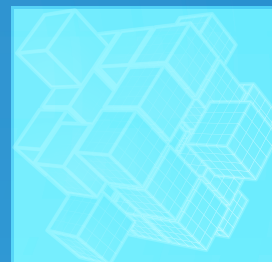
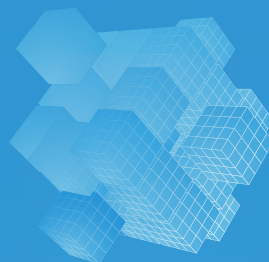
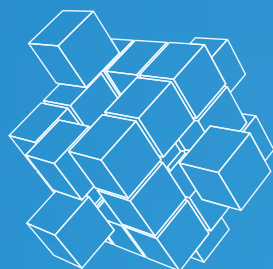
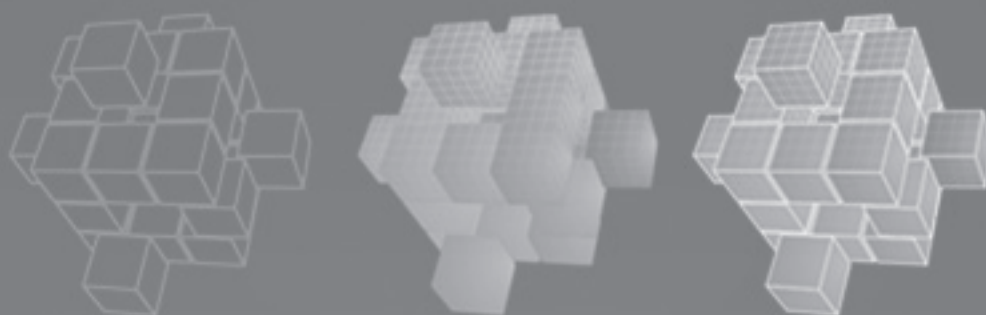


CONHECIMENTO CIENTÍFICO E REGULAÇÃO - CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR



AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

CONHECIMENTO CIENTÍFICO E REGULAÇÃO - CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR



 **ANS** Agência Nacional de
Saúde Suplementar

Rio de Janeiro | 2019



2019. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações. Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser acessado na página <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>

Versão online

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Diretoria de Gestão - DIGES

Gerência de Qualificação institucional - GEQIN

Av. Augusto Severo, 84 - Glória

CEP 20.021-040

Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Tel.: +55(21) 2105-0000

Disque ANS 0800 701 9656

www.ans.gov.br

DIRETORIA COLEGIADA DA ANS

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL – DIDES

DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO – DIFIS

DIRETORIA DE GESTÃO – DIGES

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS – DIOPE

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS – DIPRO

ORGANIZAÇÃO

Carla Valéria Cazarim Godoy (DIGES/ANS)

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Andrea Lozer (DIGES/ANS)

EQUIPE TÉCNICA

Marcos Linhares Gatti (DIGES/ANS)

Maristela Bernardi (DIGES/ANS)

COLABORADORES

Alessandra da Rocha Arrais | Bruno Araujo Ramalho | Camila de Fátima Bento

Carolina Baraldi Araújo Restini | Clebio Dean Martins | Eduardo Calasans Rodrigues

Elenilde Pereira da Silva Ribeiro Costa | Gilka Lopes Moreira Antonio | Heitor Franco Werneck

Jéssica Caeiro de Souza Costa | Lilia Estay Martinez | Matheus Henrique Coelho Miranda

Renato Peixoto Veras | Rodrigo de Oliveira Plotze

PROJETO GRÁFICO

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/DICOL

Nota:

Este livro reúne os artigos produzidos a partir das Monografias premiadas no âmbito do Edital ENAP nº 25/2018

(1º PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR.)

PREFÁCIO ANS

Não se pode dizer que a regulação da saúde suplementar no Brasil seja uma atividade trivial, uma vez que não se restringe à regulação econômico-financeira, mas engloba a regulação assistencial, o que torna a missão atribuída à ANS ainda mais desafiadora.

Promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais em um contexto de rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas, em um país de diferenças regionais marcantes com questões econômicas, sociais e legais bem específicas, torna-se um imenso desafio.

Ao longo dos seus 19 anos, a ANS procurou desenvolver ações de fortalecimento institucional que contribuíssem para melhoria da sua capacidade regulatória, investindo no conhecimento como um aliado frente às incertezas e dinâmicas do mercado regulado.

As questões a serem enfrentadas pela Agência, mesmo atingindo significativa parcela da população brasileira, não foram suficientes para despertar em grupos de pesquisas o interesse pela temática tão complexa da saúde suplementar, existindo ainda hoje pouquíssima produção científica.

A maior parte das publicações sobre saúde encontrada no Brasil limitam-se ao campo da saúde coletiva/saúde pública com destaque à clínica e às tecnologias sendo muito pouco expressiva a produção na área da regulação e da Saúde Suplementar.

Com o objetivo de estimular a pesquisa e reforçar a importância da produção e disseminação do conhecimento no campo da saúde suplementar, a ANS promoveu, em parceria com a ENAP, o 1º Prêmio ANS: Concurso de Monografias em Saúde Suplementar.

Em síntese, o Prêmio cumpriu o objetivo de estimular a pesquisa nos temas propostos e de divulgar trabalhos de reconhecida qualidade técnica e de aplicabilidade na Administração Pública, nas áreas de regulação econômico-financeira na saúde suplementar, regulação assistencial na saúde suplementar e direito em saúde suplementar.

Este livro reúne 10 estudos premiados divididos em 3 áreas temáticas propostas nesta 1ª edição: Regulação Econômico-Financeira na Saúde Suplementar, Regulação Assistencial na Saúde Suplementar e Direito em Saúde Suplementar.

No primeiro bloco, relativo à Regulação Econômico-Financeira, o primeiro capítulo aborda a política de reajuste dos planos de saúde e discute a metodologia aplicada aos planos individuais e familiares. O segundo capítulo trata dos impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para as operadoras de planos de saúde. O terceiro capítulo apresenta uma proposta de faturamento hospitalar alternativo ao pagamento *fee-for-service* aplicado ao serviço de parto. O quarto capítulo aporta conhecimento às questões de capital de giro e desempenho das operadoras com a aplicação do Modelo Fleuriet.

No segundo bloco, referente à Regulação Assistencial, o quinto capítulo traz a discussão sobre as questões de desigualdades relativas à renda na utilização de serviços de saúde entre beneficiários de planos privados de saúde no Brasil. O sexto capítulo apresenta a experiência de uma Cooperativa de Saúde no estado de Minas Gerais/Brasil, discutindo os impactos da atenção primária. O sétimo capítulo discute modelo integrado com ênfase nas instâncias leves de cuidado aplicado à terceira idade - Programa Bem Cuidado.

No terceiro e último bloco, cujo foco é o Direito em Saúde Suplementar, o oitavo capítulo aborda as questões relativas ao Impacto Regulatório da Judicialização da Saúde Suplementar. O nono capítulo discute os reajustes por mudança de faixa etária em planos de saúde, sua relação com os idosos e traz uma análise sobre o parâmetro decisório adotado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ). Por fim, o décimo capítulo aborda a inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde conduzidos por entidades fechadas de autogestão.

Espera-se que esta iniciativa apoie um movimento de produção e difusão do conhecimento que propicie não só o crescimento da produção científica, mas promova uma discussão mais ampla das questões complexas que envolvem a regulação e a saúde suplementar. Em última instância, sirva de subsídio para o aprofundamento das análises técnicas e da tomada de decisão regulatória, qualificando permanentemente a ANS.

DIRETORIA DE GESTÃO

SUMÁRIO

REGULAÇÃO ECONÔMICO - FINANCEIRA NA SAÚDE SUPLEMENTAR	7
Capítulo 1	8
A política de reajuste dos planos de saúde: discussões sobre a alteração da metodologia de reajuste dos planos individuais/familiares no âmbito da ANS	
Capítulo 2	20
Os impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para as operadoras de planos de saúde	
Capítulo 3	38
Proposta de faturamento hospitalar alternativo ao pagamento <i>fee-for-service</i> , aplicado ao serviço de parto: pela sustentabilidade do sistema	
Capítulo 4	52
Capital de giro e desempenho da saúde suplementar: uma perspectiva das operadoras de planos de saúde a partir do Modelo Fleuriet	
REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR	69
Capítulo 5	70
Desigualdades relativas à renda na utilização de serviços de saúde entre beneficiários de planos privados de saúde no Brasil	
Capítulo 6	82
Impacto da atenção primária desenvolvida por uma cooperativa de saúde privada em um município do estado de Minas Gerais/Brasil	
Capítulo 7	98
Bem Cuidado: um modelo integrado com ênfase nas instâncias leves de cuidado	
DIREITO EM SAÚDE SUPLEMENTAR	114
Capítulo 8	115
Do Impacto Regulatório da Judicialização da Saúde Suplementar	
Capítulo 9	131
Idosos e reajustes por mudança de faixa etária em planos de saúde: uma análise do parâmetro decisório adotado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ)	
Capítulo 10	147
A inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde conduzidos por entidades fechadas de autogestão	

REGULAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Capítulo 1

A política de reajuste dos planos de saúde: discussões sobre a alteração da metodologia de reajuste dos planos individuais/familiares no âmbito da ANS

Capítulo 2

Os impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para as operadoras de planos de saúde

Capítulo 3

Proposta de faturamento hospitalar alternativo ao pagamento *fee-for-service*, aplicado ao serviço de parto: pela sustentabilidade do sistema

Capítulo 4

Capital de giro e desempenho da saúde suplementar: uma perspectiva das operadoras de planos de saúde a partir do Modelo Fleuriot

CAPÍTULO 1

A POLÍTICA DE REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE: DISCUSSÕES SOBRE A ALTERAÇÃO DA METODOLOGIA DE REAJUSTE DOS PLANOS INDIVIDUAIS/FAMILIARES NO ÂMBITO DA ANS¹

GILKA LOPES MOREIRA ANTONIO

Graduada em Administração – UFMT, Especialista em Direito Sanitário – Fiocruz

¹ Este capítulo sintetiza a Monografia intitulada “A POLÍTICA DE REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE: DISCUSSÕES SOBRE A ALTERAÇÃO DA METODOLOGIA DE REAJUSTE DOS PLANOS INDIVIDUAIS/FAMILIARES NO ÂMBITO DA ANS”, produzida no âmbito do Edital ENAP nº 25/2018 (1º PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR TEMA: REGULAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA NA SAÚDE SUPLEMENTAR). As opiniões aqui expressas são de responsabilidade da autora e não refletem, necessariamente, a visão da ANS sobre o assunto.

1. INTRODUÇÃO

A estrutura dos sistemas de saúde de diversos países se caracteriza pela coexistência da atuação pública e privada, com os mais variados arranjos de financiamento e provisão de serviços. No caso brasileiro, esse formato híbrido foi sendo delineado ao longo do século XX e, na Constituição Federal de 1988, ele foi positivado (SANTOS, I.; SANTOS, M.; BORGES, 2013; ANTONIO, 2018; GERSCHMAN, 2008), confirmando-se a possibilidade de que empresas privadas ofertem, mediante o pagamento de contraprestações pecuniárias, coberturas similares às garantidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, um sistema público de acesso universal. (SANTOS, I.; SANTOS, M.; BORGES, 2013; ANTONIO, 2018)

O mercado de saúde suplementar brasileiro, que evoluiu desde a década de 1960 fortemente associado à política previdenciária, sempre foi marcado por inúmeros conflitos decorrentes da assimetria informacional entre os agentes e da não-confluência de seus interesses, e já contava com cerca de 48 milhões de usuários quando foi regulamentado por meio da Lei 9.656/98.

Desde 2000, o setor opera sob a intervenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável por sua regulação assistencial, administrativa e econômica (COSTA *et al. apud* MASCARENHAS, 2007) e, conforme dados de março de 2018² (ANS, 2018e), possui 47.403.025 de vidas em planos de assistência médica e 23.063.010 de vidas em planos de assistência exclusivamente odontológica.

No que tange à regulação econômica, mais especificamente ao controle do aumento anual dos preços aos consumidores, a ANS monitora os reajustes dos contratos coletivos (mais de 38 milhões de vidas) e limita o reajuste dos contratos individuais/familiares firmados após o início da vigência da Lei 9.656/98 (mais de oito milhões de contratos) (ANS, 2018e). No entanto, as pressões de vários segmentos da sociedade e o reconhecimento de vulnerabilidades do modelo utilizado para a definição desse teto de reajuste levaram a ANS a realizar diversos estudos e debates para aperfeiçoá-lo, buscando alternativas que viabilizassem a solidez das operadoras (MEDEIROS, 2010) e que também as estimulassem a aumentarem sua eficiência, a fim de que os usuários não fossem penalizados com o simples repasse dos custos setoriais.

Logo, o objetivo geral da monografia foi explorar as bases que sustentaram essa metodologia, que esteve vigente entre 2001 e 2018, e compreender por que ela ainda não havia sido substituída pela ANS até a data de conclusão do estudo, realizado em março de 2018, no âmbito do Edital ENAP nº 25/2018 (1º PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR TEMA: REGULAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA NA SAÚDE SUPLEMENTAR).

Para tanto, desenvolveu-se um trabalho com base em pesquisa bibliográfica e exploratória, com abordagem qualitativa e natureza documental, selecionando-se textos em língua portuguesa (teses, dissertações e artigos científicos) publicados na *internet* (Google Acadêmico, Scielo, *site* da ANS), acerca da regulação econômica e da política regulatória da saúde suplementar, e textos e informativos disponíveis no *site* da ANS, acerca da política de reajustes dos planos de saúde. Pontuaram-se os principais resultados obtidos com os estudos internos da ANS e com as discussões junto ao setor regulado e à sociedade, com vistas à construção de uma nova metodologia, de acordo com os documentos produzidos no âmbito da Câmara Técnica 2010/2011 e do Comitê de Regulação e

² Dados de novembro de 2018: 47.228.069 vidas em planos de assistência médica e 24.195.785 em planos exclusivamente odontológicos (Sala de Situação ANS).

Estrutura dos Produtos 2017/2018, bem como de seus desdobramentos, que resultaram na elaboração do Relatório de Impacto Regulatório, e na discussão realizada durante Reunião da Diretoria Colegiada da ANS (março de 2018). Por fim, tencionou-se compreender por que, a despeito de todos esses estudos, a ANS havia mantido aquela metodologia de reajuste anual dos planos individuais, com o fito de indicar caminhos para novas discussões e estudos acerca do tema.

2. REGULAÇÃO ECONÔMICA NA SAÚDE . SUPLEMENTAR: A REGULAÇÃO TARIFÁRIA

Pode-se definir regulação econômica como “toda e qualquer ação do governo que imponha restrições às decisões individuais dos agentes econômicos”, geralmente “suportada por alguma ameaça de sanção” (SAINTIVE; CHACUR, 2006, p. 6), com vistas à indução de resultados desejados pelo Estado (ALVES, 2016; SALLAI; SANT’ANNA, 2003 *apud* HASHIMOTO, 2010).

Segundo Salgado e Mota (2005 *apud* SILVEIRA, 2006, p. 22), “a melhor regulação” é aquela que estimula a eficiência e conduz a bons resultados para o consumidor “em termos de disponibilidade de oferta, com qualidade adequada e preços módicos”. Por isso, a regulação econômica pode alcançar diversas dimensões, além da regulação de preços, como condições para a entrada e a saída de firmas do mercado (ALVES, 2016). Não obstante, a regulação tarifária ou “administração” de preços é um dos seus aspectos mais sensíveis, por existir, de um lado, a necessidade de viabilizar a “rentabilidade do investidor” e, do outro, a de garantir o “bem-estar dos consumidores” (SAINTIVE; CHACUR, 2006, p. 6).

No campo da saúde suplementar, a intervenção do regulador em relação ao reajuste anual das mensalidades dos planos se faz necessária, principalmente, devido à inelasticidade da demanda em relação ao preço, à tendência aos “preços monopolísticos” (Ocké-Reis e Cardoso, 2011, p. 457), e à “evolução dos custos em saúde” (STIGLITZ, 1989 *apud* ANS, 2011b, p. 2; OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; FIGUEIRA, 2006).

Para intervir nos preços de um mercado, o órgão regulador pode estipular preços máximos ou mínimos, bandas de variação, determinar preços fixos ou estabelecer mecanismos e percentuais de reajuste periódicos, de acordo com Alves (2016). Destarte, o regime tarifário escolhido pode contemplar variáveis como a formação do preço, formas de controle dos reajustes, grau de liberdade de variação e mecanismos complementares que promovam a eficiência do setor, beneficiando também os usuários (FERNANDES, 2000).

As regras tarifárias, de modo geral, podem ser classificadas como: a) tarifação a custo de serviço – *Cost Plus* (regulação tradicional); ou b) tarifação por incentivo, segundo Fernandes (2000).

O primeiro tipo de regulação tarifária, mais aceito em setores de monopólio natural, garante que a remuneração do investidor seja suficiente para cobrir seus custos totais, incluindo, ainda, uma taxa interna de retorno que lhe seja atrativa, porém, justa do ponto de vista do regulador.

A despeito de propiciarem maior transparência e previsibilidade para os agentes, as metodologias de reajuste baseadas no *Cost Plus* podem causar problemas como “assimetrias de informação entre

o regulador e o regulado” (com apropriação extraordinária dos lucros) e “ineficiência alocativa” (não equalização entre preços e custos marginais de produção), por se garantir a cobertura integral dos custos da firma, independentemente de seu desempenho (FERNANDES, 2000, p. 97). Outro inconveniente é a possibilidade de estímulo ao sobre-investimento, conhecido como efeito Averch-Johnson, caracterizado pela superutilização do capital pelas empresas reguladas, com a intenção de aumentarem as suas tarifas (SANTOS, C., 2012).

A regulação de tarifas por incentivo, por sua vez, consiste na aplicação de mecanismos que estimulem as firmas a melhorarem a sua *performance*, com a finalidade última de maximizar o bem-estar social. Em seu modelo básico, o Estado fixa um preço-teto e uma fórmula de ajuste periódico, que incorpora metas de ganho de produtividade. Logo, para se apropriarem de uma parte maior de lucros, as firmas precisam reduzir seus custos (melhorar sua produtividade além da meta fixada), ao invés de, simplesmente, aumentarem os preços.

Dentre os mecanismos de regulação por incentivos, estão aquelas que envolvem os níveis de preço, como o *Price Cap* e a *Yardstick Competition*. (SANTOS, C., 2012, FERNANDES, 2000)

De acordo com o esquema do *Price Cap* (Preço-Teto), o regulador estabelece um preço inicial de comercialização e uma fórmula de ajuste periódico que contemple: um indexador de preços (I), preferencialmente um índice geral de correção de preços, que não seja passível de manipulação pelo regulador; o fator de produtividade (X), que permita a fixação de metas (expectativas) de ganho de produtividade pelo setor; e o fator de custos fora do controle da firma (Y), conhecidos como *cost passthrough*, para repasse aos consumidores, que decorreriam da introdução de alguma exigência do regulador, como um novo padrão de qualidade ou de segurança.

A equação que resume o cálculo da tarifa, a partir dessa metodologia, seria a seguinte (PICCININI, 2005 *apud* SANTOS, C., 2012, p. 31):

$$P(x) = (P^*) \times (I_p) - X + Y$$

Onde, P(x) – Tarifa praticada; P * - Preço Máximo estimado; I_p – Determinado índice de preço econômico, como IGP-M, IPCA, etc.; X – Indexador de ganhos de produtividade; Y – Indexador de repasse de custos.

O objetivo da metodologia *Price Cap* seria “propor um cálculo tarifário baseado em uma regra simples e transparente”, que possibilitasse “maior liberdade de gestão” pelas firmas, as quais definiriam suas estratégias produtivas para ter o máximo de eficiência (SANTOS C., 2012, p. 32).

