

O TRABALHADOR BRASILEIRO E A SAÚDE SUPLEMENTAR: RELAÇÕES DE CONSUMO

FASE I PESQUISA, DIAGNÓSTICO E SENSIBILIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Objetivo Específico I

Grupos focais com os agentes envolvidos no universo dos planos coletivos de saúde para traçar um diagnóstico das demandas, contratações, regulações, acesso aos serviços de saúde

Convênio ANS/DIEESE – Nº 03/2008

2010

Presidente da República

Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Saúde

José Gomes Temporão

Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Fausto Pereira dos Santos

Diretor de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Leandro Reis Tavares

Gerente Geral de Relacionamento – GGRIN da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Flávio José Fonseca de Oliveira

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS
Diretoria de Fiscalização
Gerência Geral de Relacionamento - GGRIN
Rua Augusto Severo, 84 - 11º andar
Glória - Rio de Janeiro - RJ
20021-040

Obs.: Os textos não refletem necessariamente a posição da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Direção Sindical Executiva

Tadeu Morais de Sousa – Presidente

STI Metalúrgicas Mecânicas e de Materiais Elétricos de São Paulo Mogi e Região - SP

Alberto Soares da Silva - Vice-presidente

Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Energia Elétrica de Campinas - SP

João Vicente Silva Cayres – Secretário

Sindicato dos Metalúrgicos do ABC - SP

Ana Tércia Sanches – Diretora

Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de São Paulo Osasco e Região - SP

Antônio de Souza – Diretor

STI Metalúrgicas Mecânicas e de Material Elétrico de Osasco e Região - SP

Carlos Donizeti – Diretor

Fed. dos Trabalhadores em Serviços de Asseio e Conservação Ambiental Urbana e Áreas Verdes do Estado de São Paulo - SP

Josinaldo José de Barros – Diretor

STI Metalúrgicas Mecânicas e de Materiais Elétricos de Guarulhos Arujá Mairiporã e Santa Isabel - SP

José Carlos Souza – Diretor

STI de Energia Elétrica de São Paulo - SP

Mara Luzia Feltes – Diretora

Sind. dos Empregados em Empresas de Assessoramentos Perícias Informações Pesquisas e de Fundações Estaduais do Rio Grande do Sul - RS

Maria das Graças de Oliveira – Diretora

Sindicato dos Servidores Públicos Federais do Estado de Pernambuco - PE

Paulo de Tarso Guedes de Brito Costa – Diretor

Sindicato dos Eletricistas da Bahia - BA

Pedro Celso Rosa – Diretor

STI Metalúrgicas de Máquinas Mecânicas de Material Elétrico de Veículos e Peças Automotivas da Grande Curitiba - PR

Zenaide Honório – Diretora

Sindicato dos Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo - SP

Direção Técnica

Clemente Ganz Lúcio – Diretor Técnico

Ademir Figueiredo – Coordenador de Estudos e Desenvolvimento

José Silvestre Prado de Oliveira – Coordenador de Relações Sindicais

Francisco José Couceiro de Oliveira – Coordenador de Pesquisas

Nelson de Chueri Karam – Coordenador de Educação

Rosana de Freitas – Coordenadora Administrativa e Financeira

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

Rua Ministro Godói, 310 – Parque da Água Branca – São Paulo – SP – CEP 05001-900

Fone: (11) 3874 5366 – Fax: (11) 3874 5394

E-mail: en@dieese.org.br

<http://www.dieese.org.br>

Ficha Técnica**Equipe Executora**

DIEESE

Coordenação do Projeto

Reginaldo Muniz Barreto – Coordenador Técnico do Projeto

Nelson de Chueri Karam – Responsável Institucional pelo Projeto

Sirlei Márcia de Oliveira – Coordenadora Executiva

Rosana de Freitas – Coordenadora Administrativa e Financeira

Mônica Aparecida da Silva – Supervisora Administrativa e Financeira de Projetos

Apoio

Equipe administrativa do DIEESE

Entidade Executora

Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos - DIEESE

Consultores

Instituto de Pesquisas Fatos LTDA

Financiamento

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEESE

Sumário

Apresentação.....	11
I - Introdução.....	12
<i>O Projeto “O trabalhador brasileiro e a saúde suplementar: relações de consumo”.....</i>	<i>12</i>
<i>A pesquisa qualitativa.....</i>	<i>12</i>
<input type="checkbox"/> O pré-campo	18
<input type="checkbox"/> O trabalho de campo	19
<input type="checkbox"/> O pós-campo.....	23
II – A visão de quem utiliza os planos de saúde coletivos: os titulares	25
<i>Perfil dos entrevistados a partir das fichas socioeconômicas.....</i>	<i>26</i>
<i>São Paulo.....</i>	<i>30</i>
<input type="checkbox"/> Antecedentes.....	30
<input type="checkbox"/> A realização do GF	31
<input type="checkbox"/> Principais pontos levantados na discussão.....	31
Percepção acerca dos pontos fortes e dos pontos fracos do plano de saúde coletivo que possuem e sugestões para melhorá-lo.....	31
Percepção acerca da existência de mecanismos nas operadoras para captar as críticas e sugestões dos usuários.....	32
Percepção acerca da participação dos trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas.....	33
Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas.....	33
Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde	34
Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde	34
Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa	35
Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS	36
Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil.....	37
Aspectos complementares	38
<i>Salvador.....</i>	<i>38</i>
<input type="checkbox"/> A realização do GF	38
<input type="checkbox"/> Principais pontos levantados na discussão.....	39
Percepção acerca dos pontos fortes e dos pontos fracos do plano de saúde coletivo que possuem e sugestões para melhorá-lo.....	39
Percepção acerca da existência de mecanismos nas operadoras para captar as críticas e sugestões dos usuários.....	40
Percepção acerca da participação dos trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas.....	41
Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas.....	42
Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde	43
Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde	43
Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa	44

Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS	44
Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil.....	45
Aspectos complementares	45
<i>Porto Alegre</i>	46
<input type="checkbox"/> Antecedentes.....	46
<input type="checkbox"/> A realização do GF	46
<input type="checkbox"/> Principais pontos levantados na discussão.....	47
Percepção acerca dos pontos fortes e dos pontos fracos do plano de saúde coletivo que possuem e sugestões para melhorá-lo.....	47
Percepção acerca da existência de mecanismos nas operadoras para captar as críticas e sugestões dos usuários	48
Percepção acerca da participação dos trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas.....	48
Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas.....	49
Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde	49
Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde	49
Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa	49
Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS	50
Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil.....	50
Aspectos complementares	50
III – A visão dos dirigentes sindicais	52
<i>Perfil dos entrevistados a partir das fichas socioeconômicas</i>	53
<i>São Paulo</i>	57
<input type="checkbox"/> Antecedentes.....	57
<input type="checkbox"/> A realização do GF	57
<input type="checkbox"/> Principais pontos levantados na discussão.....	58
Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas.....	58
Percepção acerca dos interesses das partes envolvidas na contratação de uma operadora de plano de saúde coletivo privado	62
Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde	63
Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde	64
Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa	64
Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS	65
Aspectos complementares	65
<i>Salvador</i>	65
<input type="checkbox"/> A realização do GF	65
<input type="checkbox"/> Principais pontos levantados na discussão.....	66
Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas.....	66
Percepção acerca dos fatores que deveriam ser levados em conta pelos sindicatos nessa negociação	70
Percepção acerca dos fatores que são levados em conta pelas empresas para a contratação de uma operadora de plano de saúde coletivo privado de seus funcionários	71

Percepção acerca da relação entre a empresa contratante e as operadoras de plano de saúde privado.....	72
Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde	72
Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa	73
Percepção acerca dos pontos fortes e dos pontos fracos do plano de saúde coletivo que possuem e sugestões para melhorá-lo.....	74
Aspectos complementares	74
<i>Porto Alegre</i>	75
<input type="checkbox"/> Antecedentes.....	75
<input type="checkbox"/> A realização do GF	76
<input type="checkbox"/> Principais pontos levantados na discussão.....	77
Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas.....	78
Percepção acerca dos fatores que deveriam ser levados em conta pelos sindicatos nessa negociação	80
Percepção acerca dos fatores que são levados em conta pelas empresas para a contratação de uma operadora de plano de saúde coletivo privado de seus funcionários	81
Percepção acerca da relação entre a empresa contratante e as operadoras de plano de saúde privado.....	81
Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde	82
Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde	83
Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa	84
Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS	84
Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil.....	85
Aspectos complementares	86
IV - A visão das empresas que contratam os planos de saúde coletivos	87
<i>Perfil dos entrevistados a partir das fichas socioeconômicas</i>	87
<i>São Paulo</i>	92
<input type="checkbox"/> Antecedentes.....	93
<input type="checkbox"/> A realização do GF	94
<input type="checkbox"/> Principais pontos levantados na discussão.....	94
Percepção acerca dos pontos fortes e dos pontos fracos do plano de saúde coletivo que oferecem e sugestões para melhorá-lo.....	95
Percepção acerca dos fatores que são levados em conta pelas empresas para a contratação de uma operadora de plano de saúde coletivo privado de seus funcionários	98
Percepção acerca da relação entre a empresa contratante e as operadoras.....	99
Percepção acerca da existência de mecanismos nas empresas para captar as críticas e sugestões dos usuários	100
Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas.....	101
Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa	102
Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde	103
Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde	104
Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS	104

Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil.....	105
Aspectos complementares	106
<i>Salvador</i>	107
<input type="checkbox"/> A realização do GF	107
<input type="checkbox"/> Principais pontos levantados na discussão.....	108
Percepção acerca dos fatores que são levados em conta pelas empresas para a contratação de uma operadora de plano de saúde coletivo privado de seus funcionários	108
Percepção acerca dos pontos fortes e dos pontos fracos do plano de saúde coletivo que oferecem e sugestões para melhorá-lo.....	110
Percepção acerca da existência de mecanismos nas empresas para captar as críticas e sugestões dos usuários	111
Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde	111
Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde	112
Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa	112
Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS	114
Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas.....	115
Sugestões para melhorar a saúde pública e privada no Brasil.....	115
<i>Porto Alegre</i>	116
<input type="checkbox"/> Antecedentes.....	116
<input type="checkbox"/> A realização do GF	117
<input type="checkbox"/> Principais pontos levantados na discussão.....	118
Percepção acerca dos fatores que são levados em conta pelas empresas para a contratação de uma operadora de plano de saúde coletivo privado de seus funcionários	118
Percepção acerca dos pontos fortes e dos pontos fracos do plano de saúde coletivo que oferecem e sugestões para melhorá-lo.....	120
Percepção acerca da existência de mecanismos nas empresas para captar as críticas e sugestões dos usuários	121
Percepção acerca da relação entre a empresa contratante e as operadoras.....	122
Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde	122
Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde	123
Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas.....	125
Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa	126
Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS	127
Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil.....	127
V - A visão das operadoras dos planos de saúde coletivos.....	130
<i>Perfil dos entrevistados a partir das fichas socioeconômicas</i>	130
<i>São Paulo: Operadoras de autogestão</i>	136
<input type="checkbox"/> Antecedentes.....	136
<input type="checkbox"/> A realização do GF	136
<input type="checkbox"/> Principais pontos levantados na discussão.....	137
Percepção acerca das vantagens e desvantagens de ser operadora de autogestão no mercado de planos coletivos de saúde	137
Percepção sobre o sistema de financiamento das operadoras de autogestão.....	139

Percepção sobre a participação dos trabalhadores na gestão da operadora de planos de saúde de autogestão.....	141
Percepção sobre a relação entre o sindicato dos trabalhadores e as operadoras de autogestão	143
Percepção sobre a manutenção dos aposentados, os demitidos e os exonerados no plano de saúde.....	145
Percepção sobre a possibilidade do atendimento de acidentes e doenças do trabalho no plano de saúde.....	147
Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde feita pela ANS.....	147
Percepção de como melhorar a saúde pública no Brasil.....	149
<i>São Paulo: Outras operadoras.....</i>	<i>149</i>
<input type="checkbox"/> A realização do GF	149
<input type="checkbox"/> Principais pontos levantados na discussão.....	149
Percepção acerca do mercado atual e futuro dos planos de saúde coletivos privados.....	150
Percepção acerca da existência de mecanismos nas operadoras para captar as críticas e sugestões dos usuários.....	151
Percepção acerca da relação entre a empresa contratante e as operadoras de plano de saúde privado.....	151
Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas.....	152
Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde	152
Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde	152
Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa	153
Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS	154
Sugestões para melhorar a saúde pública e privada no Brasil.....	156
<i>Salvador: Outras operadoras.....</i>	<i>157</i>
<input type="checkbox"/> Antecedentes.....	157
<input type="checkbox"/> A realização do GF	158
<input type="checkbox"/> Principais pontos levantados na discussão.....	158
Percepção acerca do mercado atual e futuro dos planos de saúde coletivos privados.....	158
Percepção acerca da existência de mecanismos nas operadoras para captar as críticas e sugestões dos usuários.....	160
Percepção acerca da relação entre a empresa contratante e as operadoras de plano de saúde privado.....	161
Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas.....	162
Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde	163
Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde	163
Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa	164
Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS	164
Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil.....	165
Aspectos complementares	166
<i>Porto Alegre: Outras operadoras.....</i>	<i>166</i>
<input type="checkbox"/> Antecedentes.....	166
<input type="checkbox"/> A realização do GF	168
<input type="checkbox"/> Principais pontos levantados na discussão.....	168
Percepção acerca do mercado atual e futuro dos planos de saúde coletivos privados.....	168

Percepção acerca da existência de mecanismos nas operadoras para captar as críticas e sugestões dos usuários	169
Percepção acerca da relação entre a empresa contratante e as operadoras de plano de saúde privado.....	171
Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas.....	171
Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde	172
Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde	173
Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa	173
Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS	174
Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil.....	175
Aspectos complementares	176
VI - Considerações Finais	177
<i>Perfil dos participantes.....</i>	<i>177</i>
<i>Principais pontos levantados na pesquisa.....</i>	<i>184</i>
<input type="checkbox"/> A percepção dos diversos agentes envolvidos no universo dos planos coletivos de saúde no que se refere às relações de consumo.....	185
Fatores levados em conta pelas empresas na contratação de um plano coletivo	185
Mudança de operadora	186
Relação entre empresas contratantes e operadoras.....	187
Participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos coletivos.....	188
Participação dos trabalhadores na negociação dos planos coletivos	194
<input type="checkbox"/> As principais demandas e sugestões dos agentes envolvidos relativas às condições da saúde suplementar a que têm acesso	194
Pontos fortes e pontos fracos dos planos de saúde	195
Atual sistema de reajustes dos planos coletivos	198
Inclusão de acidentes e doenças do trabalho nos planos coletivos	201
Manutenção de aposentados, demitidos e exonerados nos planos coletivos	203
Mecanismos para captar críticas e sugestões.....	206
Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil.....	208
<input type="checkbox"/> Como são avaliadas pelos diferentes agentes as medidas de regulação/mediação percebidas como lhes sendo impostas pela ANS	211
Mercado atual e futuro dos planos privados.....	211
Regulação da ANS para os planos coletivos	213
<input type="checkbox"/> Aspectos complementares.....	216

APRESENTAÇÃO

O presente relatório de pesquisa integra o projeto “*O trabalhador brasileiro e a saúde suplementar: relações de consumo*”, firmado entre a Agência Nacional de Saúde - ANS e o Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos – DIEESE, no âmbito do Convênio ANS /DIEESE N° 003/2008.

Este “**Relatório da Pesquisa Qualitativa**” descreve as principais atividades e os resultados da pesquisa qualitativa levada a efeito junto aos atores envolvidos com os planos coletivos de saúde em três municípios - São Paulo, Salvador e Porto Alegre -, nos meses de junho a novembro, utilizando a técnica de Grupos Focais. Foram realizados, ao todo, 13 grupos originais e 2 de reposição.

A organização do relatório por tipo de vínculo com os planos de saúde permite que o (a) leitor (a) interessado (a) em apenas um tipo de vínculo tenha uma boa visão da pesquisa, a partir da leitura da Introdução, do Capítulo relativo ao vínculo específico e das considerações finais. Os vínculos pesquisados foram: titulares, dirigentes sindicais, empresas contratantes e operadoras.

É fundamental que se explicita que um relatório é sempre um dos recortes possíveis do material coletado.

A Introdução expõe brevemente o que é o Projeto e descreve a metodologia, os pressupostos, os antecedentes, os objetivos, o trabalho de campo e o pós-campo da pesquisa qualitativa.

Os Capítulos II, III, IV e V tratam, respectivamente, de cada um dos tipos de vínculo pesquisados, nos três municípios, obedecendo à seguinte ordem: São Paulo, Salvador e Porto Alegre. Cada um destes capítulos descreve os dados mais relevantes da realização do GF em foco, traça um perfil dos participantes e sistematiza as idéias que emergiram das discussões, à luz das questões às quais se pretendia responder.

O último capítulo faz uma síntese do perfil dos entrevistados e dos principais pontos por eles levantados nos diversos grupos; sistematiza as principais críticas e sugestões apresentadas; e ressalta as diferenças percebidas.

Vale ainda acrescentar que alguns dos aspectos discutidos nos grupos demandavam conhecimento específico da legislação do setor ou da regulação da ANS. Contudo, foram sempre tratados na pesquisa do ponto de vista da percepção que os diversos agentes têm deles, mesmo que apresentem imprecisões ou “erros” do ponto de vista das regulações discutidas.

I – INTRODUÇÃO

O Projeto “O trabalhador brasileiro e a saúde suplementar: relações de consumo”

Trata-se de um projeto abrangente, de iniciativa da ANS/DIEESE, que inclui atividades de sensibilização, pesquisa e capacitação. Como mencionado no texto do projeto, são os seguintes seus objetivos gerais:

- *“Conhecer o mercado de saúde suplementar no que tange ao universo dos contratos de planos coletivos.*
- *Promover subsídios para garantir e ampliar a saúde do trabalhador, no âmbito dos planos coletivos de saúde.*
- *Subsidiar o desenvolvimento e a implementação de ações com vistas a garantir o protagonismo do trabalhador em suas relações com o mercado, proteção e defesa dos seus direitos em relação aos planos privados de assistência à saúde, bem como produzir informações que sirvam para melhorar o desempenho da atividade regulatória.”*

Durante a etapa de planejamento, foram realizadas as atividades prévias descritas abaixo, que resultaram na elaboração e aprovação de um Plano de Trabalho para o projeto como um todo:

- Reuniões entre o DIEESE e a ANS.
- Leitura e sistematização do material disponível sobre o tema.
- Reuniões internas da equipe do DIEESE diretamente envolvida no projeto.
- Reunião entre a equipe do DIEESE e a consultoria da Fatos.
- Reuniões entre a equipe do DIEESE e as centrais sindicais e o DIESAT.
- Reuniões de todas as equipes em conjunto.

A pesquisa qualitativa

O Plano de trabalho acordado entre o DIEESE e a ANS previa a realização de uma pesquisa, com metodologia qualitativa e com a técnica de Grupos Focais, com os agentes envolvidos no universo dos planos coletivos de saúde (titulares¹, dirigentes sindicais, empresas contratantes, operadoras de autogestão e de outras modalidades) para traçar um diagnóstico das demandas,

¹ Ficou decidido que a pesquisa não incluiria os dependentes dos titulares.

contratações, regulações e acesso aos serviços de saúde, com o intuito de subsidiar a implementação de ações que garantam o protagonismo do trabalhador em relação aos planos coletivos de saúde.

O Plano de trabalho consolidou uma proposta de operacionalização da pesquisa qualitativa contendo os principais pontos acordados e que são sumarizados a seguir:

- **Área geográfica:** municípios de São Paulo, Porto Alegre e Salvador. Estas áreas foram escolhidas por serem representativas nas três regiões com maior número de vínculos a planos coletivos de saúde: Sudeste, Sul e Nordeste.

- **Objetivos gerais:**
 - Conhecer o mercado de saúde suplementar no que tange ao universo dos contratos de planos coletivos.
 - ⇒ Explicitar as principais questões/problemas e desafios que estão colocados para a relação do trabalhador com a saúde suplementar no Brasil.
 - ⇒ Promover subsídios para garantir e ampliar a saúde do trabalhador, no âmbito dos planos coletivos de saúde.
 - ⇒ Subsidiar o desenvolvimento e a implementação de ações com vistas a garantir o protagonismo do trabalhador em suas relações com o mercado; proteção e defesa dos seus direitos em relação aos planos privados de assistência à saúde; bem como produzir informações que sirvam para melhorar o desempenho da atividade regulatória.

- **Objetivos específicos:**
 - ⇒ Conhecer os titulares de planos coletivos no que tange ao seu perfil e às suas relações de consumo com a saúde suplementar.
 - ⇒ Conhecer os contratantes de planos de saúde no que tange ao seu perfil e às suas relações de consumo com a saúde suplementar.
 - ⇒ Conhecer as operadoras de modalidade autogestão no que tange ao perfil de autogestão e às suas relações de consumo com a saúde suplementar.

- ⇒ Conhecer as operadoras em outras modalidades (cooperativas, seguradoras, medicina em grupo, etc.) no que tange ao seu perfil e às suas relações de consumo com a saúde suplementar.
- **Público-alvo:** titulares, empresas contratantes, operadoras de planos coletivos de saúde e dirigentes sindicais.
- **Metodologia:** Qualitativa. Vale ressaltar a adequação da escolha metodológica tendo em vista os objetivos da pesquisa, uma vez que ela especialmente indicada para:
 - ⇒ Explorar em profundidade o mundo da vida dos indivíduos.
 - ⇒ Explorar o espectro de atitudes, comportamentos, opiniões e representações sobre um assunto em questão.
 - ⇒ Orientar o pesquisador para um campo de investigação e para a linguagem local.
 - ⇒ Observar os processos de consenso e divergência.
 - ⇒ Explorar possibilidades para a construção de alternativas para perguntas fechadas em pesquisas quantitativas.
 - ⇒ Adicionar detalhes conceituais a achados quantitativos.
 - ⇒ Na primeira fase da realização de diagnósticos comunitários participativos, fundamental nos processos de construção de projetos de desenvolvimento com sustentabilidade.
 - ⇒ Construção de planos de ação para resolver problemas comunitários/grupais específicos.
- **Técnica:** Grupos Focais com aplicação de questionário para levantar o perfil dos participantes e algumas informações específicas sobre o setor de saúde suplementar. Dentre as metodologias qualitativas, os Grupos Focais são os que mais se prestam para explorar o espectro de atitudes, opiniões e comportamentos e para observar os processos de consenso e divergência, quando os entrevistados não têm origens tão

diversas que possam inibir a participação na discussão do tópico, como no caso da presente pesquisa.²

- **Questões centrais a que se propõe investigar:**

- ⇒ Quais as percepções dos diversos agentes envolvidos no universo dos planos coletivos de saúde no que se refere às relações de consumo.
- ⇒ Quais as principais demandas e sugestões dos agentes envolvidos relativas às condições da saúde suplementar a que têm acesso.
- ⇒ Quais as medidas de regulação/mediação percebidas como lhes sendo impostas e como são avaliadas pelos diferentes agentes.

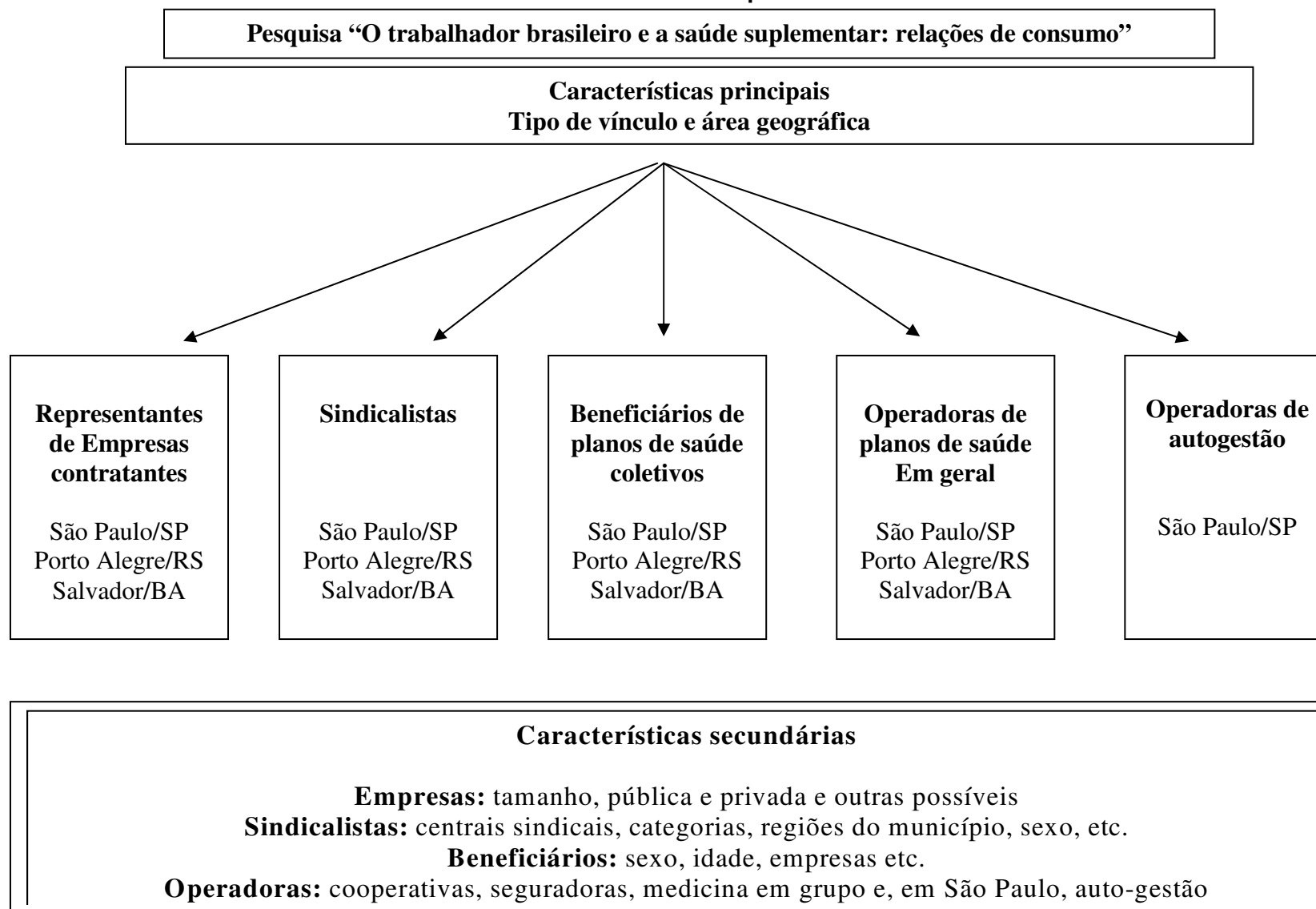
- **Característica principal:** o tipo de vínculo dos participantes com a saúde suplementar e a área geográfica definida para a pesquisa. Foram priorizados 4 tipos de vínculos, gerando a necessidade metodológica da realização de 4 GFs por município selecionado, totalizando 13 GFs, uma vez que se avaliou que, em São Paulo, seria importante ouvir em separado as operadoras de autogestão e as de outras modalidades. Os vínculos identificados foram:

- ⇒ Titulares de planos de saúde coletivos. Grupos a serem compostos por sorteio aleatório no cadastro de beneficiários das empresas incluídas na pesquisa.
- ⇒ Empresas contratantes de planos de saúde coletivos: representadas por pessoas que contratam e monitoram planos de saúde e/ou que conheçam bem esse processo de seleção/contratação/monitoramento. Serão consideradas participantes em potencial desses grupos apenas aquelas empresas com maior número de titulares. Grupos a serem compostos por indicação dos diversos tipos de empresa.
- ⇒ Operadoras de planos de saúde coletivos de todas as modalidades: representadas por pessoas com conhecimento da operadora como um todo, que trabalhem naquelas com maior número de titulares. Em São Paulo, serão formados dois grupos – um com as operadoras de autogestão e outro com as demais operadoras.
- ⇒ Sindicalistas: dirigentes sindicais com experiência de negociação na área da saúde. Grupos a serem compostos por indicação das centrais sindicais.

² REA, Louis e PARKER, Richard. *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: Thomson Learning, 2002

- **Características secundárias:** definidas especificamente segundo o grupo, como pode ser visualizado na Figura 1, que mostra o desenho da estrutura da pesquisa.

FIGURA 1
Desenho da Estrutura da Pesquisa Qualitativa



➤ **O pré-campo**

Dando início, foram cumpridas tarefas indispensáveis ao pré-campo:

- Definição dos (das) interlocutores (as) regionais, que ficariam incumbidos (as) de relevantes tarefas preparatórias do trabalho de campo e elaboração do material instrucional para tais interlocutores.
- Definição dos roteiros: considerando os objetivos e as questões centrais que a pesquisa se propõe a investigar, foram elaborados roteiros para conduzir os grupos com os diversos agentes pesquisados, o mais próximo possível uns dos outros, de maneira a permitir uma adequada comparação de suas respostas. Os roteiros específicos, que serão apresentados nos respectivos capítulos, procuraram desenvolver os tópicos listados no projeto inicialmente apresentado para a ANS e, posteriormente, foram ajustados e discutidos em conjunto com as equipes. Foram priorizados aqueles tópicos que mais se adequavam ao levantamento com a técnica de pesquisa escolhida.
- Elaboração da ficha socioeconômica aplicada aos participantes de todos os grupos.
- Montagem dos cadastros de participantes em potencial dos grupos: para essa montagem, a ANS disponibilizou para o DIEESE suas bases de dados, destacando-se o SIB – Sistema de Informações de Beneficiários -, a ser utilizado em cruzamento com a RAIS para identificação das empresas contratantes de planos de saúde coletivos. As variáveis necessárias e possíveis de serem buscadas na base de dados da ANS são:
 - ⇒ CNPJ da empresa contratante (a base de dados da ANS não dispõe do nome da empresa contratante);
 - ⇒ nomes dos usuários titulares (chamados de beneficiários pela ANS), para cada uma das capitais escolhidas.

O CNPJ da empresa contratante é a variável que permite o cruzamento do SIB com a RAIS, do qual foram extraídos os seguintes dados:

- ⇒ setores e subsetores do CNAE das empresas contratantes por quantidade absoluta e relativa de titulares de planos coletivos de saúde privados;
- ⇒ seleção das maiores empresas contratantes de planos coletivos de saúde privados nos subsetores selecionados para os GFs;
- ⇒ nomes dos titulares de planos coletivos de saúde privados trabalhadores das mesmas empresas contratantes.

O resultado do cruzamento dos dados RAIS & SIB identificou as classes e subclasses CNAE - Classificação Nacional de Atividades Econômicas - das empresas constantes da base de dados da ANS, por quantidade de titulares existentes nas empresas, nas capitais selecionadas (Porto Alegre, São Paulo e Salvador), e permitiu a seleção das classes e subclasses que deveriam entrar na pesquisa e o sorteio aleatório de titulares de planos que seriam participantes em potencial desses grupos.

- Elaboração de cartas-convite. Foram elaboradas cartas-convite para serem enviadas aos participantes contatados que aceitassem participar dos grupos.

➤ **O trabalho de campo**

Apesar do cuidadoso planejamento, algumas dificuldades foram enfrentadas durante o trabalho de campo, relativas principalmente à efetiva montagem dos grupos e ao comparecimento das pessoas que com isso tinham se comprometido. Tais dificuldades levaram à necessidade da realização do trabalho de campo em duas etapas distintas: uma sob responsabilidade direta da equipe do DIEESE e outra com a corresponsabilidade da equipe da Fatos Consultoria e Pesquisa.

No período entre 13 de maio e 5 de junho de 2009, transcorreu a primeira etapa do trabalho de campo. O Quadro 1 mostra o balanço dos grupos realizados nessa etapa, a maior parte dos previstos.

QUADRO 1
Balanco dos Grupos Focais realizados na primeira etapa do campo

Grupos Focais	Salvador	Porto Alegre	São Paulo
Operadoras de autogestão	Não previsto	Não previsto	Sim
Dirigentes sindicais	Sim	Sim	Sim
Outras operadoras	Não	Sim	Sim
Empresas contratantes	Sim	Sim	Sim
Titulares	Sim	Sim	Não

Foi então pedido à consultoria que realizasse uma avaliação crítica do material produzido pela pesquisa até então, com o objetivo de validá-lo do ponto de vista metodológico e de (re) planejar o final do trabalho de campo.

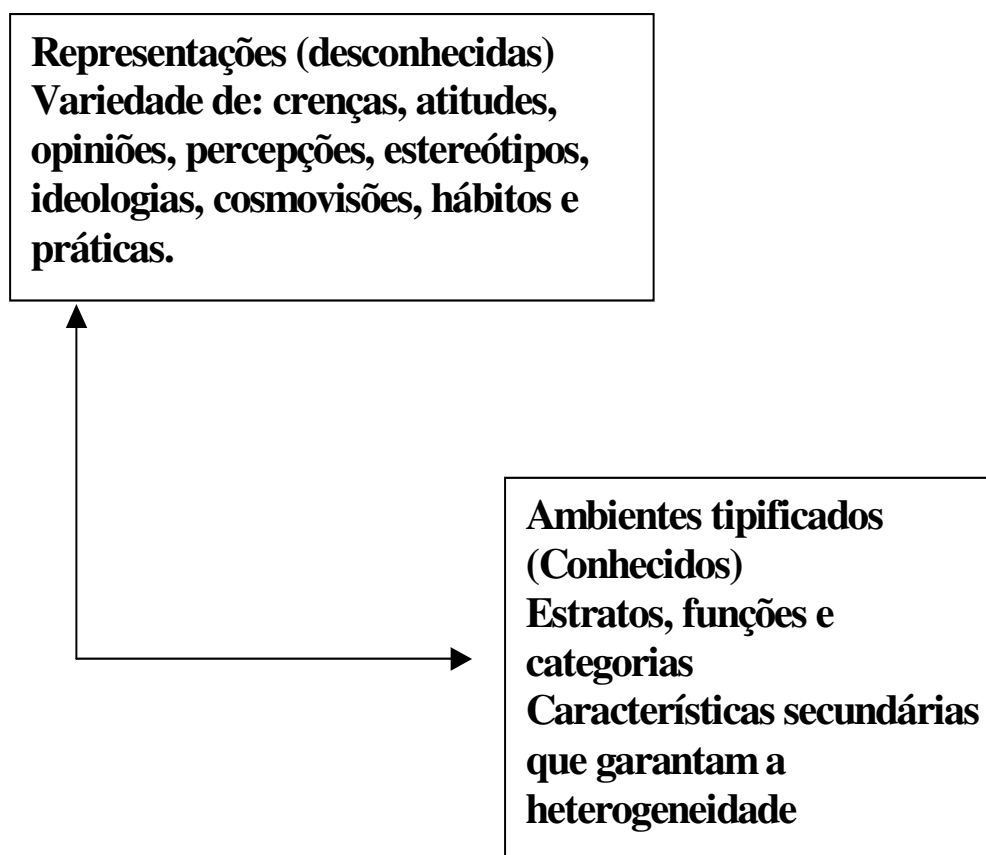
Tal avaliação foi feita e para tanto retomou brevemente alguns aspectos das metodologias qualitativas e, especificamente, da técnica de Grupos Focais, para que pudesse ficar claro se e quais princípios poderiam ter sido violados e como isso poderia ser contornado, sem prejuízo da credibilidade e da validade da pesquisa, já que, segundo Gaskell³, o planejamento de uma investigação qualitativa é dinâmico, flexível e acompanha todo o processo.

Os aspectos ressaltados foram:

- No centro da investigação qualitativa estão grupos sociais identificados por certas características: uma identidade social ou uma experiência de vida semelhante.
- Sua qualidade se expressa na profundidade analítica e na amplitude de percepções/representações, que é finita.
- O principal interesse dos pesquisadores qualitativos é na tipificação da variedade de representações das pessoas do seu mundo vivencial.
- As representações são relações sujeito-objeto particulares, ligadas a um meio social, tal como descreve a Figura 2.

³ A maioria das observações metodológicas feitas aqui tem sua base em GASKELL, George. "Entrevistas individuais e grupais". In: BAUER, Martin W., GASKELL, George (editores). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

FIGURA 2
Representações e meios sociais



- Daí a importância da seleção dos entrevistados que comporão os grupos, respeitando a característica principal do grupo (responsável pela sua homogeneidade) e as características secundárias (garantidoras da heterogeneidade presente no universo pesquisado).
- A característica principal determina, ainda, o nível de comparação que poderá ser estabelecido quando da análise dos resultados.
 - ⇒ O número de grupos que precisam ser realizados é função da característica principal da pesquisa e de seus requisitos: natureza do tópico, número dos diferentes “ambientes” julgados relevantes e dos recursos disponíveis. Um importante limite a considerar para o número de grupos é que “*existe um número relativamente limitado de pontos de vista ou posições sobre um tópico em um meio social específico*” (GASKELL, 2002:68). Tal argumento, muitas vezes, respalda um número menor de entrevistados.

A consultoria concluiu, então, pela existência de qualidade no material coletado até então e fez algumas recomendações para a execução da fase final da pesquisa. A seguir estão listadas as principais delas:

- Retomar o “desenho” da pesquisa e trabalhar a análise segundo o vínculo nas três capitais. Tal procedimento minimiza o problema de um número menor de entrevistados do que o pretendido em cada grupo até porque, em alguns vínculos, o universo é bem restrito, como é o caso das operadoras.
- Refazer o grupo dos representantes de empresa em São Paulo, que aliou a um baixo comparecimento a representação de empresas muito atípicas, o que pode ter particularizado por demais as informações.
- Rever relatos e transcrições. Tarefa a ser executada pelos responsáveis pelos registros que participaram dos grupos para garantir a precisão desses documentos que são a fonte dos dados da pesquisa.
- Verificar o grau de heterogeneidade alcançado nos grupos, via processamento das fichas socioeconômicas preenchidas pelos participantes, e incorporar estas informações ao texto do relatório final.
- Valer-se do incentivo financeiro para aumentar o comparecimento nos grupos a fazer e refazer como forma de ter grupos maiores e que atendam às características secundárias pretendidas. Mantidas as exigências metodológicas, tentar outras estratégias de recrutamento para os grupos.
- Optar por um relatório final mais sintético, apoiado mais em quadros do que em longos textos e com poucas “vinhetas” das falas dos entrevistados, com cada capítulo, dedicado a um tipo de vínculo nos três municípios pesquisados, tratando dos principais pontos levantados nas três localidades.
- Explicitar na Introdução do relatório o histórico resumido do trabalho de campo de modo a mostrar os percalços encontrados e sua superação, sem desconsiderar os princípios metodológicos. Esta transparência servirá para legitimar o trabalho e circunscrever seus limites, que não foram impeditivos para que se chegasse aos resultados desejados.

A partir de 14 de outubro foi iniciada a segunda etapa do trabalho de campo, na qual foram realizados com êxito os dois GFs pendentes, estendendo-se até a redação deste relatório.

Ao final do trabalho de campo, verificou-se que a decisão de validar e concluir a pesquisa a despeito dos percalços ocorridos na primeira fase do campo foi acertada porque aspectos intrínsecos à própria pesquisa reforçaram o argumento de Gaskell citado acima e que legitima um número menor de participantes do que o pretendido inicialmente:

- As principais diferenças de percepção foram verificadas entre os vínculos e não nos mesmos vínculos em diferentes municípios. Assim, o número total de pessoas ouvidas em cada vínculo foi super adequado a uma investigação qualitativa: 15 usuários titulares, 19 representantes de operadoras, 22 representantes de empresas contratantes e 27 dirigentes sindicais, totalizando 83 entrevistados.
- Em alguns casos, como por exemplo no caso das operadoras da Bahia, o cadastro listado de participantes em potencial do grupo era muito próximo do pretendido inicialmente para cada GF.

➤ **O pós-campo**

Findas as duas etapas do trabalho de campo, procedeu-se à organização e à análise dos dados quantitativos e qualitativos e à redação do presente Relatório, que, como previa o projeto, trata da metodologia e dos resultados da pesquisa.

Ressalte-se que os dados quantitativos produzidos a partir das fichas socioeconômicas não têm significado estatístico relativamente ao universo e dizem mais respeito à qualificação dos públicos do que às medições complementares dos temas focados na pesquisa.

Por outro lado, a análise do material qualitativo colhido nos GFs está voltada para a sistematização e a articulação das idéias apresentadas pelos entrevistados, respondendo a questões propostas pela pesquisa ou incluindo aspectos originais do tema pesquisado. Finalmente, é indispensável agradecer às equipes de trabalho, aos responsáveis pela gravação e pela transcrição das fitas, pela digitação das fichas socioeconômicas, pelo levantamento e processamento dos dados primários e secundários, bem como à revisora

do texto deste Relatório. Por último, um agradecimento aos entrevistados (as), que, com sua participação, permitiram que fosse levado a bom termo o trabalho de campo.

II – A VISÃO DE QUEM UTILIZA OS PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS: OS TITULARES

Os grupos com os titulares de planos de saúde coletivos aconteceram no período entre 27 de maio e 26 de outubro de 2009 nas cidades de São Paulo⁴, em 26/10, de Salvador, em 27/5, e de Porto Alegre, em 3/6. Foram ao todo 15 entrevistados nas três cidades pesquisadas.

Em todos os grupos a discussão foi conduzida apresentando o seguinte roteiro de questões aos entrevistados:

1. Quais os pontos fortes e os pontos fracos do seu plano de saúde empresarial? Quais são as sugestões para melhorar o plano de saúde empresarial? (Tipo de carências impostas, mecanismos de autorregulação, acesso aos serviços de saúde.)
2. Em sua opinião, existem mecanismos na operadora para captar as críticas e sugestões dos usuários? (Há muitas reclamações? Existe ouvidoria?)
3. Como vocês veem a participação dos trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas?
4. Como vocês veem a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas?
5. Como vocês veem o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde?
6. Como vocês veem a inclusão do atendimento de acidentes e doenças do trabalho no plano de saúde?
7. Como vocês veem a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa?
8. Como vocês veem a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS? (legislação, normas, fiscalização)
9. Quais são as suas sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil?

⁴ A ordem de apresentação dos resultados não segue a ordem cronológica de realização dos grupos, para que permaneça a mesma em todo o relatório.

Perfil dos entrevistados a partir das fichas socioeconômicas

Como já foi mencionado, por ocasião da realização dos GFs, todos os participantes responderam a uma ficha de caracterização socioeconômica. A partir dos resultados desta parte da pesquisa, foi construído o Quadro 2, que traça o perfil dos entrevistados nos grupos de titulares nos três municípios pesquisados e em conjunto.

O objetivo desta breve inclusão quantitativa é conhecer o perfil das pessoas que foram ouvidas, já que isto tem relação direta com suas visões de mundo, que referenciam, em última instância, as opiniões emitidas.

Com base nos resultados mais frequentes observados para cada um dos quesitos investigados, pode-se dizer que os usuários titulares eram predominantemente mulheres, e a idade média do grupo foi de 48,7 anos; apenas um participante não era brasileiro, nasceram principalmente nas unidades da Federação onde ocorreram as entrevistas, autodeclararam-se de cor branca e de religião católica. Na família eram “a pessoa de referência”, casados ou vivendo em união consensual, com uma média de 2,3 filhos, dos quais 1,8 (em média) tinham menos de 21 anos. Possuíam curso superior completo, com pequena predominância na área de Administração. Quase todos trabalhavam em empresas ou instituições pertencentes ao setor de serviços. O rendimento médio do grupo foi R\$ 5.435,83, com valores variando de R\$ 1.100,00 a R\$ 12.000,00; o rendimento mediano foi R\$ 3.050,00. A participação em organizações da sociedade civil foi pouco significativa, indicando alguma frequência apenas para associações profissionais (sindicatos), entidades religiosas e esportivas.

Uma terça parte dos entrevistados possuía plano de saúde do tipo autogestão, os demais eram de outras operadoras. Todos possuíam plano médico da empresa e nenhum deles tinha plano médico particular; pouco mais da metade tinha plano odontológico da empresa e nenhum particular. A maioria possuía apenas um plano de saúde e todos eram titulares, como exigia a característica principal do grupo; a média de tempo no plano foi de 7,9, variando de menos de um ano a 25 anos. Nenhum deles utilizou o plano para acidentes de trabalho e mais da metade não havia utilizado o SUS. A nota média dada para o plano de saúde que possuíam foi 6,9 (mínima de 5 e máxima de 10).

- **Especificidades do grupo de São Paulo:**

As diferenças mais significativas verificadas para o grupo de usuários titulares de São Paulo foram: a idade média mais elevada dos 3 grupos (53,6 anos); a presença

de um participante não brasileiro; a maior média de número de filhos (2,5 filhos) e a menor de filhos com menos de 21 anos (1,8). A escolaridade predominante também foi curso superior completo, mas com formação em diversas áreas: Administração, Engenharia, Estatística, Letras, Nutrição e Tecnologia em processamento de dados. O rendimento médio do grupo foi R\$ 6.942,86, valor mais elevado observado para esse segmento, variando de R\$ 2.500,00 a R\$ 12.000,00 e com resultado mediano de R\$ 8.000,00.

O grupo contou com participantes usuários de planos de autogestão e de outras operadoras, com predominância do último tipo. A média de tempo no plano foi a mais elevada dos três grupos e atingiu 10,1 anos, variando de menos de um ano a 25 anos. A nota média dada para o plano de saúde que possuíam foi 6,6 (mínima de 5 e máxima de 9), a mais baixa verificada.

- **Especificidades do grupo de Salvador:**

Em Salvador, os principais destaques foram: a presença só de mulheres; a menor idade média (42,8 anos) registrada; a condição predominante de “filho (a)” para o quesito posição na família; a situação conjugal “viúvo”; o menor número médio de filhos (2,0). Igualdade de registros para escolaridade superior incompleta e completa, com cursos nas áreas de Ciências Contábeis e Serviço Social. Todos exerciam suas atividades profissionais em empresas ou instituições pertencentes ao setor de serviços. O rendimento médio do grupo (R\$ 6.000,00) deve ser considerado com especiais restrições, pois teve como base apenas duas informações. A participação em organizações da sociedade civil foi, em geral, pouco significativa, com destaques únicos para associação esportiva e outro tipo de organização não especificado.

Todos os participantes do grupo possuíam planos de saúde de outras operadoras, ou seja, nenhum do tipo autogestão. O tempo médio no plano de saúde foi o menor das três áreas investigadas (3,5 anos) e variou de menos de um a 9 anos. A nota média dada para o plano de saúde que possuíam foi 7,3, um pouco superior à média geral (6,9).

- **Especificidades do grupo de Porto Alegre:**

No grupo de Porto Alegre, a situação conjugal mais frequente foi “separado, desquitado, divorciado” e foi registrado o menor rendimento médio do segmento (R\$ 1.543,33), muito abaixo da média geral (R\$ 5.435,83). Predominou a não participação em organizações da sociedade civil.

Os participantes do grupo tinham planos de autogestão e de outras operadoras, com maior incidência do primeiro. Todos possuíam plano odontológico da empresa, além do médico. Diferentemente dos demais grupos, a maioria de seus componentes havia utilizado o SUS.

QUADRO 2

Perfil dos participantes dos Grupos Focais com Usuários Titulares, segundo as cidades selecionadas⁵

Características	Total	São Paulo	Salvador	Porto Alegre
Nº de participantes	15	8	4	3
Data da realização	27/5 a 26/10	26/10	27/5	3/6
Tipo de pesquisa	Autogestão (5) Outras operadoras (10)	Autogestão (3) Outras operadoras (5)	Outras operadoras (4)	Autogestão (2) Outras operadoras (1)
Sexo	Mulheres (10 de 15)	Homens (4) Mulheres (4)	Todas mulheres	Mulheres (2)
Idade média	48,7 anos	53,6 anos	42,8 anos	43,7 anos
Idade mediana	51,0 anos	53,0 anos	42,0 anos	44,0 anos
Mínima	24 anos	42 anos	24 anos	34 anos
Máxima	68 anos	68 anos	63 anos	53 anos
Nacionalidade	Brasileiros (14)	Brasileiros (7)	Todos brasileiros	Todos brasileiros
UF onde nasceu	SP (6)	SP (6)	BA (2)	RS (2)
Cor	Branca (12)	Branca (6)	Branca (3)	Branca (3)
Religião	Católica (11)	Católica (6)	Católica (3)	Católica (2)
Posição na família	Pessoa de referência (10)	Pessoa de referência (7)	Filho (a) (2)	Pessoa de referência (2)
Situação conjugal	Casado União consensual (7)	Casado União consensual (5)	Viúvo (2)	Separado Desquitado Divorciado (2)
Com filhos	Sim (10)	Sim (6)	Sim (3)	Sim (1)
Média de filhos	2,3 (1 a 3)	2,5 (1 a 3)	2,0 (1 a 3)	2,0 (2)
Filhos < de 21	Sim (6)	Sim (4)	Sim (1)	Sim (1)
Média < de 21	1,8 (1 a 3)	1,8 (1 a 3)	2,0 (2)	2,0 (2)

⁵ Os resultados expressam, com algumas exceções (média, mínimo, máximo), a classe modal (valor ou classe mais frequente na distribuição) obtida para cada uma das variáveis.

Características	Total	São Paulo	Salvador	Porto Alegre
Escolaridade	Superior completo (10 de 15)	Superior completo (6 de 8)	Superior incompleto e completo (2 cada um)	Superior completo (2 de 3)
Área do 1º curso superior completo	Administração ⁶ (3)	Administração, Engenharia Industrial, Estatística, Letras, Nutrição e Tecnologia em processamento de dados 1 para cada curso	Ciências Contábeis e Serviço Social (1 para cada curso)	Administração ⁷ (2)
Área do 2º curso superior	Ciências Contábeis e Economia (1 para cada curso)	Ciências Contábeis e Economia 1 para cada curso	-	-
Tipo de plano Médico da empresa	Sim (15) Não (15)	Sim (8) Não (8)	Sim (4) Não (4)	Sim (3) Não (3)
Médico particular Odontológico da empresa	Sim (9)	Sim (4) Não (4)	Sim (2) Não (2)	Sim (3)
Odontológico particular	Não (15)	Não (8)	Não (4)	Não (3)
Número de planos de saúde	Um (12)	Um (7)	Um (3)	Um (2)
Tipo de vínculo com o plano	Titular (15)	Titular (8)	Titular (4)	Titular (3)
Tempo no plano				
Média	7,9 anos	10,1 anos	3,5 anos	7,7 anos
Mediana	6,0 anos	7,5 anos	2,5 anos	6,0 anos
Mínimo	- de 1 ano	2 anos	- de 1 ano	2 anos
Máximo	25 anos	25 anos	9 anos	15 anos
Utilização do plano para acidente de trabalho	Não (15)	Não (8)	Não (4)	Não (3)
Utilização do SUS	Não (9)	Não (5)	Não (3)	Sim (2)
Setor de atividade da empresa	Serviços (12)	Serviços (6)	Serviços (4)	Serviços (2)
Rendimento (R\$)	Informado (12)	Informado (7)	Informado (2)	Informado (3)
Médio	5.435,83	6.942,86	6.000,00	1.543,33
Mediano	3.050,00	8.000,00	6.000,00	1.500,00
Mínimo	1.100,00	2.500,00	3.000,00	1.100,00
Máximo	12.000,00	12.000,00	9.000,00	2.030,00

⁶ De empresas (1), hospitalar (1) e somente Administração (1).

⁷ De empresas (1) e hospitalar (1).

Características	Total	São Paulo	Salvador	Porto Alegre
Nota para o plano de saúde que possui	Responderam (14)	Responderam (8)	Responderam (3)	Responderam (3)
Média	6,9	6,6	7,3	7,3
Mediana	7,0	6,5	8,0	7,0
Mínima	5	5	5	5
Máxima	10	9	9	10
Características	Total	São Paulo	Salvador	Porto Alegre
Participação em organizações da sociedade civil:				
De classe profissional	Não (7)	Sim (4)	Não (2)	Não (2)
Partido político	Não (12)	Não (7)	Não (2)	Não (3)
De bairro	Não (12)	Não (7)	Não (2)	Não (3)
Esportiva	Não (9)	Não (6)	Sim (1) Não (1)	Não (2)
ONG	Não (12)	Não (7)	Não (2)	Não (3)
Religiosa	Não (8)	Não (4)	Não (2)	Não (2)
Grupo 3ª idade	Não (12)	Não (7)	Não (2)	Não (3)
Org. juvenil	Não (12)	Não (7)	Não (2)	Não (3)
Outra	Não (11)	Não (7)	Sim (1) Não (1)	Não (3)
Qual outra:			Sem especificação	

Fonte: DIEESE/ANS - Pesquisa "Os trabalhadores e a Saúde Suplementar", 2009.

São Paulo

➤ Antecedentes

Segundo o relator do grupo, os caminhos anteriores de buscar titulares de planos de saúde coletivos por meio das empresas contratantes já tinham se mostrado infrutíferos, mas, mesmo assim, foram trilhados uma segunda vez, sem êxito. Foram tentados dois cadastros:

- O das 22 empresas contratantes selecionadas pelo DIEESE a partir do fornecido pela ANS.
- Outro cadastro, igualmente elaborado pelo DIEESE a partir do cruzamento do cadastro da ANS com os dados da RAIS, e que continha o nome de 220 pessoas, 10 funcionários de cada uma das 22 empresas selecionadas e um telefone para cada empresa. A experiência de contato com titulares por essa via não surtiu o efeito desejado, pois as empresas não fornecem nenhuma informação sobre seus funcionários.

Então, mantendo todos os requisitos metodológicos predefinidos, adotou-se uma nova estratégia: os convites foram feitos a partir de contatos da rede social da equipe da pesquisa (exclusive familiares). Das pessoas consultadas, 11 confirmaram presença e 8 participaram do Grupo Focal, sendo portadoras de diferentes planos de saúde coletivos, tanto de operadoras de autogestão como de outros tipos, e satisfazendo praticamente todas as características secundárias pretendidas para o grupo: idade, sexo, com e sem filhos e plano de saúde.

