

JANSEN CARDOSO PEREIRA

ASSISTÊNCIA PÚBLICA E PRIVADA À SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NA
ECONOMIA FAMILIAR – VIÇOSA-MG

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL

2004

JANSEN CARDOSO PEREIRA

ASSISTÊNCIA PÚBLICA E PRIVADA À SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NA
ECONOMIA FAMILIAR – VIÇOSA-MG

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA EM: 19 de abril de 2004.

Prof. Walmer Faroni
(Conselheiro)

Prof^a Rita de Cássia Lanes Ribeiro
(Conselheira)

Prof^a Neuza Maria da Silva

Prof. Afonso Augusto Teixeira de Feitas
de Carvalho Lima

Prof^a Maria das Dores Saraiva de Loreto
Orientadora

Aos meus pais José Pereira de Freitas (Lelé) e Alice Cardoso Pereira de Freitas.

Aos meus filhos queridos Ana Cecília, Rafael e Marcela.

Aos meus irmãos Joel (Cristina, sua esposa) e Janice.

Às minhas sobrinhas Caroline e Luiza.

A toda a minha família, que sempre torceu pelo meu sucesso.

Ao meu grande amigo Tuca.

Aos meus sogros José Nogueira e Ieda.

À pessoa que mais me apoiou e me incentivou para que eu conquistasse esta vitória: Márcia Valéria, minha querida e amada esposa.

“...Uma pessoa sonhando sozinha é UTOPIA,
várias pessoas sonhando juntas é REALIDADE.”

D. Hélder Câmara

AGRADECIMENTO

A Deus e à Nossa Senhora Aparecida, pela proteção e pelas bênçãos derramadas.

À Professora Maria das Dores Saraiva de Loreto, pela amizade, dedicação e ajuda na conclusão deste trabalho.

Ao Professor Adelson Tinoco, por todo apoio e incentivo.

Ao Professor Walmer Faroni, pela amizade, pelo apoio e pela orientação.

À Professora Rita Lanes, pela orientação e dedicação.

À Professora Neuza Maria da Silva, pela simpatia, amizade, disponibilidade e orientação.

Ao Professor Afonso Lima, pela amizade e disponibilidade em participar desta pesquisa.

À Diretoria do Plamhuv, por ter sempre me apoiado e me incentivado para que eu conseguisse concluir este trabalho.

A todos os funcionários do Plamhuv, pela torcida e pelo apoio.

Ao corpo docente do Programa de Mestrado do Curso de Economia Doméstica e ao pessoal de apoio, especialmente à Aloísia, pela grande ajuda, e à Lena, pela alegria.

À Universidade Federal de Viçosa, em especial ao Departamento de Economia Doméstica, pela oportunidade de realização do curso.

A todos os meus colegas de curso, por terem tornado esta tarefa mais agradável e menos árdua.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para o êxito deste trabalho.

BIOGRAFIA

JANSEN CARDOSO PEREIRA, filho do casal viçosense José Pereira de Freitas e Alice Cardoso Pereira de Freitas, nasceu no dia 08 de junho de 1966, na cidade de Barra Mansa, RJ, retornando com sua família para Viçosa no ano de 1970.

Em dezembro de 1992, graduou-se em Administração pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), em Viçosa, MG.

Entre os anos de 1993 e 1995, foi Professor de Contabilidade Geral e Comercial no Curso Técnico de Contabilidade do Colégio de Viçosa, em Viçosa, MG.

Em agosto de 1995, assumiu as disciplinas de Recursos Humanos e Administração da Produção do Curso de Administração de Empresas da Universidade Presidente Antonio Carlos – UNIPAC, sendo classificado, atualmente, como Professor Adjunto.

Em janeiro de 1993, tomou posse como Diretor-Administrativo e Financeiro do Instituto Municipal de Assistência ao Servidor (IMAS), assumindo, em junho de 1996, a sua presidência.

Cursou a Pós-Graduação *Lato sensu* em Gestão de Pequenas e Médias Empresas na Universidade Federal de Lavras, em Lavras, MG.

Atualmente, atua como Administrador do Plano de Assistência Médico-Hospitalar dos Hospitais Unidos de Viçosa (PLAMHUV).

Em 2002, ingressou no Programa de Pós-Graduação, em nível de Mestrado, em Economia Doméstica, Área de Concentração em Economia Familiar, da UFV, submetendo-se à defesa de tese em abril de 2004.

CONTEÚDO

	Página
LISTA DE SIGLAS	vii
RESUMO	viii
ABSTRACT	x
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. O problema e a sua importância.....	1
1.2. Objetivos	5
2. REVISÃO DE LITERATURA	7
2.1. Assistência à saúde no Brasil	7
2.2. Planos de saúde: sua origem no mundo e no Brasil	9
2.3. Diretrizes, competência e princípios do SUS.....	15
2.3.1. Princípios doutrinários e organizacionais do SUS	16
2.4. Acesso ao serviço de saúde no Brasil.....	17
2.5. Economia familiar	29
3. METODOLOGIA	33
3.1. Caracterização da pesquisa: descritiva com “design” de levantamento.....	33
3.2. Descrição da área de estudo	33
3.3. População e processo de amostragem	34
3.4. Método de coleta de dados	36
3.5. Variáveis e procedimentos de análise dos dados	37

	Página
3.6. Procedimentos de análise dos dados	38
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
4.1. Informações sobre o setor de planos de saúde no Brasil e no município de Viçosa.....	40
4.2. Distribuição geográfica dos usuários de planos de saúde	42
4.3. Perfil socioeconômico dos usuários do PLAMHUV e do SUS	43
4.4. Condições de atendimento e acesso no sistema de saúde de Viçosa, MG .	51
4.5. Conhecimento e percepções sobre os serviços de saúde.....	52
4.5.1. Satisfação dos usuários com relação aos serviços de saúde.....	60
4.5.2. Conhecimento da lei pelos usuários: a questão da complementariedade e suplementariedade.....	62
4.6. Questões associadas às implicações dos planos sobre a economia familiar.....	66
5. CONCLUSÕES.....	69
6. SUGESTÕES	71
7. LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS.....	79
ANEXO A.....	80
ANEXO B	85
ANEXO C.....	86
APÊNDICE	88

LISTA DE SIGLAS

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CDC – Código de Defesa do Consumidor

CF – Constituição Federal

CFM – Conselho Federal de Medicina

CRM – Conselho Regional de Medicina

CID – Código Internacional de Doenças

CIEFAS – Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde

CREMESP – Conselho Regional de Medicina de São Paulo

FENASEG – Federação Nacional de Empresas de Seguro e de Rede de Capitalização

FMI – Fundo Monetário Internacional

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

PNB – Produto Nacional Bruto

PIB – Produto Interno Bruto

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada (ANS)

TUNEP – Tabela Única de Equivalência de Procedimentos

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

PEREIRA, Jansen Cardoso, M. S., Universidade Federal de Viçosa, abril de 2004.
Assistência pública e privada à saúde e suas implicações na economia familiar – Viçosa-MG. Orientadora: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Conselheiros: Walmer Faroni e Rita de Cássia Lanes Ribeiro

A diversidade, complexidade e a discutível eficiência do serviço público de saúde no Brasil, representado pelo SUS, que atende à grande maioria da população, fazem com que, cada vez mais, o setor privado esteja conquistando espaço, atendendo aproximadamente a um quarto da população do país. Entretanto, pela revisão dos estudos sobre esta temática, percebeu-se que são poucas as pesquisas desenvolvidas na tentativa de mostrar um paralelo entre o sistema público e o sistema privado, e o que se vê são trabalhos isolados, que não demonstram claramente a realidade e a concepção da população que utiliza os dois sistemas. Além disso, praticamente quase não existem pesquisas que procuram associar esse tipo de serviço com as condições da economia familiar e, conseqüentemente, com a qualidade de vida das unidades familiares usuárias dos planos. Assim, demonstra-se a relevância do presente trabalho, que objetivou caracterizar e analisar a situação e implicações do sistema de saúde público e privado da cidade de Viçosa, MG, sobre a realidade cotidiana de seus beneficiários, especificamente sobre a economia do sistema familiar. Para tanto, fez-se uso de uma amostra aleatória de usuários dos Sistemas de Saúde Público (SUS) e privado (PLAMHUV) de Viçosa, MG, de diversas faixas etárias, que variou de 0 a 100 anos. A

pesquisa foi do tipo descritivo, trabalhando com o método *survey* e utilizando a técnica de análise de conteúdo, mediante a coleta de informações documentais, além de dados primários, por meio de entrevistas com a amostra selecionada. Procurou-se não somente examinar como têm funcionado esses planos de saúde, mas a qualidade deles, bem como conhecer o perfil do público beneficiário, o seu grau de informação, a percepção e o nível de satisfação com os respectivos planos e suas implicações na economia familiar, no contexto subadministrativo. A análise dos resultados indicou que o serviço público de saúde encontra-se distante de seus princípios de universalidade, quais sejam: equidade e integralidade, legitimando, com isso, a lógica assistencial do setor privado, que, além de não se sustentar com a produção à saúde e do cuidado, apresenta-se segmentado, à medida que não cobre uma parcela da população local, ou seja, de maior grau de instrução, maior renda e inserida em determinadas atividades ocupacionais. Tal situação de seletividade e fragmentação da medicina suplementar, concebida como algo essencial à vida dos entrevistados, induziu a que o mosaico público-privado na saúde não propiciasse uma plena satisfação das demandas dos usuários, com reflexos negativos sobre a qualidade de vida, considerada o objetivo último da economia familiar. Nesse contexto, sugere-se que sejam reavaliadas as intermediações entre público e privado, pautadas por uma dimensão mais “cuidadora”, mais relacional e “resolutiva”.

ABSTRACT

PEREIRA, Jansen Cardoso, M. S., Universidade Federal de Viçosa, April, 2004. **Public and private health service and their implications in the family economy – Viçosa-MG.** Adviser: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Committee Members: Walmer Faroni and Rita de Cássia Lanes Ribeiro

The diversity, complexity and inefficiency of the public health service in Brazil, represented by the SUS, which assists most Brazilian population, causing the private sector is occupying more and more space, which is already assisting approximately one fourth the country's population. However, based on studies reviewing this issue, it was noticed that there is little research developed to show any parallel between the public and the private system, only isolated works that do not demonstrate clearly the reality and the conception of the population using both systems. Furthermore, there is virtually no research trying to associate this type of service with the conditions of the existing family economy, and consequently, with the quality of life of the family units using the plans. It is demonstrated therefore the relevance of the present work, whose objective is to characterize and analyze the situation and implications of the public and private health services in Viçosa, MG, on their beneficiaries' daily reality, specifically on the family system economy. In order to do so, a random sampling of users of the Public (SUS) and Private (PLAMHUV) Health Services in Viçosa, MG, of various age groups, ranging from 0 to 100 years old, were used. The research type was descriptive, working with the *survey* method and using the contents analysis technique, collecting

documented information, besides primary data, through interviews with the selected sample. It was sought not only to examine how those health insurance plans have been working, but their quality, as well as to know the beneficiary's profile. To examine his/her information level, the perception and the satisfaction level with the respective insurance plans and their implications in the family economy, in the sub-administrative context. The results indicated that the public health service is away from the universal principles equality and righteousness, consequently, this legitimates the assistential logic of the private sector, which besides not sustaining itself with the production of health and care, becomes segmented as it will not insure a selected portion of the local population, in other words, of higher educational level, higher income and inserted in particular occupational activities. Such state of selectivity and fragmentation of the supplemental medicine, conceived as something essential to the interviewees' life, induced the health public-private mosaic not to provide complete satisfaction the users demand, reflecting negatively on quality of life, which is considered the ultimate objective of family economy. In this context, it is suggested the intermediation between public and private be revalued, ruled by a more "caretaker", more relational and "resolute" dimension.

1. INTRODUÇÃO

1.1. O problema e a sua importância

As mudanças em curso, tanto no cenário internacional quanto interno, com reflexo nas políticas sociais e, conseqüentemente, no modelo de atenção à saúde, têm exigido estudos e investigações sobre sua universalidade e integralidade e, principalmente, em relação às condições das novas modalidades de interseção entre público e privado. Enfim, sobre a eficácia e eficiência da orientação dada à política de saúde brasileira, em razão das suas implicações na economia e bem-estar das unidades familiares.

Reconhece-se que, apesar da variedade de contextos e das especificidades dos sistemas nacionais de saúde, alguns problemas enfrentados pelas famílias brasileiras, em termos dos serviços de atendimento à saúde, de natureza pública ou privada, possuem causas comuns, como é o caso da reforma do estado e dos ajustes da economia, em face dos diversos planos de estabilização.

Dados da pesquisa de Souza e Bodstein (2002) sobre as novas intermediações entre público e privado na saúde evidenciam que existe uma convergência, no Brasil, no aumento da participação do setor privado na oferta dos serviços de saúde, em decorrência da proclamada ineficiência gerencial do Estado e da propalada capacidade de inovação tecnológica e de conquista de novos mercados, empreendida pelo setor privado. Além disso, a reforma estatal redefiniu a abrangência e o escopo das políticas sociais, com impacto sobre o financiamento público e sobre o sistema de saúde como

um todo. Aparece com destaque nessa reforma a redução das funções do Estado e o controle dos gastos públicos. E, especificamente no setor de saúde, surgem fatores internos associados à universalidade proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS); e à sua implantação descentralizada, que levou à redefinição dos espaços decisórios/atores e, ao mesmo tempo, à incorporação de um conjunto de incertezas. Ou seja, o direito universal à saúde (previsto na Constituição de 1988), que expandiu a clientela do sistema público, em uma conjuntura de intensa urbanização, crise econômica, descontinuidade e regressividade dos investimentos sociais, levou à diversidade, complexidade e ineficiência (perda de qualidade) do SUS, “vis-a-vis” à expansão acelerada da assistência privada à saúde, ao longo das duas últimas décadas.

No Brasil, como comentaram Farias e Melamed (2003), o *mix* público e privado de assistência à saúde compreende uma cobertura suplementar coexistindo com um sistema público universal. O percentual médio de adesão ao sistema privado está em torno de 25%, isto é, o SUS atende aproximadamente a $\frac{3}{4}$ da população. Segundo estatísticas de 2001, do total que compreende o setor suplementar, 66,3% integram os arranjos intermediados pelo vínculo empregatício, enquanto 33,7% contratam diretamente seus serviços às operadoras de planos de saúde, cujas modalidades são apresentadas no Anexo A. Beck e Paraguassu (2004), ao analisarem os dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mostraram que esses dados modificaram e passaram a ser 71,3% de planos coletivos e 28,7% de planos individuais, tendo os planos coletivos custo menor. Além disso, segundo dados da pesquisa de Farias e Melamed (2003), observou-se ocorrência de desigualdade no acesso/consumo desse tipo de serviço, sendo verificada a tradicional dicotomia entre classes sociais e entre regiões. Assim, na Região Sudeste, um em cada três habitantes possui plano de saúde, enquanto na Região Nordeste essa relação é de uma para cada oito pessoas, ou seja, 59,6 e 14,7% do total de segurados no país, respectivamente.

Em termos de estratos sociais, identificou-se que, no grupo formado pelos 10% mais ricos, 74% possuíam seguro-saúde, em contraste com o segmento dos 40% mais pobres, uma vez que apenas 5,1% tinham planos de saúde. Farias (2001) comentou, inclusive, que os indivíduos de renda baixa que aderem ao seguro saúde representam um percentual residual, e tais adesões, quando ocorrem, mobilizam estratégias familiares voltadas para a proteção de membros, cujo estado de saúde é avaliado como mais vulnerável. Ou seja, num paralelo entre os sistemas público e privado de saúde, constatou-se uma segmentação de mercados, com expressivas desigualdades no

consumo de serviços assistenciais. Evidências empíricas indicaram que o número “per capita” de consultas/ano é quase duas vezes maior para aqueles que possuem plano, o mesmo ocorrendo com relação a exames e internações. Dados da Abrange (2002) evidenciaram que, em procedimentos médicos, o setor privado realiza mais de um milhão de procedimentos em um dia útil, o que demonstra a dimensão de sua importância, como pode ser visto no Quadro 1B (Anexo B). Em termos da medicina de grupo, pôde-se constatar que, no ano de 2002, foram realizadas 95,5 milhões de consultas médicas, 1,98 milhão de internações hospitalares, 370 mil partos, 86,9 milhões de exames laboratoriais, 13,4 milhões de exames radiológicos, 5,2 milhões de exames por ultra-som, 1,2 milhão de eletroencefalogramas e 3,9 milhões de eletrocardiogramas, além de 12 milhões de outros exames e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, movimentando cerca de R\$ 7,14 bilhões de reais (ABRAMGE, 2002).

Tal realidade induz a que o gasto mensal pelo sistema privado de saúde, como é o caso da medicina de grupo, seja bastante superior (US\$ 17,64 “per capita”) ao desembolsado pelo setor público, que não vai além de US\$ 4,16 (ALMEIDA, 1999).

Nesse contexto, os planos de saúde do setor privado, classificados pela ANS em cooperativa médica e odontológica, medicina de grupo, administradora, autogestão, odontologia de grupo e filantropia, cujas características podem ser evidenciadas no Anexo A, representam, no imaginário social, referência assistencial de melhor qualidade, em razão dos seguintes pontos: facilidade e comodidade no acesso aos serviços em qualquer lugar em qualquer hora; disponibilidade/acessibilidade aos mais modernos equipamentos de diagnóstico e terapia sem demora e sem enfrentar longas filas; e cuidados com o conforto da clientela e interesse por suas necessidades individuais, por meio de uma assistência mais humanizada. Inclusive, é latente entre os usuários sem planos de saúde (vinculados ao SUS) o sentimento de exclusão dos benefícios que os serviços de saúde suplementar podem oferecer (SOUZA e BODSTEIN, 2002). Diante desse cenário, mesmo sabendo que é obrigação do Estado a oferta gratuita dos serviços de saúde (conforme proposto no artigo 196 da Constituição Federal), a população tem optado por aderir ao sistema privado de saúde, em suas diferentes modalidades, possuindo a participação dos usuários no sistema uma cobertura aproximada de 38,6 milhões, isto é, o sistema privado de assistência à saúde atende aproximadamente a 1/4 da população do país (BECK e PARAGUASSU, 2004).

A insatisfatória qualidade da assistência prestada pelos serviços públicos de saúde, em contraposição com a eficiência das empresas privadas envolvidas no processo, tem levado à expansão do setor privado, sem qualquer sistema de controle e coordenação. Na opinião de Pinotti (2003), essa situação de segmentação assimétrica, no setor de saúde, agravou-se ainda mais com a saída da classe média (com maior grau de escolarização, consciência de seus direitos e capacidade de vocalizar demandas) do sistema público de saúde, optando, para sua maior segurança, por adquirir um plano privado, em uma situação desfavorável, caracterizada pela elevação da taxa de desemprego, redução da massa salarial e perda do poder de compra. A população, com melhor poder aquisitivo, tem buscado alternativas para não utilização do SUS. As argumentações apresentadas por Pinotti (2003) para esse tipo de comportamento estão associadas à qualidade não adequada do serviço prestado, como a ocorrência de filas intensas e a demora no atendimento, além da desconfiança do usuário quanto à eficiência do serviço prestado.

Nesse mesmo sentido, Pereira (2001) mostrou que os entrevistados apontaram como fatores determinantes para a adesão a um plano de saúde privado os seguintes itens: a dificuldade de atendimento pelo SUS e a facilidade em consultar e internar pelo plano de saúde, além do fato de ser seu atendimento diferenciado. Ou seja, o indivíduo, ao adquirir um plano de saúde, tem buscado maior segurança para sua família e oportunidades de acesso a tratamentos mais sofisticados, que se fossem pagos no sistema particular teriam um preço bem mais elevado; outra causa para a demanda pelo serviço de saúde suplementar reside na falta de sincronia entre o desenvolvimento tecnológico e as necessárias fontes de custeio da assistência à saúde (NETO, 2002).

Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito à instabilidade do mercado de planos de saúde, em face das diversas mudanças (medidas provisórias, portarias e resoluções) na Lei 9.656, de junho de 1998, que regulamenta o mercado, estabelecendo parâmetros básicos para a prestação de serviços de saúde, ampliando coberturas e direitos, incluindo doenças antes não assistidas e regras para o cumprimento de carências, entre outras providências. Entretanto, o tempo de vigência da lei e suas constantes alterações ainda permitiram diminuir a fragmentação e seletividade do mercado, isto é, balizar concretamente as relações empresas/usuários. Em outras palavras, o setor privado de saúde não possui uma noção clara da real intenção do Governo Federal, o que tem aumentado o nível de insatisfação da população com respeito a um importante componente da qualidade de vida, que é a saúde social.

Na visão de Bahia (2002), a atual legislação não reconhece a base social do financiamento do setor de saúde, sendo incapaz de redirecionar os recursos envolvidos com o mercado de planos de saúde. A divisão entre sistema público e privado segue com base na idéia de clientes pagantes e não-pagantes, afastando-se, cada vez mais, o investimento público, no campo da saúde, de certo ideal universalista, ao aproximar-se de uma estratégia de intervenção focal, que tem legitimado progressivamente a segmentação de clientela, em virtude da situação de risco ou de vulnerabilidade em que vivem (SOUZA e BODSTEIN, 2002).

Diante desse cenário, em termos da situação e condições do setor de saúde brasileiro, surgem alguns questionamentos que retratam o problema a ser estudado, que são: qual é a realidade do modelo de assistência à saúde? As políticas no setor de saúde têm beneficiado a população? Como têm funcionado os sistemas de saúde públicos e privados, que atendem à população do município de Viçosa? Quem é essa população e qual é o significado de um plano de saúde na sua percepção? Qual é o seu nível de satisfação com relação aos planos e de que forma estes têm repercutido na economia familiar? Considera-se que as respostas a essas questões, além de propiciarem um aprofundamento do conhecimento sobre o sistema de saúde local, podem subsidiar medidas que contribuam para um serviço de saúde mais eficaz, condizente com o conceito e saúde visto como um domínio da vida de peso relevante nas decisões concernentes à economia familiar, que têm como objetivo último a melhoria da qualidade de vida do ecossistema familiar¹.

1.2. Objetivos

Objetivo geral

Caracterizar e analisar a realidade do sistema de saúde, público e privado, da cidade de Viçosa, MG, bem como suas implicações no cotidiano de seus beneficiários, especificamente em termos de sua economia familiar, no contexto do subsistema administrativo².

¹ De acordo com Deacon e Firebaugh (1998), entende-se por ecossistema familiar o conjunto integrado pelo sistema familiar e seu ambiente circundante.

² No modelo de administração de recursos familiares, o subsistema administrativo envolve os seguintes processos: planejamento e implementação das ações pelos membros do sistema familiar (DEACON e FIREBAUGH, 1998).

Objetivos específicos

- Identificar os planos de saúde privados existentes no município de Viçosa, MG.
- Mapear a distribuição geográfica dos usuários de planos de saúde privado e público (SUS) no município de Viçosa, MG.
- Identificar e traçar o perfil pessoal e familiar de consumidores que utilizam um plano de saúde público, ou um plano privado.
- Comparar as condições de atendimento do sistema de saúde privado e público local, especificamente o PLAMHUV e o SUS.
- Identificar a percepção dos usuários desses planos de saúde privado e público quanto ao seu significado, funcionamento e expectativas, bem como suas implicações sobre a economia familiar, em termos do subsistema administrativo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura, em razão dos objetivos propostos, foi direcionada para o levantamento de informações históricas referentes à situação da assistência à saúde no Brasil, ao longo do tempo, em virtude das legislações vigentes. Além disso, procurou-se identificar às origens dos planos de saúde no Brasil e no mundo; e a diretrizes, competência e princípios do sistema único de Saúde (SUS) à disposição da sociedade brasileira, assim como as condições de acesso ao serviço de saúde no Brasil.

2.1. Assistência à saúde no Brasil

Segundo Cherubin (1997), a assistência à saúde, no Brasil, sofreu uma alteração radical, com a aprovação da Constituição da República Federativa do Brasil e sua publicação no Diário Oficial da União, no dia 5 de outubro de 1988.