Já a *Yardstick Competition* (YC), também conhecida como Regulação por Desempenho – que pode ser empregada isoladamente ou em conjunto com outros mecanismos como o *Price Cap* – consiste na eleição de um grupo de empresas tidas como mais eficientes, para que sua média sirva como padrão de comparação (*benchmark*) (SILVEIRA, 2006).

O método, que permite a diluição da assimetria de informação entre regulador e setor regulado, foi o adotado pela ANS durante o período de 2001 a 2018 para o cálculo dos reajustes anuais dos planos de saúde individuais/familiares de assistência médica regulamentados pela Lei 9.656/98. A referência, nesse caso, era a média de reajustes aplicados aos contratos coletivos com mais de trinta vidas, partindo do pressuposto que eles detinham maior poder de barganha junto às operadoras, almejando-se, assim, que os reflexos da dinâmica concorrencial apurada no mundo coletivo fossem transferidos aos planos individuais. (BENJÓ, 1999 *apud* ANS, 2010b)

2.1 METODOLOGIA DE CÁLCULO DO REAJUSTE ANUAL PARA OS CONTRATOS INDIVIDUAIS/FAMILIARES VIGENTE NO PERÍODO DE 2001 A 2018 – NECESSIDADE DE MUDANÇA

De acordo com o documento técnico fruto da cooperação entre a ANS e a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (ANS, 2015, p. 10), havia “racionalidade econômica” na escolha da média dos reajustes dos planos coletivos como um parâmetro de *performance* na saúde suplementar, porém, a metodologia de cálculo do reajuste anual dos planos individuais de assistência médica novos esbarrava na não-homogeneidade dos produtos ofertados e nas diferenças entre os contratos individuais e coletivos, em relação à mobilidade e ao perfil de risco.

As operadoras setoriais também criticavam a “autorização de um índice único, que não particulariza as diferenças regionais, concorrenciais e da qualidade de assistência ofertada” (ANS, 2014c, p. 2), alegando que os percentuais autorizados pela Agência para os planos individuais/familiares eram inferiores à variação de custos médico-hospitalares do setor, o que estaria comprometendo a sua solvência.

Embora discordando da insuficiência dos percentuais de reajuste autorizados para os planos individuais, a ANS reconheceu limitações na metodologia baseada na *Yardstick Competition*, especialmente a falta de transparência, pois os documentos e as informações que demonstram os reajustes aplicados pelas operadoras em seus contratos com mais de 30 vidas não eram passíveis de publicação, por guardarem informações protegidas pelo sigilo empresarial.

2.1.1 DISCUSSÕES SOBRE A MUDANÇA NA METODOLOGIA DE REAJUSTE ANUAL DOS PLANOS INDIVIDUAIS/FAMILIARES

2.1.1.1 CÂMARA TÉCNICA 2010/2011

A Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste (ANS, 2010a) inaugurou, em 2010, a busca por uma metodologia que refletisse “com maior eficiência a variação dos custos na saúde suplementar, contemplando, ainda, os esforços das operadoras de planos de assistência à saúde para melhoria da produtividade/qualidade/eficiência em suas atividades”, e que capturasse “eventuais variações geradas por eventos exógenos nos custos dos planos individuais e/ou familiares” (ANS, 2011a).

Propunha-se substituir a metodologia baseada na *Yardstick Competition* por outra, fundamentada no *Price Cap* (Preço-Teto), já adotada por outras agências reguladoras (ANATEL, ANEEL e ANVISA). Na ANS, ela seria denominada *Value Cap* (Valor-Teto), considerando que o teto de reajuste dos planos individuais não é um índice de preços, mas sim um índice de valor, por considerar, além da variação do preço dos serviços e insumos, a variação do consumo desses itens pelos beneficiários (ANS, 2010b).

Para o desenvolvimento do índice setorial (Is) que comporia a fórmula, seriam utilizadas as informações cadastrais e financeiras enviadas periodicamente pelas operadoras por meio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS), rejeitando-se a possibilidade de adoção de um índice externo de inflação ou da média dos reajustes dos planos coletivos.

A nova fórmula contemplaria, ainda: a) o fator de produtividade do setor (fator X), extraído das informações dos programas de qualificação e de acreditação das operadoras (posteriormente proposto o uso da metodologia da Fronteira Eficiente de Produção para o estabelecimento de uma meta, na qual seriam correlacionados os insumos das operadoras (*inputs*) com os resultados esperados pela ANS (*outputs*)); e b) fatores exógenos (fator Y), “fora da governabilidade das empresas”, como um “novo rol de procedimentos”.

Em continuidade, após cinco reuniões do Grupo Técnico (GT), foi apresentada a seguinte fórmula:

$$R = I_s - X + Y$$

Todavia, na quarta reunião da Câmara Técnica, em dezembro de 2011, concluiu-se pela impossibilidade de implementação imediata do método, dadas a necessidade de construção de uma série histórica mais longa e robusta do DIOPS e de reavaliação dos critérios da amostra, a inxequibilidade da regionalização do reajuste e a necessidade de validação do modelo por Consultoria Externa (ANS, 2011c).

2.1.1.2 INCLUSÃO DO TEMA NA AGENDA REGULATÓRIA 2013-2014

Os estudos foram retomados no segundo semestre de 2013, conforme estabelecido na Agenda Regulatória e, em 20/05/2014, a GGEFP/DIPRO emitiu a Nota nº 1241/2014, relatando as ações realizadas e as suas conclusões (ANS, 2014).

No tocante à pertinência do uso da metodologia de cálculo do reajuste baseada no *Price Cap*, destacou-se que, apesar de empregada em larga escala nos setores de infraestrutura, havia apenas um estudo sobre sua aplicação no setor de planos de saúde, elaborado em 2005 pelo governo australiano, no qual fora ressaltada a indispensabilidade de construção de um índice setorial próprio e de aprimoramento da qualidade e do fluxo de informações para o órgão regulador.

A nota concluiu que, em se adotando o *Price-Cap*, já seria possível a utilização dos dados do DIOPS para a apuração de um índice setorial, pois, a partir de 2013, receitas e despesas passaram a ser declaradas pelas operadoras separadamente, por tipo de contratação, e auditadas, o que possibilitaria sua publicação e, conseqüentemente, maior transparência do modelo. Quanto ao fator de produtividade (X), o mesmo poderia ser definido com base no modelo DEA (Análise Envoltória de Dados)³ e no Índice de Malmquist⁴, com a utilização de *softwares* para a geração e acompanhamento dos cálculos.

³ A análise envoltória de dados – DEA (Data Envelopment Analysis) – é uma metodologia não-paramétrica (tipo de teste estatístico cabível quando a amostra tem uma distribuição anormal) usada para mensuração comparativa de eficiência de produtores a partir dos dados observados e do conjunto de inputs e outputs das unidades avaliadas e é um importante instrumento de identificação das melhores práticas. Nesse tipo de análise, o conjunto de inputs pode incluir as despesas das operadoras, dentre outros, enquanto os outputs considerariam a taxa de cobertura, a receita das operadoras, o número médio de consultas, etc. Os resultados do DEA podem ser combinados com outros indicadores, para maior robustez dos resultados de eficiência (HASHIMOTO, 2010)

⁴ O Índice de Produtividade de Malmquist – IPM foi idealizado por Sten Malmquist, em 1952, para análises de consumo. A construção de seus modelos busca contemplar os aspectos que caracterizam a função produção, ou seja, todos os recursos consumidos e todos os produtos e serviços produzidos. (MARQUES e SILVA, 2006). Faz parte de uma categoria de indicadores de produtividade que indicam “o quanto de produto é possível produzir a partir dos diversos insumos utilizados”, não necessitando definir minimização de custos ou maximização de receitas (ANS, 2014c, p.21).

E o fator de Qualidade (Q), por sua vez, seria extraído do Programa de Qualificação das Operadoras, consoante já havia sido pontuado pela Câmara Técnica 2010-2011, o que ensejaria a apuração de um valor para cada operadora, conforme demonstrado abaixo:

$$R \text{ (por operadora)} = I - X + Q$$

A área técnica recomendou, na nota, o prosseguimento dos estudos e a consultoria de instituições dedicadas aos temas de produtividade e qualidade na saúde suplementar. E, em março de 2015, foi concluída a avaliação da metodologia e dos resultados do *Price Cap*, produto de uma cooperação técnica ANS/Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), cujo parecer foi favorável à metodologia proposta, considerada “fundamentada economicamente” e “implementável através das informações disponíveis atualmente nos registros da ANS” (ANS, 2015, p. 41).

2.1.1.3 COMITÊ DE REGULAÇÃO DA ESTRUTURA DOS PRODUTOS 2017/2018

Em 08/12/2017, a discussão sobre a Política de Preço e Reajuste dos Planos de Saúde foi retomada no âmbito do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, em sua sétima reunião (ANS, 2017b).

Após análise das contribuições apresentadas pelo setor (ANS, 2018a), propôs-se uma nova fonte para o fator de produtividade (X): o FGP (Fator de Variação Global), calculado com base na produtividade geral da indústria na economia (produção geral, população ocupada e dias úteis trabalhados), definido a cada quatro anos, com fundamento na Teoria dos Ciclos Econômicos (ANS, 2018a).

Em relação ao índice setorial, o Comitê elegeu a Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH) computada pelo DIOPS, por captar variações de preço e de utilização, apresentar menor defasagem temporal dos dados e conter informações auditadas, com a possibilidade de inclusão de critérios relacionados à qualidade e à produtividade (eficiência).

Na discussão, foi explicitada a necessidade de deduzir desse índice um percentual de aumento da sinistralidade decorrente da idade da carteira, pois os reajustes de faixa etária já teriam essa finalidade. Por isso, foi estimado um Fator Variação de Faixa Etária (FFE) para essa dedução (expurgo de faixa etária), a partir da metodologia de cálculo do impacto médio, que considerou a variação de custo em cada faixa etária e os preços estimados.

2.1.1.4 RELATÓRIO DE ANÁLISE DO IMPACTO REGULATÓRIO.

Em março de 2018, a Gerência-Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos da ANS finalizou a Análise do Impacto Regulatório acerca de eventual alteração na política de reajuste (ANS, 2018b).

Embora tenha ressaltado a necessidade de abordagem simultânea de todos os componentes da Política de Preços e Reajustes de Planos de Saúde, o documento se limitou à análise da metodologia de reajuste anual dos planos individuais, apontando que o cálculo com base na média dos reajustes dos planos coletivos (dados do RPC) não havia provocado desequilíbrios estruturais significativos, quando realizada uma comparação com os valores de VCMH apurados no período entre 2006 e 2017. Entretanto, observou-se a tendência de distanciamento dos valores do RPC em relação à VCMH, o que evidenciaria a necessidade de revisão da metodologia.

De acordo com o relatório, a nova metodologia baseada no *Price Cap (Value Cap)* traria maior transparência aos componentes do cálculo; mitigaria o descompasso temporal (a divulgação do teto seria trimestral); e possibilitaria a transferência de ganhos aos beneficiários, tanto de produtividade quanto de qualidade, adotando-se o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) como parâmetro de qualidade.

A análise comparativa também contemplou outras duas possibilidades metodológicas, a partir do agrupamento de operadoras, além da *Yardstick Competition* e do *Price Cap (Value Cap)* (ANS, 2018b). Contudo, na comparação baseada em 22 critérios, referentes aos aspectos de eficiência, efetividade, equidade, transparência e razoabilidade, a alternativa do *Value Cap* obteve a melhor pontuação e, finalmente, a fórmula proposta foi consignada em minuta de Resolução Normativa (ANS, 2018c):

$$FRP_{Ita} = VCMHIND_{ta} * (1/FFE_a) * (1/FGP_a)$$

Onde:

a = ano de cálculo do Fator de Reajuste;

t = último trimestre com dados disponíveis do DIOPS;

VCMHIND - Fator de Variação dos Custos Médicos Hospitalares do universo dos Planos Individuais.

FFE – Fator de Variação a Faixa Etária (= 1,0193 até atualização prevista no normativo).

FGP – Fator de Variação de Produtividade (= 1,0126 até a próxima atualização).

2.1.1.5 DECISÃO DA DIRETORIA COLEGIADA DA ANS – 482ª REUNIÃO ORDINÁRIA

Conforme previsto, a proposta de abertura da Consulta Pública sobre a nova metodologia de reajuste dos planos individuais, consubstanciada na minuta de Resolução Normativa, foi apreciada no dia 16/03/2018, durante a 482ª Reunião da Diretoria Colegiada da ANS (ANS, 2018d). Todavia, os diretores apresentaram voto contrário, argumentando, em síntese: que a ANS poderia ter formalizado um Termo de Cooperação com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a elaboração de estudos conjuntos sobre o desenvolvimento de um índice setorial; que não havia evidências da necessidade de alterar a metodologia vigente, vez que estudo de Impacto Regulatório desenvolvido pela Diretoria proponente concluíra que a metodologia baseada na *Yardstick Competition*, não trouxera prejuízos ao setor regulado; que o relatório não tinha sido conclusivo sobre o fator qualidade, nem apresentara qualquer fundamentação sobre a adequação do uso do IDSS; que não foram feitas simulações comparando a metodologia vigente e a proposta; que era necessária a apreciação conjunta das propostas de alteração das regras de precificação, revisão técnica e reajuste dos planos coletivos, bem como o levantamento dos impactos diretos e indiretos, de curto, médio e longo prazos, para todos os atores envolvidos.

Nesse ínterim, a minuta de Resolução Normativa não foi aberta à Consulta Pública, e a Diretoria Colegiada solicitou à Diretoria proponente (DIPRO) a realização de estudos complementares para que a matéria voltasse à votação em momento oportuno, restando interrompido o cronograma de discussões e adoção de medidas inicialmente proposto, de modo que o índice de reajuste dos planos individuais autorizado em 2018 ainda não foi calculado com base na nova metodologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora muitos autores refutem a ideia de que a interferência estatal seja cabível no quesito “preços”, há evidências de que a “desregulação” total dos reajustes dos planos de saúde individuais poderia provocar resultados indesejados para a coletividade, como a elitização dos planos de saúde, a prática de preços excessivamente elevados, e a transferência, aos consumidores, de todo o risco inerente ao negócio das operadoras – fatos que representariam um grande retrocesso no processo de regulação do setor.

A metodologia baseada no *Price Cap*, adotada, no Brasil, em setores ligados à infraestrutura, foi largamente estudada pela ANS como alternativa para o cálculo do teto de reajuste desses planos, porém, houve muita dificuldade na definição dos componentes da fórmula e sobre a forma de cálculo desses fatores.

Necessita-se de um índice (I) capaz de compensar as operadoras setoriais dos aumentos de seus custos, decorrentes da incorporação de tecnologias imposta pela ANS, das mudanças no perfil de utilização dos planos e dos reajustes de seus insumos, de forma a propiciar condições para que a operação de planos privados de saúde seja um negócio sustentável e, conseqüentemente, haja um nível adequado de competitividade no setor. Por outro lado, tem-se que: a média dos reajustes dos planos coletivos não reflete o comportamento dos custos da carteira de planos individuais; planilhas de custo enviadas pelas operadoras para a definição de um índice para o setor poderiam embutir custos por ineficiências; índices inflacionários já existentes poderiam não alcançar as variações de utilização dos serviços; a VCMH poderia não refletir adequadamente as variações de custos, já que despesas podem ser reduzidas por aumento de coparticipação dos produtos, contratação de prestadores a preços muito baixos e, inclusive, através da piora da qualidade assistencial.

Por isso, propôs-se na monografia, a construção de um índice setorial (I) em cooperação técnica com o IBGE⁵, com uma variação de utilização (uso da VCMH da ANS), uma variável de incremento de novas coberturas (estimativa de aumento de custos a cada nova edição do rol de procedimentos) e outros tipos de ponderação, considerando o fato de que as cestas de serviços dos planos são muito distintas.

Quanto à inclusão, no cálculo, de um fator de estímulo à produtividade do setor (X), propôs-se na monografia, o estabelecimento de direções e objetivos relacionados ao aspecto assistencial, pelo regulador, a exemplo do que ocorreu na regra de reajuste dos planos individuais para o ano de 2002, quando houve a possibilidade de um reajuste maior para aquelas operadoras que aderissem ao Programa de Valorização da Consulta Médica (mediante o reajustamento das tabelas de honorários médicos acima de 20%). Com essa estratégia, as operadoras poderiam ser estimuladas a aprimorar, por exemplo, sua política de atenção ao idoso, ao portador de neoplasia, a criar programas de prevenção de doenças e promoção da saúde, dentre outras ações, de acordo com as prioridades definidas pelo Estado.

A monografia apontou, ainda, a necessidade de envolvimento das demais diretorias na tomada de decisão, o estudo de novas alternativas baseadas em testes/simulações e a disponibilização de materiais em linguagem mais didática acerca do assunto, o que acabou se concretizando alguns meses após a sua conclusão, com a realização de amplos debates com a sociedade, pela ANS, por meio de audiências públicas, e com a apresentação e aprovação da proposta metodológica aprimorada, para aplicação a partir de 2019.

⁵ Em 2005, o IBGE e a ANATEL assinaram um convênio para que o Instituto desse suporte metodológico no processo de desenvolvimento de um índice de reajuste das tarifas dos serviços de telecomunicações. Além do Índice de Serviços de Telecomunicações (IST), a agência considera os ganhos de produtividade como redutor tarifário. Fonte: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/13013-asi-ibge-dara-suporte-metodologico-a-indice-da-anatel.html>

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Ata de Reunião. **Câmara Técnica do novo modelo de reajuste – 1ª Sessão – 01 jun.2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/ct_reajuste_1_reuniao_ata_20100601.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Estratégias e Oportunidade para um novo modelo de reajuste**. Apresentação realizada pela ANS no âmbito da Câmara Técnica do novo modelo de reajuste – 14 set. 2010. Formato: *Power Point*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/ct_reajuste_apresentao_ans_nova_metodologia_de_reajuste_20100914.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Câmara Técnica do Novo Modelo de Reajuste – Descrição**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://ans.gov.br/index.php/participacao-da-sociedade/camaras-tecnicas/18-camara-tecnica-do-novo-modelo-de-reajuste>>. Acesso em: 14 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Nota 1034/2011/GGEFP/DIPRO/ANS. **Financiamento dos planos de saúde: alternativas para a sustentabilidade do mercado de saúde suplementar**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/agenda_regulatoria/NOGGEFP103419OUT11.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resumo dos trabalhos do Grupo Técnico – 4ª Reunião da Câmara Técnica**. Apresentação realizada pela ANS no âmbito da Câmara Técnica do novo modelo de reajuste – 08 dez. 2011. Formato: *Power Point*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/20111220_apresentacao_4_reuniao.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Nota 1241/2014/GGEFP/DIPRO/ANS. **Nova metodologia de cálculo dos reajustes dos planos de assistência médica à saúde**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/agenda_regulatoria/NOTA_PRICECAP.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Documento técnico contendo a avaliação da metodologia e dos resultados do “Price Cap” desenvolvidos em estudos da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, que visam estabelecer novos critérios de reajustes dos planos individuais regulamentados, contendo ainda parecer sobre a reprodutibilidade do modelo na Saúde Suplementar**. Cooperação Técnica OPAS/ANS -TC 42. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018/reuniao_8_avaliacao_da_metodologia_e_dos_resultados_do_price_cap.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Propostas área técnica DIPRO/ANS para política de preços e reajuste e Panorama GEFAP 2017**. Apresentação para a 7ª Reunião do Comitê de Estrutura da Regulação dos Produtos, em 08 dez. 2017. Formato: *Power Point*. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_comite_estrutura_produtos/Apresentao-PreoseReajustes.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Propostas da área técnica para preços e reajustes**. GEFAP/GGREP/DIPRO/ANS. Apresentação para a 8ª Reunião do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos, em 06 fev. 2018. Formato: *Power Point*. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2018/Proposta-de-Grupo-Tcnico-Preos-e-Reajustes---2-reunio---06-02-18.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Relatório de Análise do Impacto Regulatório: política de preços e reajustes dos planos de saúde**. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos/ Gerência-Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/50398___AIR%20-%20Nova%20Pol%C3%ADtica%20de%20Pre%C3%A7os%20e%20Reajustes_Vers%C3%A3o%2019-02-18_Final.pdf> . Acesso em 28 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Minuta de Resolução Normativa** sobre nova metodologia de reajuste anual dos planos individuais. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/50398___RN%20minuta%20reajuste%20Dipro%20Dicol_16%20mar%C3%A7o%20-%20sem%20marcas.pdf>. Acesso em 30 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **482ª reunião de Diretoria Colegiada**, em 16 mar. 2018. 1'43". Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=fYHIsE3Vx7c>>. Acesso em: 30 mar. 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados e Indicadores do Setor: Sala de Situação** – dados de fevereiro de 2018. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>> Acesso em 09 abr. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS 18 anos – **Mensagem da Diretoria**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/18anos>> Acesso em 08 abr. 2018.