➤ **A realização do GF**

O GF realizou-se em dependências do Tulip Inn Paulista Convention, situado à Rua Apeninos, 1.070, no bairro do Paraíso, em São Paulo, capital, no dia 26 de outubro de 2009, às 19 horas, com duração de 2 horas.

O relator registrou que, durante o processo grupal, pôde se verificar que as pessoas estavam atentas aos comentários dos outros participantes e interessadas pelo assunto, pois muitas das intervenções dialogavam com as colocações feitas por outros participantes.

➤ **Principais pontos levantados na discussão**

O que se pretende aqui é sistematizar as idéias que emergiram das discussões, à luz das questões a que se pretendia responder. Procurou-se listar todos os aspectos mencionados, independentemente de sua recorrência ou originalidade.

Percepção acerca dos pontos fortes e dos pontos fracos do plano de saúde coletivo que possuem e sugestões para melhorá-lo

Instados a listar o que consideram pontos positivos e negativos do seu plano de saúde, os participantes detiveram-se pouco nos primeiros: somente foram mencionadas a qualidade e a extensão da rede de atendimento.

Já a lista de pontos negativos foi bem mais longa:

- Demora no agendamento de consultas e exames.
- Limitação da extensão da rede à região metropolitana de São Paulo.
- Poucos médicos em algumas especialidades.

- Frequente descredenciamento de médicos.
- Qualidade dos hospitais dependente do nível em que cada funcionário consegue se inserir no plano em função de seus custos.
- Dificuldades de obter autorizações para cirurgias.
- Necessidade de consulta prévia ao clínico geral para ser encaminhado para especialistas.
- O plano tenta sempre que o atendimento hospitalar seja feito em hospitais de segunda linha.

Há que se ter em conta que as qualidades e os defeitos estão referidos a cada um dos planos aos quais os participantes estão vinculados, ainda que, quando tratados em conjunto, como neste relatório, forneçam um painel significativo de questões comuns.

Ressalte-se que os entrevistados vinculados a planos de autogestão tinham muito menos queixas que os demais, e um deles chegou a mencionar que não via qualquer aspecto negativo no seu plano. Como bem ressaltou o relator, a presença desses participantes foi um diferencial para o grupo, pois, além de trazerem uma relação diferenciada com a operadora, davam a impressão de se sentirem em posição privilegiada comparativamente aos outros participantes: o tempo todo enalteciam qualidades e vantagens de seus planos, ainda que de uma forma um pouco idealizada.

Os participantes deste grupo foram os que atribuíram notas média e mediana mais baixas (6,6 e 6,5, respectivamente) ao plano de saúde que possuem e, ao longo da discussão, deixaram claras suas críticas, que, sem dúvida, “rebatem” suas sugestões.

Percepção acerca da existência de mecanismos nas operadoras para captar as críticas e sugestões dos usuários

Somente uma pessoa entrevistada declarou peremptoriamente que não existem mecanismos de captação de críticas e sugestões, e que cada um só sabe o que o plano oferece quando precisa usar. A posição hegemônica no grupo foi a de que existem canais de comunicação com a operadora, mas eles são limitados:

- Um participante colocou que o uso dos canais competentes estava sujeito a determinações “externas”, como, por exemplo, a posição hierárquica do demandante na empresa em que trabalha ou o seu bom relacionamento na

empresa, o que logo foi contestado por uma participante de um plano autogerido.

- O canal existe e é mais eficiente nos planos de autogestão.
- O canal existe e já foi usado pela própria entrevistada, que foi vítima de erro médico grave e tentou, pelos canais competentes, o descredenciamento do prestador do serviço. Não teve êxito no seu intento, mas se sentiu atendida com o tratamento dispensado ao caso pela operadora, que procurou apurar o fato e a mantinha sempre informada sobre o desenrolar do processo.

Percepção acerca da participação dos trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas

À exceção de duas participantes, uma delas vinculada a um plano de autogestão, a percepção é a de que não há participação e foram muitos os argumentos para comprová-lo: as alterações, inclusive de custos, são acertadas pela direção da empresa diretamente com a operadora e informadas de última hora para os funcionários; o mesmo ocorre com a inclusão da co-participação, cujo peso é crescente para os funcionários; a cada dois anos é feita uma nova licitação, mas os funcionários não participam da decisão e desconhecem os critérios que levam à escolha final; o plano básico é oferecido a todos os funcionários, mas os níveis que propiciam melhor atendimento dependem de complementação financeira por parte dos funcionários; a permanência no plano odontológico é compulsória durante um período de carência determinado pelo contrato.

A participação mencionada incluía discussão dos funcionários em relação a melhorias para o plano e pesquisas periódicas de avaliação dos atendimentos recebidos.

Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas

A percepção dos participantes sobre este aspecto da questão dos planos de saúde coletivos foi bem diversificada e pode ser resumida em três tipos de posição:

- A primeira delas é a de que não existe a participação sindical. Nas experiências relatadas, a ação sindical é nula porque há mais de um sindicato disputando a

- base; o sindicato é incapaz de conseguir oferecer um plano adequado para a categoria porque há grandes desníveis salariais internos, sendo o piso de R\$ 1.500,00; o sindicato é ausente e desconhece o que se passa na categoria.
- A segunda delas percebe a atuação sindical, mas ressalta que ela depende da força do sindicato, pois há desde aqueles sindicatos que fazem parte da gestão do plano de saúde, ainda que a entrevistada desconheça a extensão de seus direitos nessa comissão, até aqueles que padronizam por baixo para tentar universalizar o plano para todos os funcionários.
 - A última, expressa por uma única participante, vê como a ação sindical ideal a viabilização de planos de saúde para os seus associados.

Eu acho que, como tem o sindicato dos economistas, tem o sindicato dos engenheiros, dos agrônomos, e eu acho que esse é um jeito de viabilizar (...) [a] participar de planos de saúde coletivos e de ter um preço razoável. Eu não pago uma bobagem, eu pago bem, eu pago caro, mas se fosse individual, seria três vezes [mais], seria impagável. Eu acho que a participação dos sindicatos está nesse ponto, de viabilizar esses planos coletivos para esses profissionais que são filiados a esses sindicatos.

Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde

Com relação aos reajustes, apenas quatro participantes manifestaram-se: uma para dizer que, na sua empresa, havia o “reajuste surpresa” informando quando ia ocorrer o desconto e sem teto contratual, o que muitas vezes gerava a impossibilidade de muitos funcionários permanecerem no plano; outra para dizer que recebia com antecedência de três meses o aviso do percentual do reajuste e que este tem sido próximo do determinado pelo governo para os planos individuais, tanto que ela julgava que era determinado também pela ANS; finalmente, duas participantes dos planos de autogestão explicaram os critérios de reajuste de seus planos, ambos vinculados ao nível salarial dos participantes e proporcionais aos aumentos salariais concedidos pela empresa.

Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde

No que se refere aos acidentes de trabalho, uma pessoa entrevistada mostrou desinformação ao responder, de imediato, que “é óbvio que o plano tem que atender”. Os demais participantes, ao contrário do que ocorreu nos outros grupos, fixaram-se mais na questão do afastamento do trabalho por razões de doenças. Discutiram bastante sobre a questão das justificativas exigidas pelas empresas para liberar os funcionários por um ou dois dias e a necessidade dos chefes diretos do adoentado acabarem assumindo informalmente a responsabilidade da liberação. Tal situação agravou-se com a adoção do CID - Código Internacional de Doenças -, que não é de amplo conhecimento dos médicos; por isso, não sendo incluído o código da doença que gerou o atestado, este se torna inválido. Uma participante de plano de autogestão contrapôs que em sua empresa as liberações são feitas pelos próprios médicos da empresa, obedecendo aos prazos legais, e que repassam o caso para o INSS e para a perícia conforme a duração do afastamento.

Outro assunto mencionado em mais de uma fala foi o dos afastamentos do trabalho por doenças psicológicas de não tão fácil vinculação ao ambiente de trabalho, assunto hoje em pauta na mídia porque tem gerado até mesmo suicídios em série, ainda que os entrevistados não tenham feito esta associação. A fala que se segue dá conta de expor muito bem a questão:

Eu trabalho num local [em] que não existe um risco físico grande de acidente, mas existem situações extremamente estressantes. (...) Então, nós temos sete [na mesma função], três afastados, um por depressão, outro porque desenvolveu uma asma laboral (...) de tanto lidar com processo antigo, outra que pegou gripe suína por resistência baixa, imunidade baixa, e o restante da equipe está batendo fora do bumbo faz tempo porque a pressão está muito grande. Esses três saíram e a gente vai no médico do plano e não quer nada. Então, a empresa não tem um sistema ágil e interesse, a empresa de saúde, em (...) essa situação até porque cada um vai procurar o seu médico dentro da rede, então não tem o cruzamento de informações de que o pessoal daquela empresa está (...) com o mesmo perfil. Então, não existe uma ação voltada para cuidar realmente da saúde do trabalhador porque se forem ver os sete, fora os outros da [empresa] (...), têm todos os mesmos sintomas de stress, cansaço, de depressão, mas isso não é nada, é um detalhe!

Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa

Quanto às pessoas que se afastam da empresa por aposentadoria, por demissão ou por exoneração, as situações vivenciadas ou de conhecimento dos entrevistados, como nos

outros grupos, mostravam que há variações conforme as empresas e seus planos coletivos.

No caso de aposentadoria, tanto havia situações em que tudo continuava igual para os aposentados, em termos de custos e de direitos e coberturas, como havia a possibilidade de permanecer no plano por conta própria, mas sem subsídios da empresa. Havia também um caso em que o plano tinha “subplanos” para atender a aposentados, afastados, cedidos e exonerados:

O nosso plano de saúde tem três tipos de planos: para os que estão na ativa, que é o integral; tem um básico, que é para esses que estão afastados, e esses são valores inclusive diferentes porque eles têm que pagar [pois estão desligados] sem vencimento; pode até estar ligado ainda, mas está cedido e recebendo não pela empresa, então não desconta em folha, ele vai ter que pagar. Então, tem esse outro plano para esse pessoal que não está ali dentro, que são os demitidos, os aposentados, que é esse básico, e tem um que é especial; eu acredito que a diferença entre o básico e o especial é o tipo de cobertura⁸. O especial vai cobrir melhor e é mais caro e o básico eu acho que (...) prevê até médico de família, uma coisa bem diferenciada, só dá direito, acho. Por exemplo, não há quarto individual em hospital. Então, existem duas categorias outras de plano para esse pessoal.

Especificamente com relação aos desligados, foram citados casos de sua permanência por mais um período de carência variável entre 60 e 180 dias.

Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS

A primeira colocação foi sobre o fato de a ANS normatizar e não fiscalizar. Para ilustrar, foi citado o exemplo da inclusão da nutricionista na cobertura dos planos de saúde, que se seguiu de muitas queixas de mau atendimento. Averiguada a questão pelos órgãos da categoria, ficou comprovada a incompatibilidade entre o tempo de consulta máximo estipulado pelos planos e aquele necessário para efetuar um atendimento padrão desta especialidade, principalmente na primeira consulta. Verificou-se, ainda, que o valor pago pelo plano ao profissional era irrisório: R\$ 15,00. Várias considerações, então, foram feitas em torno da inadequada remuneração dos médicos em geral pelos planos de saúde, que estaria na base do seu descredenciamento, uma vez adquirida experiência e consolidada a clientela. Surgiu, então, uma sugestão

⁸ Na verdade, a cobertura é a mesma em função da regulação da ANS. O que varia são os prestadores de serviços e o tipo de acomodação hospitalar em caso de internação.

de os sindicatos ou outras instituições disponibilizarem locais para o atendimento por médicos dispostos a dar atenção ao paciente por um preço superior ao pago pelos planos e muito inferior ao valor de mercado dos consultórios particulares.

Uma segunda discussão girou em torno da não divulgação das normas promulgadas pela ANS por parte dos planos que preferem questionar estas normas na justiça. Sugeriu-se então uma maior transparência da própria ANS, exigindo dos planos a divulgação de suas normas.

Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil

Muitas foram as sugestões apresentadas de maneira direta:

- Aplicar as verbas destinadas à saúde na saúde em vez de fazer CPMF e aplicar em outros projetos.
- Planejar e ter projetos:

É impossível você investir tanto dinheiro sem ter planejamento, transparência, honestidade, simples.

Tudo é uma questão de planejamento, de saber empregar e de realmente fazer uma política de saúde pública decente.

- Moralizar: ter pessoas capacitadas a administrar na direção dos hospitais e não políticos indicados, que, além de não comparecerem ao trabalho, ainda “furam” as filas de atendimento com seus protegidos, que, muitas vezes, têm até plano de saúde.
- Fiscalizar os recursos destinados à saúde.
- Repensar o “sistema hospitalocêntrico” e focar na prevenção: cuidar da saúde e não da doença.
- Aumentar o número de unidades básicas de atendimento e promover o interesse da iniciativa privada por elas.
- Implantar o cartão único do SUS para o atendimento no sistema de saúde em geral. Segundo o entrevistado, esta é uma idéia já tentada anteriormente pelo Serra, mas que não vingou por ferir interesses. Assim o participante do grupo descreveu a idéia:

Estava sendo pretendido que todo cidadão brasileiro, desde criança até os velhos para morrer, tivesse um cartão de saúde do SUS e que, mediante esse

cartão, qualquer clínica, qualquer hospital deveria aceitar e atender. À medida que o sujeito apresentasse o cartão, se ele fosse usuário de algum plano de saúde, a despesa seria jogada para esse plano de saúde; caso não, ficaria para o governo pagar, (...) usando o dinheiro da CPMF; tendo dinheiro para não emprestar pra banco, não devolvendo pro FMI, então teria dinheiro disponível para um tipo desse (...) A idéia era maravilhosa, mas eu acho que não foi pra frente; se eu não me engano, o único município que concluiu o cartão, mas não distribuiu, não foi município pequeno não, foi em São José dos Campos.

Além das sugestões diretas, foi também mencionado que o problema da universalização da saúde é mundial e agrava-se com o envelhecimento da população; que o SUS conta com muita gente séria tentando viabilizar o sistema público de saúde; que seria interessante que o que todos pagam ao SUS viabilizasse um bom atendimento para aqueles que não podem ter um plano de saúde; e que uma ótima política também para a saúde seria promover uma melhor distribuição de renda no País.

Aspectos complementares

No caso deste grupo, as falas destacaram, para além do tema em discussão, o interesse dos participantes pelos resultados da pesquisa, tanto em seu caráter de trabalho em si como nos frutos que ela pode render para o aperfeiçoamento do sistema de saúde do País. Louvaram a iniciativa e gostaram de suas opiniões terem sido alvo do interesse da ANS.

Eu estou muito feliz em saber que existe alguém preocupado em fazer alguma coisa porque eu achava que era terra de ninguém, sinceramente. E espero que em breve saia o resultado dessa ação e que a gente tenha realmente benefícios, porque às vezes a gente fica um pouco frustrada no sentido de discutir, discutir; isso acontece muito nas empresas públicas, discute, discute, discute e nada acontece. Então, realmente eu fiquei feliz em poder discutir e tomara que saiam propostas boas.

Salvador

➤ A realização do GF

O GF realizou-se em dependências do Hotel Tropical da Bahia, em Salvador, Bahia, no dia 27 de maio de 2009, às 9 horas da manhã, e teve duração de uma hora e 55 minutos. O grupo contou com quatro participantes, valendo destacar que dois deles tinham experiência de trabalhar em suas empresas na área que lida com planos de saúde, o que torna suas opiniões, por vezes, mais técnicas do que as de um usuário comum.

➤ **Principais pontos levantados na discussão**

O que se pretende aqui é sistematizar as idéias que emergiram das discussões, à luz das questões a que se pretendia responder. Procurou-se listar todos os aspectos mencionados, independentemente de sua recorrência ou originalidade.

Percepção acerca dos pontos fortes e dos pontos fracos do plano de saúde coletivo que possuem e sugestões para melhorá-lo

Instados a listar o que consideram pontos positivos e negativos do seu plano de saúde, os participantes mencionaram como ponto positivo apenas o bom atendimento em geral e na emergência. Uma participante foi bastante enfática quanto a isso, pois relatou a sua própria experiência de bom atendimento em uma situação familiar de alto risco.

Já a lista de pontos negativos foi bem mais extensa:

- Descredenciamento de clínicas e prestadores de serviços sem aviso prévio.
- Demora na emissão de autorização de procedimentos e emissão de autorizações incompletas.
- Baixo valor de reembolso.
- Mudanças na rede credenciada.
- Inclusão de co-participação em proporções crescentes, chegando a atingir 30%.
- Superlotação da emergência dos hospitais. Este fato foi vinculado por uma participante à demora das autorizações, que levaria as pessoas a resolverem seu problema, sem agendamento, nas emergências.
- Fragmentação por diversos locais para a realização dos exames de uma só pessoa, obrigando o usuário a deslocar-se em horários e dias diferentes para realizar suas consultas e exames.
- Burocracia demais e excesso de guias a serem assinadas.
- Livro de credenciados desatualizado e sem data de impressão.
- Não disponibilidade de profissionais para atendimento psicológico, ainda que este seja coberto pelo plano. Aliado a isso, para que o atendimento seja obtido fora da rede credenciada, é exigido um relatório médico que expõe o problema do demandante no seu ambiente de trabalho. A exigência do relatório médico foi criticada por ser demandada para realizar qualquer tipo de exame.

- Alguns serviços, também constantes da cobertura, como o *home care*, só são autorizados mediante liminar da justiça.

Os participantes deste grupo atribuíram nota média 7,3 e mediana 8,0 ao plano de saúde que possuem e, ainda que não tenham feito especificamente sugestões para melhorar os planos, focando-as mais na saúde pública, em vários momentos da pesquisa fizeram uma verdadeira profissão de fé na saúde suplementar como fundamental em um país com tamanhas desigualdades sociais, como bem exemplifica a fala abaixo:

Eu acredito na saúde suplementar e acho que num país onde nós temos tantas diferenças sociais, tão acentuadas, é até justo que quem possa um pouco mais, porque já teve acesso ao mercado de trabalho, quem já teve um salário melhor, participe e abra espaço. O ideal é que todos tenham condições, mas a gente ainda vive um processo desse tipo; eu acho que isso é uma forma até de participação, (...) que a medicina suplementar, a saúde suplementar é uma coisa positiva; agora, acho que tem que ser uma coisa regulamentada pelo governo, para que ela caminhe a serviço não dos interesses dos grandes, mas a serviço de interesse da saúde, na defesa do interesse da população. Não pode ser a empresa para estar nessas vendas [como] para vender carros e ganhar milhões.

Outros aspectos foram levantados especificamente como problemas:

- A falta de consciência sobre a utilização dos planos por parte dos usuários que realizam múltiplas consultas para um mesmo problema e emprestam sua carteira para terceiros utilizarem.
- A questão da sinistralidade, que precisa encontrar outros caminhos, principalmente no caso das empresas pequenas. Uma solução possível já existe: a contratação pela sinistralidade média nacional e não interna da empresa.
- A inclusão de novos procedimentos médicos que se tornam usuais durante a vigência do plano na lista de procedimentos cobertos quando da contratação do plano.
- A necessidade de eliminação ou, pelo menos, da redução do papel dos corretores na mediação entre operadora e empresa.

Percepção acerca da existência de mecanismos nas operadoras para captar as críticas e sugestões dos usuários

Houve referências tanto à não existência de ouvidoria como à existência desta propiciando um atendimento do tipo “romaria”: quem liga vai sendo repassado sempre para outra pessoa e, ao final, recebe uma resposta padronizada como se fosse uma gravação. Outra participante do grupo disse que aciona a operadora por e-mail e telefone, mas o retorno é demorado e nem sempre satisfatório. Foi mencionado ainda que, por pressão da empresa, a operadora tornou-se “mais próxima” dos usuários.

Percepção acerca da participação dos trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas

A participação dos trabalhadores na contratação dos planos de saúde de suas empresas era diferenciada na experiência dos entrevistados. Havia casos em que ela era efetiva e havia até mesmo uma comissão para acompanhar e opinar no processo, como havia casos em que a participação não se dava em nível algum. Nestes últimos, os trabalhadores não eram chamados sequer para expressar sua preferência entre os diversos planos que estavam concorrendo à contratação ou apenas eram chamados para ouvir uma explanação sobre as características do plano já contratado para decidir por sua adesão pessoal a ele. Outra pessoa entrevistada mencionou que a participação certamente deveria ser maior por ser a única capaz de garantir mudança, mas que reconhecia que também não faz parte da cultura dos trabalhadores reivindicá-la.

Agora, o que acontece, e aí passa um pouco pela nossa cultura, pela nossa postura, pela nossa cidadania, é que o pessoal gosta muito da “rádio corredor”, como a gente costuma [dizer] lá, mas na hora que você chama para sentar, para discutir um plano grande (...) é complicado porque também a coisa da participação da gente enquanto cidadã é muito precária. Nós não temos uma cultura focada nisso, mas acho que o único caminho possível para alguma coisa mudar é quando você senta com as pessoas, abre espaço, cria canais, estimula, conscientiza, para que as pessoas falem (...).

Foi mencionado ainda que deveria haver mais atenção por parte dos trabalhadores no que diz respeito à forma de contratação do plano, pois muita coisa depende disso, mesmo no âmbito de uma mesma operadora. Foram então citados vários itens que precisam ser muito bem avaliados quando ocorre a contratação: âmbito de atendimento; rede credenciada; procedimentos para conseguir as autorizações em cirurgias - dentro e

fora do País -; momento de inclusão de dependentes; prazos de exclusão e quem pode entrar no plano.

Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas

Neste momento da discussão, o grupo fez, unanimemente, severas críticas aos sindicatos de trabalhadores com os quais suas empresas se relacionam. Disseram não mais acreditarem na possibilidade de o sindicato atuar positivamente para melhorar a saúde do trabalhador, como ocorre em outros países; que os sindicatos deveriam focar sua atuação na sua função de representação dos trabalhadores e não se arvorarem a ser prestadores de serviços; que os sindicatos acabam por defender interesses próprios; que os sindicatos retalias as empresas cujos planos de saúde contratados oferecem maior cobertura e qualidade do que os oferecidos pelos próprios sindicatos ou previstos nos acordos e convenções por eles negociados para a categoria; e que só lembram do sindicato quando veem descontado do seu salário o imposto sindical. Por tudo isso, pensam que melhor seria que os funcionários de cada empresa se organizassem para monitorar diretamente o processo de contratação de planos de saúde por suas empresas.

Pela severidade das críticas, são citadas a seguir algumas das falas dos entrevistados sobre este tópico:

Eu não acredito nos sindicatos. Não acho que o sindicato vai ter grande influência nisso daí. Eu acho que existe muita coisa que o sindicato diz que vai fazer e não faz. Eu acho que isso vai ser mais uma obrigação do sindicato que ela não vai cumprir corretamente. A exemplo da minha empresa, [em] particular, nós não seguimos a convenção do sindicato; a gente está uma convenção própria, a gente dá mais direitos ao trabalhador do que o próprio sindicato pode oferecer, e a gente tem diversas retaliações, por isso, do sindicato. Até do patronal, que a gente não segue o patronal.

Eu acho um absurdo a hora [em] que o sindicato passa a ser prestador de serviço, acho que esse não é o papel essencial do sindicato; acho que o sindicato nasceu, pelo menos até onde eu conheço a história, como um órgão que reúne as pessoas para reivindicar a quem de direito aquilo que é, é um representante legal.

Eu queria reforçar que eu acho que a influência do sindicato não é uma influência positiva. Eu reforço isso. Eu acho que o sindicato não tem que ter voz quanto a isso. Eu acho que as empresas têm que abrir negociação. Cabe

também aos trabalhadores incentivarem dentro das suas empresas discussões sobre situações não só de plano de saúde...

No caso da nossa empresa o sindicato é o xxxx e na verdade, eu só consigo me lembrar que ele existe quando veio descontando a contribuição. Eu também não acredito muito em sindicato porque eu acho que tem outros interesses por detrás envolvidos que não os que eles deveriam correr e lutar; seriam justamente as reivindicações.

Também não acredito que o sindicato faria alguma diferença não. Não mesmo. Eles lutam por algo que no fundo, no fundo é interesse deles. Então não acredito.

Só para corrigir umas coisas, interpretar de outra forma. Eu não estou negando o sindicato como um canal para falar de representação. Eu acho que, pelo contrário, esse é o grande papel dele, é isso que ele deveria fazer, e não o que está fazendo, um plano de saúde. Como canal, é o reforço e acredito.

Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde

Como no grupo de titulares de Porto Alegre, os entrevistados declararam não ter participação nos reajustes do plano coletivo e não entenderem os critérios que os regem, por não serem claros e transparentes. Havia dúvida quanto aos percentuais de reajuste, pois alguns entendiam que eram fixados pelo governo, como no caso dos planos individuais. Esclarecidos sobre o assunto pelo observador do grupo/coordenador do projeto de pesquisa, disseram ser, então, ainda mais importante conhecer as formas de cálculo.

Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde

No que se refere aos acidentes e doenças do trabalho, havia certo grau de desinformação por parte dos entrevistados, o que acabou gerando inúmeras intervenções explicativas por parte do coordenador da pesquisa e observador no grupo.

Os pontos levantados pelos próprios participantes do grupo foram:

- Existem contratos específicos para garantir o atendimento de acidentes e doenças do trabalho. Contudo, muitas vezes o plano de saúde coletivo cobre esses casos, não só para atender a um pedido da empresa, como também por

desconhecer o fato gerador do problema de saúde do usuário. De toda forma, fica a critério da operadora cobrir ou não estes casos.

- Muitas vezes, é difícil afirmar que uma doença é “do trabalho”.
- O fato da emissão da CAT (comunicação de acidente de trabalho) ser feita ora pela empresa, ora pelo INSS também dificulta a identificação de acidentes de trabalho pelos planos de saúde, facilitando o atendimento pelo contrato geral.
- Foi levantado ainda que o atendimento pelo plano geral pode influir de alguma maneira no número de notificações de acidentes de trabalho.

Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa

Quanto à questão das pessoas que se afastam da empresa por aposentadoria, por demissão ou por exoneração, foram relatadas experiências diversas em cada uma das empresas nas quais trabalham os entrevistados:

- Em uma empresa: ainda não há casos de aposentadoria e aos demitidos é garantida a permanência no plano por certo período de tempo após a demissão.
- Em outra empresa: ainda não há casos de aposentadoria e o demitido é excluído de imediato do plano.
- Em outra empresa: aposentados e demitidos permanecem com direito ao plano por um período de tempo proporcional ao tempo que trabalharam na empresa.
- Em outra empresa: aposentados continuam a contribuir e a pertencer ao plano por prazo indeterminado.

Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS

Instadas a dar sua opinião sobre a regulação dos planos feita pela ANS, os entrevistados preferiram se pronunciar sobre os seus desejos com relação ao assunto: que a atuação governamental na área da saúde do trabalhador precisa ser mais firme; que a ANS precisa atuar no sentido de reduzir a desigualdade entre as partes – planos de saúde, prestadores de serviço e usuários -; que deveria haver uma atuação no sentido de baratear o custo dos planos para os usuários, ou, pelo menos, garantir que a relação

custo/benefício seja mais justa porque “*não se pode ficar ao sabor do mercado no caso de um serviço essencial como a saúde*”.

Eu acho que o que a gente está vivendo aqui é fruto, tudo que foi dito aqui é fruto, já dá um espelho de que algo está precisando ser feito, não estou naquela política da derrocada total, mas eu acho que tudo que a gente está levantando aqui é revelador da necessidade de uma intervenção mais consistente, mais firme e mais voltada realmente para o benefício da saúde do trabalhador do Brasil.

O que eu acho é o seguinte: saúde é serviço essencial, educação é serviço essencial. Essas coisas não podem estar só a mercê do mercado, das relações de mercado. Como serviço essencial ele tem que ser garantido, assegurado, com custo reduzido, com respeito, com tudo que a gente merece.

Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil

Embora de início uma entrevistada tenha dito ser necessário um maior aprofundamento no assunto para poder opinar, ela própria e as demais participantes do grupo foram pródigas em sugestões:

- Melhorar a gestão dos hospitais, conduzindo aos cargos administrativos especialistas da área e não médicos.
- Manter ouvidorias em funcionamento e divulgar clara e amplamente os assuntos que a elas são levados.
- Priorizar o atendimento aos idosos.
- O governo prestar mais atenção e ter vontade política com relação aos problemas do setor saúde.
- Privilegiar o médico de família, que tem mais possibilidades de ter uma atuação integral com relação à saúde das pessoas.
- Descentralizar os recursos destinados à saúde pública.
- Maior respeito aos profissionais com remuneração adequada.
- Maior regulação dos planos privados.
- Focar nas medidas preventivas.

Aspectos complementares

Algumas falas situaram suas observações, sistematizadas e resumidas acima, complementando-as com aspectos interessantes que podem ser incluídos em uma reflexão mais ampla sobre os planos de saúde:

- A importância assumida pelo acompanhante do doente no atual estágio da saúde no Brasil, como elemento de atenção especial e ligação entre o paciente e o médico. Daí a importância de este ser um direito assegurado pelos planos.
- A valorização da presente pesquisa para subsidiar a elaboração e implantação de novas políticas e como prova de seriedade na sua construção.

O objetivo dessa pesquisa, com certeza, é criar uma nova política, e isso é fundamental porque eu acho que nenhum serviço na vida pode crescer se ele não ouve seus usuários, se ele não ouve qual é a realidade que está sendo vivenciada na ponta.

Eu acho que o principal fator é a vontade política de querer mesmo encarar com a seriedade que é devida, e até entendo que a iniciativa da agência nacional [em] contratar o Dieese e querer fazer essa pesquisa, para mim, (...) começou como uma coisa agradável, simpática, porque de alguma forma é novo, esse tipo de postura é nova, do meu conhecimento.

Porto Alegre

➤ Antecedentes

Segundo relato da interlocutora local, os contatos com os titulares foram feitos através das empresas nas quais eles trabalham, ainda que algumas delas tenham depois, repassado o contato direto do participante em potencial. Houve problemas de liberação do trabalho para participar do grupo, principalmente com aquelas pessoas que trabalham em turnos cuja escala não é conhecida com antecedência, caso predominante nas empresas de transporte. Ao final do processo de recrutamento, havia 8 pessoas confirmadas, embora apenas 3 tenham efetivamente comparecido no dia e hora marcados para a atividade de pesquisa. A relatora destaca ainda que uma das três era, além de titular, funcionária de uma operadora e que, mesmo que instada a pronunciar-se apenas como usuária, em alguns momentos demonstrou conhecimentos próprios de sua inserção profissional.

➤ A realização do GF

O GF realizou-se em dependências do Hotel Comfort, situado à Rua Loureiro da Silva, 1.660, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no dia 3 de junho de 2009, às 14 horas.

A relatora observou que os participantes estavam à vontade para se expressar, mas que, na maior parte do tempo, a discussão dependia do incentivo da facilitadora. Contudo, todas as questões do roteiro foram colocadas e respondidas pelos participantes, gerando um material de boa qualidade para os intentos da pesquisa.

➤ **Principais pontos levantados na discussão**

O que se pretende aqui é sistematizar as idéias que emergiram das discussões, à luz das questões a que se pretendia responder. Procurou-se listar todos os aspectos mencionados, independentemente de sua recorrência ou originalidade.

Percepção acerca dos pontos fortes e dos pontos fracos do plano de saúde coletivo que possuem e sugestões para melhorá-lo

Instados a listar o que consideram pontos positivos e negativos do seu plano de saúde, os participantes detiveram-se pouco nos primeiros: somente foram levantadas a qualidade dos profissionais e a amplitude da rede credenciada ou cooperativada.

Já a lista de pontos negativos foi bem mais extensa:

- A ausência da livre escolha.
- A demora na marcação de consultas e exames.
- A pouca atenção no atendimento, predominando as receitas simples e padrão.
- O plano só permite consulta aos médicos que compõem o corpo clínico do hospital, e estes não são muitos.
- É frequente a troca de plano pela empresa e, na percepção dos participantes, ela é sempre para pior.
- Os médicos conveniados priorizam os atendimentos particulares.
- A co-participação incluída recentemente nos contratos.
- A rotatividade dos médicos conveniados.

Como bem ressaltou a relatora do grupo, há que se ter em conta que as qualidades e os defeitos são mais percebidos pelos usuários mais frequentes dos serviços e estão referidos a cada um dos planos aos quais os participantes estão vinculados. Contudo, no conjunto, como estão sendo tratados aqui, permitem uma visão ampla dos aspectos que

são valorizados ou criticados pelos titulares, independentemente do plano a que o comentário se refere.

Os participantes deste grupo atribuíram nota média 7,3 e mediana 7,0 ao plano de saúde que possuem e sugerem como caminhos para melhorar os planos:

- A necessidade de os agentes envolvidos aprenderem a usar melhor o plano. Neste sentido, a fala de uma participante foi exemplar:

A utilização correta dos planos por parte dos médicos cooperados e dos próprios pacientes, os próprios segurados. A forma mais sensata de controlar é a utilização correta do plano.

- A melhor forma de melhorar é não optar pelo plano ruim. Cabe à empresa optar pelo melhor, já que é um serviço privado.
- A necessidade de maior cobrança da empresa contratante junto à operadora.

Percepção acerca da existência de mecanismos nas operadoras para captar as críticas e sugestões dos usuários

Os entrevistados responderam a esta questão inicialmente chamando a atenção para o fato de que as empresas contratantes das operadoras estariam mais preparadas para respondê-la. Porém, mencionaram a possibilidade de contato direto com a operadora via *site* e *e-mail* e a existência de caixa de sugestões na empresa, mas que tinham a percepção de que o conteúdo das sugestões não era incorporado às decisões tomadas diretamente entre o RH da empresa e a operadora. Foi dito ainda que a empresa fazia periodicamente uma pesquisa de satisfação junto aos usuários.

Percepção acerca da participação dos trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas

Como já havia sido adiantado anteriormente, os entrevistados foram unânimes em dizer que não há participação, nem mesmo financeira, uma vez que o plano era, totalmente ou quase, subsidiado pela empresa.

Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas

Houve consenso no grupo de que esta participação não se dá e um participante mencionou a atuação positiva do sindicato patronal na obtenção de planos melhores.

Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde

Na resposta dos três usuários, não há participação do trabalhador na contratação do plano e as empresas não repassam ao trabalhador o reajuste das mensalidades.

Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde

No que se refere aos acidentes de trabalho, os entrevistados pareciam desconhecer o assunto e acreditar que eles são sempre atendidos pelo plano. Mencionaram que o primeiro atendimento é geralmente feito pelo SUS e citaram o exemplo de acidente de trabalho ocorrido na sua empresa, que foi atendido pelo plano, em médico não credenciado. Há também a percepção de que existem planos de saúde específicos para o atendimento de acidentes de trabalho que são contratados pela empresa junto às operadoras.

Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa

Quanto à questão das pessoas que se afastam da empresa por aposentadoria, por demissão ou por exoneração, embora também parecesse haver certo desconhecimento sobre o assunto, havia a percepção de que a participação no plano está totalmente vinculada à permanência do trabalhador na empresa que contrata o plano. Contudo, foi mencionado que os aposentados ainda permaneciam vinculados ao plano por um período de dois anos após a aposentadoria.

Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS

Também sobre este ponto prevalecia o desconhecimento, que foi justificado pela pouca divulgação, e certa expectativa positiva vinculada à idéia de que a regulação sempre é pensada no sentido de beneficiar os usuários, e isso tem feito os planos de saúde repensarem suas atitudes.

Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil

Ao contrário dos participantes dos outros GFs de titulares que nunca haviam utilizado o SUS, dois deles neste grupo já haviam utilizado. Tinham uma boa percepção do tratamento recebido, mas acham que a baixa remuneração dos profissionais e dos serviços prejudica o atendimento, que é voltado predominantemente para a classe de renda mais baixa. Foi mencionado ainda que há o mito de que o SUS atende mal, pois serve a pessoas que não têm condições de demandar melhores serviços e, assim, até os remédios oferecidos são de laboratórios pouco conhecidos, “de fundo de quintal”. Há a percepção de que os próprios médicos diferenciam a qualidade dos atendimentos segundo o tipo de cliente. No entanto, na visão de outro participante, há que se considerar que toda a população contribui para o SUS e que os valores pagos pelos procedimentos médicos são superiores aos pagos pelas operadoras. Assim, para melhorar o serviço, é preciso aumentar a fiscalização para evitar o mau uso de recursos.

Aspectos complementares

Algumas falas situaram suas observações, sistematizadas e resumidas acima, complementando-as com aspectos interessantes, que podem ser incluídos em uma reflexão mais ampla sobre os planos de saúde:

- A questão da sinistralidade, desconhecida pela maioria mas percebida por quem sabia de que se tratava, como “*uma forma das operadoras controlarem os custos*” e que poderia ser resolvida pela educação no uso dos planos e pela prática da medicina preventiva.

- O problema de o plano informar de maneira personalizada para a empresa contratante o uso dos serviços médicos. Este fato, tido como fator de exposição do trabalhador junto aos seus pares da empresa, também é justificado pela necessidade de a empresa e a operadora controlarem a sinistralidade e permitirem ao usuário o controle da co-participação que lhe está sendo cobrada.

Também há que considerar importantes aspectos que foram levantados inclusive pela relatora:

- A questão da desinformação chama a atenção, principalmente se considerarmos que se trata de um grupo instruído, ainda que com a menor remuneração média, se comparado aos demais grupos de titulares.
- A questão do desconhecimento sobre os direitos de cada um e do seu potencial de participação para interferir na conquista de ampliações de possibilidades no plano de saúde. Não foi expressa, como em outros grupos, a percepção de que os trabalhadores podem se articular para obter melhores planos e melhores condições contratuais com o plano escolhido. A idéia de que o trabalhador recebe da empresa o benefício do plano de saúde legitima a empresa como única interlocutora das operadoras.

III – A VISÃO DOS DIRIGENTES SINDICAIS

Os grupos aconteceram no período de 13/5 a 2/6 nas cidades de São Paulo, em 13/5, de Salvador, em 26/5, e de Porto Alegre, em 2/6. Foram ao todo 27 participantes nas três cidades pesquisadas.

Em todos os grupos a discussão foi conduzida apresentando o seguinte roteiro de questões aos entrevistados:

1. Como vocês veem a participação dos sindicatos de trabalhadores no processo de negociação da contratação de uma operadora de plano de saúde privado?
2. Em sua opinião, que fatores são levados em conta, pelas empresas, para a contratação de uma operadora de plano de saúde coletivo privado para seus funcionários?
3. Em sua opinião, que fatores deveriam ser levados em conta pelos sindicatos nessa negociação?
4. Como vocês veem a relação entre a empresa contratante e as operadoras de plano de saúde privado?
5. Como vocês veem o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde?
6. Como vocês veem a inclusão do atendimento de acidentes e doenças do trabalho no plano de saúde?
7. Como vocês veem a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa?
8. Como vocês veem a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS? (legislação, normas, fiscalização)
9. Quais os pontos fortes e os pontos fracos do seu plano de saúde empresarial? Quais são as sugestões para melhorar o plano de saúde empresarial? (Tipo de carências impostas, mecanismos de auto-regulação, acesso aos serviços de saúde.)
10. Quais são as suas sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil?

Perfil dos entrevistados a partir das fichas socioeconômicas

Como já foi mencionado, por ocasião da realização dos GFs, todos os participantes responderam a uma ficha de caracterização socioeconômica. A partir dos resultados desta parte da pesquisa, foi construído o Quadro 3, que traça o perfil dos entrevistados nos grupos de dirigentes sindicais nos três municípios pesquisados e em conjunto.

O objetivo desta breve inclusão quantitativa é conhecer o perfil das pessoas que foram ouvidas, já que isto tem relação direta com suas visões de mundo, que referenciam, em última instância, as opiniões emitidas.

Com base nos resultados mais frequentes, observados para cada um dos quesitos investigados, pode-se dizer que os dirigentes sindicais que participaram da pesquisa eram predominantemente homens⁹; a idade média do grupo foi de 49,8 anos; todos eram brasileiros, nascidos principalmente nas unidades da Federação onde foram realizados os grupos, com predominância da Bahia; de cor branca (declarada pelos próprios participantes) e religião católica. Na família, eram “a pessoa de referência”, casados ou vivendo em união consensual, com uma média de 2,5 filhos de qualquer idade e 1,5 filhos (em média) com menos de 21 anos. Possuíam curso superior completo, em diversas áreas, com pequena ênfase na de Direito. Cerca da metade trabalhava em empresas ou instituições pertencentes ao setor de serviços. O rendimento médio do grupo foi de R\$ 3.446,71 (mínimo de R\$ 785,00 e máximo de R\$ 8.000,00). A participação em organizações da sociedade civil foi quase total (apenas um participante não respondeu às questões sobre esse assunto) para as associações de classe profissional (sindicatos) e significativa - mais da metade para partidos políticos; a participação nas demais organizações foi inexpressiva.

Grande parte deles possuía plano médico da empresa e quase ninguém tinha plano médico particular; pouco mais da metade tinha plano odontológico da empresa e a maioria não tinha plano odontológico particular. Possuíam apenas um plano de saúde e eram os seus titulares; a média de tempo no plano foi de 11,4 anos. A maioria não usou o plano para acidentes de trabalho, e mais da metade havia utilizado o SUS. A nota média dada para o plano de saúde que possuíam foi 6,7 (mínima de 4 e máxima de 9).

⁹ A predominância absoluta de homens nos grupos de dirigentes sindicais sinaliza a persistência de diferenças de gênero sempre apontadas neste segmento.

- **Especificidades do grupo de São Paulo:**

As diferenças mais significativas verificadas para o grupo de dirigentes sindicais de São Paulo foram: a idade média mais elevada dos três grupos (53,0 anos); o fato de apenas uma parte dos presentes (menos da metade) ter nascido na unidade da Federação onde aconteceu o debate; e a média de filhos (2,7), que foi um pouco superior à média geral (2,5 filhos). A escolaridade predominante foi curso superior incompleto. O rendimento médio do grupo ficou um pouco acima da média geral, sendo de: R\$ 3.777,77.

A média de tempo no plano foi a mais elevada desse segmento e atingiu 13,3 anos. A maior parte do grupo não utilizou o plano para acidentes de trabalho, para os que utilizaram, os motivos foram: acidentes de trabalho e de percurso. Neste grupo a maioria das pessoas não utilizou o SUS.

- **Especificidades do grupo de Salvador:**

Em Salvador, os principais destaques da comparação com o resultado geral foram: a menor idade média (45,3 anos); a maior incidência de pessoas que se declararam de cor parda; o menor número médio de filhos (2,0) e também do número médio de filhos menores de 21 anos (1,3). Foi grande a diversidade de cursos registrados para a escolaridade predominante (superior completo): Administração, Ciências Contábeis, Artes Plásticas e Filosofia. O rendimento médio do grupo foi o mais baixo das três localidades pesquisadas: R\$ 2.183,38. A participação em organizações da sociedade civil foi significativa apenas para as associações de classe profissional (sindicatos).

Neste grupo ocorreu a menor incidência de plano médico de empresa e nenhum caso de plano médico particular. Também foi verificado o menor número de titulares. A maioria não utilizou o plano de saúde para acidente de trabalho e quase todos declararam ter utilizado o SUS.

- **Especificidades do grupo de Porto Alegre:**

No grupo de Porto Alegre, o número médio de filhos foi o mais elevado (2,8), assim como o de filhos menores de 21 anos (1,6). Também foi verificada a maior quantidade de pessoas com curso superior completo e em diversas áreas: Bioquímica, Engenharia, Economia, Direito e Farmácia. A maioria trabalhava em empresas ou em instituições pertencentes ao setor de serviços. O rendimento médio do grupo foi o mais elevado: R\$

4.464,86. A participação em organizações da sociedade civil foi significativa apenas para as associações de classe profissional (sindicatos).

A média do tempo em que estavam no plano de saúde (10,1) foi similar à de Salvador (10,2), mas a mediana (valor central da distribuição) foi a menor dos três grupos (8,0), indicando a presença de tempos menores para esse grupo. Quase todos os participantes não utilizaram o plano de saúde para acidente de trabalho, mas uma grande parte utilizou o SUS.

QUADRO 3

Perfil dos participantes dos Grupos Focais com Dirigentes Sindicais, segundo as cidades selecionadas¹⁰

Características	Total	São Paulo	Salvador	Porto Alegre
Nº de participantes	27	9	9	9
Data de realização	13/5 a 2/6	13/5	26/5	2/6
Sexo	Homens (24 de 27)	Homens (8 de 9)	Homens (8 de 9)	Homens (8 de 9)
Idade média	49,8 anos	53,0 anos	45,3 anos	51,1 anos
Idade mediana	51,0 anos	51,0 anos	48,0 anos	56,0 anos
Mínima	23 anos	36 anos	23 anos	31 anos
Máxima	71anos	71 anos	58 anos	63 anos
Nacionalidade	Todos brasileiros	Todos brasileiros	Todos brasileiros	Todos brasileiros
UF onde nasceu	BA (9)	SP (4)	BA (8)	RS (8)
Cor	Branca (18)	Branca (8)	Parda (4)	Branca (7)
Religião	Católica (15)	Católica (5)	Católica (6)	Católica (4)
Posição na família	Pessoa de referência (17)	Pessoa de referência (5)	Pessoa de referência (5)	Pessoa de referência (7)
Situação conjugal	Casado União consensual (19)	Casado União consensual (7)	Casado União consensual (6)	Casado União consensual (6)
Com filhos	Sim (24)	Sim (9)	Sim (7)	Sim (8)
Média de filhos	2,5 (1 a 5)	2,7 (1 a 5)	2,0 (1 a 3)	2,8 (2 a 5)
Filhos < de 21	Sim (15)	Sim (6)	Sim (4)	Sim (5)
Média < de 21	1,5 (1 a 3)	1,5 (1 a 3)	1,3 (1 e 2)	1,6 (1 a 3)
Escolaridade	Superior completo (11 de 27)	Superior incompleto (4 de 9)	Superior completo (4 de 9)	Superior completo (5 de 9)

¹⁰ Os resultados expressam, com algumas exceções (média, mínimo, máximo), a classe modal (valor ou classe mais frequente na distribuição) obtida para cada uma das variáveis.

Características	Total	São Paulo	Salvador	Porto Alegre
Área do 1º curso superior completo	Direito (2)	Direito Serviço Social (1 para cada curso)	Administração Ciências Contábeis Artes Plásticas Filosofia (1 para cada curso)	Bioquímica Engenharia Economia Direito Farmácia (1 para cada curso)
Área do 2º curso superior	Ciências Sociais (1)	-	Ciências Sociais (1)	-
Características	Total	São Paulo	Salvador	Porto Alegre
Tipo de plano				
Médico da empresa	Sim (20)	Sim (7)	Sim (6)	Sim (7)
Médico particular	Não (24)	Não (7)	Não (9)	Não (8)
Odontológico da empresa	Sim (14)	Sim (4) Não (4)	Sim (5)	Sim (5)
Odontológico particular	Não (22)	Não (8)	Não (6)	Não (8)
Número de planos de saúde	Um (20)	Um (8)	Um (6)	Um (6)
Tipo de vínculo com o plano	Titular (19)	Titular (7)	Titular (4)	Titular (8)
Tempo no plano				
Média	11,4 anos	13,3 anos	10,2 anos	10,1 anos
Mediana	10,0 anos	10,0 anos	10,0 anos	8,0 anos
Mínimo	- de 1 ano	5 anos	- de 1 ano	2 anos
Máximo	40 anos	40 anos	20 anos	25 anos
Utilização do plano para acidente de trabalho	Não (19)	Não (6)	Não (5) Sim (1)	Não (8)
Motivo do uso (para os que responderam "sim" na questão anterior)	Acidente de trabalho, de percurso e tratamento de queimadura	Acidente de trabalho e de percurso	Tratamento de queimadura	-
Utilização do SUS	Sim (16)	Não (7)	Sim (7)	Sim (7)
Sector de atividade da empresa	Serviços (14)	Serviços (4)	Serviços (4)	Serviços (6)
Rendimento (R\$)	Informado (24)	Informado (9)	Informado (8)	Informado (7)
Médio	3.446,71	3.777,77	2.183,38	4.464,86
Mediano	3.500,00	4.000,00	1.600,00	4.600,00
Mínimo	785,00	1.300,00	785,00	1.000,00
Máximo	8.000,00	8.000,00	6.500,00	7.000,00
Nota para o plano de saúde que possui	Responderam (21)	Responderam (9)	Responderam (5)	Responderam (7)
Média	6,7	6,7	6,8	6,6
Mediana	7,0	7,0	7,0	7,0
Mínima	4	4	4	5
Máxima	9	9	8	8

Características	Total	São Paulo	Salvador	Porto Alegre
Participação em organizações da sociedade civil:				
De classe profissional	Sim (25)	Sim (9)	Sim (8)	Sim (8)
Partido político	Não (16)	Sim (5)	Não (5)	Não (7)
De bairro	Não (23)	Não (8)	Não (8)	Não (7)
Esportiva	Não (25)	Não (8)	Não (9)	Não (8)
ONG	Não (24)	Não (9)	Não (7)	Não (8)
Religiosa	Não (22)	Não (9)	Não (7)	Não (6)
Grupo 3ª idade	Não (25)	Não (8)	Não (9)	Não (8)
Org. juvenil	Não (25)	Não (9)	Não (8)	Não (8)
Outra	Não (23)	Não (9)	Não (7)	Não (7)
Qual outra:	Assoc. empregados e de servidores		Assoc. empregados	Assoc. servidores empresa

Fonte: DIEESE/ANS - Pesquisa "Os trabalhadores e a Saúde Suplementar", 2009.

São Paulo

➤ Antecedentes

No período entre 21 de janeiro e 17 de março de 2009, reuniões com as Centrais Sindicais e o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho - (DIESAT) foram realizadas para discutir o projeto como um todo e garantir a indicação de dirigentes sindicais para compor os grupos da pesquisa. Posteriormente, os convites foram efetivados aos dirigentes indicados. Ainda que 13 deles tivessem confirmado presença no dia anterior à realização do grupo, o GF constituiu-se efetivamente de 9 participantes.

➤ A realização do GF

O GF realizou-se na sala Del Rey do Hotel San Raphael, localizado no Largo do Arouche, na região central da cidade de São Paulo, capital, no dia 13 de maio de 2009, às 9 horas da manhã, com duração de 2 horas.

A relatora observou que na maior parte das intervenções houve bastante interação entre os participantes. No entanto, houve várias falas que se preocupavam mais em expor a atuação individual da pessoa como dirigente sindical do que tratar das questões em

discussão. De um modo geral, o clima foi de cordialidade, havendo alguns poucos episódios de falas um pouco mais emocionadas.

➤ **Principais pontos levantados na discussão**

Como pôde ser observado, o roteiro de questões apresentado aos dirigentes sindicais nos grupos, ainda que comparável aos demais roteiros, apresentava algumas especificidades, além das questões comuns a todos. Tais especificidades refletem-se na exposição dos resultados que se seguem.

Como nos demais capítulos, o que se pretende aqui é sistematizar as idéias que emergiram das discussões, à luz das questões a que se pretendia responder. Procurou-se listar todos os aspectos mencionados, independentemente de sua recorrência ou originalidade. No caso específico deste grupo, a discussão seguiu de forma relativamente autônoma, apesar dos esforços da facilitadora para que todas as questões previstas fossem colocadas. Assim, os pontos levantados muitas vezes vão ser realocados nos tópicos pertinentes, mesmo que não tenham sido mencionados nesta ordem.

Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas

Este ponto praticamente monopolizou a maior parte do tempo previsto para a discussão e, no seu bojo, foram mencionados diversos subtemas derivados da experiência própria de cada participante na sua empresa e com o seu próprio plano de saúde. Características particulares de cada um dos planos foram cuidadosamente descritas e avaliadas positiva ou negativamente.

Com relação especificamente à participação dos sindicatos na contratação dos planos de saúde, a idéia hegemônica é de que ela é inexistente ou pequena por várias razões, sendo mais efetiva no momento em que os trabalhadores têm algum tipo de dificuldade com o plano contratado. Entre as razões citadas, destacaram-se a autonomia da empresa sobre o processo de contratação e a ausência de regulamentação da ANS sobre isso. Foram lembradas também as mudanças, para pior, nos planos de saúde com o passar do tempo, a necessidade de forte mobilização para conseguir interferir nas decisões

tomadas unilateralmente pela empresa sobre os planos e a desinformação sobre as características específicas dos contratos firmados entre operadoras e empresas.

Outras vozes falaram de experiências bem-sucedidas de participação na contratação via participação em comissões paritárias de trabalhadores e empresa contratante e via convenção coletiva; nos planos de autogestão; na manutenção de benefícios quando da privatização da empresa; no descredenciamento de médicos e hospitais que não estavam prestando adequadamente os serviços; e na negociação com o sindicato patronal.

Outros temas relevantes discutidos foram:

- **A questão da co-participação dos trabalhadores no uso do plano.** Este aspecto foi recorrentemente trazido nas falas dos participantes do grupo, ainda que sob óticas distintas. Havia tanto os que a defendiam como forma de conscientização do uso do plano pelos seus portadores, como os que a percebiam como forma de a empresa controlar a saúde e a vida do trabalhador, como os que a percebiam como a quebra de um direito adquirido quando da concessão do benefício e que ocasiona, inclusive, perdas salariais significativas.

Essa questão da co-participação (...) é muito importante no sentido de você estar disciplinando a utilização e fazendo o usuário entender melhor como é que é a coisa da utilização da saúde.

Qual era a justificativa [para implantar a co-participação]? É que o trabalhador, como (...) não paga nada, (...) vai fazer turismo no hospital. E isso tem um custo. Então as pessoas vão desnecessariamente ao hospital. Hospital não é o melhor ambiente para você ir. Então o trabalhador vai porque ele tem algum problema, pode não ser especificamente um problema de saúde física, pode ser distúrbio, qualquer outro tipo, mas ele tem um problema. Como boa parte das pessoas falou aqui que gostam de ir para a praia, gostam de caminhar, então se alguém gosta de alguma coisa não pode ser alguma coisa que seja de problema de saúde, de natureza de problema de saúde. E aí a gente fica defendendo algumas lógicas, que é a lógica do operador, que é a lógica dos planos de saúde e que é a lógica das empresas.

