida Pública, essa parte dos gastos do Estado, não por acaso, será a única a não ter um teto estabelecido em lei, ou seja, congelam-se os gastos sociais, mas os gastos com dívida pública podem correr livremente e a desvinculação de receitas tem sido uma fonte considerável para esses pagamentos já de longa data.

Em um âmbito geral, o que tem ganhado força é uma concepção de Estado que não prima pelas garantias constitucionais, pelos Direitos Sociais, ou pelo bem-estar da população de um modo geral. A lógica neoliberal se renova e volta com tudo, como no caso da PEC 287/2016, que basicamente promove o desmonte da Previdência Social. Por outro lado, o fato de que a votação da reforma da Previdência foi adiada diversas vezes, conforme se aproxima o processo eleitoral de 2018, pode ser sintoma de uma preocupação dos possíveis candidatos do Legislativo e do Executivo em denegrir suas imagens perante a sociedade, defendendo a proposta de reforma que massacra a população. Logo, faz-se necessário amplo debate e cobrança dos candidatos, afim de que, a partir de 2019, não se tenha um cenário político ainda mais favorável ao avanço neoliberal e às práticas que promovem o desmonte do Orçamento da Seguridade Social.

Pesquisar, debater e disseminar os dados referentes às políticas em saúde, seja no caso da gestão do SUS, seja no tocante à Saúde Suplementar, faz-se necessário em todos os meios e espaços que primem pela Saúde do Trabalhador. E além da divulgação e análise dos dados estatísticos do setor, considerar as perspectivas dos próprios trabalhadores é fundamental, na medida em que eles vivenciam o impacto das políticas desenvolvidas pelo setor.

A pressão da sociedade civil – sobretudo por meio de organismos que representem os interesses e direitos dos usuários de planos de saúde – deve ser constante, pois também é constante e articulada a atuação de empresas no setor no

sentido de influenciar as políticas em saúde, seja pública ou suplementar, mas do ponto de vista quase exclusivo da lucratividade dos empresários.

A garantia da saúde é um direito básico e essencial e a Saúde Suplementar dos servidores Públicos da educação municipal de Uberlândia deve ser respeitada, organizada e fortalecida, possibilitando uma vida justa e digna aos seus trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. V. et. Al. Mercados e concentração no setor suplementar de planos e seguros de saúde no Brasil. **Pesquisa e planejamento Econômico. Ipea** [online] Distrito Federal. v. 42. n. 3. Dez. 2012. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3333/2/PPE_v42_n03_Mercados.pdf> . Acesso em 14/11/2016.

ANS decreta liquidação extrajudicial da Unimed Paulistana. **Notícias ANS**. Publicado em 01/02/2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/3181-ans-decreta-liquidacao-extraordinaria-da-unimed-paulistana>>. Acesso em 06/09/15.

BARROS, P.; GOMES, J. Os Sistemas Nacionais de Saúde União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português, **GANEC: Gabinete de Análise Econômica da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa**. 2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BERALDO, L. Planos de Saúde Populares podem estar disponíveis ainda este ano. **EBC**. Publicado em 19/09/2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017>>. Acesso em: 12/2017.

BRASIL. ANS. **Glossário temático: saúde suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Glossario_Tematico_Saude_Suplementar.pdf>. Acesso em: 07/04/2018.

BRASIL. ANS. Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar. v. 6, n. 1. p. 1-57. Rio de Janeiro: **ANS**, 4º trim. de 2014. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Pprisma/2014_prisma_4trim.pdf>. Acesso em: 05/09/15.

BRASIL. ANS. Caderno de informação da saúde suplementar [recurso eletrônico] : beneficiários, operadoras e planos. – Rio de Janeiro: **ANS**, Ano 10, n. 1 (mar.) 2016a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2016_mes03_caderno_informacao.pdf>. Acesso em: 14/11/2016.

BRASIL. ANS. Caderno de informação da saúde suplementar [recurso eletrônico] : beneficiários, operadoras e planos. – Rio de Janeiro: **ANS**, Ano 10, n. 3 (set.) 2016b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Cadern

o_informacao_saude_suplementar/Caderno_setembro_2016.pdf>. Acesso em: 14/11/2016.