ALVES, L.B.O. **A regulação de preços de medicamentos: aspectos gerais e críticas à metodologia brasileira de reajustes**. 2016. 62f. Dissertação (Mestrado em Ciências Econômicas) – Universidade de Brasília. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/19956/1/2016_LucasBisposeOliveiraAlves.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018

ANTONIO, G.L.M. **Planos privados individuais de saúde: o consumidor ainda tem poder de escolha?** Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. Brasília, v.1, n.7, p. 163-182, jan./mar. 2018. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/463>>. Acesso em 04 abr. 2018

BRASIL. **Lei nº 9.656**, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em 15 mar. 2018

BRASIL. **LEI nº 9.961**, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF, 29 jan. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9961.htm> . Acesso em 15 mar. 2018

FERNANDES, E.S.L. **Mecanismos de regulação tarifária na indústria de gás natural: o caso do gasoduto Brasil-Bolívia**. 2000. 162f. Tese (Doutorado em Energia) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.iee.usp.br/sites/default/files/ElianaSLFernandes.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2018

GERSCHMAN, S. **Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil**. Ciênc. Saúde Coletiva [online]. Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, pp. 1441-1451, set./out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500010>. Acesso em 10 abr. 2018.

HASHIMOTO, P.A. **Análise da eficiência técnica das operadoras de planos de saúde com a utilização da Análise Envoltória de Dados**. 139f. Dissertação (Mestrado em Ciências Econômicas) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2010_Novo_modelo_de_Reajuste/2011/GT_2a_reuniao_2011/analise_da_eficiencia_tecnica_das_operadoras_paula_hashimoto.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2018

MARQUES, R.C.; SILVA ,D. Análise da variação da produtividade dos serviços de água portugueses entre 1994 e 2001 usando a abordagem de Malmquist. Revista de Pesquisa Operacional da Scielo. Rio de Janeiro, v.26 n.1, p.145-168, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-74382006000100008>. Acesso em: 30 mar. 2018.

MASCARENHAS, N.P. **Análise de um processo em construção: a regulação da saúde suplementar no Brasil**. 352p. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24102007-133803/publico/neilpmascarenhas.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

MEDEIROS, M.L. **As falhas de mercado e os mecanismos de regulação da saúde suplementar no Brasil com uma abordagem das novas responsabilidades para os agentes desse mercado**. 103f. Dissertação (Mestrado em Economia do Setor Público). Universidade de Brasília. Brasília, 2010. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10224/1/2010_MarcioLimaMedeiros.pdf> Acesso em: 09 mar. 2018.

OCKÉ-REIS, C.O. **Uma reflexão sobre o papel da ANS em defesa do interesse público**. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 39, n. 6, p. 1303-17, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6799/5381>>. Acesso em 21 abr. 2018.

OCKÉ-REIS, C.O.; ANDREAZZI, M.F.S., SILVEIRA, F.G. **O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado?** Revista de Economia Contemporânea. Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.157-185, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www>>

scielo.br/pdf/rec/v10n1/07.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2018.

OCKÉ-REIS, C.O.; CARDOSO, S.S. **A regulamentação dos preços dos planos individuais de saúde**. Revista de Economia Política da Scielo. São Paulo, v. 31, n.3, p. 455-470, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rep/v31n3/08.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

SAINTIVE, M.B; CHACUR, R.S. **A regulação tarifária e o comportamento dos preços administrados**. Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda. Documento de Trabalho nº 33 SEAE/MF. Brasília, maio 2006. Disponível em: <http://www.seae.fazenda.gov.br/central-de-documentos/documentos-de-trabalho/documentos-de-trabalho-2006/DT_33.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2018.

SANTOS, C.M. **A regulação tarifária do setor elétrico: uma análise metodológica**. 61f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Economia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/2111/1/CMSantos.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

SANTOS, I.S.; SANTOS, M.A.B.; BORGES, D.C.L. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial** [online]. Rio de Janeiro, v. 4, p. 73-131, 2013. ISBN 978-85-8110-018-0. Disponível em:<<http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-04.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

SILVA, C.A; NELSON, R.A.R.R. **Uma análise do aspecto regulador do Estado brasileiro à luz do papel das agências reguladoras**. RDA – Revista de Direito Administrativo da Faculdade Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, v. 268, p. 153-185, jan./abr. 2015. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/50738>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

SILVEIRA, A.C.G.L. **Os efeitos da polêmica dos reajustes de 2003 sobre o valor das empresas de telefonia fixa na Bovespa**. 125f. Capítulo 3.1. Principais aspectos conceituais da regulação econômica (p. 21-40). Dissertação (Mestrado em Administração) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/9878/9878_4.PDF>. Acesso em 04 abr. 2018

OCKÉ-REIS, C.O.; CARDOSO, S.S. **A regulamentação dos preços dos planos individuais de saúde**. Revista de Economia Política da Scielo. São Paulo, v. 31, n.3, p. 455-470, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rep/v31n3/08.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

SAINTIVE, M.B; CHACUR, R.S. **A regulação tarifária e o comportamento dos preços administrados**. Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda. Documento de Trabalho nº 33 SEAE/MF. Brasília, maio 2006. Disponível em: <http://www.seae.fazenda.gov.br/central-de-documentos/documentos-de-trabalho/documentos-de-trabalho-2006/DT_33.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2018.

SANTOS, C.M. **A regulação tarifária do setor elétrico: uma análise metodológica**. 61f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Economia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/2111/1/CMSantos.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

SANTOS, I.S.; SANTOS, M.A.B.; BORGES, D.C.L. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial** [online]. Rio de Janeiro, v. 4, p. 73-131, 2013. ISBN 978-85-8110-018-0. Disponível em:<<http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-04.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

SILVA, C.A; NELSON, R.A.R.R. **Uma análise do aspecto regulador do Estado brasileiro à luz do papel das agências reguladoras**. RDA – Revista de Direito Administrativo da Faculdade Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, v. 268, p. 153-185, jan./abr. 2015. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/50738>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

SILVEIRA, A.C.G.L. **Os efeitos da polêmica dos reajustes de 2003 sobre o valor das empresas de telefonia fixa na Bovespa**. 125f. Capítulo 3.1. Principais aspectos conceituais da regulação econômica (p. 21-40). Dissertação (Mestrado em Administração) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/9878/9878_4.PDF>. Acesso em 04 abr. 2018

CAPÍTULO 2

OS IMPACTOS ECONÔMICO-FINANCEIROS DO RESSARCIMENTO AO SUS PARA AS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE⁶

JÉSSICA CAEIRO DE SOUZA COSTA

Atuária membro do Instituto Brasileiro de Atuária sob o registro 3.218

⁶ Este capítulo sintetiza a Monografia intitulada “OS IMPACTOS ECONÔMICO-FINANCEIROS DO RESSARCIMENTO AO SUS PARA AS OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE”, produzida no âmbito do Edital ENAP nº 25/2018 (1º PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR TEMA: REGULAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA NA SAÚDE SUPLEMENTAR). As opiniões aqui expressas são de responsabilidade da autora e não refletem, necessariamente, a visão da ANS sobre o assunto.

1. INTRODUÇÃO

O acesso à saúde no Brasil pode ser realizado pela rede pública, através do Sistema Único de Saúde (SUS) e/ou pela rede privada, por meio do desembolso direto em hospitais e demais prestadores particulares, ou ainda, através da aquisição de planos de saúde oferecidos por Operadoras de Planos de Saúde (OPS).

A utilização simultânea das duas redes assistenciais por parte dos beneficiários de planos de saúde tornou necessária à instituição do processo de ressarcimento ao SUS. Este, determinou que as Operadoras de Planos de Saúde passassem a ressarcir ao SUS, quando houvesse a utilização de seus beneficiários em rede pública referente a procedimentos cobertos pelo plano.

Neste contexto, o presente estudo buscou analisar os impactos econômico-financeiros causados por este processo. Para isso, foram analisadas as informações contábeis de uma amostra de OPS de assistência médico-hospitalar no ano de 2014. Esta análise foi realizada a fim de mensurar o impacto do ressarcimento ao SUS nas obrigações, contabilmente registradas no passivo, nas despesas assistenciais líquidas e na margem de lucro líquida que, para fins deste estudo, consistiram nos impactos econômico-financeiros. Além disso, para avaliar o comportamento dos beneficiários que utilizam o SUS, também foram analisadas informações referentes às utilizações destes usuários.

2. REVISÃO DA LITERATURA

O direito a saúde no Brasil foi garantido legalmente a todos e de forma igualitária por meio do Art. 196 da Constituição Federal do Brasil em 1988, que também responsabilizou o Estado a fazer frente a esta obrigação através de políticas sociais e econômicas diminuindo assim, o risco de doenças. Entretanto, antes da instauração constitucional a que se refere esse dever, a assistência à saúde era segmentada e restrita aos contribuintes da Previdência Social, ou seja, o atendimento médico era uma prerrogativa dos beneficiários (FINKELMAN, 2002).

Diante do cenário de desigualdade e dos consequentes detrimientos causados à saúde da população brasileira, movimentos sociais em prol da reestruturação do modelo assistencial existente começaram a ganhar força. Nesse contexto, o movimento da Reforma Sanitária destacou-se pela reivindicação de um modelo de assistência à saúde universal, descentralizado e unificado. (AZEVEDO, 2012)

Surge então, através da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado posteriormente pela lei n.º 8080 de 1990. Desde então, o acesso a saúde pública tornou-se direito de todos, brasileiros ou não, que necessitarem de qualquer auxílio à saúde no Brasil, de forma gratuita.

Entretanto, fatores como possíveis falhas em sua implantação, juntamente com a escassa regulação do mercado de planos de saúde, a longo prazo, propiciaram o aumento expressivo do setor de saúde suplementar, sendo este, composto por empresas de diversas modalidades que até então, atuavam de acordo com critérios próprios e tinham como objetivo comercializar saúde, no sentido de intermediar ou oferecer os serviços médicos, transformando-a assim em um bem de consumo médico (FREITAS, 2011; ALBUQUERQUE et al., 2008; LUZ, 1991).

Diante do exposto, a Lei nº. 9.656 de 1998 foi estabelecida a fim de regulamentar a atuação das empresas que operavam planos de assistência à saúde no mercado, e no intuito de cumprimento desta foi instituída a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) através da Lei nº. 9.961 de 2000. A ANS passou a ser então, a instância reguladora e fiscalizadora no setor de saúde suplementar e sua criação representou importante progresso na regulação do mercado.

O panorama de ascensão do setor de saúde suplementar tornou necessária a instituição de inúmeras iniciativas de forma a organizar o mercado de planos de saúde e forçar as OPS a cumprirem suas obrigações perante a Agência reguladora e aos seus beneficiários. Uma delas corresponde à obrigatoriedade da constituição de ativos garantidores, que correspondem a valores destinados a cobertura de futuras e esperadas obrigações (passivo) relacionadas a operação com planos de saúde, as provisões técnicas. De forma objetiva, Amorim (2013, p. 171) definiu o ativo garantidor como “a efetivação financeira real refletida pela provisão técnica”.

O Art. 3º da Resolução Normativa n.º 393 de 2015 define os critérios para a constituição das provisões técnicas, as quais devem ser constituídas mensalmente. Estas por sua vez, são discriminadas em: Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL); Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA); Provisão para Remissão; Provisão para Prêmios/Contraprestações Não Ganhas (PPCNG); Outras Provisões Técnicas constituídas quando necessárias para à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro. A PPCNG e os débitos parcelados e aprovados pela ANS referente ao ressarcimento ao SUS não são contemplados na exigência de lastro de ativos garantidores.

A constituição das provisões técnicas e dos ativos garantidores é uma das maneiras de verificação, por parte da ANS, da situação econômico-financeira das operadoras, uma vez que para atuar no mercado de saúde suplementar, as OPS precisam se demonstrar capazes de manter a qualidade da assistência à saúde prestada a seus beneficiários. Sendo assim, o valor constituído de Ativos Garantidores deve ser suficiente para cobrir o montante correspondente às provisões técnicas (AMORIM, 2013).

Outra iniciativa regulatória que consiste no objeto principal deste trabalho é processo de ressarcimento ao SUS, que por meio da Lei nº. 9.656 de 1998 em seu art. 32 determinou que as OPS tivessem a obrigação de ressarcir ao Sistema Único de Saúde, quando houvesse utilização de seus beneficiários em rede pública referente a procedimentos cobertos pelo plano contratado. Dessa forma, o ressarcimento ao SUS configurou-se como uma iniciativa normatizadora entre o setor público e privado (FREITAS, 2011).

Sendo assim, o ressarcimento ao SUS passou a compor legalmente o passivo das OPS, uma vez que o montante devido deve ser registrado através da PESL SUS e esta, contabilizada mensalmente com base nos valores das notificações dos Avisos de Beneficiários Identificados (ABI) considerando o percentual histórico de cobrança (%hc), somado ao montante total cobrado nas Guias de Recolhimento da União (GRU) emitidas e ao saldo de parcelamento aprovado pela ANS, conforme previsto na INC. DIOPE/DIDES nº 5 de 2011.

Segundo Scatena (2004), a política do ressarcimento ao SUS tem o intuito de evitar o enriquecimento sem causa das Operadoras de Planos de saúde, garantir que as operadoras cumpram as condições estabelecidas em contrato e impedir que as atividades com fins lucrativos tenham o auxílio de recursos públicos. Ainda nesta linha, Bahia (2001) afirmou que esta política foi projetada com o intuito de reduzir o estímulo existente da utilização da rede pública ou privada conveniada ao SUS por beneficiários que possuem cobertura contratada, o que na prática ainda não ocorre integralmente.

Nesse contexto, Martins et al. (2010) constataram, para uma análise realizada com dados referentes ao município de São Paulo, que a distância e o custo do transporte para deslocamento até a unidade de atendimento correspondem ao principal motivo (cerca de 50% dos casos analisados) de utilização da rede pública pelos beneficiários. Outros fatores, como a não percepção de diferenças entre a rede pública e privada e a existência de carência ou não cobertura do procedimento, também foram constatados nesta pesquisa, com representatividade de 20% e 10% respectivamente.

Ademais, muitos beneficiários de planos de saúde não possuem ciência da existência do ressarcimento das Operadoras de Planos de Saúde ao SUS, e muito menos, que este fator é componente da precificação do plano adquirido e custeado por eles. O ressarcimento ao SUS corresponde a uma despesa assistencial, que embora não tenha sido utilizada através da rede privada contratada, é subsidiada pelas Operadoras e repassada aos consumidores através das contraprestações (MARTINS; LEITE; NOVAIS, 2010). Logo, este processo também é contemplado no índice de sinistralidade operadoras, sendo este, a relação entre as despesas assistenciais líquidas de coparticipação, e as receitas referentes à operação com os Planos de Saúde. Através deste indicador é possível avaliar o comportamento da massa de beneficiários em relação a utilização do plano e avaliar a situação econômico-financeira das Operadoras de Planos de Saúde, que será realizada ao longo da leitura de modo a justificar junto as demais análises, o impacto deste processo para as OPS.

3. DADOS E MÉTODOS

O objetivo geral dessa pesquisa se resume em verificar os impactos econômico-financeiros do processo de ressarcimento ao SUS para as Operadoras de Plano de Saúde no Brasil. Para tanto, buscou-se analisar o comportamento das utilizações de beneficiários em rede pública, fato gerador do ressarcimento ao SUS, a adimplência das OPS frente a esta obrigação e mensurar qual o real efeito desse processo, no passivo, nas despesas e conseqüentemente, no resultado das Operadoras de Planos de Saúde.

A amostra analisada neste trabalho consiste em 757 Operadoras de Planos de Saúde de assistência médico-hospitalar, que corresponde à 66% do total de OPS que atuavam no mercado de saúde suplementar brasileiro no ano de 2014.

3.1 COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS

3.1.1 ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS USUÁRIOS E ADIMPLÊNCIA DAS OPS

Com o intuito de estudar o fato gerador do ressarcimento ao SUS, foram realizadas análises descritivas das informações referentes aos atendimentos realizados por beneficiários em rede pública. Estas informações foram extraídas da base de dados da ANS – Tabnet – compreendendo o período de 2001 a 2014.

Além disso, de modo que os resultados fossem ponderados e avaliados com mesmo tratamento, as informações foram analisadas com base em dois indicadores comumente utilizados pela ANS em suas análises: a taxa de identificação de procedimentos (TIP), que corresponde à quantidade de procedimentos identificados passíveis de cobrança de ressarcimento ao SUS em relação ao total de procedimentos

realizados no SUS; e a taxa de utilização de beneficiários no SUS (TUB), que se refere à razão entre o número de procedimentos identificados no ressarcimento e o número de beneficiários de planos com cobertura médico hospitalar. As formulações estão apresentadas nas equações 1 e 2 a seguir:

EQUAÇÃO 1 - TAXA DE IDENTIFICAÇÃO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO SUS POR BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

$$TIP = (\textit{Procedimentos identificados}) / (\textit{Total de procedimentos realizados})$$

EQUAÇÃO 2 - TAXA DE UTILIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS NO SUS POR BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE, POR 1000 BENEFICIÁRIOS

$$TUB = (\textit{Procedimentos identificados}) / (\textit{Total de beneficiários}) * 1000$$

Além da ferramenta de dados da ANS, para o cálculo da TIP, as informações que se referem ao total de procedimentos realizados no SUS foram extraídas através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), para procedimentos de internações, e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), para os procedimentos ambulatoriais.

Em um segundo momento, o comportamento de adimplência das OPS frente a esta obrigação financeira será observado anualmente no período de 2001 a 2014. Nesta análise, as informações referentes às quantidades pagas e cobradas de atendimentos realizados por beneficiários no SUS, disponibilizadas pela base de dados da ANS, serão avaliadas com o auxílio do índice de pagamento (IP) dos atendimentos que corresponde à razão entre a quantidade de atendimentos pagos e quantidade de atendimentos cobrados em um mesmo período, conforme equação 3:

EQUAÇÃO 3 - ÍNDICE DE PAGAMENTO DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS POR BENEFICIÁRIOS NO SUS

$$IP = (\textit{Atendimentos pagos}) / (\textit{Total atendimentos cobrados})$$

Em seguida, a análise do impacto econômico-financeiro do ressarcimento ao SUS baseou-se no efeito que este gera tanto no passivo quanto nas despesas assistenciais líquidas das Operadoras de Planos de Saúde.