[Comentando a implantação unilateral da co-participação por parte da empresa] Esse custo de co-participação representou sobre o salário dos trabalhadores (...) uma perda acima de 6%, numa média, pegando os que pagariam mais e os que não pagariam nada num determinado mês. Então foi como se a gente tivesse perdido um reajuste salarial de um ano, no percentual de hoje. Então a greve foi quase que total, mas nós não conseguimos reverter o problema.

- **O custo mais elevado do plano no caso dos idosos.** Esta era a posição hegemônica, contestada somente por um entrevistado que não via isso como uma regra geral, uma vez que existem muitos idosos que gozam de excelente saúde.
- **O poder da operadora sobre alterações na rede credenciada,** fazendo com que, de certa forma, a empresa contratante também fique impotente diante de mudanças significativas na qualidade do atendimento. Este poder muitas vezes leva ao descredenciamento justamente dos melhores prestadores de serviço, que são mais procurados tanto pelo bom atendimento, como também por disporem de equipamentos mais modernos e/ou de tecnologias mais avançadas.
- **A questão controversa de o movimento sindical pleitear melhorias para a saúde do trabalhador via sua inclusão em planos privados de saúde e não via aperfeiçoamento do SUS.** As falas que se seguem são elucidativas deste importante debate travado no grupo.

Primeiro queria deixar um registro [do] que eu acho que [d]essa questão da intervenção dos sindicatos e dos trabalhadores na discussão e na busca de um plano de saúde; eu acho que foi um dos maiores erros do movimento sindical porque, ao fazer isso, nós condenamos o sistema único de saúde que não existia, mas [era] o problema da saúde sendo tratado como uma questão social pelo Estado. Nós condenamos isso a ser algo assim extremamente degradado, esquecido, e hoje a gente não vê nenhum movimento em defesa desse sistema. O que a gente vê, e aí são todas as categorias que têm de empresas, que têm alguma força econômica, porque tem uma série de outras empresas, principalmente pequena, média e microempresa, que não tem esse poder, que nem plano de saúde contrata, então é o SUS para os seus trabalhadores. (...) No momento [em] que o movimento sindical cometeu esse erro de fazer a defesa do trabalhador através de um plano privado, ele foi o melhor parceiro para as empresas de plano de saúde. Eu acho que você não consegue falar mal do movimento sindical nesse setor. E ao acontecer isso, nós potencializamos esse ramo da economia e isso virou uma coisa absurda. Então, hoje, uma das maiores mercadorias que existe no País, nós podemos até chamar de commodity, é a saúde. E nós, em certa medida, em algumas intervenções aqui, nós estamos falando já na linguagem do operador de saúde.

(...) Você foi feliz quando você tocou [no assunto SUS versus plano de saúde]. Você não usou a palavra contradição, mas aí a XXX colocou [que], na verdade, existia uma grande contradição entre o meio sindical porque, com certeza, todos nós que estamos presentes aqui já participamos de um debate, uma pauta que se chama a universalização do SUS, como consta na Constituição. A saúde é um direito do cidadão e é um dever do Estado. Na verdade isso nunca foi aplicado. (...) [Há uma] discussão exaustiva em cima disso, falando que saúde suplementar por si só já diz o que é. Nós temos que

cuidar da saúde do cidadão brasileiro e deixar que a saúde suplementar (...) por si só ande, para quem?

Então eu acho assim, alguém aqui (...) falou da questão do equívoco de desprezar o SUS em função dos planos. Eu não vejo bem dessa forma, eu acho assim: plano de saúde é um benefício, é salário indireto oferecido pelo empregador. A política de benefício é política de recursos humanos, cada um de acordo com a sua estrutura pode oferecer melhor ou pior. Primeiro ponto. Segundo ponto, (...) nós trabalhadores, nós dirigentes sindicais, eu me incluo nesses trabalhadores sindicais, e líder sindical sequer sabemos como funciona o programa de saúde do trabalhador na rede SUS, que tem verba, que tem política de saúde, na teoria, mas na prática não é praticado. Então acho que a gente precisava primeiro conscientizar, entender, para poder atuar e fazer as cobranças daquilo que nos está garantido e inclusive na Constituição.

- **O medo do sindicato de assumir a responsabilidade sobre a escolha de um novo plano para a empresa no quadro de desinformação vigente.**

Quando a gente começou a questionar o custo do plano de saúde, a empresa pediu para a gente pesquisar plano de saúde de mercado e apontar, porque a gente queria negociar cláusula a cláusula do contrato. Ela pediu, mas não conseguimos sequer ter acesso ao contrato. Não conseguimos, que era uma questão confidencial, tinha cláusula restritiva e não conseguimos ter acesso, mas nos deu a opção de escolher no mercado [de] plano de saúde, trazer esses planos de saúde para negociar a inserção desse grupo de trabalhadores para trocar o plano. Quando nós fomos medir o que era cada hospital, médico, custo-benefício, (...) chegamos à conclusão que não dava pra gente assumir essa responsabilidade. Em se tratando de contratação é máfia mesmo. (...) Então quando a gente acaba numa discussão (...) incentivando a troca, você acaba assumindo uma responsabilidade que você não tem certeza do que vai acontecer. E com certeza o trabalhador vai te responsabilizar por causa daquilo. Então acaba o movimento sindical não realmente participando e não tendo uma ação direta nessa questão.

- **A autogestão do plano como sistema mais adequado para o trabalhador.**
Como no caso dos entrevistados titulares de planos, o plano autogerido foi visto hegemonicamente como “*um diferencial e uma vantagem*” para o trabalhador, permitindo sua participação, tanto pessoal como via sindicato, no estabelecimento de reajustes e mesmo nos valores de adesão, quer sejam fixos para todos quer sejam proporcionais aos salários recebidos.
- **A existência de artifícios que permitem um uso diferenciado do plano conforme a posição hierárquica do trabalhador na empresa.** Os exemplos citados diziam respeito tanto à não divulgação ampla do credenciamento de médicos e hospitais de renome para que o acesso a eles continue restrito, como

também ao pagamento pelo contribuinte para a empresa de procedimentos autorizados sem fazerem parte do rol da ANS.

- **A questão do encaminhamento para o SUS de pessoas que têm plano de saúde.** A discussão de quem deveria arcar com esses custos, hoje na justiça, foi percebida hegemonicamente como um assunto sobre o qual a ANS deveria legislar, de maneira a garantir o ressarcimento do SUS pelos planos de saúde.

Percepção acerca dos interesses das partes envolvidas na contratação de uma operadora de plano de saúde coletivo privado

Neste grupo, a discussão sobre os fatores que deveriam ser levados em conta pelo sindicato e pelas empresas na hora da contratação de um plano fundiu-se no debate de quais são os interesses envolvidos neste momento.

A menção à existência de poderosos interesses envolvidos na contratação de um plano coletivo de saúde foi recorrente, embora nem sempre os entrevistados tenham se aprofundado na descrição desses interesses, como mostram as falas que se seguem:

O sindicalista tem que tomar muito cuidado em se meter, em convenção coletiva, com plano de saúde particular, porque (...) mudar de um convênio para o outro, (...) há interesse nisso.

O interesse na venda do plano de saúde. Venda. (...) Hoje, um vendedor de plano de saúde de pessoa física, por exemplo, você vende ele e ganha 250%. Vai demorar três meses para plano de saúde receber o primeiro dinheiro. Então, o lobby é muito grande.

Eu acho que é muito importante também que as pessoas que não estejam participando (...) procurem ter essa informação ou procurem ter um conhecimento melhor de como funciona esse mercado da saúde, porque é um mercado, existem interesses, como ele falou, existe, isso é fato! Existe uma máfia, as categorias que lidam com a saúde, essa questão dos médicos, e dos laboratórios é uma coisa muito complexa e perigosa, a gente que faz a gestão do plano de saúde, e a gente ouve e acompanha casos estarrecedores que não cabe aqui estar detalhando, porque não é o fórum.

E por último, para encerrar, que é a questão das influências. Isso aí é dinheiro. E as pessoas são influenciadas pelo dinheiro. Imagina um operador ou o responsável pelo plano, ele é um membro da empresa ou do RH, ou coisa parecida, ou mesmo de autogestão, ter que fechar um convênio com o hospital Sírio-Libanês, com o Hospital Alberto Einstein, o interesse de ter uma categoria nacional como, por exemplo, os correios numa determinada rede de hospitais, quanto é que vale isso? Você faz o credenciamento pela qualidade do atendimento ou por conta do que isso

pode gerar? (...) Então isso é um problema de mercado onde você tem diversos interesses envolvidos, interesses financeiros muito grandes, aonde a empresa tem interesse em credenciar o sistema mais barato independente da qualidade, aonde o operador tem interesse em fazer o contrato mais caro possível e cobra isso do trabalhador, naquela lógica: - tem que cobrar para ele não achar que pode ir lá e passear, fazer turismo.

O melhor negócio hoje, depois de banco, é plano de saúde. E digo mais: o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde estão extremamente preocupados. Se, porventura, um plano desse vier [a] cair em desgraça, é capaz de que ele injete dinheiro assim como faz nos bancos. Porque ele, Estado, não tem condição de receber nos seus hospitais esse contingente de 30% de trabalhadores, dos 190 milhões de habitantes; isso é uma preocupação muito grande do governo.

O que nós chamamos de benefícios é uma ferramenta de gestão da empresa. Isto serve para controlar a vida do trabalhador, as saídas do trabalhador para tratar da saúde; serve inclusive para administrar a questão da saúde do trabalhador.

Uma leitura atenta da discussão desta temática permite, portanto, identificar interesses mencionados por parte da empresa contratante, dos vendedores dos planos, dos prestadores de serviço, do governo e dos trabalhadores e de seus sindicatos, pois o plano é um benefício não somente para o trabalhador, mas para todas as partes envolvidas. Ficou claro que a idéia hegemônica é a de que a saúde suplementar é percebida como um negócio administrado segundo as regras financeiras capitalistas.

Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde

Alguns entrevistados chamaram a atenção para o fato de que nos planos de autogestão essa questão não se coloca porque a participação dos trabalhadores é fixada em forma de percentual fixo para todos os trabalhadores ou de percentual variável segundo o salário recebido. Assim, o reajuste está predefinido pelas correções salariais concedidas e pode ocorrer também quando existe a co-participação sobre o custo dos procedimentos utilizados, sempre que o valor cobrado pelos prestadores é reajustado.

Em outros casos, houve a percepção de que os reajustes são definidos de forma transparente a partir das planilhas de custo discutidas em comissões paritárias que incluem os representantes dos trabalhadores.

Os entrevistados levantaram algumas causas que tornam os reajustes necessários: desinformação acerca de características básicas do plano, levando a utilizações mais dispendiosas, como, por exemplo, as consultas realizadas nos finais de semana;

elevação da média de idade dos participantes do plano; participantes em tratamentos especiais de longo prazo (hemodiálise, por exemplo); e preços mais caros cobrados pelos procedimentos em alguns laboratórios e hospitais.

Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde

Houve quem avaliasse que os planos já incluem o atendimento, mas é pequeno o número de acidentes, e quem dissesse que a maioria dos planos não cobre as consequências de acidentes de trabalho, mas deve prestar o primeiro atendimento para não caracterizar “*omissão de socorro*” e, em seguida, encaminhar para o INSS. Foi mencionado ainda que alguns planos oferecem contratos especiais para a cobertura específica de acidentes e doenças no trabalho.

Contudo, há interesse das empresas em descaracterizar a ocorrência deste tipo de atendimento, e o sindicato procura evitar que isso aconteça, orientando e encaminhando adequadamente os casos que chegam até ele:

A primeira coisa que a empresa quer é descaracterizar o acidente de trabalho. E para isso o plano de saúde é a melhor ferramenta. Por que você vai no credenciado, ele não tem compromisso nenhum, primeiro que a empresa já seleciona: “você quer para pagar saúde, você tem essa rede de atendimento, é problema de saúde do trabalhador, você tem que ir nesse ortopedista, nesse clínico geral e nessa clínica de fisioterapia.” Então ele mapeia e você vai ter os benefícios, que é o reembolso do tratamento se for naqueles médicos escolhidos. Com isso, ele cria a seguinte figura: primeiro, quando você vai para consulta não é acidente de trabalho, não é doença, principalmente a questão da doença ocupacional. Não tem nada a ver com doença ocupacional. (...) Quando você efetivamente se acidenta ou adoecer, que você vai procurar o nexo causal, os médicos dificilmente conseguem te pôr. Quando o trabalhador procura o sindicato e a gente orienta, e nós temos uma relação muito boa com o CEREST¹¹, e o CEREST faz o reconhecimento, nós abrimos a CAT no sindicato, nós criamos um problema de confronto com a gestão da empresa. Até para descaracterizar acidente de trabalho, a doença ocupacional, o plano de saúde é uma excelente ferramenta.

Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa

Apenas o caso dos aposentados foi discutido no grupo.

¹¹ Centro de Saúde do Trabalhador (Regional)

Houve concordância acerca do direito de o aposentado continuar no plano, desde que arcando pessoalmente com os custos, e também de que isso normalmente é muito difícil, pelo peso que representa no valor das aposentadorias.

Discutiu-se se de fato esta era uma garantia legal e se a solução do problema deveria ser delegada exclusivamente ao Estado ou se era de responsabilidade de todos. Foi mencionado ainda que, pela semelhança, o problema deveria ser tratado juntamente com o dos inativos em geral.

Uma sugestão apresentada foi a viabilização do SUS para atender aos aposentados.

Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS

Foi feita uma colocação sobre o fato de a ANS ter regulamentado os planos a partir de 1998 e, desde então, exercer uma função fiscalizadora.

Foi sugerido que ela deveria regulamentar a participação dos sindicatos nas negociações dos planos coletivos de saúde, tornando-a obrigatória, e que ela regulasse o repasse de verbas para o SUS, quando ele atendesse portadores de plano de saúde.

Aspectos complementares

No caso deste grupo, as falas destacaram, para além dos temas em discussão, a importância da pesquisa e a necessidade de sua ampliação ouvindo grupos maiores da sociedade, considerando o nível de desinformação existente, principalmente entre os trabalhadores.

Salvador

➤ A realização do GF

O GF realizou-se em dependências do Hotel Tropical da Bahia, Salvador, Bahia, no dia 26 de maio de 2009, às 9 horas e 30 minutos, com duração de 2 horas e meia.

A relatora observou que, além dos participantes já confirmados, 3 dirigentes sindicais que não constavam da lista de presença apareceram na atividade e 1 funcionário de

sindicato foi levado por um dos dirigentes. Este se apresentou como observador, permaneceu durante todo o Grupo Focal, mas pouco se pronunciou e não preencheu a ficha socioeconômica. Assim, ao todo, 10 pessoas participaram do grupo.

Observou ainda que, em alguns momentos, houve conversas paralelas entre os presentes e que alguns participantes tiveram pouca ou nenhuma participação no Grupo Focal e outros fugiam do assunto recorrentemente.

➤ **Principais pontos levantados na discussão**

O que se pretende aqui é sistematizar as idéias que emergiram das discussões, à luz das questões a que se pretendia responder. Procurou-se listar todos os aspectos mencionados, independentemente de sua recorrência ou originalidade.

Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas

Diferentemente dos dirigentes sindicais de São Paulo, que pautaram a discussão no grupo na sua atuação pessoal no campo da saúde do trabalhador, o grupo de Salvador esteve todo o tempo voltado para a negociação que seus sindicatos têm realizado com as empresas em que atuam os trabalhadores da sua base. Assim, muito foi dito sobre o que tem sido ou não possível incluir nos acordos e convenções coletivos, uma vez que a participação sindical na contratação dos planos de saúde coletivos é vista como importante e que há a percepção de que *“o sindicato tem como fazer com que esses contratos agreguem mais segurança na hora da precisão”*.

Os principais aspectos levantados em relação à negociação dos acordos e convenções coletivos foram:

- As dificuldades de incluir plano de saúde nos acordos coletivos são diferenciadas por empresa e por setor. Por exemplo, é mais fácil incluir o plano, inclusive com a empresa bancando a maior parte dos custos, nas que têm menos funcionários e mais difícil nas terceirizadas. Por outro lado, em determinados setores há uma cultura de não inclusão do plano e, mesmo com intensa

militância, esta cultura não é rompida. Foi citado o exemplo da Construção Civil “pesada”.

É um problema de barganha, problema de projeto, a construção pesada contra a construção civil. Na parte de construção ainda há a cultura de não se fazer o plano de saúde, (...) e nós estamos enfrentando isso através de acordos, convenções; botamos, no mínimo, que deverá discutir para que nós possamos andar um pouco mais, que já é um avanço, que nada tinha.

- A negociação por empresa via acordo coletivo tem obtido êxito com bons planos, com cobertura, inclusive, de acidentes de trabalho. É muito importante ficar atento aos momentos de troca e licitação, para que a qualidade do plano seja mantida e seja a mesma para todos os trabalhadores da empresa.
- É preciso negociar e deixar claro como incluir categorias minoritariamente representadas em um conjunto mais amplo de trabalhadores. O exemplo citado foi o dos seguranças nos canteiros de construção civil. Como eles são poucos, precisam estar “linkados” ao plano do contratante principal.
- É preciso aumentar os ganhos na área da saúde em um momento em que a crise econômica reduziu os aumentos salariais. Os trabalhadores costumam demonstrar grande interesse na negociação das cláusulas referentes aos planos de saúde.
- Um fator facilitador nas negociações têm sido as exigências para que as empresas sejam incluídas em índices de responsabilidade social. Isso tem possibilitado avanços nas conquistas de benefícios, mas não tem conseguido evitar a elevação do custo arcado pelo trabalhador para participar dos planos de saúde, nem os descredenciamentos de prestadores, motivados pelo não pagamento de seus serviços segundo as tabelas acordadas.

A exemplo do que ocorrera no GF dos dirigentes sindicais de São Paulo, outros temas relevantes foram discutidos ainda no âmbito da participação sindical na contratação dos planos:

- **A autogestão do plano como sistema mais adequado para o trabalhador.**
Foi levantado que a implantação/reimplantação de planos de autogestão nas empresas seria muito bem-vinda por ser mais adequada para o trabalhador sob todos os aspectos. Contudo, acoplada a esta afirmação, veio a de que o plano autogerido precisa ser sustentável, e isso só é possível com a cláusula de co-participação no pagamento dos procedimentos. Mais uma vez, o argumento era de que o mau uso do plano por parte do trabalhador, seja pelo uso excessivo seja pelo uso fraudulento por outras pessoas que não o seu titular, com o consentimento deste, inviabilizam o plano.
- **A questão controvertida de o movimento sindical pleitear melhorias para a saúde do trabalhador via sua inclusão em planos privados de saúde e não via aperfeiçoamento do SUS.** Essa questão, central no GF de São Paulo, foi retomada aqui incluindo novas nuances:

⇒ A defesa da municipalização do SUS como forma de torná-lo, de fato, universal.

Sou defensor da municipalização, em cima da saúde, do SUS no Brasil. (...) O problema nosso no Brasil é que as prefeituras, eu não sei o que há nesse meio entre estado e prefeituras, (...) não assumem de vez o sistema de saúde no Brasil, porque ele seria muito bom e universal. Então, quando eu falo em plano de saúde, primeiro faço questão de colocar a público a minha posição de defender, e internalizar nos 5.400 municípios do Brasil, o Sistema Único de Saúde.

⇒ O movimento sindical precisa fazer uma autocrítica no sentido de que, na década de 1990, apoiou a privatização da saúde com a busca de plano de saúde privado para os trabalhadores.

Primeiro fazer registro em relação ao SUS; acho que na verdade o que aconteceu foi uma concessão na década de 90, o governo abriu demais as portas em relação aos planos privados de saúde e alguns benefícios, que envolvem os bastidores da política que a gente bem conhece. A concessão foi tamanha que a gente não consegue dar um freio nessa situação em relação à iniciativa privada, em se tratando das operadoras. Com isso, tem que fazer autocrítica o movimento sindical: no momento crítico que foi a própria década de 90, (...) o movimento sindical, em alguns setores,

terminou privilegiando a iniciativa privada na área de saúde em detrimento do público, e hoje, confesso que, por mais que a gente se esforce, vai continuar se esforçando para ter um sistema único de saúde com nosso perfil, com a cara do trabalhador e que de fato possa atender essas expectativas.

- ⇒ O SUS pode promover a igualdade entre as pessoas, mas sofre resistências porque na sociedade brasileira existem alguns segmentos que ainda nutrem um certo “amor à desigualdade”.

- ⇒ Há que considerar que, apesar de o SUS ser um direito de todos, ele não daria conta de atender a toda a população e não deve ser interesse de ninguém promover o seu “inchaço”. Além da responsabilidade do Estado, há a responsabilidade social dos empresários com a saúde dos trabalhadores que permitem que eles tenham lucro.

A gente pensa na sociedade um pouco mais igualitária, um pouco mais solidária, a gente sempre vai primar para ter um sistema que possa abarcar todos com a mesma qualidade, com a mesma capacidade de gestão. Mas, ao mesmo tempo, a gente pode olhar por um outro ponto de vista que se você tem empresas que têm uma responsabilidade sobre os seus trabalhadores e ela também utiliza os trabalhadores para poder gerar lucro, então por que também não eles (...) ser [em] responsabilizados pela saúde desses trabalhadores em parte, já que existe a capacidade de investimento nesse sentido? Ao mesmo tempo, plano de saúde das empresas passa também a ser uma parcela de contribuição do próprio empresário com o próprio lucro que ele gera com o trabalho para que ele também contribua no sentido até de não inchar o SUS, já que hoje o Estado brasileiro não assumiu totalmente a sua responsabilidade com a saúde de toda [a] população. Então a gente tem que lidar com esses conflitos conceituais e trabalhar em cima disso. O que torna claro é que isso é uma questão pétreia aos trabalhadores: que a saúde é fundamental.

- **A subnotificação acidentária promovida pelo interesse das empresas.** Foi exemplificado que, quando estudos epidemiológicos mostram a incidência de determinados tipos de problemas de saúde em uma empresa, ela descredencia do plano de saúde usado por seus trabalhadores os médicos das especialidades destes problemas, dificultando, assim, a identificação das doenças do trabalho. Foi sugerida a participação do DIEESE no acompanhamento destes estudos.

Percepção acerca dos fatores que deveriam ser levados em conta pelos sindicatos nessa negociação

Colocada essa questão, mais uma vez o grupo deixou claro que percebe que a intervenção do sindicato se dá muito mais nas reivindicações de cláusulas relativas à saúde nos acordos e convenções coletivos do que no momento da contratação do plano pela empresa. Ainda assim, dispôs-se a enumerar “requisitos” que deveriam ser buscados pelos sindicatos nos planos de saúde de maneira a torná-lo o melhor possível para o trabalhador com o menor custo para ele. Seguem-se os itens enumerados:

- Acompanhamento, por categoria, para conhecer qual a demanda por saúde. Ter dados sobre a situação da saúde dos trabalhadores de determinada categoria dá mais elementos para negociar um plano de saúde mais adequado.
- Maior atenção aos terceirizados.
- Garantia de assistência médica não só quando o trabalhador precisa de atendimento, mas também em casos de internação, cirurgia e acidente de trabalho, que normalmente têm restrições no contrato. Aqui, novamente vem à baila outra questão levantada no GF dos dirigentes sindicais de São Paulo e que diz respeito aos gastos do SUS com atendimentos não cobertos pelos planos. Foi mencionado o caso do acidente de trabalho, no qual normalmente o atendimento é feito pelo SUS, mas a operadora continua recebendo o pagamento por aquele usuário e isso deve ser revisto. A inclusão dos acidentes de trabalho nos planos deveria acontecer, bem como do acompanhamento das doenças do trabalho.
- Maior clareza sobre as cláusulas contratuais, pois a operadora tem uma visão comercial e a empresa deve ter sensibilidade às restrições colocadas no contrato.
- O plano ter cobertura nacional e uma ampla rede de prestadores (inclusive no interior do estado) para que a acessibilidade dos trabalhadores aos serviços seja facilitada.
- Importância da realização de campanhas de prevenção e da própria medicina preventiva ao invés da curativa.
- Importância da divulgação de informações relativas à saúde e ao plano da empresa junto aos trabalhadores.

- Importância de a ANS regulamentar a questão da continuidade dos planos quando da dissolução de empresas ou da descontração de planos. Essa questão atinge trabalhadores em tratamento que hoje dependem de liminares da justiça para não interromperem o curso deste.
- Garantia de participação sindical no processo de contratação de um plano de saúde coletivo adequado ao trabalhador e às possibilidades da empresa.
- Existência na empresa de uma pessoa responsável pelo tratamento das diversas questões com a operadora, inclusive fiscalizando a sua atuação.
- Atendimento rápido e igualitário para todos os funcionários.
- Cobrança de um menor valor de participação dos funcionários.
- Inclusão do atendimento odontológico.
- Transparência no processo de escolha ou licitação da operadora do plano de saúde.

Percepção acerca dos fatores que são levados em conta pelas empresas para a contratação de uma operadora de plano de saúde coletivo privado de seus funcionários

A posição hegemônica foi a de que a empresa está basicamente interessada nos custos do plano, relegando a um segundo plano itens importantes como acessibilidade e qualidade do atendimento.

A empresa busca, inicialmente, não conceder o benefício do plano, argumentando que é do Estado a responsabilidade pela saúde do trabalhador. Uma vez pressionada para incluí-lo, busca um plano de baixo custo, a co-participação dos trabalhadores nos atendimentos e a não extensão do plano aos familiares do trabalhador. Os entrevistados perceberam que existem no mercado operadoras pequenas que disponibilizam planos ruins com estas características.

A intenção da empresa de descaracterizar acidentes e doenças de trabalho também foi percebida pelo grupo e os médicos credenciados pelo plano são até mesmo pressionados para não assinarem as CATs - Comunicação de Acidente de Trabalho. Voltaram a mencionar a variação observada entre empresas de portes diferentes.

Percepção acerca da relação entre a empresa contratante e as operadoras de plano de saúde privado

Os dirigentes sindicais que participaram do grupo perceberam esta relação como sendo bem diferenciada de acordo com o tamanho da empresa e o tamanho da operadora e veem uma correlação direta no sentido de que maior a empresa, melhor o plano oferecido e o “*conforto para o trabalhador*”.

Chamaram a atenção para alguns aspectos relevantes, como:

- A existência de influência da empresa sobre a operadora, citando casos em que diretores da empresa credenciam prestadores de serviço ligados a eles pessoalmente.
- A rotatividade de operadoras contratadas pelas empresas como estando diretamente vinculada à busca incessante do plano mais barato.
- Também na direção da redução de custos apontaram a adoção de procedimentos que limitam a inclusão de dependentes no plano e que dificultam a realização de exames, como as múltiplas exigências de autorização.

Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde

Colocada a questão, os entrevistados retomaram pontos já levantados por eles espontaneamente ao responder às perguntas anteriores: a subnotificação dos acidentes; os esforços das empresas para não caracterizar doenças como ocupacionais; a importância de as Organizações por Local de Trabalho, as Comissões de Fábrica e a CIPA acompanharem essas questões de perto e de o trabalhador se conscientizar da importância de registrar a CAT. Lembraram ainda que as grandes empresas têm planos de saúde específicos para cobrir acidentes de trabalho e que, nas menores, alguns trabalhadores são atendidos mesmo pelo plano comum, mas passando necessariamente pelo INSS também.

Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa

A situação dos aposentados nos planos de saúde também já havia aparecido espontaneamente em momentos anteriores do grupo. Os aspectos abordados nesta questão específica, além de reiterarem os já levantados em outros grupos, mostraram algumas nuances novas e, principalmente, sugestões que poderiam ser implantadas para melhorar o quadro atual.

Aspectos levantados:

- Não inclusão dos aposentados na maioria dos casos e, quando há a inclusão, por prazo determinado ou não, é com o pagamento integral do plano sendo de responsabilidade do aposentado.
- O interesse das empresas e das operadoras na inclusão é pouco, pois os custos são maiores devido à elevada sinistralidade.
- Também no tratamento dado aos aposentados, existem significativas diferenças segundo o tamanho das empresas.
- Existe discriminação entre ativos e aposentados, não somente por parte da empresa como também dos próprios trabalhadores.

Foram apresentadas as seguintes sugestões de mudança:

- Maior regulamentação por parte da ANS.
- Estabelecimento pelas Centrais Sindicais, juntamente com a ANS, de requisitos mínimos para os planos. Dentre eles, haveria a garantia de acesso dos desempregados, doentes ocupacionais, aposentados e informais, cuja alternativa atual é o SUS.
- Maior participação dos aposentados nos sindicatos de base para que sua luta seja contemplada nas discussões.
- Manutenção dos demitidos por 1 ano no plano de saúde.
- Manutenção permanente no plano de acidentados e “doentes do trabalho” para desonerar o sistema público de saúde, já que a responsabilidade é da empresa.

- Cobertura para medicamentos.
- Mudanças na participação nos custos do plano entre empresa e empregado.
- Maior inserção do movimento sindical, inclusive das centrais, nessa discussão.

Em relação a essa discussão, acho que é interessante observar (...) que boa parte do que [se] avançou em relação a essa política da assistência médica suplementar, principalmente dos planos de saúde do Brasil, (...) não vem, infelizmente, do movimento sindical organizado e nem do próprio grupo de trabalhadores, os assalariados. Na maneira de dizer, vem mais do indivíduo enquanto possibilidade de ter o seu plano de saúde e criar, através de situações mais diversas, pressão para que as coisas não cheguem a uma determinada situação como a gente tem observado. Então cabe sim agora, [a] o movimento sindical, através das centrais sindicais, tentar voltar a essa discussão.

Percepção acerca dos pontos fortes e dos pontos fracos do plano de saúde coletivo que possuem e sugestões para melhorá-lo

Os entrevistados não se detiveram na resposta a esta questão que lhes foi proposta já ao final do grupo. Limitaram-se a enfatizar que a saúde suplementar é cada vez mais cara e os serviços oferecidos são cada vez piores; que o custo dos planos, com o passar do tempo, cada vez mais recai sobre o trabalhador; que há necessidade de melhorar a saúde pública porque cada vez mais ela se torna a única alternativa viável para os trabalhadores de menor renda.

Eu não acredito em plano de saúde, eu acho que ele está cada vez pior e mais caro para o trabalhador e não tem outra saída senão fortalecer o estado, a ANS, o Estado. Em última instância, nós temos o melhor, que é o Sistema Único de Saúde brasileiro, só que nós não damos valor, nós não valorizamos, nós temos medo de ir ao SUS por causa da fila que ainda existe hoje, e aí nós queremos aquilo que ele falou, uma coisa com algum diferencial que é o plano de saúde. O plano de saúde suplementar, que (...) é cada vez pior no Brasil e mais caro para o trabalhador. Eu acho que a saída é exatamente a ANS e o País, o Estado, fortalecer [em] o sistema de saúde. Não vejo outra saída.

Aspectos complementares

No caso deste grupo, uma peculiaridade foi a inclusão do DIEESE como possível interlocutor e colaborador para a realização de diversas tarefas: elaborar estatísticas, acompanhar estudos epidemiológicos, lutar pela inclusão dos acidentes de trabalho nos planos e atuar ao lado dos sindicatos junto à ANS para obter regulamentações mais favoráveis aos trabalhadores.

Além disso, louvaram a iniciativa pioneira deste projeto, não só ouvindo todos os atores envolvidos com a saúde suplementar, como também capacitando sindicalistas para entrar de forma mais efetiva na discussão da saúde no Brasil.

Falaram nessa questão do DIEESE, junto com a ANS e as Centrais intervirem no processo. O fato [é] que é a primeira vez que está acontecendo, é um projeto pioneiro: juntar os trabalhadores, as Centrais Sindicais, o DIEESE, o DIESAT e a ANS, para poder o movimento sindical, como ator social, interferir na condição da política de regulação nessa área de saúde suplementar.

O primeiro movimento foi aquele seminário de sensibilização, uma série de questões foram levantadas, inclusive as centrais encaminharam um documento à ANS com reivindicações, a partir daquela primeira fase e agora a pesquisa [em] que vai se ouvir todos os atores. E aí esse retorno mais estruturado, mais organizado e mais definitivo vai se dar com os cursos de capacitação.

Então aí vamos ter de fato 150 dirigentes sindicais do Brasil aptos a discutir saúde suplementar e atuar no que chama microrregulação, que é a relação empresas e operadoras, e na macrorregulação que é a atuação da ANS lá na sua sede nacional, quando ela baixa uma [norma] regulamentando os planos coletivos, os planos individuais, etc. Isso é um processo, (...) vamos chegar ao final no próximo ano com esses desenhos que vocês estão colocando. Enquanto isso, a gente reconhece que como é pioneiro, experimental, é um processo lento e os dirigentes sindicais com os trabalhadores vão se apropriando também aos poucos das informações necessárias para que eles possam atuar.

Finalmente, instados a escolher uma palavra que resumisse o trabalho realizado no grupo, selecionaram as seguintes palavras, que bem dizem da avaliação positiva que tiveram dele: avanço; produtividade; coletividade; perspectiva; responsabilidade; perspectivas de melhor saúde para os trabalhadores; encontrar uma solução; avanço na discussão sobre a melhora da saúde para os trabalhadores; troca de experiência para avançar; definição de estratégia conjunta; reflexão e tomada de consciência.

Porto Alegre

➤ Antecedentes

Segundo a relatora, a respeitabilidade do DIEESE perante o movimento sindical ficou clara nos contatos realizados por telefone junto ao movimento sindical para montar o grupo. Já nas primeiras ligações, os dirigentes sindicais se colocavam à disposição para participar.

Todos os convites foram realizados por telefone. Foram feitos pelo menos quatro ligações para cada representante. Ao serem comunicados sobre a atividade, aqueles que não poderiam comparecer rapidamente indicavam um nome para substituí-los. Outros sindicatos tinham impedimento definitivo para participar. Diante dessa situação foram pesquisados junto aos sindicatos filiados ao DIEESE novos nomes. O critério para seleção foi o da participação na negociação de planos de saúde. A busca por novos participantes exigiu um tempo maior. Contudo, a disponibilidade dos dirigentes sindicais para participar e o reconhecimento deles em relação à importância do assunto foi decisiva na formação do grupo.

É importante destacar que nas ligações realizadas para os dirigentes, por diversas vezes, foram manifestadas as dificuldades dos sindicatos em participar da escolha do plano de saúde e da decisão dos planos de saúde adotados pelas empresas. Ficou claro que esse assunto tem pouco espaço nas mesas de negociação, seja em virtude do não interesse por parte do sindicato patronal, seja pela dificuldade do movimento sindical de pautar outras reivindicações relacionadas às condições de trabalho. Contudo, foi no momento da realização do Grupo Focal que se compreendeu um pouco por que esse assunto não era tratado com mais afinco pelo movimento sindical.

Dada a excelente receptividade dos participantes em cada ligação realizada, já se esperava uma grande e qualificada participação.

➤ **A realização do GF**

O GF realizou-se em dependências do Hotel Comfort, situado à Rua Loureiro da Silva, 1.660, Porto Alegre /RS, no dia 2 de junho de 2009, às 10 horas da manhã.

A relatora observou que a atividade começou um pouco tarde porque, em virtude das muitas confirmações, esperaram os participantes chegarem. A sala estava com as janelas e cortinas fechadas e o ambiente a meia-luz, o que dava uma sensação mais intimista. Antes de ser iniciada a atividade, os participantes não conversaram. Ficaram mais retraídos e tímidos. Ao todo, participaram nove dirigentes sindicais. Desses, três sindicatos eram vinculados à Força Sindical, quatro à Central Única dos Trabalhadores, um à Central Geral dos Trabalhadores do Brasil e um sindicato sem Central. Participou apenas uma mulher.

A relatora observou ainda que a atividade do grupo transcorreu tranquilamente e sem discussões entre centrais. A disponibilidade de todos para participar ficou evidente. Além disso, teceu algumas considerações sobre o desenrolar dos trabalhos. Algumas delas são transcritas a seguir:

- Os dirigentes sindicais apresentaram uma grande dificuldade em comentar sobre a dinâmica das empresas como contratantes de planos de saúde. Isso em parte se justifica, pois, neste grupo, muitos dos contratantes são na verdade o movimento sindical. Isso fica claro ao longo das falas e das avaliações realizadas pelos dirigentes.
- Dado que os sindicatos são os contratantes dos planos, a relação que estabelecem com as operadoras tem como foco a redução no custo do serviço assemelhando-se assim à lógica das empresas que contratam.
- Embora em seus discursos transpareça uma preocupação em relação à saúde do trabalhador, na prática o interesse em relação a essa questão não é tão presente. As ações são sempre pensadas no sentido de denunciar ou contratar um plano de saúde.
- As diferenças entre Centrais não se manifestou em relação ao tema saúde do trabalhador.
- A falência da Ulbra Saúde no Rio Grande do Sul e as graves consequências geradas para os beneficiários foram utilizadas para exemplificar a saúde privada, mas a luta pela saúde pública pouco apareceu nos discursos.
- Os dirigentes sindicais participantes têm dificuldades em falar sobre os obstáculos em negociar planos de saúde. Ao mesmo tempo se vangloriam das soluções encontradas para atender à categoria.
- A grande maioria não consegue discutir a questão na saúde pública em um espectro mais macro. Na verdade, a inserção de cada um no sindicato é determinante na construção das observações que fazem sobre o tema.

➤ **Principais pontos levantados na discussão**

O que se pretende aqui é sistematizar as idéias que emergiram das discussões, à luz das questões a que se pretendia responder. Procurou-se listar todos os aspectos mencionados, independentemente de sua recorrência ou originalidade.

Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas

Como no grupo de dirigentes sindicais de Salvador, os entrevistados de Porto Alegre falaram a partir da experiência de seus sindicatos, mas, em alguns momentos, o debate tornou-se mais amplo e focado no tema da saúde do trabalhador em geral. Também como em Salvador, os dirigentes viram sua atuação muito mais no momento das mesas de negociação, nas quais o plano de saúde é uma cláusula imprescindível para integrar os acordos e convenções coletivos. Como novidade, o grupo trouxe fortemente a experiência do sindicato como contratante direto de planos de saúde. Embora seja conhecido que isto acontece, era um aspecto da realidade do setor que não tinha aparecido explicitamente nos demais grupos com os sindicalistas. Neste sentido, tanto houve a exposição clara que, nesta posição, o discurso e a prática sindical muito se aproximam dos das empresas contratantes e das operadoras, como houve uma severa crítica a esta forma de atuação.

Em se tratando da atuação do sindicato como participante da mesa de negociação para reivindicar ganhos para o trabalhador na área da saúde, foi colocado que era diferenciada conforme o caso: se a empresa já contrata um plano de saúde, o sindicato atua no sentido de monitorá-lo e, se a empresa ainda vai contratar um plano, o sindicato tem condições de discutir as condições de sua implantação e a participação da empresa no seu custo. No dizer de um entrevistado, tem condições de discutir “*cláusulas de garantias e participação do trabalhador na sustentação do plano*”.

Ainda no campo da negociação dos acordos e convenções coletivos, um entrevistado colocou que há grande diferenciação também se a empresa contratante é pública ou privada. É percebido que na empresa pública já houve maiores avanços em termos do plano de saúde, que é monitorado pelo sindicato, com exigência de comprovação de gastos pela operadora, com acompanhamento individualizado dos procedimentos utilizados pelo trabalhador e sem sua co-participação nos custos dos procedimentos utilizados. As dificuldades percebidas são o envelhecimento dos participantes, o que aumenta os custos, o rendimento baixo de parte dos trabalhadores, que dificulta sua inserção em planos melhores e a necessidade de um trabalho de conscientização para o bom uso do plano, o que já vem sendo feito pelo sindicato. Já no caso das empresas

privadas, a rotatividade da mão de obra dificulta uma ação continuada do sindicato junto aos trabalhadores.

Como contratante de um plano de saúde, o sindicato busca oferecer planos alternativos intermediários, possíveis para um número maior de trabalhadores e que atuem como complementação da saúde pública. A idéia é que seja feito um primeiro atendimento centralizado, que funcione como “*triagem*”, para posterior encaminhamento aos especialistas. O maior problema é a alta rotatividade de médicos responsáveis por este primeiro atendimento, que gera muita queixa de falta de continuidade por parte do usuário. Outra dificuldade apontada foi a pouca oferta de operadoras no mercado, fato que restringe o poder de negociação do contratante de um plano de saúde.

No grupo o sindicato contratante de plano de saúde foi:

- defendido por proporcionar maior atenção e cuidar dos trabalhadores, inclusive em situações nas quais a empresa e a operadora por ela contratada se unem no sentido de prejudicar o trabalhador, como no caso do fornecimento de laudos comprobatórios de doenças e acidentes de trabalho para serem apresentados para a previdência;
- duramente criticado como forma de desviar a atuação sindical do seu verdadeiro sentido, de cuidar da saúde do trabalhador de maneira integral e com menor envolvimento no sistema. Nesta direção, houve uma longa e exemplar fala que, de certa forma, redirecionou a discussão, recolocando uma questão que já fora discutida nos outros grupos de sindicalistas: o paradoxo de o movimento sindical ter optado pela defesa dos planos privados e não pela melhoria do sistema público de saúde.

Eu só quero pedir licença a todos para externar aqui uma posição que é nossa, a respeito da saúde do trabalhador; é isso que nós estamos discutindo e como nós vamos, através da suplementação privada, conseguir fazer com que nós, trabalhadores, permaneçam [os] com saúde e eu lamento profundamente que nós estejamos aqui, como dirigentes sindicais, discutindo e avaliando planos de saúde (...) privados, como gerenciar o privado, como gerenciar custo, como nós temos que levar a categoria, dizer que ela não pode ficar doente muito seguido porque senão é muita consulta e depois vai ter muito custo, depois nós não vamos conseguir negociar preços melhores. Eu fico preocupado com isso porque, na realidade, nós temos também lá [nome da região], nós temos hoje uma deficiência na área de saúde muito grande, com certeza muito maior do que aqui no centro do estado e em outras regiões, dadas as condições sociopolíticas e econômicas que lá nós temos. Então, eu fico a pensar e nós discutimos lá com a sociedade, nós discutimos com os atores sociais, como encarar essa

situação? Nós preparamos uma convenção coletiva e nos deparamos exatamente nesta área da saúde do trabalhador, como é que nós vamos lidar com isso? Nós temos uma saúde pública altamente deficitária, e cada vez mais deficitária, até por nossa culpa, porque nós abrimos mão de intervir, abrimos mão de buscarmos melhorar o serviço público o qual o trabalhador já paga, ele paga por um serviço que deveria ser prestado pela área pública na área da saúde e agora ele tem que pagar também se quiser ter atendimento na área da saúde porque há uma grande sacanagem minha gente, me perdoe o termo sacanagem, mas é o que eu acho, eu vou falando [nome da região], não estou aqui colocando outra região, (...) onde recursos públicos são despejados em hospitais, são despejados em convênios com médicos e laboratórios para prestar atendimento ao nosso trabalhador e que não é feito e nós, se quisermos ter um atendimento de uma qualidade que aqui nós estamos vendo que não é lá essas coisas, nós temos que pagar de novo e caro porque todos os planos de saúde pelo atendimento que prestam são caros. Então, me parece que o movimento sindical, nesta questão da saúde suplementar, tinha que ser muito mais, primeiro, unido, organizado para pressionar que as prestadoras de serviço realmente viessem [ao] (...) encontro [das] (...) nossas necessidades e por um custo muito melhor. (...) Eu tive lá a visita de alguns gerentes e representantes de clínicas, de [nome de uma operadora], e outras coisas, eles tratam como vidas, a conversa é muito boa, o plano é muito legal, a promessa é grande, a pergunta que fica é a seguinte: “quantas vidas tu vai colocar nesse plano pra nós darmos, e aqui vamos ser honestos, uma vantagem pro sindicato?” Que o sindicato também vai levar uma beira e aí a gente começa a discutir isso, a gente começa a ter um outro... né?, um outro viver nessa situação. Eu acho que a gente tem que, e me perdoe, eu estou abrindo o coração porque eu entendo isso, nós entendemos isso lá, eu represento aqui a minha categoria e [nome da região], a saúde pública hoje, a nossa saúde do trabalhador, ela está muito aquém daquilo que nós, como sindicalistas, deveríamos estar colocando no patamar de importância. E eu falo isso do ponto de vista, inclusive, da universidade (...) [Lá] nós debatemos isso do ponto de vista de como hoje nós lidamos com essa questão da saúde pública e essa mescla da privatização que desde os anos 80 isso já vai, que nós estamos caminhando para uma privatização dos setores da sociedade, isso, naturalmente, nós nem discutimos mais a questão da saúde pública, nós discutimos como é que nós vamos ganhar vantagem e como é que nós vamos lidar com as empresas do plano suplementar, e o sindicalismo começa a se focar nisso e aí eu tenho preocupação.

Percepção acerca dos fatores que deveriam ser levados em conta pelos sindicatos nessa negociação

A colocação desta questão, na verdade, deu continuidade à discussão que já estava acontecendo no grupo e apenas acrescentou três pontos:

- A necessidade da produção de dados/informações sobre os sistemas de saúde latino-americano e brasileiro que possam embasar uma atuação sindical de maneira mais sólida.
- A necessidade de uma maior atuação governamental nos três níveis, uma vez que a saúde do trabalhador é um direito constitucional no Brasil. Já que não

conseguiram resolver a questão, que, pelo menos, atuem como árbitro e forneçam dados confiáveis para que algo possa ser feito para o trabalhador parar de ser onerado duas vezes para ter acesso aos serviços de saúde e, ainda assim, de forma não satisfatória.

- A necessidade de atentar para a diferenciação interna das categorias, como os trabalhadores no comércio, para não propor medidas que só são possíveis para uma parcela da categoria.

Percepção acerca dos fatores que são levados em conta pelas empresas para a contratação de uma operadora de plano de saúde coletivo privado de seus funcionários

A posição hegemônica no grupo foi a de que a empresa está focada nos custos e na manutenção do trabalhador na empresa, sem interrupções por motivo de doença. Neste sentido, as operadoras compactuam com as empresas e libera os trabalhadores ainda doentes para o trabalho, o mesmo ocorrendo com o INSS.

De maneira isolada, foi mencionado que há grande dificuldade de sindicatos e usuários fiscalizarem os planos por falta de dados, que a precarização do trabalho favorece o adoecimento e, mais uma vez, foram valorizadas as vantagens do plano de saúde contratado pelo sindicato por estar menos voltado para os custos e mais para o bom atendimento.

Percepção acerca da relação entre a empresa contratante e as operadoras de plano de saúde privado

Apesar de se dizerem despreparados para tratar esta questão, instados pela facilitadora, acabaram por focá-la sob um ângulo já colocado em momentos anteriores da discussão: o da cumplicidade entre operadora e empresa para garantir o indivíduo trabalhando a qualquer custo; para descaracterizar as doenças do trabalho; para não emitir laudos; para não atender a certos tipos de doenças, principalmente aquelas “*invisíveis*”, de ordem psicológica e *stress*. Foi mencionada também a existência de uma pesquisa que mostrava a prevalência deste tipo de doença em várias categorias.

Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde

Como já havia sido discutida esta questão, a colocação da pergunta específica pouco mudou o rumo do assunto do qual já se estava tratando, sendo o momento aproveitado para ratificar posturas já postas no grupo.

Um participante retomou a questão da falta de subsídios para fazer a discussão dos acidentes de trabalho e a questão das doenças de trabalho tidas como “*invisíveis*”, mas que as pesquisas indicam como prevalentes. Foi lembrada a existência do Coletivo de Saúde¹², que já vem discutindo estas questões há algum tempo, e a necessidade de conscientizar o trabalhador para que ele também se comporte adequadamente. Sobre isso, foram relatados casos em que o trabalhador usa de artifícios para manter-se em licença médica.

Nova autocrítica foi feita em relação à atuação negligente e insuficiente do movimento sindical no que tange à saúde do trabalhador, sendo sugerida uma atenção maior com relação à medicina e segurança do trabalho, fazendo também o que é difícil e não só criando departamentos específicos na estrutura dos sindicatos.

Nós também estamos sendo, me permitem, não é nenhuma agressão, mas só para deixar bem claro, nós estamos sendo as legítimas vaquinhas de presépio nessa história, sim, sim, é bom, isso me dá trabalho, eu quero, empurra, porque organizar um bom departamento de medicina e proteção do trabalho é difícil em todos os sentidos, é difícil, complexo, tem custo e a gente está empurrando com a barriga, aí mea-culpa.

Reafirmo mais uma vez; [a] questão da saúde do trabalhador (...) tem sido negligenciada pelo movimento sindical, eu tenho tranquilidade de dizer isso, não tem problema nenhum, não é uma acusação, é uma reflexão, a prova disso está em quantos departamentos de segurança e medicina do trabalho existe [m], aliás, eu estou propondo (...) a troca desse nome, não é segurança do trabalho não, nós precisamos tratar a segurança do trabalhador, o conceito está errado, o nome já está errado, não é segurança do trabalho, segurança do trabalho é o que [nome da empresa] faz. Ela tem segurança no trabalho. Nós precisamos discutir a segurança do trabalhador e aí nós somos negligentes sim, porque nós negligenciamos em função de que é muito complexa essa discussão. (...) Eu tenho essa preocupação de nós focarmos essa questão da saúde e focarmos exatamente as necessidades dos trabalhadores e como nós, movimento sindical, podemos interferir nisso do ponto de vista das convenções, qual é o poder que nós temos para isso, qual é a articulação que nós temos para isso, qual é a nossa visão disso?

¹² Coletivo de Saúde do Trabalhador

Foi, então, valorizado o presente projeto da ANS/DIEESE, que, em sua terceira fase, vai promover um curso de capacitação para que o movimento sindical esteja de fato preparado para focar a sua atuação na saúde do trabalhador.

Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde

Os entrevistados trataram este tema em duas etapas: primeiro, a questão do reajuste nos planos contratados pelos próprios sindicatos e, depois, estimulados pela facilitadora, falaram um pouco dos planos contratados diretamente pelas empresas.

- No caso dos planos contratados pelo próprio sindicato:
 - Falaram da importância do bom conhecimento da sinistralidade para que se possam ter parâmetros para discutir o reajuste de forma bilateral. Para tanto, recomendaram a transparência e o acompanhamento permanentes de maneira que não se exponha o usuário. Exemplificaram com um caso de êxito no qual cada usuário tem a sua senha para acessar o plano na Internet e conferir se os procedimentos que estão sendo atribuídos a ele estão corretos.
 - Falaram de meios para reduzir a sinistralidade: controle junto aos médicos para que não peçam exames desnecessários ou prescrevam tratamentos inadequados; conscientização dos usuários para que usem adequadamente o plano; redução de internações com ampliação dos tratamentos no domicílio; controle do que é cobrado pelos hospitais em termos de materiais utilizados.

- No caso dos planos contratados diretamente pelas empresas: os entrevistados demonstraram ter pouco conhecimento e participação nesses casos, não só dizendo explicitamente que geralmente o sindicato desconhece os termos do contrato, como também desviando o assunto para as denúncias de más condições de trabalho, que geram doenças psicológicas. Mencionaram ações

sindicais que levaram à troca de plano, como denúncias de não atendimento ou de atendimento ruim feitas não somente para a empresa contratante mas na mídia.

Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa

O foco das falas sobre este tema foi, como nos demais grupos, no aumento do custo do plano para os aposentados em função da faixa etária mais elevada. Embora não tenha sido dito claramente que os aposentados permanecem no plano tendo que arcar totalmente com o pagamento dele, foram mencionadas algumas condições que rebaixam o preço do plano para que ele se torne possível para o aposentado: manutenção do plano antigo, que não cobre todo o novo rol de procedimentos regulado pela ANS; exclusão de agregados que não sejam dependentes no Imposto de Renda; e troca de internação em quarto privativo para semiprivativo, por exemplo.

Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS

Segundo a relatora, este tópico da discussão começou com certa hesitação dos entrevistados, que pareciam perceber certa identidade entre DIEESE e ANS. Contudo, aos poucos foram se colocando e a posição hegemônica foi a de que as falhas na regulamentação eram menos importantes do que a falta de fiscalização do cumprimento desta: “*fiscalização é o maior problema, maior do que a regulação mesmo do sistema.*”

De maneira isolada, foi lamentada a falta de regulamentação que impeça a saúde de visar ao lucro e que faltava ouvir todos os “lados” envolvidos na saúde do trabalhador, para que possa ser construída uma regulamentação mais democrática.

A saúde não devia ser objeto de lucro num país democrático e moderno, não devia ser objeto de lucro de jeito nenhum. Então, eu acho que a agência nacional de saúde (...) está pecando ainda nessa parte de fazer esse regulatório de maneira com que as entidades, os representantes ficam sem saber aonde vão se pegar, o que pode e o que não podem fazer, talvez seja objeto desse trabalho dos senhores aqui conosco hoje.

Também de maneira isolada, foi mencionada uma relação com a ANS que não era de denúncia e sim de consulta.

Eu tenho uma relação com a ANS que é uma relação de consulta, nunca de denúncia, e tem algumas operadoras que não querem nem me enxergar porque, principalmente quando se necessita de algum atendimento no final de semana, bate o caos porque aí na metade dos procedimentos não tem cobertura. Então, eu tenho uma relação que evolui bastante com a ANS exatamente; eu faço a consulta e aí ela vai ver se aquilo vai virar denúncia ou não.

Algumas sugestões foram feitas para que a atuação sindical pudesse ser mais efetiva nessa área com a colaboração da ANS:

- Exercer o papel de observação e denúncia junto à ANS para que, formalizada a denúncia, ela fiscalize. O movimento sindical precisa acionar a agência para que ela cumpra o seu papel fiscalizador. Exercer a função de mediador entre quem tem o seu direito aviltado e quem tem o poder de fiscalização.
- Direito de fiscalização das convenções coletivas.
- Sindicatos devem buscar o seu próprio poder de fiscalizar e fazer cumprir os acordos firmados.