BRASIL, ANS. Aspectos financeiros do Ressarcimento ao SUS [recurso eletrônico] : orientações sobre os procedimentos de cobrança / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Desenvolvimento Setorial. Gerência Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS. Coordenadoria de Estímulo à Adimplência. – Rio de Janeiro: **ANS**, 2017a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/cartilha_aspectos_financeiros_do_resscamento_ao_sus.pdf>. Acesso em: 20/03/2018.

BRASIL, ANS. Boletim informativo [recurso eletrônico]: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS – n.1 (abr.) 2016- Rio de Janeiro: **ANS**, n. 3, 2017b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/boletim_resscamento_julho_2017.pdf>. Acesso em: 20/03/2018.

BRASIL. IESS. **Conjuntura** – Saúde Suplementar. 30^a ed. Abril de 2016. Disponível em; <<http://documents.scribd.com.s3.amazonaws.com/docs/1q3nohwd4w5728sx.pdf>>. Acesso em: 12/11/2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília: Senado Federal, 2002.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 1998a.

BRASIL. Casa Civil. **Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998**. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1998b.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Brasília: Diário Oficial da União. 2000.

BRASIL. Casa Civil. **Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001**. Brasília: Presidência da República. 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, 2012**. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59.

BRASIL. **Diário Oficial da União**. Resolução operacional nº 1.986, de 26 de janeiro de 2016. Dispõe a decretação do Regime de Liquidação Extrajudicial da operadora Unimed Paulistana Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico. Brasília, 01 de fevereiro. 2016. Seção 1. p. 90. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=90&data=01/02/2016>>. Acesso em: 11/06/2017.

BRASIL. IPEA. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**. [online]. Brasília: Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/20170519_bps24.pdf>. Acesso em: 07/04/2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal Arquivos**: dados de transplantes 2016. 9 de março de 2017. [Recurso Eletrônico]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/09/Transplantes_RJ.pdf>. Acesso em 23/03/2018.

CAMPOS, C. **Um estudo das relações entre operadoras de plano de assistência à saúde e prestadores de serviço**. Dissertação (Mestrado) – Mestrado Profissionalizante em Engenharia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004.

CANCIAN, N. Novas regras dificultam cesáreas em plano de saúde a partir desta segunda. **Folha de São Paulo**. 05 de jul. de 2015. Folha Cotidiano. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/07/1651598-novas-regras-dificultam-cesareas-em-plano-de-saude-a-partir-desta-segunda.shtml>>. Acesso em 05/07/2015.

COSTA, J. P. da. A Reforma Obama e o sistema de saúde dos EUA. In: **Arquivos de Medicina**. vol. 27., n. 4. p. 158 – 167, 2013. Disponível em: <www.scielo.mec.pt/pdf/am/v27n4/v27n4a04.pdf>. Acesso em: 31/03/2017.

DALDON, M. T. B.; LANCMAN, S. Vigilância em Saúde do Trabalhador: rumos e incertezas. **Rev. bras. saúde ocup.** [online], v. 38, n. 127, pp. 92-106, 2013.

ÉBOLI, Evandro. Bancada dos planos de saúde cresce e reúne 38 deputados e 5 senadores. In.: **Participação Médica**. Disponível em: <<http://participacaomedica.com.br/wordpress/?p=1190>>. Acesso em: 11/06/2017.

EFEITOS da obrigatoriedade do seguro saúde na França. In.: **IESS** – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. 30 de mar. de 2017. Disponível em: <<http://iess.org.br/?p=blog&id=389>>. Acesso em: 31/03/2017.

FARIAS, L. Deputados financiados por planos de saúde declaram guerra ao SUS. In.: **Carta Capital**. [online]. 26 de maio de 2015. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/politica/a-saude-publica-em-xeque-9805.html>>. Acesso em 11/06/17.

FIORENTINO, G.; GRASS, K.; MATTOS, L.; SEBASTIÃO, B.. **Tendências do setor de Saúde no Brasil**. Disponível em: <http://www.bain.com/offices/saopaulo/pt/Images/healthcare-trends-in-brazil_por.PDF>. Acesso em: 31/03/2017.

FOGAÇA, M. E. **Diferenças de percepção entre operadoras e prestadores de serviços no mercado de saúde suplementar brasileiro**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia, Programa de Pós-graduação. Porto Alegre, 2006.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04/11/2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.