3.1.2 ANÁLISE DO IMPACTO DO RESSARCIMENTO AO SUS NO PASSIVO DAS OPS

Com o objetivo de mensurar o efeito do ressarcimento ao SUS no passivo das OPS, foram extraídos os dados contábeis através do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS), no ano de 2014. Através destes, o impacto no passivo foi analisado com base na representatividade do montante da Provisão de Eventos a Liquidar para o SUS em relação ao valor total das provisões com exigência de ativos garantidores, conforme apresentado na equação 4:

Equação 4 - Representatividade da PESL SUS em relação ao total de provisões técnicas com exigência de ativos garantidores pela ANS

$$REP(PESL_SUS) = (PESL_SUS) / (PESL_TOTAL + PEONA + Remissão + Outras Prov.)$$

É importante salientar que os números das contas contábeis utilizadas estão de acordo com o plano de contas vigente no ano de 2014.

3.1.3 ANÁLISE DO IMPACTO DO RESSARCIMENTO AO SUS NAS DESPESAS ASSISTENCIAIS LÍQUIDAS, NA SINISTRALIDADE E NA MARGEM DE LUCRO LÍQUIDA DAS OPS.

Considerando que o ressarcimento ao SUS influencia não só no passivo, mas também nas despesas assistenciais das Operadoras de Planos de Saúde, o impacto econômico-financeiro será avaliado também com base na representatividade das despesas com SUS em relação ao total de despesas assistenciais líquidas, ambas registradas contabilmente em contas específicas de acordo com Plano de Contas Padrão vigente da ANS, conforme é demonstrado na equação 5.

EQUAÇÃO 5 - REPRESENTATIVIDADE DAS DESPESAS COM RESSARCIMENTO AO SUS EM RELAÇÃO AO TOTAL DE DESPESAS ASSISTENCIAIS LÍQUIDAS

$$\text{REP(DES_SUS)} = (\text{Despesas com SUS})/(\text{Total despesas assistenciais líquidas})$$

De modo a complementar esta análise, será avaliado também, o quanto as despesas com SUS contabilizadas influenciam na sinistralidade e na margem de lucro líquida (MLL), as quais as formulações são apresentadas nas equações 6 e 7. Estes por sua vez, correspondem a indicadores utilizados pela ANS para analisar o desempenho econômico-financeiro das Operadoras de Planos de Saúde. O resultado líquido, componente da MLL, corresponde ao montante das receitas (conta 3) com a dedução das despesas (conta 4) e dos impostos e participações sobre o lucro (conta 61).

EQUAÇÃO 6 - ÍNDICE DE DESPESAS ASSISTENCIAIS OU SINISTRALIDADE DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR

$$\text{Sinistralidade} = (\text{Eventos Indenizáveis Líquidos})/(\text{Contraprestações Efetivas})$$

EQUAÇÃO 7 - MARGEM DE LUCRO LÍQUIDA (MLL)

$$\text{MLL} = (\text{Resultado Líquido})/(\text{Contraprestações Efetivas})$$

Considerando que ambos os indicadores apresentados estão ponderados pelas Contraprestações Efetivas, as despesas com ressarcimento ao SUS resultarão então em um mesmo impacto, representado pela razão entre as despesas com ressarcimento ao SUS e as contraprestações efetivas, conforme explícito na equação 8.

EQUAÇÃO 8 - IMPACTO DAS DESPESAS COM RESSARCIMENTO AO SUS NA SINISTRALIDADE E NA MARGEM DE LUCRO LÍQUIDA DAS OPS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR

$$\text{Impacto das despesas_sus} = (\text{Eventos indenizáveis líquidos_SUS})/(\text{Contraprestações Efetivas})$$

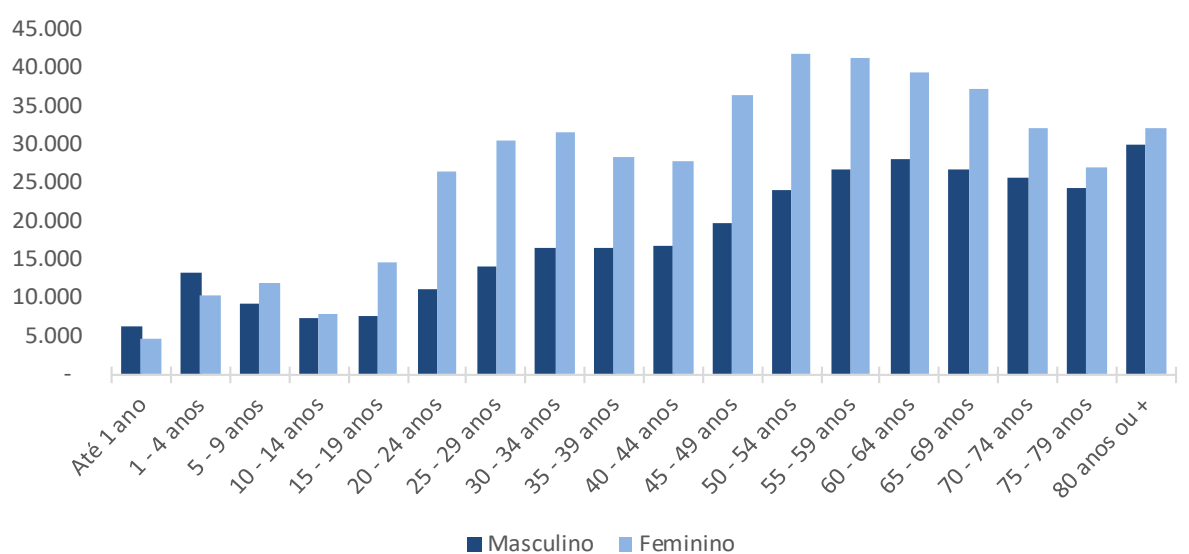
Desta forma, podemos dizer que as despesas com ressarcimento ao SUS possuem o mesmo peso quando relacionadas a sinistralidade e a margem de lucro líquida das Operadoras de Planos de Saúde.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 UTILIZAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS USUÁRIOS NO SUS E ADIMPLÊNCIA DAS OPS

Inicialmente, para analisar o comportamento da utilização dos beneficiários de planos de saúde no SUS, foram extraídos os dados disponibilizados no Tabnet-ANS, referentes a todos os atendimentos realizados em rede pública, por faixa etária e sexo no ano de 2014. O resultado está disposto no gráfico 1:

GRÁFICO 1 - ATENDIMENTOS DE BENEFICIÁRIOS NO SUS POR SEXO E FAIXA-ETÁRIA (2014)



Fonte: Elaboração própria através dos dados disponíveis no TABNET ANS – Atendimento de Beneficiários no SUS (2014)

Conforme podemos observar, os beneficiários que utilizam o Sistema Único de Saúde são, em sua maioria, mulheres. Verifica-se maior concentração de atendimentos nas idades mais avançadas, tanto no sexo feminino quanto masculino. O padrão etário de atendimentos pode estar relacionado à dificuldade de mobilidade dos idosos, uma vez que um dos principais motivos da utilização da rede pública por beneficiários de planos de saúde é a distância até o local de atendimento, conforme mencionado por Martins et al. (2010).

Além disso, para que seja possível realizar uma análise a respeito da utilização dos beneficiários no SUS, as informações extraídas quanto aos atendimentos foram analisadas de acordo com a natureza dos procedimentos, sejam estes referentes à internação, que são registrados através de um documento denominado Autorização de Internação Hospitalar (AIH), ou a procedimentos ambulatoriais, registrados através de um documento denominado Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC).

A fim de verificar quanto representa os atendimentos realizados por beneficiários no total de atendimentos realizados no SUS, o registro de AIHs e APACs foi ponderado pela quantidade total de procedimentos realizados no SUS referentes à mesma natureza, resultando na taxa de identificação, conforme demonstrado na tabela 1.

TABELA 1 - INTERNAÇÕES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS NO SUS E TAXA DE IDENTIFICAÇÃO PELO RESSARCIMENTO AO SUS (%) (2007 A 2014)

Ano	Internações de beneficiários identificadas no SUS (AIH)	Internações SUS	TIP AIH (%)	Procedimentos ambulatoriais de beneficiários identificados no SUS (APAC)	Procedimentos ambulatoriais SUS	TIP APAC (%)
2007	195.248	11.739.258	1,66	-	-	-
2008	190.731	11.107.155	1,72	-	-	-
2009	217.298	11.511.559	1,89	-	-	-
2010	275.746	11.724.834	2,35	-	-	-
2011	222.150	11.643.468	1,91	-	-	-
2012	318.189	11.439.889	2,78	-	-	-
2013	332.067	11.520.837	2,88	-	-	-
2014	286.839	11.612.715	2,47	520.347	20.704.431	2,51

Fonte: Elaboração própria através dos dados disponíveis no TABNET ANS – Atendimento de Beneficiários no SUS (2007 a 2014), no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (2014) e no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (2014).

Observa-se que a evolução desta taxa contempla apenas a informação a respeito dos registros de AIHs, uma vez que a identificação de procedimentos ambulatoriais (APACs) para fins de ressarcimento teve início em 2015 para procedimentos realizados em 2014. Além disso, podemos verificar que embora tenha ocorrido uma oscilação na taxa de identificação de AIHs (TIP), esta apresentou valores mais significativos nos últimos anos. Uma das possíveis explicações para este aumento é o aperfeiçoamento do mecanismo de identificação, notificação e cobrança das eventuais utilizações de beneficiários de planos de saúde no SUS, através de análises complexas e detalhadas realizadas pela ANS.

Ademais, os atendimentos realizados por estes também foram analisados em relação à quantidade de beneficiários no período de 2001 a 2014 (taxa de utilização dos beneficiários no SUS – TUB), que resultou em 6,2 atendimentos no SUS a cada 1000 beneficiários cobertos por planos assistenciais médico-hospitalares no período analisado, em média. (TABELA 2).

TABELA 2 - TAXA DE UTILIZAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS (TUB) A CADA 1000 BENEFICIÁRIOS (2001 A 2014)

Ano	Atendimentos identificados	Beneficiários	TUB geral (%)
2001	111.730	31.420.006	3,6
2002	128.941	31.513.309	4,1
2003	161.805	32.074.667	5,0
2004	179.675	33.840.716	5,3
2005	173.329	35.441.349	4,9
2006	172.121	37.248.388	4,6
2007	195.248	39.316.313	5,0
2008	190.731	41.468.019	4,6
2009	217.298	42.561.398	5,1
2010	275.746	44.937.350	6,1
2011	222.150	46.025.814	4,8
2012	318.189	47.791.280	6,7

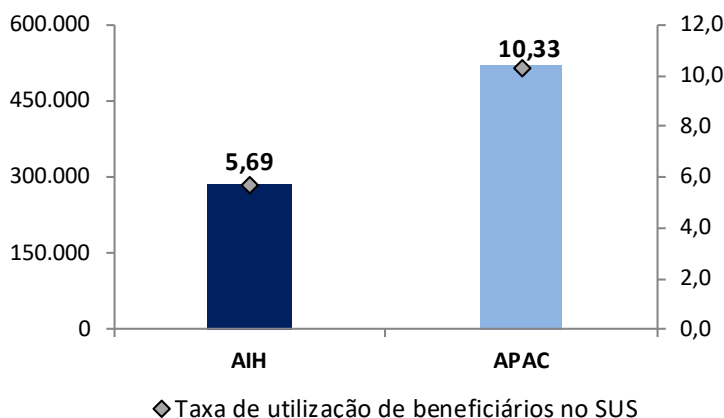
Ano	Atendimentos identificados	Beneficiários	TUB geral (%)
2013	332.067	49.422.494	6,7
2014	807.186	50.377.684	16
Média do Período	249.015	40.392.166	6,2

Fonte: Elaboração própria através dos dados disponíveis no TABNET ANS – Atendimento de Beneficiários no SUS (2001-2014) e Beneficiários por UFs, Regiões Metropolitanas e Capitais (dez/01 a dez/14).

Nota-se que a taxa de utilização de beneficiários geral obteve expressivo aumento no ano de 2014, cerca de 138% maior em relação ao ano anterior, que pode ser justificada pela inclusão dos procedimentos ambulatoriais no processo de ressarcimento ao SUS. Além disso, a taxa sofreu flutuações ao longo do período, mas manteve-se crescente, resultando em valores mais expressivos no período mais recente.

Em relação ao panorama geral da taxa de utilização de beneficiários no SUS no ano mais recente de informações, 2014, verificou-se a preponderância de atendimentos ambulatoriais, isso porque este tipo de procedimento representa cerca de 65% do total de atendimentos realizados por beneficiários no SUS, como podemos observar no gráfico 2. Verificou-se que são realizadas 5,69 internações e 10,33 procedimentos ambulatoriais no SUS a cada 1000 beneficiários com cobertura médico-hospitalar contratada.

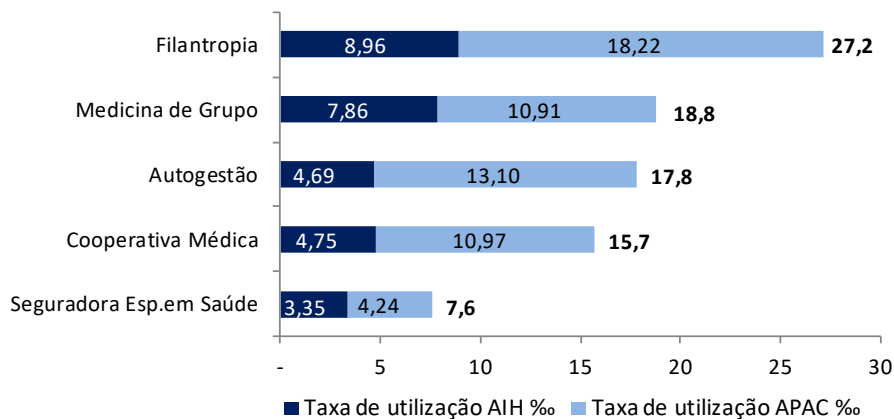
GRÁFICO 2 - Nº. DE ATENDIMENTOS REALIZADOS NO SUS POR BENEFICIÁRIOS (AIH E APAC) E TAXA DE UTILIZAÇÃO POR 1.000 BENEFICIÁRIOS (2014)



Fonte: Elaboração própria através dos dados disponíveis no TABNET ANS – Atendimento de Beneficiários no SUS (2014).

No que diz respeito à segregação destes registros por modalidade das OPS no mesmo período, o gráfico 3 apresenta os resultados encontrados.

GRÁFICO 3 - TAXA DE UTILIZAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS NO SUS POR TIPO DE PROCEDIMENTO E POR MODALIDADE A CADA 1000 BENEFICIÁRIOS (2014)



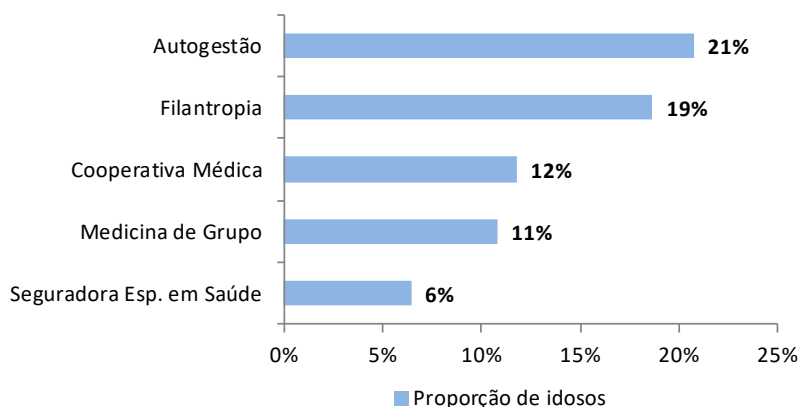
Fonte: Elaboração própria através dos dados disponíveis no TABNET ANS – Atendimento de Beneficiários no SUS (2014).

Podemos verificar que as operadoras de planos de saúde (OPS) classificadas como Filantropia resultaram na maior taxa de utilização em ambos os procedimentos, sejam internações (AIH) ou procedimentos ambulatoriais (APAC), seguidas das Medicinas de Grupo, que corresponderam a segunda maior taxa geral.

Em contrapartida, a Seguradora Especializada em Saúde resultou na menor taxa de utilização em ambos os tipos de procedimentos. Uma das possíveis explicações para o resultado encontrado pode estar relacionada com a composição etária da massa de beneficiários das OPS nas modalidades analisadas. Uma vez que o perfil etário de beneficiários que utilizam o SUS é envelhecido, quanto mais envelhecida for a carteira, maior a chance de existirem potenciais beneficiários usuários do SUS.

Diante desta observação, mensurou-se a proporção de idosos em cada modalidade, que corresponde à razão entre o número de beneficiários com 60 anos ou mais e o total de beneficiários nas demais faixas etárias, conforme demonstrado no gráfico 4.

GRÁFICO 4 - PROPORÇÃO DE IDOSOS POR MODALIDADE (2014)



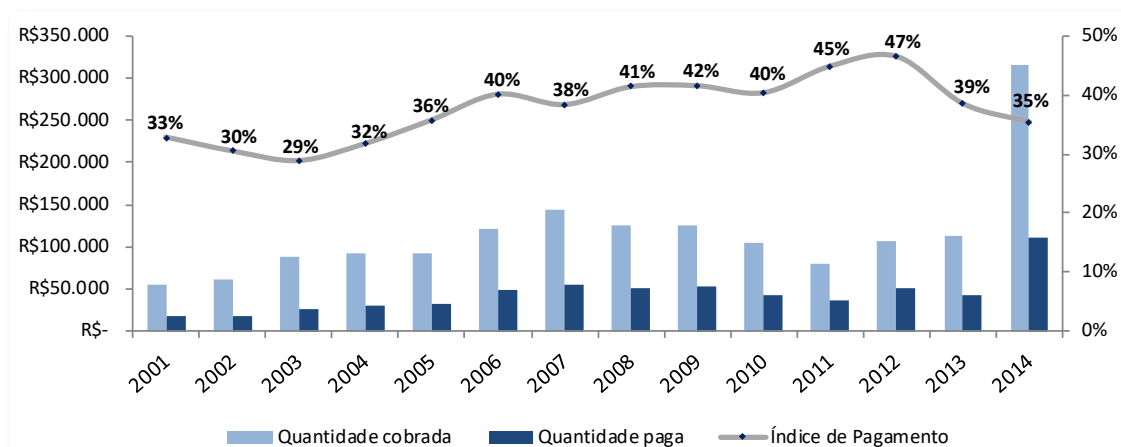
Fonte: Elaboração própria através dos dados disponibilizados pela ANS (Tabnet, 2014).

No cenário exposto, é possível observar que as Filantropias apresentam de fato um percentual significativo de beneficiários idosos, cerca de 19%, o que favorece a hipótese mencionada. As Seguradoras Especializadas em Saúde, por sua vez, apresentaram menor proporção de idosos em sua massa de beneficiários, e também, menor taxa de utilização, fato que também sustenta a hipótese de relação direta entre a utilização e o perfil etário da massa de beneficiários.

Entretanto, a existência de outros fatores relacionados com cada modalidade como por exemplo a limitação da rede de assistência à saúde, a preponderância de planos coparticipativos, também são fatores que podem contribuir para que os beneficiários optem por utilizar o SUS.

Em um segundo momento, com o objetivo de avaliar o comportamento das Operadoras face à obrigação financeira de restituir ao SUS, foi realizada uma análise ao longo do período de 2001 a 2014 do Índice de Pagamento dos atendimentos passíveis de cobrança do ressarcimento ao SUS, e observamos o seguinte resultado:

GRÁFICO 5 - ÍNDICE DE PAGAMENTO DE ATENDIMENTOS PASSÍVEIS DE COBRANÇA DE RESSARCIMENTO AO SUS (2001 A 2014)



Fonte: Elaboração própria através dos dados disponibilizados pela ANS (Tabnet, 2001 a 2014).

É possível observar que no período analisado as Operadoras de Planos de Saúde, restituíram em média, apenas 38% da quantidade devida ao SUS. Este valor reflete a resistência do mercado de saúde suplementar para com a política do ressarcimento ao SUS. Ressalta-se que quanto maior for o montante dos valores de ressarcimento já conhecidos pelas OPS e ainda não liquidados, maior será o valor constituído na Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar para o SUS, o que gera também, maior necessidade de ativos garantidores.