Me parece que aí o movimento sindical tem que tomar pra si esse papel de ser o intermediário entre o necessitado, que está vendo o seu direito aviltado, e aquele que tem o poder de fiscalização dessa relação, enquanto nós não buscarmos ter também essa parcela de poder, de nós podermos fiscalizar que os nossos direitos e os acordos sejam cumpridos, que é uma questão que eu debato profundamente (...) na região, em nosso sindicato, é o meu direito de poder fiscalizar a convenção que eu assino, a empresa, [que] assinou através dos seus representantes, tem a obrigação de cumprir, e que seja dado ao sindicato o direito de buscar a garantia do cumprimento disso. Agora, enquanto isso não houver, porque é pisar em ovos, dar direito ao sindicato de fiscalizar é pisar em ovos, todo mundo fica meio..., então que nós possamos (...) ser o intermediário entre aquele que sofre o dano e aquele que tem o poder de fiscalizar e colocar sanções, aí talvez nós comecemos a moralizar empresas que possam dar a sua contrapartida.

Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil

Ainda que o grupo tenha dedicado parte da discussão ao problema local e pontual da falência de um plano, várias sugestões foram apresentadas:

- Educação, conscientização e mudança de cultura.

- Fortalecimento da ANS para que ela conceda aos sindicatos poder de fiscalização.
- Busca de mecanismos para garantir que possa se tornar efetivo o nosso direito à saúde coletiva.
- Busca de mecanismos para garantir planos de saúde suplementar de boa qualidade para o trabalhador ao menor custo possível.
- Aumento da ação fiscalizadora da ANS.
- Aumento da abrangência da saúde pública como um todo e de seus centros de excelência em particular.

Aspectos complementares

No caso deste grupo, uma peculiaridade foi uma observação de como as exigências para que a empresa seja reconhecida como tendo uma gestão de qualidade podem levar à precarização da mão de obra e ao adoecimento pelas “doenças invisíveis”:

Eu acho que os profissionais (...) cumprem as suas funções para as quais são contratados, são profissionais. O que nós temos é a precarização da mão de obra; aliás, tem um livro fantástico chamado “A banalização do mal”, que relata exatamente a situação que nós estamos vivendo. É de um autor francês, mas que relata a nossa situação hoje, é a precarização da mão de obra, a gestão da qualidade, na realidade, ela leva a isso. Nós brindamos aí com uma gestão da qualidade os ISO e não sei mais o quê, o caminho exatamente é esse, é tu dar a vida pela empresa, a empresa passa a ser a coisa mais importante da tua vida. Tua família e tuas coisas passa [m] a ser secundário e terciário e se montou nas empresas uma estrutura justamente pra isso, para convencer o trabalhador de que ele vive pra empresa, não vive pra ele nem pra sociedade, isso não existe mais.

IV - A VISÃO DAS EMPRESAS QUE CONTRATAM OS PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS

Os grupos aconteceram no período de 22/5 a 5/11 nas cidades de São Paulo, em 22/5 e 5/11, de Salvador, em 26/5, e de Porto Alegre, em 3/6. Foram ao todo 22 participantes nas três cidades pesquisadas.

Em todos os grupos, a discussão foi conduzida apresentando o seguinte roteiro de questões aos entrevistados:

1. Em sua opinião, que fatores são levados em conta, pela sua empresa, para a contratação de uma operadora de plano de saúde coletivo privado para seus funcionários? O que motiva a troca de operadoras?
2. Quais os pontos fortes e os pontos fracos do seu plano de saúde empresarial? Quais são as sugestões para melhorar o plano de saúde empresarial? (Tipo de carências impostas, mecanismos de auto-regulação, acesso aos serviços de saúde.)
3. Como vocês veem a relação entre a empresa contratante e as operadoras?
4. Em sua opinião, existem, na sua empresa, mecanismos para captar as críticas e sugestões dos usuários?
5. Como vocês veem a participação dos sindicatos de trabalhadores no processo de negociação da contratação de uma operadora de plano de saúde coletivo privado?
6. Como vocês veem o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde?
7. Como vocês veem a inclusão do atendimento de acidentes e doenças do trabalho no plano de saúde?
8. Como vocês veem a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa?
9. Como vocês veem a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS? (legislação, normas, fiscalização)
10. Quais são as suas sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil?

Perfil dos entrevistados a partir das fichas socioeconômicas

Como já foi mencionado, por ocasião da realização dos GFs, todos os participantes responderam a uma ficha de caracterização socioeconômica. A partir dos resultados

desta parte da pesquisa, foi construído o Quadro 4, que traça o perfil dos entrevistados nos grupos de representantes de empresas contratantes nos três municípios pesquisados e em conjunto.

O objetivo desta breve inclusão quantitativa é conhecer o perfil das pessoas que foram ouvidas, já que isto tem relação direta com suas visões de mundo, que referenciam, em última instância, as opiniões emitidas.

Com base nos resultados mais frequentes, observados para cada um dos quesitos investigados, pode-se dizer que os representantes das empresas contratantes eram predominantemente mulheres; a idade média do grupo era de 40,6 anos; todos eram brasileiros, nascidos principalmente em duas das unidades da Federação onde ocorreu a pesquisa (Bahia e São Paulo); declararam-se de cor branca e de religião católica. Na família, eram principalmente “cônjuges”, casados ou vivendo em união consensual, com uma média de 1,7 filhos de qualquer idade e 1,3 (em média) com menos de 21 anos. Possuíam curso superior completo, com predominância na área de Administração. Grande parte trabalhava em empresas ou instituições pertencentes ao setor de serviços. Exerciam cargos de chefe, coordenador ou encarregado e tinham responsabilidade direta na contratação e no monitoramento dos planos de saúde. Mais da metade disse que o tempo médio de contrato, entre a empresa e a operadora, costuma ser de 2 a 5 anos. O rendimento médio do grupo foi de R\$ 4.443,50. A participação em organizações da sociedade civil foi, de forma geral, pouco significativa.

Grande parte possuía plano médico da empresa e quase ninguém tinha plano médico particular; mais da metade tinha plano odontológico da empresa e poucos, plano odontológico particular. Possuíam apenas um plano de saúde e eram titulares dele; a média de tempo no plano foi de 7,7 anos. Nenhum dos participantes utilizou o plano de saúde para acidente de trabalho e um pouco mais que a metade havia utilizado o SUS. A nota média dada para o plano de saúde que a empresa onde trabalham contratou foi 7,5 (mínima de 5 e máxima de 10).

- **Especificidades do grupo de São Paulo**

As diferenças mais significativas, verificadas para o grupo de representantes de empresas contratantes de planos de saúde em São Paulo, foram: a idade média mais baixa dos três grupos (39,4 anos); o fato de todos os participantes terem nascido no estado de São Paulo; a pequena média de filhos menores de 21 anos (1,0 filho). Quase

metade exercia cargo de assistente na empresa onde trabalhava. A participação em organizações da sociedade civil foi, praticamente, inexistente.

Todos os participantes possuíam plano médico da empresa e nenhum deles tinha plano médico particular. A maioria tinha plano odontológico da empresa e nenhum, plano odontológico particular. A média de tempo no plano foi a mais baixa observada para esse segmento (6,2 anos). Nenhum participante utilizou o plano para acidentes de trabalho; a maioria das pessoas não utilizou o SUS.

- **Especificidades do grupo de Salvador**

Em Salvador, os principais destaques foram: a maior incidência de pessoas que se declararam de cor parda; a grande diversidade de cursos para a escolaridade predominante (superior completo): Administração de Empresas, Ciências Contábeis, Gestão de Pessoas, Pedagogia e Serviço Social. Exerciam cargos de gerente, chefe ou coordenador e assistente, em igual proporção, e todos tinham responsabilidade direta na contratação e no monitoramento dos planos de saúde. O rendimento médio do grupo foi o mais elevado das três localidades pesquisadas: R\$ 6.260,00. A participação em organizações da sociedade civil foi insipiente, com destaques pontuais para ONG, entidade religiosa e outras (coral).

Neste grupo ocorreu a maior incidência conjunta de planos médico e odontológico de empresa e praticamente nenhum caso de plano médico ou odontológico particular. O tempo médio no plano foi o mais elevado (8,8 anos). A nota média dada para o plano de saúde que a empresa onde trabalham contratou foi a mais elevada - 8,0 (mínima de 7 e máxima de 9). Nenhum dos participantes utilizou o plano de saúde para acidente de trabalho e mais da metade não utilizou o SUS.

- **Especificidades do grupo de Porto Alegre**

No grupo de Porto Alegre, pessoas de referência e cônjuge apresentaram resultado idêntico para o quesito posição na família; da mesma forma, casados ou vivendo em união consensual e solteiros apareceram em igual número; a escolaridade mais frequente foi superior incompleto. Apesar de mais da metade dos participantes ter responsabilidade direta na contratação e no monitoramento dos planos de saúde, esse foi o menor resultado observado para essa questão. O rendimento médio do grupo foi o

menor observado nos 3 grupos: R\$ 2.640,00. A participação em organizações da sociedade civil foi, de forma geral, pouco significativa.

Esse grupo teve a maior incidência de titulares de plano de saúde e expressivo número de participantes que utilizaram o SUS.

QUADRO 4

Perfil dos participantes dos Grupos Focais com Empresas Contratantes, segundo as cidades selecionadas¹³

Características	Total	São Paulo	Salvador	Porto Alegre
Nº de participantes	22	(2 e 5) 7	8	7
Data da realização	22/5 a 5/11	22/5 e 5/11	26/5	3/6
Sexo	Mulheres (17 de 22)	Mulheres (5 de 7)	Mulheres (7 de 8)	Mulheres (5 de 7)
Idade média	40,6 anos	39,4 anos	41,0 anos	41,4 anos
Idade mediana	39,0 anos	39,0 anos	38,0 anos	41,0 anos
Mínima	20 anos	20 anos	28 anos	25 anos
Máxima	60 anos	57 anos	60 anos	51 anos
Nacionalidade UF onde nasceu	Todos brasileiros BA e SP (7 cada um)	Todos brasileiros SP (7)	Todos brasileiros BA (7)	Todos brasileiros RS (5)
Cor	Branca (16)	Branca (7)	Parda (5)	Branca (6)
Religião	Católica (18)	Católica (7)	Católica (5)	Católica (6)
Posição na família	Cônjuge (10)	Cônjuge (3)	Cônjuge (4)	Pessoa de referência e cônjuge (3 cada um)
Situação conjugal	Casado União consensual (12)	Casado União consensual (4)	Casado União consensual (5)	Casado, União consensual e solteiro (3 cada um)
Com filhos	Sim (13)	Sim (3)	Sim (7)	Sim (3)
Média de filhos	1,7 (1 a 3)	1,7 (1 a 2)	1,6 (1 a 3)	2,0 (1 a 3)
Filhos < de 21	Sim (9)	Sim (2)	Sim (5)	Sim (2)
Média < de 21	1,3 (1 a 2)	1,0 (1)	1,4 (1 e 2)	1,5 (1 a 2)
Escolaridade	Superior completo (13 de 22)	Superior completo (5 de 7)	Superior completo (6 de 8)	Superior incompleto (4 de 7)

¹³ Os resultados expressam, com algumas exceções (média, mínimo, máximo), a classe modal (valor ou classe mais frequente na distribuição) obtida para cada uma das variáveis.

Características	Total	São Paulo	Salvador	Porto Alegre
Área do 1º curso superior completo	Administração (6) ¹⁴	Administração (3) ¹⁵	Administração de Empresas Ciências Contábeis Gestão de Pessoas Pedagogia Serviço Social (1 para cada curso)	Administração (2) ¹⁶
Área do 2º curso superior	Direito (1)	-	Direito (1)	-
Tipo de plano Médico da empresa	Sim (21) Não (20)	Sim (7) Não (7)	Sim (7) Não (7)	Sim (7) Não (6)
Odontológico da empresa	Sim (16) Não (21)	Sim (5) Não (7)	Sim (7) Não (8)	Sim (4) Não (6)
Número de planos de saúde	Um (15)	Um (4)	Um (7)	Um (4)
Tipo de vínculo com o plano	Titular (14)	Titular (3)	Titular (5)	Titular (6)
Tempo no plano	Média 7,7 anos Mediana 5,0 anos Mínimo - de 1 ano Máximo 40 anos	6,2 anos 4,5 anos - de 1 ano 19 anos	8,8 anos 5,0 anos 1 ano 40 anos	7,7 anos 5,0 anos 1 ano 20 anos
Utilização do plano para acidente de trabalho	Não (22)	Não (7)	Não (8)	Não (7)
Utilização do SUS	Sim (12)	Não (4)	Não (5)	Sim (6)
Setor de atividade da empresa	Serviços (18)	Serviços (6)	Serviços (7)	Serviços (5)
Rendimento (R\$)	Sim (16) Médio 4.443,50 Mediano 3.250,00 Mínimo 1.000,00 Máximo 15.000,00	Sim (6) 4.432,67 5.500,00 1.000,00 7.200,00	Sim (5) 6.260,00 4.000,00 2.000,00 15.000,00	Sim (5) 2.640,00 1.500,00 1.200,00 7.000,00
Cargo na empresa	Chefe, Coordenador Encarregado (5)	Assistente (3)	Gerente, Coordenador, Chefe (3) e Assistente (3)	Encarregado, Gerente (2)

¹⁴ De empresas (3), em RH (1), em Gestão de Pessoas (1) e somente Administração (1).

¹⁵ De empresas (1), em RH (1) e somente Administração (1).

¹⁶ De empresas (1) e somente Administração (1).

Características	Total	São Paulo	Salvador	Porto Alegre
Grau de responsabilidade na contratação e no monitoramento dos planos	Direto (17)	Direto (5)	Direto (8)	Direto (4)
Tempo médio de contrato empresa operadora	2 a 5 anos (12)	2 a 5 anos (3)	2 a 5 anos (5)	2 a 5 anos (4)
Nota para o plano de saúde que sua empresa contratou	Responderam (20)	Responderam (7)	Responderam (6)	Responderam (7)
Média	7,5	7,1	8,0	7,4
Mediana	7,5	7,0	8,0	7,0
Mínima	5	6	7	5
Máxima	10	9	9	10
Participação em organizações da sociedade civil:				
De classe profissional	Não (12)	Não (6)	Não (2)	Não (4)
Partido político	Não (14)	Não (6)	Não (2)	Não (6)
De bairro	Não (15)	Não (6)	Não (2)	Não (7)
Esportiva	Não (13)	Não (6)	Não (2)	Não (5)
ONG	Não (14)	Não (6)	Sim (1) Não (1)	Não (7)
Religiosa	Não (12)	Não (6)	Sim (1) Não (1)	Não (5)
Grupo 3ª idade	Não (15)	Não (6)	Não (2)	Não (7)
Org. juvenil	Não (14)	Não (6)	Não (2)	Não (6)
Outra	Não (13)	Não (5)	Sim (1) Não (1)	Não (7)
Qual outra:	Coral e Associação faculdade	Associação faculdade	Coral	

Fonte: DIEESE/ANS - Pesquisa "Os trabalhadores e a Saúde Suplementar", 2009.

São Paulo

Como mencionado na Introdução deste relatório, o primeiro Grupo Focal com as empresas contratantes de planos de saúde em São Paulo foi realizado em condições muito desfavoráveis, pois, além de apenas duas pessoas terem comparecido, elas representavam empresas que, na verdade, eram, elas mesmas, operadoras de planos de saúde. Assim, a consultoria recomendou que um novo grupo fosse realizado. Deste segundo grupo é que se trata a seguir¹⁷.

¹⁷ Eventualmente será inserida uma informação relevante que tenha sido colhida no primeiro grupo.

➤ **Antecedentes**

Cientes das dificuldades enfrentadas e não superadas na montagem do grupo anterior com as empresas contratantes, para a montagem desse grupo foram utilizadas três diferentes fontes:

- A relação de empresas fornecidas pelo DIEESE, composta por 20 empresas (2 haviam participado do primeiro Grupo Focal de empresas contratantes de São Paulo e, na verdade, eram uma operadora e uma seguradora de planos de saúde).
- Um cadastro montado para segmentos selecionados da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), considerando aqueles com maior número de titulares de planos de saúde segundo o cadastro da ANS, acrescido de dados secundários disponíveis para cada um dos segmentos: *sites* de busca, listas telefônicas, associações, etc.
- E, finalmente, empresas preferencialmente pertencentes aos segmentos selecionados, obtidas a partir da rede de relações pessoais ampliada da equipe de pesquisa.

As principais dificuldades encontradas e resultados obtidos, segundo o tipo de fonte, foram:

- Cadastro de empresas DIEESE – ANS: dificuldade de chegar à área de Recursos Humanos da empresa. Os contatos realizados não geraram nenhuma confirmação. Foram feitos 8 contatos, enviados 7 convites e não houve nenhuma confirmação de presença.
- Cadastro de segmentos da CNAE e outros - dados secundários e indicações: as empresas não tinham plano coletivo de saúde; telefones não atendiam e não foi possível obter o número novo; não foi possível falar com a pessoa responsável pela área de Recursos Humanos; a empresa não podia dispensar ninguém; não tinha disponibilidade de horário para participar; e empresas sediadas em outras localidades. Os 76 contatos realizados permitiram o envio de 50 convites, geraram 7 confirmações e a presença de 5 participantes. Dos segmentos selecionados, estiveram representados apenas o dos bancos e o do transporte de passageiros, mas não o rodoviário.

➤ **A realização do GF**

O GF realizou-se em dependências do próprio DIEESE, na Rua Auro Soares de Moura Andrade, 252, 10º andar, Barra Funda, São Paulo, capital, no dia 5 de novembro de 2009, às 19 horas e 30 minutos, com duração de 1 hora e 57 minutos. O grupo constituiu-se de 5 participantes.

As observações do relator sobre o desenrolar da atividade foram as seguintes:

Ao findar-se a atividade, os participantes aproveitaram para tomar um lanche antes de sair, e os comentários giraram em torno das dificuldades das empresas com a saúde suplementar apresentadas pelos participantes. Foram momentos de descontração em clima bem tranquilo, o mesmo que reinou ao longo da realização do Grupo Focal.

Durante o processo, pôde-se verificar que as pessoas estavam atentas aos comentários dos outros participantes e interessadas pelo assunto, pois muitas das intervenções dialogavam com as colocações feitas por outros participantes.

Duas participantes representavam a mesma empresa: uma delas trabalhava diretamente na empresa e a outra em uma empresa corretora contratada para intermediar a relação entre a empresa e a operadora. Ambas participaram de forma bastante positiva na atividade.

No que respeita à infra-estrutura da sala, o calor e o barulho “de fora” pareceram não influenciado na atividade. Logo no início da atividade, um participante comentou sobre o calor da sala, mas isso aconteceu logo em seguida à sua chegada (ele se dirigiu a pé do metrô até o local da atividade e seu comentário deve estar relacionado ao seu estado particular em função do esforço físico). Não houve mais nenhum comentário sobre o ambiente de realização da atividade e os outros participantes não demonstraram incômodo.

➤ **Principais pontos levantados na discussão**

O que se pretende aqui é sistematizar as idéias que emergiram das discussões, à luz das questões a que se pretendia responder. Procurou-se listar todos os aspectos mencionados, independentemente de sua recorrência ou originalidade.

Percepção acerca dos pontos fortes e dos pontos fracos do plano de saúde coletivo que oferecem e sugestões para melhorá-lo

Uma coisa original neste grupo foi que, à exceção de uma, as empresas representadas lidavam com mais de uma operadora contratada, pois têm necessidade de cobrir o Brasil todo e nenhuma delas individualmente tem esta abrangência. Além disso, foi mencionado que, em algumas regiões, verifica-se o monopólio de uma operadora, ficando difícil diversificar e negociar reajustes. Outra razão percebida pelas empresas como motivadora da contratação de mais de um plano é a necessidade de ofertas diversas para pessoas com níveis salariais e de exigência muito diferenciados. Contudo, também foi observado que a fragmentação dos trabalhadores de uma mesma empresa por diversos planos enfraquece o poder de negociação da contratante, pois reduz o número de “vidas” que estão em jogo.

[Mudamos de operadora] pra conseguir abranger todo mundo e trabalhar com uma carteira só porque muitas carteiras dentro da mesma empresa aumentam as mensalidades, também porque os colaboradores ficam divididos, então nenhum plano tem muita gente.

O levantamento dos pontos fracos e fortes dos muitos planos contratados foi feito neste grupo como dinâmica de abertura junto com a apresentação pessoal dos participantes. Ao contrário dos outros grupos, houve equilíbrio entre prós e contras dos planos.

Pontos positivos:

- Operadora reconhecida no mercado e com muitos recursos próprios, que disponibiliza para os beneficiários/usuários.
- Maior operadora de seguros do Brasil.
- Excelente rede credenciada em nível nacional pelo sistema de cooperativa.
- Atendimento eficiente e humano.
- Ampla rede de atendimento.
- Apoio para resolver questões de emergência e exames.

Pontos negativos:

- Insuficiência da rede credenciada em função do maior investimento nos recursos próprios.

- Rigidez e inflexibilidade na negociação do reajuste, com apuração muito estreita do sinistro.
- Demora nos trâmites.
- Falta de humanidade no encaminhamento de questões específicas, o que acaba prejudicando a prestação do serviço para o usuário.
- Falta de abrangência nacional.

Há que se ter em conta que as qualidades e os defeitos estão referidos a cada um dos planos aos quais as empresas dos participantes estão vinculados, ainda que, quando tratados em conjunto, como neste relatório, forneçam um painel significativo de questões comuns.

Os participantes deste grupo foram os que atribuíram notas média e mediana mais baixas (7,1 e 7,0, respectivamente) aos planos de saúde contratados por suas empresas.

Instados, em questão específica, a complementar a sua percepção de pontos fracos e fortes dos planos contratados, os entrevistados trouxeram à baila diversos assuntos, e alguns deles adiantavam um dos temas de discussão que seriam propostos mais adiante: o da relação entre empresas contratantes e operadoras.

- Necessidade de a ANS normatizar e incluir no rol de procedimentos cobertos pelos planos uma série de procedimentos já utilizados em larga escala.
- Flexibilização do uso de medicamentos experimentais e/ou ampliação de protocolos. Foi citado como exemplo um protocolo de câncer de útero que vem dando bons resultados em outros tipos de câncer e que só é autorizado pelo plano na sua acepção original.
- Importância de os planos e empresas investirem em medicina preventiva: tanto em palestras e em outros tipos de conscientização, como na realização de exames de rotina em todos os trabalhadores das empresas. Mais uma vez o exemplo da cirurgia bariátrica foi citado, pois, às vezes, um acompanhamento de obesidade acaba por evitar que se chegue a ela.
- Importância de olhar e conhecer bem os contratos e suas restrições, pois o fato de um hospital estar credenciado não significa que todos os procedimentos que nele são realizados estão disponíveis pelo plano. Por um lado, as operadoras fazem credenciamentos restritos com os hospitais e, por outro, é quase

impossível conhecer o extenso documento que consubstancia o rol da ANS, que descreve os procedimentos que contam com obrigatoriedade de cobertura. Há ainda a questão de a operadora tentar, muitas vezes, eximir-se da responsabilidade, alegando não previsão de cobertura.

[Falando sobre as operadoras] Com relação a custo, a gente sabe que eles passam por várias situações desse tipo aí de procedimentos novos e tudo, mas quando eles podem, eles também se isentam da responsabilidade, sempre você vê isso, a isenção deles. Eles arrumam uma saída para justificar que não cobre e você tem um contrato que não é claro, você não vai pegar o rol de procedimentos, que são páginas e páginas, centenas de páginas, pra você decorar ou para saber. Então, as empresas assinam contrato e depois é que começam a aparecer os problemas porque [as empresas] não enxergam exatamente tudo aquilo claro como eles colocam lá na venda.

Realmente acho que fica muito complicado, pra quem faz a gestão do plano de saúde, saber que tipo de procedimento está coberto ou não, porque é uma infinidade realmente. A relação de procedimentos que a ANS divulgou é um absurdo, então precisa ter uma pessoa especializada na empresa para ficar acompanhando os procedimentos, o que pode e o que não pode ser coberto. Então, toda a vez que se tem uma brechinha, a empresa operadora vai lá e fala: “Isso não está coberto”. Então, eu acho que deveria ter alguma forma mais simplificada de não precisar chegar ao exagero de fazer uma relação enorme de procedimentos e obrigar as operadoras a dar o atendimento que for necessário, já que foi contratada pela empresa para prestar serviço, independente se está ou não coberto aquilo, se a pessoa precisa de atendimento, precisa atender, não ficar procurando uma forma de burlar a lei.

- O problema dos exames menos complexos que os planos garantem que chegam aos mesmos resultados de outros mais modernos e caros. O usuário que está gravemente enfermo, e para quem foi pedido determinado exame, dificilmente vai se contentar com um similar oferecido.
- O problema de a operadora superfaturar o que foi utilizado pelo usuário, criando a necessidade de a empresa auditar as contas para ter um controle da sinistralidade.
- A importância de a empresa contratante e a seguradora atuarem de comum acordo e não como “inimigas”. Muitas vezes, esta harmonia pode reduzir custos, pois permite uma relação mais harmoniosa também com o segurado e cria a possibilidade de argumentar pelo uso da rede credenciada ou da rede própria do plano, conforme a melhor configuração dos custos.

Muitas vezes a empresa bate o pé e não observa o que é melhor pra ela; ela quer fazer a vontade do funcionário, só que o funcionário nem sempre sabe

o que é melhor e nós tivemos muitos casos [em] que numa segunda opinião o funcionário falou: “Nossa, por que eu não fui com esse médico antes, o médico é maravilhoso, vou fazer com ele.” Sendo que ele estava fazendo com um médico que estava cobrando horrores, que ele ia ter que pedir reembolso, não ia ter reembolso total. Então, às vezes a empresa trabalhando “parceirado” com a operadora, é melhor o benefício.

Percepção acerca dos fatores que são levados em conta pelas empresas para a contratação de uma operadora de plano de saúde coletivo privado de seus funcionários

Ainda que sejam feitas diversas considerações pelos entrevistados, de uma maneira ou de outra, no momento da contratação, o custo do plano foi o fator percebido como decisivo para que as empresas optem por um plano.

Um entrevistado levantou a questão de que sua empresa é ligada ao Estado e não pode fugir da licitação, e que, *“em processo licitatório, (...) a empresa vencedora é aquela que oferece o menor preço. A gente não tem condições, numa licitação, de exigir qualidade, qualidade técnica, isso é muito complicado pela própria legislação que impede isso daí, dificulta. Você não pode direcionar a contratação para essa ou aquela empresa. Então, a gente se vê preso a esse tipo, vamos dizer assim, de norma ou uma armadilha, que você acaba contratando (...) nem sempre aquela que você quer, mas sim aquela que oferece o menor preço.”*

Outras falas apontaram na mesma direção:

A minha empresa (...) olha bastante o custo, ela exige muito e quer um preço ótimo, então você, com certeza, tem dificuldade.

Então, na verdade, é custo/benefício o que a empresa busca, ela quer pagar pouco e ter um excelente serviço.

Com relação aos motivos que levam a empresa a mudar de operadora, foram levantados os seguintes:

- O processo de mudança também é legislado e deve ser feito via uma nova licitação após cinco anos com a mesma operadora. Contudo, é feita uma avaliação e, ficando comprovado que a operadora continua adequada em termos de custos e do nível de satisfação com o seu uso, o contrato pode ser prorrogado por até mais 24 meses.

Há uma avaliação; chega no vencimento do contrato, é feita uma pesquisa de mercado e verificado qual é o comportamento, as tendências de mercado com relação a um plano de saúde dentro das características que nós contratamos. Então, se ficar comprovado que a nossa empresa conseguiu contratar uma outra, e que aquela que está prestando o serviço é que tem o menor preço, então se mantém o contrato [por] mais doze meses, caso contrário, não.

- Falta de flexibilidade na negociação da renovação do contrato, levando à busca de outra empresa que ofereça um preço mais baixo.
- Mau atendimento.
- Não liberação de procedimentos demandados pelos “colaboradores” da empresa.
- Indefinição e/ou não cumprimento de prazos.
- Necessidade de contratar uma operadora que possa oferecer planos diferenciados para atender aos diversos níveis hierárquicos de trabalhadores da empresa.
- Sucessivos reajustes em função da sinistralidade.

Nós mudamos por causa de custo, não tivemos nenhuma reclamação em termos de atendimento, mas eles reajustavam a cada três meses, qualquer sinistralidade eles já mandavam uma outra fatura e não eram flexíveis para negociação; foi aí que nós precisamos...

Ao final da discussão deste tema, um entrevistado resumiu muito bem a similaridade dos problemas vivenciados pelas diversas empresas em relação aos planos contratados:

Eu acho, pelo que eu ouvi até agora, (...) que os problemas são basicamente comuns às empresas: é problema de custo, é demora, é marcação de consulta, é o funcionário que fica esperando, é reclamação, e eu assim, a nossa experiência em planos de saúde (...) é relativamente pequena. Nós estamos aí nesse mercado de contratação de planos de saúde há três anos, nós começamos em 2006, então foi realmente um parto. O primeiro plano de saúde que nós contratamos foi uma tristeza. Nós praticamente ficávamos o tempo todo à disposição do plano de saúde e como nós temos um contrato com a empresa, nós fazemos uma série de exigências contratuais, e nós temos que ficar em cima porque o gestor do contrato (...) é muito cobrado. Então, reclamações é direto de empregados: quem foi lá marcar consulta, estava esperando, estava na fila de espera há um tempão não conseguiu marcar consulta, tem que pegar guia, preencher guia disso para isso, para aquilo...

Percepção acerca da relação entre a empresa contratante e as operadoras

A colocação desta questão específica apenas deu continuidade ao debate que já estava acontecendo, como pontuou a facilitadora. Assim, as falas se seguiram, acrescentando apenas dois aspectos aos já levantados: o fato de procedimentos autorizados em um ano civil impactarem a sinistralidade futura e, conseqüentemente, o reajuste do ano posterior, e a questão da não sincronia entre os prazos nos quais a empresa precisa de uma resposta em casos de excepcionalidades e aqueles nos quais a operadora consegue dar estas respostas. Foi dito que certas respostas só vêm quando são demandadas pelas instâncias superiores da empresa diretamente às instâncias superiores das operadoras, em flagrante desrespeito aos profissionais que lidam diariamente com os planos, por ser essa a sua função.

Percepção acerca da existência de mecanismos nas empresas para captar as críticas e sugestões dos usuários

Todos os representantes de empresa disseram ter uma forma de encaminhar para as operadoras as múltiplas reclamações e também os elogios que o plano de saúde recebe. A não ser uma resposta isolada que deu conta da existência do RH Saúde, ninguém falou de mecanismos específicos, e sim de *e-mails* e telefonemas tratando desses assuntos. Uma vez recebidos, eles são encaminhados pela equipe encarregada da gestão do plano para a operadora, que, às vezes, responde e, às vezes, não. Este retorno, inclusive o tempo de sua demora, é monitorado pela empresa. Os usuários querem sempre uma resposta e foi mencionado até mesmo o caso em que a empresa forja esta resposta da operadora para dar uma satisfação ao usuário. Foi dito ainda que algumas empresas “*obrigam*” a operadora a dar um retorno ao usuário.

Foi também ponderado que há de ser considerado tanto o lado do “*colaborador*” quanto o da operadora, pois são frequentes as situações em que o funcionário, vendo o plano de saúde empresarial como um benefício que lhe é concedido, assim como restaurante e outros, desconta com sua crítica outras insatisfações que tem com a empresa.

Olha, não vamos só criticar planos de saúde porque os usuários também a cada dia são mais exigentes e isso é um benefício para ele nas empresas, então o que ele faz? Ele descarrega também tudo o que ele passa no dia a dia porque o empregador dele dá esse plano, então ele descarrega no restaurante, ele descarrega no plano de saúde, nos serviços que são

oferecidos pra ele. Ele canaliza muito das neuroses, das frustrações, tudo isso, então é onde ele não quer ter problema porque é a família dele, é a vida dele que está em jogo, então ele vê com outros olhos. Ele pode errar no trabalho dele, mas o plano de saúde não pode errar com ele.

[Falando dos usuários] *Eles também não têm obrigação de saber o que [o plano] cobre e o que não cobre, a gente entende a operadora, mas entende também o colaborador.*

Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas

Os entrevistados dividiram-se entre os que acham que os sindicatos são atuantes e os que acham que o sindicato nem quer saber o que se passa com a categoria. Realmente, o mais provável é que essa divisão tenha mais a ver com o tipo de sindicato com o qual estas empresas se relacionam do que com suas percepções da atuação sindical em geral. Mesmo os entrevistados que disseram que há participação pareciam falar da atuação sindical de maneira um pouco irônica. A forma de atuação mais percebida é no encaminhamento das insatisfações dos trabalhadores à empresa, mas também é perceptível que o sindicato já incluiu na convenção coletiva a obrigatoriedade de a empresa oferecer plano de saúde. Também foi mencionado que, quando da contratação do plano, os sindicatos, algumas vezes, são chamados a participar de reuniões e, então, mostram-se bastante críticos. Outro entrevistado disse que “*o sindicato dá muito palpite*”, mas quem decide é a empresa, porque é ela que dá o benefício. Contudo, acrescentou que gostaria de um maior envolvimento do sindicato para respaldar trocas de plano que “*mexem demais com a saúde dos empregados*” que estão em tratamento e ocasionam até mesmo aumento de sinistralidade com a entrada de novos médicos que querem se situar em relação aos pacientes e pedem novos exames.

Os entrevistados que não perceberam a participação sindical mencionaram a não demanda sindical para que a empresa ofereça o plano e para que, quando oferece, participe de alguma forma no pagamento dele.

Eles são totalmente omissos, tanto que eles não obrigam disponibilizar assistência médica, é uma liberalidade da empresa fornecer. Então, como é que nós trabalhamos lá? Nós trabalhamos: a empresa paga 50% e o colaborador paga 50%.

O sindicato não opina em nada, não participa, nunca nem foi lá [ver o que se passa com] o plano de saúde. Tanto é que na [nome da empresa] os colaboradores pagam integral o plano de saúde, o que nós, do RH, achamos um absurdo, porque a gente vê o quanto que o colaborador se sente

insatisfeito devido a isso e o sindicato nunca fez nada. Então, falta realmente essa parte do sindicato, pelo menos no [nome do sindicato,] porque a empresa visa muito (...) o custo, é baixo custo pra tudo. Então, de vez em quando falta o aperto do sindicato pra falar: “Não, no mínimo um básico assim.”

Depois deste comentário a propósito da não participação do sindicato, o assunto antecipou o ponto seguinte do roteiro, que era a manutenção dos aposentados nos planos de saúde, e o conteúdo da discussão está inserido a seguir.

Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa

A conversa começou com uma participante do grupo explicando o que é um “contribuinte”, palavra que apareceu pela primeira e única vez na pesquisa nesse momento. Assim se expressou a entrevistada:

A massa de contribuintes são empregados que estão dentro da regra de plano da Lei 9.656 de planos de saúde, que fala que, se você contribuir com um plano mais de dez anos na mesma empresa, você vai ser contribuinte, se você for aposentado, pro resto da sua vida e ele assume a parte de empregador. (...) Essa massa que se desliga (...) vai ter 24 meses de plano por força da Lei 9.656 ou indeterminado, se essa pessoa sair na vigência como aposentado, ela fica por tempo indeterminado, isso daí lá na frente vai impactar demais no sinistro da [nome da empresa].

A partir da preocupação das empresas com o peso que representarão os aposentados na sua sinistralidade daqui a dez anos, discutiu-se de maneira diferente do que ocorrera nos outros grupos essa questão. Os aspectos novos levantados foram:

- A implicação da mudança de plano dificultando que o trabalhador se torne um contribuinte, já que “para a pessoa ter direito ao plano depois da aposentadoria ela tem que ter contribuído dez anos no mesmo plano”.
- A tendência atual das empresas de se responsabilizarem integralmente pelo plano dos ativos para que a participação deles no pagamento não venha a transformá-los em contribuintes.

Seguiram-se várias falas discutindo a compreensão que cada um tem de aspectos específicos da lei, cuja reprodução não vem ao caso. O que vale ressaltar é que neste

grupo parecia haver mais conhecimento do aspecto legal ao qual está vinculada a questão da inclusão/permanência de aposentados nos planos do que em outros grupos. Na sequência, a discussão incorporou um tema que foi recorrente nos demais grupos de empresas contratantes: o da não oferta adequada de atendimento da saúde pública, gerando este encargo extra para as empresas de cuidar da saúde do trabalhador. Além disso, com a regulamentação da ANS, atendimentos na rede pública são cobrados das operadoras quando os atendidos têm plano de saúde, transformando a saúde privada em fonte de arrecadação governamental.

É um problema sério porque a empresa acaba fazendo a parte que poderia ser compartilhada com o Estado, com o governo, porque isso é falha do nosso sistema de saúde. Por que as empresas precisam ter um plano de saúde? Porque o governo não fornece, eu acho que é ótimo que as empresas participem, mas é um custo que também não é justo elas assumirem sozinhas depois que as pessoas estão aposentadas.

Antigamente, o SUS deveria fazer o trabalho de oferecer o plano de saúde, assim, atendimento médico. Hoje, todo o atendimento da rede pública impacta no nosso sinistro porque você vai lá no Oiapoque, tem um sinistro e vai numa rede pública; a conta vai chegar para o seu plano de saúde pagar. Então, o governo também está arrecadando do plano de saúde, ele paga a conta já e ele não investe na parte que ele deveria investir. Quem assume a saúde no Brasil são os empregadores e as pessoas da pessoa física que estão contribuindo com o plano e pagando bem alto, porque lá na frente ele vai precisar usar, essa é a regra, não tem o que fazer, essa é a regra, ele vai precisar usar.

Na minha opinião, a interferência da ANS nesse ponto específico (...) é muito prejudicial à empresa; por quê? Vai onerar a empresa, ela tem que estar assumindo um custo que ela praticamente já pagou e isso eu acho que é prejudicial à empresa.

Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde

As respostas a esta questão foram extremamente objetivas. A hegemônica foi a de que o reajuste é anual e pela sinistralidade. Somente um entrevistado mencionou o reajuste apenas anual pelo IPC FIPE, dizendo que a sinistralidade só poderia ser levada em conta mediante a comprovação de um fato extraordinário.

Mais uma vez mostrando mais conhecimento ou mais cuidado conceitual, os entrevistados fizeram distinção entre utilização do plano e sinistralidade, como mostra este diálogo:

Participante 1: *Mas ela [operadora] manda o relatório de sinistralidade ou só de utilização? Porque a sinistralidade nos contratos (...) é em torno de 75 a 80%, depende do contrato, e, passou daquilo, começou a ficar sinistro.*

Participante 2: *O nosso está em torno de 103, 102%; ele oscila, cai para 85, vai para cento e pouco, tem meses que ele é maior, de abril até julho, setembro, ele aumenta bastante.*

Participante 1: *Sorte a deles!*

Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde

A posição hegemônica foi a de que o plano deveria cobrir o acidente de trabalho, bem sintetizada nesta fala:

Eu acho que [em] todo (...) contrato deveria ser obrigatório acidente do trabalho e doença profissional; [nome da categoria] tem lesões de esforços repetitivos, a doença mental que é (...) chamada (...) stress, a pressão moral, o stress demais e nós temos um número muito grande, os nossos contratos a gente negocia e repactua preços considerando essas doenças.

As outras falas foram no sentido de definir quais empresas tinham ou não o aditivo de cobertura e de mencionar que algumas empresas com mais de um plano, às vezes, tinham o aditivo em um e não no outro, abrindo espaço para dois tipos de eventos: o primeiro, a busca na justiça da cobertura pelo trabalhador da mesma empresa que tem cobertura diferente da de seus pares e, segundo, o pagamento integral das despesas pela empresa em caso de acidente e doença de trabalho.

Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS

Houve consenso no grupo sobre a utilidade da ANS e de sua regulamentação, que vieram em boa hora para conter um contexto de cartelização das operadoras.

Eu acho que faltava, a ANS realmente precisava ser criada pra regulamentar e pra fiscalizar, porque havia um cartel muito grande, principalmente, dos planos de saúde, eles trabalhavam todos da mesma maneira e você saía de um ia para o outro, eram os mesmos problemas. Eu acho assim, que melhorou muito com a fiscalização e com as diretrizes deles para os planos.

Contudo, o momento foi bem aproveitado pelos entrevistados para sugerir algumas melhoras que estão precisando ser introduzidas na atuação da ANS:

- Melhorar o acesso das empresas à ANS.
- Agilizar o retorno às consultas feitas.
- Ter um pronto atendimento fora do horário comercial que pudesse não só orientar as empresas como agir junto à operadora, como a operadora a agir de acordo com a regulamentação.
- Reduzir a quantidade de regras e torná-las menos detalhadas para que possam ser mais conhecidas e mais bem entendidas.

Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil

Inicialmente foram feitas análises críticas negativas e positivas de aspectos da saúde pública no Brasil e em seguida fazendo sugestões.

- **Aspectos criticados, na voz dos próprios entrevistados:**
 - ⇒ *A bem da verdade, quem deveria oferecer um plano de saúde decente, transporte, educação é o governo e ele não oferece e fica nas mãos de poucas empresas aí que fazem o que bem entendem e a gente fica como refém na mão dessas operadoras de planos de saúde, cada um quer ganhar o seu quinhão e o prejudicado somos nós.*
 - ⇒ *Eu acho que há investimentos na área pública que não ocorreram, ao longo dos anos está cada vez mais precário o sistema de saúde e está sobrando para o empregador, continuo achando que sobra para o empregador.*
 - ⇒ *Eu acho que essa questão de investimento e da abertura de como se utiliza toda essa verba, que todo mundo paga INSS, é um absurdo de INSS depois quando você precisa você não tem o retorno.*
 - ⇒ *O único problema é a demora para você conseguir ser atendido quando não é uma emergência, (...) o que seria prevenção acaba se tornando depois, mais para frente, algo de risco porque você ia prevenir na sua consulta, você demorou um ano, já está grave.*
 - ⇒ *A esta colocação contrapôs outro entrevistado: “Eu acho também que isso não é uma questão nem só do SUS hoje, nos planos de saúde a gente também tem esse problema de não conseguir mais. Antes, você agendava uma consulta, daqui a dois dias você estava lá, hoje em dia é quinze dias, um mês. Eu acho que a população realmente está procurando mais o tratamento preventivo de saúde porque até nos planos de saúde para agendar uma cirurgia não é mais fácil, você tem uma fila de espera, você tem tudo isso, o problema não é só no SUS, óbvio que no SUS é bem maior, mas é um problema que atinge também os órgãos particulares privados.”*

- **Dois entrevistados posicionaram-se afirmando que a saúde pública tem melhorado nos últimos tempos**

- **Sugestões apresentadas, na voz dos próprios entrevistados:**
 - ⇒ *Para melhorar, é o governo ter uma preocupação maior com a área de saúde, porque nós ainda que trabalhamos em empresa temos plano de saúde e quem não tem plano de saúde, que já se aposentou, que já contribuiu com a sociedade e não consegue um atendimento decente num órgão público de saúde? Eu acho que o governo precisava olhar com mais carinho essa...*

 - ⇒ *Tem que normatizar alguns procedimentos; eu acho isso fundamental porque eles fazem o que querem, a hora que eles bem entendem, acho que tem que normatizar procedimentos, estar mais atestado com a parte médica.*

 - ⇒ *Tem que investir mais no profissional. (...) Acho que principalmente nas periferias tem que escolher muito bem o profissional para atender ali, porque é uma comunidade carente que tem suas necessidades especiais e não dá para colocar qualquer médico lá, tem que ser um médico realmente da família que possa entender as necessidades básicas, pelo menos.*

 - ⇒ *Mas acho que eles podiam adotar, o governo, o modelo que existe lá na cidade de Santos que eu acho muito interessante: eles têm vários postos de atendimento que fazem mais ou menos o que você falou [referindo-se à outra participante], uma espécie de triagem, então a pessoa não está passando bem, vai para aquele posto, dividir por bairros, então lá ele tem um pronto atendimento e orientação onde (...) ele vai procurar.*

 - ⇒ *Investir mais na parte preventiva, que são aquelas orientações básicas de saúde; isso pode ser feito na escola já. Então eu acho que as escolas já deveriam ter médicos para verificar a saúde das crianças numa prevenção.*

 - ⇒ *Adotarem uma gestão de uma operadora de saúde, como as operadoras têm, uma gestão mais profissional, é muito político isso.*

 - ⇒ *Já começar na escola todo esse tipo de acompanhamento e tratando as crianças. Já chamar as famílias dessas crianças porque é uma prevenção. Isso você economizaria bastante.*

Aspectos complementares

Convidados a fazer uma avaliação do trabalho no grupo, os entrevistados expressaram sua satisfação em ter participado e elencaram as vantagens que percebiam:

- Oportunidade de trocar idéias e experiências.
- Oportunidade de aprender sobre temas relevantes para o seu dia a dia de trabalho.

- Embrião da formação de uma parceria entre empresas para enfrentarem problemas comuns.
- A descoberta de que os problemas que lhes pareciam particulares são os mesmos vivenciados pelas demais empresas e que, portanto, precisam ser enfrentados e superados.
- Expectativa de que os resultados da pesquisa possam trazer frutos para a saúde suplementar.

Finalmente, uma entrevistada aproveitou este momento para chamar a atenção para um aspecto original, já que não foi levantado nos outros grupos: o plano de saúde como um benefício indireto capaz de reter talentos e de ser o diferencial na hora da escolha de um emprego.

Eu acho que uma coisa superimportante, que as pessoas não percebem, é que ter um plano de saúde é algo importantíssimo, e isso é um fator de retenção de talentos nas empresas. Ele escolhe a empresa em que ele vai. Isso é um diferencial, (...) porque é muito importante dar um plano de saúde hoje em dia, principalmente porque não tem nada na área pública, então um plano vira um diferencial para você escolher seu emprego, para você mudar de emprego. Se você está em um segmento [nome do segmento], é o que eu trabalho, você quando vê em uma entrevista, você vê a preocupação que ele tem de largar o plano de saúde que ele tinha naquele outro [nome da empresa] para vir para o seu. Então isso é um fator, assim, importantíssimo... A gente chama isso de benefício indireto. Pesa, porque se ele tiver que pagar um plano fora, de saúde, isso vai sair de onde? Da renda dele.

Salvador

➤ A realização do GF

O GF realizou-se em dependências do Hotel Tropical da Bahia, Salvador, Bahia, no dia 26 de maio de 2009, às 14 horas, com duração de 2 horas e 20 minutos. Compareceram 8 pessoas das 9 confirmadas.

A relatora observou que houve grande participação dos presentes e que, em alguns momentos, uma participante chegou a atrapalhar o andamento da atividade, pois tomava a palavra enquanto outros ainda estavam falando.

➤ **Principais pontos levantados na discussão**

O que se pretende aqui é sistematizar as idéias que emergiram das discussões, à luz das questões a que se pretendia responder. Procurou-se listar todos os aspectos mencionados, independentemente de sua recorrência ou originalidade.

Percepção acerca dos fatores que são levados em conta pelas empresas para a contratação de uma operadora de plano de saúde coletivo privado de seus funcionários

Os entrevistados mencionaram uma série de fatores que suas empresas levam em consideração para contratar um plano de saúde:

- Parceria.
- Custos baixos/preço.
- Abrangência da rede, principalmente no interior do estado.
- Qualidade dos serviços prestados.
- Hospitais credenciados.
- Perfil dos usuários do plano.
- Histórico da operadora no mercado: tempo de atuação e solidez.
- Flexibilidade. Este atributo, considerado importante naqueles casos em que é necessário autorizar um procedimento não coberto, é percebido como sendo bastante impactado pela sinistralidade. Aliás, a sinistralidade foi um aspecto bastante discutido já nesse momento inicial do grupo e acabou sendo alvo de uma pergunta específica, como será mencionado mais adiante.

Com relação às razões pelas quais as empresas trocam de plano, várias foram apresentadas:

- A operadora é que desistiu da empresa por causa da alta sinistralidade.
- Um plano mais barato foi encontrado no mercado.
- A operadora não vinha cumprindo o contrato.
- A operadora oferecia um ótimo atendimento, mas tinha um setor administrativo muito ruim e isso gerava muito trabalho para a empresa.

- A operadora colocava muitas barreiras burocráticas para a empresa tratar os problemas que surgiam diretamente com as pessoas que poderiam resolvê-los.
- Precisou-se limitar o acesso ao nível mais alto do plano somente para as pessoas com nível superior, como forma de controlar a sinistralidade.

Em função da relevância dada à questão da sinistralidade, uma pergunta específica sobre ela foi colocada para o grupo: será que uma extrema vigilância/fiscalização não levaria as pessoas a não procurarem o plano e isso dar a impressão de que elas não estão precisando ou que não vão procurar por conta disso, como é que vocês avaliam? As respostas trouxeram não apenas as razões da perda do equilíbrio da sinistralidade como também as medidas que as empresas tomam para evitar que isso aconteça.

- No que se refere ao aumento da sinistralidade:
 - ⇒ Muitas consultas, principalmente dos dependentes.
 - ⇒ Realização de muitos exames de baixa complexidade cujos resultados, muitas vezes, nem são resgatados do laboratório.
 - ⇒ Uso indiscriminado e elevado da emergência.
 - ⇒ Empréstimo da carteirinha.
 - ⇒ Retorno tardio ao médico gerando pagamento de nova consulta.
- No que se refere às medidas adotadas pelas empresas para conter a sinistralidade ou “*mantê-la no ponto de equilíbrio*”:
 - ⇒ Co-participação dos usuários em todos os procedimentos ou naqueles avaliados como mais utilizados.
 - ⇒ Muita vigilância.
 - ⇒ Realização de campanhas de conscientização realizadas junto aos empregados em geral e aos “*novos colaboradores*” em especial. Estas campanhas, muitas vezes, contam com a participação direta da operadora e incluem palestras, *folders* e cartazes afixados em murais da empresa visando a esclarecer o que é sinistralidade e quais suas consequências para o plano e para o usuário. Um dos “argumentos” utilizados (que soa mais como uma ameaça) é que, se o equilíbrio for

rompido com todas as operadoras, no limite, haverá um momento em que não será possível oferecer o benefício do plano de saúde, porque nenhuma delas vai querer mais prestar serviços para aquela empresa. Contudo, os entrevistados tiveram o cuidado de insistir em que as campanhas não visam à não utilização do plano e sim a sua utilização correta: *“tem que usar mas tem que usar bem”*; *“não se trata de não usar mas de usar adequadamente.”* Nestas campanhas, os usuários são orientados a procurar direto os especialistas em vez de obter paliativos na emergência a um custo maior; a não assinar guias em branco; a não emprestarem sua carteirinha; a estarem atentos ao período de retorno ao médico, evitando o pagamento de uma nova consulta. Quanto a este último ponto, às vezes é necessário que a empresa interfira junto à operadora, pois o retorno no prazo previsto é inviabilizado pela agenda do próprio médico e não por culpa do usuário.

Percepção acerca dos pontos fortes e dos pontos fracos do plano de saúde coletivo que oferecem e sugestões para melhorá-lo

Os participantes deste GF foram, entre os GFs com representantes de empresas contratantes, os que atribuíram maior nota ao plano de saúde contratado: média e mediana 8,0. Contudo, ao serem chamados a listar aspectos positivos e negativos desse plano, fizeram-no levando em conta não apenas a posição de usuários como o ponto de vista da empresa contratante, mas só chamaram a atenção para um ponto forte: o bom atendimento em exames e consultas. Ao contrário, elaboraram uma extensa lista de pontos fracos:

- Altera a rede credenciada sem aviso prévio. Foi o mais citado.
- Dá cobertura a alguns procedimentos, mas não provê a rede dos respectivos especialistas. Foi o segundo mais mencionado.
- Há necessidade de autorização prévia para a realização de determinados procedimentos.
- Demora na concessão dessa autorização.

- Dificuldades com os médicos na questão de atribuição de códigos aos pedidos por problemas de comunicação entre médicos e operadoras.
- Falta de informação aos usuários dos procedimentos que estão fora do convênio por não integrarem o rol da ANS.
- Livro de credenciados desatualizado, obrigando à busca de especialistas pela Internet, à qual nem todos têm acesso.
- Demora na solução de problemas operacionais.
- Ausência de plantão administrativo na operadora nos finais de semana e feriados. Foi sugerido que a ANS deveria legislar a respeito, obrigando a presença de pessoas com poder de decisão nesses períodos.
- Necessidade de intervenção da empresa junto à operadora para conseguir a liberação de procedimentos mais complexos.
- Valores muito baixos de reembolso quando não há prestador credenciado e o usuário busca o serviço fora do plano.

Percepção acerca da existência de mecanismos nas empresas para captar as críticas e sugestões dos usuários

A resposta hegemônica a esta pergunta foi a de que não há mecanismos específicos na empresa, mas que os usuários podem se dirigir diretamente ao RH com esta finalidade e que assim o fazem. Já os que disseram ter estes mecanismos mencionaram: um comitê de saúde que se reúne mensalmente cujos representantes coletam sugestões, críticas e opiniões dos funcionários/titulares e que a captação de críticas e sugestões é feita através do *e-mail* do RH.

Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde

Os entrevistados disseram que, atualmente, existem dois tipos de reajustes: o extracontratual por sinistralidade elevada e o anual ou técnico. Esta explicação veio outra vez carregada de considerações sobre a sinistralidade e todos os seus malefícios, que culminam na inviabilização do plano para a empresa e para os funcionários. Assim,

há nas empresas uma grande preocupação em acompanhar os relatórios de utilização emitidos mensalmente pelas operadoras e de auditá-los na medida do possível contando com a ajuda dos usuários. Erros são detectados vez ou outra. Outro aspecto levantado foi a possibilidade de negociação dos reajustes entre empresas e operadoras, resultando muitas vezes em redução do percentual pretendido pela operadora e/ou no seu parcelamento. Contudo, foi muito enfatizado que o poder de negociação da empresa fica muito fragilizado quando o plano vem apresentando alta sinistralidade.

Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde

A discussão não diferiu da feita em outros grupos: os planos de saúde, em geral, não cobrem doenças e acidentes de trabalho a não ser que a empresa faça um termo aditivo neste sentido.

Alguns aspectos da discussão diziam respeito à atuação da medicina do trabalho no âmbito da própria empresa; à necessidade de escamotear certos acidentes de trabalho ocorridos no percurso casa/trabalho para que o plano se responsabilize pelo atendimento; à inclusão da LER e seu tratamento de custo elevado no escopo do aditivo dos acidentes de trabalho.

Finalmente, foi registrado que alguns planos já não demandam o aditivo para o atendimento de acidentes e doenças do trabalho, e que assim deveria passar a ser em todas as operadoras, pois estes são problemas de saúde como outros cobertos regularmente pelos contratos.

Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa

A discussão deste aspecto apontou para a percepção da existência de duas situações diferenciadas:

- **Aposentados** têm direito a permanecer no plano por um período proporcional ao tempo de serviço na empresa, mas passam a se responsabilizar pelo pagamento integral dele. A utilização que ele faz do plano continua a impactar a sinistralidade da apólice da empresa pela qual se aposentou.

- **Demitidos e exonerados** igualmente têm direito a permanecer no plano por período entre 6 meses e 2 anos, sem alterar o nível do plano ou o número de dependentes, pagando integralmente por isso. O mais comum é que a sinistralidade gerada pelo uso do plano continue a recair sobre a empresa pela qual aderiu ao plano, embora a cobrança e o pagamento deixem de ter a mediação desta empresa.

Ambas as situações são percebidas pelos entrevistados de maneiras distintas: ora com “generosidade”, ora como um peso injusto para a empresa e seus funcionários, sendo que os aposentados são mais bem aceitos que os demais.

Eu acho que tem um outro ponto que a gente tem que observar: a pessoa, quando está aposentada ou foi demitida, toda a sinistralidade dela volta para a mesma apólice, e ela já não tem mais vínculo com aquele grupo, então, de certo modo, a apólice fica vulnerável porque ela pode usar, fazer um estrago na apólice e quem vai pagar é o grupo. Então isso eu acho que é algo a ser pensado; se ela na verdade já está com outro vínculo empregatício, não faz nenhum sentido daquela empresa anterior ficar com esse ônus, porque a sinistralidade vem toda para aquela apólice.

(...) Então tem isto também, eu acho que é interessante que a pessoa possa ficar mantida por um período até que ela se reequilibre, consiga um novo vínculo, mas não pode ficar sempre vinculada.

Voltando para a lei, no caso de aposentados eu acho positivo porque fragiliza (...) no momento da aposentadoria. É claro que muitos esperam por esse momento, mas a gente visualiza, a gente tem lá o PPA, que é um programa de pré-pago de aposentadoria, e a gente visualiza muito isso, a insegurança que esse momento causa para o colaborador. (...) Uma das coisas que a gente percebe que é muito forte é a perda do plano de saúde e quando a gente verbaliza para eles que eles não vão perder o plano de saúde, em alguns casos por período, outros por tempo indeterminado, a gente sente um alívio, uma segurança, eles acabam retomando a segurança pelo momento da aposentadoria: “poxa, (...) eu estava mais preocupado (...) justamente com meu plano de saúde.” Então eu acho que, no caso dos aposentados, é muito positivo. Mas no caso dos demitidos realmente é uma lei pra dizer não.

Em ambas as situações, a empresa tem de lidar, de um lado, com a desinformação do empregado sobre as regras vigentes e, por outro lado, com o INSS, que demora, para enviar a documentação relativa ao desligamento, mais do que os 30 dias exigidos pelas operadoras para que seja definida a nova situação dos participantes.

Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS

A posição hegemônica no grupo foi a de que a ANS regula basicamente os planos de saúde individuais, deixando de lado os planos coletivos. A principal consequência dessa postura foi, por um lado, o fechamento das operadoras para os planos de pessoa física, passando a oferecer somente planos empresariais; por outro lado, a fragilização dos contratos com as empresas, que ficam sem um respaldo seguro para negociar.

A ação da ANS, muito em torno dos problemas individuais, e que a gente fica muito à mercê dos planos de saúde em caso de seguradora, eu digo em relação [à] empresa com a seguradora porque a fragilidade que existe no contrato é muito grande. Então, se existe, vamos valer o que está escrito na ANS, existe uma desavença interna e pode ser quebrado aquele contrato a qualquer momento. Existe uma fragilidade e que a ANS não dá esse respaldo do fortalecimento e de estar mudando essa realidade.

Eu concordo com o que já foi dito; acho que a ANS consegue fazer um acompanhamento, uma regulação, da questão individual, mas no plano empresarial não existe essa intervenção e a gente não consegue ter uma noção pra dizer “é atuante”. Ela realmente não se envolve e a gente não tem nenhum respaldo.

Eu só queria frisar a consequência disso, que elas [as operadoras] se fecharam com pessoas físicas, não querem mais fazer, ou seja, estão indo tudo para a pessoa jurídica e as pessoas físicas ficaram à mercê, não têm direito a nada. Justamente pela regulamentação da pessoa física, não regulamentou direito e a pessoa jurídica, e aí todo mundo diz: “então todo mundo para pessoa jurídica.” (...) Justamente porque só houve regulamentação rígida para pessoas físicas, e aí ela [operadora] disse: “então vamos abandonar esse nicho, vamos para outro.”

Houve também a percepção de que a relação operadora/empresa contratante deveria ser regulada, pois, principalmente nos casos de empresas médias e pequenas, trata-se de uma relação muito desigual.

Outros pontos relevantes também abordados pelos entrevistados se relacionaram:

- à falta de divulgação da Lei Estadual de Saúde;
- à demora da agência reguladora para dar solução a casos de pessoas internadas sem plano de saúde, gerando extremo desconforto para pacientes e custos adicionais para a rede hospitalar. Foi dito que, antes da existência da agência, esses casos eram rapidamente solucionados com a boa vontade dos médicos.
- à não inclusão no rol de procedimentos da ANS de alguns que são indispensáveis para o bom atendimento dos participantes dos planos de saúde.

Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas

Esta questão foi debatida muito *en passant* no grupo e as duas únicas falas deram conta da impossibilidade de o sindicato vir a interferir, porque a empresa oferece muito mais do que o sindicato propõe para a categoria e da falta de experiência da empresa com esta questão.

Sugestões para melhorar a saúde pública e privada no Brasil

Sobre o assunto, os entrevistados assim se posicionaram:

Com relação à saúde suplementar:

- Regulamentar tanto os planos para pessoa física quanto para jurídica (planos empresariais coletivos).
- Garantir que as operadoras ofereçam um percentual de seus planos para as pessoas físicas.
- Rever a Lei 9.655, que trata de aposentados e demitidos na saúde suplementar, para tornar seus aspectos mais claros e incluir certa flexibilidade que permita uma variação do tempo de permanência no plano em situações especiais, como a de tratamentos já em curso.
- Rever o rol da ANS para que procedimentos usuais e até mesmo experimentais julgados pertinentes possam ser incluídos.
- Regulamentar a realização de cesáreas, que, no Brasil, com o advento da saúde suplementar, são feitas em proporções diferentes das verificadas no mundo todo - “*quase ninguém faz parto normal*”- e o custo disso para a saúde é muito grande, além da questão da saúde da pessoa.

Com relação à saúde pública:

- Maior investimento no médico e no profissional de saúde, principalmente no interior do estado. A carência nessas regiões leva à migração dos doentes para os grandes centros em busca de tratamento, e os postos de saúde não dão conta.

- Regularizar a questão legal de as operadoras ressarcirem o SUS pelos tratamentos realizados lá em pessoas que têm plano de saúde. Tal questão é, no entanto, controversa, uma vez que, se todos têm direito ao SUS, também podem optar por ele, mesmo tendo um plano de saúde. Por outro lado, esta regulamentação geraria importantes recursos para a saúde pública do País.
- Um participante do GF fez um importante comentário no sentido de que melhorar a saúde pública no bojo do nosso sistema econômico é muito difícil, pois a questão é estrutural, como bem coloca em sua concisa explicação:

Na verdade, a história da saúde pública é bem polêmica; como que a gente fala de melhorar a saúde pública num mundo onde o mercado, onde a saúde privada tem um interesse maior porque tem um lucro maior, porque, se você melhora a saúde pública, significa diminuir o lucro da saúde privada. Não sei se, talvez, não sei se a gente vai conseguir um dia pensar coletivamente essa questão de estar envolvendo um plano de saúde na melhoria da saúde pública, na própria fiscalização das cotas do SUS que você faz e que negam a atender, não utilizam, às vezes utilizam por interesse interno, indevidamente, então é uma questão estrutural do plano.

Porto Alegre

➤ Antecedentes

No dizer da relatora, o grupo formado pelas empresas foi o mais difícil de organizar. Diversas razões ocasionaram isso:

- tivemos que atualizar a lista de telefones das empresas;
- o primeiro contato nunca era com a pessoa responsável pela área ou com aquela que poderia participar;
- havia um desconhecimento por parte das empresas da atividade do DIEESE;
- em sua maioria, as empresas não achavam importante participar da atividade; e
- houve uma resistência enorme por parte das empresas a atender o retorno das ligações.

As empresas que constavam da lista com sede em São Paulo, na primeira ligação, já questionaram a disponibilidade de recursos para enviar um representante da empresa.

Dado a resistência dessas empresas, optou-se por concentrar as ligações para as empresas com sede no estado e que constavam da lista.

Foram mais de duas semanas de ligações, envio dos convites por *fax*, *e-mail* e, até mesmo, entrega de convite em mãos. No primeiro contato telefônico, procurava-se identificar a pessoa responsável pela área de convênios da empresa e a disponibilidade de liberação dos dados do usuário para que pudéssemos entrar em contato. Quando conseguíamos falar diretamente com o responsável pelo convênio, a tarefa ficava um pouco mais fácil, pois tínhamos a oportunidade de explicar a importância da atividade. O acesso às empresas de porte menor foi melhor e ao final do processo essas foram as participantes. As empresas maiores ou demonstravam imediatamente que não iriam participar ou declaravam que já haviam participado de outras atividades envolvendo esse tema. Mesmo explicado o objetivo do projeto, a resposta era que, infelizmente, não poderiam participar naquele momento, mas que estariam disponíveis para uma visita e entrevista pessoalmente na empresa.

➤ **A realização do GF**

O GF realizou-se em dependências do Hotel Comfort, situado à Rua Loureiro da Silva, 1.660, Porto Alegre /RS, no dia 3 de junho de 2009, às 14 horas. Participaram do grupo sete das oito empresas confirmadas.

A relatora fez várias observações que, por sua importância, são transcritas a seguir:

Na sua avaliação, esse, com certeza, foi o melhor grupo dos três realizados em Porto Alegre. As pessoas estavam dispostas a participar e não limitavam a sua participação apenas às perguntas. Em diversos momentos, a colocação de um participante estimulava os demais a intervir. Ainda na sua avaliação, o grupo das empresas contratantes foi o menos formal e o mais rico em termos de conteúdo.

A inserção de uma empresa pública no grupo foi fundamental, pois deixou clara a diferença na forma de contratação do plano, dos critérios exigidos, da participação dos funcionários e, principalmente, dos objetivos em contratar um plano de saúde por parte das empresas. Enquanto na esfera pública a razão está associada ao bem-estar dos

funcionários, na ótica da empresa privada, os planos de saúde são um benefício dado ao trabalhador, devendo representar o menor custo para as empresas.

Sempre segundo a relatora, em diversos momentos, as falas em nome da empresa se confundiam com as falas de usuários dos planos. Não havia um conhecimento uniforme dos planos de saúde contratados. Dada a inserção de cada representante na empresa, o conhecimento a respeito do tema foi diferenciado, e isso talvez justifique que em determinados momentos as falas fossem do lugar de usuário e não de representante da empresa.

Com exceção de uma empresa, as demais tiveram certo receio em afirmar que a lógica das empresas ao contratar um plano de saúde perpassa a questão do custo menor. É fácil compreender esse receio, na medida em que eles também são funcionários e, obviamente, também gostariam de um plano de saúde melhor. Não me pareceu, em nenhum momento, que as empresas tenham algum tipo de interesse em negociar o plano de saúde com trabalhadores e, principalmente, que essa seja uma questão importante para a empresa. Ao contrário, ela só passa a ser importante se esse plano impactar nos seus custos.

Dada a importância das assistentes sociais em diversas empresas, seria importante ter incluído pelo menos uma representante nesse grupo. Pelo visto, em diversos casos a pessoa responsável pela parte do convenio médico não é necessariamente a que administra os problemas desse convênio.

➤ **Principais pontos levantados na discussão**

O que se pretende aqui é sistematizar as idéias que emergiram das discussões, à luz das questões a que se pretendia responder. Procurou-se listar todos os aspectos mencionados, independentemente de sua recorrência ou originalidade.

Percepção acerca dos fatores que são levados em conta pelas empresas para a contratação de uma operadora de plano de saúde coletivo privado de seus funcionários

A primeira fala sobre este assunto chamou a atenção para um fato inadequado na formação do grupo, como ocorrera em São Paulo no grupo que teve de ser refeito.

Entre as empresas contratantes presentes, havia uma operadora. Tal fato não comprometeu por ser uma participante entre sete, mas fez com que algumas respostas desta participante, muito do lugar de operadora, tivessem sido desconsideradas. No caso de São Paulo, como já foi mencionado, o GF das empresas foi refeito porque havia contado apenas com duas pessoas representando justamente duas operadoras.

A discussão dos fatores que a empresa leva em conta para contratar um plano de saúde foi mais centrada na avaliação do plano contratado do que no tema proposto. Contudo, foi possível concluir, como já observara a relatora, que há postura diferenciada entre as empresas públicas e privadas na percepção de seus representantes.

- Houve a percepção de que, nas empresas públicas, os principais fatores levados em conta e constantes do edital de licitação são:
 - ⇒ a extensão e a diversificação da rede credenciada;
 - ⇒ a ausência de carências;
 - ⇒ a possibilidade de inclusão de dependentes;
 - ⇒ a possibilidade de agregação de plano odontológico e de atendimentos de emergência;
 - ⇒ a abrangência geográfica do plano.

- Houve a percepção de que, nas empresas privadas, os principais fatores são:
 - ⇒ o custo (duas falas destacaram este como sendo o principal critério);
 - ⇒ a abrangência da rede de atendimento;
 - ⇒ aspectos específicos constantes dos acordos de trabalho firmados com o sindicato;
 - ⇒ a possibilidade de o plano disponibilizar algum tipo de atendimento dentro da empresa;
 - ⇒ a proximidade de uma central de atendimento fora de Porto Alegre para que problemas de usuários residentes em outras regiões possam ser resolvidos sem grandes deslocamentos;
 - ⇒ o histórico da qualidade de atendimento da operadora no mercado, que é pesquisado não só junto a outras empresas que contrataram a operadora,

mas também junto aos funcionários que porventura conheçam a atuação da operadora, e de visitas aos locais de atendimento oferecidos.

No que tange à motivação para a troca de operadora, as respostas dadas mostraram que:

- também nas empresas públicas, a questão do custo é levada bastante em conta, pois, para a renovação do contrato, houve necessidade de estabelecer a co-participação dos empregados e de limitar o número mensal de realização de determinadas cirurgias eletivas, como, por exemplo, a bariátrica. Falou-se de redução de custos como indispensável para renovar o contrato com o mesmo plano e os argumentos eram os mesmos usados para baixar a sinistralidade, embora, até aqui, o grupo não tenha usado esta palavra;
- além disso, a resposta hegemônica foi que se troca de plano em função do mau atendimento prestado aos usuários. Este mau atendimento está também relacionado à demora para se conseguir agendar uma consulta e ao atendimento durante a realização da consulta. O mau atendimento é detectado pelas queixas dos usuários depois de passarem por um crivo e pelas tentativas de estabelecer um consenso em torno da existência do problema reclamado.

Percepção acerca dos pontos fortes e dos pontos fracos do plano de saúde coletivo que oferecem e sugestões para melhorá-lo

Como já foi mencionado, este tema dominou grande parte da discussão dos fatores que a empresa leva em conta na hora de contratar um plano de saúde. As respostas colhidas nesse momento e no momento em que a discussão foi proposta encontram-se sistematizadas a seguir:

- Pontos fortes:
 - ⇒ O plano disponibiliza clínico geral e dentista para atender no local de trabalho.
 - ⇒ O plano tem ótimos ginecologistas, presta um ótimo atendimento aos usuários e busca sempre aprimorar o atendimento.
- Pontos fracos:

- ⇒ O hegemônico foi a demora na marcação das consultas. Discutindo-se esta questão, foi colocado que também os usuários costumam faltar a consultas agendadas com muita antecedência, que isso é mais comum entre os dependentes do que entre os titulares e que é mais frequente nos planos sem co-participação. Isso fez com que uma empresa cujo plano não tem co-participação instituisse uma taxa que é cobrada quando ocorre o não comparecimento a uma consulta agendada.
- ⇒ O plano exige que um primeiro atendimento seja feito por um clínico para posterior encaminhamento aos especialistas.
- ⇒ Os atendimentos especializados exigem deslocamento do usuário, pois apenas o atendimento de clínica geral é feito na mesma região da empresa.
- ⇒ Demora na autorização de procedimentos cirúrgicos.

Percepção acerca da existência de mecanismos nas empresas para captar as críticas e sugestões dos usuários

A resposta hegemônica a esta pergunta foi a de que existem mecanismos e eles são efetivos.

Os mecanismos citados foram:

- Acesso ao RH com formalização verbal ou por escrito do comentário e posterior encaminhamento à assistente social.
- Presença diária em horário comercial de um funcionário da operadora para conceder as autorizações sem deslocamento do usuário.
- Empregado da empresa designado exclusivamente para fazer a mediação entre os usuários e a operadora, trabalhando junto à área de medicina do trabalho.
- Ouvidoria.
- Realização de pesquisa de satisfação a cada 6 meses.
- Posto de atendimento com dois funcionários em plantão durante o horário de trabalho para as pessoas irem lá reclamar, fazer suas queixas e autorizar exame. Uma vez por semana, a responsável pelo posto conversa com o RH, com o

médico do trabalho, e “a gente tenta ajeitar a melhor forma de atender os funcionários”.

- Caixinha de sugestões não só sobre plano de saúde, mas sobre todos os problemas ligados ao funcionamento da empresa.

Como o mecanismo mais mencionado foi o contato direto com o RH, vale transcrever a fala de um entrevistado que criticou o limite que ele percebe neste tipo de canal de comunicação.

O funcionário, muitas vezes, (...) não quer ir no RH fazer uma queixa; ele [pensa], “ah vou estar sendo chato”, e muitas vezes eles ficam com aquele problema, (...) se é um funcionário e ele não vem reclamar, ele vai ficar vinte dias esperando. Então, sempre eu coloco nas integrações (...): “o que é problema me tragam”, mas muitos não querem levar e por a gente não ter esse canal, que é uma pesquisa de satisfação interna, muitas vezes passam alguns problemas.

Percepção acerca da relação entre a empresa contratante e as operadoras

A discussão desse tema foi breve e os pontos a destacar foram que as relações são percebidas como boas; que problemas assistenciais são resolvidos mais facilmente do que problemas administrativos, que também encontram solução, mas o tempo de espera é maior do que o desejado; que às vezes há necessidade da intermediação da empresa entre o usuário e a operadora para que os procedimentos sejam autorizados; que às vezes o retorno esperado da operadora para o usuário não é satisfatório.

Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde

Este tema também foi discutido brevemente, tendo sido apontados reajustes segundo o previsto no contrato da empresa com a operadora; reajustes segundo o INPC e reajustes iguais ao salarial obtido pelos trabalhadores da empresa. Houve ainda a menção a um reajuste extra para que o plano pudesse incluir todos os procedimentos constantes no rol da ANS. Todas essas formas são percebidas como tranquilas.

Um participante refletiu sobre o quanto este quebra-cabeça da saúde é intrincado em função dos múltiplos interesses envolvidos:

Eu acho assim, agora viajando um pouco, essa questão de saúde como é complicada, porque tu tem que viabilizar boa assistência com menor custo, todo mundo tem que sair ganhando, é complicado.

Aproveitando essa reflexão, e verificando que nem ao tratar do reajuste dos planos a “sinistralidade” havia sido mencionada, a facilitadora colocou uma questão específica: como é que vocês controlam a questão da sinistralidade, isso afeta o reajuste?

Vieram então as respostas semelhantes às que apareceram nos outros grupos nos quais a discussão da sinistralidade foi central: verificado por meio de relatórios enviados pela operadora para a empresa o uso considerado excessivo do plano por alguns funcionários, eles são chamados para conversar tanto para que possam explicar o que está acontecendo como para serem “conscientizados” sobre o uso adequado do plano. Esta conversa costuma ser feita por psicólogos ou assistentes sociais. A relatora do grupo mencionou que o assunto causou visível constrangimento no grupo, demonstrado, inclusive, pelo baixar de cabeças de alguns participantes.

No desenrolar da discussão, os entrevistados chamaram a atenção para o fato de que o uso mais elevado do plano médico pode estar vinculado ao aumento das “doenças psíquicas”, relacionando-as a problemas sociais e familiares e ao endividamento crescente das pessoas. Não deixaram de considerar, no entanto, a possibilidade de má-fé por parte dos usuários que buscam o “ganho secundário” do afastamento do trabalho.

O que eu observo lá e que normalmente quando eles vão, eles procuram um psiquiatra, psicólogo, eles vão à procura de um ganho secundário, ou seja, eles pensam que vão sair da casinha, pegar um F-32¹⁸, vão ser aposentados por invalidez; infelizmente é isso [qu] e ocorre: “ah, eu vou me afastar, não estou bem, estou ficando louca, não consigo pagar as minhas contas, estou nervosa”; então eles começam a fazer um circo na vida deles e eles começam a ficar depressivos, por quê? Porque a mente, eles dizendo “eu não estou bem, eu não estou bem”, eles acabam adoecendo. Então a gente tem que fazer um trabalho de conscientização muito grande em cima deles.

Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde

¹⁸ Código correspondente a um episódio depressivo leve.

O grupo discutiu a atual não inclusão dos acidentes de trabalho no plano de saúde não só do ponto de vista do acidente do trabalho como também do seu tratamento subsequente. “Embora a determinação seja de primeiro atendimento num pronto-socorro, eu acho que a continuidade do tratamento dentro do plano é imprescindível.” Na mesma direção, a empresa que lida com a saúde que estava representada no grupo disse que atende diretamente aos casos de acidente, pois tem uma área específica de medicina do trabalho, mas precisa do plano para fisioterapia e acompanhamento.

O plano de saúde (...) é muito importante pra nós nos casos de doença ósseo-muscular, que aí precisa ir para um traumato, precisa de fisioterapia; aí o plano é excelente porque ele prevê cinquenta sessões de fisioterapia/ano e isso pelo SUS se perde, vai ficar esperando, quando vai ser atendido? Então é bem importante, além das internações, mas o que eu quero dizer é que nós temos como atender aos acidentes de trabalho sem ser do plano, cirurgias e atendimento imediato; agora o plano eu acho muito importante para as fisioterapias e pra manutenção da saúde.

A posição hegemônica foi a de que seria superimportante a inclusão dos acidentes no plano e, em função disso, algumas empresas já fizeram o aditivo que permite que assim o seja. No caso de uma categoria específica, a dos *motoboys*, o plano normal cobre os acidentes por força do acordo de trabalho que assim o exige, mas, mesmo assim, o texto do contrato não diz isso explicitamente. Contudo, a situação geral, até mesmo segundo as regras da própria ANS, é que somente com o termo aditivo a operadora pode se ocupar do acidentado do trabalho.

É que [hoje] tu tem que fazer um contrato específico pro acidente de trabalho, daí eles vão ser responsáveis pelo PCMSO¹⁹ (...), e PPRA²⁰. Então vai ser tudo responsabilidade deles, isso é o que eles nos passam.

Deveria existir para os planos de saúde a obrigatoriedade desse atendimento e não ficar só destinado ao pronto-socorro, que é o que nós temos aqui para esse atendimento de acidente de trabalho. Se ficasse já bem determinado que o plano era obrigado a atender, nós, as empresas, não precisariam fazer (nós temos lá o contrato para atender acidente de trabalho), mas não deveria.

No caso, a empresa não quer se eximir do acidente de trabalho, mas ela tem uma parceira para estar ajudando o funcionário nesse momento, é o que ela quer.

A posição das empresas é clara porque elas têm dois tipos de problemas com relação aos acidentes de trabalho: os custos dos atendimentos quando o plano atende mediante

¹⁹ Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

²⁰ Programa de Prevenção de Riscos Ambientais.

autorização expressa da empresa contratante e a notificação do acidente junto ao INSS por meio da CAT. Neste grupo, as empresas disseram que fazem esta comunicação de imediato e enviam um funcionário para acompanhar o acidentado, mas que, às vezes, se omitem para que o atendimento seja feito pela operadora sem questionamento e custos adicionais.

Um aspecto da questão levantado de forma original neste grupo foi o de que as empresas já têm um custo alto com o INSS e, por isso, não se propõem a ter outro custo adicional com os planos para que também cubram os acidentes de trabalho.

Já se tem um custo alto que se paga para o INSS em relação a acidente de trabalho que seria, lá, o grau de risco 1, 2 ou 3, que até agora vai ter. A partir de janeiro vai mudar, isso vai ser majorado em relação aos afastamentos, então, [n]a empresa que tem muito afastamento provavelmente isso vai aumentar. Então, uma coisa que a empresa não faz, não se propôs, apesar de ter um médico e um engenheiro, por esse custo alto que se paga. Então vai ter mais um custo ainda a pagar do plano pra poder dar esse atendimento? (...) A gente tem um custo alto que se paga para o INSS e o retorno é zero.

Com relação às doenças do trabalho, os entrevistados disseram que elas são de difícil identificação e que enfrentam dois tipos de problemas com encaminhamentos distintos: o do INSS, que dá uma licença-saúde por três meses e não orienta o doente sobre o que ele deveria fazer para estar bem na volta ao trabalho depois deste tempo, e o das empresas que usam seus próprios recursos para orientar e acompanhar o doente, mas ele não corresponde e não segue os cuidados dos quais necessita para chegar à cura.

Foram citadas ainda a existência de um serviço de tele atendimento para os afastados por doença e a continuidade do atendimento pelo plano, embora não tenha ficado claro como isso pode ser conciliado com as atuais regras.

No nosso caso também a gente tem tele atendimento, eles utilizam a fonoaudióloga se necessário. Em caso de alguma digitação, tendinite, alguma coisa, o plano também dá suporte pra fazer fisioterapia, tratamento, acompanhamento. Isso eles dão.

Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas

Embora tenham avaliado que a atuação do sindicato na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas seria mais positiva do que negativa, a posição hegemônica

foi a de que eles não participam para além de incluírem a exigência do plano de saúde nos acordos coletivos.

O [nome do sindicato], que é um dos que a gente participa, não toma posição nenhuma, não tem nem no acordo.

O nosso sindicato não participa com nada, só lá na época do dissídio em janeiro eles sabem acrescentar cláusulas, que o funcionário precisa disso, precisa daquilo, mas, na hora de fazer a contratação de um plano, eles não querem saber, nem liga pra empresa pra saber, ele só diz assim: “existe uma cláusula do dissídio (...) a empresa é obrigada a fornecer o plano de saúde. Se a empresa não tiver cumprido, vai ser multada e vai receber as multas.” Só isso, eles não entram em contato, o sindicato não faz nenhuma pesquisa junto ao funcionário que é sindicalizado pra saber se o funcionário está contente com o plano, está atendendo bem. Não. Eles nem fazem questão de se dirigir ao funcionário e fazer essa pesquisa, não, eles não fazem nenhum contato.

De maneira isolada foi dito que um determinado sindicato tem grande poder junto à operadora porque é ele quem decide sobre a contratação. Tal poder tanto serve para obter alguns ganhos que as empresas não conseguem diretamente junto à operadora, como para obter benefícios próprios.

Acredito que é importante salientar que o sindicato tem um grande poder junto à operadora, até porque são eles que decidem se a operadora vai continuar ou não. Muitas vezes, posso tirar exemplo da minha empresa, (...) certos procedimentos que o plano não cobria ou a gente não conseguiu [n]o sindicato, por ser detentor desses direitos de poder trocar o plano, consegue cortesias, acho que assim, a operadora (...) tenta agradar ao máximo o sindicato para não perder também. Uma coisa que denigre muito a imagem do sindicato é justamente isso. Não tenho como provar, não vou citar nome, mas a gente sabe de gente que tira proveito disso tudo e isso nos deixa muito triste. A gente fica sabendo.

Também de maneira isolada foi descrito o caso em que o sindicato participa da negociação e do acompanhamento do plano por meio de reuniões com a empresa, para as quais as queixas dos usuários são levadas.

Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa

A maioria dos entrevistados parecia desconhecer que havia uma regulamentação sobre o assunto e acreditava que a empresa poderia decidir da maneira que lhe parecesse mais conveniente. Contudo, ao descreverem o que ocorre com aposentados e demitidos em suas empresas, diziam da possibilidade de continuidade no plano, arcando totalmente

com os seus custos, por períodos de 6 meses a 2 anos, conforme o tempo de trabalho na empresa, no caso dos demitidos, e até por período indeterminado, no caso dos aposentados com mais de 10 anos de casa.

Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS

Esta questão também foi discutida brevemente, pois somente duas falas ocorreram: uma que se dizia despreparada para responder à questão e outra que avaliava positivamente a regulação governamental:

A gente que vem há tempo vê que algumas coisas que foram em virtude da agência, dá pra se dizer, impostas, trouxe[ram] benefícios. Agora até mudou o sistema de cadastro, (...) eles querem o endereço completo, o CPF, cor dos olhos, que acredito até que isso seja para ver essa questão do plano de saúde. Agora vai ter que arcar com as despesas que o Estado tiver com o funcionário que utilizar o sistema único, se ele é beneficiado com um plano de saúde particular. Então muitas coisas vieram em benefício: consultas, que antes nós tínhamos algumas restrições, determinados procedimentos, pelo menos informações do plano – “olha, houve uma alteração, nós agora temos que cobrir tudo, vai entrar mais esse, esse e esse”, tanto que esse acréscimo que a gente teve agora foi em virtude de uma alteração da agência. Então, está sendo bom pro funcionário, que ele está agregando mais.

Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil

As contribuições do grupo para esta temática vieram tanto na forma de diagnóstico de alguns problemas que percebem como de sugestões.

No âmbito do diagnóstico:

- Há a ideologia de que o SUS não atende ou atende mal e por isso proliferam os planos de saúde.
- Existem excelentes hospitais no interior, mas os profissionais não querem trabalhar lá. Os recursos para a saúde pública nestas áreas acabam sendo canalizados para o transporte de doentes para os grandes centros.
- Há “ganância” e predomínio do interesse financeiro entre os profissionais da saúde.

Hoje também os médicos não querem ficar no interior. Eles se formam e vem todo mundo pra cá, então eles também não têm mão de obra qualificada no interior, então eu acho que isso é uma outra coisa, e a ganância, todo mundo quer dinheiro, hoje os médicos não querem trabalhar pro SUS, eles querem trabalhar pra convênio porque eles vão ganhar muito mais. (...) Eu acho que também tem muito a questão do poder, da grana e da má distribuição.

- Há grandes diferenças de atendimento no SUS porque depende muito das pessoas que fazem o atendimento. Neste sentido, houve a percepção de que parte dos funcionários públicos está fiada na estabilidade do emprego e não faz qualquer esforço para melhorar os serviços nos quais atuam.
- O SUS é bom e só precisa se estruturar melhor, e a população ser mais bem informada e consciente para fazer uma melhor utilização do SUS.

Eu sinceramente sou apedrejado até quando eu falo, eu não acho o SUS um sistema ruim, eu acredito que ele é mal estruturado. Como a [nome de uma participante] mesmo comentou, o pessoal que vem do interior, por exemplo, pra cá, por que que vem buscar aqui na capital, por que não tem o recurso no interior? Hoje, qual é a função do posto de saúde; eu vejo que ali [n]o posto da João Pessoa, por exemplo, tu limita só à vacinação; por que a pessoa que está com dor de barriga vai lá tirar a vaga de uma pessoa que está precisando de um atendimento mais urgente? Acho que falta um pouco de conscientização das pessoas, falta informação, onde é que tu pode buscar tal serviço? Hoje, a Internet dá total assistência pra tu buscar as informações, falta a conscientização das pessoas em procurar meios, é muito fácil criticar o governo, o SUS é uma droga e por que é uma droga? Eu acredito nisso.

No âmbito das sugestões:

- União entre a saúde pública e a suplementar para melhor atender ao “*ser humano que precisa de atendimento*”. Falta atuação pública para melhorar o SUS e as empresas têm que suprir com o plano de saúde, agora obrigatório em cláusulas do dissídio.

As empresas aumentaram para os planos, a demanda aumentou, aqueles funcionários, aquelas pessoas que vão lá, enquanto que o sistema público já não atendia, passa a não te atender, reduziu o número e eles continuam não atendendo. Então eu acho que deveria existir aí uma unificação, sei lá, alguma coisa que melhorasse para outros.

- Trabalhar com a prevenção.

Minha sugestão [é] trabalhar mais com prevenção, mais nos postos de saúde, atenção primária para poder os serviços que realmente têm essa especialidade toda com médicos, estudiosos se voltar[em] para aquilo que é a sua finalidade.

- Trabalhar desde cedo nas escolas a educação para a saúde preventiva.

Acho que isso devia começar nas escolas, acho que tinha que ser matéria dada desde que a criança começasse a entender o que é higiene bucal, trabalhar mais esse lado; nas meninas, trabalhar mais o lado de ser mãe, doenças sexualmente transmissíveis, anticoncepção, começar a trabalhar desde cedo isso porque só aí, quando elas chegarem na idade adulta, elas vão poder saber e se encaminhar.

- Mais investimento na saúde pública e em outros setores públicos, como as escolas.

O governo tem que dar sustentabilidade ao sistema único para que ele possa fazer esse atendimento independente de plano particular, eu acho uma responsabilidade maior.

Mas assim, tanto na parte de saúde, nos postos de saúde também vamos estender para as escolas, então é uma coisa [que] eles (...) deviam trabalhar mais com família, mais com prevenção, saúde pública, acima de tudo.

V - A VISÃO DAS OPERADORAS DOS PLANOS DE SAÚDE COLETIVOS

Os grupos com os representantes das operadoras de planos de saúde coletivos aconteceram no período de 1º de junho a 29 de outubro de 2009 nas cidades de São Paulo²¹, nos dias 1/6 (outras operadoras) e 5/6 (operadoras de autogestão), de Salvador, em 29/10, e de Porto Alegre, em 20/6. Foram ao todo 19 entrevistados nas três cidades pesquisadas.

Em todos os grupos²² a discussão foi conduzida apresentando o seguinte roteiro de questões aos entrevistados:

1. Como vocês veem o mercado atual e futuro de planos de saúde coletivos privados?
2. Em sua opinião, existem mecanismos na operadora para captar as críticas e sugestões dos usuários? (Há muitas reclamações? Existe ouvidoria?)
3. Como vocês veem a relação entre a empresa contratante e as operadoras?
4. Como vocês veem a relação entre os sindicatos de trabalhadores e a operadora de plano de saúde?
5. Como vocês veem o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde?
6. Como vocês veem a inclusão do atendimento de acidentes e doenças do trabalho no plano de saúde?
7. Como vocês veem a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados no plano de saúde coletivo contratado pela empresa?
8. Como vocês veem a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS? (legislação, normas, fiscalização)
9. Quais são as suas sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil?

Perfil dos entrevistados a partir das fichas socioeconômicas

Como já foi mencionado, por ocasião da realização dos GFs, todos os participantes responderam a uma ficha de caracterização socioeconômica. A partir dos resultados

²¹ A ordem de apresentação dos resultados não segue a ordem cronológica de realização dos grupos, para que permaneça a mesma em todo o relatório.

²² Pequenas adaptações foram feitas para o grupo de autogestão em São Paulo.

desta parte da pesquisa, foi construído o Quadro 5, que traça o perfil dos entrevistados nos grupos de representantes de operadoras de planos de saúde coletivos nos três municípios pesquisados e em conjunto.

O objetivo desta breve inclusão quantitativa é conhecer o perfil das pessoas que foram ouvidas, já que isto tem relação direta com suas visões de mundo, que referenciam, em última instância, as opiniões emitidas.

Com base nos resultados mais frequentes, observados para cada um dos quesitos investigados, pode-se dizer que os representantes das operadoras eram predominantemente mulheres; a idade média do grupo era de 42,1 anos; todos eram brasileiros, nascidos predominantemente no estado de São Paulo; autodeclararam-se de cor branca e de religião católica. Na família eram “a pessoa de referência”, casados ou vivendo em união consensual, com uma média de 2,3 filhos, dos quais 1,8 (em média) tinham menos de 21 anos. Quase todos possuíam curso superior completo, com maior incidência na área de Administração. Todos trabalhavam em empresas do setor de serviços. O rendimento médio do grupo foi de R\$ 11.642,25, com valores variando de R\$ 1.800,00 a R\$ 70.000,00, e, por esse motivo, o rendimento mediano (valor central da distribuição) foi bem menor (R\$ 4.988,00). A maior frequência foi para não participação em organizações da sociedade civil. Alguns resultados pontuais destacaram a participação em associações profissionais (sindicatos) e religiosas.

Todos os tipos de operadora estiveram representados nos grupos, com maior incidência da medicina de grupo. Quase todos possuíam plano médico da empresa e poucos tinham plano médico particular; metade tinha plano odontológico da empresa e poucos, plano odontológico particular. Possuíam apenas um plano de saúde e eram os seus titulares; a média de tempo no plano foi de 12,9 anos, variando de menos de um ano a 32 anos. A grande maioria não utilizou o plano para acidentes de trabalho e um pouco mais da metade não havia utilizado o SUS. Representantes com cargos de gerente e gestor foram os mais frequentes, assim como aqueles que tinham grau de responsabilidade “indireto” na definição de regras de funcionamento dos planos de saúde. A nota média dada para o plano de saúde que a operadora que representavam disponibiliza foi 8,9 (mínima de 6 e máxima de 10), bem mais elevada do que os 6,9 atribuídos pelos usuários titulares.

- **Especificidades do grupo de São Paulo:**

As diferenças mais significativas verificadas para o grupo de representantes de operadoras de São Paulo foram: a realização de dois grupos, um com operadoras de autogestão e outro com as demais operadoras, cujos dados foram reunidos para efeito de apresentação dos resultados; participação idêntica de homens e mulheres; idade média mais elevada dos 3 grupos (44,0 anos); a condição de “cônjuge” da maioria dos participantes e a maior média de número de filhos (2,7 filhos). Todos tinham curso superior completo, com predominância da área de Direito. O rendimento médio do grupo foi o maior verificado para o segmento (R\$ 15.386,22) e foi ocasionado pela presença de valores muito díspares (R\$ 2.000,00 e R\$ 70.000,00); o valor mediano (central da distribuição) foi bem inferior (R\$ 10.500,00). A maior frequência foi para não participação em organizações da sociedade civil. Alguns resultados pontuais destacaram a participação em associações profissionais (sindicatos), de bairro, ONGs e religiosas.

A média de tempo no plano foi de 14,5 anos, um pouco acima da média geral (12,9 anos). O cargo mais frequente declarado pelos participantes foi o de advogado, e metade dos pesquisados disse ter participação “indireta” na definição de regras de funcionamento do plano de saúde que estava representando. A maior frequência foi para não participação em organizações da sociedade civil; alguns resultados pontuais destacaram a participação em associações profissionais (sindicatos), de bairro, ONGs e religiosas.

- **Especificidades do grupo de Salvador:**

Em Salvador, os principais destaques foram: ter nascido na unidade da Federação onde participaram da pesquisa; todos serem a “pessoa de referência” de suas famílias e todos terem filhos (média de 2,0). Todos possuíam o curso superior completo, mas a predominância foi na área de Medicina. Quase não houve registro de participação em organizações da sociedade civil, com apenas duas exceções: as associações de classe profissional (sindicatos), frequentadas por metade daqueles que responderam ao quesito, e ONG, apontada por um único participante.

Neste grupo estiveram presentes representantes de todos os tipos de operadora, com maior incidência de medicina de grupo. Metade do grupo possuía dois ou mais planos de saúde. O tempo médio no plano foi o menor de todos os grupos (7,0 anos). Nenhum participante utilizou o plano de saúde para acidente de trabalho e metade já utilizou o

SUS. A maior parte ocupava cargo de gerente ou gestor. Quanto ao grau de responsabilidade na definição de regras de funcionamento do plano de saúde que representavam, o resultado ficou igualmente dividido entre aqueles que tinham participação “direta” e os que não tinham “nenhuma” participação.

- **Especificidades do grupo de Porto Alegre:**

O grupo de Porto Alegre teve o menor número de participantes, com a menor idade média observada (33,0 anos); nascidos em igual proporção no Rio Grande do Sul e no Paraná; com posição na família dispersa entre “pessoa de referência”, “cônjuge” e “filho(a)”, e apenas um registro para filhos (um menor de 21 anos). A escolaridade predominante foi curso superior completo, nas áreas de Administração de Serviços e Gestão de Produção. O rendimento médio do grupo foi o menor do segmento: R\$ 2.033,33. A participação em organização da sociedade civil só foi significativa para as associações de classe profissional (sindicatos); houve uma indicação para entidade religiosa e uma para a categoria “outra”, especificada como cooperativa de crédito.

Neste grupo estiveram representadas somente as operadoras do tipo “medicina de grupo”. A média de tempo no plano de saúde foi a mais elevada (20,0 anos). Diferentemente dos demais grupos, neste a maioria já utilizou o SUS. Os cargos que possuíam na empresa que estavam representando foram bem variados: analista administrativo, assistente administrativo e gerente. Todos disseram ter grau de responsabilidade “indireto” na definição de regras de funcionamento do plano que representavam. A nota média dada pelo grupo, apesar de elevada, foi a menor registrada nos grupos de operadoras (8,0).

QUADRO 5
Perfil dos participantes dos Grupos Focais com Usuários Titulares,
segundo as cidades selecionadas²³

Características	Total	São Paulo	Salvador	Porto Alegre
Data de realização	1/6 a 29/10	1 e 5/6	29/10	2/6
Nº de participantes	19	(6 e 4) 10	6	3
Tipo de operadora	Autogestão (5) Cooperativa (3) Medicina de grupo (7) Seguradora (4)	Autogestão (4) Cooperativa (2) Medicina de grupo (1) Seguradora (3)	Autogestão (1) Cooperativa (1) Medicina de grupo (3) Seguradora (1)	Medicina de grupo (3)
Sexo	Mulheres (11 de 19)	Homens (5) Mulheres (5)	Mulheres (4 de 6)	Mulheres (2 de 3)
Idade média	42,1 anos	44,0 anos	43,3 anos	33,0 anos
Idade mediana	42,0 anos	46,0 anos	43,0 anos	32,0 anos
Mínima	31	32	31	31
Máxima	57	57	57	36
Nacionalidade UF onde nasceu	Todos brasileiros SP (7)	Todos brasileiros SP (6)	Todos brasileiros BA (3)	Todos brasileiros RS e PR (1 cada um)
Cor	Branca (14)	Branca (8)	Branca (4)	Branca (2)
Religião	Católica (12)	Católica (6)	Católica (4)	Católica (2)
Posição na família	Pessoa de referência (10)	Cônjuge (6)	Pessoa de referência (6)	Pessoa de referência Cônjuge Filho(a) (1 cada um)
Situação conjugal	Casado União Consensual (15)	Casado União Consensual (8)	Casado União Consensual (5)	Casado União Consensual (2)
Com filhos	Sim (14)	Sim (7)	Sim (6)	Sim (1)
Média de filhos	2,3 (1 a 4)	2,7 (2 a 4)	2,0 (1 a 3)	1,0 (1)
Filhos < de 21	Sim (11)	Sim (6)	Sim (4)	Sim (1)
Média < de 21	1,8 (1 a 4)	2,3 (1 a 4)	1,3 (1 e 2)	1,0 (1)
Escolaridade	Superior completo (18 de 19)	Superior completo Todos	Superior completo Todos	Superior completo (2 de 3)
Área do 1º curso superior completo	Administração ²⁴ (4)	Direito (3)	Medicina (2)	Administração de Serviços Gestão de Produção (1 cada um)
Área do 2º curso superior	Economia (1)	Economia (1)	-	-
Tipo de plano Médico da empresa	Sim (18)	Sim (10)	Sim (6)	Sim (2)
Médico particular	Não (14)	Não (8)	Não (4)	Não (2)
Odontológico da empresa	Sim (9) Não (9)	Não (5)	Sim (3) Não (3)	Sim (2)
Odontológico particular	Não (16)	Não (8)	Não (5)	Não (3)

²³ Os resultados expressam, com algumas exceções (média, mínimo, máximo), a classe modal (valor ou classe mais frequente na distribuição) obtida para cada uma das variáveis.

²⁴ De empresas (3) e de serviços (1).

Características	Total	São Paulo	Salvador	Porto Alegre
Número de planos de saúde	Um (11)	Um (7)	Dois ou mais (3)	Um (2)
Tipo de vínculo com o plano	Titular (16)	Titular (9)	Titular (5)	Titular (2)
Tempo no plano				
Média	12,9 anos	14,5 anos	7,0 anos	20,0 anos
Mediana	12,0 anos	13,0 anos	7,5 anos	20,0 anos
Mínimo	- de 1 ano	- de 1 ano	3 anos	20 anos
Máximo	32 anos	32 anos	10 anos	20 anos
Utilização do plano para acidente de trabalho	Não (17)	Não (9)	Não (6)	Não (2)
Motivo do uso	Batida de carro	Batida de carro		
Utilização do SUS	Não (10)	Não (6)	Não (3) Sim (3)	Sim (2)
Setor de atividade da empresa	Serviços Todos	Serviços Todos	Serviços Todos	Serviços Todos
Rendimento (R\$)	Informado (16)	Informado (9)	Informado (4)	Informado (3)
Médio	11.642,25	15.386,22	10.425,00	2.033,33
Mediano	4.988,00	10.500,00	9.500,00	2.000,00
Mínimo	1.800,00	2.000,00	2.700,00	1.800,00
Máximo	70.000,00	70.000,00	20.000,00	2.300,00
Cargo na operadora	Gerente Gestor Gestão (7)	Advogados (3)	Gerente Gestor (4)	Analista administrativo Assistente administrativo Gerente (1 cada um)
Grau de responsabilidade na definição de regras de funcionamento de planos de saúde	Indireto (9)	Indireto (5)	Direto e nenhum (2 cada um)	Indireto (3)

Características	Total	São Paulo	Salvador	Porto Alegre
Nota para o plano de saúde que sua operadora disponibiliza	Responderam (19)	Responderam (10)	Responderam (6)	Responderam (3)
Média		9,1		
Mediana	8,9	9,0	9,0	8,0
Mínima	9,0	7	9,0	8,0
Máxima	6	10	8	6
	10		10	10
Participação em organizações da sociedade civil:				
De classe profissional	Não (10)	Não (7)	Não (2) Sim (2)	Sim (2)
Partido político	Não (17)	Não (10)	Não (4)	Não (3)
De bairro	Não (15)	Não (8)	Não (4)	Não (3)
Esportiva	Não (14)	Não (7)	Não (4)	Não (3)
ONG	Não (14)	Não (8)	Não (3)	Não (3)
Religiosa	Não (13)	Não (7)	Não (4)	Não (2)
Grupo 3ª idade	Não (17)	Não (10)	Não (4)	Não (3)
Org. juvenil	Não (17)	Não (10)	Não (4)	Não (3)
Outra	Não (15)	Não (9)	Não (4)	Não (2)
Qual outra:	OAB	OAB		Cooperativa de crédito
	Cooperativa de crédito			

Fonte: DIEESE/ANS - Pesquisa “Os trabalhadores e a Saúde Suplementar”, 2009.

São Paulo: Operadoras de autogestão

➤ Antecedentes

Este grupo foi realizado apenas em São Paulo, partindo do princípio de que as grandes operadoras de planos de saúde coletivos de autogestão atuam nacionalmente. Muitos foram os convites feitos e mesmo confirmados, mas, no dia e na hora marcados para a realização do grupo, somente quatro pessoas compareceram, representando quatro diferentes planos autogeridos. Foi, porém, considerado que o grupo era representativo em função de o universo pesquisado ser bastante reduzido.

➤ A realização do GF

O GF realizou-se em dependências do próprio DIEESE, no Parque da Água Branca, em São Paulo, capital, no dia 5 de junho de 2009, às 9 horas, com duração aproximada de 2 horas e 35 minutos.

A relatora observou que a maioria dos participantes se mostrou bastante interessada e colaboradora durante a entrevista coletiva. O grupo teve uma boa integração, havendo

em diversos momentos diálogos diretos ou indiretos entre os participantes. No entanto, a maior parte das intervenções se limitava a responder às questões colocadas pela facilitadora.

Apesar das especificidades das normas de cada plano de saúde, muitas delas tratadas durante a entrevista, houve momentos em que as colocações dos participantes convergiam. Um deles em que isso ficou mais explícito foi ao final do trabalho, quando discutiam o papel da ANS. Todos os participantes concordaram, seja por falas, seja por gestos durante as falas dos outros, de que a ANS não coopera com as operadoras de autogestão – não responde às demandas das operadoras; as normas são muito rigorosas para as operadoras e não incidem sobre hospitais ou laboratórios; vagariedade nos procedimentos, entre outras.

A relatora observou ainda que a gravação foi feita com um gravador fixo no centro da roda de participantes e que isso prejudicou bastante a transcrição, que, na sua opinião, também não foi de boa qualidade.

➤ **Principais pontos levantados na discussão**

O que se pretende aqui é sistematizar as idéias que emergiram das discussões, à luz das questões a que se pretendia responder. Procurou-se listar todos os aspectos mencionados, independentemente de sua recorrência ou originalidade.

Percepção acerca das vantagens e desvantagens de ser operadora de autogestão no mercado de planos coletivos de saúde

A percepção sobre as vantagens de ser operadora de autogestão diz respeito à possibilidade de focar mais na assistência, no cuidado do paciente, com foco na estratégia da saúde da família, e na promoção e prevenção, graças ao fato de não possuir fins lucrativos. Do ponto de vista financeiro a maior facilidade é de negociação de preços, pela negociação direta com os hospitais, com os credenciados de uma tabela e pacotes a fim de equilibrar o benefício com o custo.

Foi ainda considerado como vantagem o fato de que a definição das políticas da autogestão é feita pelos interessados, sendo possível administrar a estrutura organizacional com foco no beneficiário e não no lucro, ao contrário das demais operadoras onde o dono da uma empresa é que vende o produto de saúde. Há ainda a

percepção de que o mercado de saúde hoje em dia trabalha com a doença e o foco da autogestão é trabalhar com a saúde não com a doença.

A autogestão tem uma visão muito diferente do participante. Na autogestão existem regras, normas e normativas como em toda empresa, mas o participante tem uma efetividade diferente do que você tem em outra modalidade de operadora. Em outra operadora quando você tem um “não,” esse “não” é definitivo. Na autogestão você vai pra conselho, conforme cada estrutura você tem o direito de, fazer uma reivindicação, quando tem nas diversas instâncias. Então é um olhar diferente porque o patrocínio é diferente.

Afirmam também que o custo do atendimento na autogestão é inferior aos demais planos de saúde, não só pela ausência de fins lucrativos, como porque o mercado entende que a autogestão é mais segura porque tem patrocinador.

Quando se trata de uma autogestão com amplitude nacional, a percepção hegemônica é a de que é possível ter uma noção muito maior de todo o mercado, possibilitando prestar um melhor atendimento, mediante melhores condições de negociação dos termos do atendimento e realização de convênios que atendam às necessidades específicas nas diversas regiões.

As desvantagens apontadas dizem respeito à necessidade de seguir as normas da ANS, pois elas não levam em conta a especificidade das operadoras de autogestão; ainda nesse campo consideram como desvantagem a necessidade de intermediação entre o conselho deliberativo da empresa e os beneficiários, cumprindo à risca os regulamentos internos e a normatização da ANS.

A dificuldade é essa, nós não arrecadamos dinheiro, não trabalhamos com fins lucrativos, mas temos uma exigência enorme nas nossas costas, decorrentes das normas da ANS, de liminares e outras coisas que sempre surgem relacionadas com algum novo medicamento que o participante quer, nós somos tão abertos que a gente tem que estar discutindo isso todos os dias.

As outras operadoras visam lucro, sejam elas cooperativas, medicina de grupo ou seguradoras, e quando a ANS autoriza as correções, elas fazem a correção automaticamente. E quando você vai para o mercado eles não entendem que nós, que a autogestão não tem a correção vinculada porque é participação, e a correção depende dos acordos salariais. Então isso dificulta na hora de se negociar a rede de atendimento.

Consideram ainda como desvantagem o esforço necessário e permanente de desenvolver trabalho de conscientização do participante da operadora de autogestão.

É preciso aumentar cada vez mais o conhecimento do nosso participante do que é realmente uma autogestão porque hoje o que você percebe? Ele é assediado por outras seguradoras que oferecem um preço inferior, então ele sai da autogestão e vai para o mercado. Quando ele chega no mercado ele vê que a realidade não é essa, porque a cobertura é muito mais restrita, não é uma cobertura ampla, e o retorno não é possível. É necessário desenvolver uma política de esclarecimento ao participante sobre as vantagens da autogestão: ele tem uma flexibilidade, um acesso diferente do que ele vai ter numa outra operadora no mercado; ele pode participar da definição da política da autogestão, conseguindo benefícios que vão além da Lei 9656.