No seu título VII, que trata da Ordem Social, capítulo II, da Seguridade Social e Seção III, da Saúde, a referida autora explicita os fundamentos que devem nortear a assistência à saúde, consubstanciada nos seguintes postulados:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado; o acesso à saúde é universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação; as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único; a assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Antes da Constituição de 1988, a assistência gratuita à saúde era atribuição do Ministério da Saúde, dos Estados e dos Municípios, bem como do Ministério da

Previdência e Assistência Social (CHERUBIN, 1997). As atribuições do Ministério da Saúde estavam contidas na Lei 6.229/75 e se resumiam no seguinte: elaborar planos de proteção à saúde e de combate a doenças transmissíveis, procurando orientar sua execução; elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde; assistir o governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição; coordenar a ação de vigilância epidemiológica em todo o território nacional; efetuar o controle de drogas, medicamentos e alimentos destinados ao consumo humano; fixar normas e padrões para prédios e instalações destinados a serviços de perfumaria e vestuários; e fixar normas e padrões para prédios e instalações destinados a serviços de saúde. No entanto, o Ministério da Previdência e Assistencial Social realizava a assistência à saúde por meio de dois dos seus órgãos: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS; e Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural – FUNRURAL. O primeiro assistia os previdenciários urbanos, que eram trabalhadores com carteira de trabalho assinada; fazia-o por meio de hospitais próprios em convênio com hospitais privados (lucrativos e não-lucrativos) existentes em todo o país. Já o segundo órgão (FUNRURAL) destinava um subsídio mensal às Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, para que as mesmas prestassem assistência gratuita ao trabalhador rural, estando incluído, nesse subsídio, o pagamento de honorários médicos.

Diante da “performance” desses dois sistemas de assistência à saúde, portanto, uma parcela significativa da população brasileira era constituída por pacientes particulares, que pagavam diretamente a conta ou se inscreviam em algum plano ou seguro-saúde, que contratavam hospitais para assisti-los. Havia, também, o grupo dos indigentes que não tinham nem direito nem recursos para a assistência à saúde. Esses chegavam perto dos 25% da população brasileira, que, segundo Silva et al. (2001), corresponde ao percentual médio de pessoas que se encontram em situação de pobreza, marginalidade e excluída socialmente. De acordo com Rocha (1997), esse estado de pobreza é diferenciado, regional e localmente (mais intensa na Região Nordeste e no meio rural), sendo a assistência dessas pessoas prestada pelos estabelecimentos públicos de saúde das três esferas de governo e pelas santas casas e hospitais filantrópicos.

Na opinião de Malta (2004), esse modelo de assistência à saúde no Brasil tem concretizado por meio de uma prática fragmentada, centrada em produção de atos e na lógica dos contratos; com predomínio da desarticulação e pautando-se na “atenção gerenciada”, que apontou para um processo produtivo e de consumo (visando à redução

de custos), que não tem “a priori” uma preocupação com a produção do cuidado, do ponto de vista do atendimento às necessidades do usuário.

Segundo Merhy e Cecílio (2003) apud Malta (2004), a produção da saúde é entendida de forma sistêmica, a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos extremamente dinâmicos, aos quais está associada a imagem de uma “linha de produção”, voltada para o fluxo da assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades. Assim, o cuidado à saúde pressupõe produtos, clientela e qualidade de assistência, sendo alimentada pelos recursos/insumos que expressam as tecnologias a serem consumidas durante o processo de assistência ao beneficiário, funcionando de forma sistêmica e operando por meio de vários serviços.

Assim, no que diz respeito às condições peculiares ligadas a recursos financeiros, comodidade no atendimento e cobertura mais ampla e diversificada, a população brasileira pode ser dividida, hoje, em três grupos, em termos da assistência à saúde: o grupo formado pelas pessoas que utilizam os serviços do Sistema Único de Saúde; o grupo dos que pagam pelo serviço de saúde recebido, ou seja, aqueles que podem custear diretamente a assistência; e o grupo aqueles que adquiriram algum plano de saúde.

2.2. Planos de saúde: sua origem no mundo e no Brasil

As primeiras apólices de seguro individual de acidentes e de saúde surgiram em meado do século 19, nos Estados Unidos, evoluindo para o seguro coletivo, após os anos 20 do século 20. A seguir foram desenvolvidas organizações empresariais de prestadores de serviços médicos, que se constituíram nas medicinas de grupo, nas quais os médicos negociavam seus honorários a um nível inferior ao praticado, o que era recompensado pela ampliação da clientela. Entretanto, foi no clima da Grande Depressão, em 1929, que surgiu, em Dallas, Texas/EUA, uma nova forma de financiar a atividade hospitalar, o plano de assistência médica (ALMEIDA, 1999).

Segundo Faveret e Oliveira (1990) e Rocha (1993), esse modelo americano foi seguido para a estruturação dos sistemas de saúde brasileiro, apoiada em três notórias evidências: (1) a composição, do ponto de vista do financiamento do gasto público/privado, da oferta dos serviços de saúde; (2) a caracterização das clientelas, que circundam os subsistemas referidos; e (3) as formas de financiamento emergentes

(planos de seguro individuais ou de grupo), que garantem a dinamização e autonomização do setor privado.

Esse modelo, no médio prazo, tendeu à exaustão, tomando por referência o discurso na Assembléia de Delegados da Associação Médica da Califórnia, em 05/03/1988, do Senador do Estado do Oregon e médico John Kitzhager no artigo “Uncompensated Care – The Threat and The Challenge”, publicado no *The Western Journal of Medicine*, pág. 711-716, de junho de 1988, segundo o qual:

O sistema americano de saúde foi fundado no princípio do acesso universal e todo americano, independente de sua renda, deve ter acesso ao sistema e a todos os serviços que ele oferece. Quando uma pessoa pobre é atendida os custos são meramente desviados para alguém que possa pagá-los através do aumento de suas contas ou do seu prêmio de seguro... desta forma os serviços têm sido subsidiados pelo governo e pela comunidade de negócios.

A assistência à saúde nos países desenvolvidos e, especialmente, a hospitalar representam de 7 a 11% de um produto nacional bruto. No entanto, o desempenho econômico tem piorado três ou quatro vezes mais. A demanda persiste em face do crescimento da população de idosos em todos os países desenvolvidos, acontecendo o mesmo com os custos, que estão intimamente ligados à idade da população (DRUKER, 2003).

Para esse mesmo autor, o sistema de saúde da Grã-Bretanha é bastante diferente daquele dos Estados Unidos, pois aquele país transformou o seguro-saúde no mais popular benefício do empregado. Seu crescimento tem permitido ao segurado um acesso imediato a cirurgias eletivas³, haja vista que o modelo inglês privilegia o atendimento básico de urgência, por meio de triagem, para tentar conter os custos, deixando as cirurgias eletivas para um segundo momento, que pode demorar até ano para ser realizada.

Em contraste com a Grã-Bretanha, os Estados Unidos até agora têm procurado satisfazer todas as demandas de assistência à saúde, independentemente do custo, resultando daí que os custos hospitalares explodiram (DRUKER, 2003).

Nugent (1992) analisou os sistemas de saúde de diversos países. Em um artigo publicado na revista *The Rotarian*, de junho de 1992, explicou que no Japão, França e Alemanha o seguro-saúde é compulsório e praticamente tem cobertura universal de saúde para suas populações. Muitos outros países da Europa Ocidental adotam, também,

³ Cirurgias que não têm caráter de urgência e podem ser programadas para o futuro.

o seguro-saúde compulsório. Nenhuma nação gasta mais de 9% do PNB em cuidados com a saúde da população, à exceção dos Estados Unidos (13% do PNB). O sistema americano, baseado no seguro-saúde privado e na medicina de grupo, é reconhecido como um dos que possuem o pior desempenho entre todos os países desenvolvidos em dar assistência médica à população; 37 milhões de pessoas não possuem direito à assistência médica, sendo atendidos somente nas emergências.

Os Estados Unidos são, de longe, os mais perdulários com excesso de oferta de hospitais e de equipamentos de altas tecnologias, ambos subutilizados pela escassez de demanda e pela concorrência predatória; sem objetivo social concreto a não ser nos programas *Medicare* (de caráter contributivo e direcionado a viabilizar o acesso dos idosos aos serviços de saúde) e *Medicaid* (com financiamento fiscal e gestão dos governos estaduais, voltados para o atendimento de indivíduos que comprovem um efetivo nível de pobreza). Apesar da omissão social, o nível da medicina americana é elevado, sendo responsável pelos maiores avanços da ciência médica.

A Austrália também gasta consideravelmente com saúde (12,2% do PNB), e a cobertura à população é quase universal. A maioria dos australianos tem seguro privado, embora o governo participe fortemente, por meio de uma taxa geral para a saúde, sendo mais de 1% do imposto de renda destinado a prestar assistência médica a famílias de baixa renda.

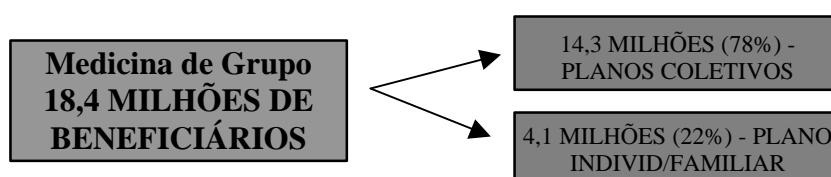
O sistema nacional de saúde do Canadá goza de grande aprovação, uma vez que a maioria dos canadenses está satisfeita, pois é acessível a todos e tem um bom controle de custos. O governo é um segurador singular, sem fins lucrativos, tendo cada província seu próprio plano público de seguro-saúde, seguindo as diretrizes nacionais, custeadas por taxas provinciais e federais. Por lei, as companhias canadenses de seguro-saúde privado não podem cobrir os mesmos itens que os seguros públicos. Por isso, os seguradores privados concentram suas atividades na cobertura de confortos extras, como quartos particulares e prescrições, sendo os médicos e hospitais privados.

Na pesquisa de Nugent (1992), constatou-se também que os melhores resultados de política de saúde naqueles países residem no fato de que os mesmos adotaram a descentralização por regionalização e empregaram soluções isentas de paternalismo.

Segundo Almeida (1999), no Brasil o embrião do sistema supletivo de saúde, com atendimento médico-hospitalar, foi formado em São Paulo, em 1956, quando uma empresa de porte expressivo desativou seu setor de saúde e contratou os serviços de um grupo de médicos para dar assistência aos seus funcionários, mediante um pré-

pagamento fixo. Entretanto, foi realmente, no início dos anos de 1960, que surgiu e desenvolveu-se o sistema privado no ABC, região metropolitana de São Paulo, esteira do crescimento industrial, acelerado pela implantação da indústria automobilística. Os médicos se organizaram em grupos, criando um atendimento, com custos fixos e previsíveis, para preencher o vazio deixado pelo Estado, evidenciado pela incapacidade do poder público em acompanhar o novo momento, tanto no que se referia à qualidade do atendimento médico-hospitalar oferecido quanto em razão das longas filas de espera e da superlotação dos hospitais. No entanto, havia também os altos custos da medicina, cada vez mais crescentes e até mesmo pela explosão do desenvolvimento tecnológico, reduzindo o atendimento particular, que era, ainda então, comum.

A partir dessas condições foi estimulada a implantação da medicina de grupo, um sistema de elevado padrão técnico-profissional, em termos dos serviços prestados, hospitais próprios e credenciados, além de uma estrutura de atendimento incluindo médicos contratados e conveniados, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento especializado, bem como programas de medicina preventiva. Esse sistema, como evidenciado na Figura 1, é responsável pela cobertura de 18,4 milhões de beneficiários, sendo 78% destes constituídos de trabalhadores e seus familiares, cujos planos, chamados de coletivos ou empresariais, são custeados, segundo a Abramge (2002), no todo ou em parte, por 48,5 mil empresas contratantes.



Fonte: Abramge (2002)

Figura 1 – Abrangência do sistema de medicina de grupo no Brasil – 2002.

Com características semelhantes às das medicinas de grupo, foram implantadas na forma de cooperativas, em 1967, as Unimed, cuja população atendida é da ordem de 10,7 milhões de beneficiários. E, mais recentemente, surgiu o seguro-saúde, responsável

pelo atendimento de quatro milhões de segurados, cujo plano é administrado por seguradoras que atuam no mercado com outros produtos. Além disso, possuem uma estrutura própria, na forma de reembolso das despesas com consultas, exames, internação, de acordo com o limite da apólice contratada (CIEFAS, 2000).

O sistema de autogestão organizado por empresas públicas e privadas, com administração própria ou contratada, atua exclusivamente nos quadros funcionais da empresa e seus dependentes, sendo responsável pela assistência a oito milhões de pessoas (CIEFAS, 2000).

Segundo Derengowski e Fonseca (2003), o Brasil conta atualmente com um importante mercado de serviços privados de assistência à saúde. A demanda por esses serviços aumentou em forma sustentável até o final dos anos de 1990, apesar dos problemas trazidos pelo aumento de preço dos serviços na segunda metade da década de 1990 e da redução da renda de boa parte da clientela, especialmente da classe média urbana, entre 1999 e 2003. Dados da ANS, apud Derengowski e Fonseca (2003), registraram, entre 1999 e 2002, queda na cobertura da população por planos de saúde de 6,5 milhões de beneficiários, passando de 41,5 milhões para 35 milhões de pessoas. Um dos principais motivos foi a diminuição na renda do trabalhador, uma vez que o plano custa R\$500,00 por mês, em média, para um rendimento médio mensal do brasileiro de R\$880,00.

Em termos do perfil do usuário da saúde suplementar, verifica-se, conforme Reis, apud Derengowski e Fonseca (2003), que há um predomínio da população jovem, com menos de 30 anos de idade, que ainda não usa plenamente os serviços oferecidos. A população feminina é majoritária (54%), e a parcela mais jovem da população representa 2/3 do total de beneficiários, uma vez que 67% tem menos de 40 anos de idade. Quanto à distribuição da população por faixa de rendimento, 52% possuem renda média familiar inferior a 10 salários mínimos. Quanto ao local de residência, 95% da população beneficiada pelos planos de saúde privado está concentrada em zonas urbanas, principalmente nas Regiões Sul e Sudeste do país.

Esses mesmos autores, realizando um mapeamento preliminar da estrutura de mercado de saúde suplementar (Figura 2), destacaram que: a) o número de operadoras supera 2.700, as quais se expandiram a uma taxa superior à dos usuários; b) de modo geral, mais de um milhão de procedimentos médicos são realizados por dia pelos agentes da medicina suplementar, ressaltando-se que as empresas de medicina de grupo lideram em termos de números de beneficiários, seguidas pelas cooperativas, pelos

Figura 2 – Participação dos usuários no sistema de saúde – Brasil, 2002.

sistemas de autogestão e pelas seguradoras. Com isso, tem-se observado uma fuga de clientes da medicina de grupo e da autogestão para as seguradoras e cooperativas, em razão do melhoramento de natureza gerencial, ou seja, por uma gestão mais eficiente dos recursos financeiros; d) em termos de atividades hospitalares, existem cerca de 8.000 hospitais no país, dos quais 65% são particulares, que atendem anualmente 13,5 milhões de brasileiros, dos quais 90% possuem planos de saúde privados. A oferta de leitos nesses hospitais é de 500 mil ao ano, dos quais 82% pertencem à rede privada; e) o mercado de planos de saúde caracteriza-se pela presença de inúmeras operadoras e prestadores de serviços, por meio de uma complexa rede de contratos e acordos. Mesmo que comporte um grande número de ofertantes e demandantes, esse mercado é imperfeito, pelo fato de apresentar uma assimetria informacional entre os agentes envolvidos (especialmente na relação médico-paciente) pela prática discriminativa de preços, o que acentua a incerteza e limita a realização de escolhas racionais, principalmente por parte dos usuários; f) é possível considerar os planos de assistência à saúde como serviços substitutos, uma vez que, apesar da existência de concentração e poder de mercado, há grande competição entre todas as modalidades de planos e seguros de saúde, principalmente nas regiões de mais poder aquisitivo.

De acordo com Malta (2004), devido à assimetria de informações entre os agentes do mercado de saúde suplementar, foi instituída a Lei 9.656/98, que constituiu um importante instrumento de regulamentação pública, introduzindo novas pautas no

mercado, como: ampliação da cobertura assistencial, ressarcimento ao SUS, registro das operadoras, acompanhamento de preços pelo governo, obrigatoriedade da comprovação de solvência, reservas técnicas e permissão para atuação de empresas de capital estrangeiro, entre outras.

Esse processo de regulação é ainda incipiente, sendo um desafio entender a natureza dessa regulação, seus avanços e limites; a dimensão da organização do subsetor; o financiamento da oferta de serviços; e as modalidades assistenciais, suas redes e a complexidade dessas relações.

No sentido de melhorar a competência desse processo regulatório, o estado tem adotado uma nova prática, que é deixar o mercado atuar livremente. Mas para sobreviver ao mercado e à ANS, as operadoras e prestadoras têm que desenvolver mecanismos microrregulatórios (instituição de protocolo que dificultam a solicitação de alguns procedimentos, co-pagamentos e fatores moderadores, entre outros), que induzem à fragmentação do cuidado à saúde, já que os mesmos estão centrados na lógica da demanda e da oferta do que foi contratado e não na lógica da produção da saúde. Assim, o modo de operar a assistência passa a centrar-se na produção de atos desconexos, fazendo com que as operadoras trabalhem não com a produção de saúde, mas sim com a idéia de “evento/sinistralidade”. Nesse sentido, a saúde tem se tornado para o mercado um produto e não um bem, tornando-se necessário repensar e intervir sobre as práticas assistenciais urgentes. Isso implica, portanto, investigar essas relações, mapear como as operadoras estão impondo seus mecanismos regulatórios e como os prestadores estão reagindo a esses mecanismos, buscando maior eficiência, redução dos custos e ampliação da competitividade entre si ou a sobrevivência no mercado.

2.3. Diretrizes, competência e princípios do SUS

A constituição da República Federativa do Brasil (CF), promulgada aos cinco dias de outubro de 1988, em seu artigo 198, define o Sistema Único de Saúde (SUS) como o conjunto das ações e serviços públicos de saúde integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

A Constituição Federal especifica, ainda, que a iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar, mediante contrato de direito público (entidades com ou sem fins lucrativos) ou convênio (entidades sem fins lucrativos), tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Além disso, antes da definição do SUS, a Constituição Federal, em seu artigo 196, procurou estabelecer e assegurar que:

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

Por fim, a Constituição Federal, em seu artigo 200, especifica que as competências do SUS e, além disso, outras atribuições são promulgadas em termos de leis (por exemplo a Lei Orgânica da Saúde – LOS, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), como as seguintes: a) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; b) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; c) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; d) participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; e) incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico; f) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; g) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; e h) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho.

2.3.1. Princípios doutrinários e organizacionais do SUS

A Constituição da República Federativa do Brasil – CF, em seu artigo 198, estabelece também os princípios doutrinários e organizacionais do SUS, que são:

- **Universalidade** – É a garantia de atenção à saúde por parte dos sistemas, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles

contratados pelo poder público. Saúde é considerado um direito de cidadania e dever do governo: municipal, estadual e federal.

- **Equidade** – Consiste em assegurar ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido, conforme necessidades, até o limite do que o sistema puder oferecer a todos.
- **Integralidade** – Representa o reconhecimento, na prática, dos serviços de que: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam, também, um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Enfim, como afirmou Cherubin (1997), “o homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde”.

2.4. Acesso ao serviço de saúde no Brasil

De acordo com o IBGE (1998), o número de brasileiros, com acesso à serviços de saúde (públicos e privados), foi estimado em 112,6 milhões, correspondentes a 71,2% da população brasileira residente (158,2 milhões de habitantes), confirmando-se, assim, que quase um terço da população está sem qualquer assistência de saúde.

Tinoco e Modena (1994) também apresentaram dados evidenciando a desigualdade social no Brasil, uma vez que 2/3 da população não dispõe de renda suficiente para assegurar o mínimo em termos de acesso às condições de vida, de forma que sejam respeitados os direitos da cidadania. Cerca de 32 milhões de brasileiros passam fome. De cada 1.000 crianças que nascem, 60 morrem antes de completar um ano de vida. São milhões os brasileiros que estão sujeitos a doenças como tuberculose, malária, esquistossomose, chagas – males inexistentes nas sociedades mais justas. As condições de atenção à saúde da população estão entre as mais precárias. A remuneração médica do SUS tem sido reduzida, devido às ameaças de corte do

Ministério da Fazenda. Os gastos federais com saúde por hab./ano tiveram queda de 80,30 dólares em 1987 para 44,30 em 1993 (TINOCO e MODENA, 1994).

IBGE (2000) apud Malta (2004), baseando-se em dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio, apontou os seguintes problemas de acesso aos serviços de saúde no país: a) cerca de um terço da população brasileira não tem um serviço de saúde de uso regular; b) o acesso a consultas médicas e odontológicas aumenta expressivamente com a renda e é maior nas áreas urbanas; c) cerca de um quinto da população brasileira nunca foi ao dentista, e esse percentual cresce para 32% entre os residentes da área rural; d) aproximadamente cinco milhões de pessoas relataram ter necessitado, mas não procuraram um serviço de saúde, sendo a justificativa mais freqüente dessa atitude a falta de recursos; e) entre as pessoas atendidas, cerca da metade teve seu atendimento realizado por meio do SUS, e aproximadamente um terço das pessoas referiu ter utilizado plano de saúde para usufruir desse serviço; f) do total de atendimentos, cerca de 16% implicaram algum pagamento por parte de usuário; g) o atendimento foi bem avaliado pelas pessoas que usaram os serviços de saúde, tanto públicos quanto privados. O IBGE concluiu que os planos de saúde atuam no sistema de saúde brasileiro introduzindo mais um elemento de geração de desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde.

O ideal universalizante igualitário (Art. 194, itens I e III, da CF), que orienta a criação do SUS, carrega em si grande ambigüidade. A universalização da cobertura e do atendimento tem como modelo uma sociedade de base distributiva, relativamente homogênea. Entretanto, na realidade, essa sociedade é caracterizada por profunda e estrutural desigualdade social (que depende de restrições orçamentárias), que, inclusive, pode tender à exclusão de alguns grupos sociais (COTTA, 1998). Existe tanto a exclusão do mais pobre que mora na zona rural ou nas periferias, em que a verba do governo não chega até ele, quanto a do cidadão de classe média, que, ao enfrentar filas intermináveis, burocracia e uma baixa qualidade do atendimento, termina migrando para o setor privado.

Tinoco e Modena (1994), ao analisarem como a dinâmica populacional interfere nas mudanças epidemiológicas, nutricionais e sanitárias e como interage como elas, fizeram uma análise da crescente inadequação da atenção médica, indicando que as condições sociais e econômicas produzem um quadro sanitário, com enormes carências e desigualdades.

A intensificação de lutas por melhores condições de saúde tem levado as agências governamentais de prestação de serviços a redefinir sua atuação e a pensar na democratização do atendimento à população.

A política na área de saúde, talvez por ser mais abrangente, viu-se obrigada a redefinir os programas de saúde e a participação comunitária, por meio de sua articulação com movimentos sociais, urbanos e rurais. A dicotomia entre o público e o privado, encontrada no setor saúde, revela a heterogeneidade do próprio aparelho do Estado que, atuando mediante políticas específicas e com objetivos diversificados, apresenta à população fases muito diferenciadas e até mesmo contraditórias, uma vez que sintetiza interesses privados e aspirações gerais, nos quais se confrontam interesses não homogêneos (TINOCO e MODENA, 1994).

Previcilobicz (2003), ao analisar as implicações da regulamentação dos planos e seguros-saúde, fez uma análise histórica da educação do setor da assistência médica privada nacional e, ao mesmo tempo, analisou, a atuação do SUS, em face das suas obrigações para com a população, demonstrando os fatores positivos e as deficiências do sistema; observando-se também suas principais causas e como agem perante o sistema privado.

Para contornar as deficiências do sistema público de saúde, surgiu o movimento sanitário de forma a reverter a lógica prevalente de prestação de serviços em saúde pelo setor privado, mediante recursos públicos, sugerindo-se o fortalecimento da rede pública, a partir da formulação de critérios de reembolso e criação de incentivos. A intenção era de que, no médio prazo, o setor privado atuasse apenas como elemento complementar dos serviços públicos de saúde. Entretanto, a ineficiência do governo, em procurar cumprir as obrigações constitucionais, incentivou a privatização do sistema de saúde. A própria constituição já prevê isso no seu artigo 196, quando autorizou o setor privado a atuar, de forma complementar, no sistema de saúde. Ou seja, o cidadão que possui algum recurso poderia buscar, no sistema privado, serviços de que necessitasse, pagando por isso.

Como afirmou Cotta (1998), não é possível, contudo, existir “meio-cidadão” ou “meio-direito” de assistência à saúde, uma vez que esta tem que ser plena, em consonância com o princípio da integralidade do SUS. Isso não quer dizer que ela não possa ser atendida, tanto pelo sistema público quanto pelo sistema privado, uma vez que o cidadão, que tem seus direitos garantidos pela Constituição, pode e deve escolher por qual sistema quer ser atendido, sem que tenha que pagar duplamente por isso. O que

acontece hoje é que um cidadão, que adquire um plano de saúde, perde seus direitos de ser atendido pelo SUS, dado que esse sistema cobrará da sua operadora pelo serviço prestado, por meio do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde. Para tanto, o SUS faz uso de uma tabela, a Tunep (tabela única de equivalência de procedimentos), que é muitas vezes superior ao valor pago pelo SUS aos seus conveniados. Assim, o plano de saúde tem que colocar nas suas planilhas de custo o valor do ressarcimento e repassar para a mensalidade, o que significa que o cidadão pagará duas vezes pelo mesmo serviço. Tal situação tem provocado a exclusão de possíveis usuários, devido ao alto valor das mensalidades.