De modo a aprofundar a análise do comportamento de adimplência das OPS frente à obrigação de ressarcir ao SUS, as informações referentes ao índice de pagamento foram avaliadas de acordo com a modalidade no ano de 2014, conforme exposto na tabela 3.

TABELA 3 - ÍNDICE DE PAGAMENTO DO RESSARCIMENTO AO SUS POR MODALIDADE (2014)

Modalidade	Quantidade cobrada	Quantidade paga	Índice de Pagamento	Inadimplência
Seguradora Esp. em Saúde	55.018.507	35.899.596	65%	35%
Autogestão	68.966.788	25.306.629	37%	63%
Medicina de Grupo	142.644.290	41.732.895	29%	71%
Cooperativa Médica	169.223.294	46.167.165	27%	73%
Filantropia	8.839.304	1.075.309	12%	88%

Fonte: Elaboração própria através dos dados disponibilizados pela ANS (Tabnet, 2014).

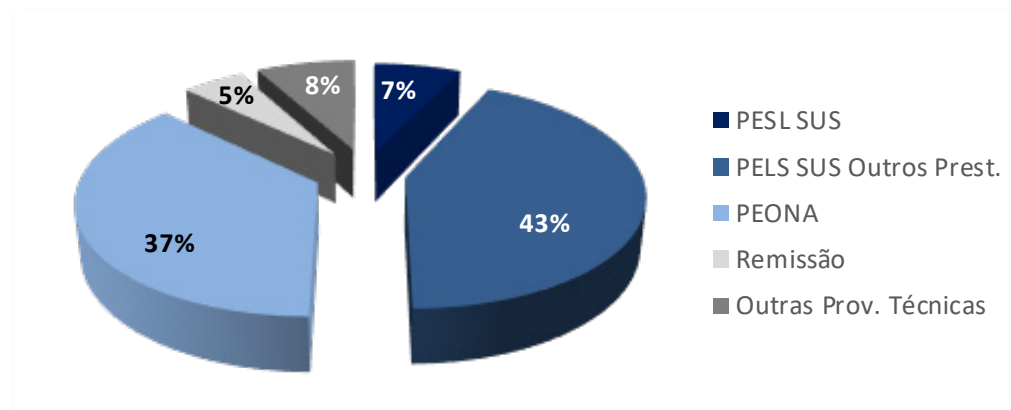
Conforme observado, novamente as Filantropias aparecem em destaque, sendo estas, as mais inadimplentes no mercado de operadoras de planos de saúde de assistência médico-hospitalar no ano de 2014. Em contrapartida, as Seguradoras Especializadas em Saúde apresentaram maior índice de pagamento. Considerando os resultados já encontrados para ambas as modalidades, o comportamento de inadimplência das OPS pode estar diretamente relacionado com a proporção de despesas que cada uma detém relacionada ao ressarcimento ao SUS, ou seja, as OPS que tem menor taxa de utilização de beneficiários, consequentemente terão menores despesas com a restituição ao sistema público e por fim, menos débitos a serem quitados, o que viabiliza a maior liquidação desses valores, e vice-versa.

4.1 IMPACTO DO RESSARCIMENTO AO SUS NO PASSIVO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

O critério utilizado para mensurar o impacto do ressarcimento ao SUS no passivo das OPS se resume no cálculo da representatividade do montante contabilizado na Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar em relação as demais provisões técnicas registradas contabilmente que precisam ser cobertas por ativos garantidores, no ano de 2014. O impacto econômico-financeiro mensurado a partir desta representatividade pode ser justificado pela influência desta provisão na necessidade de constituição de ativos garantidores e também por corresponder a um montante que reflete o cenário de liquidez das OPS frente à obrigação de ressarcir ao SUS.

Constatou-se que a Provisão de Eventos a Liquidar para o SUS (PEL SUS) no ano de 2014 correspondeu cerca de 7% do montante de provisões técnicas com exigência de ativos garantidores, conforme podemos observar no gráfico 6. Desta forma, para fins deste trabalho, podemos dizer que as Operadoras de Planos de Saúde no ano de 2014 sofreram um impacto de 7% no passivo devido à política do ressarcimento ao SUS.

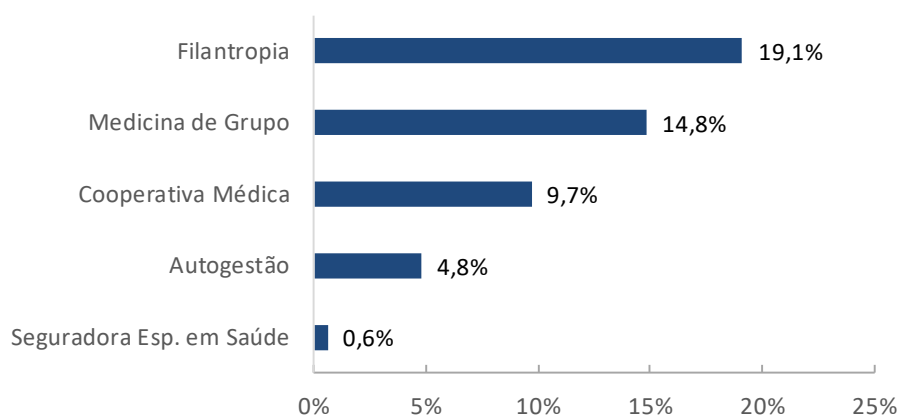
GRÁFICO 6 - REPRESENTATIVIDADE DAS PROVISÕES TÉCNICAS COM EXIGÊNCIA DE ATIVOS GARANTIDORES (2014)



Fonte: Elaboração própria através dos dados contábeis disponibilizados pelas OPS à ANS (DIOPS, 2014).

A fim de realizar um paralelo com os resultados já encontrados e discutidos ao longo deste trabalho, mensurou-se o impacto desta provisão por modalidade das OPS, conforme apresentado no gráfico 7.

GRÁFICO 7 - REPRESENTATIVIDADE DA PELS SUS SEGUNDO MODALIDADE (2014)



Fonte: Elaboração própria através dos dados contábeis disponibilizados pelas OPS à ANS (DIOPS, 2014).

É possível observar que no ano de 2014, as Operadoras que apresentam a maior representatividade da PELS SUS em relação às demais provisões técnicas com exigência de ativos garantidores são as classificadas como Filantropias, que resultaram em um percentual de 19%. Em contrapartida, as Seguradoras Especializadas em Saúde novamente apresentaram menor percentual em relação às demais.

Ambas as modalidades apresentadas em destaque já haviam sido discutidas ao longo das análises realizadas neste trabalho. Em resumo, constatou-se que no ano de 2014, as filantropias também corresponderam as OPS com maior taxa de utilização de beneficiários no SUS e menor adimplência frente à obrigação gerada de restituição, aspectos que podem justificar a alta representatividade da PELS SUS, uma vez que esta é composta pelos valores devidos e não pagos de ressarcimento ao SUS. Em relação às Seguradoras Especializadas em Saúde, estas apresentaram o cenário inverso, com

baixa taxa de utilização de beneficiários e maior adimplência para com o ressarcimento, corroborando assim, para uma menor representatividade da PESL SUS (0,6%), conforme demonstrado no gráfico 7.

Desta forma, podemos dizer que o impacto do ressarcimento ao SUS no passivo das Operadoras de Plano de Saúde está relacionado com o comportamento da taxa de utilização dos beneficiários, bem como com a adimplência da OPS em relação à obrigação gerada por este processo.

Impacto do ressarcimento ao SUS nas despesas assistenciais líquidas, na sinistralidade e na margem de lucro líquida das OPS.

As despesas assistenciais das Operadoras de Planos de Saúde contemplam todas as despesas geradas pelas utilizações dos beneficiários, sejam estas realizadas através da rede contratada ou mesmo pelo Sistema Único de Saúde. Desta forma, com o objetivo de mensurar o impacto do ressarcimento ao SUS nas despesas assistenciais líquidas das OPS, foi realizado o cálculo da representatividade de despesas com SUS em relação ao total de despesas assistenciais líquidas.

Em relação ao panorama geral no ano de 2014, as despesas com ressarcimento ao SUS representaram cerca de 0,3% do total de despesas assistenciais líquidas referente a planos de assistência médico-hospitalar (TABELA 4). Ressalta-se que este percentual, embora apresente valor pouco representativo, impacta diretamente nos indicadores utilizados pelas OPS para precificar e reajustar os planos de saúde, sendo desta forma, repassados aos beneficiários por meio das mensalidades. Caso isso não ocorra, os custos gerados pelo ressarcimento ao SUS serão então, absorvidos pelas próprias OPS que em alguns casos, optam por não repassar o custo a seus beneficiários como forma de precaver uma possível redução da carteira.

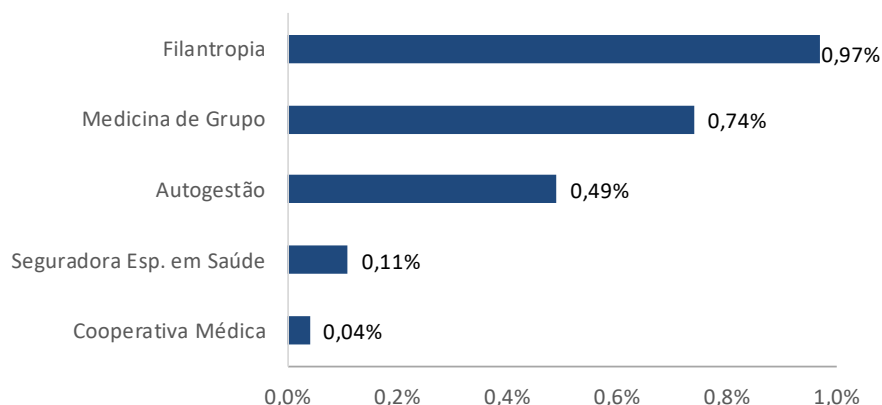
TABELA 4 - IMPACTO DAS DESPESAS COM RESSARCIMENTO AO SUS NO TOTAL DE DESPESAS ASSISTENCIAIS LÍQUIDAS NO ANO DE 2014

Despesas com ressarcimento ao SUS	Despesas assistenciais líquidas (médico-hospitalar)	Impacto do ressarcimento ao SUS nas despesas assistenciais líquidas das OPS
317.354.323	101.250.461.758	0,3%

Fonte: Elaboração própria através dos dados contábeis disponibilizados pelas OPS à ANS (DIOPS, 2014).

No que tange ao impacto destas despesas de acordo com a modalidade, verificou-se o cenário apresentado no gráfico 8.

GRÁFICO 8 - IMPACTO DO RESSARCIMENTO AO SUS NAS DESPESAS ASSISTENCIAIS LÍQUIDAS SEGUNDO A MODALIDADE DAS OPS (2014)



Fonte: Elaboração própria através dos dados contábeis disponibilizados pelas OPS à ANS (DIOPS, 2014).

Em termos de impacto nas despesas assistenciais líquidas, as Filantropias novamente aparecem no topo, resultando em um impacto 0,97%, seguidas da Medicina de Grupo, com 0,74%. As que apresentaram menores percentuais corresponderam as Cooperativas Médicas e Seguradoras Especializadas em Saúde, com 0,04% e 0,11% respectivamente. É importante salientar que o cenário apresentado está relacionado tanto com a utilização dos beneficiários no SUS quanto com o volume das despesas assistenciais líquidas das OPS em cada modalidade.

Além disso, mensurou-se também o efeito das despesas com ressarcimento ao SUS na sinistralidade e na margem de lucro líquida das OPS, as quais apresentam o mesmo impacto representado pela relação das despesas com SUS e as contraprestações efetivas (mensalidade líquidas de impostos com operações de planos de saúde), conforme é possível observar na tabela 5.

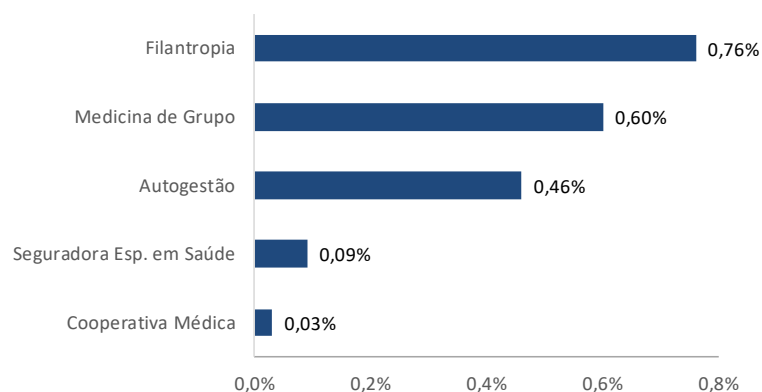
TABELA 5 - IMPACTO DAS DESPESAS COM RESSARCIMENTO AO SUS NA SINISTRALIDADE E MARGEM DE LUCRO LÍQUIDA DAS OPS 2014

Despesas com ressarcimento ao SUS	Contraprestações Efetivas	Impacto das despesas com ressarcimento ao SUS na sinistralidade e margem de lucro líquida das OPS
317.354.323	122.341.874.631	0,3%

Fonte: Elaboração própria através dos dados contábeis disponibilizados pelas OPS à ANS (DIOPS, 2014).

No que tange a segmentação deste impacto de acordo com a modalidade, os resultados foram expostos no gráfico 9.

GRÁFICO 9: IMPACTO DO RESSARCIMENTO AO SUS NA SINISTRALIDADE E MARGEM DE LUCRO LÍQUIDA SEGUNDO A MODALIDADE DAS OPS (2014)



Fonte: Elaboração própria através dos dados contábeis disponibilizados pelas OPS à ANS (DIOPS, 2014).

Por fim, verificamos que as Filantropias correspondem de fato à modalidade de operadora de plano de saúde que apresenta maior impacto na sinistralidade e na margem de lucro líquida, resultando em um impacto de 0,76%. Como já abordado anteriormente, o valor apresentado embora seja pouco representativo, em termos percentuais, contribui negativamente para a situação econômico-financeira das Operadoras de Plano de Saúde, considerando que todos os impactos relatados neste estudo, implicam em dispêndios financeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou verificar os impactos econômico-financeiros ocasionados pelo ressarcimento ao SUS para as Operadoras de Planos de Saúde e para isso, este processo foi estudado e avaliado desde sua origem. Ao longo das análises realizadas neste estudo, foi possível observar que o perfil etário de beneficiários usuários do Sistema Único de Saúde é envelhecido, que pode ser justificado pela dificuldade de mobilidade dos beneficiários em idade mais avançada, motivando desta forma, que estes optem pelo local de assistência à saúde mais próximo, seja oferecida pelo SUS ou pela rede contratada pelo plano.

Além disso, verificou-se a taxa de utilização de beneficiários (TUB) obteve valores mais significativos para as operadoras classificadas como filantropias e medicina de grupo e menos significativas para as seguradoras especializadas em saúde. No decorrer do trabalho, foi constatado que o cenário de adimplência para estas operadoras possivelmente está relacionado com utilização de seus beneficiários. As que se apresentaram com maior inadimplência, correspondiam também as que possuíam maior taxa de utilização dos beneficiários, e vice-versa.

Em seguida, foram analisados os possíveis impactos do ressarcimento ao SUS no passivo das OPS e o resultado encontrado corroborou com os já obtidos até então. As filantropias, detentoras da maior taxa de utilização no ano de 2014 e da maior inadimplência, obtiveram também o maior impacto no passivo, medido pela representatividade da Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar para SUS em relação as demais provisões técnicas com exigência de ativos garantidores. Estas também corresponderam à modalidade com maior representatividade das despesas com SUS em relação às demais despesas assistenciais líquidas e conseqüentemente, maior impacto na sinistralidade e margem de lucro líquida.

Desta forma, conclui-se que o processo de ressarcimento ao SUS, uma vez originado, resulta em impactos econômico-financeiros negativos para as Operadoras de Planos de Saúde, uma vez que 7% da necessidade de ativos garantidores em 2014 corresponde à cobertura da PESL SUS. Logo, este processo pode ser considerado como um impacto econômico-financeiro, considerando que o mesmo influencia diretamente nos montantes que obrigatoriamente precisam ser constituídos pelas OPS de modo que se mostrem solventes e também, por se tratar de uma despesa, exerce influência no resultado financeiro obtido por elas.

Por fim, os resultados aqui encontrados corroboram para o entendimento da origem do ressarcimento ao SUS e como este afeta o setor de saúde suplementar. Pode-se dizer, através dos resultados obtidos, que o ressarcimento ao SUS corresponde a um processo que tem influência na gestão dos recursos e no desempenho econômico-financeiro das Operadoras de Planos de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C., PIOVESAN, M. F., SANTOS, I. S., MARTINS, A. C. M., FONSECA, A. L., SASSON, D., & SIMÕES, K. D. A. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, 2008.

AMORIM, Aline Neves de. Obrigações Contábeis das Cooperativas operadoras de plano de saúde com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): uma pesquisa de campo realizada com operadoras do estado de São Paulo e do Mato Grosso do Sul. **Revista Interatividade**, v. 1, n. 2, p. 165-179, 2013.

ANS. **Instrução Normativa Conjunta nº 5**, de 30 de setembro de 2011. Dispõe sobre a contabilização dos montantes devidos de Ressarcimento ao SUS no Plano de Contas Padrão da ANS.

ANS. **Resolução Normativa nº 393**, de 9 de dezembro 2015. Dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e revoga dispositivos da Resolução Normativa nº 209, de 22 de dezembro de 2009, e a Resolução Normativa nº 75, de 10 de maio de 2004.

AZEVEDO, Monyque Vieira Ribeiro de. **Escolaridade versus Conhecimento dos direitos e deveres dos usuários do SUS: contribuições do serviço social no âmbito do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel/Pronto Socorro Clóvis Sarinho**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso. Serviço Social.

BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & saúde coletiva**, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.

BRASIL. **Lei nº 9.656**, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>

BRASIL. **Lei nº 9.961**, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm>.

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2002.

FREITAS, Marcella Abunahman. **A avaliação da efetividade da política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde**. Tese de Doutorado. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo 2011.

LUZ, Madel Therezinha. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "Transição Democrática": anos 80**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MARTINS, Carina Burri; LEITE, Francine; NOVAIS, Marcos. **Principais pontos do ressarcimento ao SUS**. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. 2010.

SCATENA, Maria Angela Nogueira. **O Ressarcimento ao SUS: Análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos**. 2004. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CAPÍTULO 3

PROPOSTA DE FATURAMENTO HOSPITALAR ALTERNATIVO AO PAGAMENTO FEE- FOR – SERVICE, APLICADO AO SERVIÇO DE PARTO: PELA SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA⁷

ELENILDE PEREIRA DA SILVA RIBEIRO COSTA

Msc. Ciências da Saúde – ESCS/DF. Gerente de Planejamento-HMIB/SES/DF

ALESSANDRA DA ROCHA ARRAIS

Prof^a Dra. em Psicologia e docente pela Escola Superior em Ciências da Saúde – ESCS/DF

⁷ Este capítulo sintetiza a Monografia intitulada “PROPOSTA DE FATURAMENTO HOSPITALAR ALTERNATIVO AO PAGAMENTO FEE- FOR –SERVICE, APLICADO AO SERVIÇO DE PARTO: PELA SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA”, produzida no âmbito do Edital ENAP nº 25/2018 (1º PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR TEMA: REGULAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA NA SAÚDE SUPLEMENTAR). As opiniões aqui expressas são de responsabilidade das autoras e não refletem, necessariamente, a visão da ANS sobre o assunto.