FORMENTI, L. Projeto prevê reajuste em plano de saúde de idosos e multa menor a operadoras. **O Estado de São Paulo**. 19 out. 2017. [online]. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,projeto-preve-cinco-faixas-de-reajuste-nos-planos-de-saude-para-idosos,70002051965>>. Acesso em: 23/03/2018.

GALEFFI, D. A. O que é isto – a Fenomenologia de Husserl. In: **Ideação**, Feira de Santana, n.5, p.13-36, jan./jun. 2000.

GASTOS catastróficos em saúde, melhor prevenir do que remediar. In.: **IESS** – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. 27 de set. de 2016. Disponível em: <<http://iess.org.br/?p=blog&id=249>>. Acesso em: 31/03/2017.

GILMAR Machado e ex-superintendente do Ipremu deixam presídio em Uberlândia. In.: **G1 Triângulo Mineiro**. 16 de Abril de 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mg/triangulo-mineiro/noticia/gilmar-machado-e-ex-superintendente-do-ipremu-deixam-presidio-em-uberlandia.ghtml>> Acesso em: 11/06/2018.

GILMAR Machado e ex-superintendente do Ipremu têm prisão prorrogada em Uberlândia. In.: **G1 Triângulo Mineiro**. 22 de Abril de 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mg/triangulo-mineiro/noticia/gilmar-machado-e-ex-superintendente-do-ipremu-tem-prisao-prorrogada-em-uberlandia.ghtml>>. Acesso em: 11/06/2018.

GIOVANELLA, L. **Entre A Solidariedade e a Subsidiariedade: Políticas de Contenção no Seguro Social de Doença Alemão**: a “terceira etapa da reforma da saúde. Rio de Janeiro: outubro, 1998.

HORBE, C. V. **Comportamento do consumidor após falhas em serviços**: uma pesquisa com usuários de planos de saúde. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo: 2012.

HUSSERL, E. **A Ideia da Fenomenologia**. Tradução: Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 1990.

JORGE, A. O.; COELHO, K. S.; REIS, A. T. A perspectiva da promoção à saúde e a prevenção de doenças no setor suplementar. In: **BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar**. A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: histórias e práticas. Rio de Janeiro: ANS, Brasília: OPAS, 2007.

JORGE, E. Venezuelanas vão ao Brasil dar a luz. **Jornal RFI**. Publicação em 10 de janeiro de 2017. Disponível em: <br.rfi.fr/Brasil/20161203-venezuelans-vão-ao-brasil-dar-luz>. Acesso em: 11/03/2017.

LACAZ, F. A. C.; SANTOS, A. P. L. Saúde do Trabalhador, hoje: revisitando atores sociais. **Ver Med. Minas Gerais**, v. 20, n. 2, supl. 2, p. S5-S12, 2010.

LAURELL, A. C., NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde; trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEITE, A. C. **(Des) Proteção Previdenciária e Saúde do Trabalhador: formas de resistência coletiva**. Dissertação (Mestrado) Programa de estudos pós-graduados em Serviço Social da Pontífica Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: 2017.

LISPECTOR, C. Perto do coração selvagem. 9 ed.

MACHADO, J. P.; MARTINS, M.; LEITE, I. da C.. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. **Saúde debate**, v. 39, n. spe, p. 39-50, Dec. 2015
Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500039&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14/11/2017.
<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005245>.

MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social**. Didática, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á.. O governo Lula e a contrarreforma previdenciária. **São Paulo Perspec.**, São Paulo , v. 18, n. 3, p. 3-15, Setembro de 2004
Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300002&lng=en&nrm=iso> .Acesso em: 02/11/2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000300002>.

MEDINA, D. **Reformas Previdenciária, Aposentadoria dos Servidores e Mutação Constitucional**. Disponível em: <<https://juridicocerto.com>>Artigos Jurídicos>. Acesso em: 11/07/2018

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**, Petrópolis: Editora Vozes. 2015.

MONTONE, J. **Planos de saúde: Passado e futuro**. Rio de Janeiro: Med Book, 2009. 224p.