Teixeira (1997) já questionava o problema do preconceito do Brasil com o capital privado na saúde. Reforçou a tese de que, sem recursos, a saúde se transformou numa questão ideológica, ou melhor, demagógica. Dizia ainda que o governo deveria tratar a saúde como um bem imprescindível à população e não como um discurso político para amealhar votos e a simpatia de uma população que não sabe lutar pelos seus direitos. Considera-se que, para ampliar ainda mais a abrangência do sistema, seria possível pensar na extinção, por exemplo, do duplo pagamento dos segurados aos setores de saúde, público e privado. De fato, os que possuem seguros de saúde pagam ao Estado um serviço que não recebem. Em contrapartida, o Estado poderia exigir a abertura das empresas em áreas mais carentes e para indivíduos de maior idade. Foi o que fez o Chile, com uma ampla reforma iniciada em meados dos anos de 1970. Hoje, não por acaso, os chilenos desfrutam da menor taxa de mortalidade infantil da América Latina: 17 por 1.000 nascidos vivos, em contraste com os 68 por 1.000 registrados no Brasil (TEIXEIRA, 1997).

Muitos são os exemplos de países que saíram do discurso comum de um sistema de saúde universal e com acesso irrestrito, melhorando em muito o atendimento à população. No Brasil, o que se observa é que, ainda hoje, a saúde é tratada de forma demagógica pelo governo e pelos órgãos de defesa de consumidores, que entendem que as empresas privadas têm obrigação de substituir o Estado em todas as suas funções, mesmo quando isso não está especificado em contrato. Uma diversidade de medidas liminares foi despejada pelo poder judiciário, dando aos usuários de planos de saúde direitos e acesso a serviços não contratados após a Lei nº 9.656/98. Tal situação vem aumentando, em muito, o índice de sinistralidade dessas operadoras, levando-as à falência e deixando outros tantos sem cobertura pelo plano.

O Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC), órgão privado que cobra pelas suas consultorias, tem orientado a população a entrar na justiça por serviços não contratados, oferecendo as seguintes orientações:

... Até 1998, as questões que chegavam ao Poder Judiciário, relativas aos contratos de planos de saúde, eram decididas com base no Código de Defesa do Consumidor – CDC, lei geral que regula todas as relações entre consumidor e fornecedor. A partir de 1999, passou a existir uma lei específica para esse setor. Então, se você optar pelo contrato antigo, poderão ser reivindicados os direitos garantidos pela lei, mesmo que estes não constem no contrato? A resposta é sim. Você deve usar o CDC para exigir seus direitos. Afinal a legislação deu o direito à opção para beneficiar a parte mais fraca dessa relação, que é o consumidor. A desvantagem de ficar com o contrato antigo é que, em muitos casos, será necessário recorrer à justiça, o que pode ser custoso e demorado. Mas a possibilidade de vencer, em face do abuso do plano de saúde, é grande. Para ilustrar a questão, imagine um consumidor que decide ficar com plano antigo, que prevê exclusão para cirurgia cardíaca, é certo que a empresa irá negar atendimento. Como ele não possui um contrato nos termos da nova lei, terá de recorrer à justiça para fazer valer seu direito, baseando-se no CDC. A batalha nos tribunais não é prazerosa, mas pelo retrospecto da atuação da Justiça, há grande chance de o usuário ver seu direito reconhecido (SALAZAR et al., 2002).

Tem sido esquecido de que o espírito de mutualismo dos planos tem que ser preservado, ou seja, muitas pessoas pagam para que outras possam usar, ou seja, quando os usuários conseguem na justiça uma liminar para se submeter a uma cirurgia ou ter acesso a um serviço não contratado, eles estão quebrando esse pacto de mutualismo em benefício próprio. Como comentou Neto (2002), os planos de saúde deveriam conter, em si, a idéia de solidariedade. O fundo comum, mantido pelas mensalidades individuais, cobriria as despesas decorrentes dos agravos à saúde de seus membros.

A cobertura da população por planos de saúde caiu de 24,5 para 19% entre 1998 e 2002, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Isso implica que o número de beneficiários do sistema diminuiu de 41,6 milhões para 35 milhões de pessoas, sendo o motivo a brutal queda na renda do trabalhador.

O governo conscientizou-se da necessidade de mudanças ao constatar que, a partir de 1999, com a nova legislação dos planos de saúde, apenas 35% dos segurados migraram para o sistema atual, o que garante o mínimo de cobertura.

A ABRAMGE tem buscado dos órgãos federais alternativas para baratear os custos dos planos de saúde, por meio da subsegmentação dos planos. Tal alternativa significa permitir que os consumidores paguem somente por aquilo de que necessitam e que o SUS não os satisfaz, o que já foi reforçado pelo artigo de Teixeira (1997), ou seja,

procedimentos que são executados satisfatoriamente pelo SUS não têm necessidade de o consumidor pagar novamente, o que diminuiria o valor da mensalidade. Pressupõe-se que o consumidor deve ter liberdade para escolher o que quer pagar e o quanto quer gastar pelo serviço de saúde.

Cotta (1998) afirmou que é uma falácia quando os planos dizem que desoneram o sistema público de saúde, pois o SUS ainda continua prestando assistência aos usuários de planos de saúde. Nesse ponto cabem algumas reflexões: será que um cidadão que adquire um plano de saúde perde seus direitos de cidadão? O cidadão por sua vontade e capacidade financeira não deveria pagar no setor privado apenas por aquilo de que necessita e que o SUS não o satisfaz? Os 35 milhões de brasileiros que possuem planos de saúde, conforme arquivo da ANS (2002), não iriam preferir o SUS ao atendimento por meio de convênio, caso tivessem, com hora marcada e pouca burocracia, um atendimento diferenciado? A grande verdade é que, quanto mais pessoas adquirem um plano de saúde, mais o governo corta verba da saúde, para atender às exigências do Banco Mundial (NETO, 2002). Entretanto, na saúde é praticamente impossível ocorrer a “saída” total para o setor privado, pois isso elevaria muito o custo dos planos e, conseqüentemente, sua mensalidade.

Jatene (2001), em artigo publicado no Jornal do Cremesp, de abril de 2001, disse que:

O setor de planos de saúde “levou a rede hospitalar privada a um desempenho satisfatório, com hospitais e centros de diagnóstico altamente equipados e bem equipados (...) que oferecem hospitais à sua clientela, constituída por 20% da população, o que existe de mais avançado em cuidados médicos.

Ou seja, ainda que participando de forma complementar do Sistema Único de Saúde, tem sido expressiva a presença dos planos de saúde, inclusive como fator de sustentação e desenvolvimento, bem como uma autêntica alavanca no desenvolvimento tecnológico da rede hospitalar não apenas privada, mas também pública. Exemplificando, com 3,5% do atendimento a usuários de planos de saúde o complexo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo – com todas as suas Fundações – obtém 22% dos recursos, que incluem doações, atendimento a pacientes do SUS e particulares. Outro exemplo seria o do Instituto do Coração – INCOR, uma das Fundações do HC (Hospital das Clínicas), que, por meio do seu atendimento a conveniados dos planos de saúde (que significa 16% do seu atendimento global) garante a metade do orçamento, propiciado pelos recursos do Estado.

Segundo Jatene (2001), no ano de 2000, 81,8% da receita do Hospital do Câncer A. C. Camargo de São Paulo foi originária dos atendimentos prestados aos pacientes de convênios; 14,6% de pacientes do SUS e 3,6% de particulares. Resultado semelhante foi divulgado com respeito ao Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde do Município do Rio de Janeiro, onde a receita proveniente de convênios médicos chega a 90% do faturamento total.

Esse mesmo autor também citou o Instituto do Câncer “Arnaldo Vieira de Carvalho”, que obteve, no ano de 2002, 68,06% da sua receita total, com os 76% dos pacientes internados pelo SUS, enquanto 19% dos pacientes internados pelos convênios resultaram em 26,37%. O Hospital Sírio Libanês atendia 15% de pacientes de convênio há 15 anos; agora esse número passou para 75%.

O peso da participação dos convênios médicos na área hospitalar fica bem evidenciado na exposição feita por Cerdeira (2001) sobre o Hospital Beneficência Portuguesa, de São Paulo, ao divulgar os números de atendimento com alta tecnologia, inclusive no setor de transplantes. Destacaram-se, por exemplo, os atendimentos de angiografia digital: 3.900 pelos convênios, contra 378 pelo SUS; ecocardiografia: 9.778 pelos convênios e 6.223 pelo SUS; radiocirurgias estereotáxicas: 23.688 pelos convênios e 4.307 pelo SUS; 1.408 cirurgias gastroenterológicas pelos convênios e 1.175 pelo SUS; 567 neurológicas pelos convênios e 334 pelo SUS; no setor de transplantes: 82 pelos convênios e 72 pelo SUS (CERDEIRA, 2001).

No Quadro 1, os dados do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2003) indicaram os tipos de serviços médico-hospitalares no Brasil e a participação do setor privado nesses atendimentos.

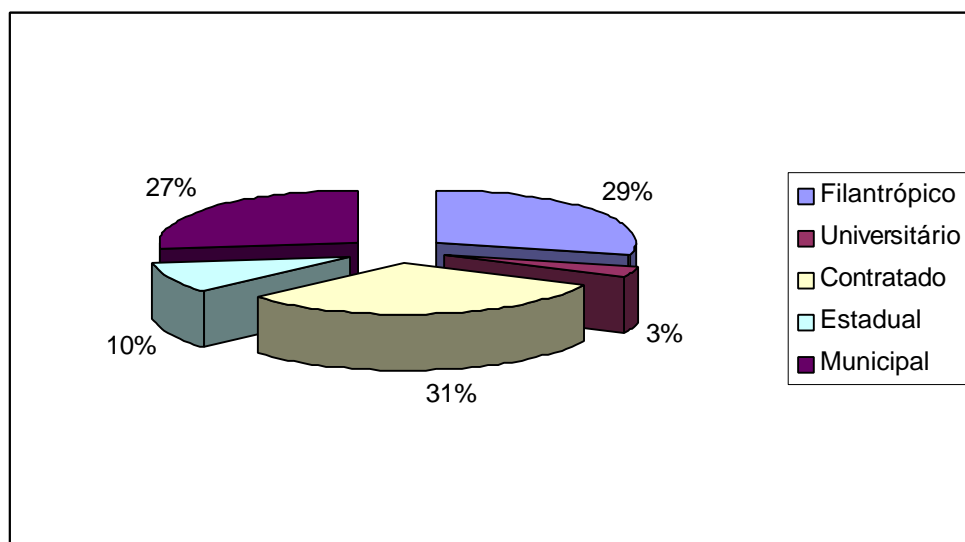
Esta realidade também pode ser evidenciada na relação dos hospitais existentes no Brasil (Figura 3) quando se observa a inserção dos demais setores, que não o público, no domínio e gestão dos nosocômios, ou seja, o Estado tem repassado suas funções para o setor privado e a sociedade civil organizada.

De acordo com Cotta (1998), no sistema de saúde acontece algo inusitado, a privatização parece ocorrer mediante ações, que não se estabelecem imediatamente, ou seja, de início a privatização não requereu atividades explícitas do governo: pelo contrário, tudo leva a crer que a estratégia escolhida foi justamente de não tê-las.

Quadro 1 – Principais Serviços Médico-Hospitalares no Brasil e a Atuação do Setor Privado

Tipos de Unidades	Privado	% de Participação	Total do Brasil
Unidades de saúde com internação	5.193	71.14%	7.300
Número de leitos	406.000	74.63%	544.000
Número de unidades ambulatoriais	14.500	27.05%	53.600
Hemodinâmica	386	83.19%	464
Hemodiálise	2.016	97.39%	2.070
Ressonância magnética	270	93.43%	289
Radiologia	10.010	56.52%	17.710
Laboratórios de análises clínicas	12.000	80.00%	15.000

Fonte: Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2003).



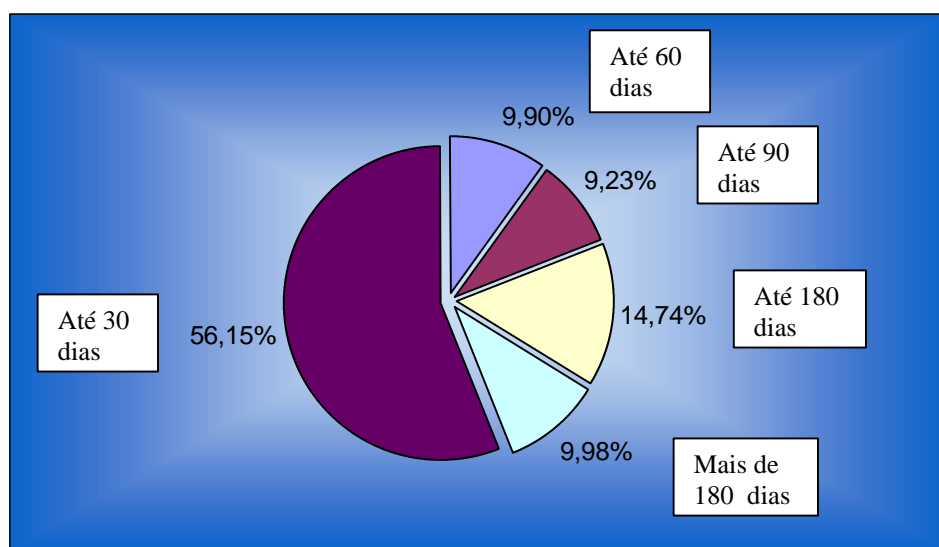
Fonte: Datasus (2003)

Figura 3 – Relação dos tipos de hospitais do Brasil.

E não é por acaso, como afirmaram Tinoco e Modena (1994), que se verifica hoje no país um processo de mobilização por direitos básicos do cidadão na esfera social. A conquista desses direitos tem como condição necessária assumir, por parte do Estado, a responsabilidade de atuação nas áreas de intervenção social pública, visto que esse estado, tradicionalmente, tem creditado às famílias o papel de se ampararem.

Com isso, o governo, em vez de melhorar o serviço com os valores deixados de gastar com quem tem plano privado, faz cortes no orçamento público para atender a reivindicações internacionais, principalmente do Fundo Monetário Internacional (FMI), cujas colocações e exigências têm levado à estagnação ou, mesmo, ao decréscimo da economia nacional, como ocorreu em 2003, com a queda do PIB em 0,2%. Além disso, com uma taxa de juros elevada (taxa Selic de 16,25%), tem restringido os investimentos e elevado o desemprego, cuja taxa média foi de 12,3%, no ano de 2003, com 2,5 milhões de pessoas procurando emprego em janeiro de 2004. Assim, como afirmou Lauro Ramos, economista do IPEA apud (DRUMOND e CARAM, 2004): “O mercado reflete o que acontece com a economia”. Tal situação é derivada do fato de que a política econômica tem colocado em primeiro plano, entre seus objetivos, o controle da inflação, mesmo que 42% dos municípios brasileiros e 27,3% da população nacional estejam em uma situação de exclusão social (ETHOS, 2003).

Com respeito aos problemas de saúde no Brasil, os jornais estão repletos de reportagens denunciando e demonstrando a ineficiência e o descaso do poder público em resolvê-los. Nesse caso, com certeza é a população mais carente que sofre toda essa consequência, como exemplificou Ramos (2003), ao comentar que as pessoas, ao procurarem a rede pública de saúde para marcar consultas, vivem um calvário. Em seu artigo existem, inclusive, vários depoimentos de pessoas que levaram meses, até mais de ano, para conseguirem uma consulta e, mais alguns meses, para fazerem os exames complementares, sendo a situação pior quando esses exames eram considerados de alta complexidade. Tal realidade pode ser demonstrada no relato de uma entrevistada, que trabalhava como diarista em casa de família, tendo que perder um dia de serviço para tentar a marcação da consulta: *Sempre é assim: uma luta todas as vezes que eu tenho que vir aqui. Chego no posto e não consigo ser atendida*. Em Belo Horizonte, cerca de 10% das consultas médicas demoram mais de seis meses para serem marcadas, como pode ser visualizada na Figura 4.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Figura 4 – Tempo de espera nas filas pelos enfermos que buscam consulta em Belo Horizonte – 2003.

Noronha e Andrade (2002) destacaram, também, o custo de oportunidade como sendo uma variável que limita o acesso aos serviços de saúde, quando o tempo dedicado ao trabalho implica menos tempo disponível para consultar um médico. Além disso, dependendo da forma como os indivíduos se inserem no mercado de trabalho, maior é o seu custo de oportunidade, a exemplo das pessoas que trabalham no mercado informal e ganham, em geral, por hora trabalhada e não estão protegidas por leis trabalhistas; conseqüentemente, deixarem de trabalhar pode acarretar perdas em termos da renda auferida.

Na falta de médicos para todos os pacientes, somente os casos mais urgentes ganham atenção do poder público. Em exames de ultra-sonografia, grávidas têm privilégios. Trinta por cento dos pacientes de Belo Horizonte não comparecem às consultas especializadas; a demora entre a marcação e a data do atendimento, atrelada à dificuldade de deslocamento da população, sustenta esse índice, uma vez que grande parte da população, que usa o SUS, não tem dinheiro para pagar nem mesmo uma passagem (RAMOS, 2003).

A desigualdade no acesso às consultas médicas em Minas Gerais foi observada por Noronha e Andrade (2001), os quais apontaram dois pontos relevantes: o primeiro é devido à extensão territorial, e o outro é que grande parte dos bens e serviços de saúde é

produzida como uma tecnologia que apresenta economias de escala e de escopo⁴. Essa característica tecnológica determina uma distribuição espacial da oferta não uniforme entre os municípios. Assim, municípios menores, que não apresentam escala populacional suficiente, podem não ofertar diversos serviços médicos, como consultas a especialistas e exames. Nesse sentido, como demonstrado no Quadro 2, existe uma diferenciação, em termos de prazo de atendimento, de acordo com a especialidade do exame médico, tendo aqueles bens e serviços, tecnologicamente mais avançados, um maior tempo de demora no atendimento.

Quadro 2 – Relação entre as especialidades médicas e o tempo de atendimento. Belo Horizonte, 2003

CONSULTAS QUE MAIS DEMORAM *		
Especialidade	Número de Consultas/mês	Tempo
Andrologia	94	40% mais de 180 dias
Dermatologia pediátrica	411	28,57% mais de 180 dias
Oftalmologia pediátrica	852	27,67% mais de 180 dias
Angiologia pediátrica	1.209	26,32% mais de 180 dias
Neurologia	2.227	20% mais de 180 dias
Neurologia pediátrica	1.408	20% mais de 180 dias

* Os dados correspondem ao total de consultas marcadas pela central da prefeitura, excluindo os atendimentos especializados encaminhados pelos hospitais e outros municípios.

Fonte: Ramos (2003).

Rocha (1993) propôs uma metodologia operacional por meio da “Municipalização da Saúde por Microrregionalização”, argumentando que os planos não precisam ter receios da concorrência, dado esse projeto ser prejudicial aos seus interesses. Para isso, basta que o governo autorize a comercialização de planos de complementação de despesas de saúde. O referido autor argumentou o seguinte:

⁴ A presença de economias de escala e escopo é mais evidente no caso dos serviços de internação hospitalar. Para os serviços ambulatoriais, essa característica pode estar presente em consultas a médicos especialistas e em exames, pois a sua utilização não ocorre com muita frequência, e alguns exames médicos são intensivos em tecnologia.

O custo destes planos, cobrindo apenas uma complementação, seria logicamente mais barato para o usuário. A gama de serviços seria a mais completa possível, e, temos certeza, as empresas do setor poderiam com isto oferecer as diferenciadas e diversas opções a seus segurados.

De fato, a visão ideológica universalizante inscrita na Constituição de 1988 deve dar um lugar a um horizonte mais amplo e generoso, pelo qual a saúde deveria ser assegurada pelo esforço de todos e de cada um. Ao Estado cabe, sem dúvida, velar pelo interesse público.

A classe média brasileira mesmo depois de ter sido expropriada aos serviços prestados pelo Estado, transformando-se em mera consumidora, ainda pede desculpas quando, cheia de constrangimento, tem alguma oportunidade de acesso aos serviços que, sendo de todos, pertencem àqueles que colaboraram para seu financiamento. Constatou-se uma situação como se o que definisse a cidadania fosse o nível econômico ou cultural. Essa classe não percebe que, com seu padrão de exigência, seu olhar crítico e sua capacidade formadora de opinião, sua presença nos serviços públicos imporia um resgate da qualidade perdida, um atalho para “nivelar por cima”, em seu favor e no de toda a população (PAZ JÚNIOR, 2004).

Experiências demonstraram que a tentativa de monopólio da saúde pelo Estado foi um retumbante fracasso. A vivência brasileira com a questão da saúde pode seguir o mesmo caminho, como comentou Teixeira (1997). De fato, quem quer que deseje assegurar mais e melhores anos de vida e bem-estar à população brasileira deve estar consciente de que a saúde não é apenas um dever do Estado, mas um desafio lançado a toda a nação. Isso significa, afastada a visão ideológica e sectária, que a parceria Estado e Empresa é essencial.

Motonone (1993) comentou que uma melhoria nas condições de saúde da população e, conseqüentemente, da qualidade de vida passaria pela consolidação do SUS, ampliando o acesso universal à assistência à saúde e do setor de saúde suplementar, como parte integrante do sistema nacional de saúde. Os gestores públicos e os operadores privados poderiam desenvolver estratégias conjuntas para superar a lógica perversa de organização do sistema, a partir da oferta, privilegiando sua reorganização a partir da demanda e garantindo a melhoria do bem-estar.

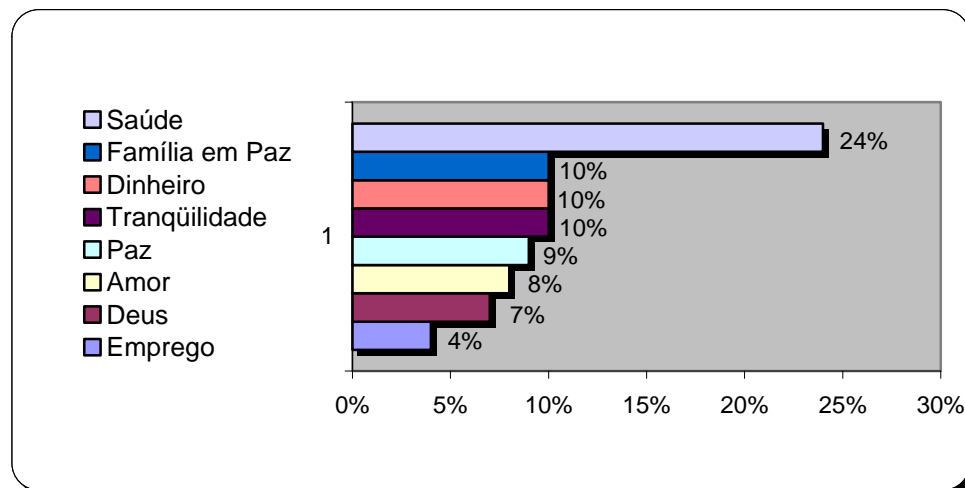
2.5. Economia familiar

Nesta pesquisa, fez-se uso da abordagem ecossistêmica, segundo Engberg (1992) e Deacon e Firebaugh (1988), para os estudos relacionados às funções da economia familiar, em termos de: alocação de recursos, produção, distribuição e consumo.

Nessa visão, a família é vista como um sistema, isto é, um grupo de membros, que se inter-relacionam, em função de sua estrutura organizacional, tanto com seu microambiente (constituído pelo seu espaço físico imediato ao “habitat” da família, como por sua rede de relações sociais), com o macroambiente (constituído pelo meio físico e por instituições socioculturais, econômicas, políticas, religiosas e tecnológicas), que circundam o ecossistema familiar. Ou seja, a família como unidade constitui um sistema de sustentação da vida para seus membros, sendo dependente do ambiente humano e natural, que proporcionam qualidade e significado à vida (HOOK e PAOLUCCI, 1970). Nesse sentido, as unidades familiares são particularmente suscetíveis às mudanças ocorridas no seu meio ambiente circundante (por exemplo mudanças nas regulamentações e nas condições dos planos de saúde), que refletem nas atividades relacionadas à sua economia familiar.