Percepção sobre o sistema de financiamento das operadoras de autogestão

Percepções comuns entre os membros do grupo focal foram as de que:

- o custo para o participante é pequeno, com baixa incidência sobre os salários, inclusive pela possibilidade de inclusão de toda a família;
- a co-participação não representa custo excessivo para o participante;
- os critérios para definição da co-participação incidem sobre procedimentos específicos, não prejudicando o atendimento;
- a co-participação representa um instrumento importante para a microrregulação, contribuindo para evitar uso abusivo dos planos de autogestão e para facilitar o processo de gestão dos custos da operadora;
- existe política de reembolso, a partir da livre escolha do participante, de acordo com uma tabela elaborada pelo plano, não atendendo ao custo de mercado do procedimento. a negativa da operadora à reivindicação para aumentar o valor do reembolso, não gera grave insatisfação nos participantes;
- todos os participantes concordaram com a importância da orientação sobre as normas e custos aos usuários visando o melhor uso do plano de saúde.

Os participantes do GF das operadoras de autogestão percebem como as reivindicações mais comuns dos usuários as que se seguem e, ao listá-las, já expõem sua opinião sobre elas:

- aumentar o valor do reembolso – opinião de que é inviável e insustentável financeiramente.
- Incluir novos procedimentos além do rol (ou no rol) da ANS (novas tecnologias e medicina de visão mais holística). Todos os planos têm a mesma cobertura,

mas os beneficiários vão sempre querer mais além dessa cobertura, inclusive motivados pelos meios de comunicação de massa. Então nunca vão estar contentes com nada. Os planos são pressionados por liminares que complicam a vida de todos os participantes.

- Ampliar a rede com alguns hospitais top de linha. Não se consegue sustentar um convênio com um hospital que é top de linha porque o custo da internação é muito alto, apesar do desconto dado à operadora.

O funcionário ativo hoje paga pouco mais de 3% do salário para ter um plano de saúde para todo familiar, então não tem comparação, quando é que você no mercado vai pagar isso? Não paga.

Então a dificuldade é essa: enquanto ele está na ativa, ele paga mais de 3% para toda a família. No caso dos aposentados ou desligados da empresa, nós temos outras carteiras e quando se dá a migração pra outras carteiras é que estão os problemas porque vai pagar uma mensalidade de 190, de 200 e pouco para ele para cada um dos dependentes dele..

O nosso sistema é o mesmo, é um percentual está em torno de 4% para o atendimento a toda a família. A diferença é que nós temos co-participação em alguns eventos. Uma tomografia, por exemplo, em termos de baixa complexidade e internação também não, mas em alguns eventos intermediários, atendimento pré-hospitalar ele tem uma co-participação pequena também, que funciona como uma microrregulação, evitando um uso abusivo do plano.

Também temos um sistema de co-participação que é 10% ou 20% do salário base, isso para todos os beneficiários, inclusive os aposentados que também estão agregados à carteira de beneficiários.

A nossa co-participação é oriunda do acordo coletivo de trabalho.

Apesar de toda a orientação no sentido da conscientização aos participantes sobre o uso racional do plano de saúde e do acompanhamento da utilização dos serviços oferecidos, do ponto de vista prático, a co-participação é a maneira mais eficaz de coibir o uso abusivo do plano de saúde, porque o participante também vai pagar pelos serviços utilizados.

Estamos até tentando implementar novos programas de atendimento; ainda não temos o cartão magnético, assim a gestão é ainda bastante burocrática, através de guias médicas. Então, a gente tem um trabalho muito grande de conscientização. Por ser burocrático e devido à maioria dos beneficiários ser constituída de dependentes, então é fundamental ter o foco de orientar esse pessoal de como utilizar o convênio de maneira correta para que sigam as normas e um dos pontos é estabelecer essa relação o que oferece o mercado e o que a autogestão proporciona pra eles em termos de custo.

E a gente agora está bastante em cima dessas questões para que eles até entendam como funciona o custo e utilizem de forma correta, a exemplo da urgência e emergência realmente quando necessário, tem toda uma gama de informação sobre isso de conscientização, logicamente visando reduzir o custo da assistência médica; a gente tem tido bons resultados aí.

Os planos têm várias formas de contribuição, a de agregado é plano normal que é por faixa etária, definida pela ANS, o percentual varia de acordo com o grupo, com os salários, e tem também valor fixo independente de faixa etária, tem convênio que já é valor fixo por plano, se ele tiver 80 anos ou se tiver oito é aquele mesmo valor, não tem diferenciação entre idade.

Percepção sobre a participação dos trabalhadores na gestão da operadora de planos de saúde de autogestão

Percepção comum de que há participação através dos diversos conselhos: deliberativo, consultivo e fiscal. Há a participação ativa para integrar os conselhos e processo eleitoral bem disputado. Neste processo, os sindicatos participam de maneira bem forte. Os conselheiros indicados pelos trabalhadores trazem as sugestões para mudar alguma coisa nas políticas de atendimento e de gestão que chegam até eles por diversos meios: contato direto, atuação sindical. Há ainda a participação por meio da ouvidoria. Existem vários canais de contato para captar as demandas dos participantes. Nas autogestões de empresas públicas, onde existem acordos coletivos de trabalho, incluem-se cláusulas relativas aos planos de saúde e à participação dos trabalhadores na sua gestão.

Mencionam o problema da incorporação tecnológica a partir das decisões médicas e do cumprimento das liminares expedidas pela Justiça como criando enormes dificuldades para a gestão dos planos de saúde. Enfatizam a necessidade de um trabalho permanente de conscientização do participante sobre isso.

Algumas operadoras destacam o problema da burocracia interna para acessar o sistema, por falta de modernização tecnológica – operam ainda com guias médicas autorizadas manualmente pela operadora para cada caso.

Há instâncias de participação nos três níveis: nacional, estadual e local. No interior sempre tem representante que atua sobre os conselhos estaduais; então através desses conselhos eles fazem chegar à nossa sede em Brasília, que o conselho deliberativo fica lá em Brasília e aí chegam as sugestões de modificações.

Nós já temos o conselho deliberativo que é formado por um conselho paritário e ele é formado pelo maior patrocinador. Então são atualmente três patrocinadores, os maiores patrocinadores que compõem esse conselho deliberativo, ele tem um indicado de cada patrocinador.

Como a gente tem muito conveniado, esse conselho na verdade é deliberativo porque ele está seguindo a lei, é limitado o número de pessoas, a gente tem outro conselho que é o conselho consultivo, esse sim com a participação de mais patrocinadores, que é um modo de assessoramento do conselho deliberativo, as reuniões do conselho elas são mensais, então

sempre anteriormente a reunião do conselho deliberativo tem a reunião do conselho consultivo que tem a participação dos outros patrocinadores e que debatem todas as matérias e apresentam então relatório de sugestões para o conselho deliberativo. Tem também o conselho fiscal que é formado por integrantes de patrocinadores e de participantes. É muito conselho.

Em alguns casos o sindicato se faz representar dentro do conselho e a participação deles é bastante ativa. Sempre existe muita dúvida para tirar principalmente por ser uma autogestão, eles acham que eles têm direito a tudo, então a gente tem que explicar que muita coisa não é que a gente não quer dar o direito porque infelizmente é uma realidade na nossa área. a área de saúde ela muda, você dorme de um jeito quando você acorda tem muita coisa nova. A inovação tecnológica tem crescimento geométrico e a gente tem que tomar muito cuidado porque o nosso participante é usado como cobaia porque quando ele vai pra frente do médico e ele estiver preocupado com uma doença ele fará qualquer coisa indicada pelo médico porque ele está desesperado, então você tem que tomar muito cuidado nesse sentido, então ele acha que ele tem direito a isso, você tem que explicar não é só questão de direito, de estou pagando, patrocino diretamente, mas você tem que explicar e orientar tecnicamente que aquele produto não tem registro, que está em processo experimental, então essa informação, essa possibilidade a gente tem muito grande que é a de conscientizá-los. E não é porque não é no sentido de custo é que nem ele falou: já que nós pagamos. É a questão de qualidade, você falou custo benefício é custo e efetividade porque nem sempre aquele benefício se torna efetivo, então a gente tem que trabalhar em cima do custo e efetividade mesmo em cima daquela assistência que você está prestando, seja ela uma promoção de saúde, seja ela na prevenção de saúde, na parte cooperativa você tem que olhar o custo de efetividade.

No dia-a-dia nós temos um canal de comunicação que é através do Fale Conosco onde os problemas, as dúvidas quanto à liberação de determinado procedimento, preço, enfim, todo o tipo de informação são passados aos nossos beneficiários e a própria central de autorizações onde ficam os médicos, o pessoal que assina as liberações, também se encarrega de estar passando essas informações, acolhendo sugestões, pesquisas, eles tem essa orientação ou e-mail ou Fale com o diretor, esses são do dia-a-dia e o próprio coletivo de trabalho.'

Então se for uma negativa de uma cirurgia por problema de material aí pontualmente o médico vai explicar para o paciente o porquê da não aprovação, porque geralmente o paciente já chega, ele acha que o médico tem que ser esse senão não faço a cirurgia isso cria muito atrito lá pra gente, então o pessoal é especializado justamente para fazê-lo entender que existe outro material tão eficaz quanto, porém, acessível ao plano de saúde.

Eu acho assim que cada operadora, fora o rol da ANS que todo mundo tem que cumprir mesmo, acho que implementa uma política de credenciamento, com programas de gerenciamento de risco. Na verdade, eles pedem muito incorporação de novas tecnologias, vê o galo cantar não sabe aonde e já quer utilizar daquela tecnologia, uma tecnologia que assim, pode ser bonitinha, mas que para o caso dele nem vai fazer muita diferença de utilizar a antiga, mas ele quer essa demanda, a incorporação de novas tecnologias, incorporação de novos tratamentos, novas terapias, enfim. E rede? Rede eles querem hotelaria, eles não querem efetividade e pedem mesmo, e querem rede top, então a gente vai fazendo como pode, porque às vezes o hospital tem uma hotelaria maravilhosa e efetividade ruim.

Além dessas reivindicações mais pontuais, uma cirurgia não autorizada por determinado motivo por alegações técnicas ou médico que não está autorizando aquela cirurgia ou aquele procedimento existem sim, mas o que pesa muito na nossa empresa é a desburocratização do sistema, muito embora seja um plano de benefícios com quase dois mil credenciados, ótimos hospitais, bons hospitais, uma disponibilidade de consultas, de exames, a forma de utilização ainda é muito burocrática, então o que eles pedem muito, o que eles solicitam muito é aquele cartãozinho que ainda não temos.

Outra reivindicação também é a comunicação, é a divulgação da rede credenciada porque antigamente nós tínhamos um livrinho com todos os credenciados com nomes, endereços, telefones e depois, por política, não sei porque esse livrinho foi abolido, então eles tinham muitas dificuldades, pois a forma de obter essa informação era meio complicada e até para atender essas reivindicações nós conseguimos disponibilizar na Internet agora num site corporativo, a relação de credenciados em nível nacional.

Outra reivindicação é parte burocrática do sistema. Lá nos nossos atendimentos de urgência, emergência, eu diria até que é a principal reivindicação do pessoal que a direção da empresa está trabalhando, está vendo uma forma logística técnica para resolver esse problema - ele passou pela rede credenciada urgência, emergência porque efetivamente nós temos que levar uma guia é uma norma do sistema, vou tirar a minha guia, vou ao médico, faço a minha consulta, faço o meu exame, na urgência, emergência não, acontece num horário diverso, fim de semana, à noite, ele vai ao hospital, ele é atendido aí ele tem prazo de 48 horas para ir numa unidade do Correio, a uma das 510 unidades e pegar a guia. E se ele não levar a guia, ele tem um desconto integral, isso porque dentro do nosso sistema tem que ser dessa forma porque senão o hospital manda a cobrança. São quase 50 mil guias por mês só aqui na nossa unidade gerencial de São Paulo. Então, a reivindicação assim, de uma forma geral, é essa, é facilitar o acesso desburocratizando o sistema por meio da bendita carteirinha.

Então, eu diria pra você que 80% das reclamações pelos canais de comunicação que nós disponibilizamos, entre a Intranet, e-mails, fale conosco, telefone solicitando ou questionando o porquê dessa necessidade, por que é dessa forma.

Percepção sobre a relação entre o sindicato dos trabalhadores e as operadoras de autogestão

Os participantes do GF têm uma visão positiva da atuação do sindicato. Considera importante a atuação do sindicato como representante do conjunto dos participantes. Considera que o sindicato facilita o trabalho da administração do plano de saúde, na medida em que o esclarecimento feito pelo dirigente sindical produz um convencimento maior do que quando é feito pela operadora, embora seja de autogestão. Há algumas nuances importantes da participação dos sindicatos nos conselhos das operadoras de autogestão, dependendo da situação. Em algumas os conselheiros

dirigentes sindicais são eleitos diretamente pelos participantes, em outras há indicação direta das entidades sindicais.

Eles têm o compromisso deles com os participantes, então a reivindicação sempre vai vir, sempre através do canal do sindicato que faz as reivindicações, ouvindo os participantes e levam para o conselho deliberativo ou para conselho fiscal; o próprio dirigente sindical liga para saber o que está acontecendo. A relação é muito próxima e corresponde aos interesses dos participantes.

Em termos de relacionamento, a gente não tem dificuldade porque é muito aberto, eles participam, vão conversar conosco, a gente até esclarece muita coisa diretamente, eles voltam, discutem e até quando tem reivindicações eles vêm pedir pra nós orientação, se ele quer reivindicar, por exemplo, acesso a fazer fisioterapia, que argumentos técnicos ele podem usar junto a reivindicação, até esse suporte a gente dá, uma orientação técnica, dizer – olha, não tem indicação pra isso, a gente explica.

Então na maioria das vezes a gente consegue melhorar até o clima organizacional por intermédio do próprio sindicato porque eles vão lá na unidade e passam a informação, mas sobre um outro aspecto, não é pessoa do Correio, um representante do Correio que está falando, não, é o próprio sindicato que está explicando qual que é a conduta, qual que é o correto, porquê não disso, porquê não daquilo.

O relacionamento nas discussões do conselho é tranqüilo, a gente não tem grande dificuldade não, claro que existem posicionamentos divergentes, mas não tem existido grandes dificuldades na condução do conselho.

Com a diretoria executiva, que é a área da execução mesmo, a gente tem relacionamento muito bom com o pessoal do conselho, não tem dificuldade não, lá, na gestão. O problema é quando sai de lá porque quando chega na base eles têm uma dificuldade de passar tudo o que foi discutido e deliberado ali dentro daquele fórum da forma como foi feito.

Por exemplo, deliberaram lá o aumento da contribuição pelo conselho deliberativo, aí aumentou a contribuição dos empregados. Para aumento de contribuição de um plano, a discussão é de, no mínimo, quatro meses porque é muita coisa, discute como é que vai ser o rateio entre o patrocinador e o participante. Um grande problema tem sido comunicar essa decisão para os participantes. O próprio sindicato não consegue evitar o surgimento dos problemas de comunicação da nova situação financeira do plano.

Existe um acordo coletivo onde essa questão é tratada e, na hora da negociação o sindicato pede um incremento do valor pago pelo patrocinador, um maior subsídio pela empresa, o que exige da operadora a capacidade de realizar os estudos técnicos, atuariais para a discussão durante o processo de negociação do acordo coletivo.

O estudo financeiro do plano é disponibilizado no site da operadora e da empresa.

Percepção sobre a manutenção dos aposentados, os demitidos e os exonerados no plano de saúde

Em função dos problemas da gravação não foi possível perceber, para todas as operadoras, se os aposentados fazem parte do mesmo plano ou se possuem planos à parte. Apenas uma operadora informou que o atendimento aos aposentados obedece aos mesmos critérios adotados para os trabalhadores da ativa.

A percepção expressa por todos os representantes das operadoras de autogestão presentes é que os aposentados devem integrar o plano de saúde, manifestando a preocupação com a política de financiamento, quando os aposentados integram o mesmo plano dos participantes na ativa.

Uma das operadoras tem uma política de integração dos aposentados, inclusive através de informativos comuns a todos os participantes

Os aposentados e seus familiares participam do plano de saúde, inclusive se fazendo representar por associações, participando das reuniões do conselho. A realidade do aposentado é muito específica, e as associações trabalham o conjunto, dando suporte de informação

O plano do funcionário não tem um reajuste, só se tiver aumento do salário. No acordo coletivo já está determinado esse valor referenciado num percentual; para o aposentado e o agregado existem as tabelas próprias, que devem ser atualizadas de acordo com os estudos e com a negociação coletiva. Se houver incremento de custo acima do grau de participação do funcionário a empresa banca financeiramente o excesso.

Existem diferenças entre a carteira de ativos e dos aposentados. Antigamente a operadora levava em conta a carteira dos funcionários ativos para poder cobrir a diferença entre custo e receita na carteira dos aposentados. Agora não pode mais.

A empresa não cobre de ex-funcionário e de aposentados; a carteira deles tem que pagar os aumentos de custos.

Processo participativo na elaboração do estatuto do plano de saúde. O plano foi amplamente discutido em todos os lugares, via internet e presencialmente. Não é só o fato em si, mas a sua repercussão em termos da qualidade e da agilidade do atendimento. Com a participação, percebe-se que o controle da saúde é muito melhor e os próprios participantes já começaram a ter essa consciência.

Os participantes ativos e aposentados realizam um encontro nacional de saúde e a participação é muito grande, os conselhos estão lá. Geralmente é agosto, setembro e os temas são bons, e chama atenção a participação de idosos é muito grande, aposentados participam mesmo. Participamos como convidados, porque o evento é deles. Vai um enfermeiro lá fazer apresentação, vai uma pessoa do home care fazer uma demonstração do

atendimento. Então estamos sempre sendo convidados. Tem que estar atuando para eles, com participação e orientação.

A gente tem programa assim, implementado pela operadora mesmo, e a gente percebe o seguinte: na verdade quando a gente fala em aposentado ou pensionista versus trabalhador ativo a gente rotula como se todo aposentado fosse velhinho e como se todo ativo não fosse velhinho.

Os aposentados têm alguns benefícios previstos em acordo coletivo, mas não passam a dispor da assistência além da prevista na legislação.

A gente tenta verificar a ociosidade das pessoas porque as pessoas idosas, aposentadas ela está ansiosa, não fazendo nada ela vai no médico, não tem nada pra fazer. A gente percebe quando a pessoa não tem atividade. Então o que a gente tenta fazer nesse grupo de pessoas? Alguma atividade, além de campanha, promoção dos programas de exercícios acompanhado por médico e alguns profissionais; a gente faz todo tipo de evento: baile funk, festa junina e trás oficinas de artesanato, então trás essas pessoas pra dentro da operadora mesmo em várias atividades. A gente percebe que isso muda completamente. Quem adere a esse programa muda completamente o comportamento em relação à utilização do plano, ela já tem uma coisa diferente pra fazer, aprende a dançar, quer tirar o chapéu eles já tem um outro comportamento. A gente investe muito nisso.

Hoje a gente tem 59% da nossa carteira é assinante com mais de 60 anos então é uma carteira muito envelhecida mesmo.

Programas de educação com relação a saúde de prevenção desde novo vai dar para gente um velhinho muito mais saudável e menos gasto.

A gente tem uma tendência de ter uma expectativa de vida muito alta, o que está acontecendo na saúde hoje já aconteceu na área de previdência, isso que gerou toda reforma que vive gerando reformas e reformas porque na verdade se a gente não tiver equilíbrio não vai ter possibilidade de continuar a prestar o serviço.

Todas essas estratégias uma com a outra que eu acho que vai dar condições para a gente conseguir fazer e prestar o serviço.

Na verdade não saberia contar pra vocês efetivamente, seria mais médica a empresa, mais a área da medicina mesmo, eu trabalho mais na área da informática para beneficiários, mas o que eu percebo lá é que eles desenvolvem várias campanhas também preventivas, palestras para os pré-aposentados período em dois anos antes da data prevista para aposentadoria e já começa fazendo trabalho em cima desse pessoal para melhorar a qualidade de vida, lazer, qualidade de vida de modo geral, mas eu não saberia colocar aqui se existe, como é que tem que funcionar, como é que tem que estruturar esses projetos, eles existem, mas estou falando como observador, pelos informativos que eles encaminham na própria divulgação nessa revistinha, a médica seleciona textos inclusive para o pessoal aposentado, dicas de lazer e creio também com o objetivo, visando também à utilização.

Os demitidos têm direito a assistência médica, inclusive nós temos algumas ações na justiça por conta disso - a esposa foi desligada de um tratamento que já vinha desenvolvendo, mas a justiça permitiu ir em frente, inclusive no aviso prévio. Se pedir a demissão você perde o direito a rede credenciada, você continua tendo direito e usa o laboratório da empresa, técnicos da empresa, os terceirizados, mas não há co-participação.

Em uma das operadoras não existe, praticamente, trabalhadores demitidos. Ninguém pede pra sair da empresa e o processo de exoneração exige justa causa em um longo circuito administrativo.

O demitido pode optar ficar no plano, continuando por tempo indeterminado, à exceção do demitido por justa causa.

O demitido pode fazer a opção de permanecer no plano por 24 meses, apesar de a legislação prever tempo proporcional à contribuição.

Percepção sobre a possibilidade do atendimento de acidentes e doenças do trabalho no plano de saúde

Os participantes do GF consideraram importante a inclusão do atendimento de acidentes e doenças do trabalho no plano de saúde. Todos as operadoras participantes afirmam que esta questão já está resolvida em seus respectivos planos de saúde.

O plano inclui o atendimento a acidentes e doenças do trabalho. Neste caso, não há co-participação, a empresa assume integralmente o custo do tratamento, inclusive medicamentos necessários.

Nós usamos normalmente, a pessoa que sofreu acidente ou doença profissional já vai com o cartãozinho que prevê o código de acidente de trabalho.

Nosso convenio tem uma rede específica para acidentes de trabalho e doenças profissionais.

Todas as empresas emitem o CAT.

Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde feita pela ANS

Apesar de considerarem extremamente importante a existência de uma agência reguladora, todos os participantes concordaram que existem dificuldades de relacionamento que as operadoras de autogestão têm com a ANS.

Quando a ANS foi criada pela lei 9656, foi um marco no segmento da saúde suplementar. Eu acho que a sociedade ganhou muito com isso, o mercado também ganhou muito, ele passou a ser regulado, passou a ter balizadores, acho que foi muito bom, no início foi muito difícil porque acho que nem a ANS sabia o que queria e pedia algumas coisas que na verdade nem existia, era uma confusão danada, mas agora já estão mais no prumo, já sabem exatamente, já tem um norte do trabalho dela.

A ANS deveria considerar o diferencial das operadoras de autogestão, na medida em que não visam o lucro. Tem em comum com as demais operadoras o fato de que somente as operadoras pagam multa. A ANS deveria regular os prestadores, particularmente os hospitais e deveria se articular com outras áreas do governo para isso.

No caso da tal da Troca de Informação da Saúde Suplementar que a ANS impôs às operadoras, que deveriam ir as suas prestadoras, o desgaste ficou todo com a operadora. E os prestadores estão fazendo o que querem, porque nada acontece pra eles. A operadora teve que dar todo o suporte aos prestadores pra fazer, pra conseguir implantar essa TISS. E implantou, quer dizer, não está implantado 100% ainda. Foi implantado e a ANS deu uns prazos que depois teve que rever tudo. Às vezes a Resolução está operando fraco porque determina certas coisas que não tem monitoramento, não são factíveis. A criação da ANS foi um ganho muito grande pra todo mundo, mas tem umas coisinhas que precisam melhorar.

Foi registrada também a percepção de dificuldades da ANS em resolver problemas colocados pelas operadoras de autogestão.

Porque a lei é assim: se eu descredencio um hospital, tenho que credenciar outro igual. Tem hospital que é horrível, sucateado e está pondo em risco a população. Não tem outro pra colocar e você não recebe resposta da ANS quanto à substituição proposta. Tem casos que faz mais de ano que nós estamos esperando uma posição da ANS.

Com relação a esse assunto de vez em quando a ANS ela solta uma consulta pública e tal. Todo mundo olha, todo mundo dá a sua opinião e sai uma coisa meio amarelo, com um pedacinho de cada um, pelo menos é o processo democrático que você tem oportunidade de se manifestar se não for acatada a sua sugestão pelo menos você está dizendo ao órgão regulador: se você implantar isso, você vai ter esse tipo de problema. Pelo menos é a oportunidade que você tem. O procedimento da rede, eles soltaram creio que sem conversar muito apesar de grupos A de critérios que tem representantes de várias operadoras e que agora estão discutindo padronizar consertar o que foi feito, várias vezes já saíram várias normas adequando então é mais aberto um pouco com relação a isso.

Temos um relacionamento muito bom com a ANS, as pessoas lá são sempre muito tranquilas. Quando a gente precisa, agendam reunião, dão informações, não temos dificuldades de jeito nenhum de relacionamento. O problema é o resultado final.

A sugestão que encaminho é que a agência deve constituir um melhor relacionamento com as operadoras de autogestão. Deve olhar as operadoras de autogestão com olhar diferente como olhava até um tempo atrás. Porque a gente é de fato diferente. Não dá pra comparar uma operadora lucrativa com uma que não tem finalidade econômica. Antes das Resoluções 137 e 160, nós tínhamos uma situação diferenciada, mas agora não tem nenhuma, somos totalmente iguais, perante a agência, né?! Então minha sugestão é com relação à ANS, melhor relacionamento, escutar mais as autogestões e dar um tratamento diferencial pra gente porque nós somos diferentes.

Percepção de como melhorar a saúde pública no Brasil.

Consideram que o SUS é uma conquista importante do Brasil, que os serviços prestados são de qualidade, mas o acesso é insuficiente e que falta vontade política para o SUS funcionar melhor.

Vou tentar resumir o que eu tenho, sentimentos desses anos todos na área de saúde, eu acho que deveria melhorar o que temos na área pública, nós somos diferentes, há um grande número de pacientes que vem do exterior pra vim trabalhar no Brasil, quando a pessoa vai é um inverso, então estava lendo uma reportagem no Estadão, disse que há um grande número, muita gente mesmo de lá dos Estados Unidos para trabalhar aqui no Brasil, quer dizer, a nossa medicina é excelente, temos excelentes profissionais tanto na área pública como na medicina privada das operadoras, enfim, o universo é o mesmo. Devemos então incrementar, melhorar o que já temos, e agora vai exigir maior verba, maior orçamento, mas eu acho que a base é essa, é a gente volta lá no início do processo: conscientização e visão de futuro. É preciso ter indicadores que mostrem o impacto do SUS. Eu não sei como é que funciona isso, é mais realmente pra fatores políticos porque quando você viaja pelo Brasil você vê as pessoas não tem nada, vai pro interior do nordeste você vai ver que realmente não tem nada, a parte pública, a saúde pública. Então vamos melhorar, nós temos tecnologia, vamos aumentar, vamos disponibilizar a saúde para aquele que paga o imposto.

Tenho dificuldade para fazer qualquer tipo de avaliação sobre a saúde pública porque eu nunca trabalhei na saúde, eu sempre trabalhei na área privada e o que eu conheço de saúde pública é o que qualquer cidadão conhece. Eu acho que a saúde pública ela é muito boa temos excelentes profissionais, excelentes materiais em Brasília, por exemplo, o hospital público de lá é o melhor hospital que tem. O problema é o acesso. O problema é que não tem hospitais suficientes para atender a população.

Eu como cidadão percebo que nos últimos anos a saúde pública melhorou.

São Paulo: Outras operadoras

➤ A realização do GF

O GF realizou-se em São Paulo, capital, no dia 1º de junho de 2009, com 6 participantes representando 6 diferentes operadoras.

➤ Principais pontos levantados na discussão

O que se pretende aqui é sistematizar as idéias que emergiram das discussões, à luz das questões a que se pretendia responder. Procurou-se listar todos os aspectos mencionados, independentemente de sua recorrência ou originalidade.

Percepção acerca do mercado atual e futuro dos planos de saúde coletivos privados

No que se refere ao futuro, os entrevistados preveem o fim da livre negociação entre empresas contratantes e operadoras, em um cenário com intervenção total da agência reguladora. Avaliam que a importância da saúde suplementar vai persistir na medida em que a saúde pública vai continuar incapaz de atender a toda a população brasileira e que, dentro da saúde suplementar, são os planos coletivos os preferenciais, até por serem reivindicados pelos trabalhadores como um direito seu.

Para falar do presente das operadoras, neste grupo foi feita uma longa análise de todos os aspectos envolvidos no mercado dos planos coletivos de saúde. Alguns pontos desta análise são listados a seguir:

- A legislação da ANS está sendo muito restritiva e até impedindo um pouco da competitividade que, de forma insipiente, havia no setor. Na percepção do entrevistado, ela pode intermediar de maneira mais efetiva, mas com regulações muito melhores.
- Referindo-se a um passado recente, foi lembrado que as seguradoras, nos anos 1990, desistiram de atuar com planos individuais devido ao risco a que ficavam submetidas com uma regulação forte que determina inclusive um reajuste nacional único.
- O custo dos planos coletivos não vai baixar; ao contrário, tende a subir na medida em que a negociação está engessada pela regulação.

Então essa opção do empresário, algumas não são excludentes, uma cirurgia cardíaca, fisioterapia, tem algumas cirurgias, por exemplo, poderia dizer que não quero, mas a modelagem que existe hoje, a maneira como são obrigados a ser entregues, acho que talvez eleve bastante o custo e fique difícil. As regras hoje que abrangem o Brasil inteiro, enfim, existem algumas regras da agência que penalizam realmente o custo do serviço.

- Outro aspecto a ser considerado, inclusive pela ANS, é a interferência do Judiciário: concede liminares para que os planos paguem o que não está contratado; limita o reajuste; impede a rescisão contratual unilateral prevista em contrato e permitida pela regulação da ANS, entre outras coisas.

O Judiciário interfere na possibilidade de rescisão seja (...) limitando a sua possibilidade de equilibrar o contrato por meio de reajuste, seja impossibilitando a possibilidade de rescisão unilateral. A agência (...) nos permite atuar dessa forma, mas o Judiciário não aceita ou não reconhece boa parte dessa medida, aquela ação da agência que, permitindo isso, visa a um equilíbrio do sistema. O Judiciário interfere de uma forma bastante importante quanto a ANS.

- Um participante montou um quebra-cabeça do qual fazem parte as operadoras, as empresas contratantes, os sindicatos de trabalhadores, os próprios trabalhadores, os prestadores de serviço e os fornecedores de materiais cirúrgicos, analisando o papel de cada um deles e concluindo que o foco da mídia e da opinião pública acaba por ser somente a operadora que intermedeia o usuário e o prestador de serviço.

-

Então a gente acaba entendendo que esse mercado (...) é muito grande pra pouco foco; na verdade o que está sendo foco maior são as operadoras. (...) A gente vê o foco da própria ANS, o foco da própria opinião pública, da imprensa em cima das operadoras, sendo que você tem outros elementos aqui que acabam deturpando todo [o] mercado. Então mais uma vez mexer no efeito e não na causa, sendo que é mais fácil aplicar legislação sobre as operadoras porque foi [criada] (...) uma agência que (...), em tese, (...) é mais política do que técnica: a SUSEP é muito técnica e a ANS é muito política.

Percepção acerca da existência de mecanismos nas operadoras para captar as críticas e sugestões dos usuários

A pergunta não foi bem compreendida inicialmente, o que levou os participantes a responderem acerca dos mecanismos de comunicação entre empresa contratante e operadoras, que eles consideram obrigação contratual. Recolocada a pergunta pela facilitadora, foram então unânimes em afirmar que os canais de comunicação dos usuários com as operadoras não só existem e são bastante diversificados – *e-mail, site, telefone*, pessoas no RH – como estão sendo cada vez mais aprimorados.

Percepção acerca da relação entre a empresa contratante e as operadoras de plano de saúde privado

Os participantes tem a percepção que as operadoras procuram oferecer planos que atendam às necessidades e possibilidades das empresas contratantes, obedecendo aos limites traçados pela regulação restritiva da ANS. Procuram uma relação permanente,

com flexibilidade suficiente para o atendimento das situações excepcionais trazidas pelas empresas. Estabelecem uma relação de grande aproximação com o RH das empresas, sendo este o principal canal de comunicação entre operadoras e empresas contratantes.

Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas

A percepção dos participantes sobre este aspecto da questão dos planos de saúde coletivos foi no sentido de que a relação do sindicato com a operadora é indireta, pois a intervenção sindical se dá junto à empresa contratante.

Ressaltam que é comum nas mesas de negociação as empresas apresentarem propostas advindas da representação sindical, às vezes até extrapolam o rol de procedimentos definido pela ANS. As reivindicações também podem ser relativas ao nível de subsídio que a empresa vai dar para o funcionário arcar com o plano, mas tudo isso é indireto com relação à operadora.

Outro entrevistado levantou que a interferência do sindicato também pode levar a ações trabalhistas e, neste sentido, deve ser olhada com atenção. Para esta pessoa, o principal papel do sindicato no que diz respeito aos planos de saúde seria o de orientar os funcionários para o bom uso do plano.

Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde

A percepção dos participantes é que há um excessivo rigor intervencionista da ANS em relação aos reajustes dos planos privados individuais. Manifestam preocupação com a possibilidade de intervenção da ANS no reajuste dos planos coletivos.

Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde

Neste grupo, a discussão girou em torno de como se dá hoje a questão do tratamento de acidentes e doenças do trabalho via planos coletivos de saúde.

O primeiro ponto levantado foi que, legalmente, estes itens não estão incluídos no plano geral de saúde, embora algumas operadoras optem por assumi-los por razões variadas que incluem a dificuldade de identificação dos casos.

A maneira usual é negociar termos aditivos específicos que não são obrigatórios e sim de decisão da empresa contratante. Obviamente esta inclusão do termo aditivo gera custos adicionais para a empresa. Pensando no bem-estar de seus funcionários, mas também na não ampliação de custos, cada vez é maior o número de empresas que desenvolvem campanhas de segurança e prevenção de acidentes que identificam como os mais frequentes. A existência dessas campanhas e o seu grau de efetividade são levados em conta pela operadora na hora de propor um termo aditivo.

Naqueles casos em que o tratamento de uma doença, seja ela do trabalho ou não, está em curso quando ocorre um desligamento do funcionário ou a troca de operadora, o mais usual é que o tratamento seja continuado pela nova operadora, mesmo que sob a responsabilidade de outros profissionais. Excepcionalmente, a antiga operadora continua responsável, o mais das vezes por determinação judicial.

A situação também é meio complicada quando existe essa necessidade de tratamento. O empregado é demitido ou [há] uma rescisão contratual com a empresa, a nova empresa que vai assumir tem que levar tudo, por vezes um não avisa [ou] por algum motivo ele é esquecido lá, é uma paciente que está em tratamento, ela fica esquecida lá. E aí o que acontece? A pessoa doente fica na operadora antiga e o Judiciário vem [e] fala: espera um pouco, para a nova não vai. Então vai ficar nessa operadora antiga com plano individual, (...) ela acaba ficando lá, isso também é muito complicado; alguém há que assumir que na verdade não seria a operadora antiga.

Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa

Este assunto já tinha surgido algumas vezes na discussão e foi mais explorado nesta questão específica do roteiro.

De início, os entrevistados esclareceram que o direito legal por aposentados e demitidos é da empresa e que, no caso dos aposentados, existem duas formas de fazer isso: uma é deixar que permaneçam na carteira dos ativos, ainda que pagando integralmente a mensalidade, e outra, é criando um quadro à parte só para eles. Ambas as soluções são problemáticas porque, na primeira, eles oneram os custos da carteira dos ativos e, na segunda, a carteira não se sustenta com seus próprios recursos. Assim, o que geralmente ocorre é que a empresa subsidia o plano dos aposentados. Ou seja, nas

palavras do entrevistado, esta é mais uma situação na qual se “*impõe a obrigação mas não prevê a oportunidade de remuneração*”.

Como o aposentado se transforma num fator de desequilíbrio do sistema, a agência reguladora deveria buscar o equilíbrio, pois, no limite, o SUS não dará conta de se responsabilizar por este contingente, que é grande – o entrevistado fala de 200 mil pessoas –, se eles não puderem mais ficar nos planos.

Outro entrevistado disse que com os demitidos não é muito diferente, ainda que seja mais fácil para a operadora fiscalizar se ele já se reinscriu no mercado, não tendo, portanto, qualquer razão para estar no plano de seu ex-trabalho. O mais comum é negociar um prazo, que costuma ser de no mínimo 1 mês e no máximo 2 anos, para que ele permaneça. Este prazo é, às vezes, excedido por postura da empresa ou por decisão judicial.

Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS

A percepção expressa pelos representantes das operadoras no GF é de que a ANS deveria ser um órgão de fomento do setor, mas que ela termina sendo um órgão de fomento epidemiológico, tendo uma regulação restritiva com relação ao produto. Que a ANS enxerga parcialmente o mercado e que está fora da realidade nas necessidades do setor, inclusive por causa do “*famigerado rol de procedimentos*”. Expressam ainda que a ANS deveria regular o mercado, mas não o faz porque tem uma atuação política, porque passa a obedecer a políticas de governo e não de Estado. Consideram que a ANS está excessivamente burocratizada, a ponto de querer regular inclusive o site das operadoras na Internet.

Na visão dos membros do GF a ANS se nega a desempenhar seu papel junto aos prestadores, cedendo à pressão dos hospitais, laboratórios, indústrias farmacêuticas e dos médicos.

Consideram ainda que a ANS tem uma atuação fragmentada entre as diversas diretorias.

Mas hoje a ANS ela regula a conduta das operadoras, ela tem uma regulação absolutamente restritiva com relação ao produto, quer dizer, diante de todo esse objetivo das operadoras de oferecer um plano que caiba no orçamento da empresa, que caiba no orçamento do empregado é aquela coisa que ANS se descola do mundo, da

realidade em termos absolutos e quer que as operadoras ofereçam tudo aquilo que a sociedade está demandando através do famigerado rol de procedimento; A ANS não é um órgão de fomento do setor, ela é um órgão de fomento epidemiológico, é isso que a ANS é, ela enxerga parcialmente o mercado, ela só enxerga que o mercado tem que ter o produto, ela não enxerga que o mercado tem que ter operação; A ANS se afasta muito da realidade hoje do país, de uma demanda cada vez mais voltada para o equilíbrio de relações para que o setor de saúde possa sobreviver. A ANS não é uma agência só, ela são tantas agências quanto suas diretorias.

Manifestam ainda a preocupação com a regulação dos planos coletivos, considerando que essa regulação não é necessária, que o mercado pode se auto-regular na relação entre empresas contratantes e operadoras e atribuem essa preocupação a relação política da ANS com os sindicatos. Expressam que o encarecimento e o conseqüente não oferecimento mais de planos individuais tem a origem na excessiva interferência e na imprevisibilidade política da atuação da ANS.

Eu acho que a ANS, abriu uma nova linha de regulação exatamente a regulação dos planos coletivos e vocês estão conversando conosco, já como o produto dessa convivência, dessa relação no plano político. Eles querem desenvolver essa parceria com os sindicatos, associações e o DIEESE que eu suponho esteja participando disso também dentro deste contexto da ANS. A ANS vê com preocupação essa questão dos planos coletivos e quer que o trabalhador seja representado através do seus sindicatos, propiciando, inclusive, essa consulta.

O que se escuta da agência é que as políticas traçadas por ela são indutoras, indutora que quer dizer estimular que as pessoas tenham assistência, que elas tenham acesso a saúde de uma forma em que elas possam ter uma condição de vida, melhor. Teoricamente isto é dito de uma forma assim em qualquer reunião, mas na verdade saúde não tem preço, mas têm custo e esse custo tem que ser medido, não adianta você ter política indutora, planejamento familiar, bem estar, tratamento de dependente químico, tudo isso que é muito lindo, maravilhoso, se você não tiver um planejamento econômico, contando com as operadoras, contando com um sistema como um todo. A regra não fica clara: quando você fala em iniciativa privada você fala de investimento - é lógico -, e quando o investidor vai olhar um cenário desse, enxerga todas essas dificuldades, falta de uma coerência, não clareza nas posturas, o investidor diz: esse mercado é muito complicado, esse mercado não é previsível, é inseguro. Quando você tem um órgão com uma atuação técnica dá segurança, você consegue atuar nisso e saber o seguinte: como será você daqui a alguns anos.

No nosso caso da ANS esse ato político que você tem de mudança de mandato do presidente em ano eleitoral, tudo que a gente já viu em anos anteriores e o fato da gente não oferecer mais produtos individuais também teve esse motivo. Nessa situação atual o mercado fica muito preocupado com o futuro de como vai ser investimento, o operador está muito preocupado com o custo disso daí, é o que pesa no bolso dele, o artigo 30-31 dos demitidos aposentados que vêm

como subsídio, e aí você acaba na justiça porque, a interpretação na verdade faz com que essa conta está sendo paga por todo o sistema.

Sugestões para melhorar a saúde pública e privada no Brasil

Muitas foram as sugestões apresentadas de maneira direta, a maior parte delas voltadas para a saúde suplementar, mas algumas em conjunto para os dois setores, já que há a percepção de que a maior importância da saúde suplementar deve-se ao fato de que a pública não tem, agora nem no futuro, condições de atender a toda a população.

- Mudar a postura da agência reguladora.
- A atuação dos sindicatos deveria ser restrita a informar o empregado sobre como bem utilizar seu plano, já que ele não é parte legítima do contexto.
- Chamar o Judiciário e outros atores que interferem para uma discussão.
- Ouvir, de fato, as operadoras quando da realização de consultas públicas.
- Deixar o setor mais livre.

Eu continuo insistindo que eu acho que tem que deixar, de uma certa maneira, o setor um pouco mais livre. Regula, mas deixa uma certa liberdade pra que a gente possa trabalhar, exercer a atividade, a livre concorrência, dirigir o seu negócio.

- Estimular o mercado para que ele cresça: “o mercado hoje é regulado de uma forma muito política.” Existem hoje 1.700 operadoras, mas algumas delas detêm 90% do mercado.
- Estabelecer regras para a entrada de novas empresas e de novos tratamentos no rol de cobertura.
- Estimular o debate entre os diversos atores envolvidos.
- Rediscutir a lei com toda a sociedade para que ela estabeleça regras claras.
- Promover campanha de educação pública com relação ao uso responsável dos planos de saúde.
- Buscar o crescimento responsável para que mais pessoas possam utilizar a saúde suplementar.
- Investir mais dinheiro na saúde pública.
- Reduzir o desperdício que existe, mais acentuadamente, na saúde pública.
- Incluir na formação do médico noções de custos e iniciativa privada.

Salvador: Outras operadoras

➤ Antecedentes

Além da lista original preparada pelo DIEESE com base no cadastro da ANS, foram incluídas as operadoras registradas nas fichas socioeconômicas preenchidas pelos participantes dos demais Grupos Focais acontecidos em Salvador (titulares, empresas e dirigentes sindicais), operadoras presentes nos dois outros municípios pesquisados para verificação se atuavam também em Salvador e fontes locais (indicações de moradores da cidade e listas telefônicas, Páginas Amarelas). Esta última fonte acrescentou mais duas operadoras à lista original: a Santa Saúde e a Nordeste Saúde Empresarial. As providências acima mencionadas foram necessárias para ampliar, o máximo possível, o número de prováveis participantes do Grupo Focal, em virtude do pequeno número de operadoras do cadastro original.

Os primeiros contatos mostraram que uma parte das operadoras do cadastro-base (6 de 19) não tinha condições de participar da pesquisa. Os motivos mais frequentes apontados foram: ausência de escritório em Salvador ou o fato de não operar mais com plano de saúde na Bahia; a empresa passou por liquidação extrajudicial ou por problemas de ordem financeira; e presença de outra representação local, já constante do cadastro.

Do cadastro final, a partir do qual foram realizados os convites, fizeram parte apenas 13 operadoras. A orientação para a realização dos convites enfatizou a necessidade de se entrar em contato com a pessoa responsável pela área técnica dos planos de saúde. Ao final dessa etapa, 6 operadoras confirmaram presença e todas compareceram ao Grupo Focal, fato considerado muito favorável, uma vez que é bastante comum acontecerem algumas desistências mesmo após a confirmação. Apesar de o número de participantes não ser muito grande, ele representou uma parte substancial do universo existente naquela localidade.

De forma geral, as pessoas contatadas ficaram bastante interessadas em participar do Grupo Focal. As que não puderam comparecer alegaram, principalmente, a existência de outro compromisso e, em segundo lugar, a não autorização por parte de superiores.

➤ **A realização do GF**

O GF realizou-se em dependências do Hotel Tropical da Bahia, situado à Av. Sete de Setembro, 1.537, em Salvador, Bahia, no dia 29 de outubro de 2009, às 19 horas e 30 minutos, com duração aproximada de 1 hora e 39 minutos.

O relator observou que a atividade ocorreu tranquilamente e que os participantes buscaram colocar as principais questões e desafios enfrentados pelas empresas do setor, até porque a regulação afeta diretamente os interesses das operadoras de saúde. Neste sentido, verificou-se que os participantes estavam atentos e bastante envolvidos com as discussões. Além disso, algumas pessoas presentes já se conheciam e mostraram certa simpatia pelas colocações de seus pares. Todavia, pareceu-me que dois participantes não tinham esta familiaridade com as pessoas ali presentes e se mantiveram um pouco distantes em relação às colocações dos demais participantes, apesar de estarem atentos às discussões e, sempre que oportuno, colocarem suas observações.

Um aspecto que chamou a atenção também foi a presença do xxx, que, por algum motivo, talvez por sua longa experiência e tempo atuando no ramo, gerou em alguns participantes um comportamento, ainda que discreto, de respeito pela sua presença e por suas colocações.

➤ **Principais pontos levantados na discussão**

O que se pretende aqui é sistematizar as idéias que emergiram das discussões, à luz das questões a que se pretendia responder. Procurou-se listar todos os aspectos mencionados, independentemente de sua recorrência ou originalidade.

Percepção acerca do mercado atual e futuro dos planos de saúde coletivos privados

Os entrevistados tinham claro o que veem para o futuro do setor, e essa visão era bastante consensual. Começaram a responder por este caminho à pergunta e, um a um, foram apenas agregando novos aspectos à percepção descrita em primeiro lugar:

- Consolidação do mercado: a regulamentação vai levar a que só os competentes sobrevivam – poucas e grandes operadoras é que vão sobreviver.
- Assistência muito bem gerenciada.

- Todos os envolvidos terão maior conhecimento sobre o que pode e o que não pode ser feito.
- O foco será no cuidado com a saúde, na medicina preventiva e saúde coletiva. Caso esta mudança de foco não ocorra, nem as grandes operadoras sobreviverão.
- Necessidade futura de apoio político.

O que eu gostaria de colocar, como foi falado aqui, é a questão, olhando lá no futuro, realmente [d] a necessidade de um apoio político. Por quê? As operadoras (...) não vão por muito tempo sustentar o que é de fato, hoje, uma responsabilidade da saúde pública, o que é de responsabilidade do governo, e a gente sente que cada vez mais isso é repassado para as operadoras. Então lá na frente, falando em 10, 15 anos, não sei, isso vai chegar no momento de que realmente, como foi colocado, é um cheque em branco uma apólice de saúde.

O mesmo tipo de comportamento dos entrevistados verificou-se ao discorrerem sobre a situação atual:

- A ambivalência hoje existente entre o código do consumidor, que diz que tudo pode, e a regulamentação da ANS, que limita a um rol de procedimentos aprovado, terá que ser superada.
- Problemas com o rol de procedimentos da ANS que não inclui coisas simples e necessárias a grandes parcelas da população e inclui coisas complexas que, muitas vezes, poderiam ser substituídas por outras sem perda de resultado para o cliente.
- A ANS deveria regulamentar também a implantação de tecnologia de ponta. Alguns procedimentos extremamente sofisticados e adequados somente a algumas patologias acabam se generalizando e criando uma demanda nem sempre necessária. Exemplo disso é o exame PET²⁵ (descrito como um tipo especial de tomografia), para a realização do qual existiria apenas 1 aparelho na Dinamarca e 3 na Av. Paulista, em São Paulo!
- Necessidade de que a ANS se posicione diante do Judiciário, que interfere de maneira inadequada na relação entre os atores do processo: operadoras, empresas e usuários. As principais interferências citadas foram: nos reajustes capazes de restabelecer o equilíbrio; não respeito à violação de regras

²⁵ O PET Scan (ou PET/CT), é a sigla para Positron Emission Tomography ou, em português, Tomografia por Emissão de Pósitrons.

contratuais pactuadas, tampouco ao rol de procedimentos estabelecido pela ANS; não entendimento de que a multa contratual é devida pela empresa e não pela operadora; na reintegração de usuários individualmente a planos coletivos dos quais a empresa já se desligou.

É necessário que a ANS se posicione junto ao Judiciário. O Judiciário (...) é hoje favorável, inclusive, ao plano coletivo. Nós temos um acordo em comum: quando a gente fechou um contrato, assinou um contrato, nós estamos pactuando cláusulas e situações. Temos a flexibilidade no plano coletivo e a gente vê que o Judiciário hoje (...) está interferindo nessa relação e eu acho que, se rapidamente não for feita alguma coisa, a ANS não tomar uma postura, uma posição junto ao Judiciário, (...), acho que nem os grandes ficarão.

- Necessidade de atuação conjunta das operadoras em assuntos de interesse comum. Mais adiante, os participantes pensam em transformar o próprio grupo da pesquisa em um embrião das reuniões conjuntas que precisam virar rotina entre eles.

Percepção acerca da existência de mecanismos nas operadoras para captar as críticas e sugestões dos usuários

Todos os participantes foram unânimes em responder “sim” a esta pergunta e passaram a descrever como eram esses mecanismos em suas operadoras: os meios mais frequentes eram o *site* e o *e-mail*, mas as descrições deram mais detalhes.

- *Site* de acesso exclusivo para usuários que é muito utilizado e que dá retorno no prazo máximo de 48 horas.
- Nos planos corporativos existem também canais próprios de comunicação.
- Serviço específico que centraliza todas as demandas feitas à operadora, por qualquer via, e que dá o retorno para o demandante. O nome do serviço é significativo: “Paixão pelo cliente”.
- Canais diretos via ouvidoria, *e-mail* e central de atendimento 24 horas. Tudo é registrado, gravado e remetido para as áreas específicas para solução e retorno ao demandante.
- Atendimento presencial.

- Central de relacionamento para orientar os clientes que inclui até o serviço de marcação de consultas.

Todos declararam que os canais de comunicação são bastante acessados, e houve o consenso de que as reclamações mais comuns dizem respeito à rede credenciada e ao motivo da não autorização de algum procedimento. Acrescentaram que, na maioria das vezes, isso ocorre porque a empresa não deixa claro para o usuário o “desenho” do plano que foi contratado.

Percepção acerca da relação entre a empresa contratante e as operadoras de plano de saúde privado

Esta questão, neste grupo, foi colocada como dinâmica de abertura junto com a apresentação, resultando no seguinte quadro:

- Aspectos positivos:
 - ⇒ Viabilizar para o trabalhador e seus dependentes a posse de um plano de saúde que ele não poderia ter de forma individual.
 - ⇒ As representações regionais dos planos nacionais facilitam as relações com as empresas locais.
 - ⇒ Nas palavras de um dos participantes: *“intermediar a saúde, dar assistência qualificada para uma quantidade representativa de pessoas.”*
- Aspectos negativos:
 - ⇒ Não entendimento pela empresa da questão da sinistralidade.
 - ⇒ Empresa e usuários não acatam a não cobertura de algum procedimento em função mesmo da regulamentação da ANS.
 - ⇒ Dificuldade de ser uma cooperativa.
 - ⇒ A necessidade de “mutualismo”: *“muita gente tem que estar cooperando financeiramente para criar uma caixa para quem precisa realmente usar o plano.”* A operadora recebe para poder

“prestar a saúde”, mas não sabe quanto vai gastar. *“Assina um cheque em branco para saber no final do mês de quanto ele será.”*

⇒ Dificuldades relativas ao plano dos inativos (o assunto será retomado quando da questão específica sobre a permanência dos aposentados no plano).

Vale chamar a atenção para o fato de que os usuários sempre se referiam ao seu plano de saúde com este nome ou como convênio, enquanto os representantes das operadoras, muitas vezes, nomeavam o plano como “produto” e o usuário como beneficiário ou cliente, evidenciando bem que estavam em outra posição na situação.

Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas

A percepção dos participantes sobre este aspecto da questão dos planos de saúde coletivos foi bem diversificada:

- Havia a posição de que a relação depende da força do sindicato, mas que a pressão sindical é sempre política e não “racional” e afeta a gestão das operadoras. A maior demanda é por inclusões na rede credenciada. Quando o sindicato é forte, o diálogo é desigual – em uma reunião grande, são dois representantes da operadora diante de uma platéia que reivindica, convocada pelo sindicato. Mesmo assim, a negociação tem sido possível. É preciso que seja entendido que algumas reivindicações não são atendidas por deficiências do mercado, e não do plano. Exemplo: pediatria de emergência em Salvador cuja oferta é quase inexistente por não serem encontrados profissionais que atuem desta forma.
- Outra posição dizia respeito ao fato de que a negociação empresa/operadora é feita sem qualquer interferência do sindicato, sendo a relação deste mais direta com a empresa.
- Um importante instrumento de facilitação das relações com o sindicato tem sido uma nova regulamentação (referida como 195) que disciplina os pedidos de inclusão nos planos coletivos, pois lista as condições de ingresso via associações em geral.

Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde

A discussão em torno desta questão esteve totalmente voltada para as dificuldades das operadoras no momento de efetuar os reajustes. No bojo da discussão, destacaram-se os seguintes aspectos:

- A ANS deveria ser mais rígida e pontuar a necessidade do reajuste por sinistralidade.
- Há o problema da rotatividade de operadora porque no momento do reajuste outra operadora oferece valores menores do que os da anterior reajustados pela sinistralidade. Isso leva algumas operadoras a nem entrarem na concorrência porque já sabem que, no ano seguinte, estarão na mesma situação da operadora que está sendo dispensada agora.
- Existem empresas que não estão em condições de enfrentar nem mesmo o reajuste que a ANS estabelece para os planos individuais. Diante disso algumas seguradoras são inflexíveis: fazem os cálculos e é “pegar ou largar”. Contudo, a maioria das operadoras negocia e chega a índices de reajuste abaixo do que seria devido pela sinistralidade.
- Outra forma importante de controlar os custos, contendo o uso indisciplinado e inconsequente do plano, é a introdução do “fator moderador”, ao qual o movimento sindical é contrário, tendo conseguido expurgá-lo de muitos acordos empresariais. As operadoras têm estudos que mostram que o uso livre da carteirinha gera um desperdício de cerca de 30%, sendo este o percentual de exames efetuados sem que o seu resultado seja procurado pelo usuário do plano.

Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde

A idéia é muito bem recebida pelo grupo de representantes das operadoras, e tida mesmo como “salvadora”. Consensualmente, admitiram que o ideal é incluir um termo aditivo no contrato do plano empresarial porque a operadora acaba sempre atendendo às doenças de trabalho e, às vezes, também ao acidente de trabalho. Algumas vezes

“finge” que não percebe do que se trata e outras vezes mostra-se atenta e alerta a empresa de que o atendimento é indevido pelo contrato vigente. Além disso, muitas vezes, o plano é obrigado pelo Judiciário a dar cobertura. Assim, as empresas atualmente pedem à operadora os custos do plano com e sem esse aditivo e, aos poucos, vão entendendo a necessidade de contratá-lo. Por outro lado, para as operadoras isso significa receber por um serviço que, via de regra, acaba prestando realmente.

Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa

Este assunto surgiu espontaneamente no grupo como sendo uma dificuldade no relacionamento entre operadora e empresa e foi mais explorado nesta questão específica do roteiro.

Os entrevistados mencionaram que este é um dos aspectos que não fica claro na regulamentação da ANS e que, mesmo usando os canais de comunicação que ela tem com as operadoras, nem sempre as respostas encerram o assunto. Vários exemplos foram citados que seguem suscitando dúvidas, relativos à exclusão de pessoas dos planos coletivos.

Foi dito que o procedimento mais comum no caso dos aposentados é permanecerem no plano sem receber subsídio da empresa para pagá-lo, e torna-se praticamente um “individual no plano coletivo”. Tal situação não satisfaz a empresa porque, apesar de não ter o ônus financeiro, o uso do plano pelo aposentado interfere na sinistralidade geral. Do mesmo modo, a situação não satisfaz a operadora, que tem de ficar atenta aos pagamentos efetuados pelo usuário sem vínculo com a empresa no que diz respeito ao plano de saúde.

Quanto aos demitidos, o usual é que permaneçam temporariamente no plano por um período após o afastamento da empresa.

Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS

O grupo viu aspectos positivos e negativos na regulamentação:

- O aspecto positivo levantado é que vê a regulação como benéfica para as operadoras é que a regulamentação trouxe uma padronização para a oferta e facilitou a concorrência. Com ela, em vez de cada operadora oferecer um tipo de cobertura diferente, todas se esforçam para cumprir a cobertura determinada pela ANS.
- Os aspectos negativos são:
 - ⇒ a não fiscalização;
 - ⇒ a falta de estrutura adequada da ANS;
 - ⇒ os custos que a operadora tem para se adequar à regulamentação e que não podem ser repassados para os clientes.

Vale ressaltar que, como foi visto anteriormente, a visão de presente dos entrevistados para o setor dos planos de saúde inclui novas e mais rígidas intervenções da ANS no setor.

Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil

Muitas foram as sugestões apresentadas de maneira direta:

- Priorizar a educação em geral e a sanitária, em particular.
- Promover a educação, o emprego e a distribuição de renda como formas primárias de promoção de saúde. Pensar nisso na hora de votar consciente.
- Reduzir o desperdício que ocorre ainda com maior intensidade na saúde pública.
- Reduzir a distância entre as ilhas de excelência, representadas por alguns hospitais públicos, e a base da pirâmide, em que o acesso a qualquer procedimento de complexidade média é difícil.
- Nas palavras do próprio entrevistado: *“mais recursos e gestão qualificada porque, com a gestão que tem hoje, mesmo aumentando o aporte financeiro, não iria resolver.”*
- Valorizar a saúde pública e seus profissionais: melhor remuneração, mudança de cultura e melhores espaços físicos e aparelhagens para o atendimento.
- Atuar conjuntamente em todas estas frentes.

Na verdade, é um resumo de tudo isso; é você pegar o recurso que existe hoje e fazer uma gestão mais adequada da saúde; você tem uma melhoria da condição de vida da população: é uma melhoria sanitária, uma melhoria na educação, porque, [se] você atuar numa frente só, não vai funcionar. Não adianta você aumentar o recurso e não aumentar a gestão de serviço e, ao mesmo tempo, se você não atuar no outro ponto, que é a questão educacional, questão sanitária, questão de prevenção, a coisa nunca vai fechar. É basicamente isso, então, é o resumo do que os três falaram.

Aspectos complementares

No caso deste grupo, as falas destacaram, para além do tema em discussão, considerado mundialmente como difícil, o interesse dos participantes pelos resultados da pesquisa, tanto em seu caráter de trabalho em si como nos frutos que ela pode render para o aperfeiçoamento do sistema de saúde do País. Louvaram a iniciativa e gostaram de suas opiniões terem sido alvo do interesse da ANS.

A importância desse evento, no sentido de nós agora sermos ouvidos pela Agência Nacional de Saúde, porque essas informações aqui compartilhadas (...) vão ser repassadas para a ANS, e o que a gente sentia muitas vezes era que a ANS tomava todas as decisões sem ouvir as operadoras, sem ouvir o nosso lado, sem ouvir quais são os problemas que nós temos no dia a dia e por que enfrentamos esses problemas no dia a dia; então, talvez, e é o que eu sinceramente espero, (...) essas informações cheguem à ANS e ela possa aplicar as mudanças que tiver de aplicar, realmente sendo um benefício para todas as partes envolvidas nessa relação.

Porto Alegre: Outras operadoras

➤ Antecedentes

A relatora mencionou longamente a *via crucis* que foi a montagem desse grupo. Alguns trechos do seu relato são incluídos abaixo para dar uma idéia das dificuldades enfrentadas no processo.

Dos Grupos Focais realizados para esse projeto, sem dúvida esse foi o que apresentou maiores obstáculos para se montar. Para esse grupo, assim como para os demais, era necessária a confirmação de, no mínimo, oito empresas operadoras de plano de saúde. As operadoras foram selecionadas a partir de uma amostra extraída das bases de dados da ANS com o nome e o *e-mail* dos possíveis representantes. Nas primeiras ligações, já se sentiu uma grande dificuldade em acessar esses representantes, basicamente por

dois motivos: número de telefone incorreto e o não conhecimento da pesquisa por parte das operadoras.

O primeiro contato foi realizado na data de 7/5/2009, na tarde de quinta-feira, por telefone, por mim. Dos telefones fornecidos, grande parte era de centrais telefônicas, nas quais não era possível comunicar-se com ninguém. Das onze empresas selecionadas, em apenas uma foi possível conversar com a secretária do administrador da operadora. Dada a dificuldade de entrar em comunicação por telefone, optou-se por enviar um ofício com o convite para a participação do Grupo Focal por *e-mail*. Novamente o retorno dado foi de apenas uma operadora, que questionou a participação da ANS e os objetivos desse Grupo Focal. No dia 12/5 retornei a ligação para essa operadora e expliquei o projeto, suas etapas e seus objetivos, bem como a necessidade da participação das operadoras. Ainda assim foram solicitadas maiores informações sobre a relação entre o DIEESE e a ANS.

Em virtude da dificuldade, foi solicitado junto à coordenação da pesquisa um ofício da ANS informando sobre o projeto e que este fosse enviado às operadoras. Ao mesmo tempo, foi feito um contato com a ANS no Rio Grande do Sul com o objetivo de atualizar os telefones de contatos. Os novos contatos foram realizados no dia 26/5, por mim, no período da tarde. Os nomes enviados pela ANS/RS foram fundamentais nesse aspecto. As operadoras fixadas no Rio Grande do Sul foram todas contatadas. Situação contrária ocorreu no caso das operadoras com sede no Rio de Janeiro ou em São Paulo. Dessas foi possível realizar contato apenas com uma operadora, que indicou o representante no Rio Grande do Sul para conversar.

Das onze operadoras selecionadas foi possível entrar em contato com apenas seis e esse terceiro contato, no dia 27/5, foi realizado de outra forma. Não era destacada a importância do projeto e da participação das operadoras, e sim que as possíveis modificações que a ANS fosse realizar com base nesse Grupo Focal não teriam as contribuições das operadoras. Isso alterou muito a recepção por parte das operadoras. Cabe lembrar que, nessas seis operadoras, há pessoas responsáveis por tratar assuntos exclusivos da ANS.

Em 28/5/2009, cinco operadoras confirmaram sua participação. O clima de desconfiança em relação à atividade permaneceu em todas as ligações e foi solicitado por todas as operadoras algum material que comprovasse a relação entre o DIEESE e a

ANS. Além disso, todas (com as quais foi possível contato) afirmaram não ter recebido nenhum ofício da ANS comunicando sobre a pesquisa.

➤ **A realização do GF**

O GF realizou-se em dependências do Hotel Comfort, situado à Rua Loureiro da Silva, 1.660, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no dia 2 de junho de 2009, às 14 horas. Das cinco operadoras que confirmaram a presença, apenas três compareceram, representando operadoras de atuação local. Como o trabalho também foi realizado em outros municípios, nos quais houve ampla participação de operadoras, inclusive de âmbito nacional, considerou-se pertinente incorporar o material colhido nesse grupo, que, como ficará claro ao longo desta seção, foi bastante rico e afinado com a fala das outras operadoras ouvidas.

Segundo observação da relatora, o clima do GF foi de atenção, respeito, mas também de desconfiança. Contudo, ao longo da atividade, os participantes foram colocando, sempre com muito cuidado, o ponto que, na visão das operadoras, parece ser o mais problemático: a atuação da ANS. Ao longo de toda a atividade, os participantes mantiveram-se em um clima sério e muitas vezes com respostas bem limitadas. Não houve um momento de descontração por parte dos participantes ou de avaliações pessoais. Estavam todo o tempo falando em nome da operadora. Apenas uma das participantes teve uma presença mais incisiva no grupo. No entanto, a sensação inicial é que seu objetivo é resolver os problemas presentes em suas atividades com a ANS. Isso ficou mais claro ao final do grupo, quando os participantes estavam tomando o café e ela elogiou a iniciativa da ANS em realizar essa atividade, pois não havia tido em outras oportunidades a possibilidade de falar suas dificuldades em relação à ANS.

➤ **Principais pontos levantados na discussão**

O que se pretende aqui é sistematizar as idéias que emergiram das discussões, à luz das questões a que se pretendia responder. Procurou-se listar todos os aspectos mencionados, independentemente de sua recorrência ou originalidade.

Percepção acerca do mercado atual e futuro dos planos de saúde coletivos privados

Como no GF de Salvador, os entrevistados tinham claro o que veem para o futuro, e estavam, em sua maioria, preocupados com a sobrevivência das pequenas e médias operadoras a partir das exigências da regulamentação da ANS. Posta a pergunta, imediatamente um participante “disparou” a seguinte fala:

A primeira coisa que me vem à mente é uma preocupação das operadoras médias e pequenas; a gente está inserida na média, com a perspectiva da continuidade somente das grandes operadoras ou das grandes operadoras assumirem totalmente o mercado em função da regulação, que hoje é bastante rígida; não que ela não devesse ser rígida, mas a preocupação é com a subsistência das pequenas e médias operadoras em algum tempo, algum prazo.

Houve uma voz discordante, mas muito mais colocando as possibilidades que percebe como abertas no mercado atual do que negando as dificuldades. Como possibilidade citou: o interesse crescente das empresas na saúde de seus trabalhadores, porque percebem que a doença e os afastamentos geram custos, o que abre um campo para a medicina preventiva; a demanda por planos de saúde, porque ainda são inacessíveis para uma parcela significativa da população; a necessidade de união entre as operadoras ao invés do isolamento. Tudo isso seria suficiente para absorver o impacto causado pela regulamentação e permitir uma busca de sustentabilidade pelas operadoras.

Percepção acerca da existência de mecanismos nas operadoras para captar as críticas e sugestões dos usuários

Todos os participantes foram unânimes em responder afirmativamente a esta pergunta e que há bastante contato direto entre titulares e dependentes e operadoras, apesar de o contrato ser empresarial. Mencionaram que, quando seus SACs, *call centers* e *sites* detectam que são os usuários de uma determinada empresa que estão entrando mais em contato com a operadora, enviam uma pessoa até lá para dar um plantão na empresa e sanar as dúvidas com mais propriedade.

Os participantes do grupo listaram as principais dúvidas, reclamações e críticas e sugestões. São elas:

- Dúvidas:

- ⇒ Relativas à inclusão de novos procedimentos no rol de cobertura, principalmente quando programas de TV divulgam novidades. Neste aspecto, surgem dúvidas e até atritos, pois, mesmo quando a inclusão é oficial, há que se respeitar um contrato antigo que ainda não é regido pelas novas regulamentações.
- ⇒ Relativas a carências e preexistência.
- ⇒ Relativas ao rol de procedimentos cobertos pelo plano: dificuldade de entender que procedimentos simples e baratos não são cobertos e outros caros e complexos são.
- ⇒ Relativas ao que é coberto no plano ambulatorial.
- ⇒ Relativas aos direitos dos aposentados e dos idosos e à manutenção do preço do plano após o beneficiário atingir uma idade determinada.
- Sugestões:
 - ⇒ Agilizar o atendimento.
 - ⇒ Credenciar novos profissionais.
- Críticas:
 - ⇒ Nas palavras do próprio entrevistado: *“a crítica maior é daqueles que mantêm o plano antigo, que na verdade a única coisa que a gente tem a dizer é que a empresa não quis atualizar o plano, ela quis manter naquele custo e com aquela cobertura. As críticas maiores são às que mantêm a cobertura anterior à lei, que tinham um pouco mais de restrição.”*
 - ⇒ Carências preexistentes, *“tipo termo de adesão”*.
 - ⇒ Relativas à agilidade do atendimento porque o médico pede uma urgência que nem sempre a operadora tem condições de atender, até porque diferencia “urgência” de “emergência”. Para tanto, uma ação de aproximação entre médico e operadora pode ajudar muito e tem sido tentada.

Percepção acerca da relação entre a empresa contratante e as operadoras de plano de saúde privado

A relação com as empresas contratantes foi vista como tranquila, havendo um momento “pós-venda” em que um novo contato é feito para que a operadora esclareça todos os pontos do contrato recém-firmado. Depois há um acompanhamento.

O que foi percebido como desagradável é a posição de fragilidade na qual a mídia lança as operadoras junto a empresas e beneficiários dos planos e junto à sociedade em geral. Segundo a mídia, as operadoras são aquelas que cobram e não querem prestar o serviço. São as vilãs do “pedaço”. Isso, de certa forma, é reforçado pela regulação, que vem sempre em favor do cliente, o que é visto como correto, mas também em favor do prestador, o que nem sempre é devido.

Esse conceito de que as operadoras são os vilões nessa atividade é que eu acho que prejudica muito, mas em relação aos clientes; [para] aqueles que têm o contrato ativo ou que estão chegando é tranquilo. Os serviços de pós-venda também a gente procura, esses maus entendimentos a gente tenta sanar, tenta suprir da melhor forma. A grande dificuldade é o conceito que se criou em torno das operadoras.

Também reforçando a tranquilidade do relacionamento com empresas e beneficiários, outro entrevistado ressaltou a importância de a operadora estar estruturada para esclarecer os beneficiários sobre as novidades de regulamentação, que nem sempre são divulgadas adequadamente na mídia. A cada novo procedimento incluído no rol ou mencionado pela mídia como disponível, “os clientes enlouquecem a operadora para obter a cobertura”. Por estar bem estruturado, entende-se ter um bom canal de comunicação para recebimento de críticas, dúvidas e sugestões e cumprir o estabelecido nos contratos, inclusive valorizando a medicina preventiva, que vem se mostrando muito mais barata.

Percepção sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas

Como em outros grupos, foi dito que isso depende muito da força do sindicato e que os fortes influenciam bastante na hora da contratação do plano pela empresa. Admitiram

que isso dificulta a negociação em alguns casos mas que, em outros, acaba sendo de grande valia para que o melhor plano seja escolhido.

Isoladamente, foi citado um caso de negociação em que o sindicato exigia que no contrato constasse que um percentual do plano iria para ele.

Percepção sobre o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde

A discussão em torno desta questão esteve voltada para os limites da negociação direta vigente nos contratos de planos coletivos. No bojo da discussão, destacaram-se os seguintes aspectos:

- A ANS interfere de alguma forma, ao estabelecer um intervalo de custos entre planos em torno de 30% para mais ou para menos, ainda que não estabeleça um índice anual de reajuste, como faz com os planos individuais.
- No caso dos planos coletivos, as dificuldades são ao nível do mercado mesmo, o que leva, às vezes, as operadoras a seguir o índice estabelecido para os planos individuais ou outros índices, como IGPM, por exemplo. Contudo, há outros critérios de reajuste bastante usuais, como pela sinistralidade da carteira e pela introdução de co-participação ou fator moderador no contrato, tudo levando em conta cálculos atuariais que dimensionam as necessidades de equilíbrio.
- Diferenças por faixas etárias ou por regiões também são levadas em conta para estabelecer o índice de reajuste. Para tanto, os contratos são monitorados ao longo do ano para que variações significativas na sinistralidade possam ser levadas até a empresa ainda com tempo de serem observadas e revertidas. Só ocorre a extinção do contrato se, de fato, torna-se impossível negociar um acordo viável para as partes.
- A possibilidade que as empresas têm de trocar de operadora para manter os custos também interfere muito na livre negociação.

A grande dificuldade com a empresa é isso; o público utiliza, aquele grupo de beneficiários utiliza bastante o plano, gera bastante despesa e a facilidade que a empresa tem de mudar de operadora e manter o custo pra ela, manter o mesmo. Aí vai pulando de operadora em operadora, dá despesa aqui, dá despesa na outra, dá despesa na outra, mas reajustar e pagar realmente um valor correspondente à despesa de seu grupo é mais complicado.

- Diferenciação de tamanho da empresa e de atenção a ela dispensada pela operadora *versus* igualdade de cobertura oferecida.

Nós trabalhamos, então, as empresas por faturamento, número de clientes e região; então, a gente consegue tratar cliente a, b, c de forma diferenciada. O cliente maior, que tem mais vidas, a gente está mais vezes com ele, trabalhando para atendimento de todos esses clientes, nas empresas menores em menor periodicidade, mas a atenção dispensada é a mesma, os benefícios deles são os mesmos.

Percepção sobre a inclusão do atendimento de acidentes de trabalho e doenças do trabalho no plano de saúde

Os entrevistados mencionaram que já existem termos aditivos aos contratos que são feitos pelas empresas, principalmente aquelas nas quais seus trabalhadores correm mais riscos. Só assim, eles aceitariam a inclusão dos acidentes de trabalho no rol dos atendimentos pelo plano. Como um simples aumento de custo do plano assistencial, não acham uma boa idéia: *“Realmente não dá pra colocar dentro do custo de hoje o acidente de trabalho.”*

Além disso, posicionaram-se diferentemente sobre acidente e doença do trabalho e reconheceram que esta, por ser de mais difícil identificação e pela relutância das empresas em assumir a responsabilidade sobre ela, já é atendida pelo plano. No caso dos acidentes, além da necessidade de notificação, eles hoje atendem como cortesia aos casos mais simples, mas não as internações e demais desdobramentos.

Essa questão de acidente de trabalho ainda é uma das poucas coisas que estão fora da cobertura pela nova legislação. No entanto, aqueles problemas mais simples, que são decorrentes do acidente de trabalho - um curativo, uma sutura, alguma coisa assim -, a gente termina atendendo para manter o bom relacionamento com os clientes. Agora, despesas mais complexas, hospitalares,[não]. O que a gente procura é deixar bem explícita para a empresa a necessidade que ela tem da comunicação; apesar do plano atender e dar cobertura daquele atendimento naquele momento do acidente, há a necessidade de comunicação do acidente de trabalho; isso não muda a responsabilidade da empresa.

Percepção sobre a manutenção dos aposentados, demitidos e exonerados nos planos de saúde coletivos contratados pela empresa

Houve duas posições quanto aos aposentados: uma que dizia não causar problema para a operadora porque a responsabilidade sobre o aposentado é da empresa, e outra que

dizia tratar o aposentado como manda a lei: que ele tem direito a continuar no plano pagando por sua conta para a empresa. Contudo, os dois participantes que assim se posicionaram enfatizaram que suas operadoras não se esforçam para que este direito se torne mais conhecido dos interessados. Aguardam apenas que as empresas passem os nomes.

Nada foi mencionado sobre demitidos e exonerados.

Percepção sobre a regulação governamental dos planos de saúde coletivos privados feita pela ANS

Houve consenso no grupo de que a regulação é necessária e os questionamentos foram centrados na forma como ela é feita. As queixas mencionadas foram:

- A questão dos prazos de entrada em vigor das novas normativas: são sempre muito mais curtos do que aqueles que as operadoras precisariam para preparar suas estruturas internas para absorvê-los. Foi dado o exemplo da recente norma sobre portabilidade de carências.
- As normativas e suas instruções, via de regra, não são suficientemente claras para permitir seu entendimento rápido pelas operadoras, gerando necessidade de consultas adicionais, cuja resposta não vem rapidamente e nem sempre é suficiente para nortear sua implantação e, até mesmo, de contratação de consultorias específicas, gerando custos adicionais para as operadoras.
- As normativas são sucessivamente alteradas depois que entram em vigor, para que a ANS proceda aos ajustes exigidos pela prática.
- Há limitações nos reajustes dos planos, mas não no rol de serviços que precisam ser prestados.
- Existem burocracias diversas que as operadoras têm de cumprir para promover o enquadramento do serviço demandado para que o beneficiário, o médico e o prestador do serviço possam ser adequadamente atendidos. Como exemplo, questão dos códigos dos diversos procedimentos, que nem sempre são do conhecimento dos médicos que fazem o pedido, mas que são indispensáveis para que os pagamentos sejam feitos. Resulta que o cliente reclama não do atendimento, mas do processo para realizá-lo.

- A não regulamentação de uma questão em relação à qual as operadoras são muito pressionadas e que permanece com livre negociação: o pagamento de valores mais altos aos prestadores.
- A unilateralidade da regulamentação que visa sempre ao cliente e não à operadora. Tal unilateralidade é percebida como forma de transferir para as operadoras responsabilidades que seriam do governo, da saúde pública.

O que a gente observa é que a ANS está sempre do lado do cliente, pra dar a ele o que realmente o governo não está conseguindo e provavelmente não vai mais dar e vai passar essa responsabilidade para as operadoras do plano de saúde. Eu particularmente discordo; eu acho que o Estado tem os seus deveres e ele precisa cumprir, e está jogando isso em cima das operadoras de plano de saúde.

- As consultas prévias levadas a efeito pela ANS antes de implementar uma nova norma não são valorizadas pelas operadoras, que as percebem como forma de legitimação do que já está decidido.

Isso nunca resolve nada porque [se] a agência determina colocar alguma coisa ela vai lá e coloca, não adianta nós entrarmos, questionar[mos] ou fazer[mos] qualquer tipo de colocação porque parece que eles tapam os ouvidos para a operadora e fica por isso, no momento que eles [querem] implantar alguma coisa, eles vão lá.

Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil

Com relação à saúde pública, as colocações feitas chamaram a atenção para os seguintes pontos:

- A importância de envolver os médicos em um processo de melhor encaminhamento dos pacientes, inclusive em termos de locais de atendimento, para que a decisão sobre público e privado (via plano de saúde ou particular) possa ser mais facilmente tomada.
- A necessidade de um maior envolvimento do governo no estabelecimento de regras claras que facilitassem ao povo o conhecimento dos seus direitos.
- Maior envolvimento do governo com a promoção da medicina preventiva.
- A necessidade de melhor distribuição, por parte do poder público, das “rendas”, hoje muito concentradas nas grandes capitais, gerando distorções no interior.

Outra do poder público é a questão de distribuir melhor as rendas, o que está sendo bem desfavorecido. Por exemplo, o interior tem os hospitais

bons, só que não tem pessoas para trabalhar naqueles hospitais; vem tudo pra capital, acaba saturando principalmente nessas épocas de frio, calor, inverno; então têm que ser distribuídas melhor essas rendas, esses recursos, que eu acho que é isso que falta.

No que se refere à saúde suplementar, um participante do grupo propugnou uma maior atenção por parte da ANS para com as pequenas e médias operadoras e sugeriu que a elas seja permitido oferecer planos mais baratos e com menor cobertura, mas que ainda seriam mais do que é oferecido pelo SUS.

Eu entendo que seria importante dar uma atenção às necessidades dessas operadoras e talvez uma boa opção seria a flexibilização da cobertura obrigatória. [Para] muitas empresas, isso parece soar negativo, principalmente quando se fala nisso, os PROCONs pulam e gritam contra isso, mas muitas empresas pedem um plano mais acessível que possa dar uma cobertura mínima aos seus funcionários, porque a cobertura completa a empresa não tem condição de oferecer e uma cobertura mínima é melhor do que nada, é melhor do que o SUS na saúde suplementar.

Aspectos complementares

Um assunto emergente foi bastante discutido neste grupo: a questão da transição dos planos antigos para os novos, que seguem a nova regulamentação. Foi enfatizado que, no momento em que houve a mudança, todos os planos, individuais e coletivos, tiveram a possibilidade de migrar para outros regidos pelas novas regras, mas que a questão dos custos pesou mais do que a das coberturas e houve muita permanência no plano antigo. A situação foi mudando aos poucos, mas, ainda hoje, há a vigência de planos coletivos e individuais pelas antigas regras.

VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este último capítulo faz uma síntese do perfil dos entrevistados e dos principais pontos por eles levantados nos diversos grupos; sistematiza as principais críticas e sugestões apresentadas; e ressalta as diferenças percebidas.

O resultado dos trabalhos, consubstanciado neste Relatório, mostra que os objetivos iniciais da pesquisa foram perseguidos ao longo de todos os GFs, e essa firmeza, em seu foco, permitiu que hoje se tenha um levantamento sistemático e abrangente das percepções sobre vários aspectos da questão da saúde suplementar, das semelhanças e diferenças regionais e de percepções entre os atores, das questões de fundo e das sugestões oferecidas para superar dificuldades e caminhar em direção à efetividade das ações. Tudo isso advindo da percepção dos diversos atores envolvidos com a saúde suplementar: titulares de plano, dirigentes sindicais, empresas contratantes e operadoras. Foram ouvidas ao todo 83 pessoas, de três municípios representativos em termos de contratação de planos coletivos de saúde – São Paulo, Salvador e Porto Alegre.

Perfil dos participantes

Os grupos aconteceram no período de 13/5 a 5/11 e contemplaram os seguintes agentes envolvidos no universo dos planos coletivos de saúde: usuários titulares, de 27/5 a 26/10; operadoras, de 1/6 a 29/10; empresas contratantes, de 22/5 a 5/11, e dirigentes sindicais, de 13/5 a 2/6. Foram ao todo 83 participantes em todos os segmentos pesquisados.

Considerando os usuários titulares e as operadoras, a maioria dos planos era do tipo “outras operadoras²⁶” (24), ou seja, diferente de autogestão (10).

Com base nos resultados mais frequentes, observados para cada um dos quesitos investigados, pode-se dizer que os participantes dos Grupos Focais eram predominantemente homens (42), mas com uma diferença muito pequena em relação ao total de mulheres (41); a idade média para o conjunto foi de 45,4 anos (mínima de 20 e máxima de 71); praticamente todos eram brasileiros (82), nascidos principalmente no estado de São Paulo (25); declararam-se de cor branca (60) e de religião católica. Na

²⁶ Cooperativas, Medicina em Grupo e Seguradoras.

família, eram principalmente “pessoa de referência” (43), casados ou vivendo em união consensual (53), com uma média de 2,3 filhos de qualquer idade e 1,6 (em média) com menos de 21 anos. Possuíam curso superior completo (52), com predominância na área de Administração (14). Grande parte trabalhava em empresas ou instituições pertencentes ao setor de serviços (63). Os representantes de operadoras e de empresas contratantes exerciam principalmente cargos de gerente, chefe, encarregado e coordenador (14) e tinham responsabilidade direta na contratação, monitoramento ou definição de regras dos planos de saúde (23). O rendimento médio de todos os grupos foi de R\$ 5.960,63, variando de R\$ 785,00 a R\$ 70.000,00; o rendimento mediano (valor central da distribuição) foi de R\$ 4.000,00. A participação em organizações da sociedade civil foi significativa somente para associações de classe profissionais (sindicatos), abrangendo um pouco menos da metade do total de participantes (40).

Grande parte possuía plano médico da empresa (74) e não tinha plano médico particular (73); mais da metade tinha plano odontológico da empresa (48) e muitos não tinham plano odontológico particular (74). Possuíam apenas um plano de saúde (58) e eram titulares dele (64); a média de tempo no plano foi de 9,9 anos, variando de menos de um ano a 40 anos, sendo o tempo mediano de 7,0 anos. A maioria dos participantes não utilizou o plano de saúde para acidente de trabalho (73), e os que utilizaram mencionaram como motivo os acidentes de trabalho e de percurso e o tratamento de queimaduras, e um pouco mais da metade havia utilizado o SUS (43). Uma boa parte do grupo de empresas contratantes (12 de 22) disse que o tempo médio de contrato, entre a empresa e a operadora, costuma ser de 2 a 5 anos.

A nota média dada para o plano de saúde dos usuários titulares os contratados pelas empresas ou os disponibilizados pelas operadoras foi 7,5 (mínima de 4 e máxima de 10).

- **Especificidades dos titulares**

As diferenças mais significativas observadas para o conjunto de usuários titulares, quando comparadas com o resultado obtido para o total de participantes, foram: a maioria de mulheres; a segunda idade média mais elevada dos quatro conjuntos de atores (48,7 anos); a existência de um participante não brasileiro; o menor número de pessoas nascidas no estado de São Paulo e a maior média de filhos menores de 21 anos (1,8 filho). O rendimento médio desse segmento foi o segundo maior, abaixo apenas do

observado para operadoras, mas o rendimento mediano (valor central da distribuição) foi o menor de todos os grupos (R\$ 3.050,00). A participação em organizações da sociedade civil foi pouco expressiva, com resultados pontuais apenas para associações de classe profissional (sindicatos), associações religiosas e esportivas ou recreativas.

Esse foi o único segmento em que todos os participantes possuíam plano médico da empresa e nenhum deles tinha plano médico particular. A maioria tinha plano odontológico da empresa e nenhum, plano odontológico particular. O tipo de plano mais frequente foi o de “outras operadoras” (10); um terço dos participantes tinha plano do tipo “autogestão” (5). A média de tempo no plano foi a segunda mais baixa observada (7,9 anos). Nenhum participante utilizou o plano para acidentes de trabalho e a maioria das pessoas não utilizou o SUS (9). A nota média atribuída ao plano de saúde que possuíam foi a segunda menor (6,9), a mais baixa de todas foi a do grupo de dirigentes sindicais (6,7).

- **Especificidades dos representantes das operadoras**

Para o conjunto de representantes de operadoras, os principais destaques foram: a maior incidência de mulheres; a maior média de filhos menores de 21 anos (1,8 filhos), a mesma obtida para usuários titulares; a maior presença de gerentes e gestores (7) e o grau de responsabilidade indireto (9), na definição de regras dos planos de saúde das empresas que representavam. Os rendimentos médio e mediano desse segmento foram os mais elevados de todos os registrados, sendo de R\$ 11.642,25 e R\$ 4.988,00, respectivamente. Essa foi também a maior diferença observada entre o rendimento médio e o mediano, resultado da inclusão do valor de rendimento mais elevado verificado em toda a pesquisa (R\$ 70.000,00). A participação em organizações da sociedade civil foi insipiente, com poucas informações apenas para associações de classe profissional (sindicatos).

O tipo de operadora mais frequente foi “medicina de grupo” (7). Quando agregadas em de “autogestão” e “outras operadoras”, o resultado mais significativo foi para essa última (14). O tempo médio no plano foi o mais elevado (12,9 anos). A maioria dos participantes não utilizou o plano de saúde para acidente de trabalho (17) e, apesar do menor número, também não utilizou o SUS (10). A nota média dada para o plano de saúde que suas empresas oferecem foi a mais elevada 8,9 (mínima de 6 e máxima de 10).

- **Especificidades dos representantes das empresas contratantes**

Os resultados mais significativos observados para representantes de empresas contratantes foram: a maior presença de mulheres (17); a menor idade média (40,6 anos), incluindo o participante mais jovem da pesquisa (20 anos); resultado idêntico para pessoas nascidas nos estados de São Paulo e Bahia (7 em cada um); a maior incidência de “cônjuges” para o quesito posição na família; o menor número médio de filhos de todas as idades (1,7) e também o menor para filhos menores de 21 anos (média de 1,3). Neste conjunto, para a escolaridade predominante (superior completo), o curso de Administração teve o maior número de registros (6) verificado na pesquisa. Os cargos mais frequentes, ocupados pelos representantes das empresas contratantes, foram chefe, coordenador e encarregado, e o grau de responsabilidade na contratação dos planos de saúde foi “direto” para a maioria deles (17). A participação em organizações da sociedade civil foi, de forma geral, pouco significativa.

Esse grupo apresentou os menores tempos médio e mediano no plano de saúde, 7,7 e 5,0 anos, respectivamente. A maioria dos participantes (12) respondeu que o tempo médio de contrato entre a empresa e a operadora é de 2 a 5 anos. Nenhum participante utilizou o plano para acidente de trabalho e a maioria utilizou o SUS (12).

- **Especificidades dos dirigentes sindicais**

Para dirigentes sindicais, os resultados específicos mais significativos foram: único segmento com maior presença de homens (24); a idade média mais elevada (49,8 anos) e a presença do participante mais idoso da pesquisa (71 anos); predominância de pessoas nascidas no estado da Bahia (9) e maior número médio de filhos de todas as idades (2,5). Houve grande diversidade de cursos para a escolaridade superior completa, com apenas um curso informado por mais de um participante, o de Direito (2). O rendimento médio foi o menor observado (R\$ 3.446,7) e o único segmento em que o rendimento mediano (R\$ 3.500,00) foi um pouco superior ao médio; esse segmento incluiu o menor rendimento registrado na pesquisa (R\$ 785,00). Como esperado, a participação em organizações da sociedade civil foi quase total para associações de classe profissionais (sindicatos), com 25 respostas; os partidos políticos ficaram em segundo lugar, mas com apenas 10 registros.

A média de tempo no plano foi a segunda maior observada (11,4 anos). A maioria dos participantes não utilizou o plano para acidentes de trabalho (19). Esse foi o agrupamento com o maior número de pessoas que havia utilizado o SUS (16). A nota média atribuída ao plano de saúde que possuíam foi a menor (6,7), com notas variando de 4 (menor nota da pesquisa) a 9.

QUADRO 6
Quadro comparativo do perfil dos diversos tipos de agentes
participantes dos Grupos Focais²⁷

Tipo de agente Informações	Total	Usuários titulares	Operadoras	Empresas contratantes	Dirigentes sindicais
Nº de participantes	83	15	19	22	27
Data de realização	13/5 a 5/11	27/5 a 26/10	1/6 a 29/10	22/5 a 5/11	13/5 a 2/6
Representantes ou titulares de:	Autogestão (10) Outras operadoras (24)	Autogestão (5) Outras operadoras (10)	Autogestão (5) Cooperativa (3) Medicina de grupo (7) Seguradora (4)	-	-
Sexo	Homens (42 de 83)	Mulheres (10 de 15)	Mulheres (11 de 19)	Mulheres (17 de 22)	Homens (24 de 27)
Idade média	45,4 anos	48,7 anos	42,1 anos	40,6 anos	49,8 anos
Idade mediana	47,0 anos	51,0 anos	42,0 anos	39,0 anos	51,0 anos
Mínima	20 anos	24 anos	31	20 anos	23 anos
Máxima	71 anos	68 anos	57	60 anos	71anos
Nacionalidade UF onde nasceu	Brasileiros (82) SP (25)	Brasileiros (14) SP (6)	Todos brasileiros SP (7)	Todos brasileiros BA e SP (7 cada um)	Todos brasileiros BA (9)
Cor	Branca (60)	Branca (12)	Branca (14)	Branca (16)	Branca (18)
Religião	Católica (56)	Católica (11)	Católica (12)	Católica (18)	Católica (15)
Posição na família	Pessoa de referência (43)	Pessoa de referência (10)	Pessoa de referência (10)	Cônjuge (10)	Pessoa de referência (17)
Situação conjugal	Casado União consensual (53)	Casado União consensual (7)	Casado União Consensual (15)	Casado União consensual (12)	Casado União consensual (19)
Com filhos	Sim (61)	Sim (10)	Sim (14)	Sim (13)	Sim (24)
Média de filhos	2,3 (1 a 5)	2,3 (1 a 3)	2,3 (1 a 4)	1,7 (1 a 3)	2,5 (1 a 5)
Filhos < de 21	Sim (41)	Sim (6)	Sim (11)	Sim (9)	Sim (15)
Média < de 21	1,6 (1 a 4)	1,8 (1 a 3)	1,8 (1 a 4)	1,3 (1 a 2)	1,5 (1 a 3)
Escolaridade	Superior completo (52 de 83)	Superior completo (10 de 15)	Superior completo (18 de 19)	Superior completo (13 de 22)	Superior completo (11 de 27)
Área do 1º curso superior completo	Administração ²⁸ (14)	Administração ²⁹ (3)	Administração ³⁰ (4)	Administração ³¹ (6)	Direito (2)

²⁷ Os resultados expressam, com algumas exceções (média, mínimo, máximo), a classe modal (valor ou classe mais frequente na distribuição) obtida para cada uma das variáveis.

²⁸ De empresas (7), de Serviços (1), de RH (1), Hospitalar (1) e somente de empresas (4).

²⁹ De empresas (1), hospitalar (1) e somente administração (1).

³⁰ De empresas (3) e de serviços (1).

³¹ De empresas (3), em RH (1), em Gestão de pessoas (1) e somente administração (1).

Tipo de agente Informações	Total	Usuários titulares	Operadoras	Empresas contratantes	Dirigentes sindicais
Área do 2º curso superior	Economia (2)	Ciências Contábeis e Economia (1 para cada curso)	Economia (1)	Direito (1)	Ciências Sociais (1)
Tipo de plano Médico da empresa Médico particular Odontológico empresa Odontológico particular	Sim (74) Não (73) Sim (48) Não (74)	Sim (15) Não (15) Sim (9) Não (15)	Sim (18) Não (14) Sim (9) e Não (9) Não (16)	Sim (21) Não (20) Sim (16) Não (21)	Sim (20) Não (24) Sim (14) Não (22)
Número de planos de saúde	Um (58)	Um (12)	Um (11)	Um (15)	Um (20)
Tipo de vínculo com o plano	Titular (64)	Titular (15)	Titular (16)	Titular (14)	Titular (19)
Tipo de vínculo com o plano	Titular (64)	Titular (15)	Titular (16)	Titular (14)	Titular (19)
Tempo no plano Média Mediana Mínimo Máximo	9,9 anos 7,0 anos - de 1 ano 40 anos	7,9 anos 6,0 anos - de 1 ano 25 anos	12,9 anos 12,0 anos - de 1 ano 32 anos	7,7 anos 5,0 anos - de 1 ano 40 anos	11,4 anos 10,0 anos - de 1 ano 40 anos
Utilização do plano para acidente de trabalho	Não (73)	Não (15)	Não (17)	Não (22)	Não (19)
Motivo do uso	Batida de carro Acidente de trabalho, de percurso e tratamento de queimadura	-	Batida de carro	-	Acidente de trabalho, de percurso e tratamento de queimadura
Utilização do SUS	Sim (43)	Não (9)	Não (10)	Sim (12)	Sim (16)
Setor de atividade	Serviços (63)	Serviços (12)	Serviços Todos (19)	Serviços (18)	Serviços (14)
Rendimento (em R\$) Médio Mediano Mínimo Máximo	Informado (68) 5.960,63 4.000,00 785,00 70.000,00	Informado (12) 5.435,83 3.050,00 1.100,00 12.000,00	Informado (16) 11.642,25 4.988,00 1.800,00 70.000,00	Informado (16) 4.443,50 3.250,00 1.000,00 15.000,00	Informado (24) 3.446,71 3.500,00 785,00 8.000,00

Tipo de agente Informações	Total	Usuários titulares	Operadoras	Empresas contratantes	Dirigentes sindicais
Cargo na empresa	Gerente, Chefe, Encarregado e Coordenador (14)	-	Gerente Gestor Gestão (7)	Chefe, Coordenador, Encarregado (7)	-
Grau de responsabilidade na: contratação, monitoramento ou definição de regras	Direto (23)	-	Indireto (9)	Direto (17)	-
Tempo médio de Contrato (empresa e operadora)	2 a 5 anos (12)	-	-	2 a 5 anos (12)	-
Nota para o plano de saúde que possui	Responderam (74)	Responderam (14)	Responderam (19)	Responderam (20)	Responderam (21)
Média	7,5	6,9	8,9	7,5	6,7
Mediana	8,0	7,0	9,0	7,5	7,0
Mínima	4	5	6	5	4
Máxima	10	10	10	10	9
Participação em: Sindicato	Sim (40)	Não (7)	Não (10)	Não (12)	Sim (25)
Partido político	Não (59)	Não (12)	Não (17)	Não (14)	Não (16)
Assoc. bairro	Não (65)	Não (12)	Não (15)	Não (15)	Não (23)
Assoc. esportiva	Não (61)	Não (9)	Não (14)	Não (13)	Não (25)
ONG	Não (64)	Não (12)	Não (14)	Não (14)	Não (24)
Entidade religiosa	Não (55)	Não (8)	Não (13)	Não (12)	Não (22)
Grupo 3ª idade	Não (69)	Não (12)	Não (17)	Não (15)	Não (25)
Org. juvenil	Não (68)	Não (12)	Não (17)	Não (14)	Não (25)
Outra	Não (62)	Não (11)	Não (15)	Não (13)	Não (23)
Participação em organizações da sociedade civil (cont.)	OAB	-	OAB	Coral e	Assoc. de
Qual outra:	Cooperativa de crédito, coral e associações de faculdade, de empregados e de servidores		Cooperativa de crédito	associação de faculdade	empregados e de servidores

Fonte: DIEESE/ANS - Pesquisa "Os trabalhadores e a Saúde Suplementar", 2009.

Principais pontos levantados na pesquisa

Como pôde ser observado, embora os roteiros que conduziram as discussões nos grupos fossem compostos basicamente das mesmas questões, houve temas que foram colocados somente para um tipo de agente, como mapeia o Quadro 7.

QUADRO 7
Temas pesquisados nos diversos tipos de Grupos Focais

Temas	Titulares	Dirigentes sindicais	Empresas contratantes	Operadoras
Atual sistema de reajustes dos planos coletivos.	X	X	X	X
Inclusão de acidentes e doenças do trabalho nos planos coletivos.	X	X	X	X
Manutenção de aposentados, demitidos e exonerados nos planos coletivos.	X	X	X	X
Regulação da ANS para os planos coletivos.	X	X	X	X
Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil.	X	X	X	X
Participação dos sindicatos trabalhadores na negociação dos planos coletivos.	X	X	X	X
Relação entre empresas contratantes e operadoras.	Não	X	X	X
Pontos fortes e fracos dos planos de saúde coletivos.	X	X	X	Não
Mecanismos para captar críticas e sugestões.	X	Não	X	X
Fatores levados em conta pelas empresas na contratação de um plano coletivo e na sua troca por outro.	Não	X	X	Não
Participação dos trabalhadores na negociação dos planos coletivos.	X	X	Não	Não
Mercado atual e futuro dos planos privados.	Não	Não	Não	X

Fonte: DIEESE/ANS - Pesquisa “Os trabalhadores e a Saúde Suplementar”, 2009.

Como era de se esperar, alguns dos temas comuns aos diversos segmentos suscitaram maior interesse em uns do que em outros. Este peso diferenciado aparecerá neste capítulo síntese.

Vale ressaltar que houve significativas diferenças de linguagem entre agentes e entre regiões, como pôde ser percebido nas citações inseridas ao longo do relatório. Mais do que diferenças somente de linguagem, algumas delas apontaram para distintos posicionamentos em relação ao setor saúde, que foram verificados na discussão. Assim, por exemplo, os usuários dos planos foram tratados como “trabalhadores” pelos

dirigentes sindicais, como “beneficiários” ou “funcionários” ou “colaboradores” pelas empresas contratantes e como “vidas”, “usuários” ou “clientes” pelas operadoras. Da mesma forma, os titulares de planos de saúde denominavam o plano de saúde como “plano” ou “convênio”, enquanto que operadoras, muitas vezes, a ele se referiam como “produto”.

Vale ainda acrescentar que alguns dos aspectos discutidos nos grupos demandavam conhecimento específico da legislação do setor ou da regulação da ANS. Contudo, foram sempre tratados na pesquisa do ponto de vista da percepção que os diversos agentes têm deles, mesmo que apresentem imprecisões ou “erros” do ponto de vista das regulações discutidas.

Considerando as três questões que a pesquisa qualitativa se propunha a investigar - **i)** a percepção dos diversos agentes envolvidos no universo dos planos coletivos de saúde no que se refere às relações de consumo; **ii)** as principais demandas e sugestões dos agentes envolvidos relativas às condições da saúde suplementar a que têm acesso; e **iii)** as medidas de regulação/mediação percebidas como lhes sendo impostas e como são avaliadas pelos diferentes agentes -, são sintetizados a seguir os principais aspectos levantados pela pesquisa.

Sempre que houver justificativa, as diferenças de percepção regionais ou entre agentes serão destacadas. Contudo, já se pode adiantar que existem mais diferenças segundo o tipo de vinculação ao setor do que segundo o município pesquisado.

- **A percepção dos diversos agentes envolvidos no universo dos planos coletivos de saúde no que se refere às relações de consumo.**

Fatores levados em conta pelas empresas na contratação de um plano coletivo

Como mostra o Quadro 8, de forma hegemônica, os dirigentes sindicais e as empresas contratantes que participaram dos grupos perceberam que são os custos o fator primordial para a que a empresa escolha um plano de saúde, ainda que, de forma isolada, outros importantes fatores tenham sido listados.

QUADRO 8

Principais fatores que as empresas levam em conta para contratar um plano de saúde

Tipo de agente	Município	Fatores levados em conta pelas empresas na contratação de um plano de saúde coletivo
Dirigentes sindicais	Salvador	<ul style="list-style-type: none"> • Custos em primeiro lugar. • Acessibilidade. • Qualidade do atendimento.
	Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> • Custos. • Possibilidade de manter o trabalhador trabalhando.
representantes de empresas	São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • Custos como fator decisivo.
	Salvador	<ul style="list-style-type: none"> • Custos baixos/preço. • Parceria. • Abrangência da rede, principalmente no interior do estado. • Qualidade dos serviços prestados. • Hospitais credenciados. • Perfil dos usuários do plano. • Histórico da operadora no mercado: tempo de atuação e solidez. • Flexibilidade.
	Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> • Empresas públicas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ a extensão e a diversificação da rede credenciada; ✓ a ausência de carências; ✓ a possibilidade de inclusão de dependentes; ✓ a possibilidade de agregação de plano odontológico e de atendimentos de emergência; ✓ a abrangência geográfica do plano. • Empresas privadas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ o custo como principal critério; ✓ a abrangência da rede de atendimento; ✓ aspectos específicos constantes dos acordos de trabalho firmados com o sindicato; ✓ a possibilidade de o plano disponibilizar algum tipo de atendimento dentro da empresa; ✓ a proximidade de uma central de atendimento fora de Porto Alegre para que problemas de usuários residentes em outras regiões possam ser resolvidos sem grandes deslocamentos; ✓ o histórico da qualidade de atendimento da operadora no mercado.

Fonte: DIEESE/ANS - Pesquisa “Os trabalhadores e a Saúde Suplementar”, 2009.

Mudança de operadora

Questão complementar colocada somente nos grupos de representantes de empresa permitiu constatar que, como no momento da contratação, os custos continuam sendo a razão central para que a empresa troque de operadora. Como pode ser visto no Quadro 9, a questão do cálculo da sinistralidade, que será o foco da discussão dos reajustes dos planos de saúde coletivos, já aparece aqui.

QUADRO 9

Principais fatores que levam as empresas a trocar de plano de saúde coletivo

Tipo de agente	Município	Motivos para a troca de plano
Representantes de empresas	São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de flexibilidade na negociação da renovação do contrato, levando à busca de outra empresa que ofereça um preço mais baixo. • Mau atendimento. • Não liberação de procedimentos demandados pelos “colaboradores” da empresa. • Indefinição e/ou não cumprimento de prazos. • Necessidade de contratar uma operadora que oferecesse planos diferenciados para atender aos diversos níveis hierárquicos de trabalhadores da empresa. • Sucessivos reajustes em função da sinistralidade.
	Salvador	<ul style="list-style-type: none"> • A operadora é que desistiu da empresa por causa da alta sinistralidade. • Um plano mais barato foi encontrado no mercado. • A operadora não vinha cumprindo o contrato. • A operadora oferecia um ótimo atendimento, mas tinha um setor administrativo muito ruim e isso gerava muito trabalho para a empresa. • A operadora colocava muitas barreiras burocráticas para a empresa tratar os problemas que surgiam diretamente com as pessoas que poderiam resolvê-los. • Precisaram limitar o acesso ao nível mais alto do plano somente para as pessoas com nível superior, como forma de controlar a sinistralidade.
	Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> • Custos. • Mau atendimento.

Fonte: DIEESE/ANS - Pesquisa “Os trabalhadores e a Saúde Suplementar”, 2009.

Relação entre empresas contratantes e operadoras

O Quadro 10 reúne os aspectos levantados pelos diversos agentes e mostra que foram os representantes de operadoras os que mais se detiveram no assunto. As relações entre empresas contratantes e operadoras não foram percebidas como conflituosas, a não ser nas divergências relativas a coberturas do plano e à aplicação dos reajustes, mais uma vez remetendo à questão da sinistralidade.

Um aspecto importante levantado pelos dirigentes sindicais foi a questão da cumplicidade entre operadoras e empresas, ao lado da influência que as empresas podem exercer sobre as operadoras, até mesmo no caso de credenciamento de prestadores de serviços encabeçados por membros das empresas.

QUADRO 10
Principais características percebidas nas relações entre empresas e operadoras

Tipo de agente	Município	Características percebidas nas relações entre empresas e operadoras
Dirigentes sindicais	Salvador	<ul style="list-style-type: none"> Diferenciada segundo o tamanho da empresa. Influência da empresa sobre a operadora. Rotatividade das operadoras contratadas em função dos custos. Procedimentos que limitam a inclusão de dependente. Procedimentos que dificultam a realização de exames.
	Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> Cumplicidade entre operadora e empresa contra os interesses dos trabalhadores.
Representantes de empresas	São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldades relativas a reajustes e a prazos para autorização de excepcionalidades.
	Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> Relações percebidas como boas. Problemas assistenciais são resolvidos mais facilmente do que administrativos. Eventual necessidade de intermediação da empresa junto à operadora para solucionar demandas dos usuários.
Representantes de operadoras	São Paulo	<ul style="list-style-type: none">
	Salvador	<ul style="list-style-type: none"> As representações regionais dos planos nacionais facilitam as relações com as empresas locais. Viabilizam para o trabalhador e seus dependentes a posse de um plano de saúde que ele não poderia ter de forma individual. Não entendimento pela empresa da questão da sinistralidade. Empresa e usuários não acatam a não cobertura de algum procedimento em função mesmo da regulamentação da ANS. A necessidade de “mutualismo”: a operadora recebe para poder “prestar a saúde”, mas não sabe quanto vai gastar. <i>“Assina um cheque em branco para saber no final do mês de quanto ele será”</i>.
	Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> Relações percebidas como tranquilas. O que é percebido como desagradável é a posição de fragilidade na qual a mídia lança as operadoras junto a empresas e beneficiários dos planos e junto à sociedade em geral. Operadora precisa estar estruturada para esclarecer as dúvidas de empresas e usuários.

Fonte: DIEESE/ANS - Pesquisa “Os trabalhadores e a Saúde Suplementar”, 2009.

Participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação dos planos coletivos

O tema, central para os objetivos do projeto, foi colocado em todos os grupos e ganhou especial relevância nos grupos de dirigentes sindicais.

A primeira observação foi a de que a percepção acerca do nível de participação dos sindicatos de trabalhadores na negociação e na contratação dos planos coletivos é totalmente dependente de que sindicato está se falando, já que a própria atuação

sindical é muito diferenciada segundo vários fatores, tais como categoria representada, nível de organização, força política, etc. Assim, nos grupos, houve tanto a percepção de que o sindicato interfere muito quanto a de que ele não está absolutamente interessado no que ocorre nas empresas em relação ao assunto.

Seguem-se as posições colocadas em cada um dos grupos, sendo possível destacar que, no conjunto, a percepção hegemônica foi a de que a atuação sindical se dá mais ao nível da empresa do que da operadora, sendo de duas formas: na negociação coletiva e no encaminhamento de dúvidas e insatisfações dos trabalhadores com o plano de saúde para a empresa.

- **Titulares São Paulo** tiveram três tipos de percepção:
 - ⇒ A primeira delas foi a de que não existe a participação sindical: porque há mais de um sindicato disputando a base; porque o sindicato é incapaz de conseguir oferecer um plano adequado para a categoria, porque há grandes desníveis salariais internos e um piso de R\$ 1.500,00; porque o sindicato é ausente e desconhece o que se passa na categoria.
 - ⇒ A segunda delas percebeu a atuação sindical, mas ressaltou que ela depende da força do sindicato, pois há desde os sindicatos que fazem parte da gestão do plano de saúde até aqueles que padronizam por baixo para tentar universalizar o plano para todos os funcionários.
 - ⇒ A última, expressa por uma única participante, viu como a ação sindical ideal a viabilização de planos de saúde para os seus associados.