1. INTRODUÇÃO

O modelo atual de faturamento hospitalar de maior prevalência para pagamento de provedores por serviços de saúde prestados no Brasil e no mundo é o chamado *fee-for-service* (FFS). De acordo com artigo elaborado pela Abramge (2017), esse modelo foi criado nos Estados Unidos, na década de 1930, como base em um emergente sistema privado de seguridade e, caracteriza-se pela “conta aberta”, isto é, hospitais, laboratórios e médicos atendem um determinado paciente de acordo com suas necessidades e repassam para a operadora uma fatura detalhada de todos os recursos humanos e materiais utilizados durante a assistência. A principal associação dos planos de saúde brasileiros constatou que os operadores dos planos classificam o modelo de remuneração FFS como “insustentável, perverso e ultrapassado” Abramge (2017, p. 18). A relação dos envolvidos com essa forma de faturamento hospitalar, são sintetizados da seguinte forma:

O usuário paga e acha caro. O médico recebe da operadora e acha pouco. As operadoras acham que a margem é muito pequena e vão quebrar. É um sistema em que há três partes envolvidas e nenhuma está satisfeita. Varella (2014 p. 42).

Em diagnóstico realizado pela Abramge (2017), verificou-se que o faturamento FFS rege 90% dos contratos entre planos de saúde e provedores de atendimento como hospitais, clínicas, laboratórios e médicos. O FFS é utilizado há décadas no Brasil. Tanto nos hospitais públicos, quanto nos hospitais privados esse modelo de faturamento é feito de forma em que cada item utilizado na internação do paciente é detalhado na conta, após um processo de faturamento em que profissionais de saúde contratados pelo hospital analisam a internação. O prestador é remunerado por procedimento. As partes estabelecem previamente uma tabela de preços por procedimento ou conjunto deles. Esse modelo, segundo Porter e Kaplan (2016), recompensa a quantidade dos serviços prestados, não a qualidade ou eficiência dos serviços médicos. Por essa razão, para esses autores, o FFS é amplamente reconhecido, como talvez o maior obstáculo para melhorar a qualidade da assistência médica.

Porter e Kaplan (2013) em artigo realizado sobre como resolver a crise de custos na saúde, entendem que qualquer reforma verdadeira na saúde exigirá o total abandono do complexo regime de pagamento por serviço prestado FFS. No lugar disso, para eles, os pagadores devem adotar um regime com base no valor (ou benefício) gerado, que cubra o ciclo de assistência inteiro e inclua o tratamento de complicações e comorbidades comuns.

De acordo com Bichuetti e Ali Mere Jr (2016), no modelo de conta aberta, os valores praticados para os mesmos tipos de procedimento variam amplamente entre diferentes prestadores e pagadores. O desempenho não é levado em conta, os custos reais raramente o são e os valores ficam condicionados aos poderes de barganha. Reinternações decorrentes de evoluções clínicas ou erros médicos são novamente remunerados. Na análise desses autores o modelo brasileiro é falho:

No Brasil o sistema de saúde privado remunera pela quantidade de procedimentos e não pela qualidade. Primeiro, porque o foco está na doença e não na prevenção de suas causas. Segundo, porque a preocupação predominante está na forma de remunerar, na redução imediata de custos e não no resultado final do serviço assistencial prestado. Bichuetti e Ali Mere Jr (2016).

Varella (2014) acredita que o modelo de remuneração por pacote de serviços, no lugar do FFS, vai desestimular o uso abusivo de materiais e procedimentos, pois o hospital passa a ganhar mais margem de lucro quanto maior for sua efetividade na conduta médica e na utilização dos recursos. Para Varella (2014.p.54), “no Brasil temos medicina de ponta, mas nosso modelo de remuneração é ultrapassado”.

Para propor um novo modelo de faturamento, além da necessidade de se levantar o custo da unidade, faz-se necessário padronizar os processos e insumos para uma segura formulação de preços. Exige uma mudança de paradigma, como bem defendido por Lee e Porter (2013) ao alertarem que, o momento em que estamos na saúde exige uma estratégia completamente nova de atuação. Seu ponto central é agregar valor aos pacientes, ou seja, alcançar os melhores resultados com o menor custo. É a mudança de um sistema de saúde orientado para a oferta, organizado em torno dos médicos para um sistema centrado no paciente, organizado em torno das necessidades dele. O foco não deve ser somente o volume e a rentabilidade dos serviços prestados — visitas, internações, procedimentos e testes, mas, para os resultados alcançados pelos pacientes. Assim, quando se muda o foco, o paciente passa a ser visto na sua integralidade, buscando-se atingir maior efetividade nos cuidados com ele, envolvendo toda a rede, desde a baixa até a alta complexidade.

Diante desse cenário, o presente estudo está propondo elaborar uma alternativa ao modelo de faturamento atual, com vistas a melhorar o serviço prestado, baseado no Case do Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB. Para isso, esse trabalho levou em consideração a análise de custos e a criação de protocolos padronizados, que teve como inspiração a metodologia desenvolvida por Porter e Kaplan (2016) chamado Bundled Service, ou pacote de serviços. Por esse modelo, o pagamento é ajustado de acordo com o risco. As diferenças na idade e estado de saúde dos pacientes afetam a complexidade, o resultado e o custo do tratamento de uma condição médica particular, assim como suas condições sociais e de vida. Para Porter e Kaplan (2016), esses fatores de risco devem estar refletidos no pagamento via Bundled services e nas expectativas de resultado.

Para conhecer como Custos pode ser utilizado nessa nova forma de faturamento, é necessário conhecer de Economia da Saúde. Segundo estudos apresentados pelo Ministério da Saúde (2012), a Economia da Saúde surgiu como uma área de conhecimento que integra tanto o campo da Economia, como o da Saúde, com o objetivo de otimizar o uso dos recursos. Sob a perspectiva do SUS, a Economia da Saúde nasce como área para discutir o financiamento do sistema e a definição da melhor distribuição de recursos, fornecendo subsídios à tomada de decisão por parte dos gestores, a fim de garantir o direito constitucional, porém sem perder de vista que os recursos são limitados.

Para o Ministério da Saúde – Brasil (2013), a implantação de um sistema de gestão de custos na saúde é essencial para dirimir essa falta de informações gerenciais de qualidade, tendo como base fundamentos da metodologia de custeio por absorção. Esse modelo exige uma sequência de procedimentos, metodologicamente defensáveis, para sua implementação. Essas ações podem ser realizadas de forma contínua ou paralela, porém não há como desconsiderarmos alguma delas.

Com relação ao método de custeio de custos a ser utilizado, segundo Camargos e Gonçalves (2004), **o método do custeio por absorção** é aquele em que todos os custos (diretos e indiretos) são alocados ao produto, tanto da área meio, como da área fim.

O Programa do Ministério da Saúde – PNGC - Programa Nacional de Gestão de Custos (2013) destaca como vantagem do método custeio por absorção, o fato de que a sua apuração é possível a partir da segmentação da instituição em centros de custos. Além disso, o sistema de custeio por absorção

controla o custo e o desempenho da entidade e dos centros de custos (áreas de atividades específicas), podendo comparar os custos estimados com os valores orçados. Isso indicará, de uma forma geral, quando os custos da instituição excederão os valores orçados.

2. CASE HMIB- CUSTOS E PROTOCOLOS

2.1 APLICAÇÃO DO MÉTODO CUSTEIO POR ABSORÇÃO

O Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB, onde foi estudado para aplicação da metodologia proposta é um hospital público, de gestão direta, especializado, de grande porte, alta complexidade, habilitado para prestar os serviços de SADT, Ambulatorial e Hospitalar. Possui 330 leitos existentes, sendo 173 leitos de Enfermaria, 45 leitos de Pronto Socorro, 112 leitos de UTI (10 UTI Materna, 20 UTI Pediátrica e 82 leitos UTI Neonatal). Dos 330 leitos, atualmente 260 estão operacionais. Dados de produção fornecidas pelo Núcleo de Estatística do Hospital registraram que no ano de 2016 foram realizadas 74.815 consultas ambulatoriais, 3.975 partos, 1.499 cirurgias eletivas realizadas e 1.713 cirurgias realizadas de emergência. Foram internados 17.251 pacientes, sendo 4.236 somente na Maternidade. Foram coletadas todas as despesas ocorridas no hospital, nos anos de 2014 a 2016, bem como a produtividade dos Centros de Custos para se calcular o custo dos procedimentos.

2.2 PRIMEIRA ETAPA: LEVANTAMENTO DE CUSTOS

Coleta de Dados: O fornecimento de dados ocorreu mensalmente, por meio do levantamento de notas fiscais, relatórios de execução de contratos de executores, sistemas corporativos de Pessoal e de Material, além de notas fiscais e informações de contratos. A produção das áreas foi coletada por e-mail e relatórios apresentados pelo Núcleo de Estatística do hospital. Para fazer a classificação desses dados coletados no hospital, separa as despesas em 4(quatro) grandes grupos, a saber (2013): **Despesa de Pessoal, Despesa de Consumo, Despesa de serviços terceirizado e Despesas Gerais.**

Considerando os quatro grandes grupos de custos, foi possível chegar ao custo médio total do Hospital Materno Infantil, referente aos anos de 2014 a 2016, que podem ser visualizados na tabela a seguir:

TABELA 1: CUSTO DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL – 2014 A 2016.

Custo Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB				
Item de custo	Média mensal 2014	Média mensal 2015	Média mensal 2016	Média
Pessoal	R\$17.678.191,03	R 18.257.335,57	R\$18.185.669,95	R 18.040.398,85
Material de Consumo	R\$ 1.967.692,60	R\$ 1.293.758,34	R\$ 1.129.771,60	R\$ 1.463.740,85
Serviços de Terceiros	R\$ 2.702.103,83	R\$ 2.665.402,81	R\$ 2.830.178,29	R\$ 2.732.561,64
Despesas Gerais	R\$ 252.819,86	R\$ 306.235,09	R\$ 343.188,56	R\$ 300.747,84
Total Geral	R\$22.600.807,32	R\$22.522.731,81	R\$22.488.808,39	R\$22.537.449,17

Fonte: Sistema APURASUS/MS

Após o levantamento das despesas totais do hospital, chegou-se ao custo do Centro Obstétrico, local onde se aplica o serviço de parto. O hospital estudado tem um **custo médio mensal aproximado de R\$ 22,5 milhões** e o centro de custo do Centro Obstétrico total representa aproximadamente 12% desse valor total.

De posse das informações dos custos do hospital, partiu-se para se conhecer os custos do Centro Obstétrico, conforme apresentados na Tabela 2:

TABELA 2: CUSTO DO CENTRO OBSTÉTRICO DO HMIB NOS ANOS 2014 A 2016.

Custo do Centro Obstétrico HMIB				
Item de custo	Média mensal 2014	Média mensal 2015	Média mensal 2016	Média
Custo Total	R\$ 3.002.639,92	R\$ 2.890.243,78	R\$ 2.787.870,84	R\$ 2.893.584,85
Produção (Quantidade Partos)	441	320	331	364
Custo Médio Parto Normal	R\$6.808,71	R\$ 9.032,01	R\$ 8.500,59	R\$ 8.113,77
Custo Médio Parto Cirúrgico	R\$ 9.690,09	R\$ 11.913,39	R\$ 11.381,97	R\$ 10.995,15

Fonte: Sistema APURASUS/MS

O custo de um parto normal de risco habitual no referido hospital analisado está em média de **R\$ 8.113,77**. O valor do parto cirúrgico corresponde ao valor do parto, acrescido do porte 2 de uma cirurgia no referido hospital (acrescentado das despesas cirúrgicas), que é de R\$ 2.881,38. Dessa forma, caso a gestante precise fazer um parto cirúrgico, o custo médio por parto cirúrgico será de **R\$ 10.995,15**. É importante destacar que, no campo da produção, quanto mais se produz, menor é o custo do produto e vice-versa. A partir desses valores se elaborou pacotes de serviços, considerando os protocolos envolvidos.

2.3 SEGUNDA ETAPA: ESTABELECIMENTO DE PROTOCOLOS

O serviço abordado para se propor protocolos, visando à criação de uma nova forma de faturamento foi o serviço de parto. O caminho da paciente foi dividido em três modalidades: paciente com gestação de risco habitual, paciente com gestação de alto risco e paciente com gestação de risco extremo.

De acordo com Nota Técnica feita pelo Governo de Minas Gerais e pela Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais-SOGIMIG(2013), a estratificação da população perinatal por estratos de riscos é um elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher e da criança, possibilitando atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa. Posteriormente, após saber o caminho a ser seguido por essa paciente, com base em protocolos definidos oficialmente pelo Ministério da Saúde brasileiro (2012) foram considerados também fatores qualitativos com base em alguns indicadores já conhecidos mundialmente: QALY- *quality adjusted life year* e Indicadores de Segurança do Paciente. Serão com base nesses indicadores que proporemos pacotes de serviços.

2.3.1 PROTOCOLOS DO SERVIÇO DE PARTO – CONDIÇÕES CLÍNICAS

Essa fase consistiu em escolher protocolos a serem seguidos no serviço de parto. O caminho da parturiente foi dividido em três modalidades: paciente com gestação de risco habitual, paciente com gestação de alto risco e paciente com gestação de risco extremo, baseado na metodologia do Ministério da Saúde e da CONITEC (2016) com base nos seguintes indicadores: Existência de Pré-Natal; Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis/desfavoráveis; História reprodutiva anterior; Pré-natal adequado para identificação do risco obstétrico; Consultas realizadas de acordo com o cronograma; Condições clínicas preexistentes; Doença obstétrica na gravidez atual; Intercorrências Clínicas e Fatores relacionados à gravidez atual.

2.3.2 FATORES DE QUALIDADE ASSOCIADOS – QALY – *QUALITY-ADJUSTED LIFE-YEAR*

O sistema de saúde, tanto público quanto privado, custa caro. Para fazer análises de quais investimentos fazer é preciso estabelecer prioridades. De acordo com Vergel e Sculpher (2008), países como Reino Unido, Austrália, Canadá, Países Baixos e países escandinavos fazem análises além do custo-benefício. Para isso eles levam consideração o custo-efetividade dos investimentos. A metodologia utilizada por eles é o custo- utilidade, pela qual se mensura o desfecho em saúde usando o indicador QALY, que é a forma utilizada de estimar os efeitos em saúde, é um indicador de como evoluiu um estado de saúde de uma pessoa, analisando 5 dimensões, em 3 níveis, segundo Phillips e Thompson(15): Mobilidade; Dor/desconforto; Cuidados Pessoais; Ansiedade/depressão; Atividades habituais (trabalhar, estudar, tarefas domésticas, lazer e atividades).

2.3.3 INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Para Wachter (*apud IHI* 2013), os eventos adversos em saúde se dividem em evitáveis e não evitáveis. O autor fez referência a um relatório, publicado em 1999, intitulado *To Err is Human: Building a Safer Health System*, realizado pelo *Institute for Healthcare Improvement–IHI*, onde foi apresentado erros associados aos cuidados em saúde. Com base no mesmo estudo feito pelo *IHI*, foram definidos possíveis gatilhos que possam sugerir desfecho gerados por eventos adversos: Módulo de Gatilhos na Assistência; Módulo de Gatilhos de Medicamentos; Módulo de Gatilhos Cirúrgicos; Módulo de Gatilhos em Cuidados Intensivos; Módulo de Gatilhos Perinatais e Módulo de Gatilhos na Emergência.

Portanto, os protocolos permitirão classificar a parturiente em parto de risco habitual, alto risco ou risco extremo, conforme o perfil apresentado, para a partir daí, identificar seu custo.

3. ELABORAÇÃO DOS PACOTES DE SERVIÇO

Para se chegar ao valor dos pacotes, considerou-se primeiramente as condições clínicas que se encontra a gestante (fatores de risco). Posteriormente se calculou o valor do parto (seja ele normal ou cirúrgico) mais o custo da internação da mesma, seja na enfermaria, setor de alto risco e/ou UTI. Considerou-se nessa análise o tempo médio de internação em cada setor, baseado no tempo médio de internação fornecido pelo Núcleo de Estatística do hospital.

A síntese do cálculo do pacote pode ser visualizada na equação abaixo:

$$\text{Custo do parto} + \text{Custo da Internação} = \text{Custo Total do pacote}$$

Importante destacar que todas as demais despesas envolvidas (atendimento ambulatorial, exames, alimentação, materiais médico-hospitalares etc.), já estão incluídos nas despesas abaixo envolvidas, seja diretamente ou indiretamente. Com informações do perfil da paciente e dados de custos, conforme o tipo de parto a ser realizado, será possível formar os pacotes. Outro fator relevante é que a instituição pode ter um perfil pré-definido da paciente, caso ela faça o acompanhamento pré-natal na mesma instituição que irá realizar o parto e tenha os dados cadastrados em prontuário eletrônico. Isso já facilitaria a classificação da mesma.

Segue abaixo um perfil aproximado das pacientes classificadas conforme grau de risco apresentado, na análise realizada.

3.1 Pacote 1 – Risco Habitual: enquadra-se nesse pacote as gestantes que não apresentem alguma das condições clínicas essenciais relacionadas aos pacotes de alto risco e risco extremo. Isso significa que elas só serão enquadradas nas condições clínicas que caracterizam o risco habitual.

O caminho da paciente de risco habitual pode ter dois desfechos prováveis, conforme explicado abaixo:

a) Custo da gestante de risco habitual com parto normal: nesse possível desfecho, soma-se, além do custo do parto normal, mais o custo da internação no Alojamento Conjunto - Alcon. De acordo com informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de risco habitual permanece por volta de até 2 (dois) dias internada na unidade de Alojamento Conjunto- Alcon, enfermaria onde a mãe e o filho se recuperam do trabalho de parto realizado, conforme demonstrado na tabela 3.

TABELA 3. CUSTO DA GESTANTE DE RISCO HABITUAL – PARTO CIRÚRGICO

Pacote 1: Custo de paciente gestante de risco habitual – parto normal				
Item de custo	Média mensal 2014	Média mensal 2015	Média mensal 2016	Média
Custo Médio Parto Normal	R\$6.808,71	R\$ 9.032,01	R\$ 8.500,59	R\$ 8.113,77
Custo Médio Internação	R\$ 932,05	R\$ 2.110,33	R\$ 1.574,20	R\$ 1.538,86
Custo médio total parto normal de risco habitual	R\$ 7.740,76	R\$ 11.142,34	R\$ 10.074,79	R\$ 9.652,63

Fonte: Elaborado pelos autores

Dessa forma, o custo médio total do parto normal mais a internação será de R\$ 9.652,63. A paciente desse desfecho permanece, em média, 02 dias no hospital.

b) Custo da gestante de risco habitual com parto cirúrgico: nesse possível desfecho, soma-se, além do custo do parto cirúrgico, mais o custo da internação no Alojamento Conjunto. De acordo com informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de risco habitual permanece por volta de até 2 (dois) dias internada no Alojamento Conjunto – enfermaria. Visualizar dados do custo na Tabela 4.

TABELA 4. CUSTO DA GESTANTE DE RISCO HABITUAL – PARTO CIRÚRGICO

Pacote 1: Custo de paciente gestante de risco habitual – parto cirúrgico				
Item de custo	Média mensal 2014	Média mensal 2015	Média mensal 2016	Média
Custo Médio Parto Cirúrgico	R\$ 9.690,09	R\$ 11.913,39	R\$ 11.381,97	R\$ 10.995,15
Custo Médio Internação Enfermária (2 dias)	R\$ 932,05	R\$ 2.110,33	R\$ 1.574,20	R\$ 1.538,86
Custo médio total - parto cirúrgico de risco habitual	R\$ 10.622,14	R\$ 14.023,72	R\$ 12.956,17	R\$ 12.534,01

Fonte: Elaborado pelos autores.

Dessa forma, o custo médio total do parto cirúrgico mais a internação será de **R\$12.534,01**. A paciente desse desfecho permanece, em média, 02 dias no hospital.

3.2 Pacote 2 – Alto Risco: enquadra-se nesse pacote a paciente que apresentar condições clínicas em pelo menos uma das seguintes áreas: Cardiovascular, Respiratório, Hematológica, Endócrina, Infeciosa, Imune, Renal, Neurológica, Gastrointestinal, Psiquiátrica, Complicações Prévias ou problemas na gravidez atual.