Segundo Deacon e Firebaugh (1998), o ecossistema familiar, ao realizar as atividades associadas à economia familiar, o faz levando em consideração a seus *inputs* (recursos, necessidades, demandas, aspirações, eventos ou transformações), que são utilizados no processo administrativo (*through put*), que envolve planejamento e implementação das decisões, de forma a que sejam alcançados os *outputs* ou produtos. Esse produto resultante é representado pelos recursos que foram usados; pelo nível de satisfação dos membros familiares, com o alcance de suas demandas, com o atendimento de suas necessidades de existência, relacionamento e autocrescimento; enfim, com a melhoria da qualidade de vida, em que a saúde representa um componente de vida de extrema relevância.

Essas informações foram confirmadas pela pesquisa do Datafolha, no último trimestre de 1999, que mostrou o “Top of Mind de Felicidade”. Quando foi perguntado aos brasileiros **qual a primeira coisa que lhes vem à cabeça quando se fala em felicidade?** um em cada quatro (24%) referiu, como pode ser evidenciado na Figura 5, aos aspectos relacionados à saúde. Essa taxa atingiu 30% entre os que tinham mais de 45 anos.



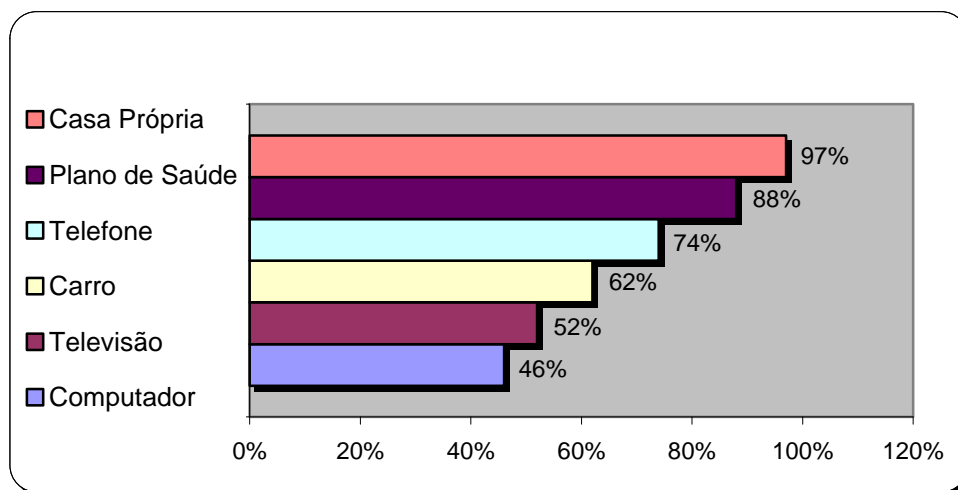
Fonte: Datafolha (1999)

Figura 5 – Top of mind – Felicidade.

Nessa mesma pesquisa, o Datafolha investigou o grau de importância dado a alguns itens para atingir a realização pessoal. Entre seis aspectos avaliados, ter plano de saúde apareceu em segundo lugar, uma vez que 88% dos entrevistados avaliaram este item como muito importante (Figura 6). Assim, mediante os dados desta pesquisa, pôde-se constatar que o domínio da vida associado às questões de saúde possui um peso essencial na realização pessoal e no alcance da felicidade, na percepção da população brasileira.

Dados empíricos indicam que o ecossistema familiar brasileiro tem enfrentado dificuldades com respeito ao acesso aos *inputs* essenciais ao alcance de uma melhor qualidade de vida. Segundo pesquisa realizada pela Ipsos Marplan, apud Frias Filho (2003), as famílias brasileiras consideradas de classe média perderam, no período de 1997 a 2002, mais de 30% de sua renda em valores reais (descontada a inflação); metade dessa queda ocorreu em 2002. Nessas condições, visando adaptar a uma situação de renda menor (entre R\$1.158,00 e R\$4.696,00), essa parcela da população, que representa cerca de 17% do total de famílias brasileiras, cortou gastos, diminuiu o lazer e adiou os planos de consumo (FRIAS FILHO, 2003).

Nessa situação de perda do poder aquisitivo da família, seja por desemprego, seja por desvalorização dos salários ou aumentos dos preços, verificaram-se, conforme Marques e Cebotarev (1994), duas conseqüências imediatas: a ativação da produção



Fonte: Datafolha (1999)

Figura 6 – Importância de alguns itens para realização pessoal.

doméstica e a modificação no padrão de consumo, ou seja, com a queda em seu poder aquisitivo, as famílias reagem, adotando atividades administrativas, isto é, por meio do manejo dos seus recursos procuram redimensionar o consumo, baixando o padrão em quantidade, qualidade ou, simplesmente, eliminando os itens que consideram inacessíveis.

Nesse contexto, Noronha e Andrade (2001) afirmaram que os indivíduos de baixa renda procuram menos os serviços de saúde. Isso é explicado por duas hipóteses, sendo a primeira relacionada ao custo de oportunidade, que é muito maior na classe de baixa renda, pois o tempo de espera na fila e o custo de deslocamento são maiores para grupos socioeconômicos menos privilegiados. E a outra hipótese deriva-se da expectativa de ser atendido, ou seja, os indivíduos mais ricos, com acesso a planos de saúde, possuem uma sensação de certeza de atendimento, o que não ocorre com a população mais pobre, em que a expectativa negativa faz com que eles desistam de procurar o atendimento médico.

Outro estudo dentro desse contexto é reportado por Pessoa (2004), que, baseando-se em dados da Pesquisa sobre Orçamentos Familiares (POF), revelou que, para suportar a alta no orçamento doméstico, moradores do Rio de Janeiro mudaram de hábitos, ficaram caseiros e se preocuparam com a própria carreira.

Públio (2004) revelou que “a classe média brasileira está reduzindo o gasto com medicamentos e priorizando outros itens de consumo”. Prosseguindo em sua análise, colocou como fator mais provável da queda no consumo de medicamentos, pela classe média, a diminuição de sua renda, que tem feito com que as pessoas passem a procurar atendimento nas farmácias dos postos de saúde municipais.

Nesse mesmo sentido, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) explicitaram que cerca de quatro milhões de pessoas perderam seus planos de saúde nos últimos quatro anos (PESSOA, 2004).

Em razão da importância do componente saúde na escala de demanda das famílias, pode-se pressupor que suas mudanças, em termos de disponibilidade ou mesmo de um acesso de pior qualidade, irão provocar adaptações, isto é, reajustes no uso de seus recursos, de forma a otimizar seus produtos ou resultados, por meio de um maior nível de satisfação com o uso dos recursos e atendendo àquelas necessidades que sejam essenciais à melhoria de qualidade de vida.

3. METODOLOGIA

3.1. Caracterização da pesquisa: descritiva com “design” de levantamento

Com base em Rauen (2002), a pesquisa em questão pode ser caracterizada como do tipo descritiva e do tipo exploratória. Ou seja, visando preencher uma lacuna do conhecimento e conseguir maior familiaridade com o problema, procurou-se realizar uma sondagem ou “Survey” sobre as condições e implicações das assistências pública e privada às famílias de Viçosa, MG.

O desenho metodológico recorrente foi a pesquisa de campo. De acordo com Rauen (2002), esse modelo de levantamento tem como vantagem o conhecimento direto, econômico e rápido da realidade, numa abordagem redutível à quantificação.

Para tanto, foram solicitadas informações a um grupo de pessoas sobre o problema em questão, para posteriores análises quantitativa e qualitativa.

3.2. Descrição da área de estudo

O Estado de Minas Gerais está mapeado em 12 regiões, estando entre elas a Zona da Mata. A presente proposta de pesquisa foi realizada nesta região, precisamente na Microrregião da Mata de Viçosa e, especificadamente, na cidade de Viçosa.

Esse município, com uma área geográfica de 299 km², foi emancipado em 30/09/1871, de acordo com a Lei 1.817, quando foi desmembrado do município de Ubá, tendo recebido várias denominações anteriores, como: Viçosa de Santa Rita e Santa Rita

do Turvo (IGA, 1999). Atualmente, Viçosa conta com uma população residente de 64.854 habitantes (Quadro 3), sendo o principal pólo dessa microrregião.

Quadro 3 – Área e relação da população residente por sexo em Viçosa, MG

Área da unidade territorial (km ²)	299
Pessoas residentes – 2000	64.854
Homens residentes – 2000	31.745
Mulheres residentes – 2000	33.109

Fonte: IBGE (2000) – Censo Demográfico e Estimativas.

Segundo dados da Secretaria de Saúde, Viçosa possui quatro principais Planos de Saúde, que assistem a uma população de aproximadamente 30.000 (trinta mil) beneficiários, a saber: um plano filantrópico, uma cooperativa, uma autogestão de direito privado e uma de direito público, existindo, ainda, vários outros planos de menor participação, no Sistema de Saúde de Viçosa e microrregião. O restante da população conta com o atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e com o Consórcio Intermunicipal de Saúde.

3.3. População e processo de amostragem

Na presente pesquisa, o universo populacional foi constituído por usuários do PLAMHUV e do SUS, na cidade de Viçosa, MG. A seleção do SUS justifica-se por suas próprias diretrizes, competência e princípios, apresentados anteriormente. No entanto, justifica-se também a utilização do PLAMHUV, pelo fato de essa operadora de plano de saúde ser representativa dentro da região de Viçosa, estando em segundo lugar, em termos do número de participantes, com 7.634 usuários, sendo 3.344 (três mil trezentos e quarenta e quatro) titulares residentes na cidade. Além dos aspectos mencionados, considerou-se, ainda, o interesse do PLAMHUV em se aprofundar nessa problemática, conjugada com o fato de que são escassos os estudos sobre a percepção dos usuários com relação aos planos de saúde e, mais ainda, sobre suas implicações na economia familiar dos seus usuários.

Aplicou-se um questionário, numa amostra-piloto ($n = 30$), à população de usuários do PLAMHUV e do SUS, como forma de adquirir informações necessárias ao redimensionamento da amostra, conforme os procedimentos estatísticos descritos em Fontes (2003).

Verificou-se que, dos 30 questionários aplicados, 15 se referiam aos usuários do PLAMHUV e os 15 restantes aos SUS. Estabeleceu-se um nível de significância (α) de 5% e um erro amostral (d) em 0,12, que, de acordo com Fontes (2003). Em função desses coeficientes, foi calculada a amostra para os usuários do PLAMHUV, baseando-se nos seguintes parâmetros:

$$N = 38.198$$

$$n = 30$$

$$a = 15$$

$$p = a/n = 15/30 = 0,5$$

$$q = 1 - p = 1 - 0,5 = 0,5$$

$$t_0^2 = (2,04)^2 = 4,1616$$

Em que N representa o número de usuários do PLAMHUV e do SUS⁵ e n indica o número da amostra-piloto, enquanto a significa os atributos definidos (ser usuário do PLAMHUV e não usuário do SUS). Os parâmetros p e q indicam, respectivamente, a proporção daqueles que têm os atributos na amostra e proporção daqueles que não têm os atributos na amostra. Já o t_0 é uma variável que define um valor tabelado referente aos resultados do teste t, por meio do número de graus de liberdade com o nível de significância. Logo, de acordo com a tabela encontrada em Campos (1983), o valor de t_0 com $\alpha = 0,05$ e com 29 graus de liberdade, foi de 2,04.

Conforme Reis (2000), quando $n < 0,05N$, a população é infinita. Logo, a população em estudo se encaixa nesta categoria. Assim, procedendo ao cálculo do redimensionamento da amostra (x), tem-se:

$$x = x = \frac{t_0^2 \cdot p \cdot q}{d^2} + 1 = \frac{2,04^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,12^2} + 1 = \sim 73,00$$

⁵ Considerou-se a população total como sendo composta pelos usuários do PLAMHUV de Viçosa (3.344) e pelos usuários do SUS em Viçosa, aproximadamente 34.854, de acordo com o IBGE (2000) .

De acordo com os procedimentos estatísticos para o processo de amostragem, concluiu-se que a amostra mínima seria de aproximadamente 73 usuários do PLAMHUV, sendo utilizada nesta pesquisa uma amostra de 85 usuários. Considerando que o parâmetro p obtido para o redimensionamento da amostra dos usuários do PLAMHUV é igual ao p a ser utilizado no redimensionamento da amostra dos usuários do SUS, conclui-se que os mesmos cálculos podem ser aplicados, sendo admitida uma amostra de 85 usuários do SUS.

Os grupos foram escolhidos aleatoriamente, de acordo com as seguintes faixas etárias: 0-17anos; 18-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos; 50-59 anos; 60-69 anos; 70-100 anos. Dessa forma foram classificados tanto aqueles atendidos pelo plano de saúde quanto os não-assistidos ou atendidos pelo SUS, indagando-se a eles a respeito da utilização do serviço de saúde, por meio das seguintes variáveis: número de vezes em que foi atendido nos últimos 12 meses e por qual serviço (especificar).

3.4. Método de coleta de dados

Os dados foram coletados, no período de novembro/2003 a fevereiro/2004, tanto por meio de fontes secundárias quanto primárias. Para a identificação dos planos de saúde e sua distribuição geográfica foram coletadas informações do banco de dados da operadora; como também utilizadas informações provenientes de fontes secundárias, das seguintes instituições: Secretarias Municipais (por meio do Cadastramento Nacional de Usuários do SUS), IBGE, Anuários Estatísticos e dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Quanto à caracterização do perfil do usuário dos planos, suas condições e implicações sobre a economia familiar, fizeram-se uso tanto de informações secundárias do banco de dados da operadora quanto de informações de fonte primária, quando foi utilizado o método “Survey”, por meio de questionário semi-estruturado (Apêndice A), que foi pré-testado com os usuários/titulares dos planos.

Para uma melhor compreensão dos mecanismos por meio dos quais são organizadas as escolhas e a tomada de decisões, em relação ao serviço de saúde, procurou-se analisar, com mais detalhamento, as percepções e representações presentes nos discursos de uma subamostra dos entrevistados (10 do SUS e 10 do plano de saúde privado), dos 170 informantes pesquisados.

Procurou-se, também, transcrever as questões abertas para uma análise qualitativa e interpretativa dessas informações, que foram posteriormente quantificadas

em categorias, de acordo com o método de análise de conteúdo. Segundo Rodrigues e Leopardi (1999), qualquer técnica, seja entrevista, seja questionário ou outra, pode adquirir força e valor, mediante a análise de conteúdo, como afirmaram Henry e Moscovici, apud Bardin (1977): “tudo que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo”.

3.5. Variáveis e procedimentos de análise dos dados

Os dados coletados, de naturezas secundária e primária, estão associados às seguintes categorias de variáveis, ou seja:

- O período de instalação e formas de funcionamento dos diferentes planos de saúde existentes em Viçosa, MG, bem como na realidade nacional.
- Distribuição geográfica dos usuários, por meio do banco de dados das operadoras e pelo levantamento feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que contribuíram para a identificação do bairro/região, de residência dos usuários, bem como para a sua distribuição espacial no município de Viçosa, MG.
- Perfil socioeconômico pessoal e familiar do usuário, que incluíram as seguintes variáveis: renda (em R\$), especificação da ocupação principal e nível de instrução (última série cursada).
- Percepção dos usuários, em termos de: o que significa um plano de saúde em sua vida e, além disso, quais eram as suas principais limitações, em termo de capacidade de assistência à saúde do município; como o usuário avaliava a disponibilidade dos recursos físicos, materiais e humanos dos planos e sua capacidade de atendimento hospitalar e ambulatorial, especialidades médicas e exames complementares. Procurou-se deixar essas questões em aberto, de forma a obter o máximo de informações possíveis para, posteriormente, realizar análise de conteúdo dessas questões.
- Para comparar as condições de atendimento do sistema de saúde local, foram utilizados dois grupos de beneficiários, tanto do sistema público (SUS) quanto da operadora (PLAMHUV).
- O grau de informação (nenhum, médio e total) e opinião (está de acordo, concorda em parte, concorda plenamente) do usuário do plano privado, com respeito às questões relacionadas com a regulamentação do mercado de planos de saúde (por exemplo, medida de complementação dos planos), considerando que essas perguntas

teriam influências sobre as condições de vida dos usuários. Para tanto foi solicitado aos usuários que apresentassem sugestões sobre esta temática.

- Para análise das implicações do uso do plano de saúde sobre a economia familiar, procurou-se identificar o grau de satisfação dos usuários (categorizado em muito insatisfeito, insatisfeito, satisfeito, muito satisfeito) com as condições de atendimento dos serviços prestados pelos planos de saúde e quais, dentre estes, deveriam ser melhorados, identificando as razões. Além disso, procurou-se indagar qual era o valor (em reais) do plano de saúde; se o usuário considerava esse valor justo, em razão do serviço prestado, e, também, qual era o peso (em %), do plano de saúde, no orçamento familiar. Outra questão investigada foi sobre o planejamento dessa despesa e qual era o custo alternativo ou de oportunidade desse serviço, ou seja, se não estivesse pagando o plano de saúde, o que faria com esses recursos. Nesse sentido, procurou-se verificar se o pagamento do plano já se constituía de uma decisão rotineira (“by pass”); se já existiam casos de inadimplência; como eram feitos e, além disso, como o plano estava associado com os recursos disponíveis, com as demandas e com a qualidade de vida.

3.6. Procedimentos de análise dos dados

Após a tabulação e o processamento dos dados, estes foram analisados estatisticamente, de forma descritiva, fazendo-se uso de frequências, médias e tabulações (simples e cruzadas). Quanto à análise dos dados associados às questões abertas, referentes ao significado do plano de saúde na vida dos entrevistados; motivos para sua aquisição, expectativas e sugestões para melhoria dos planos; procurou-se, inicialmente, descrever as características do conteúdo das falas dos respondentes, em termos latentes (menor unidade da análise, que proporcionou algum entendimento ao pesquisador, tanto em termos de sentença ou parágrafo) e manifestos (codificação de unidades de análise para aplicação de método estatístico descritivo).

Segundo Freitas e Janissek (2000), os recursos oferecidos pelas ciências sociais para a reflexão do pesquisador são essencialmente compostos de comunicações orais ou escritas, que incluem textos de entrevistas, falas, discursos e conversas. Ou seja, qualquer que seja o nível que o pesquisador deseja atingir, em razão do objeto de suas pesquisas, os dados reunidos poderão ser utilizados para apreender concepções e explicar opiniões, condutas e ações, sendo esses dados quase sempre de origem

verbal. A ação apresenta-se em um contexto de palavras, isto é, sempre se encontram falas ou discursos, escritos ou textos. Nesses casos, a análise de conteúdo pode ser uma boa técnica para ser usada em todos os tipos de pesquisa que possam ser documentados em textos escritos (documentos oficiais, livros, jornais, documentos pessoais), em gravações de voz ou imagem (rádio, televisão etc.) ou em outras atividades que possam ser decompostas, como uma entrevista.

De acordo com Bardin (1977) e Minayo (1994), é muito importante que os pesquisadores sociais estejam aptos a analisar esse tipo de dados de uma forma científica, não se contentando apenas com impressões casuais. Referem-se à análise de conteúdo como um exercício que se efetiva pela prática por meio de diferentes técnicas, como é a análise categorial. Nesse caso, a resposta, ou texto, é interpretada, desmembrando-se em categorias, segundo reagrupamentos analógicos para, posteriormente, serem tratados de forma quantitativa, por meio de diversos instrumentos, de acordo com os objetivos da pesquisa, a exemplo da análise de frequência e, ou, análise associativa. Assim, a novidade em procedimentos modernos de análise de conteúdo está em substituir as impressões por procedimentos padronizados e quantitativos, por meio da transformação de informações iniciais (provenientes de dados qualitativos) em dados possíveis de serem analisados de forma quantitativa (FREITAS e JANISSEK, 2000).

Segundo Rodrigues e Leopardi (1999), o método de análise de conteúdo é indicado no estudo “das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências”, como também para desvendar ideologias e percepções. É um método que pode ser aplicado, tanto em investigações qualitativas quanto quantitativas, podendo servir para auxiliar os aprofundamentos de conhecimentos, como é o caso da pesquisa em questão.

A análise de conteúdo deve ser objetiva e, além disso, seus resultados, independentes do instrumento utilizado para a medição, sendo conveniente minimizar as diferenças dos pontos de vista entre os analistas. Mas isso é um antigo problema das ciências sociais, ou seja, a confiabilidade não deve ser encarada da mesma forma quando se analisa questões quantitativas de um conteúdo claro e óbvio ou quando a análise é mais qualitativa, quando é preciso identificar presença ou ausência de um elemento e não a sua frequência. Segundo Krippendorff apud Freitas e Janissek (2000), a verificação da confiabilidade visa prover uma base para inferências, recomendações, suporte à decisão ou, mesmo, a aceitação de um fato.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram discutidos com base nas informações sobre o setor de planos de saúde no Brasil e em Viçosa; na distribuição geográfica dos usuários; e no seu perfil socioeconômico e percepções sobre planos de saúde e seu funcionamento, quanto ao atendimento das necessidades e implicações do uso dos planos sobre o manejo dos recursos familiares.

4.1. Informações sobre o setor de planos de saúde no Brasil e no município de Viçosa

O setor de planos de saúde nacional foi dividido conforme mencionado anteriormente, de acordo com a RDC 39, de 27 de outubro de 2000 (Anexo A), sendo distribuídos no mercado em função das informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme Quadro 4.

No município de Viçosa, os planos de saúde encontram-se distribuídos, como pode ser visualizado no Quadro 5.

O SUS é representado pela Secretaria Municipal de Saúde, criada pela Lei 8.080/90, após a promulgação da Constituição de 1988.

Considerando o número total de beneficiários dos planos de saúde do município de Viçosa, MG, pôde-se constatar que o PLAMHUV, objeto de estudo da presente pesquisa, foi classificado, conforme Figura 7, em segundo lugar (25%), com relação ao número de usuários, após o sistema de autogestão AGROS (Instituto UFV de Seguridade Social), que contava com 46% dos usuários locais.

Quadro 4 – Classificação dos planos de saúde no Brasil, 2003

Classificação	Número de Operadoras (Nº)	(%)	Total de Beneficiários (Nº)	(%)
Autogestão	347	15.33	5.542.271	14.84
Cooperativa médica	369	16.30	9.070.357	24.29
Filantropia	126	5.57	1.356.948	3.63
Medicina de grupo	792	34.98	12.479.387	33.42
Seguradora esp. em saúde	13	0.57	5.049.699	13.52
Cooperativa odontológica	173	7.64	1.191.586	3.19
Odontologia de grupo	444	19.61	2.647.918	7.09
TOTAL	2264	100.00	37.338.166	100.00

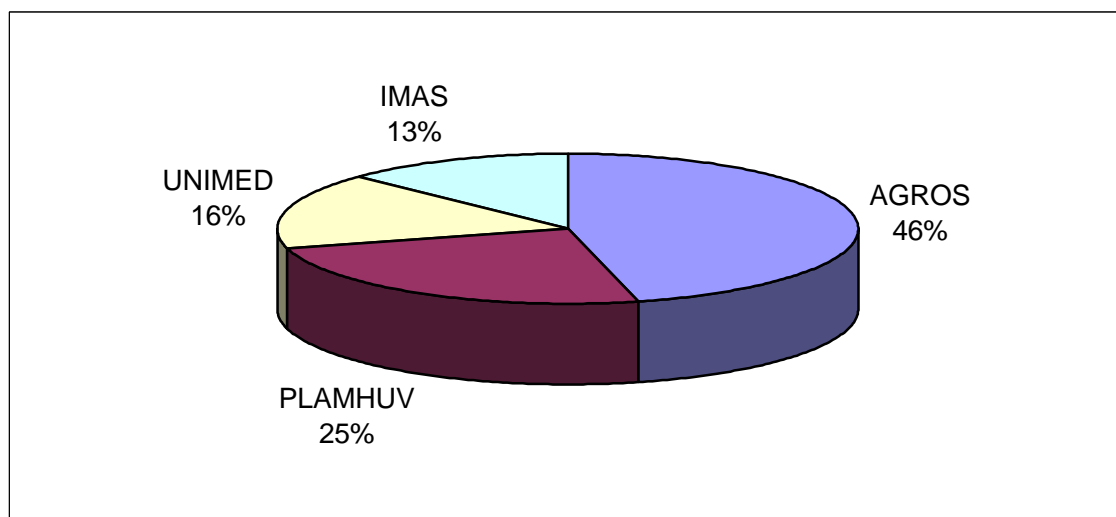
Fonte: SIP/ANS/MS (2003).

Quadro 5 – Classificação dos planos de saúde em Viçosa, MG, 2003

Nome da Operadora	Código na ANS	Classificação	Data de Fundação	Nº de Beneficiários
UNIMED	31.458 -7	Cooperativa	01/07/1991	5.100
IMAS *		Autarquia pública	21/01/1993	3.962
AGROS	36.892 -0	Autogestão	01/09/1994	14.230
PLAMHUV	30.288 -1	Filantropia	19/05/1995	7.634
TOTAL				30.926

Fonte: ANS (2004), com inclusões feitas pelo autor.