- **Titulares Salvador:** a participação do sindicato dos trabalhadores na contratação dos planos de saúde de suas empresas era diferenciada na experiência dos entrevistados. Havia casos em que ela era efetiva, havendo até mesmo uma comissão para acompanhar e opinar no processo, como existiam casos em que a participação não se dava em nível algum.

- **Titulares POA:** a percepção hegemônica foi a de que não há participação.

- **Dirigentes sindicais São Paulo**

⇒ A percepção hegemônica foi a de que a participação é inexistente ou pequena por várias razões, sendo mais efetiva no momento em que os trabalhadores têm algum tipo de dificuldade com o plano contratado. Entre as razões citadas para que assim seja, destacaram-se a autonomia da empresa sobre o processo de contratação e a ausência de regulamentação da ANS sobre isso. Foram lembradas também as mudanças, para pior, nos planos de saúde com o passar do tempo, a necessidade de forte mobilização para conseguir interferir nas decisões tomadas unilateralmente pela empresa sobre os planos e a desinformação sobre as características específicas dos contratos firmados entre operadoras e empresas.

⇒ Outras vezes falaram de experiências bem-sucedidas de participação na contratação via participação em comissões paritárias de trabalhadores e empresa contratante e via convenção coletiva; nos planos de autogestão; na manutenção de benefícios quando da privatização da empresa; no credenciamento de médicos e hospitais que não estavam prestando adequadamente os serviços; e na negociação com o sindicato patronal.

- **Dirigentes sindicais Salvador:** ênfase nas possibilidades de participação dos sindicatos de trabalhadores na hora da negociação coletiva quando são fechados acordos e convenções coletivos. Os principais aspectos levantados em relação à negociação dos acordos e convenções coletivos foram:

⇒ As dificuldades de incluir plano de saúde nos acordos coletivos são diferenciadas por empresa e por setor.

⇒ A negociação por empresa via acordo coletivo tem obtido êxito com bons planos, com cobertura, inclusive, de acidentes de trabalho.

⇒ É preciso negociar e deixar claro como incluir categorias minoritariamente representadas em um conjunto mais amplo de trabalhadores.

- ⇒ É preciso aumentar os ganhos dos trabalhadores na área da saúde em um momento em que a crise econômica reduziu os ganhos salariais.
 - ⇒ Um fator facilitador nas negociações têm sido as exigências para que as empresas sejam incluídas em índices de responsabilidade social.
- **Dirigentes sindicais POA:** como em Salvador, os dirigentes viam sua atuação muito mais no momento das mesas de negociação, nas quais o plano de saúde é uma cláusula imprescindível para integrar os acordos e convenções coletivos. Como novidade, o grupo trouxe fortemente a experiência do sindicato como contratante direto de planos de saúde.
 - ⇒ Em se tratando da atuação do sindicato como participante da mesa de negociação para reivindicar ganhos para o trabalhador na área da saúde, foi colocado que era diferenciada conforme o caso: se a empresa já contrata um plano de saúde, o sindicato atua no sentido de monitorá-lo e, se a empresa ainda vai contratar um plano, o sindicato tem condições de discutir as condições de sua implantação e a participação da empresa no seu custo.
 - ⇒ Ainda no campo da negociação dos acordos e convenções coletivos, um entrevistado colocou que há grande diferenciação também se a empresa contratante é pública ou privada. É percebido que na empresa pública já houve maiores avanços em termos do plano de saúde, que é monitorado pelo sindicato, com exigência de comprovação de gastos pela operadora, com acompanhamento individualizado dos procedimentos utilizados pelo trabalhador e sem sua co-participação nos custos dos procedimentos utilizados. As dificuldades percebidas foram o envelhecimento dos participantes, que aumenta os custos, o rendimento baixo de parte dos trabalhadores, que dificulta sua inserção em planos melhores, e a necessidade de um trabalho de conscientização para o bom uso do plano, o que já vem sendo feito pelo sindicato. Já no caso das

empresas privadas, a rotatividade da mão de obra dificulta uma ação continuada do sindicato junto aos trabalhadores.

⇒ Como contratante de um plano de saúde, o sindicato busca oferecer planos alternativos intermediários, possíveis para um número maior de trabalhadores e que atuem como complementação da saúde pública.

✓ Vantagens percebidas: proporcionar maior atenção e cuidar dos trabalhadores, inclusive em situações nas quais a empresa e a operadora por ela contratada se unem no sentido de prejudicar o trabalhador, como no caso do fornecimento de laudos comprobatórios de doenças e acidentes de trabalho para serem apresentados para a previdência.

✓ Crítica: desvia a atuação sindical do seu verdadeiro sentido, de cuidar da saúde do trabalhador de maneira integral e com menor envolvimento no sistema: o paradoxo de o movimento sindical ter optado pela defesa dos planos privados e não pela melhoria do sistema público de saúde. Infelizmente, algumas vezes, o sindicato busca vantagem para o próprio sindicato ou para seus dirigentes.

- **Empresas São Paulo:** também neste grupo, os entrevistados dividiram-se entre a percepção de que o sindicato atua e a de que o sindicato não atua na questão dos planos de saúde coletivos:

⇒ A forma de atuação mais percebida foi no encaminhamento das insatisfações dos trabalhadores à empresa, mas também que o sindicato já incluiu a obrigatoriedade de a empresa fornecer plano de saúde na convenção coletiva.

⇒ Os entrevistados que não perceberam a participação sindical mencionaram a não demanda sindical para que a empresa ofereça o

plano e para que, quando oferece, participe de alguma forma no pagamento dele.

- **Empresas Salvador:** havia a posição crítica da impossibilidade de o sindicato vir a interferir, porque a empresa oferece muito mais do que o sindicato propõe para a categoria e da falta de experiência da empresa com esta questão.
- **Empresas POA:** embora tenham avaliado que a atuação do sindicato na negociação dos planos de saúde contratados pelas empresas seria mais positiva do que negativa, a posição hegemônica foi a de que eles não participam para além de incluírem a exigência do plano de saúde nos acordos coletivos. De maneira isolada, foi descrito um caso em que o sindicato participa da negociação e do acompanhamento do plano por meio de reuniões com a empresa, para as quais as queixas dos usuários são levadas.
- **Outras operadoras São Paulo:** a percepção hegemônica dos participantes foi no sentido de que a relação do sindicato com a operadora é indireta, pois a intervenção sindical se dá junto à empresa contratante.
- **Outras operadoras Salvador**
 - ⇒ Havia a posição de que a relação depende da força do sindicato, mas que a pressão sindical é sempre política e não “racional” e afeta a gestão das operadoras. A maior demanda é por inclusões na rede credenciada.
 - ⇒ É preciso que seja entendido que algumas reivindicações não são atendidas por deficiências do mercado, e não do plano.
 - ⇒ Outra posição dizia respeito ao fato de que a negociação empresa/operadora é feita sem qualquer interferência do sindicato, sendo a relação deste mais direta com a empresa.
- **Outras operadoras POA**

- ⇒ Como em outros grupos, foi dito que a participação depende muito da força do sindicato e que os fortes influenciam bastante na hora da contratação do plano pela empresa. Admitiram que isso dificulta a negociação em alguns casos mas que, em outros, acaba sendo de grande valia para que o melhor plano seja escolhido.
- ⇒ De forma isolada foi mencionada a exigência da concessão de vantagem para o sindicato para que ele seja favorável à escolha de determinado plano de saúde pela empresa.

Participação dos trabalhadores na negociação dos planos coletivos

Esta questão, colocada apenas para os titulares de planos, teve como resposta hegemônica em todos os municípios pesquisados que a participação não existe ou é muito pequena, e foram mencionadas diversas razões para que fosse assim: não há a cultura de reivindicar participação; as alterações, inclusive de custos, são acertadas pela direção da empresa diretamente com a operadora e informadas de última hora para os funcionários; o mesmo ocorre com a inclusão da co-participação, cujo peso é crescente para os funcionários; a cada dois anos é feita uma nova licitação, mas os funcionários não participam da decisão e desconhecem os critérios que levam à escolha final; o plano básico é oferecido a todos os funcionários, mas os níveis que propiciam melhor atendimento dependem de complementação financeira por parte dos funcionários; a permanência no plano odontológico é compulsória durante um período de carência determinado pelo contrato.

De maneira isolada foram mencionados casos em que há uma efetiva participação, até mesmo com a existência de comissões e de avaliações do atendimento junto aos trabalhadores. Esta participação foi percebida como mais efetiva nos planos de autogestão.

- **As principais demandas e sugestões dos agentes envolvidos relativas às condições da saúde suplementar a que têm acesso**

Pontos fortes e pontos fracos dos planos de saúde

Todos os participantes dos grupos atribuíram uma nota para o plano de saúde que possuem, contratam ou oferecem, como já foi mencionado no perfil dos participantes. O Quadro 11 reúne as notas médias atribuídas e mostra que são as próprias operadoras as que melhor avaliam os planos e os dirigentes sindicais e os titulares os que pior avaliam. A diferenciação por tipo de vínculo com a saúde suplementar é mais significativa do que a que se verifica entre municípios. Nesta, São Paulo tende a ser o que pior avalia os planos.

QUADRO 11
Notas médias atribuídas aos planos de saúde coletivos

Tipo de agente e nota média atribuída ao plano	Município	Nota média atribuída ao plano
Titulares (6,9)	São Paulo	6,6
	Salvador	7,3
	Porto Alegre	7,3
Dirigentes sindicais (6,7)	São Paulo	6,7
	Salvador	6,8
	Porto Alegre	6,6
Representantes de empresas (7,5)	São Paulo	7,1
	Salvador	8,0
	Porto Alegre	7,4
Representantes de operadoras (8,9)	São Paulo	9,1
	Salvador	9,0
	Porto Alegre	8,0

Fonte: DIEESE/ANS - Pesquisa “Os trabalhadores e a Saúde Suplementar”, 2009.

Os titulares e os representantes de empresa responderam quais eram os pontos fortes e fracos dos planos. A sistematização das respostas dadas à questão encontra-se nos Quadros 12 e 13 e permite dizer que os pontos fracos são muito mais percebidos, predominando as queixas relativas à demora na marcação das consultas e ao descredenciamento de prestadores de serviço sem aviso prévio. Tratando dos pontos fortes, os hegemônicos foram a qualidade e a extensão da rede credenciada.

A partir dos dados levantados, é possível traçar linhas de ação que maximizem os aspectos positivos e atuem no sentido de corrigir os aspectos negativos apontados.

QUADRO 12

Pontos fortes percebidos nos planos de saúde coletivos

Tipo de agente e município	Pontos fortes
Titulares São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade e extensão da rede de atendimento.
Titulares Salvador	<ul style="list-style-type: none"> • Bom atendimento em geral e na emergência.
Titulares Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade dos profissionais. • Amplitude da rede credenciada ou cooperativada.
Representantes de empresa São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • Operadora reconhecida no mercado e com muitos recursos próprios, que disponibiliza para os beneficiários/usuários. • Maior operadora de seguros do Brasil. • Excelente rede credenciada em nível nacional pelo sistema de cooperativa. • Atendimento eficiente e humano. • Ampla rede de atendimento. • Apoio para resolver questões de emergência e exames.
Representantes de empresa Salvador	<ul style="list-style-type: none"> • Bom atendimento em exames e consultas.
Representantes de empresa Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> • O plano disponibiliza clínico geral e dentista para atender no local de trabalho. • O plano tem ótimos ginecologistas e presta um ótimo atendimento aos usuários, buscando sempre aprimorá-lo.

Fonte: DIEESE/ANS - Pesquisa “Os trabalhadores e a Saúde Suplementar”, 2009.

QUADRO 13

Pontos fracos percebidos nos planos de saúde coletivos

Tipo de agente e município	Pontos fracos
Titulares São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • Demora no agendamento de consultas e exames. • Limitação da extensão da rede à região metropolitana de São Paulo. • Poucos médicos em algumas especialidades. • Frequentemente descredenciamento de médicos. • Qualidade dos hospitais dependente do nível em que cada funcionário consegue se inserir no plano em função de seus custos. • Dificuldades de obter autorizações para cirurgias. • Necessidade de consulta prévia ao clínico geral para ser encaminhado para especialistas. • O plano tenta sempre que o atendimento hospitalar seja feito em hospitais de segunda linha.
Titulares Salvador	<ul style="list-style-type: none"> • Descredenciamento de clínicas e prestadores de serviços sem aviso prévio. • Demora na emissão de autorização de procedimentos e emissão de autorizações incompletas. • Baixo valor de reembolso. • Mudanças na rede credenciada. • Inclusão de co-participação em proporções crescentes, chegando a atingir 30%. • Superlotação da emergência dos hospitais. Este fato foi vinculado por uma participante à demora das autorizações, que levaria as pessoas a resolverem seu problema, sem agendamento, nas emergências. • Fragmentação por diversos locais para a realização dos exames de uma só pessoa, obrigando o usuário a deslocar-se em horários e dias diferentes para realizar suas consultas e exames. • Burocracia excessiva e excesso de guias a serem assinadas. • Livro de credenciados desatualizado e sem data de impressão.

	<ul style="list-style-type: none">• Não disponibilidade de profissionais para atendimento psicológico, ainda que este seja coberto pelo plano. Aliado a isso, para que o atendimento seja obtido fora da rede credenciada, é exigido um relatório médico que expõe o problema do demandante no seu ambiente de trabalho. A exigência do relatório médico foi criticada por ser demandada para realizar qualquer tipo de exame.• Alguns serviços, também constantes da cobertura, como o <i>home care</i>, só são autorizados mediante liminar da justiça.• A falta de consciência na utilização dos planos por parte dos usuários que realizam múltiplas consultas para um mesmo problema e emprestam sua carteira para terceiros utilizarem.• A questão da sinistralidade, que precisa encontrar outros caminhos, principalmente no caso das empresas pequenas. Uma solução possível já existe: a contratação pela sinistralidade média nacional e não interna da empresa.• A inclusão de novos procedimentos médicos que se tornam usuais durante a vigência do plano na lista de procedimentos cobertos quando da contratação do plano.• A necessidade de eliminação ou, pelo menos, da redução do papel dos corretores na mediação entre operadora e empresa.
Titulares Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none">• A ausência da livre escolha.• A demora na marcação de consultas e exames• A pouca atenção no atendimento, predominando as receitas simples e padrão.• O plano só permite consulta aos médicos que compõem o corpo clínico do hospital, e estes não são muitos.• É frequente a troca de plano pela empresa e, na percepção dos participantes, ela é sempre para pior.• Os médicos conveniados priorizam os atendimentos particulares.• A co-participação incluída recentemente nos contratos.• A rotatividade dos médicos conveniados.

Tipo de agente e município	Pontos fracos
Representantes de empresas São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência da rede credenciada em função do maior investimento nos recursos próprios. • Rigidez e inflexibilidade na negociação do reajuste, com apuração muito estreita do sinistro. • Demora nos trâmites. • Falta de humanidade no encaminhamento de questões específicas, o que acaba prejudicando a prestação do serviço para o usuário. • Falta de abrangência nacional.
Representantes de empresa Salvador	<ul style="list-style-type: none"> • Altera a rede credenciada sem aviso prévio. Foi o mais citado. • Dá cobertura a alguns procedimentos, mas não provê a rede dos respectivos especialistas. Foi o segundo mais mencionado. • Há necessidade de autorização prévia para a realização de determinados procedimentos. • Demora na concessão dessa autorização. • Dificuldades com os médicos na questão de atribuição de códigos aos pedidos por problemas de comunicação entre médicos e operadoras. • Falta de informação aos usuários dos procedimentos que estão fora do convênio, por não integrarem o rol da ANS. • Livro de credenciados desatualizado, obrigando à busca de especialistas pela internet, à qual nem todos têm acesso. • Demora na solução de problemas operacionais. • Ausência de plantão administrativo na operadora nos finais de semana e feriados. Foi sugerido que a ANS deveria legislar a respeito, obrigando a presença de pessoas com poder de decisão nesses períodos. • Há necessidade de intervenção da empresa junto à operadora para conseguir a liberação de procedimentos mais complexos. • Valores muito baixos de reembolso quando não credenciado e o usuário busca o serviço fora do plano.
Representantes de empresa Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> • O hegemônico foi a demora na marcação das consultas. • O plano exige que um primeiro atendimento seja feito por um clínico para posterior encaminhamento aos especialistas. • Os atendimentos especializados exigem deslocamento do usuário, pois apenas os atendimentos de clínica geral são feitos na mesma região da empresa. • Demora na autorização de procedimentos cirúrgicos.

Fonte: DIEESE/ANS - Pesquisa “Os trabalhadores e a Saúde Suplementar”, 2009.

Atual sistema de reajustes dos planos coletivos

Este foi um assunto constante do roteiro de todos os grupos e em relação ao qual a diferença de percepções se deu muito mais em função do vínculo que da localidade pesquisada. Como já foi mencionado, a questão da sinistralidade ocupou papel central na discussão de todos, à exceção dos titulares. A seguir, são sistematizados os principais conteúdos apresentados pelos diversos agentes:

- **Titulares**

- ⇒ Falaram hegemonicamente de seu desconhecimento e de sua pouca participação no momento de o plano ser reajustado.
- ⇒ Pensavam que os reajustes eram regulados pela ANS, como no caso dos planos individuais.
- ⇒ De maneira isolada, mencionaram que não ficam preocupados com os reajustes quando o plano é totalmente pago pela empresa e quando o seu desconto para o plano é prefixado em relação ao salário, como na maioria dos planos de autogestão.
- ⇒ Também de forma isolada, disseram de sua participação no cálculo do reajuste em comissões paritárias na empresa.

- **Dirigentes sindicais:**

- ⇒ A principal novidade surgiu no grupo de POA, no qual havia sindicatos que contratam diretamente os planos de saúde e estavam informados somente do que se passa com esses planos, pois desconhecem, por não terem acesso, detalhes dos planos contratados pelas empresas.
- ⇒ A questão da sinistralidade foi amplamente discutida e colocada de forma hegemônica no grupo.
 - ✓ Como causas da elevação da sinistralidade tornando os reajustes necessários foram apontados: desinformação acerca de características básicas do plano, levando a utilizações mais dispendiosas, como, por exemplo, as consultas realizadas nos finais de semana nas emergências; elevação da média de idade dos participantes do plano; participantes em tratamentos especiais de longo prazo (hemodiálise, por exemplo); preços mais caros cobrados pelos procedimentos em alguns laboratórios e hospitais.
 - ✓ Para evitar que a sinistralidade e o reajuste subam, pensam ser indispensável: conhecimento acerca da sinistralidade; transparência e acompanhamento permanente; implantação de mecanismos para reduzir a sinistralidade; controle junto aos médicos para que não peçam exames desnecessários ou

prescrevam tratamentos inadequados; conscientização dos usuários para que usem adequadamente o plano; redução de internações, com ampliação dos tratamentos em domicílio; controle do que é cobrado pelos hospitais em termos de materiais utilizados.

⇒ De forma isolada, também falaram das formas prefixadas de reajuste dos planos de autogestão e das comissões paritárias para discutir as planilhas nas quais se baseiam os reajustes.

- **Empresas:**

⇒ De forma hegemônica, foram mencionados dois tipos de reajuste: o anual contratual ou técnico (geralmente segundo um índice predefinido) e o extra por sinistralidade.

⇒ Considerações detalhadas sobre a questão da sinistralidade, que, no limite, pode inviabilizar a permanência da contratação do plano pela empresa.

⇒ Possibilidade de negociação, levando à redução ou ao parcelamento do reajuste pretendido pela operadora.

⇒ De forma isolada, foi mencionada a possibilidade de reajuste extra para que o plano possa passar a incluir todos os procedimentos constantes no rol da ANS.³²

- **Operadoras:**

⇒ Mostraram-se mais preocupadas do que os demais agentes, pois consideram que existem vários limites para a negociação direta entre operadoras e empresas hoje vigente.

⇒ A discussão girou em torno da enorme dificuldade de aplicar os reajustes julgados adequados.

⇒ Ênfase hegemônica na questão da sinistralidade:

³² Este ponto assume especial relevância no momento da redação deste relatório porque uma nova regulação ampliou o rol de procedimentos cobertos e o número de consultas cobertas em determinadas especialidades.

- ✓ a ANS deveria ser mais rígida e pontuar a necessidade do reajuste por sinistralidade;
 - ✓ falta de condições de as empresas absorverem os reajustes, mesmo abaixo do devido pela sinistralidade registrada.
- ⇒ Cálculos atuariais são feitos na busca de índices capazes de assegurar a manutenção do equilíbrio. Diferenças de utilização por faixas etárias e por regiões também são levadas em conta nesses cálculos.
- ⇒ Rotatividade das operadoras na hora do reajuste: empresas buscam outra cujo custo inicial seja menor do que o da anterior reajustado.
- ⇒ A questão da flexibilidade: a maioria das operadoras negocia com as empresas, mas algumas calculam o reajuste e dizem que é “*pegar ou largar*”.
- ⇒ A importância da co-participação dos usuários quando da realização de procedimentos para evitar desperdício.
- ⇒ A importância de permanecer equiparada ao mercado leva ao uso de índices de inflação calculados para a economia como um todo e mesmo do índice proposto pela ANS para os planos individuais.
- ⇒ A ANS interfere de alguma forma no reajuste dos planos coletivos ao estabelecer um intervalo de custos entre planos em torno de 30% para mais ou para menos, ainda que não estabeleça um índice anual de reajuste, como faz com os planos individuais.

Inclusão de acidentes e doenças do trabalho nos planos coletivos

Este importante tema foi colocado em todos os grupos e ganhou especial relevância nos grupos de representantes de operadoras, mas não apresentou grandes diferenças de conteúdo nem segundo o vínculo e nem regionalmente, ainda que cada agente tenha se posicionado a partir de sua ótica particular. A discussão esteve mais focada nos acidentes do que nas doenças do trabalho.

Os aspectos levantados com relação aos acidentes de trabalho foram:

- Certo desconhecimento, principalmente entre titulares, mas também entre os representantes de empresas, em relação ao fato de os planos gerais não incluírem os acidentes e as doenças do trabalho.
- A posição hegemônica foi a de que o plano deveria cobrir o acidente de trabalho, mas ainda não cobre a não ser que haja um termo aditivo ao contrato firmado com este fim. De forma isolada, foi dito que, atualmente, alguns planos gerais já dão cobertura aos acidentes.
- Algumas empresas com mais de um plano, às vezes, têm o aditivo em um plano e não no outro, abrindo espaço para demandas judiciais e para o pagamento integral das despesas, pela empresa, em caso de acidente e doença de trabalho.
- Embora a lei diga que o primeiro atendimento precisa ser feito em um pronto-socorro e depois notificado no INSS por meio da CAT, muitas vezes ele é feito pelo plano geral, não chegando a ser notificado para que, não se caracterizando o acidente, o trabalhador continue a ser atendido pelo plano. Tais procedimentos envolvem trabalhador, empresa, operadora e sindicato e influenciam até mesmo a subnotificação de ocorrências.
- As empresas têm dois tipos de problemas com relação aos acidentes de trabalho: os custos dos atendimentos, quando o plano atende mediante autorização expressa da empresa contratante, e a notificação do acidente junto ao INSS por meio da CAT.
- As empresas já têm um custo alto com o INSS e, por isso, não se propõem a ter outro custo adicional com os planos para que também cubram os acidentes de trabalho.
- Pensando no bem-estar de seus funcionários, mas também na não ampliação de custos, é cada vez maior o número de empresas que desenvolvem campanhas de segurança e prevenção de acidentes que identificam como os mais frequentes. A existência dessas campanhas e o seu grau de efetividade são levados em conta pela operadora na hora de propor um termo aditivo.
- A idéia da inclusão dos acidentes de trabalho no contrato geral é muito bem recebida pelas operadoras, desde que signifique inclusão também nos custos do plano e não como um benefício a mais. Para as operadoras, isso significa receber por um serviço que, via de regra, acaba realmente prestando.
- O trabalhador se conscientizar da importância de registrar a CAT.

- Falta de subsídios e informações para os sindicatos discutirem a questão dos acidentes.

Os aspectos levantados com relação às doenças do trabalho foram:

- Problema de afastamento do trabalho por motivo de doença. Empresas e operadoras se unem para liberar as pessoas para o trabalho quando ainda estão doentes. Há também casos de comportamento inadequado por parte do trabalhador, que busca meios de permanecer afastado do trabalho por doença.
- Prevalência das doenças “*invisíveis*”, do tipo *stress*. Doenças psicológicas de difícil vinculação ao ambiente de trabalho.
- As empresas envidam esforços para não caracterizar doenças como ocupacionais, e a importância de as Organizações por Local de Trabalho, as Comissões de Fábrica e a CIPA acompanharem essas questões de perto.
- Os sindicatos precisam dar uma atenção maior à medicina e segurança do trabalho.
- Já existe o Coletivo de Saúde, que se dedica à discussão da saúde do trabalhador.
- Importância da atuação da medicina do trabalho no âmbito da própria empresa.
- Inclusão da LER e seu tratamento, de custo elevado, no escopo do aditivo dos acidentes de trabalho.
- Naqueles casos em que o tratamento de uma doença, seja ela do trabalho ou não, está em curso quando ocorre um desligamento do funcionário ou a troca de operadora, o mais usual é que o tratamento seja continuado pela nova operadora, mesmo que sob a responsabilidade de outros profissionais. Excepcionalmente, a antiga operadora continua responsável, o mais das vezes por determinação judicial.

Manutenção de aposentados, demitidos e exonerados nos planos coletivos

Quanto às pessoas que se afastam da empresa por aposentadoria, por demissão ou por exoneração, as situações vivenciadas ou de conhecimento dos entrevistados nos diversos grupos mostravam que são percebidas variações conforme as

empresas e seus planos coletivos. O debate desta questão foi muito semelhante nos diversos grupos e os aspectos a destacar são:

- A maioria dos entrevistados mostrou certo grau de desconhecimento sobre os aspectos legais da questão. Alguns deles achavam mesmo que o destino de aposentados, demitidos e exonerados com relação a sua manutenção ou não no plano coletivo de saúde era uma decisão que cabia somente à empresa. Alguns entrevistados justificaram seu desconhecimento por ainda não haver aposentados em suas empresas, e daí a sua inexperiência no assunto.
- O grupo dos representantes de empresas em São Paulo foi o que demonstrou estar mais inteirado da existência de legislação específica a respeito e introduziu na discussão o conceito de “contribuinte”, que é o que norteia a situação dos aposentados com relação ao plano no momento da aposentadoria, estando vinculado ao tempo de contribuição ao mesmo plano na mesma empresa e não exatamente ao tempo de serviço na empresa, como era a percepção hegemônica.
- De maneira hegemônica, os entrevistados perceberam que:
 - ⇒ Aposentados: permanecem no plano conforme o tempo de serviço na empresa, responsabilizando-se integralmente pelos custos do plano. Torna-se praticamente um “individual no plano coletivo”. Tal situação não satisfaz a empresa porque, apesar de não ter o ônus financeiro, o uso do plano pelo aposentado interfere na sinistralidade geral. Do mesmo modo, a situação não satisfaz a operadora, que tem de ficar atenta aos pagamentos efetuados pelo usuário sem vínculo com a empresa no que diz respeito ao plano de saúde.
 - ⇒ Demitidos e exonerados: permanecem no plano por um período de 6 meses a 2 anos, conforme o tempo de serviço na empresa, sem poder alterar as condições do plano e responsabilizando-se inteiramente pelo pagamento. A condição de permanência inclui ainda a não obtenção de um novo vínculo de trabalho.

- Houve consenso de que os aposentados deveriam ter um tratamento diferenciado dos demitidos e exonerados, pois já contribuíram e estão numa fase da vida em que os seus gastos com saúde se ampliam. Contudo, a responsabilidade sobre os aposentados não deveria ser exclusivamente das empresas nas quais se aposentaram, mas, no mínimo, compartilhada com o Estado.

- As principais dificuldades percebidas no atual “estado das artes” da questão foram:
 - ⇒ Falta de recursos de aposentados, demitidos e exonerados para arcar sozinhos com o custo do plano. Foram mencionadas algumas condições que rebaixariam o preço do plano para que se torne possível para o aposentado: manutenção do plano antigo, que não cobre todo o novo rol de procedimentos regulado pela ANS; exclusão de agregados que não sejam dependentes no Imposto de Renda; e troca de internação em quarto privativo para semiprivativo, por exemplo.
 - ⇒ O interesse das empresas e das operadoras na inclusão é pouco, pois os custos são maiores devido à elevada sinistralidade, já que a utilização que fazem do plano continua a impactar a sinistralidade da apólice da empresa pela qual o plano foi contratado.
 - ⇒ Existe discriminação entre ativos e aposentados, não somente por parte da empresa, como também dos próprios trabalhadores.
 - ⇒ Desinformação do empregado sobre as regras vigentes.
 - ⇒ Morosidade do INSS em enviar a documentação relativa ao desligamento. Esta demora, muitas vezes, é superior aos 30 dias exigidos pelas operadoras para que seja definida a nova situação dos participantes.
 - ⇒ Não oferta adequada de atendimento da saúde pública, gerando o encargo extra para as empresas de cuidar da saúde do trabalhador.
 - ⇒ Com a regulamentação da ANS, atendimentos na rede pública são cobrados das operadoras quando os atendidos têm planos de saúde, transformando a saúde privada em fonte de arrecadação governamental.

⇒ O assunto não é claro na regulação da ANS.

- Como o aposentado se transforma num fator de desequilíbrio do sistema, a agência reguladora deveria buscar o equilíbrio, pois, no limite, o SUS não dará conta de se responsabilizar por este contingente, que é grande, se eles não puderem mais ficar nos planos. Foram apresentadas as seguintes **sugestões de mudança**:

- ⇒ Maior regulamentação por parte da ANS.
- ⇒ Estabelecimento pelas Centrais Sindicais, juntamente com a ANS, de requisitos mínimos para os planos. Dentre eles, haveria a garantia de acesso dos desempregados, doentes ocupacionais, aposentados e informais, cuja alternativa atual é o SUS.
- ⇒ Maior participação dos aposentados nos sindicatos de base para que sua luta seja contemplada nas discussões.
- ⇒ Manutenção dos demitidos por 1 ano no plano de saúde.
- ⇒ Manutenção permanente no plano de acidentados e “doentes do trabalho” para desonerar o sistema público de saúde, já que a responsabilidade é da empresa.
- ⇒ Cobertura para medicamentos.
- ⇒ Mudanças na participação nos custos do plano entre empresa e empregado.
- ⇒ Maior inserção do movimento sindical, inclusive das centrais, nessa discussão.

Mecanismos para captar críticas e sugestões

O tema da existência de mecanismos para captar críticas e sugestões dos usuários foi colocado em todos os grupos e ganhou especial relevância nos grupos de representantes de operadoras e de empresas, mas não apresentou grandes diferenças de conteúdo nem segundo o vínculo, nem regionalmente, ainda que cada agente tenha se posicionado a partir de sua ótica particular. Alguns grupos chegaram até a mencionar as dúvidas, críticas e sugestões mais frequentes captadas pelos mecanismos disponibilizados.

Os grupos falaram da comunicação existente entre usuários e empresas; entre usuários e operadoras; e entre empresas e operadoras. A posição hegemônica foi a de que existem canais de comunicação entre todas estas instâncias. Posições isoladas negaram este fato, alegando que cada um só sabe o que o plano oferece quando precisa usá-lo.

Os principais canais identificados foram:

- *E-mail.*
- Site.
- RH Saúde.
- Comitê de Saúde, que se reúne mensalmente, cujos representantes coletam sugestões, críticas e opiniões dos funcionários/titulares.
- Acesso ao RH com formalização verbal ou por escrito do comentário e posterior encaminhamento para assistente social.
- Presença diária em horário comercial de um funcionário da operadora para conceder as autorizações sem deslocamento do usuário.
- Empregado da empresa designado exclusivamente para fazer a mediação entre os usuários e a operadora, trabalhando junto à área de medicina do trabalho.
- Ouvidoria.
- Realização pela empresa de pesquisa de satisfação junto aos funcionários.
- Posto de atendimento com dois funcionários em plantão durante o horário de trabalho para as pessoas irem lá reclamar, fazer suas queixas e autorizar exame. Uma vez por semana, a responsável pelo posto conversa com o RH, com o médico do trabalho, e *“a gente tenta ajeitar a melhor forma de atender os funcionários.”*
- Caixinha de sugestões na empresa não só sobre plano de saúde, mas sobre todos os problemas ligados ao funcionamento da empresa.
- Central de atendimento 24 horas.
- Central de relacionamento para orientar os clientes que inclui até o serviço de marcação de consultas.
- SAC.
- *Call Center.*

Todos declararam que os canais de comunicação são bastante acessados, e foi consenso de que as reclamações mais comuns dizem respeito à rede credenciada e ao motivo da não autorização de algum procedimento. Acrescentaram que, na maioria das vezes, isso ocorre porque a empresa não deixa claro para o usuário o “desenho” do plano que foi contratado.

Os principais limites percebidos nos mecanismos de comunicação foram:

- Respostas demoradas e nem sempre satisfatórias.
- Não há percepção de que as sugestões são incorporadas.
- Quando o mecanismo existente é somente o RH, alguns funcionários não se sentem à vontade para recorrer a ele.

Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil

Ao longo de toda a pesquisa, os entrevistados foram pródigos em sugestões para melhorar a saúde no Brasil. Estas sugestões, como mostra o Quadro 14, muitas vezes dirigiram-se também à saúde suplementar, pois ela é vista, como o próprio nome diz, como devendo atuar de forma articulada com a saúde pública. O Quadro 15 reúne as sugestões que foram apresentadas diretamente para melhorar a saúde suplementar.

As propostas hegemônicas especificamente para a saúde pública foram: mais investimento no setor saúde e em seus profissionais; gestão profissional e qualificada do setor e dos hospitais; priorização de programas do tipo médico de família; investimento na educação; e priorização da medicina preventiva.

QUADRO 14
Sugestões para melhorar a saúde pública no Brasil

Tipo de agente e município	Sugestões para melhorar a saúde pública
Titulares São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar as verbas destinadas à saúde na saúde em vez de fazer CPMF e aplicar em outros projetos. • Planejar e ter projetos. • Moralizar: ter pessoas capacitadas a administrar na direção dos hospitais e não políticos indicados. • Fiscalizar os recursos destinados à saúde. • Repensar o “sistema hospitalocêntrico” e focar na prevenção. • Aumentar o número de unidades básicas de atendimento e promover o interesse da iniciativa privada por elas. • Implantar o cartão único do SUS para o atendimento no sistema de saúde em geral.
Titulares Salvador	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a gestão dos hospitais, conduzindo aos cargos administrativos especialistas da área e não médicos. • Manter ouvidorias em funcionamento e divulgar clara e amplamente os assuntos que a elas são levados. • Priorizar o atendimento aos idosos. • O governo prestar mais atenção e ter vontade política com relação aos problemas do setor saúde. • Privilegiar o médico de família, que tem mais possibilidades de ter uma atuação integral com relação à saúde das pessoas. • Descentralizar os recursos destinados à saúde pública. • Maior respeito aos profissionais com remuneração adequada. • Maior regulação dos planos privados. <p>Focar nas medidas preventivas.</p>
Dirigentes sindicais Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> • Educação, conscientização e mudança de cultura. • Fortalecimento da ANS para que ela conceda aos sindicatos poder de fiscalização. • Busca de mecanismos para garantir que possa se tornar efetivo o nosso direito à saúde coletiva. • Busca de mecanismos para garantir planos de saúde suplementar de boa qualidade para o trabalhador ao menor custo possível. • Aumentar a ação fiscalizadora da ANS. <p>Aumentar a abrangência da saúde pública como um todo e de seus centros de excelência em particular.</p>
Representantes de empresas São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • Maior preocupação do governo com a área de saúde. • Normatizar alguns procedimentos, estar mais informado sobre a parte médica. • Investir mais no profissional. • Criar postos de atendimento de triagem, informação e encaminhamento. • Investir mais na parte preventiva, que são aquelas orientações básicas de saúde; isso pode ser feito na escola. • Adotar uma gestão de uma operadora de saúde, como as operadoras têm, uma gestão mais profissional do que política.

Tipo de agente e município	Sugestões para melhorar a saúde pública
Representantes de empresas Salvador	<ul style="list-style-type: none"> • Maior investimento no médico e no profissional de saúde, principalmente no interior do estado. • Regularizar a questão legal de as operadoras ressarcirem o SUS pelos tratamentos realizados lá em pessoas que têm plano de saúde.
Representantes de empresas Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> • União entre a saúde pública e a suplementar para melhor atender ao “ser humano que precisa de atendimento”. • Trabalhar com a prevenção. • Trabalhar desde cedo nas escolas a educação para a saúde preventiva. • Mais investimento na saúde pública e em outros setores públicos, como as escolas.
Representantes de operadoras São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • Mudar a postura da agência reguladora. • A atuação dos sindicatos deveria ser restrita a informar o empregado sobre como bem utilizar seu plano, já que ele não é parte legítima do contexto. • Chamar o Judiciário e outros atores que interferem para uma discussão. • Ouvir, de fato, as operadoras quando da realização de consultas públicas. • Deixar o setor mais livre. • Estimular o mercado para que ele cresça. • Estabelecer regras para a entrada de novas empresas e de novos tratamentos no rol de cobertura. • Estimular o debate entre os diversos agentes envolvidos. • Rediscutir a lei com toda a sociedade para que ela estabeleça regras claras. • Promover campanha de educação pública com relação ao uso responsável dos planos de saúde. • Buscar o crescimento responsável para que mais pessoas possam utilizar a saúde suplementar. • Investir mais dinheiro na saúde pública. • Reduzir o desperdício que existe, mais acentuadamente, na saúde pública. • Incluir na formação do médico noções de custos e iniciativa privada.
Representantes operadoras Salvador	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar a educação em geral e a sanitária em particular. • Promover a educação, o emprego e a distribuição de renda como formas primárias de promoção de saúde. Pensar nisso na hora de votar consciente. • Reduzir o desperdício que ocorre ainda com maior intensidade na saúde pública. • Reduzir a distância entre as ilhas de excelência, representadas por alguns hospitais públicos, e a base da pirâmide, em que o acesso a qualquer procedimento de complexidade média é difícil. • Mais recursos e gestão qualificada. • Valorização da saúde pública e de seus profissionais: melhor remuneração, mudança de cultura e melhores espaços físicos e aparelhagens para o atendimento. • Atuar conjuntamente em todas estas frentes.
Representantes operadoras Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> • A importância de envolver os médicos em um processo de melhor encaminhamento dos pacientes, inclusive em termos de locais de atendimento, para que a decisão sobre público e privado (via plano de saúde ou particular) possa ser mais facilmente tomada. • A necessidade de um maior envolvimento do governo no estabelecimento de regras claras que facilitassem ao povo o conhecimento dos seus direitos. • Maior envolvimento do governo com a promoção da medicina preventiva. • A necessidade de melhor distribuição, por parte do poder público, das “rendas”, hoje muito concentradas nas grandes capitais, gerando distorções no interior.

Fonte: DIEESE/ANS - Pesquisa “Os trabalhadores e a Saúde Suplementar”, 2009.

QUADRO 15
Sugestões para melhorar a saúde suplementar no Brasil

Tipo de agente	Município	Sugestões para melhorar a saúde suplementar
Titulares	Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> • A necessidade dos agentes envolvidos aprenderem a usar melhor o plano. • A melhor forma de melhorar é não optar pelo plano ruim. Cabe a empresa optar pelo melhor já que é um serviço privado. • A necessidade de maior cobrança da empresa contratante junto à operadora.
Representantes de empresas	Salvador	<ul style="list-style-type: none"> • Regularizar tanto os planos para pessoa física quanto jurídica (planos empresariais coletivos). • Garantir que as operadoras ofereçam um percentual de seus planos para as pessoas físicas • Rever a lei 9655 que trata de aposentados e demitidos na saúde suplementar para tornar seus aspectos mais claros e incluir uma certa flexibilidade que permita uma variação do tempo de permanência no plano em situações especiais como transcurso de tratamentos. • Rever o rol da ANS para que procedimentos usuais e até mesmo experimentais julgados pertinentes possam ser incluídos. • Regularizar a realização de cesáreas que, no Brasil
Representantes de operadoras	Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> • Maior atenção por parte da ANS para com as pequenas e médias operadoras • Permissão para que as operadoras possam oferecer planos mais baratos e com menor cobertura, mas que ainda seriam mais do que é oferecido pelo SUS.

Fonte: DIEESE/ANS - Pesquisa “Os trabalhadores e a Saúde Suplementar”, 2009.

➤ **Como são avaliadas pelos diferentes agentes as medidas de regulação/mediação percebidas como lhes sendo impostas pela ANS**

Mercado atual e futuro dos planos privados

Questão proposta somente para as operadoras. As respostas a ela praticamente não variaram regionalmente. Quase todos os entrevistados começaram a falar pelo cenário que percebem para o futuro, para depois se situar no atual.

Percepções sobre o cenário futuro:

- Persistência da importância da saúde suplementar com a saúde pública continuando incapaz de atender a toda a população.
- Predominância dos planos coletivos sobre os individuais.
- Fim da livre negociação entre empresas contratantes e operadoras, em um cenário com intervenção total da agência reguladora.

- Consolidação do mercado: a regulamentação vai levar a que só os competentes sobrevivam – poucas e grandes operadoras é que vão sobreviver.
- Assistência muito bem gerenciada.
- Todos os envolvidos terão maior conhecimento sobre o que pode e não pode ser feito.
- O foco será no cuidado com a saúde, na medicina preventiva e na saúde coletiva. Caso esta mudança de foco não ocorra, nem as grandes operadoras sobreviverão. Uma voz discordante disse existir uma série de possibilidades de desenvolvimento suficiente para absorver o impacto causado pela regulamentação e permitir uma busca de sustentabilidade pelas operadoras: o interesse crescente das empresas na saúde de seus trabalhadores, porque percebem que a doença e os afastamentos geram custos, o que abre um campo para a medicina preventiva; a demanda por planos de saúde, porque ainda são inacessíveis para uma parcela significativa da população; a necessidade de união entre as operadoras ao invés do isolamento.
- Necessidade futura de apoio político.

Percepções sobre o quadro atual:

- A legislação da ANS está sendo muito restritiva e até impedindo um pouco da competitividade, que, de forma insipiente, havia no setor. Na percepção do entrevistado, ela pode intermediar de maneira mais efetiva, mas com regulações muito melhores.
- Referindo-se a um passado recente, foi lembrado que as seguradoras, nos anos 1990, desistiram de atuar com planos individuais devido ao risco a que ficavam submetidas com uma regulação forte, que determina, inclusive, um reajuste nacional único.
- O custo dos planos coletivos não vai baixar; ao contrário, tende a subir na medida em que a negociação está engessada pela regulação.
- A ambivalência hoje existente entre o código do consumidor, que diz que tudo pode, e a regulamentação da ANS, que limita a um rol de procedimentos aprovado, terá que ser superada.

- Problemas com o rol de procedimentos da ANS, que não inclui coisas simples e necessárias a grandes parcelas da população e inclui coisas complexas que, muitas vezes, poderiam ser substituídas por outras sem perda de resultado para o cliente.
- A ANS deveria regulamentar também a implantação de tecnologia de ponta. Alguns procedimentos extremamente sofisticados e adequados somente a algumas patologias acabam se generalizando e criando uma demanda nem sempre necessária.
- Necessidade de que a ANS se posicione diante do Judiciário, que interfere de maneira inadequada na relação entre os agentes do processo: operadoras, empresas e usuários. As principais interferências citadas foram: nos reajustes capazes de restabelecer o equilíbrio; não respeito à violação de regras contratuais pactuadas, tampouco ao rol de procedimentos estabelecido pela ANS; não entendimento de que a multa contratual é devida pela empresa e não pela operadora; na reintegração de usuários individualmente a planos coletivos dos quais a empresa já se desligou.
- Necessidade de atuação conjunta das operadoras em assuntos de interesse comum. Em Salvador, mais adiante, os participantes pensam em transformar o próprio grupo da pesquisa em um embrião das reuniões conjuntas que precisam virar rotina entre eles.

Regulação da ANS para os planos coletivos

Um dos assuntos centrais na pesquisa foi proposto em todos os grupos e mostrou que, embora haja restrições à atuação da ANS, ela é vista como benéfica, e outros tantos pontos a regular são propostos. Os Quadros 16 e 17, respectivamente, organizam as percepções expressas nos diversos grupos e as sugestões apresentadas.

QUADRO 16

Avaliação da regulação dos planos coletivos feita pela ANS

Tipo de agente e município	Avaliação da regulação da ANS
Titulares São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • A ANS normatiza e não fiscaliza. • Não há divulgação das normas promulgadas pela ANS por parte dos planos, que preferem questionar estas normas na justiça.
Titulares Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia o desconhecimento, que foi justificado pela pouca divulgação. • Expectativa positiva vinculada à idéia de que a regulação sempre é pensada no sentido de beneficiar os usuários, e isso tem feito os planos de saúde repensarem suas atitudes.
Dirigentes sindicais São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • A ANS ter regulamentado os planos a partir de 1998 e, desde então, exercer uma função fiscalizadora.
Dirigentes sindicais Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> • A posição hegemônica foi a de que eram menos importantes as falhas na regulamentação do que a falta de fiscalização do cumprimento desta. • Falta uma regulamentação que impeça a saúde de visar ao lucro. • Falta ouvir todos os “lados” envolvidos na saúde do trabalhador para que possa ser construída uma regulamentação mais democrática.
Representantes de empresas São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • Houve consenso no grupo sobre a utilidade da ANS e de sua regulamentação, que vieram em boa hora para conter um contexto de cartelização das operadoras.
Representantes de empresas Salvador	<ul style="list-style-type: none"> • A posição hegemônica no grupo era a de que a ANS regula basicamente os planos de saúde individuais, deixando de lado os planos coletivos. • A relação operadora/empresa contratante deveria ser regulada, pois, principalmente nos casos de empresas médias e pequenas, trata-se de uma relação muito desigual. • Falta de divulgação da Lei Estadual de Saúde. • Demora da agência reguladora para dar solução a casos de pessoas internadas sem plano de saúde, gerando desconforto para pacientes e custos adicionais para a rede hospitalar. Foi dito que, antes da existência da agência, esses casos eram rapidamente solucionados com a boa vontade dos médicos. • A não inclusão no rol de procedimentos da ANS de alguns (????) que são indispensáveis para o bom atendimento dos participantes dos planos de saúde.
Representantes de empresas Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> • A regulamentação é positiva. • Falta de preparo para avaliar.
Representantes de operadoras São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> •
Representantes de operadoras Salvador	<ul style="list-style-type: none"> • A regulação é benéfica para as operadoras, porque trouxe uma padronização para a oferta e facilitou a concorrência. Com ela, em vez de cada operadora oferecer um tipo de cobertura diferente, todas se esforçam para cumprir a cobertura determinada pela ANS. • A ANS não fiscaliza. • A ANS não tem estrutura adequada. • A regulamentação impõe custos adicionais de adequação a operadores e estes custos não podem ser repassados para os clientes.

Tipo de agente e município	Avaliação da regulação da ANS
Representantes de operadoras Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> • A posição hegemônica é a de que a regulação é necessária e os questionamentos são centrados na forma como ela é feita. As queixas mencionadas foram: <ul style="list-style-type: none"> ✓ A questão dos prazos de entrada em vigor das novas normativas: são sempre muito mais curtos do que aqueles que as operadoras precisariam para preparar suas estruturas internas para absorvê-los. ✓ As normativas e suas instruções, via de regra, não são suficientemente claras para permitir seu entendimento rápido pelas operadoras, gerando necessidade de consultas adicionais, cuja resposta não vem rapidamente e nem sempre é suficiente para nortear sua implantação e, até mesmo, de contratação de consultorias específicas, gerando custos adicionais para as operadoras. ✓ As normativas são alteradas sucessivamente depois que entram em vigor, para que a ANS proceda aos ajustes exigidos pela prática. ✓ Há limitações nos reajustes dos planos, mas não no rol de serviços que precisam ser prestados. ✓ Existem burocracias diversas que as operadoras têm de cumprir para promover o enquadramento do serviço demandado, para que o beneficiário, o médico e o prestador do serviço possam ser adequadamente atendidos. Exemplifica com a questão dos códigos dos diversos procedimentos que nem sempre são do conhecimento dos médicos que fazem o pedido, mas que são indispensáveis para que os pagamentos sejam feitos. Resulta que o cliente reclama não do atendimento, mas do processo para realizá-lo. ✓ A não regulamentação de uma questão pela qual as operadoras são muito pressionadas e que permanece com livre negociação: o pagamento de valores mais altos aos prestadores. ✓ A unilateralidade da regulamentação, que visa sempre ao cliente e não à operadora. Tal unilateralidade é percebida como forma de transferir para as operadoras responsabilidades que seriam do governo, da saúde pública. ✓ As consultas prévias levadas a efeito pela ANS antes de implementar uma nova norma não são valorizadas pelas operadoras, que as percebem como forma de legitimação do que já está decidido.

Fonte: DIEESE/ANS - Pesquisa “Os trabalhadores e a Saúde Suplementar”, 2009.

Quadro 17 Sugestões para melhorar a atuação da ANS

Tipo de agente e município	Sugestões para melhorar a atuação da ANS
Titulares São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • Os sindicatos ou outras instituições disponibilizarem locais para o atendimento por médicos dispostos a dar atenção ao paciente por um preço superior ao pago pelos planos e muito inferior ao valor de mercado dos consultórios particulares. • Maior transparência da própria ANS, exigindo dos planos a divulgação de suas normas.
Titulares Salvador	<ul style="list-style-type: none"> • A atuação governamental na área da saúde do trabalhador precisa ser mais firme. • A ANS precisa atuar no sentido de reduzir a desigualdade entre as partes – planos de saúde, prestadores de serviço e usuários. • Deveria haver uma atuação no sentido de baratear o custo dos planos para os usuários, ou, pelo menos, garantir que a relação custo/benefício seja mais justa, porque <i>“não se pode ficar ao sabor do mercado no caso de um serviço essencial como a saúde”</i>.
Dirigentes sindicais São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • Regulamentar a participação dos sindicatos nas negociações dos planos coletivos de saúde, tornando-a obrigatória. • Regular o repasse de verbas para o SUS quando ele atendesse a portadores de plano de saúde.
Dirigentes sindicais Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> • Exercer o papel de observação e denúncia junto à ANS para que, formalizada a denúncia, ela fiscalize. O movimento sindical precisa acionar a agência para que ela cumpra o seu papel fiscalizador. Exercer a função de mediador entre quem tem o seu direito aviltado e quem tem o poder de fiscalização. • Direito de fiscalização das convenções coletivas. • Sindicatos devem buscar o seu próprio poder de fiscalizar e fazer cumprir os acordos firmados.
Representantes de empresas São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar o acesso das empresas à ANS. • Agilizar o retorno às consultas feitas. • Ter um pronto atendimento fora do horário comercial que pudesse não só orientar as empresas como agir junto à operadora, como a operadora a agir de acordo com a regulamentação. • Reduzir a quantidade de regras e torná-las menos detalhadas para que possam ser mais conhecidas e mais bem entendidas.

Fonte: DIEESE/ANS - Pesquisa “Os trabalhadores e a Saúde Suplementar”, 2009.

➤ Aspectos complementares

Em muitos grupos, os entrevistados levantaram alguns aspectos da saúde pública não necessariamente propostos no roteiro e que foram sistematizados em cada capítulo do relatório.

Para finalizar, é chamada a atenção em relação a dois assuntos pertinentes ao próprio projeto DIEESE/ANS, no qual a pesquisa estava inserida:

Em um grupo: a inclusão do DIEESE como possível interlocutor e colaborador para a realização de diversas tarefas: elaborar estatísticas; acompanhar estudos epidemiológicos; lutar pela inclusão dos acidentes de trabalho nos planos e atuar ao lado dos sindicatos junto à ANS para obter regulamentações mais favoráveis aos

trabalhadores. Além disso, louvaram a iniciativa pioneira deste projeto, não só ouvindo todos os agentes envolvidos com a saúde suplementar, como também capacitando sindicalistas para entrar de forma mais efetiva na discussão da saúde no Brasil.

De maneira recorrente em diversos grupos: o interesse dos participantes pelos resultados da pesquisa, tanto em seu caráter de trabalho em si como nos frutos que ela pode render para o aperfeiçoamento do sistema de saúde do País. Louvaram a iniciativa e gostaram de suas opiniões terem sido alvo do interesse da ANS.

Eu estou muito feliz em saber que existe alguém preocupado em fazer alguma coisa, porque eu achava que era terra de ninguém, sinceramente. E espero que em breve saia o resultado dessa ação e que a gente tenha realmente benefícios, porque às vezes a gente fica um pouco frustrada no sentido de discutir, discutir; isso acontece muito nas empresas públicas, discute, discute, discute e nada acontece. Então, realmente eu fiquei feliz em poder discutir e tomara que saiam propostas boas.

O objetivo dessa pesquisa, com certeza, é criar uma nova política e isso é fundamental porque eu acho que nenhum serviço na vida pode crescer se ele não ouve seus usuários, se ele não ouve qual é a realidade que está sendo vivenciada na ponta.

A importância desse evento no sentido de nós agora sermos ouvidos pela Agência Nacional de Saúde, porque essas informações aqui compartilhadas (...) vão ser repassadas para a ANS, e o que a gente sentia muitas vezes era que a ANS tomava todas as decisões sem ouvir as operadoras, sem ouvir o nosso lado, sem ouvir quais são os problemas que nós temos no dia a dia e por que enfrentamos esses problemas no dia a dia, então, talvez, e é o que eu sinceramente espero, (...) essas informações cheguem à ANS e ela possa aplicar as mudanças que tiver de aplicar realmente sendo um benefício para todas as partes envolvidas nessa relação.