NITAHARA, A. PLANOS de Saúde Populares podem estar disponíveis ainda este ano. In.: **Agência Brasil – EBC**. Publicado em: 19 de set. de 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-09/planos-de-saude-populares-podem-estar-disponiveis-ainda-este-ano>>. Acesso em: 11/06/2018.

NUNES, A. A concentração no mercado de saúde suplementar no Brasil. In.: **Pesquisa & Debate**, v. 25, n. 2, p. 51-68, jul-dez. 2014.

O SETOR de saúde suplementar e o desempenho da economia. In: **Conjuntura – Saúde Suplementar**. Instituto de Estudos em Saúde Suplementar. 30ª ed. Abril de 2016. p. 1-11. Disponível em: <<http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/1q3nohwd4w5728sx.pdf>>. Acesso em: 03/04/2017.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, Junho de 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500205&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07/04/2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018>.

OUTTES, L. Planos de saúde devem R\$ 2 bilhões ao SUS. **Jornal a verdade**. [recurso eletrônico] Recife, 28 de junho de 2017. Disponível em: <<http://averdade.org.br/2017/06/planos-de-saude-devem-r-2-bilhoes-ao-sus/>>. Acesso em: 20/03/2018.

PAIM, J. et. al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [online] 9 de maio, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf>. Acesso em: 07/04/2018.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L. do; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis**, v.18, n. 4, 2008.

QUINTELLA, S.; SOARES, A. C.; XAVIER, M. Detalhes exclusivos sobre a quebra da Unimed Paulistana. In.: **Veja São Paulo**. Seção Cidades. Publicado em: 19 de março de 2016. Disponível em: < <http://vejasp.abril.com.br/cidades/unimed-paulistana-falencia-vitimas-cap/> >. Acesso em: 11/06/17.

RIANI, M. K. **Planos de Saúde: a harmonização dos interesses na relação de consumo** – Nova Lima: Faculdade de Direito Milton Campos / FDMC, 2010.

SALVADOR, E. da S. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 130, p.426 -446, Dec. 2017. Disponível em: <[HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid+S0101-66282017000300426&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid+S0101-66282017000300426&lng=en&nrm=isso)>. Acesso em: 07/04/2018.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. In: **Saúde e Cidadania**. São Paulo: Editora Unesp, 2010. 156p.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 96-103, Mar. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100011&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 02/11/2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100011>.

SHALDERS, A. STF obriga planos de saúde a pagar dívida de R\$ 5 bilhões com o SUS. In.: **BBC Brasil**. [recurso eletrônico] São Paulo, 7 de fev. de 2018. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/brasil-42176003>. Acesso em: 25/01/2018.

SILVA, F. A. C. **Análise da utilização do Sistema Único de Saúde por servidores públicos Federais que possuem planos privados de saúde**. Dissertação (Mestrado – Mestrado Profissional em Gestão Pública) Universidade de Brasília. 87 p. Brasília-DF, 2016.

SOARES, J. I. V. **Apreciação de negócio de operadoras de planos de saúde: uma visão empírica entre o mercado nacional e o do Recife e sua região metropolitana**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CTG. Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção. Recife: 2009.

SOUZA, M. A. Q. **Aposentadoria especial do servidor público: o caminho da efetivação do direito dos servidores que exercem atividades prejudiciais à saúde ou à integridade física**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Pós-graduação em direito. São Paulo: 2017.

STIVALI, G. Justiça determina que Prefeitura pague custos médicos de servidores. **Jornal Correio de Uberlândia**, 2012. Disponível em: <<http://www.correioUberlandia.com.br/cidade-e-regiao/justica-determina-que-prefeitura-pague-custos-medicos-de-servidores/>>. Acesso em: 13/05/2017.

TORRES, J. M. D. **O ser professor na rede Municipal de Uberlândia: História atravessadas pela Readaptação Funcional**. Uberlândia- MG, 2015.

UBERLÂNDIA. **Lei Municipal nº 4.407, de 16 de setembro de 1986**. Uberlândia: Diário Oficial do Município, 1986.

UNLAR, C. **Sistema de Saúde Argentino** – Visão de um Estudante de Medicina. Disponível em: <Blogspot.com/2014/10/Sistema-de-saude-argentino.html>. Acesso em 13/05/2017.