* O IMAS é uma autarquia municipal de direito público, portanto sem obrigatoriedade de registro na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Fonte: ANS (2004)

Figura 7 – Distribuição percentual de usuários dos planos de saúde em Viçosa, MG, 2004.

4.2. Distribuição geográfica dos usuários de planos de saúde

Comparando os bairros de Viçosa, por meio de um mapa (Anexo C), foi classificada a população residente, conforme a renda média apresentada no Quadro 6.

Quadro 6 – Distribuição regional dos usuários dos planos de saúde por faixa de salários mínimos em Viçosa, MG, 2000

REGIÃO	Beneficiários (N ^o)	Renda Familiar (SM)	Frequência (%)
1	143	>10 SM	2%
2	5.257	Entre 3,67 e 10 SM	80%
3	1.162	< 3,67 SM	18%

Fonte: Tinoco et al. (2000). Núcleo de Saúde Pública, UFV.

Em virtude dessa distribuição por renda e com os dados cadastrais dos usuários do PLAMHUV, foi possível estabelecer a distribuição geográfica deles e, ao mesmo tempo, classificá-los pelos extratos regionais de renda. Verificou-se assim, conforme o

Quadro 6, que os usuários do PLAMHUV estão concentrados na faixa de renda da região 2, ou seja, 80% desses tinham renda entre 3,67 e 10 salários mínimos; estando os demais usuários na região 3 (18%) e região 1 (2%), percebendo, respectivamente, rendimentos inferiores a 3,67 salários mínimos e maiores que 10,0 salários mínimos. Os usuários do SUS encontram-se representados em todas as regiões dentro da distribuição do mapa de Viçosa, conforme Anexo C.

4.3. Perfil socioeconômico dos usuários do PLAMHUV e do SUS

O perfil socioeconômico dos usuários do PLAMHUV e do SUS foi analisado por meio de frequências simples e cruzada, em termos das seguintes categorias analíticas: nível de instrução, renda e principal ocupação.

Os resultados evidenciaram que os usuários do PLAMHUV possuíam um grau de instrução superior e, conseqüentemente, melhor nível salarial. Visando a uma melhor interpretação dos resultados, foi feito um cruzamento das respostas em relação ao nível de instrução, renda familiar e ocupação, cujos dados podem ser visualizados nos quadros a seguir apresentados.

No Quadro 7, comparou-se o acesso aos serviços de saúde com as diferentes faixa de cada grupo.

Quadro 7 – Frequência cruzada entre acesso aos serviços de saúde e renda familiar dos usuários do PLAMHUV e do SUS em Viçosa, MG, 2004

Acesso	Resp. (N ^o)	0 a 2 SM (N ^o)	2 a 5 SM (N ^o)	5 a 10 SM (N ^o)	mais de 10 SM (N ^o)
SUS	85	67	17	1	0
PLAMHUV	85	22	49	13	1
Total (N ^o)	170	89	66	14	1
SUS (%)		75,3%	25,8%	7,1%	0,0%
PLAMHUV (%)		24,7%	74,2%	92,9%	100,0%

Resultados do Quadro 7 indicam que os usuários do SUS tinham, predominantemente, renda familiar de até 2 salários mínimos (75,3%), enquanto o percentual dos usuários do plano de saúde privado, nessa faixa de renda, foi de 24,7%. A situação se inverte quando se compara a renda de 2 a 5 salários mínimos, uma vez que 74,2% dos entrevistados eram usuários do PLAMHUV e 25,8% do SUS. E, assim, observou-se que, quanto mais elevada a faixa de renda, maior o número de usuários que possuíam planos de saúde privados, o que demonstra a seletividade do acesso a esse tipo de assistência à saúde.

Essa situação de seletividade, em função da renda, foi confirmada em nível nacional, ao ser constatado que, para os indivíduos com plano de saúde, a renda familiar “per capita” era de R\$569,34 (4,38 salários mínimos), enquanto no grupo sem plano, no qual se encontram 3/4 da população, a renda era de apenas R\$153,07 (1,18 salário mínimo). Essa distância social e econômica que separa os grupos era ainda mais acentuada entre os segurados do setor suplementar, que possuíam plano pelo emprego (cujas rendas alcançaram o valor de R\$498,19) e aqueles que têm plano privado (736,02, ou 5,66 salários mínimos). Assim, o rendimento mensal “per capita” do indivíduo que possuía plano privado era equivalente a quase cinco vezes o valor médio aferido entre os indivíduos que não tinham seguro de saúde (FARIAS e MELAMED, 2002). Por esses motivos, são comuns as seguintes expressões apresentadas por Bahia (2001): “só fica no SUS quem não tem recursos para comprar um plano” ou outra mais elaborada, do tipo “se quem pode pagar tem plano de saúde dá para o SUS cuidar melhor dos pobres”.

Outra informação associada ao perfil dos usuários diz respeito ao nível de instrução. Conforme dados do Quadro 8, que representa o cruzamento da variável instrução com as diversas faixas de renda, pôde-se constatar que quanto mais baixa a faixa de renda, maior o número de usuários que possuíam apenas o ensino fundamental. Assim, na faixa de 0 a 2 salários mínimos, dos 170 entrevistados, 98 tinham o ensino fundamental, sendo 66,3% usuários do SUS e 33,7% do PLAMHUV. Os usuários com ensino médio se concentravam na faixa de renda de 2 a 5 salários mínimos (35,3%); desses, 68,3% possuíam um plano de saúde privado. Com rendimento superior a 10 salários mínimos foi identificado somente um entrevistado, que tinha curso superior e era usuário do PLAMHUV. Apenas um entrevistado declarou-se analfabeto e com rendimento de 0 a 2 SM.

Quadro 8 – Nível de instrução *versus* renda familiar dos usuários do PLAMHUV e do SUS, em Viçosa, MG, 2004

Nível de Instrução	Resp. (Nº)	0 a 2 SM (Nº)	2 a 5 SM (Nº)	5 a 10 SM (Nº)	Mais de 10 SM (Nº)	SUS (%)	PLAMHUV (%)
E. Fundamental	98	69	26	3	0	66,3%	33,7%
Ensino Médio	60	18	33	9	0	31,7%	68,3%
E. Superior	11	1	7	2	1	-	100,0%
Analfabeto	1	1				100,0%	-
Total	170	89	66	14	1		

No intuito de verificar as principais ocupações de acordo com o nível de instrução e das faixas de renda salarial, procurou-se cruzar as três variáveis, separando cada grupo em função do acesso ao plano de saúde.

Inicialmente, conforme mostrado no Quadro 9, caracterizaram-se as ocupações dos usuários do PLAMHUV com ensino fundamental e em função da faixa de renda, sendo constatado que: 39% do total de entrevistados que possuíam plano de saúde privado haviam alcançado apenas o ensino fundamental, estando seus rendimentos basicamente entre 0 e 2 salários mínimos (42%) e de 5 a 7 SM (52%). Em razão do nível de instrução, pode-se constatar que as ocupações estavam associadas ao setor de serviços e comércio, com predomínio daqueles referentes à dona de casa, doméstica e do lar (39,45), percebendo de 0 a 2 salários mínimos (53,8%) e de 2 a 5 salários mínimos (38,5%).

Ao realizar a mesma associação com os usuários que possuíam o ensino médio, observou-se que 48% dos usuários do PLAMHUV que recebiam predominantemente de 2 a 5 salários mínimos (61%) encontravam-se ocupados, também, no setor terciário da economia (serviços e comércio), com destaque para comerciante, recepcionista, balconista, dona de casa, caixa, secretária, autônomo, doméstica e do lar (Quadro 10).

A ocupação dos entrevistados, em geral, no setor de comércio/serviços foi também a predominante na pesquisa de Farias e Melamed (2003), que analisaram o perfil dos segurados em nível de Brasil, tendo como base os mercados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE.

Quadro 9 – Freqüência cruzada entre tipo de ocupação e faixa de renda de usuários do PLAMHUV, com ensino fundamental, em Viçosa, MG, 2004

Ocupação	Nível de Instrução	Resp. (N ^o)	0 a 2 SM (N ^o)	2 a 5 SM (N ^o)	5 a 10 SM (N ^o)	Mais de 10 SM (N ^o)
Camareira	E. Fundamental	2		2		
Eletricista	E. Fundamental	1		1		
Dona de casa	E. Fundamental	10	4	5	1	
Doméstica	E. Fundamental	3	3			
Desempregado	E. Fundamental	1		1		
Estudante	E. Fundamental	1		1		
Comerciário	E. Fundamental	1	1			
Digitador	E. Fundamental	1			1	
Balconista	E. Fundamental	1	1			
Auxiliar de serviços	E. Fundamental	1	1			
Auxiliar de sala de aula	E. Fundamental	1	1			
Auxiliar de produção	E. Fundamental	1		1		
Auxiliar de enfermagem	E. Fundamental	1		1		
Auxiliar de cozinha	E. Fundamental	1		1		
Açougueiro	E. Fundamental	1		1		
Recepcionista	E. Fundamental	1	1			
Vendedora	E. Fundamental	1	1			
Trocador	E. Fundamental	1		1		
Servente de pedreiro	E. Fundamental	1		1		
Lavrador	E. Fundamental	1	1			
Pintor	E. Fundamental	1		1		
TOTAL (N ^o)		33	14	17	2	0
Freqüência (%)		100%	42%	52%	6%	0%
Freqüência da amostra (%)		39%				

Quadro 10 – Frequência cruzada entre tipo de ocupação e faixas de renda de usuários do PLAMHUV com ensino médio, em Viçosa, MG, 2004

Ocupação	Nível de Instrução	Resp. (Nº)	0 a 2 SM (Nº)	2 a 5 SM (Nº)	5 a 10 SM (Nº)	Mais de 10 SM (Nº)
Auxiliar de produção	Ensino Médio	1		1		
Caixa	Ensino Médio	2		2		
Cabeleireira	Ensino Médio	1	1			
Balconista	Ensino Médio	3	1	2		
Recepcionista	Ensino Médio	3		3		
Representante de vendas	Ensino Médio	1		1		
Desempregado	Ensino Médio	1		1		
Auxiliar de reabilitação	Ensino Médio	1	1			
Porteiro	Ensino Médio	1		1		
Auxiliar de escritório	Ensino Médio	1			1	
Autonomo	Ensino Médio	2	1	1		
Atendente de telemarketing	Ensino Médio	1		1		
Açougueiro	Ensino Médio	1		1		
Secretária	Ensino Médio	2	2			
Motorista	Ensino Médio	1			1	
Garçon	Ensino Médio	1		1		
Dona de casa	Ensino Médio	5		5		
Gerente	Ensino Médio	1		1		
Comerciante	Ensino Médio	4		1	3	
Comerciária	Ensino Médio	1			1	
Vendedora	Ensino Médio	1		1		
Copeira	Ensino Médio	1	1			
Coordenador de produção	Ensino Médio	1			1	
Contabilidade	Ensino Médio	1			1	
Estudante	Ensino Médio	1			1	
Doméstica	Ensino Médio	2		2		
TOTAL (Nº)		41	7	25	9	0
Frequência (%)		100%	17%	61%	22%	0%
Frequência da amostra (%)		48%				

Conforme apresentado no Quadro 11, no ensino superior existiam apenas 13% dos usuários do PLAMHUV. Esse baixo índice de usuários com nível superior já era esperado, uma vez que no município de Viçosa os profissionais mais qualificados, em sua grande maioria, encontravam-se vinculados à Universidade Federal de Viçosa, que oferece aos seus funcionários o PAS-UFV (Plano de Assistência à Saúde), por meio do AGROS.

Quadro 11 – Frequência cruzada entre tipo de ocupação e faixas de renda de usuários do PLAMHUV com ensino superior, em Viçosa, MG, 2004

Ocupação	Nível de Instrução	Resp. (N ^o)	0 a 2 SM (N ^o)	2 a 5 SM (N ^o)	5 a 10 SM (N ^o)	Mais de 10 SM (N ^o)
Pedagoga	E. Superior	1			1	
Coordenadora de operação	E. Superior	1		1		
Contador	E. Superior	2		2		
Dona de casa	E. Superior	1		1		
Estagiário	E. Superior	1				1
Assistente-administrativo	E. Superior	1		1		
Aposentado	E. Superior	1	1			
Estudante	E. Superior	3		2	1	
TOTAL (N ^o)		11	1	7	2	1
Frequência (%)		100%	9%	64%	18%	9%
Frequência da amostra (%)		13%				

As análises dos usuários do SUS permitiram inferir que o nível de instrução e a faixa de renda caem consideravelmente, com reflexos sobre o tipo de ocupação (Quadro 12). Assim, de acordo com o Quadro 12, para aqueles que possuíam o nível fundamental (76,47%), mais de 3/4 contavam com uma renda variando de 0 a 2 salários mínimos (78%), com apenas 2% percebendo de 5 a 10 salários mínimos. Com esse grau de instrução e faixa salarial, as ocupações principais foram domésticas e do lar (29,2%), “motoboy” e servente (12,3%), entre outras, além de desempregados, aposentados e estudantes (18,5%).

Quadro 12 – Frequência cruzada entre tipo de ocupação e faixas de renda de usuários do SUS com ensino fundamental, em Viçosa, MG, 2004

Ocupação	Instruc. Nível	Resp. (N ^o)	0 a 2 SM (N ^o)	2 a 5 SM (N ^o)	5 a 10 SM (N ^o)	Mais de 10 SM (N ^o)
Comerciante	E. Fundamental	2	2			
Vendedora	E. Fundamental	1		1		
Do lar	E. Fundamental	9	9			
Ajudante de depósito	E. Fundamental	1		1		
Diarista	E. Fundamental	1	1			
Desempregado	E. Fundamental	8	8			
Entregador	E. Fundamental	1	1			
Cozinheira	E. Fundamental	1	1			
Doméstica	E. Fundamental	10	8	2		
Balconista	E. Fundamental	1	1			
Auxiliar dentista	E. Fundamental	1		1		
Auxiliar de serviços	E. Fundamental	2	2			
Autônoma	E. Fundamental	2	1	1		
Armador	E. Fundamental	1	1			
Aposentado	E. Fundamental	3	2	1		
Ambulante	E. Fundamental	1			1	
Ajudante de serralheiro	E. Fundamental	1	1			
Servente	E. Fundamental	3	3			
Servente de pedreiro	E. Fundamental	1	1			
Faxineira	E. Fundamental	1	1			
Lavrador	E. Fundamental	2	2			
Manicure	E. Fundamental	1	1			
Motoboy	E. Fundamental	5	1			
Pedreiro	E. Fundamental	1	1			
Pintor	E. Fundamental	1	1			
Operador de máquina	E. Fundamental	1	1			
Estudante	E Fundamental	3	1	2		
TOTAL (N ^o)		65	51	9	1	0
Frequência (%)		100%	78%	14%	2%	0%
Frequência da amostra (%)		76,47%				

Na amostra dos usuários do SUS, apenas 22,35% tinham ensino médio (Quadro 13). Com esse nível de instrução, 58 e 42% ganhavam até dois salários mínimos e de 2 a 5 salários mínimos, respectivamente. As categorias ocupacionais predominantes foram: balconista, do lar e estudante.

Quadro 13 – Freqüência cruzada entre tipo de ocupação e faixas de renda de usuários do SUS com ensino fundamental, Viçosa, MG, 2004

Ocupação	Instruc. Nível	Resp. (Nº)	0 a 2 SM (Nº)	2 a 5 SM (Nº)	5 a 10 SM (Nº)	Mais de 10 SM (Nº)
Assistente	Ensino Médio	1		1		
Aux. alomxarifado	Ensino Médio	1		1		
Aux. de serviços	Ensino Médio	1	1			
Aux. serv. gerais	Ensino Médio	1		1		
Balconista	Ensino Médio	2		2		
Comerciante	Ensino Médio	1		1		
Cozinheira	Ensino Médio	1	1			
Desempregada	Ensino Médio	1	1			
Do lar	Ensino Médio	2	1	1		
Eletricista	Ensino Médio	1	1			
Estudante	Ensino Médio	2	1	1		
“Motoboy”	Ensino Médio	1	1			
Motorista	Ensino Médio	1	1			
Oper. de caixa	Ensino Médio	1	1			
Pintor	Ensino Médio	1	1			
Servente	Ensino Médio	1	1			
TOTAL (Nº)		19	11	8	0	0
Freqüência (%)		100%	58%	42%	0%	0%
Freqüência da amostra (%)		22.35%				

Quanto aos usuários do SUS, não houve nenhuma ocorrência de entrevistados com nível superior.

4.4. Condições de atendimento e acesso no sistema de saúde de Viçosa, MG

Na análise das condições de atendimento e de acesso ao sistema de saúde de Viçosa, foram selecionados aleatoriamente indivíduos pertencentes aos dois grupos pesquisados.

Inicialmente, foi indagado aos entrevistados se haviam tido algum problema de saúde nos últimos 12 meses, tendo sido constatado que 56%, independentemente do tipo de assistência recebida, disseram que sim. Quase todos relataram a ocorrência das mesmas doenças, como: “doença nos rins”, “coração”, “pressão alta”, “diabetes”. Quanto à procura por assistência médica, em torno de 60% dos usuários, do PLAMHUV ou do SUS, disseram que demandaram algum tipo de assistência médica, sendo os serviços divididos em apenas três categorias (consulta, exame e internação). Dos entrevistados que procuraram assistência médica, 33% fizeram apenas consultas; 18% realizaram consultas e exames e 10% ficaram internados, enquanto os demais não souberam responder. No grupo dos usuários do plano de saúde, 18% realizaram somente consultas, 52% fizeram consultas e exames e 13% utilizaram os serviços de internação. Quanto aos usuários do SUS, os resultados indicaram que quando esses necessitavam de consultas, estas estavam ligadas normalmente às consultas de emergência nos ambulatórios dos hospitais. Entretanto, quando necessitavam de realizar exames, não o faziam devido à dificuldade que tinham em ser atendidos na Policlínica. Já, para os usuários do PLAMHUV, o acesso aos exames, sobretudo os considerados simples, era muito mais rápido, inclusive o retorno ao médico para mostrar-lhe os resultados.

Na opinião de Noronha e Andrade (2002), o custo de oportunidade é também outro fator determinante da utilização dos serviços médicos. Constataram que, geralmente, o tempo gasto na fila de espera por atendimento e o custo do deslocamento são maiores para os grupos socioeconômicos menos privilegiados, em termos de renda percebida. Outra hipótese está associada à diferença sobre a expectativa de ser atendido entre os indivíduos de baixa e alta renda. Os indivíduos mais ricos, por possuírem planos de saúde, formam expectativas de que serão sempre atendidos, cada vez que procurarem os serviços. Tais resultados corroboram as hipótese de fragmentação e seletividade da assistência à saúde, para a sociedade brasileira, conforme pesquisa realizada por Farias e Melamed (2002).

4.5. Conhecimento e percepções sobre os serviços de saúde

Para melhor compreensão dos mecanismos por meio dos quais são geralmente, organizadas as escolhas e a tomada de decisões, em relação ao serviço de saúde, procurou-se analisar as percepções e representações presentes nos discursos de uma subamostra dos 170 informantes pesquisados (10 do SUS e 10 do plano de saúde privado).

Com respeito aos usuários do SUS, pôde-se constatar, conforme as falas dos cinco entrevistados a seguir especificadas, que um plano de saúde significa “boa coisa”, “bom atendimento”. Ou seja, na percepção deles a qualidade no serviço de saúde estava associada à atenção, em termos de facilidade de acesso e de uma interação mais humanizada. Além disso, o plano de saúde era visto como uma solução para diversas pessoas, que só não tinham um plano de saúde privado por falta de condições financeiras.

E1 do SUS, 47 anos, faxineira, ensino fundamental incompleto, renda até 2 SM:

Um plano de saúde para mim significa bom atendimento, mas não posso adquirir pois acho muito caro. Espero que o SUS aumente o número de fichas para ser mais fácil conseguir atendimento. Seria bom que as internações pudessem ter acompanhantes e um cuidado melhor com o paciente.

E2 do SUS, 43 anos, servente desempregado, ensino fundamental incompleto, renda de 0 a 2 SM:

Um plano de saúde é uma boa coisa, mas ganho pouco e não posso adquirir. Eu gostaria que o SUS melhorasse o atendimento e pagasse a ida e volta para o hospital. Estive internado há pouco tempo e vi que sem plano de saúde não tem medicamentos.

E3 do SUS, 33 anos, doméstica, ensino fundamental incompleto, renda de 0 a 2 SM:

Um plano de saúde significa melhoria no atendimento e para minha vida, não posso adquirir pois acho muito caro. Espero que o SUS melhor mais o atendimento pois é muito burocrático.

E4 do SUS, 25 anos, auxiliar de serviço, desempregado, ensino fundamental incompleto, renda de 0 a 2 SM:

Plano de saúde é uma boa questão, eu não adquiri um plano de saúde porque não tive contato com a pessoa certa.

E5 do SUS, 29 anos, funcionário público contratado (não concursado), ensino fundamental incompleto, renda familiar de 0 a 2 SM:

Eu acho que um plano de saúde seria solução para muitos problemas, eu só não tenho porque não tenho como pagar.

No entanto, na concepção de seis usuários de plano de saúde, este possui um significado mais amplo. Significa “vida”, “segurança”, “mais benefício” e uma “ótima solução”, além de ser “muito importante”. Essas representações positivas do plano de saúde, explicitadas nos depoimentos dos entrevistados, estavam quase sempre associadas às desvantagens do SUS, que, comparativamente, proporcionava menos segurança que o PLAMHUV, uma vez que este possuía um atendimento mais “fácil, ágil e executado com presteza”.

E1 do PLAMHUV, 35 anos, projetista de ferramentas, comerciante, ensino médio completo, renda familiar de 5 a 10 SM:

Um plano de saúde para mim, significa “vida”, pois o SUS não atende bem.

E2 do PLAMHUV, 32 anos, auxiliar de sala (monitora de creche), ensino fundamental completo, renda pessoal de 0 a 2 SM:

Plano de Saúde significa segurança para minha família pois é muito importante e necessário. O atendimento é mais fácil, ágil e executado com presteza.

E3 do PLAMHUV, 35 anos, comerciário, ensino fundamental incompleto, renda familiar de 0 a 2 SM:

O plano de saúde significa muito benefício e menos burocracia, facilita para a família.

E4 do PLAMHUV, 32 anos, operadora de caixa, ensino fundamental incompleto, renda familiar de 2 a 5 salários mínimos:

Plano de saúde é uma ótima solução pois tenho 02 filhos e nunca sabe o dia de amanhã.

E5 do PLAMHUV, 37 anos, aux. de cozinha, ensino fundamental incompleto, renda familiar de 2 a 5 salários mínimos:

Plano de saúde significa segurança e eu adquiri o plano porque precisava no momento. Acho que a gente deveria pagar somente quando usasse. O plano é bom porque atende com facilidade.

E6 do PLAMHUV, 31 anos, vendedora, ensino fundamental completo, renda familiar de 0 a 2 salários mínimos:

Plano de saúde é muito importante, pois a falta de recursos do SUS nos obriga e adquirir um plano para sermos bem atendidas.

Visando dar peso à análise, procurou-se substituir o conteúdo latente das falas por medidas mais precisas ou quantificáveis, por meio da frequência simples e acumulada. Assim, no grupo dos usuários do SUS, foram insignificantes as respostas negativas (7%), quanto ao significado do plano de saúde na vida dos entrevistados, que expressaram: “não significa nada”, “não faz diferença na minha vida”, “é uma bobeira”, “pois quando precisa não funciona”. Considerando que 9% não responderam, os demais usuários do Sistema Público de Saúde (84%) percebiam, conforme o Quadro 14, o plano de saúde como algo “bom”, principalmente em termos da qualidade do atendimento, considerando-o como: “tudo na vida”, “facilidade de acesso”, “bom atendimento”, “melhoria no atendimento”, “segurança”, “muito importante”, “conforto”, “bom investimento”, “necessidade para a família”. Ou seja, esse grupo de palavras expressa o desejo de se ter um plano de saúde, sentido-o como uma solução para os problemas enfrentados no atendimento pelo SUS. Dessa forma, percebiam a “qualidade” do plano de saúde; desejam ter acesso ao mesmo, mas encontram-se impossibilitados pela falta de recursos.

Entre os usuários do PLAMHUV, apenas três pessoas não expressaram sua opinião (4%), ressaltando-se que um tinha uma reclamação pelo fato de o plano não cobrir os exames de que ele estava precisando no momento (1%). Na percepção de 95% dos entrevistados, o plano era algo importante para a sua vida e da sua família: expressando o seu significado, das seguintes formas: significa “segurança”, “conforto”, “tranquilidade”, “tudo”, representado uma solução “muito importante” e “facilidade de acesso”. Farias (2001) já tinha comentado esse trinômio *qualidade-acesso-segurança* como um diferencial das percepções dos entrevistados como algo superior ao SUS (Quadro 15).