O caminho da paciente de alto risco pode ter dois desfechos prováveis, conforme explicado abaixo:

a) Custo da gestante de alto risco com parto normal: nesse possível desfecho, soma-se o custo da internação na unidade de alto risco, mais o custo do parto normal, além do custo do retorno para a enfermaria, para recuperação. De acordo com informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de alto risco fica, em média, por 5 (cinco) dias internada na unidade, além de até 2 (dois) dias internada no Alojamento Conjunto – enfermaria. Os custos desse pacote podem ser observados na tabela 5.

TABELA 5. CUSTO DA GESTANTE DE ALTO RISCO – PARTO NORMAL.

Pacote 2: Custo de paciente gestante de alto risco- parto normal				
Item de custo	Média mensal 2014	Média mensal 2015	Média mensal 2016	Média
Custo Médio Internação Alto Risco (5 dias)	R\$ 4.581,50	R\$ 4.970,35	R\$ 8.520,10	R\$ 6.023,98
Custo Médio Parto Normal	R\$6.808,71	R\$ 9.032,01	R\$ 8.500,59	R\$ 8.113,77
Custo Médio Internação Alcon	R\$ 932,05	R\$ 2.110,33	R\$ 1.574,20	R\$ 1.538,86
Custo médio total -parto normal de Alto Risco	R\$ 12.322,26	R\$ 16.112,69	R\$ 18.594,89	R\$ 15.676,61

Fonte: Elaborado pelos autores.

Dessa forma, o custo médio total do parto normal de alto risco mais a internação será de **R\$15.676,01**. A paciente desse desfecho permanece, em média, 07 dias internada no hospital.

Custo da gestante de alto risco com parto cirúrgico: nesse possível desfecho, soma-se o custo da internação na unidade de alto risco, mais o custo do parto cirúrgico, além do custo do retorno para a enfermaria, para recuperação. De acordo com informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de alto risco permanece, em média, por 5 (cinco) dias internada na unidade, além de até 2 (dois) dias internada na unidade no Alojamento Conjunto – enfermaria. Os dados sobre os custos desse pacote estão apresentados na tabela 6.

TABELA 6. CUSTO DA GESTANTE DE ALTO RISCO – PARTO CIRÚRGICO

Pacote 2: Custo de paciente gestante de alto risco – parto cirúrgico				
Item de custo	Média mensal 2014	Média mensal 2015	Média mensal 2016	Média
Custo médio Internação - Alto Risco (5 dias)	R\$ 4.581,50	R\$ 4.970,35	R\$ 8.520,10	R\$ 6.023,98
Custo Médio Parto Cirúrgico	R\$ 9.690,09	R\$ 11.913,39	R\$ 11.381,97	R\$ 10.995,15
Custo Médio Internação Alcon	R\$ 932,05	R\$ 2.110,33	R\$ 1.574,20	R\$ 1.538,86
Custo médio total parto cirúrgico de alto risco	R\$15.203,64	R\$18.994,07	R\$21.476,27	R\$18.557,99

Fonte: Elaborado pelos autores

Dessa forma, o custo médio total do parto cirúrgico - de alto risco mais a internação será de **R\$18.557,99**. A paciente desse desfecho permanece, em média, 07 dias no hospital.

3.3 Pacote 3 – Risco Extremo: enquadra-se nesse pacote a paciente que apresentar pelo menos 1 (um) dos estágios informados: Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; Evidência laboratorial de proteinúria; Paciente confinada na cama; Extrema dor ou desconforto; Incapaz de tomar banho ou se vestir sozinho; Extremamente ansioso ou depressivo; Incapaz de realizar atividades costumeiras; Transfusão de Sangue ou uso de Hemocomponentes; Acionamento de Código (azul, vermelho, amarelo, etc), Parada Cardíaca ou Respiratória, ou Acionamento do time de resposta rápida; Diálise Aguda; Radiografia ou Ultrassonografia com doppler para avaliar embolismo ou Trombose Venosa Profunda; Diminuição na Hemoglobina ou no Hematócrito de 25% ou maior; Infecção relacionada à Assistência a Saúde; Glicemia Menor que 50 mg/dL; Elevação na Uréia ou na Creatinina Sérica Duas Vezes (2x) o Valor Basal; Administração de Vitamina K; Reabordagem Cirúrgica; Admissão em Unidade de Terapia Intensiva no Pós-Operatório; Intubação ou Reintubação ou uso de BiPAP na Recuperação Pós Anestésica; Elevação no Nível de Troponina Maior que 1,5 Nanograma/mL no Pós-Operatório; Ocorrência de Qualquer Complicação Operatória; Readmissão na Unidade de Terapia Intensiva; Intubação/ Reintubação; Uso de Terbutalina; Laceração de 3º ou 4º Grau; Contagem de Plaquetas Menor que 50.000; Administração de Anestesia Geral e Readmissão na Emergência em 48 Horas após a alta.

O caminho da paciente de risco extremo pode ter dois desfechos prováveis, conforme explicado abaixo:

a) Custo da gestante de risco extremo I: nesse possível desfecho, soma-se, além do custo do parto cirúrgico, mais o custo da internação da UTI Materna e o retorno para a enfermaria, para recuperação. De acordo com estudos da estatística do hospital, as gestantes de risco extremo ficam em torno de 5 (cinco) dias internada na UTI Materna mais a recuperação no Alcon, de, em média 2 (cinco) dias internada no Alojamento Conjunto – enfermaria. Na tabela 7 encontram-se os custos da gestante de risco extremo I.

TABELA 7. CUSTO DA GESTANTE DE RISCO EXTREMO I

Pacote 3: Custo de paciente gestante de risco extremo tipo I				
Item de custo	Média mensal 2014	Média mensal 2015	Média mensal 2016	Média
Custo Médio Parto Cirúrgico	R\$ 9.690,09	R\$ 11.913,39	R\$ 11.381,97	R\$ 10.995,15
Custo Médio Internação UTI: (5 dias)	R\$ 25.491,65	R\$ 32.271,65	R\$ 28.794,15	R\$ 28.852,48
Custo Médio Internação Alcon	R\$ 932,05	R\$ 2.110,33	R\$ 1.574,20	R\$ 1.538,86
Custo médio total parto cirúrgico de risco extremo I	R\$ 36.113,79	R\$ 46.295,37	R\$ 41.750,32	R\$ 41.386,49

Fonte: Elaborado pelos autores

Dessa forma, o custo médio total do parto cirúrgico de risco extremo, acrescentado a internação será de **R\$41.386,49**. A paciente desse desfecho permanece, em média, 07 dias internada no hospital.

b) Custo da gestante de risco extremo II: nesse possível desfecho, soma-se o custo da internação na unidade de alto risco, para casos em que a paciente já estava internada no hospital aguardando seu parto, o custo do parto cirúrgico, além da internação na UTI para estabilização, mais o custo do retorno

para a enfermaria, para recuperação. De acordo com informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de alto risco permanece, em média, por 5 (cinco) dias internada na unidade, além de até 5 (cinco) dias internada na UTI Materna mais 2 (dois) dias internada no Alojamento Conjunto – enfermaria para recuperação. Os custos da gestante de risco extremo II podem ser visualizados na tabela 8.

TABELA 8. CUSTO DA GESTANTE DE RISCO EXTREMO II

Pacote 3: Custo de paciente gestante de risco extremo tipo II				
Item de custo	Média mensal 2014	Média mensal 2015	Média mensal 2016	Média
Custo Médio Internação Alto Risco (5 dias)	R\$ 4.581,50	R\$ 4.970,35	R\$ 8.520,10	R\$ 6.023,98
Custo Médio Parto Cirúrgico	R\$ 9.690,09	R\$ 11.913,39	R\$ 11.381,97	R\$ 10.995,15
Custo Médio Internação UTI (5 dias)	R\$ 25.491,65	R\$ 32.271,65	R\$ 28.794,15	R\$ 28.852,48
Custo Médio Internação Alcon	R\$ 932,05	R\$ 2.110,33	R\$ 1.574,20	R\$ 1.538,86
Custo médio total parto cirúrgico de risco extremo II	R\$40.695,29	R\$51.265,72	R\$51.270,42	R\$ 47.743,81

Fonte: Elaborado pelos autores.

Dessa forma, o custo médio total do parto cirúrgico de risco extremo, mais a internação será de **R\$ 47.743,81**. A paciente desse desfecho permanece, em média, 12 dias internada no hospital.

Após a classificação da paciente em um dos pacotes acima, será possível informar previamente para a paciente, provedores de planos de saúde e demais interessados, o grau de risco gestacional que a paciente foi classificada, bem como o valor previsto para se fazer o parto, independente de acontecer mais alguma complicação, dentro dos prazos médios estabelecidos.

4. DISCUSSÃO

Por mais que pareça ousado propor uma nova tabela de faturamento hospitalar, entende-se que esse assunto é pauta premente e precisa ser estudado em todas as suas nuances. A busca pela transparência na área da saúde não permite mais esconder os reais custos atrás de uma tabela por procedimento. O modelo fee-for service precisa ser revisado. Novas propostas precisam ser colocadas à disposição de todos os stakeholders da área de saúde. Os custos aqui apresentados são reais e podem trazer luz para todos aqueles que tem dúvidas sobre esse assunto. Independentemente de ter sido feito aplicado a um único serviço, as mesmas técnicas podem ser replicadas em outras unidades de saúde.

No referido estudo, ao entrar na unidade de saúde, a parturiente seria classificada conforme o grau de risco apresentado. Com isso, tanto a paciente quanto o serviço de saúde saberiam o custo estimado do seu atendimento. Isso diminuiria a quantidade de procedimentos registrados pela assistência, permitindo dedicar mais tempo na assistência ao paciente, seguindo protocolos de atendimento padronizados. A preocupação com a qualidade do atendimento será maior, pois o faturamento ocorrerá para aquele pacote definido. Situações extras provocados por falhas na segurança do paciente, por exemplo, não serão recompensadas. O caso foi aplicado ao serviço de parto de um hospital público, mas pode ser replicado em qualquer instituição, seja pública ou privada, levando-se em consideração os seus custos e os indicadores de qualidade da unidade. Cabe ressaltar que o case apresentado não leva o lucro em consideração. Tem-se apenas os dados de custos. Caso seja aplicado por planos de saúde ou hospitais particulares, deve-se sempre levar em consideração as peculiaridades de cada instituição. Os valores variam para maior ou menor, conforme seja feita a gestão dos recursos.

Outra informação relevante a ser considerada é que no estudo aqui apresentado, não estão incluídos os cuidados com o bebê. Apenas com a mãe. Dessa maneira, há a necessidade de se complementar esses estudos com os custos do binômio – mãe e filho e ver o real impacto, caso seja estabelecido pacote de serviços. Como são centro de custos diferentes, entendemos a necessidade de se criar pacotes separados para cada um.

Importante reforçar que a mesma metodologia aplicada nesse estudo pode ser aplicada a outras instituições, mas, considerando dados e indicadores específicos da instituição e principalmente seus custos hospitalares. Protocolos padronizados são essenciais para diminuir custos e aumentar a qualidade do atendimento para o paciente. Isso garante uniformidade de ações e diminuição de desperdícios. Atuação multidisciplinar dos profissionais de saúde é fundamental.

Contudo, o modelo de faturamento proposto tem provocado controvérsias. Bichuetti e Ali Mere (2016) entendem que alterar simplesmente o modelo de remuneração sem a conscientização de que é necessário haver mudanças de atitude e de cultura assistencial e empresarial é buscar solução de curto prazo que arrastaria para o futuro as mesmas mazelas do sistema atual.

Bailey (2017) também reforça que por si só a assistência à saúde baseada em valor, como o modelo do Bundled Service não reduz gastos ou melhora resultados. Para o autor, a transição para essa abordagem implica infraestrutura adicional, custos com treinamento e a complexidade de prestar assistência à saúde em um ambiente que combina o fee-for-service com a remuneração baseada em valor. Além disso, para cumprir a promessa de melhorar a saúde e reduzir gastos, Bailey (2017) entende que essa metodologia precisa ser aprimorada por meio de uma abordagem estruturada voltada à eliminação de desperdício e implementada em conjunto com amplos esforços para lidar com fatores

que ultrapassam os limites tradicionais da assistência à saúde. Posto isso, acreditamos que esse novo modelo, mesmo com necessidade de estudos complementares e sua aplicação na Saúde Suplementar é viável a sua implementação e pode ser uma alternativa real ao faturamento hoje existente.

5. CONCLUSÃO

Foi possível chegar a uma nova tabela de faturamento, associando custos hospitalares e protocolos específicos de atendimento para se formar pacotes de serviço. Com isso, além de um maior controle dos custos envolvidos nos tratamentos, essa mesma classificação poderá servir para fazer um planejamento das possibilidades terapêuticas que a paciente vai precisar para ser assistida, com enfoque na qualidade do atendimento. Os operadores de saúde em todo o mundo já perceberam que é necessário evoluir com o assunto faturamento hospitalar – deixar o modelo fee-for-service para trás, buscando novas alternativas mais custo-efetivas para todos os envolvidos.

O estudo defendido apresenta potencialidades, mas também pontos de melhoria. Destaca-se que, apesar de ter realizado o estudo de custos e elaboração de protocolos, não houve tempo hábil para aplicar o modelo de pacote de serviços na instituição, o que permitiria aperfeiçoar ainda mais os indicadores dos pacotes. Somente foram realizados testes em um protótipo, que permitiu classificar a paciente, conforme seu grau de risco gestacional, mas que requer aperfeiçoamentos para se tornar um sistema a ser implementado nos hospitais. Sugere-se que estudos futuros contemple essas etapas de implementação e avaliação concreta da proposta.

Ressalta-se, ainda assim, que esse estudo pode ser ampliado para os demais serviços de uma instituição de saúde e servir de inspiração para que outros estudiosos e gestores aplicarem em suas instituições, seja pública ou privada.

REFERÊNCIAS

ABRAMGE, SINAMGE. SINOGE. **Passando a régua**. Visão Saúde. Ano II. Jan/Fev/Mar2017; nº03: 18-23.

BAILEY. D.J. **Por si só, a assistência à saúde baseada em valor não reduz gastos ou melhora resultados**. Harvard Business Review Brasil. Periódicos da Internet. 2017.Ago [acesso em 20/12/2017]. Disponível em <http://hbrbr.uol.com.br/assistencia-saude-baseada-em-valor-nao-reduz-gastos-ou-melhora-resultados/>.

BICHUETTI, JL, ALI MERE JR. Y. **Modelos de Remuneração na Saúde**. Harvard Business Review Brasil. Periódicos da Internet. 2016. Ago. [acesso em 25/10/2016]. Disponível em <http://hbrbr.uol.com.br/modelos-de-remuneracao-na-saude/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID). **Macroeconomia / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID)**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Introdução à Gestão de Custos em Saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestão de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Protocolo Conitec – Relatório de Recomendação, 2016. [acesso em 27/11/2017]. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf.

CAMARGOS, M. A.; Gonçalves, M. A. **Sistemas de Acumulação de Custos, Métodos de Custeio, Critérios de Atribuição de Custos e Tipos de Custo: um Diferenciação Didático-Teórica para o Ensino da Disciplina Contabilidade de Custos**. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 15., 2004, Florianópolis. Anais, 2004. Páginas 97-118.

LEE.T.H, PORTER M. **A estratégia que irá corrigir os serviços de saúde**. Harvard Business Review Brasil. Periódicos da Internet. 2013. Out. [acesso em 17/10/2017]. Disponível em <http://hbrbr.uol.com.br/a-estrategia-que-ira-corriger-os-servicos-de-saude/>

PHILLIPS.C, THOMPSON.G. **What is a QALY?** London:Hayward Medical Communications, May 2001.

PORTER, M. KAPLAN. R.S. **Como resolver a crise de custos na saúde**. Harvard Business Review Brasil. Periódicos da Internet. 2013.Ago [acesso em 03/10/2016]. Disponível em <http://hbrbr.uol.com.br/como-resolver-a-crise-de-custos-na-saude/>.

_____. **Como pagar pelos serviços de saúde**. Harvard Business Review Brasil. Periódicos da Internet. 2016.Ago [acesso em 03/10/2016]. Disponível em <http://hbrbr.uol.com.br/como-pagar-pelos-servicos-de-saude/>

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – SES/MG. Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais – SOGIMIG. Nota Técnica Conjunta. Atenção à Saúde da Gestante: **Novos Critérios para Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante**. Maio de 2013 [acesso em 27/11/2017]. Disponível em <http://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/Oficina-3-Estratificacao-de-Risco-GESTANTE.pdf>.

VARELLA, D. **A saúde dos planos de saúde: os desafios da assistência privada no Brasil/** Drauzio Varella e Mauricio Ceschin – 1º Ed. São Paulo: Paralela, 2014.

VERGEL. YB, SCULPHER. MJ. **Quality-adjusted life years**. Pract Neurol 2008; 8: 175–182.

WACHTER. ROBERT M. **Compreendendo a Segurança do Paciente/**Robert M. Wachter; [tradução: Caroline Buss, Camila Philbert Lajolo Schrotberger, André Anjos da Silva; revisão técnica: Guilherme Brauner Barcellos]. 2. Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

CAPÍTULO 4

CAPITAL DE GIRO E DESEMPENHO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA PERSPECTIVA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE A PARTIR DO MODELO FLEURIET⁸

MATHEUS HENRIQUE COELHO MIRANDA

Administrador, Master em Inteligência de Mercado atuando na área de Saúde Suplementar

⁸ Este capítulo sintetiza a Monografia intitulada “CAPITAL DE GIRO E DESEMPENHO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA PERSPECTIVA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE A PARTIR DO MODELO FLEURIET”, produzida no âmbito do Edital ENAP nº 25/2018 (1º PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR TEMA: REGULAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA NA SAÚDE SUPLEMENTAR). As opiniões aqui expressas são de responsabilidade do autor, e não refletem, necessariamente, a visão da ANS sobre o assunto.

1. INTRODUÇÃO

O setor de saúde suplementar apresentou franco crescimento nos últimos anos, passando de 31,2 milhões de beneficiários em dezembro de 2000 para 50,9 milhões em junho de 2014, ou seja, aproximadamente 26% da população. Por outro lado, a quantidade de operadoras em atividade no mesmo período caiu quase pela metade, de 2.003 para 1.055 (ANS, 2014a).

Este crescimento trouxe desafios regulatórios às OPS impostos pela ANS, que visa assegurar a cobertura assistencial dessa modalidade de planos promovendo a evolução técnica e a concorrência entre os atores do mercado (SOUZA, Rodrigo Mendes Leal de, 2015, p. 3). Entretanto, o cumprimento das coberturas propostas pelos planos de saúde comercializados passa pelo cumprimento dos compromissos firmados entre OPS e prestadores e também pela capacidade de honrar os gastos mantenedores de suas atividades.

Dentro dessa ótica, a ANS criou o Programa de Qualificação das Operadoras com o objetivo de mensurar o desempenho do setor, evidenciado pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), calculado anualmente desde 2008. O IDSS é composto por 4 dimensões, a saber, Atenção à Saúde, Econômico-Financeira, Estrutura e Operação e Satisfação do Beneficiário, cada uma com seu peso no indicador final. A pontuação do IDSS vai de 0 a 1, divididos em 5 categorias (a cada 0,2 pontos). Quanto mais próximo de 1, melhor é considerado o desempenho da operadora, possibilitando a comparação de operadoras de características semelhantes.

Esta iniciativa percorre a dimensão econômico-financeira, uma das 4 que compõem o IDSS, denominada Índice de Desempenho Econômico-Financeiro (IDEF), que responde por 20% do total do IDSS e que é formada por 4 indicadores, quais sejam: 1) Patrimônio Líquido Ajustado por Margem de Solvência, 2) Liquidez Corrente, 3) Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados, 4) Suficiência em Ativos Garantidores Vinculados.