VIANA, S. M.; ROMEU, N.; CASTRO, C. M. A mão invisível nos serviços de saúde: será que ela cura? In: **XVI Reunião Do Conselho das Organizações de Ciências Médicas**. Ibadan, 1982.

VILARINHO, Paulo Ferreira. A percepção da captura política da saúde suplementar no Brasil. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 694-709, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512010000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02/11/2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-39512010000400009>.

ZILLES, U. Fenomenologia e teoria do conhecimento em Husserl. In.: **Revista da Abordagem Gestáltica**– XIII(2): 216-221, jul-dez, 2007.

APÊNDICE 1: Questionário de Caracterização Socioeconômica e Uso da Saúde Suplementar

Data: ___ / ___ / _____ **Número de Controle:** __ __

1. Sexo: () Masculino () Feminino **2. Idade:** _____ anos

3 - Nível de escolaridade:

() Superior Completo () Especialização
() Mestrado () Doutorado

4–Estado Civil:

() Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a)
() Viúvo (a) () Outro. Descrever _____

5 – Cargo que ocupa atualmente: _____

6 – Tempo de Serviço na Prefeitura Municipal de Educação: _____

7 – Qual a renda familiar? _____ reais (somar todos que moram com você atualmente ou dependem de você).

8 _ Qual é a composição familiar? _____

9 – Há quantos anos você tem esse plano de saúde? _____ anos

10 – Além do plano de saúde, você utiliza os serviços públicos de atenção em saúde?Quais? _____

APÊNDICE 2: Roteiro para a Entrevista

Primeiro Momento: coleta de dados socioeconômicos e referentes aos planos de saúde apoiado por questionário.

Segundo Momento: Informar sobre o início da gravação. Iniciar “Conversa Quebra-Gelo” dialogando sobre a realidade da atenção em saúde no Brasil.

Terceiro Momento: Iniciar entrevista seguindo as questões norteadoras.

- 1) Como era a sua experiência com o Ipremu?
- 2) Como são os serviços de saúde ofertados pelo seu plano de saúde hoje?
- 3) Me fale sobre o seu grau de satisfação em relação ao plano de saúde a qual você está vinculada(o).
- 4) Me fale sobre o impacto do valor do plano de saúde na renda da sua família.
- 5) Me fale sobre a disponibilidade de consultas médicas no seu plano de saúde.
- 6) Me fale sobre as ações de prevenção e promoção da saúde desenvolvidas pelo seu plano de saúde.
- 7) Na sua opinião, como seria um plano de saúde ideal para você?
- 8) Na sua opinião, como seria um SUS ideal para você?

Quarto Momento: Informar o fim das perguntas. Questionar se o(a) participantes tem alguma informação complementar em relação ao plano de saúde. Questionar se há alguma dúvida em relação à pesquisa. Desligar o gravador. Encerrar a coleta com o(a) participante, agradecendo a sua participação.

APÊNDICE 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Impactos produzidos pelas alterações nos planos de saúde coletiva dos servidores públicos municipais de Uberlândia”, dos pesquisadores Winston Kleiber de Almeida Bacelar e Maria Helena de Freitas.

Nesta pesquisa nós queremos compreender como professores de escolas municipais de Uberlândia percebem a alterações no plano de saúde ofertado pela prefeitura aos servidores públicos do município. Sua participação consiste responder a algumas perguntas sobre em uma entrevista sobre o impacto das mudanças na assistência à saúde do servidor e sua satisfação sobre elas, além de um questionário socioeconômico e de uso dos planos de saúde.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Maria Helena de Freitas. Em nenhum momento você será identificado (a). Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os riscos dessa pesquisa são mínimos e estão relacionados a possibilidade de sua identificação, contudo, nós nos comprometemos com o sigilo de todas as informações. Esta pesquisa tem como benefícios gerar conhecimento científico que subsidie o diálogo sobre os planos de saúde.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados, devendo o pesquisador responsável devolver o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por você. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Winston Kleiber de Almeida Bacelar e Maria Helena de Freitas, no Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, situado na Av. João Naves de Ávila, 2121, campus Santa Mônica - Bloco 1H, telefone: (34) 3291-5982. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, de de 20.....

Winston K. de Almeida Bacelar

Maria Helena de Freitas

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido (a).

Assinatura do participante da pesquisa