Quadro 14 – Significado de um plano de saúde para os usuários do SUS, em Viçosa, MG, 2004

Padrão de Resposta	Resposta (N ^o)	Frequência (%)	
		Simple	Acumulada
Bom atendimento/boa questão	13	15	15
Melhoria no atendimento	12	14	29
Tudo na vida	11	13	42
Segurança	11	13	55
Não soube/não respondeu	8	9	65
Facilidade de acesso	7	8	73
Importante	6	7	80
Nada	4	5	85
Conforto	4	5	89
Muito boa coisa	2	2	92
Muito importante	1	1	93
1 ^a necessidade para a família	1	1	94
Não faz diferença	1	1	95
Depende do plano	1	1	96
Bom investimento	1	1	98
Solução para muitos problemas	1	1	99
Bobeira, pois quando precisa não funciona	1	1	100
TOTAL	85	100	100

Quadro 15 – Significado de um plano de saúde para os usuários do PLAMHUV, em Viçosa, MG, 2004

Padrão de Resposta	Resposta (N ^o)	Frequência (%)	
		Simple	Acumulada
Segurança	27	32	32
É muito importante	17	20	52
Facilidade de acesso	11	13	65
Conforto	8	9	74
Tranqüilidade	5	6	80
Tudo	3	4	84
Não soube/não respondeu	3	4	87
Ótima solução	2	2	89
Necessidade	2	2	92
Economia	2	2	94
Vida	1	1	95
Uma melhora de 100%	1	1	96
Paz	1	1	98
Não significa muito, pois todo exame tem que pagar	1	1	99
Melhoria	1	1	100
TOTAL	85	100	100

Com o objetivo de identificar como seria possível melhorar as condições de atendimento dos planos, procurou-se indagar aos entrevistados “o que eles mudariam em seus planos de saúde”.

Em razão das respostas apresentadas pelos usuários do PLAMHUV, pôde-se identificar em suas falas, a seguir apresentadas, que as expectativas (em termos de melhoria no plano) estavam basicamente associadas à ampliação da cobertura e a um atendimento de melhor qualidade, ressaltando-se: mais especialistas e prestação de outros serviços (facilidade para pagamento, plano odontológico etc.).

Pela transcrição de alguns discursos, tem-se:

E1, 35 anos, projetista de ferramentas, comerciante, ensino médio completo, renda familiar de 5 a 10 SM:

Plano de saúde tem que ter cobertura total.

E2, 32 anos, auxiliar de sala (monitora de creche), ensino fundamental completo, renda pessoal de 0 a 2 SM:

O plano deve continuar bom. Seu atendimento é mais fácil, ágil e executado com presteza.

E3, 35 anos, comerciário, ensino fundamental incompleto, renda familiar de 0 a 2 SM:

Gostaria que o plano tivesse mais facilidade para negociar os débitos pois pago os juros e ainda posso perder o plano.

E4, 32 anos, operadora de caixa, ensino fundamental incompleto, renda familiar de 2 a 5 salários mínimos:

Acho que o plano deveria manter especialistas no hospital e plano odontológico.

E5, 44 anos, comerciante, ensino médio completo, não declarou a renda.

Gostaria que o meu tivesse mais ortopedista, dermatologista e aumentasse a cobertura.

E6, 37 anos, aux. de cozinha, ensino fundamental incompleto, renda familiar de 2 a 5 salários mínimos:

O plano de saúde poderia ter um preço melhor para os dependentes pois fica caro pelo pouco uso do plano.

E7, 45 anos, porteiro, ensino médio completo, renda familiar de 2 a 5 salários mínimos:

Gostaria que ele tivesse a cobertura aumentada e melhorasse o atendimento médico, pois os médicos não atendem bem.

E8, 37 anos, ensino médio completo, renda familiar de 2 a 5 SM:

Gostaria ter melhor atendimento e mais especialidades médicas.

E9, 31 anos, vendedora, ensino fundamental completo, renda familiar de 0 a 2 salários mínimos:

Não tenho nada a reclamar, mas gostaria que tivesse mais médicos e o meu plano tivesse cobertura total.

E10, auxiliar de enfermagem, ensino médio completo, renda familiar de 2 a 5 salários mínimos:

O meu plano deveria ter cobertura total.

A quantificação das unidades de análise foi codificada, conforme informações no Quadro 16, demonstrando que as mudanças desejadas nos planos para que os mesmos fossem melhores estavam associadas a cobertura mais ampla (21%) ou que fosse total, em termos de consulta e exames (11%). Além disso, existiam aqueles usuários que estavam satisfeitos com o plano (19%), solicitando que “continue bom”, uma vez que o atendimento era fácil e ágil. Outras sugestões apresentadas pelos usuários do PLAMHUV estavam associadas à melhoria da qualidade do serviço prestado (em termos da internação, acesso à ambulância, formas mais adequadas de cobrança), como também aos aspectos referentes a preços mais acessíveis, descontos e mais facilidades para a negociação dos débitos. Verificou-se que 31% dos usuários não responderam ou não souberam responder, o que demonstra que uma parte dos usuários desconhece as condições de atendimento do plano de saúde.

Quadro 16 – Sugestões dos usuários do PLAMHUV para sua melhoria, em Viçosa, MG, 2004

Respostas	Ocorrência (N ^o)	Frequência (%)
Não soube/não respondeu	26	31
Ampliar a cobertura	18	21
Continue bom	16	19
Cobertura total de consultas e exames	9	11
Bom atendimento e qualidade	7	8
Internação	3	4
Preço	2	2
Facilidade para negociar débito	1	1
Descontos de farmácia	1	1
Cobranças mal feitas (boletos bancários)	1	1
Ambulância	1	1
TOTAL	85	100

Analisando as falas dos usuários do SUS, pôde-se constatar que a melhoria desejada estava, basicamente, associada a um atendimento de melhor qualidade:

E1, 47 anos, faxineira, ensino fundamental incompleto, renda até 02 SM:

Espero que o SUS aumente o número de fichas para ser mais fácil conseguir atendimento. Seria bom que as internações pudessem ter acompanhantes e um cuidado melhor com o paciente.

E2, 25 anos, aux. de almoxarifado, ensino médio completo, renda de 02 a 05 SM:

O SUS deveria ter mais técnico trabalhando com sincronia e comprometimento. Os Serviços odontológicos deveriam ser melhorados, pois só tem um ponto de atendimento.

E3, 37 anos, servente de pedreiro, ensino fundamental incompleto, renda de 0 a 2 SM:

O SUS deveria ter mais médico e melhorar o atendimento de urgência. A marcação de fichas deveria ser com menor tempo, pois hoje se marca consulta para daqui a 20 ou 30 dias. Sinto-me muito insatisfeito com o atendimento em geral.

E5, 33 anos, doméstica, ensino fundamental incompleto, renda de 0 a 2 SM:

Espero que o SUS melhor mais o atendimento pois é muito burocrático. O atendimento na emergência tem que ser melhorado pois vamos ao hospital e às vezes não somos atendidas.

E6, 21 anos, estudante da 8ª série, renda familiar de 2 a 5 salários mínimos:

O SUS tem que melhorar porque é muito ruim, pois tem poucos médicos e o atendimento é muito ruim.

E7, 16 anos, estudante do 1º ano do ensino médio, renda familiar de 0 a 2 SM:

O SUS é muito ruim e poderia ter mais evolução e melhorar o atendimento principalmente para partos e câncer.

E8, 52 anos, do lar, ensino fundamental incompleto, renda de 0 a 2 SM:

Espero que seja mais fácil conseguir atendimento pelo SUS, para isso deveria aumentar o número de fichas e melhorar o acesso tendo mais especialidades médicas e mais tempo de atendimento porque facilitaria para pegar ficha e fazer exames.

E9, 29 anos, funcionário público contratado (não concursado), ensino fundamental incompleto, renda familiar de 0 a 2 SM:

O SUS tem que melhorar o atendimento dos funcionários e fornecimentos de medicamentos tem que conseguir mais médicos porque saio de madrugada para pegar ficha e só atende na parte da tarde.

Como pode ser visto no Quadro 17, quanto às modificações para um melhor atendimento do SUS, os usuários apontaram diversas sugestões. Considerando que 6% não souberam responder, todas as demais respostas, apresentadas no Quadro 17 estavam associadas à atenção e a um atendimento de melhor qualidade. Assim, como pode ser visualizado no Quadro 17, o que deveria mudar no SUS, na percepção de seus usuários, era o seguinte: atendimento em geral e atendimento médico (43%); consultas, exames, internação, encaminhamento para fora, transporte, cirurgias, enfim, “todos” (35%); além de outros serviços e equipamentos específicos.

4.5.1. Satisfação dos usuários com relação aos serviços de saúde

Constatou-se, conforme Quadro 18, que 67% dos usuários se sentiam satisfeitos com o SUS, mesmo tendo criticado o seu atendimento. Esse nível de satisfação com os serviços de saúde pública mostrou-se coerente com a realidade nacional, conforme pesquisa realizada por Melamed e Farias (2003). A explicação apresentada por esses autores para tal resultado derivou-se da pressuposição de que os usuários possuíam uma baixa expectativa quanto ao funcionamento do SUS e quando conseguiam algum atendimento já se davam por satisfeitos. Parece, assim, existir certo “clima de conformismo”, que pode ser derivado pelo menor acesso a conhecimento e informações sobre seus direitos como cidadão, que poderiam fazer com que os mesmos se tornassem mais exigentes.

Quanto ao nível de satisfação dos usuários do PLAMHUV, pôde-se constatar que 93% deles se sentiam satisfeitos quanto ao funcionamento do plano, em termos da satisfação de suas necessidades (Quadro 19). Comparando esses resultados das pesquisas realizadas no âmbito nacional (visualizar Quadro 2C, do Anexo), pode-se afirmar que o nível de satisfação dos usuários locais é superior aos daqueles pesquisados por vários órgãos em um contexto nacional.

Quadro 17 – Sugestões dos usuários do SUS para sua melhoria, em Viçosa, MG, 2004

Respostas	Ocorrência (N ^o)	Frequência (%)
Atendimento em geral	31	36
Consulta e exame	14	16
Todos	8	9
Atendimento médico	6	7
Internação	5	6
Não soube/não respondeu	4	5
Maternidade	3	4
Plantão e emergência	3	4
Odontológico	2	2
Não entendo disso não	1	1
Transporte	1	1
Farmácia	1	1
Encaminhamento para fora	1	1
Policlínica	1	1
Cirurgia e pós-operatório	1	1
Cirurgia	1	1
Saúde da família	1	1
Nada	1	1
TOTAL	85	100

Quadro 18 – Nível de satisfação dos usuários do SUS

Respostas	Ocorrência (N ^o)	Frequência (%)	Acumulado (%)
Muito satisfeito	6	7	7
Satisfeito	51	60	67
Insatisfeito	2	2	69
Muito insatisfeito	2	2	72
Não soube/não respondeu	24	28	100
TOTAL	85	100	100

Quadro 19 – Nível de satisfação dos usuários do PLAMHUV

Respostas	Ocorrência (N ^o)	Frequência (%)	Acumulado (%)
Muito satisfeito	4	5	5
Satisfeito	75	88	93
Insatisfeito	6	7	100
TOTAL	85	100	100

4.5.2. Conhecimento da lei pelos usuários: a questão da complementariedade e suplementariedade

Com o objetivo de identificar o nível de conhecimento dos usuários com respeito à Lei Federal nº 9.656/98, de regulamentação das atividades dos planos de saúde no Brasil, procurou-se indagar aos usuários do PLAMHUV se tinham alguma informação sobre a mesma. Constatou-se que 88% dos entrevistados responderam que não tinham conhecimento dessa lei. Dos que responderam positivamente, somente 2% concordavam plenamente. Consideraram que o governo tinha obrigação de zelar pela saúde e fiscalização os planos, para que fossem cumpridos os contratos. Os outros que concordavam, em parte, alegaram que houve aumento do custo do plano, devido ao aumento de cobertura e obrigações dos planos. Um entrevistado chegou a declarar que *Não é justo a gente pagar pelos outros.*

Quando se indagou aos usuários se eles gostariam de que seus planos fossem complementares ou totais, 85% disseram que gostariam de possuir um plano com cobertura total. Tal resultado está coerente com Cotta (2002), que afirmou que não há como pensar num atendimento de saúde não sendo pleno, ou seja, não é possível ser “meio-cidadão” e ter “meios-direitos”. Entretanto, quando eram indagados se concordariam em pagar pelos mesmos procedimentos em que o SUS os atendia satisfatoriamente, 62% disseram que não, afirmando que não era justo, pois poderiam ter uma redução em suas mensalidades, ou seja, se o plano fosse complementar ao SUS, o seu custo seria bem menor. Quando se perguntou quanto poderia ser menor o valor da mensalidade, 51% dos entrevistados não souberam ou não responderam, enquanto os

outros deram valores aleatórios, que variaram desde R\$8,50 até R250,00, existindo ainda uma parcela dos entrevistados que acreditavam numa redução de 50%.

Os relatos dos entrevistados do PLAMHUV, com respeito a essa temática, foram:

E1, 35 anos, projetista de ferramentas, comerciante, ensino médio completo, renda familiar de 5 a 10 SM:

Não concordo em pagar no plano de saúde pelos mesmos serviços que o SUS me atende satisfatoriamente e acredito que a minha mensalidade pudesse diminuir em R\$50,00 caso o meu plano fosse complementar ao SUS.

E2, 32 anos, auxiliar de sala (monitora de creche), ensino fundamental completo, renda pessoal de 0 a 2 SM:

Acho que o plano deveria ter cobertura total, mas não concordo em pagar pelos mesmos procedimentos que o SUS me atende bem, acho injusto pois se o plano fosse complementar poderia ter um desconto na minha mensalidade de R\$17,50.

E3, 35 anos, comerciário, ensino fundamental incompleto, renda familiar de 0 a 2 SM:

Acho que o plano deveria ter cobertura total, mas não concordo em ter que pagar pelos procedimentos que o SUS me atende, eu deveria pagar somente por aquilo que eu necessitasse com mis urgência e o meu plano ficaria mais barato.

E4, 32 anos, operadora de caixa, ensino fundamental incompleto, renda familiar de 2 a 5 salários mínimos:

Não acho justo que em pagar pelos mesmos procedimentos que o SUS atende. A opção pelo plano de saúde é que em caso de emergência o plano atende imediatamente.

E5, 44 anos, comerciante, ensino médio completo, não declarou a renda.

Acho que a cobertura tem que ser total, mas não concordo em pagar por aqueles procedimentos que o SUS me atende satisfatoriamente.

E6, 37 anos, aux. de cozinha, ensino fundamental incompleto, renda familiar de 2 a 5 salários mínimos:

Meu plano deveria ter cobertura total mas não concordo em pagar pelos procedimentos que o SUS me atende satisfatoriamente. Acredito que a mensalidade poderia ser menor se meu plano fosse complementar, mas não sei dizer o quanto.

E7, 45 anos, porteiro, ensino médio completo, renda familiar de 2 a 5 salários mínimos:

Acho que o meu plano deveria ter cobertura total mas não concordo em pagar duplamente pelos serviços que o SUS me atende bem. Acho que o valor da minha mensalidade poderia diminuir caso o meu plano fosse complementar ao SUS.

E8, 37 anos, ensino médio completo, renda familiar de 2 a 5 SM:

O meu poderia ser complementar ao SUS pois ser mais barata as mensalidades em torno de R\$30,00.

E9, 31 anos, vendedora, ensino fundamental completo, renda familiar de 0 a 2 salários mínimos:

Eu não concordo em pagar no plano de saúde pelos mesmos procedimentos que o SUS me atende bem e acredito que se ele fosse complementar poderia diminuir em R\$40,00 o valor das mensalidades.

E10, auxiliar de enfermagem, ensino médio completo, renda familiar de 2 a 5 salários mínimos:

O meu plano deveria ter cobertura total mas não é justo pagarmos pelos atendimentos que o SUS cobre pois o valor das mensalidades poderiam ser menores.

Pela análise desses dados, pôde-se perceber que a população, em geral, não tem idéia do custo do atendimento médico no Brasil, tanto dos que utilizam um plano de saúde quanto dos que utilizam o SUS. Na verdade, sucede-se, como constatou Neto (2002), que o desenvolvimento tecnológico traz uma diversidade muito grande de exames e um aumento nos custos da medicina sem, contudo, haver fontes de custeio para a assistência à saúde.

Pode-se, assim, dizer que os usuários de planos de saúde gostariam de ter um atendimento pleno, como afirmou Cotta (2002), mas não gostariam necessariamente de ter que abrir mão dos seus direitos de cidadão, em poderem continuar usando aqueles serviços gratuitos do SUS que atendessem satisfatoriamente sem, com isso, ter que pagar novamente por eles.

A ocorrência dessa dicotomia, ou seja, usar o serviço público ou o privado, permite que seja feita uma reflexão sobre a possibilidade de que haja um acordo entre o sistema público e o privado para que se complementem e, com isso, consigam melhorar o atendimento à população.

Segundo Melamed e Farias (2003), o setor privado tende a emergir quando ocorre uma percepção coletiva de que o sistema público oferece serviços de baixa qualidade, por não permitir a possibilidade de escolha do provedor ou por cobrir apenas alguns tipos de serviços. Pesquisa realizada pelos referidos autores indicou que, em geral, o papel do seguro privado poderia ser de três tipos:

- Cobertura de indivíduos que são inelegíveis ao seguro público. Nesse caso, o principal exemplo seriam os EUA, onde apenas parte da população é elegível (idosos e pobres).
- Cobertura de indivíduos que optam por retirar-se do programa de seguro público universal, por exemplo a Alemanha.
- Cobertura suplementar de serviços coexistindo com um sistema público universal, como é o caso do Brasil e do Reino Unido.

No caso dos países desenvolvidos, o espectro de combinações possíveis, que trata do financiamento da saúde e dos tipos de prestadores, pode ser visualizado no Quadro 20.

A dimensão da suplementação do sistema público de saúde varia de país para país – incluindo serviços especializados não cobertos pelo setor público; taxas extras de consultas e hospitalização, que excedem o pagamento efetuado por meio de credenciamento público, assim como a possibilidade de indivíduos que optam por estar fora do sistema público, como é o caso da Alemanha (MELAMED e FARIAS, 2003).

Quadro 20 – Espectro de combinações referentes ao financiamento da saúde e tipos de prestadores em nível internacional

País	Financiamento	Prestador
Bélgica, França, Alemanha, Áustria, Japão, Luxemburgo	Seguro Social	Mix público/privado
Holanda	Mix seguro social/privado	Privado
Irlanda, Espanha, Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Grécia, Islândia, Portugal, Noruega, Suécia	Recursos fiscais	Público
Canadá	Recursos fiscais	Privado
EUA, Suíça	Seguro voluntário	Privado
Itália	Seguro social/recursos fiscais	Público
Austrália, Nova Zelândia	Recursos fiscais	Mix público/privado
Turquia	Não há fonte predominante	Mix público/privado

Fonte: OECD (1998).

4.6. Questões associadas às implicações dos planos sobre a economia familiar

Visando identificar qual era a importância dos planos nas despesas familiares, procurou-se verificar com os entrevistados usuários de planos de saúde quanto eles pagavam pelos seus planos, destacando que: 16% não responderam ou não souberam responder, alegando, muitas vezes, que quem pagava o plano eram outras pessoas, como pais, filhos, empresas e, assim, não tinham certeza de quanto era o custo do plano de saúde.

Outra questão estava associada ao dimensionamento da porcentagem da renda gasta com o pagamento do plano, em que 46% afirmaram que não tinham noção do valor, enquanto outros apresentaram certos valores que não eram coerentes com a renda declarada e nem com o valor fornecido pelo plano de saúde, ou seja, também não sabiam informar qual era o peso do plano de saúde no orçamento doméstico.

Segundo dados da POF de 1995/96, as famílias que possuíam algum tipo de gasto com saúde empenhavam 8% de suas rendas nesses gastos. A estimativa provida pela PNAD é um pouco mais elevada, sendo de 12% o percentual da renda-família dedicada aos gastos com saúde em geral (SILVEIRA et al., 2002).

Apesar dessa falta de informações sobre o custo do plano, 68% dos entrevistados do PLAMHUV afirmaram que a decisão de se adquirir o plano havia sido tomada por toda a família, considerando que todos os seus membros deveriam ter cobertura e, assim, participarem na hora do pagamento.

Os resultados encontram sustentação nas análises feitas por Silveira et al. (2002), com base nos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em que afirmaram que as decisões sobre a aquisição de planos de saúde, medicamentos, de tratamentos dentários, de óculos e de gastos afins têm, para a maior parte da população, um impacto significativo no orçamento doméstico e, muitas vezes, podem implicar participação de outros membros da família que não residem no mesmo domicílio.

Constatou-se também que, muitas vezes, as famílias optavam pelo pagamento de um plano de saúde somente para aquele membro que consideravam de maior risco, ao perceberem que ficava mais barato para a família custear um plano do que bancar os altos custos do atendimento particular e, também, por que não gostariam de se submeter ao atendimento do SUS.

Quanto a pagar o plano em dia, 70% disseram que não tinham dificuldades, afirmando, inclusive; que fariam de tudo para manter o plano, ou seja, deixariam de gastar com lazer, roupas e até com itens alimentícios, adequando o orçamento doméstico à magnitude das despesas familiares.

Afirmaram também que, em situações de dificuldades, poderiam tentar conseguir dinheiro emprestado para poder pagar ou até atrasar algumas prestações, o que demonstra a importância dos planos de saúde em suas vidas.

Segundo Silveira et al. (2002), os gastos com saúde geralmente se concentram em duas categorias de dispêndio: medicamentos e planos de saúde. Constataram que, entre as famílias mais pobres, quase todos os gastos com saúde eram destinados às despesas com medicamentos. E, à medida que estratos progressivamente mais ricos da população eram considerados, crescia a importância dos dispêndios com planos de saúde.

Com respeito ao custo de oportunidade do plano e ao seu valor para os usuários, constatou-se que quase a totalidade dos entrevistados (95%) afirmou que deixaria de gastar com outros serviços e bens para manter o plano de saúde, uma vez que, na percepção dos entrevistados, “saúde vem em primeiro lugar”.

Pode-se inferir, assim, que as pessoas vêem o plano de saúde como a sua única alternativa para ter acesso à saúde de qualidade, com conforto e segurança. Respostas sobre o significado do plano, em termos de “tudo na vida”, “essencial”, “economia” definem com clareza por que o cidadão está gastando, cada vez mais, para ter acesso a esses serviços, realizando, inclusive, adaptações na economia familiar para continuar mantendo seus planos de saúde, considerando a importância e essencialidade destes na qualidade de vida das unidades familiares.

Evidências empíricas indicam que os dispêndios efetuados pelas famílias com saúde constituem o quarto grupo mais volumoso das despesas de consumo familiar, estando atrás apenas das despesas efetuadas com habitação, alimentação e transporte. Estimativas apresentadas por Silveira et al. (2002) evidenciaram que, em 1998, as famílias gastaram ao menos 37 bilhões de reais com despesas de saúde variadas. Entretanto, a maior parte desses dispêndios era empenhada na compra de medicamentos e no pagamento de mensalidades de planos de saúde. Constatou-se que a parcela desses gastos efetuados pelas famílias era maior quando o sistema familiar pertencia ao grupo dos 30% mais ricos da população (SILVEIRA et al., 2002).

5. CONCLUSÕES

As mudanças nos cenários internacional e interno, com reflexos sobre as políticas sociais e, conseqüentemente, com alterações do *mix* público-privado na saúde, suscitaram alguns questionamentos que se traduziram nos objetivos da presente pesquisa centrados na análise da realidade dos sistemas de saúde público e privado de Viçosa, MG, bem como em suas implicações sobre a economia dos sistemas familiares.

Com base nesses objetivos foi estruturada uma pesquisa, de natureza descritivo-exploratória, cujos resultados conclusivos foram:

- Viçosa possui 44% de sua população com acesso à assistência de planos de saúde, com diferentes modalidades de assistência à saúde. Entretanto, mesmo que o acesso à medicina suplementar seja mais elevado do que no âmbito nacional, sua distribuição não é equitativa, ou seja, apresenta-se concentrada naquelas famílias cuja renda familiar era de 2 a 5 salários mínimos.
- O perfil dos usuários de planos de saúde é bem diferente daqueles que utilizam apenas o SUS. Isso em razão do fato de que esse grupo possui um menor nível de instrução, ocupando, conseqüentemente, funções mais básicas na sociedade e, com isso, percebendo um salário menor, que limita sua adesão à medicina suplementar. Já os usuários de planos de saúde privados têm um melhor nível de instrução, ocupam, de maneira geral, funções administrativas no comércio e no setor de serviços da cidade e, com isso, percebem uma remuneração melhor.

- Os usuários do sistema de saúde de Viçosa demonstraram não ter conhecimento sobre seus direitos e nem sobre os recursos disponibilizados pela medicina em Viçosa. Assim, ao mesmo tempo que reclamavam do atendimento do serviço de saúde público pela escassez de recursos, tanto físicos quanto humanos e tecnológicos, declaravam que se sentiam satisfeitos com os serviços proporcionados pelo SUS. No sistema privado, as pessoas sabem do que necessitam, desejando, de qualquer forma, um atendimento integral e de qualidade, mas se recusam a pagar o valor real de um plano com cobertura total. Têm consciência de que, se o plano fosse complementar, poderia ser mais barato, mas não sabiam que o SUS oferecia serviços de qualidade no município.

Assim, diante do cenário atual, no qual as pessoas com menor grau de instrução e rendimentos têm acesso limitado a informações e conhecimentos e, conseqüentemente, menor consciência dos seus direitos e menor capacidade para verbalizar suas demandas, legitima-se, progressivamente, a segmentação de clientela, passando o atendimento das necessidades dos indivíduos/famílias a estar vinculado àqueles que podem pagar pelo plano de saúde, que são, basicamente, os de maior poder aquisitivo. Considerando que o componente saúde foi percebido como essencial à vida dos entrevistados; que os gastos com o mesmo possuem uma participação significativa no orçamento doméstico; e que o serviço público de saúde possui limitações, em termos do trinômio – qualidade, acesso e segurança; além de estar distanciado do seu ideal universalizante, pode-se inferir que o objetivo último da economia familiar, que é o da melhoria da qualidade de vida, não foi totalmente alcançado, uma vez que o processamento dos recursos não resultou em uma satisfação das demandas do sistema familiar.

Nesse sentido, considera-se que os espaços/atores do mosaico público-privado deveriam ser reavaliados, fazendo uso da abordagem da linha de produção do cuidado em saúde, para que a assistência seja integral e a prática da complementariedade possa realmente se concretizar no sistema de saúde local, centrada em um espaço relacional mais humanizado.

6. SUGESTÕES

Este trabalho de pesquisa foi muito importante para mim, como pesquisador, ao proporcionar-me oportunidades de fazer uma análise reflexiva sobre as várias linhas de pensamento, demonstradas por diversos autores consultados.

A minha expectativa, enquanto mediador de serviço de atendimento à saúde, é de que este trabalho seja útil para a sociedade, no sentido de dar aos tomadores de decisão uma visão holística do sistema de saúde em Viçosa e no Brasil, que os leve a refletir nas diferentes formas de atendimento à população, no que tange à assistência médica e hospitalar.

Em razão dos resultados alcançados, considero que o governo deveria rever sua posição e passar a tratar os planos do interior como diferentes daqueles planos comercializados nas capitais ou em grandes centros. Tal sugestão está pautada na simples razão de que há uma diferença enorme de poder aquisitivo entre as regiões e uma capacidade de atendimento também menor. Portanto, a subsegmentação tão pedida pelos planos deveria ser analisada sem o discurso demagógico dos que defendem que os planos têm que dar “tudo”, sem se preocupar com os custos.

Outra forma de segmentar o mercado de planos de saúde seria a possibilidade de haver dois tipos de planos, um nacional e outro regional. No plano nacional, os usuários pagariam por um atendimento total em todo o território brasileiro, sem restrições, enquanto no regional seria levada em conta a capacidade da região onde o plano de saúde se insere. Dentro da capacidade da região, os planos deveriam cobrir na sua totalidade, e toda vez que a região absorvesse uma tecnologia nova, por exemplo

quimioterapia, ressonância magnética e outras, haveria um levantamento do impacto financeiro nos planos. Assim, os seus cálculos atuais seriam referidos e avaliados por um câmara técnica de responsabilidade da ANS, a qual autorizaria ou não um reajuste nas mensalidades.

Nesse sentido, os planos trabalhariam com a realidade da sua região e não com a realidade nacional, como acontece atualmente. Por exemplo, caso uma região se desenvolva, ocorrendo melhoria da sua renda “per capita”, conseqüentemente deverá atrair mais profissionais de saúde, que trarão consigo tecnologia e conhecimentos, exigindo-se, portanto, uma reavaliação contínua da distribuição desses serviços, na busca de uma equidade repartitiva. Nesse contexto, em termos de sugestões para novas pesquisas, poder-se-ia pensar na questão da segmentação e diferenciação dos planos de saúde suplementares de Viçosa, bem como uma avaliação da capacidade do município em atender a população no que tange à tecnologia disponível e à capacitação dos recursos humanos em desenvolverem-se para atender a população sem que seja necessário que a mesma se desloque para os grandes centros para buscar tratamento e de que forma estes planos podem contribuir com o serviço público de saúde, para que os discursos se concretizassem em práticas efetivas. Isso também é preconizado por Pinotti (2002), segundo o qual:

Saúde não é coisa barata nem simples, e não é possível fazer milagres. Precisamos de uma política que se desprenda dos jogos político-partidários, com princípios universais e prática nacional, não apenas reagindo aos fatos de forma emergencial, mas com programação estrutural que se antecipe a eles para garantir a ética e a eficiência do sistema privado e a organização e o aprimoramento do sistema público, que é pré-pago pelos impostos.

7. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A pesquisa na área social vem crescendo muito, e, dessa forma, vários pesquisadores têm tentado buscar explicações científicas para os problemas sociais. Todo dia os jornais apresentam resultados de pesquisas sobre consumo doméstico, inflação, renda familiar, satisfação de consumidores, causas de inadimplência, acesso à saúde etc. Com isso, é repassado à população informações sobre as condições sociais do Brasil. Entretanto, onde está a aplicabilidade desses levantamentos? ou seja, o que é feito para que essas estatísticas possam ser modificadas? O que fazemos para mudar os índices que, tantas vezes, “penamos” para conseguir? Como o governo, que financia a grande maioria dessas pesquisas, utiliza desses resultados para promover uma melhoria social?

Daí provém a maior dificuldade em fazer com que um cidadão responda a um questionário, pois ele não acredita que aquele tempo que está perdendo, cerca de 30 minutos, irá lhe beneficiar em alguma coisa. O que ele fala é “todos já sabem e ninguém faz nada para mudar a situação”. E isso não é difícil perceber quando se realiza uma pesquisa desta natureza. O cidadão não quer figurar como mais um número na estatística e sim ser CIDADÃO, com todos os seus deveres e direitos garantidos.

Assim, um ponto de dificuldade na pesquisa em questão foi perceber que o cidadão viçosense já não acredita mais numa saúde pública gratuita, universal e de qualidade. Ele lamenta, muitas vezes, por não ter condições de ter um plano de saúde e, por isso, conforma-se com as mazelas e desrespeito do município em proporcionar-lhe

uma atenção à saúde precária e sem qualidade, como se fosse correta a decisão de que “para pobre basta programas pobres”.

Outro ponto de dificuldade foi encontrar as pessoas nas suas casas para responder aos questionários, sobretudo os usuários do PLAMHUV, que, segundo a pesquisa possuíam nível mais elevado de renda e por isso tinham várias atividades fora do domicílio, principalmente aos domingos, quando saíam por volta das 10 h e só voltavam em torno das 16 h, horário tradicionalmente reservado ao futebol na televisão. Assim ficava muito difícil convencê-los a responder ao questionário; quando se dispunham a responder, faziam-no de forma rápida e sem dar o devido valor às respostas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMGE. Dossiê saúde. **Revista Medicina Social**, São Paulo, v. 25, n. 157, jun. 1999.

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo. Informe de imprensa; São Paulo, 2002. Disponível em: <www.abramge.com.br>. Acesso em: 15 jan. 2004.

ALMEIDA, A. **Participação da iniciativa privada nas políticas de saúde**. São Paulo: FGV/EBAP, 1999.

ANDRADE, M. V. **A saúde na PNAD**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2002.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2004. Rio de Janeiro. Disponível em: <www.ans.gov.br>. Acesso em: 25 fev. 2004.

BAHIA, L. Plano privados de saúde. Luzes e Sombras no Debate Setorial dos Anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 226 p.

BECK, M.; PARAGUASSU, L. Planos de saúde em expansão. **Jornal o Globo**, Rio de Janeiro, Caderno de Economia, 11 abr. 2004.

CAMPOS, H. **Estatística experimental não-paramétrica**. Piracicaba, SP: ESALQ, 1983.

CHERUBIM, N. A. **Administração hospitalar: fundamentos**. São Paulo: CEDAS, 1997. p. 277-339.

CHOLLET, D. J.; LEWIS, M. Private insurance: principles and practice. In: WB CONFERENCE INNOVATIONS IN HEALTH CARE, March 10-11, 1997. **Proceedings...** [S. l.: s. n.], 1997. (Georg J. Schieber, Series WB discussion papers, n. 365).

CIEFAS. **A história da autogestão em saúde no Brasil**. São Paulo: Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde, 2000. 65 p.

COTTA, R.M.M.; MENDES, F. F.; MUNIZ, J. N. **Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real**. Viçosa, MG: UFV, 1998. 148 p.

DATASUS. Ministério da Saúde. 2001. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 fev. 2003.

DEACON, R.E.; FIREBAUG, F.M. **Family resource management: principles e applications**. 2. ed. Boston: Allyn an Becon, 1988. 291 p.

DERENGOWSKI, M. da G.; FONSECA, J. F. Nota introdutória sobre estrutura de mercado, concentração e mercados relevantes. In: —. **Fórum de debates sobre saúde suplementar**. [S. l.: s. n.], julho de 2003. 30 p.

DRUKER, P. F. **Inovação e espírito empreendedor: prática e princípios**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003. p. 82-83.

DRUMOND, A.; CARAM, T. O futuro do trabalho. **Estado de Minas – Economia**, n. 62, p. 23, 2004.

ENGBERG, L.E. **Rural households and resouce alloction for development: an ecosystem perspective**. Rome: FAO, 1982. 165 p.

ETHOS. **Estimativa de beneficiários de programas de combate à pobreza**. 2003. Disponível em: <<http://www.fomezero.org.br/publique>>. Acesso em: 29 maio 2003.

FARIAS, L. O. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2001. ISSN 1413-8123.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. Universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Rio de Janeiro, **Revistas Ciências Sociais**, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

FIOCRUZ. **Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: UnB, 1998. p. 69-72.

FONTES, M. B. **Análise da qualidade de vida no trabalho em uma lavanderia hospitalar a partir do posicionamento dos trabalhadores** – Belo Horizonte: UFMG: 2003. 120 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

FREITAS, H.; JANISSEK, R. Análise léxica e análise de conteúdo: técnicas complementares, seqüenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos. **Câmara Brasileira do Livro**, São Paulo, 2000.

FRIAS FILHO, O. Pobre classe média. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 17 jun. 2003. Editorial.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000. Cidades. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> >. Acesso em: 25 fev. 2003.

HOOK, N.; PAOLUCCI, B. The family as an ecosystem. **Journal of Home Economics**, v. 62, n. 5, p. 315-318, 1970.

JATENTE, Adib. A importância dos convênios para o desenvolvimento hospitalar. **Jornal do CREMESP**, São Paulo. Edição de abril de 2001.

MALTA, D. C. **Saúde suplementar e modelos assistenciais**. 2004. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br> >. Acesso em: 17 fev. 2004.

MARQUES, N. A. C.; CEBOTAREV, E. **Economia e a economia familiar**. Viçosa, MG: UFV, DED, 1994.

MELAMED, C.; FARIAS, L. O. Segmentação de mercados na assistência à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 8, 2003. ISSN 1413-8123.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento** – Pesquisa quantitativa em saúde. 3. ed. São Paulo–Rio de Janeiro: HUCITEC–ABRASCO, 1994. 269 p.

MOTONONE, J. **Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas**. Rio de Janeiro. Disponível em: < www.ans.gov.br >. Acesso em: 1^o maio 2003.

NETO, A. J. F. **Plano de saúde e direito do consumidor**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002. 196 p.

NORONHA, K.; ANDRADE, M. **Desigualdade social no acesso aos serviços de saúde na Região Sudeste do Brasil**. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG, 2002.

NOGUEIRA, V.M.R. Igualdade em saúde: discutindo a questão. In: CONGRESSO NACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL, 10., 2000. **Anais...** Rio de Janeiro, 2000. 5 p. ASS, CO 543 (CD-Rom).

NUGENT, Jo. World health care: taking the pulse. **Evaston The Rotarian**, v. 6, n. 160, p. 22-29, jun. 1992.

PAZ JUNIOR, Aloysio Campos. Está na hora de mudar. **O Globo**, Rio de Janeiro, 02 mar. 2004.

PEREIRA, J. C.; LUZ, M. L.; KHOURI, A. M. Perfil sócio-econômico e o grau de satisfação dos usuários de um plano de saúde em Viçosa, MG. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ECONOMIA DOMÉSTICA, 16.; ENCONTRO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA DOMÉSTICA, 4., 2001, Viçosa. **Resumos...** Viçosa, MG: UFV/DED, 2001.

PESSOA, A. M. Menos cerveja e mais estudo. **Jornal O Dia**, Rio de Janeiro, 25 jan. 2004.

PINOTTI, J. A. Saúde. **Jornal Folha de São Paulo**, São Paulo, 6 nov. 2002.

PINOTTI, J. A. A classe média vai ao paraíso. **Jornal Folha de São Paulo**, São Paulo, 10 mar. 2003.

PRECIBILOVICZ, A. **A regulamentação dos planos e seguros de saúde e suas implicações**. Paraná: UFPR, 2003. Disponível em: <<http://economia.ufpr.br/departamentomonografias/monvamberto.htm>>. Acesso em: 1^o abr. 2003.

PUBLIO, R. N. Consumo de medicamentos. **Jornal Folha de São Paulo**, São Paulo, 17 jan. 2004. p. 9.

RAMOS, M. Longa espera. **Jornal Estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte, 5 out. 2003. p. 25 e 26.

RAUEN, F. J. **Roteiros de investigação científica**. Santa Catarina: UNISUL, 2002. 268 p.

REIS, F. P. **INF 660** – Amostragem e testes não-paramétricos. Viçosa, MG: UFV, 2000. 74 p.

RODRIGUES, M.S.P.; LEOPARDI, M.T. **O método de análise de conteúdo** – Uma visão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. 118 p.

ROCHA, J. H. **A saúde e você**: proposta de transformação do setor de saúde no Brasil. Nova Friburgo, RJ: S.C.P., 1993.

SALAZAR.. A. et al. **Planos de saúde**. São Paulo: Globo, 2002. p. 14. (Série Cidadania).

SILVEIRA, F.G.; OSÓRIO, R.G.; PIOLA, S.F. et al. Os gastos das famílias com saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4. p. 1-14, 2002.

SOUZA, R. G. de; BODSTEIN, R.C. A. **Inovações na Intermediação entre os Setores Público e Privado**, v. 7, n. 3, p. 481-492, 2000.

TEIXEIRA, IB. Saúde, o poder da privatização. **Conjuntura Econômica**, São Paulo, FGV, p. 68-70, jun. 1997.

TINOCO, A. L. A.; MODENA, C. M. As políticas populacionais e de saúde e seus reflexos na família. In: SIMPÓSIO DE ECONOMIA FAMILIAR, 1., 1994, Viçosa. **Anais...** Viçosa, MG: UFV, DED-CCH- UFV, 1994.

TINOCO, A. L. A. et al. **Divisão de município de Viçosa em três complexos de campos**. Viçosa, MG: UFV, Núcleo de Saúde Pública, 2000.

ANEXOS

ANEXO A

MINISTÉRIO DA SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO – RDC Nº 39, DE 27 DE OUTUBRO DE 2000 (*)

Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso X do art. 4º da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 19 de outubro de 2000 e considerando o disposto no inciso VI do art. 8º da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente determino a sua publicação:

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO

Art. 1º Definem-se como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde as empresas e entidades que operam, no mercado de saúde suplementar, planos de assistência à saúde, conforme disposto na Lei n.º 9.656, de 1998.

Parágrafo único. Para efeito desta Resolução, define-se operar como sendo as atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de que trata o caput deste artigo.

Art. 2º Para fins desta Resolução, define-se como rede própria:

I hospitalar: todo e qualquer recurso físico hospitalar de propriedade:

- a) da operadora;
- b) de entidade ou empresa controlada pela operadora;
- c) de entidade ou empresa controladora da operadora;

II médica ou odontológica: a constituída por profissional assalariado ou cooperado da operadora.

CAPÍTULO II

DOS TIPOS DE ATENÇÃO

Art. 3º Os tipos de atenção prestados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, dividem-se em:

I médico-hospitalar: os oferecidos por entidades ou empresas que operam planos médico-hospitalares ou médico-hospitalares e odontológicos, podendo oferecer, adicionalmente, prestação de serviços médico-hospitalares ou odontológicos a terceiros não contratantes do plano; ou

II odontológico: os oferecidos por entidades ou empresas que operam exclusivamente planos odontológicos, podendo oferecer, adicionalmente, prestação de serviços odontológicos a terceiros não contratantes do plano.

Parágrafo único. Não se aplica a disciplina deste artigo às autogestões e às administradoras.

CAPÍTULO III **DA SEGMENTAÇÃO**

Art. 4º As Operadoras de Planos que, na forma do artigo anterior, atuam no tipo de atenção médico-hospitalar segmentam-se em:

I segmento primário principal - SPP: as que dependem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

II segmento primário principal / SUS SPP/SUS: as que dependem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos 30% (trinta por cento) de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS;

III segmento primário subsidiário - SPS: as que dependem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

IV segmento secundário principal - SSP: as que dependem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

V segmento secundário subsidiário - SSS: as que dependem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde; ou

VI segmento terciário ST: as que dependem, em sua rede própria, menos de 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos ou hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde.

§ 1º O enquadramento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde dar-se-á, exclusivamente, em um único segmento.

§ 2º Na hipótese de as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde se enquadrarem em mais de um segmento, prevalecerá, para fins do disposto no parágrafo anterior, o critério relativo aos gastos em serviços hospitalares.

Art. 5º As Operadoras de Planos, que atuam no tipo de atenção odontológico descrito no inciso II do art. 3º, segmentam-se em:

I segmento próprio - SP: as que dependem, em sua rede própria, mais 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos;

II segmento misto - SM: as que dependem, em sua rede própria, entre 10% (dez por cento) e 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos; ou

III segmento terciário - ST: as que dependem, em sua rede própria, menos de 10% (dez por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos.

Art. 6º As autogestões, definidas no art. 14 desta Resolução, segmentam-se em:

I patrocinadas: entidade de autogestão ou empresa que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabiliza-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, e que possuam gestão própria; ou

II não patrocinadas: são as entidades de autogestão que não se classificam como patrocinada, conforme definido no inciso anterior.

Art. 7º A autogestão patrocinada, definida no inciso I do artigo anterior, poderá ser:

I singular: é o sistema de autogestão vinculado apenas a um patrocinador; ou

II multipatrocinada: é o sistema de autogestão que congrega mais de um patrocinador.

Art. 8º As autogestões deverão operar por meio de rede de profissionais e instituições diretamente credenciadas, só podendo contratar rede de prestação de serviços de assistência à saúde de outra operadora nos seguintes casos:

I mediante convênios de reciprocidade com entidades congêneres;

II em regiões com dificuldade de contratação direta.

Art. 9º As Administradoras, definidas no art. 11 desta Resolução, segmentam-se em:

I administradoras de planos: são as empresas que administram exclusivamente Planos Privados de Assistência à Saúde, as quais não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da sua contratante, sendo esses planos financiados por operadoras; ou

II administradora de serviços: são as empresas que administram exclusivamente serviços de assistência à saúde, possuindo ou não rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

CAPITULO IV DA CLASSIFICAÇÃO

Art. 10. As operadoras segmentadas conforme o disposto nos arts. 3º ao 9º desta Resolução deverão classificar-se nas seguintes modalidades:

I administradora;

II - cooperativa médica;

III - cooperativa odontológica;

IV autogestão;

V - medicina de grupo;

VI - odontologia de grupo; ou

VII - filantropia.

SEÇÃO I

DA ADMINISTRADORA

Art. 11. Classificam-se na modalidade de administradora as empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, sendo que, no caso de administração de planos, são financiados por operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

SEÇÃO II

DA COOPERATIVA MÉDICA

Art. 12. Classificam-se na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.

SEÇÃO III

DA COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

Art. 13. Classificam-se na modalidade de cooperativa odontológica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.

SEÇÃO IV

DA AUTOGESTÃO

Art. 14. Classificam-se na modalidade de autogestão as entidades de autogestão que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados.

SEÇÃO V

DA MEDICINA DE GRUPO

Art. 15. Classificam-se na modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades contidas nas Seções I, II, IV e VII desta Resolução.

SEÇÃO VI

DA ODONTOLOGIA DE GRUPO

Art. 16. Classificam-se na modalidade de odontologia de grupo as empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade contida na Seção III desta Resolução.

SEÇÃO VII
DA FILANTROPIA

Art. 17. Classificam-se na modalidade de filantropia as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social CNAS e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 18. Para requerer autorização definitiva de funcionamento, as empresas ou entidades que atuam no mercado de assistência à saúde, operando planos deverão, necessariamente, enquadrar-se em um dos tipos de atenção, segmentação e classificação, conforme disposto nos Capítulos II, III e IV desta Resolução.

Art. 19. Para o cálculo dos gastos despendidos com a prestação de serviços médicohospitalares ou odontológicos de que tratam os arts. 4º e 5º desta Resolução, respectivamente, deverão ser considerados os períodos de janeiro a junho e de julho a dezembro de cada ano civil, devendo ser enviados à ANS até o último dia útil dos meses de agosto e fevereiro, respectivamente.

§1º As Operadoras que já possuem registro provisório junto à ANS deverão iniciar a apuração das informações definidas no caput deste artigo a partir de 1º de janeiro de 2001, bem como remetê-los à ANS a partir da solicitação da autorização definitiva de funcionamento, conforme o disposto no caput deste artigo.

§2º As Operadoras que obtiverem autorização de funcionamento junto à ANS, após a data de publicação desta Resolução, deverão apurar as informações definidas no caput deste artigo a partir da data de início de sua operação, bem como remetê-los à ANS a partir da solicitação da autorização definitiva de funcionamento, conforme o disposto no caput deste artigo.

Art. 20. Esta Resolução de Diretoria Colegiada entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE

(*) Publicada no D.O.U. de 30/10/2000, seção 1.

ANEXO B

Quadro 1B – Dados sobre o setor privado de assistência à saúde

	MEDICINA DE GRUPO	COOPERATIVAS MÉDICAS	AUTOGESTÃO	SEGURADORA
PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS				
FORMA DE FUNCIONAMENTO	É conhecida por convênio médico, prestando serviços médico-hospitalares através de recursos próprios e contratados, cobrando valor “per capita” fixo	Também conhecidas como convênio médico, sendo organizadas na forma de cooperativas de trabalho e cobra valor “per capita” fixo	Atendimento médico-hospitalar oferecido por empresas, exclusivo para seus funcionários administrado diretamente ou por terceiros	É o seguro-saúde, que permite livre escolha de médicos e hospitais pelo sistema de reembolso de despesas, no limite da apólice contratada
INSCRIÇÃO C.R.M.	SIM	SIM	NÃO	NÃO
DIRETOR CLÍNICO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
CO-RESPONSABILIDADE PELOS SERVIÇOS MÉDICOS	SIM	SIM	NÃO	NÃO
RECURSOS FÍSICOS PRÓPRIOS	SIM	SIM	NÃO	NÃO
CRENCIADOS	SIM	SIM	SIM	NÃO DEVERIA
DADOS COMPARATIVOS DO SISTEMA				
USUÁRIOS (milhões)	16,2	8,7	5,2	5,0
EMPRESAS	800	314	266	13
CONSULTAS/ANO	95,5 milhões	42 milhões	22,5 milhões	27,6 milhões
SADT*	137,27 milhões		48,85 milhões	35,2 milhões
INTERNAÇÕES HOSPITALARES	1,98 milhão	1,200 milhões	0,289 milhão	0,920 milhão
MÉDICOS				
CLT	20.650			
CRENCIADOS	81.000			
EMPREGADOS		16.000		
CLT	63.000			
INDIRETOS	147.000			
HOSPITAIS				
PRÓPRIOS	260	53		
CRENCIADOS	3.700	3560		
LEITOS				
PRÓPRIOS	23.500	3.000		
CRENCIADOS	340.000			
MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA Anual (R\$)	7,14 bi	5,3 bi	1,5 bi	6,2 bi
ÓRGÃO REPRESENTATIVO	ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo Tel. (11) 289-7511 www.abramge.com.br Presidente: Dr. Arlindo de Almeida	Unimed do Brasil Tels. (11) 245-9795 ou (11) 245-9794 Presidente: Dr. Celso Corrêa de Barros	UNIDAS – União Nacional das Instituições De Autogestão em Saúde Tel. (11) 3281-6610 www.unidas.org.br Presidente: Dr. José Antônio Diniz de Oliveira	FENASEG - Fed. Nac. das Em. de Seg. Privados e Capitalização Tel. (21) 2510-7777 Www.fenaseg.org.br Presidente: Dr. João Elísio Ferraz

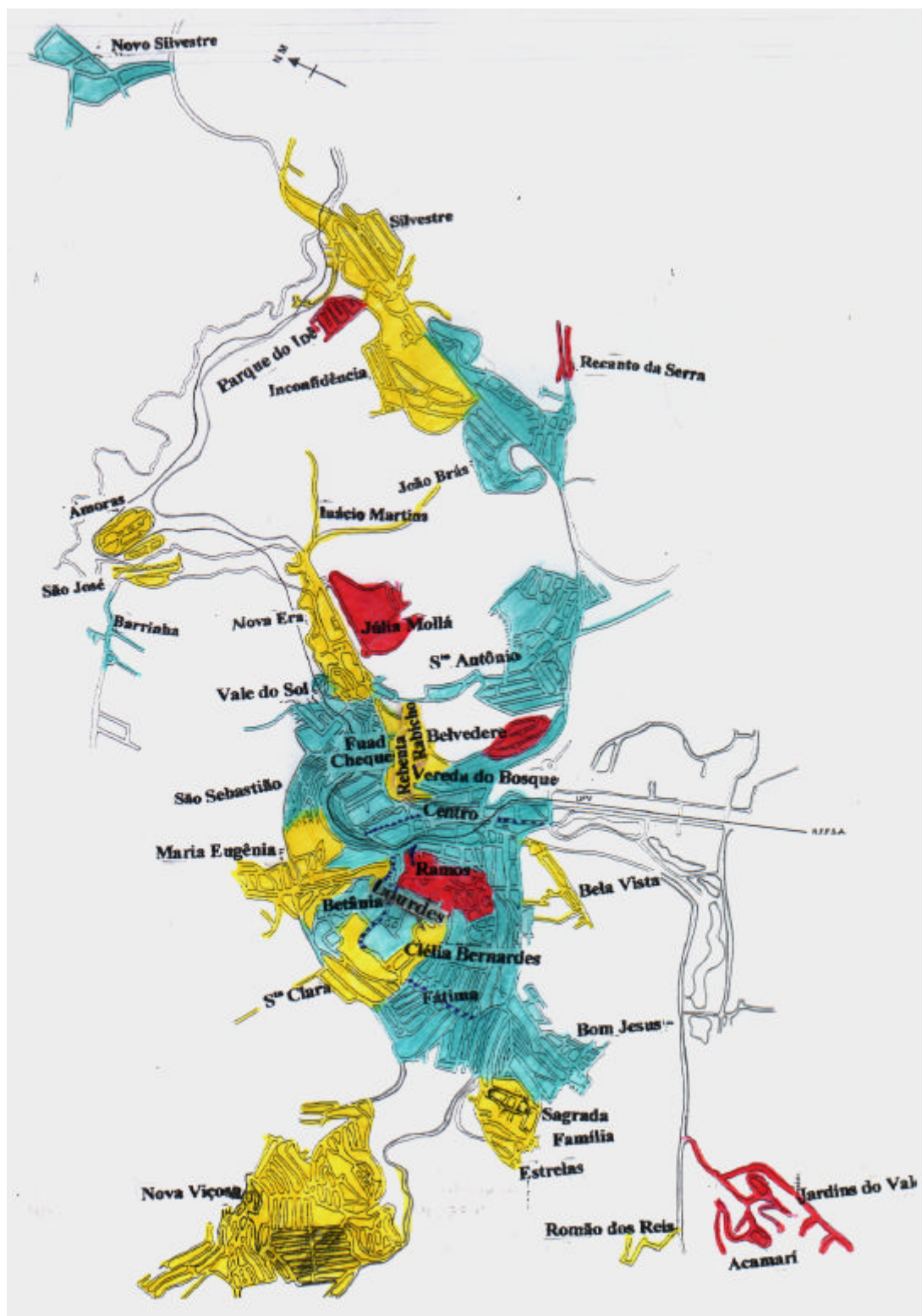
Fonte: ABRAMGE (2002).

obs.: os dados referentes à medicina de grupo são de responsabilidade da Abramge. Os demais foram informados pela ANS.

- Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia.

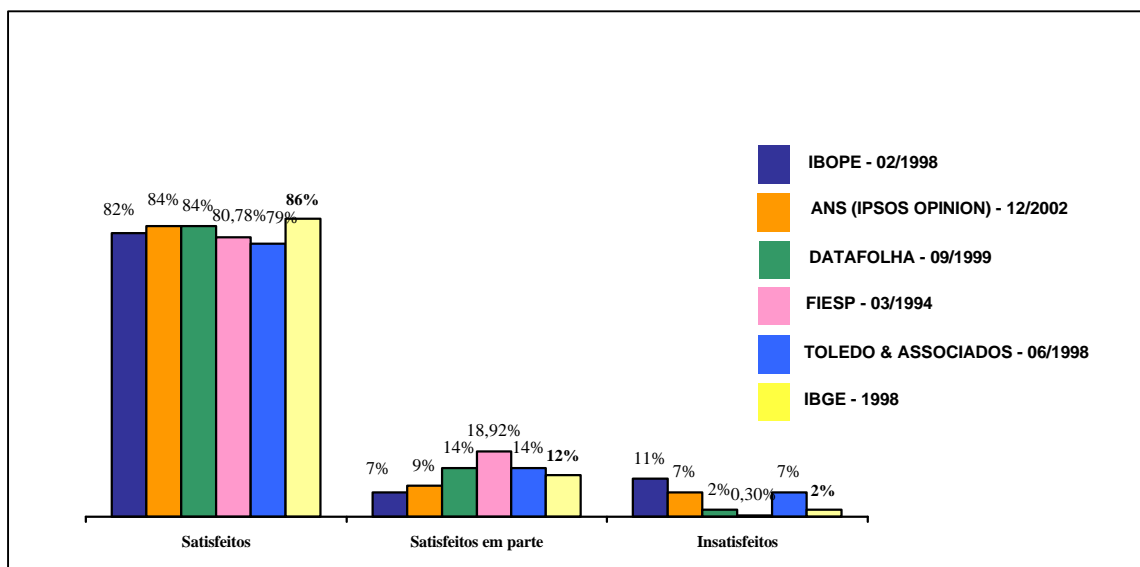
ANEXO C

Divisão do Município de Viçosa em 35 Campos



Renda Média Familiar > que 10 salários mínimos
Renda Média Familiar < ou = a 3,67 salários mínimos
Renda Média Familiar entre 3,67 e 10 salários mínimos

Figura 1C – Divisão de município de Viçosa em três complexos de campos:



Fonte: ABRAMGE (2002)

Figura 2C – Nível de satisfação de usuários de planos de saúde em nível nacional, Brasil, 2003

APÊNDICE

REGIÃO			TIPO DE PLANO	
TIPO DE PLANO BAIRRO	1 – (PLAMHUV)	2 – (SUS)		
SEXO	1 - MASCULINO 2 – FEMININO		SEXO	
IDADE	1 - (0 a 17)	3 - (30 a 39)	5 - (50 a 59)	7 - (70 a 100)
REDA Familiar	2 - (18 a 29)	4 - (40 a 49)	6 - (60 a 69)	
INSTRUÇÃO	1 - (0 A 2 SM)	2 - (DE 2 A 5 SM)	3 - (DE 05 A 10 SM)	4 - (MAIS DE 10 SM)
	1 - (Ensino Fundamental) 2 - (ENSINO MÉDIO) 3 - (SUPERIOR)		INSTR	
	1 - (COMPLETO) 2 - (INCOMPLETO)		INSTR	
	ULTIMA SÉRIE CURSADA			
PROFISSÃO	PROFISSÃO			
OCUPAÇÃO	OCUPAÇÃO			
1	O que significa um plano de saúde em sua vida? (ESPONTÂNEA)			1
2	POR QUE VOCÊ NÃO ADQUIRIU UM PLANO DE SAÚDE? (ESPONTÂNEA)			2
3	O QUE VOCÊ ESPERA DO SUS, COM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO? (ESPONTÂNEA)			3
4	O QUE VOCÊ ESPERA DO SUS, COM RELAÇÃO A RECURSOS FÍSICOS (HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS ETC.)? (ESPONTÂNEA)			4
5	O QUE VOCÊ ESPERA DO SUS, COM RELAÇÃO A RECURSOS HUMANOS (ESPECIALIDADES MÉDICAS)? (ESPONTÂNEA)			5
6	O QUE VOCÊ ESPERA DO SUS, COM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO FORA DE VIÇOSA? (ESPONTÂNEA)			6
7	QUAIS SERVIÇOS PRESTADOS PELO SUS DEVEM SER MELHORADOS? (ESPONTÂNEA)			7
8	POR QUÊ? (ESPONTÂNEA)			8
9	QUAL O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS PRESTADOS PELO SUS? [1] MUITO INSATISFEITO [3] SATISFEITO [2] INSATISFEITO [4] MUITO SATISFEITO			9
10	Como você avalia, de 0 a 10, a capacidade do município de prestar assistência à saúde, em relação a Especialidade Médica?			10
11	COMO VOCÊ AVALIA, DE 0 A 10, A CAPACIDADE DO MUNICÍPIO DE PRESTAR ASSISTÊNCIA À SAÚDE, EM RELAÇÃO A EXAMES LABORATORIAIS?			11
12	COMO VOCÊ AVALIA, DE 0 A 10, A CAPACIDADE DO MUNICÍPIO DE PRESTAR ASSISTÊNCIA À SAÚDE, EM RELAÇÃO A EXAMES SOFISTICADOS?			12
13	COMO VOCÊ AVALIA, DE 0 A 10, A CAPACIDADE DO MUNICÍPIO DE PRESTAR ASSISTÊNCIA À SAÚDE, EM RELAÇÃO A ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA?			13
14	COMO VOCÊ AVALIA, DE 0 A 10, A CAPACIDADE DO MUNICÍPIO DE PRESTAR ASSISTÊNCIA À SAÚDE, EM RELAÇÃO A RECURSOS HOSPITALARES?			14
15	QUANTO VOCÊ PAGARIA POR UM PLANO DE SAÚDE?			15
16	VOCÊ CONSIDERA JUSTO ESTE VALOR PAGO PELOS SERVIÇOS QUE VOCÊ TERIA DISPONÍVEIS? [1] SIM [2] NÃO			16
17	POR QUÊ? (ESPONTÂNEA)			17
18	QUAL A PORCENTAGEM DA RENDA FAMILIAR PODERIA SER GASTA MENSALMENTE COM O PAGAMENTO DO PLANO DE SAÚDE? (ESPONTÂNEA)			18
19	A DECISÃO DE ADQUIRIR UM PLANO DE SAÚDE SERIA TOMADA CONJUNTAMENTE PELA FAMÍLIA? [1] SIM [2] NÃO			19
20	PORQUÊ ESTA DECISÃO (SERIA / NÃO SERIA) TOMADA CONJUNTAMENTE PELA FAMÍLIA? (ESPONTÂNEA)			20
21	VOCÊ TERIA DIFICULDADES FINANCEIRAS PARA PAGAR O SEU PLANO EM DIA? [1] SIM [2] NÃO (PULE A 22)			21
22	O QUE VOCÊ FARIA NO SEU ORÇAMENTO PARA CONSEGUIR PAGAR O SEU PLANO DE SAÚDE? (ESPONTÂNEA)			22
23	VOCÊ TEM CONHECIMENTO DA LEI 9656/98 QUE REGULAMENTA OS PLANOS DE SAÚDE? [1] SIM [2] NÃO (PULE A 24)			23
24	O QUE VOCÊ ACHA IMPORTANTE NESTA LEI? (ESPONTÂNEA)			24
25	VOCÊ CONCORDA COM ESTA REGULAMENTAÇÃO PELO GOVERNO? [1] CONCORDA PLENAMENTE [2] CONCORDA EM PARTE [3] NÃO CONCORDA			25
26	POR QUÊ? (ESPONTÂNEA)			26
27	AO ADQUIRIR SEU PLANO DE SAÚDE VOCÊ DEIXARIA DE GASTAR PARTE DE SUA RENDA COM OUTROS BENS OU SERVIÇOS. VOCÊ ACREDITA QUE VALERIA A PENA? [1] SIM [2] NÃO			27

28	VOCÊ DESEJARIA QUE O SEU PLANO DE SAÚDE TIVESSE COBERTURA TOTAL OU COMPLEMENTAR? [1] TOTAL [2] COMPLEMENTAR	28	
29	VOCÊ CONCORDARIA EM TER QUE PAGAR POR PROCEDIMENTOS QUE O SUS O ATENDE SATISFATORIAMENTE? (HEMODIÁLISE, QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA) [1] SIM [2] NÃO	29	
30	SE SEU PLANO DE SAÚDE FOSSE COMPLEMENTAR AO SUS NAQUELES SERVIÇOS EM QUE O SUS NÃO TE ATENDE BEM, VOCÊ ACHA QUE ELE PODERIA TER UM CUSTO MENOR? [1] SIM [2] NÃO (PULE A 31)	30	
31	QUANTO VOCÊ ACREDITA QUE PAGARIA PELO SEU PLANO DE SAÚDE CASO ELE FOSSE COMPLETAR AO SUS EM RELAÇÃO A SUA MENSALIDADE ATUAL? (ESPONTÂNEA)	31	
32	VOCÊ JÁ UTILIZOU OS SERVIÇOS DO SUS? [1] SIM [2] NÃO (PULE A 33)	32	
33	QUAL SERVIÇO VOCÊ UTILIZOU?	33	
34	Com relação a este atendimento você ficou: [1] MUITO INSATISFEITO [3] SATISFEITO [2] INSATISFEITO [4] MUITO SATISFEITO	34	
35	NA SUA OPINIÃO QUAIS OS SERVIÇOS QUE O SUS EM VIÇOSA ATENDE DE FORMA SATISFATÓRIA? (ESPONTÂNEA)	35	
36	VOCÊ ACHA POSSÍVEL HAVER UM PLANO DE SAÚDE QUE PRESTE SERVIÇOS DE FORMA COMPLEMENTAR AO SUS? [1] SIM [2] NÃO	36	
37	O QUE VOCÊ ACHA DE PAGAR PELO MESMO SERVIÇO NO SEU PLANO DE SAÚDE, SENDO QUE O SUS JÁ O ATENDE DE FORMA SATISFATÓRIA? (ESPONTÂNEA)	37	
38	NOS ÚLTIMOS 12 MESES VOCÊ TEVE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? [1] SIM (QUAL) [2] NÃO	38	
39	VOCÊ PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA? [1] SIM [2] NÃO	39	
40	POR QUAL MOTIVO VOCÊ NÃO PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA? (ESPONTÂNEA)	40	
41	QUAL SERVIÇO VOCÊ UTILIZOU: [1] CONSULTA [2] EXAMES [3] INTERNAÇÃO	41	
42	QUANTOS EXAMES VOCÊ FEZ NOS ÚLTIMOS 12 MESES? (ESPONTÂNEA)	42	
43	QUAL SISTEMA DE SAÚDE VOCÊ UTILIZOU? [2] SUS [3] PARTICULAR	43	
44	QUANTAS VEZES NOS ÚLTIMOS 12 MESES VOCÊ UTILIZOU OS SERVIÇOS DE EXAMES?	44	
45	QUAL SISTEMA DE SAÚDE VOCÊ UTILIZOU? [2] SUS [3] PARTICULAR	45	
46	QUANTAS VEZES NOS ÚLTIMOS 12 MESES VOCÊ UTILIZOU OS SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO?	46	
47	QUAL SISTEMA DE SAÚDE VOCÊ UTILIZOU? [2] SUS [3] PARTICULAR	47	
48	QUANTO VOCÊ GASTOU COM ESTES SERVIÇOS? (ESPONTÂNEA)	48	

REGIÃO					TIPO DE PLANO	01
TIPO DE PLANO BAIRRO	1 – (PLAMHUV) 2 – (SUS)				TIPO DE PLANO	
SEXO	1 - MASCULINO 2 – FEMININO				BAIRRO	
IDADE	1 - (0 a 17) 2 - (18 a 29) 3 - (30 a 39) 4 - (40 a 49) 5 - (50 a 59) 6 - (60 a 69) 7 - (70 a 100)				SEXO	
RENTA Familiar	1 - (0 A 2 SM) 2 - (DE 2 A 5 SM) 3 - (DE 05 A 10 SM) 4 - (MAIS DE 10 SM)				IDADE	
INSTRUÇÃO	1 - (Ensino Fundamental) 2 - (ENSINO MÉDIO) 3 - (SUPERIOR) 1 - (COMPLETO) 2 - (INCOMPLETO) ULTIMA SÉRIE CURSADA				RENDA	
PROFISSÃO					INSTR	
OCUPAÇÃO					INSTR	
1	O QUE SIGNIFICA UM PLANO DE SAÚDE EM SUA VIDA? (ESPONTÂNEA)				PROFISSÃO	
2	POR QUE VOCÊ ADQUIRIU UM PLANO DE SAÚDE? (ESPONTÂNEA)				OCUPAÇÃO	
3	O QUE VOCÊ ESPERA DO SEU PLANO DE SAÚDE, COM RELAÇÃO À FACILIDADE DE ATENDIMENTO? (ESPONTÂNEA)					
4	O QUE VOCÊ ESPERA DO SEU PLANO DE SAÚDE, COM RELAÇÃO A RECURSOS FÍSICOS (HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS ETC.)? (ESPONTÂNEA)					
5	O QUE VOCÊ ESPERA DO SEU PLANO DE SAÚDE, COM RELAÇÃO A RECURSOS HUMANOS (ESPECIALIDADES MÉDICAS)? (ESPONTÂNEA)					
6	O QUE VOCÊ ESPERA DO SEU PLANO DE SAÚDE, COM RELAÇÃO A ABRANGÊNCIA DE COBERTURA? (ESPONTÂNEA)					
7	QUAIS SERVIÇOS PRESTADOS PELO SEU PLANO DE SAÚDE DEVEM SER MELHORADOS? (ESPONTÂNEA)					
8	POR QUÊ? (ESPONTÂNEA)					
9	QUAL O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS PRESTADOS PELO SEU PLANO DE SAÚDE? [1] MUITO INSATISFEITO [2] INSATISFEITO [3] SATISFEITO [4] MUITO SATISFEITO					
10	Como você avalia, de 0 a 10, a capacidade do município de prestar assistência à saúde, em relação a Especialidade Médica?					
11	COMO VOCÊ AVALIA, DE 0 A 10, A CAPACIDADE DO MUNICÍPIO DE PRESTAR ASSISTÊNCIA À SAÚDE, EM RELAÇÃO A EXAMES LABORATORIAIS?					
12	COMO VOCÊ AVALIA, DE 0 A 10, A CAPACIDADE DO MUNICÍPIO DE PRESTAR ASSISTÊNCIA À SAÚDE, EM RELAÇÃO A EXAMES SOFISTICADOS?					
13	COMO VOCÊ AVALIA, DE 0 A 10, A CAPACIDADE DO MUNICÍPIO DE PRESTAR ASSISTÊNCIA À SAÚDE, EM RELAÇÃO A ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA?					
14	COMO VOCÊ AVALIA, DE 0 A 10, A CAPACIDADE DO MUNICÍPIO DE PRESTAR ASSISTÊNCIA À SAÚDE, EM RELAÇÃO A RECURSOS HOSPITALARES?					
15	QUANTO VOCÊ PAGA PELO SEU PLANO DE SAÚDE?					
16	VOCÊ CONSIDERA JUSTO ESTE VALOR PAGO PELOS SERVIÇOS QUE VOCÊ TEM DISPONÍVEIS? [1] SIM [2] NÃO					
17	POR QUÊ? (ESPONTÂNEA)					
18	QUAL A PORCENTAGEM DA RENDA FAMILIAR É GASTA MENSALMENTE COM O PAGAMENTO DO PLANO DE SAÚDE? (ESPONTÂNEA)					
19	A DECISÃO DE ADQUIRIR UM PLANO DE SAÚDE FOI TOMADA CONJUNTAMENTE PELA FAMÍLIA? [1] SIM [2] NÃO					
20	PORQUÊ ESTA DECISÃO (FOI / NÃO FOI) TOMADA CONJUNTAMENTE PELA FAMÍLIA? (ESPONTÂNEA)					
21	VOCÊ TEM DIFICULDADES FINANCEIRAS PARA PAGAR O SEU PLANO EM DIA? [1] SIM [2] NÃO (PULE A 22)					
22	O QUE VOCÊ TEM FEITO NO SEU ORÇAMENTO PARA CONSEGUIR PAGAR O SEU PLANO DE SAÚDE? (ESPONTÂNEA)					
23	VOCÊ TEM CONHECIMENTO DA LEI 9656/98 QUE REGULAMENTA OS PLANOS DE SAÚDE? [1] SIM [2] NÃO (PULE A 24)					
24	O QUE VOCÊ ACHA IMPORTANTE NESTA LEI? (ESPONTÂNEA)					
25	VOCÊ CONCORDA COM ESTA REGULAMENTAÇÃO PELO GOVERNO? [1] CONCORDA PLENAMENTE [2] CONCORDA EM PARTE [3] NÃO CONCORDA					
26	POR QUÊ? (ESPONTÂNEA)					

27	AO ADQUIRIR SEU PLANO DE SAÚDE VOCÊ DEIXOU DE GASTAR PARTE DE SUA RENDA COM OUTROS BENS OU SERVIÇOS. VOCÊ ACREDITA QUE VALEU A PENA? [1] SIM [2] NÃO		
28	POR QUÊ? (ESPONTÂNEA)		
28	VOCÊ ESPERA QUE O SEU PLANO DE SAÚDE TENHA COBERTURA TOTAL OU COMPLEMENTAR? [1] TOTAL [2] COMPLEMENTAR		
29	VOCÊ CONCORDA EM TER QUE PAGAR POR PROCEDIMENTOS QUE O SUS O ATENDE SATISFATORIAMENTE? (HEMODIÁLISE, QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA) [1] SIM [2] NÃO		
30	SE SEU PLANO DE SAÚDE FOSSE COMPLEMENTAR AO SUS NAQUELES SERVIÇOS EM QUE O SUS NÃO TE ATENDE BEM, VOCÊ ACHA QUE ELE PODERIA TER UM CUSTO MENOR? [1] SIM [2] NÃO (PULE A 31)		
31	QUANTO VOCÊ ACREDITA QUE PAGARIA PELO SEU PLANO DE SAÚDE CASO ELE FOSSE COMPLETAR AO SUS EM RELAÇÃO A SUA MENSALIDADE ATUAL? (ESPONTÂNEA)		
32	VOCÊ JÁ UTILIZOU OS SERVIÇOS DO SUS? [1] SIM [2] NÃO (PULE A 33)		
33	Qual serviço você utilizou?		
34	Com relação a este atendimento você ficou: [1] MUITO INSATISFEITO [3] SATISFEITO [2] INSATISFEITO [4] MUITO SATISFEITO		
35	NA SUA OPINIÃO QUAIS OS SERVIÇOS QUE O SUS EM VIÇOSA ATENDE DE FORMA SATISFATÓRIA? (ESPONTÂNEA)		
36	VOCÊ ACHA POSSÍVEL HAVER UM PLANO DE SAÚDE QUE PRESTE SERVIÇOS DE FORMA COMPLEMENTAR AO SUS? [1] SIM [2] NÃO		
37	O QUE VOCÊ ACHA DE PAGAR PELO MESMO SERVIÇO NO SEU PLANO DE SAÚDE, SENDO QUE O SUS JÁ O ATENDE DE FORMA SATISFATÓRIA? (ESPONTÂNEA)		
38	NOS ÚLTIMOS 12 MESES VOCÊ TEVE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? [1] SIM (QUAL) [2] NÃO		
39	VOCÊ PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA? [1] SIM [2] NÃO		
40	POR QUAL MOTIVO VOCÊ NÃO PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA? (ESPONTÂNEA)		
41	QUAL SERVIÇO VOCÊ UTILIZOU: [1] CONSULTA [2] EXAMES [3] INTERNAÇÃO		
42	QUANTOS EXAMES VOCÊ FEZ NOS ÚLTIMOS 12 MESES? (ESPONTÂNEA)		
43	QUAL SISTEMA DE SAÚDE VOCÊ UTILIZOU? [1] PLAMHUV [2] SUS [3] PARTICULAR		
45	QUANTAS VEZES NOS ÚLTIMOS 12 MESES VOCÊ UTILIZOU OS SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO?		
46	QUAL SISTEMA DE SAÚDE VOCÊ UTILIZOU? [1] PLAMHUV [2] SUS [3] PARTICULAR		
47	QUANTO VOCÊ GASTOU COM ESTES SERVIÇOS? (ESPONTÂNEA) (CONSULTA, EXAME E INTERNAÇÃO)		