O IDEF é calculado através de metodologia própria divulgada em nota técnica pela a ANS e utiliza índices tradicionais de liquidez. Em defesa desta metodologia, Soares (2006, p. 97-99) destaca que os indicadores da dimensão econômico-financeira são relevantes para verificar seu desempenho, obtendo-se os mesmos resultados daqueles calculados através do modelo tradicional de análise financeira. Em contraponto, Alves (2008), afirma que, embora digno de mérito, ele é holístico e sua pontuação abrange critérios considerados arbitrários.

À luz da gestão financeira, observa-se o papel da gestão da liquidez e solvência das OPS na medida em que os riscos envolvidos na assistência médico-hospitalar podem impactar diretamente o beneficiário e seu estado de saúde, em caso de não cumprimento das definições contratuais com clientes e prestadores terceiros (MARTINS, 1994). Existem indícios de que as intervenções da ANS estejam relacionadas ao desempenho das OPS no IDSS. Sancovschi, Macedo e da Silva (2014) demonstraram em seu estudo que a instauração de regimes especiais de gestão pelo órgão regulador está fortemente vinculada ao desempenho da dimensão econômico-financeira, visto que operadoras que apresentaram queda acentuada nos resultados sofreram com a vigilância da ANS nos períodos subsequentes.

Presume-se que os parâmetros do IDEF fornecem uma visão parcial da estrutura financeira das operadoras, com informações estáticas que não evidenciam integralmente as tendências e comportamento da situação de liquidez no curto prazo, criando uma lacuna de informação que poderia

nortear diretrizes e ações do órgão regulador, bem como fornecer dados relevantes para alavancagem dos negócios das OPS. Sendo assim, considera-se relevante complementá-la com uma metodologia que compreenda a realidade dinâmica das organizações brasileiras, qual seja, o Modelo Fleuriet.

2. O MODELO FLEURIET

O Modelo Fleuriet foi desenvolvido no final da década de 1970 para realizar uma análise financeira sob o ângulo da liquidez de curto prazo, considerando a realidade brasileira de altos índices de inflação e de rápidas mudanças de cenário e passou a ser utilizado nas empresas brasileiras, dada a sua sensibilidade à dinâmica dos negócios do país. Segundo Fleuriet, Kehdy e Blanc (2003, p. 76-78), a análise pelos índices tradicionais de liquidez “não [...] distingue o que é financiamento renovável e financiamento excepcional” e que ela é insuficiente, mostrando apenas uma situação presente ou passada e nenhum apontamento sobre a futura liquidez e capacidade de realização dos ativos. Embora bons índices de liquidez sugiram uma boa situação financeira frente às suas obrigações, ele não reflete a dinâmica dos fluxos de caixa, o que, em caso de gestão inadequada, pode acarretar em insuficiência de recursos para quitação das dívidas no curto prazo. Esta reflexão sobre estes indicadores tradicionais de análise financeira é a base do modelo.

O Modelo Fleuriet enfatiza que os ciclos de renovação das contas do balanço patrimonial ocorrem em tempos diferentes em função das atividades da empresa e que suas contas devem ser reclassificadas a partir deste raciocínio (FLEURIET, KEHDY e BLANC, 2003, MARQUES, BRAGA, 1995). Então, o demonstrativo se divide em:

- **ATIVO:** Ativo Circulante Cíclico (ACC), Ativo Circulante Errático (ACE), Ativo Não-Circulante (ANC) ou Permanente;
- **PASSIVO:** Passivo Circulante Cíclico (PCC), Passivo Circulante Errático (PCE), Passivo Não-Circulante (PNC) ou Permanente e Patrimônio Líquido (PL).

As contas circulantes ligadas às operações da empresa, que se renovam de maneira constante em função da continuidade são denominadas cíclicas, como por exemplo, duplicatas a receber e estoques, no lado do ativo, e fornecedores no lado do passivo (BRAGA, 1991, MARQUES, BRAGA, 1995). São contas que estão diretamente ligadas ao capital de giro e fundamentais para a manutenção do nível de atividade de uma empresa.

As contas erráticas são aquelas de natureza financeira, não diretamente ligadas à operação, como caixa, bancos e aplicações de curtíssimo prazo, no lado do ativo, e financiamentos e títulos a pagar no lado do passivo. As contas não-circulantes, por sua vez, constituem aquelas de realização a longo prazo, como máquinas e edifícios (FLEURIET, KEHDY e BLANC, 2003, BRASIL e BRASIL, 2008).

A partir da reclassificação, obtém-se três indicadores, a saber, Capital de Giro (CDG), Necessidade de Capital de Giro (NCG) e Saldo de Tesouraria (T). A combinação destes indicadores forma 6 tipos de estruturas financeiras que vão de Excelente a Alto Risco (FLEURIET; KEHDY; BLANC, 2003; BRAGA, 2001).

2.1 NECESSIDADE DE CAPITAL DE GIRO

A Necessidade de Capital de Giro (NCG), ou Investimento Operacional em Giro (IOG), decorre da defasagem existente entre as entradas e saídas de caixa, criando uma necessidade de “aplicação permanente de fundos”, calculada pela diferença entre os ativos e passivos cíclicos (FLEURIET, KEHDY e BLANC, 2003, p. 7-11).

$$NCG = \textit{Ativo Cíclico} - \textit{Passivo Cíclico}$$

Naturalmente, a NCG é influenciada pelo seu ciclo financeiro, tempo que compreende o aporte de recursos para o desempenho das operações da empresa até o recebimento das vendas aos clientes. Ao mesmo tempo, ela também depende do nível de atividade, ou seja, “os prazos de rotação e valores das contas do ativo e passivo cíclicos da empresa”. Alterações nas políticas de estocagem, vendas, ritmo de produção, crédito a fornecedores e clientes alteram sensivelmente seu resultado (FLEURIET, KEHDY e BLANC, 2003, p. 9, 51, SILVA, 2012).

Quando a NCG é negativa, suas entradas de caixa ocorrem antes de suas saídas, onde seu passivo cíclico pode se tornar uma fonte de fundos, em caso de encerramento das atividades. Segundo Marques e Braga (1995), este quadro é comum em empresas varejistas. Neste ponto, cabe observar que os planos de saúde comercializados pelas OPS são de pré-pagamento, isto é, o pagamento pelos serviços ocorre antes das utilizações (atendimentos, consultas, cirurgias) geradoras de custos, resultando em um ciclo financeiro estreito e possivelmente uma NCG negativa.

Segundo Matarazzo (2010), a NCG positiva é uma situação mais comumente verificada nas empresas. Silva (2012) cita que esta situação aponta para uma aplicação de recursos em itens de curto prazo. Em complemento, Fleuriet, Kehdy e Blanc (2003, p. 11) ressaltam que esta aplicação deve ser feita com parte dos fundos permanentes, mas que, ao ser realizada com fundos de curto prazo, eleva o risco de insolvência da empresa.

2.2 CAPITAL DE GIRO

Assaf Neto (2010a, p. 554) define capital de giro como o “valor total de recursos demandados pela empresa para financiar seu ciclo operacional”. Quando o passivo permanente é maior que o ativo permanente, cria-se um excedente de fundos de longo prazo que pode ser utilizado para financiar a NCG. Ele é dado por:

$$CDG = \textit{Passivo Permanente} - \textit{Ativo Permanente}$$

Segundo Brasil e Brasil (2008) e Fleuriet, Kehdy e Blanc (2003), umas das principais fontes de recursos do CDG são o autofinanciamento (advinda dos recursos gerados pela atividade da empresa), financiamento com instituições financeiras e créditos com fornecedores. De modo geral, as oscilações no CDG decorrem de investimentos em bens de ativos permanentes (redução da NCG) e da captação de recursos através das fontes citadas (aumento da NCG).

Em uma empresa em que se observe o CDG positivo, verifica-se que recursos de longo prazo foram

suficientes para financiar os investimentos de longo prazo e que sobrou recursos para financiar a necessidade de capital de giro. Em contraponto, o CDG negativo indica que fundos de curto prazo estão sendo usados para financiar ativos permanentes, o que, em caso de persistência, pode comprometer a capacidade de pagamento da empresa (MARQUES e BRAGA, 1995, FLEURIET, KEHDY e BLANC, 2003).

2.3 SALDO DE TESOURARIA

O saldo de tesouraria (T) é um termômetro do risco a curto prazo da empresa e é calculado pela diferença entre o ativo errático e o passivo errático (BRASIL e BRASIL, 2008, FLEURIET, KEHDY e BLANC, 2003).

$$T = \text{Ativo Errático} - \text{Passivo Errático} \text{ ou } T = \text{CDG} - \text{NCG}$$

Conforme Fleuriet, Kehdy e Blanc (2003) e Marques e Braga (1995), o saldo de tesouraria pode ser positivo ou negativo. Ele será negativo quando o Capital de Giro for insuficiente para financiar a Necessidade de Capital de Giro, lançando mão de ativos permanentes para manter suas atividades e cumprir suas obrigações de curto prazo. Trata-se de situação delicada e que pode comprometer a liquidez da empresa.

Em contraste, o saldo de tesouraria positivo indica que o ativo errático é superior ao seu passivo errático ou que seus recursos são suficientes para garantir a liquidez exigida pelas operações da empresa e que o excedente pode até ser utilizado em aplicações de curto prazo.

Um saldo negativo não necessariamente indica dificuldades financeiras e, da mesma forma, um saldo positivo nem sempre indica boa situação. Fleuriet, Kehdy e Blanc (2003, p. 37-42) demonstram que “uma importante função da diretoria financeira de uma empresa é acompanhar a evolução do Saldo de Tesouraria, a fim de evitar que permaneça constantemente negativo e crescente”.

2.4 ESTRUTURAS FINANCEIRAS DO MODELO FLEURIET

A combinação dos resultados das variáveis do Modelo Fleuriet resulta em 6 estruturas financeiras, detalhadas no quadro a seguir:

QUADRO 1 - TIPOS DE ESTRUTURA E SITUAÇÃO FINANCEIRA

TIPO/ITEM	CDG	NCG	T	SITUAÇÃO
I	+	-	+	Excelente
II	+	+	+	Sólida
III	+	+	-	Insatisfatória
IV	-	+	-	Péssima
V	-	-	-	Muito Ruim
VI	-	-	+	Alto Risco

Notas:

- Indicativo de valor positivo (+) ou negativo (-);
- Montantes nulos são considerados apenas teóricos.

Fonte: Marques e Braga (1995)

Os tipos de estrutura financeira podem ser analisados da seguinte maneira:

- I) **EXCELENTE:** ocorre quando o $CDG > 0$, $NCG < 0$ e $T > 0$ e demonstra excelente liquidez. A NCG negativa indica um ciclo financeiro reduzido ou negativo, onde o recebimento pelas vendas ocorre antes das suas saídas de caixa, criando uma fonte de recursos (BRAGA, 1991, MARQUES e BRAGA, 1995). O CDG positivo indica que as fontes de financiamento de longo prazo são suficientes para cobrir os investimentos de longo prazo e ainda sobram recursos para se investir no curto prazo. Nesse caso, tanto o CDG quanto o NCG são fontes de recursos que são investidos na Tesouraria;
- II) **SÓLIDA:** é a estrutura mais comum de ser encontrada e é caracterizada pelo valor positivo das três variáveis do Modelo Fleuriet. Neste caso, a NCG positiva indica que o passivo circulante cíclico é insuficiente para cobrir os ativos operacionais, mas que este déficit é suprido pelo CDG positivo (BRAGA, 1991);
- III) **INSATISFATÓRIA:** este tipo de estrutura aponta que o capital de giro é insuficiente para cobrir a NCG, resultando em um saldo de tesouraria negativo. Para Braga (1991, 12), esta situação mostra que empresas deste tipo “são bastante dependentes de empréstimos de curto prazo para financiar suas operações” e que ela se torna mais vulnerável com o aumento da diferença entre o CDG e a NCG;
- IV) **PÉSSIMA:** a combinação do T e do CDG negativos significa que a empresa está financiando ativos não circulantes com fundos de curto prazo. Segundo Braga (1991), empresas com esta situação têm um desequilíbrio entre suas fontes e aplicações de recursos comprometendo seu crescimento e indicando uma possível falência;
- V) **MUITO RUIM:** caracterizada pelo valor negativo das três variáveis do Modelo Fleuriet, a situação financeira é muito ruim, embora menos pior do que a do tipo IV. O CDG negativo indica que parte dos ativos permanentes são financiados com recursos de curto prazo, tornando difícil a recuperação dos investimentos frente aos compromissos com vencimento próximo (BRAGA, 1991, CORREIA, 2001). A vantagem dessa situação frente à anterior é que o NCG é negativo, o que indica que as operações da empresa também viram fonte de recursos que, no caso, estão sendo utilizadas nos ativos de longo prazo;
- VI) **ALTO RISCO:** Neste cenário, a empresa utiliza suas operações (NCG) como fonte de recursos para financiar investimentos de longo e curto prazo. O risco surge do fato de se utilizar recursos cíclicos e variáveis para financiar investimentos de baixa liquidez. Braga (1991) afirma que este quadro é transitório e que pode ser afetado pelo volume de vendas.

O presente trabalho busca, pois, responder à seguinte pergunta: **existe relação entre o desempenho da dimensão econômico-financeira do IDSS e a estrutura financeira para o ano referência 2013 calculado pela ANS das operadoras de planos médico-hospitalares obtida a partir do Modelo Fleuriet?**

Para respondê-la, foram definidos objetivos específicos: (a) Reclassificar os demonstrativos financeiros das empresas da amostra de acordo com o Modelo Fleuriet; (b) Calcular os indicadores

Capital de Giro, Necessidade de Capital de Giro, Saldo de Tesouraria; (c) Identificar a situação financeira das empresas da amostra baseada no Modelo Fleuriet; (d) Comparar a classificação financeira encontrada em “c” com os resultados adquiridos pelas empresas no IDEF.

A provável relação de um IDEF enquadrado nas categorias superiores com estruturas financeiras consideradas boas pelo Modelo Fleuriet indicaria que a análise financeira feita pelo IDEF abarca aspectos dinâmicos e que empresas com bom IDEF têm maior capacidade de honrar com os compromissos de prestação de serviços de atenção à saúde dentro dos requisitos da ANS.

3. METODOLOGIA

As OPS analisadas neste trabalho foram escolhidas através de uma amostra não probabilista estratificada. Da população de 894 OPS médico-hospitalares para o ano-base de 2013, foram desconsideradas 412 OPS que apresentaram as seguintes situações: (a) demonstrativo contábil não constava na base da ANS; (b) IDEF não calculado para o ano-base; (c) inconsistências no Balanço Patrimonial (i.e. ativo total diferente do passivo total, grupos de contas zeradas) que inviabilizariam o cálculo das variáveis do Modelo Fleuriet. Assim, obteve-se a amostra de 482 OPS.

Considerando o objetivo geral do estudo, o fator de agrupamento dos estratos foi a estrutura financeira obtida a partir do Modelo Fleuriet detalhada no item 2.3.3. Obteve-se, portanto, 6 estratos, dentro dos quais se pretendeu analisar o comportamento do IDEF em cada um deles e sua relação com os demais. O IDEF de 2014 tem como período de referência os dados econômico-financeiros do ano de 2013. A partir desta população e da base de dados da ANS, foram coletadas as demonstrações contábeis do período referência para o cálculo das variáveis do Modelo Fleuriet.

A primeira etapa para realizar o estudo foi a reclassificação de todas as contas do ativo e passivo circulantes conforme preconizado Fleuriet, Kehdy e Blanc (2003). Em segundo momento, calculou-se as variáveis do Modelo Fleuriet, a saber, o Capital de Giro (CDG), a Necessidade de Capital de Giro (NCG) e o Saldo de Tesouraria (T), conforme apontado no item 2.3.1. O terceiro passo foi combinar os resultados das variáveis para se obter a classificação de sua estrutura financeira para determinar a situação de liquidez e solvência das organizações em dado momento (MARQUES, BRAGA, 1995). A obtenção destas estruturas tem o objetivo de balizar a verificação da existência de sua relação com a pontuação do IDEF das operadoras da amostra do estudo. A quarta etapa consiste na construção de estatísticas descritivas e no teste de Kruskal-Wallis, que determina se existe diferença estatística entre suas distribuições. O resultado deste teste possibilitará verificar se há a relação entre o IDEF e as estruturas financeiras da amostra deste estudo.

3.1 TESTE DE KRUSKAL-WALLIS

Constatou-se, através do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, que as pontuações do IDEF da amostra deste estudo não estão normalmente distribuídas, tornando necessária a utilização do teste de diferença de médias não paramétrico equivalente à Analysis of Variance.

O teste de Kruskal-Wallis é recomendado para se comparar três ou mais amostras independentes e determinar se há diferença entre suas distribuições. É um teste não paramétrico e, neste caso, não requer que as médias sejam normalmente distribuídas (WEBSTER, 2006). Ele se baseia no teste das seguintes hipóteses:

$$H_0: \text{Todas as } k \text{ amostras têm a mesma distribuição;} \\ H_1: \text{Nem todas as } k \text{ amostras têm a mesma distribuição}$$

Onde k é o número de amostras do estudo.

O teste consiste em determinar um valor estatístico (H) baseado no tamanho de cada amostra e na posição dos elementos de cada uma (em ordem crescente da variável resposta, qual seja, o IDEF) e compará-la com o valor crítico obtido pela tabela qui-quadrado com $k-1$ graus de liberdade ($Q\alpha$). Se $H > Q\alpha$, rejeita-se a hipótese nula H_0 de que todas as amostras têm a mesma distribuição (WEBSTER, 2006). Neste estudo, rejeitar a hipótese nula significa dizer que as distribuições do IDEF em cada estrutura do Modelo de Fleuriet não são estatisticamente iguais. Se, a partir do teste, a hipótese nula for aceita, poder-se-á concluir que o IDEF não tem relação com as estruturas do Modelo Fleuriet e que os resultados da população são homogêneos.

Ademais, caso a hipótese nula seja rejeitada, torna-se possível determinar em quais níveis de agrupamento foram observadas as diferenças mais significativas, ou seja, em quais estruturas financeiras o resultado do IDEF apresentou maiores diferenças estatísticas.

O teste Kolmogorov-Smirnov e o Teste de Kruskal-Wallis foram aplicados utilizando o software MiniTab 17.2.1.

4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Após a reclassificação das contas contábeis e considerando o porte das empresas dado pela quantidade de beneficiários vinculados aos planos de saúde, percebe-se que as operadoras com maior média de número de beneficiários possuem as estruturas Alto Risco, Excelente e Sólida, nesta ordem, sendo que a primeira teve sua média impactada devido a 2 OPS com contingente acima de 1 milhão de vidas nesta categoria. Expurgando-se estas empresas, a média desta estrutura seria de 80.849.

TABELA 1 - QUANTIDADE DE OPS E BENEFICIÁRIOS POR ESTRUTURA

	Excelente	Sólida	Insatisfatória	Péssima	Muito Ruim	Alto Risco
Σ ops	353	28	5	5	23	68
Média	80.655	52.784	26.541	3.353	23.829	158.465
Total	28.310.045	1.425.172	132.705	10.059	524.241	10.775.633

Nota:

- 6 OPS não possuíam informação de contingente para o período analisado.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Verificou-se que a distribuição das OPS apresenta concentração no tipo de estrutura classificado como Excelente, com 73,24% do total das operadoras da amostra, seguido do tipo Alto Risco com 14,11%. Notoriamente, as estruturas do tipo Insatisfatória e Péssima apresentaram o menor número de ocorrências, com 5 elementos em cada estrato. A TAB. 2 retrata a distribuição das operadoras e suas medidas de tendência central e dispersão do IDEF.

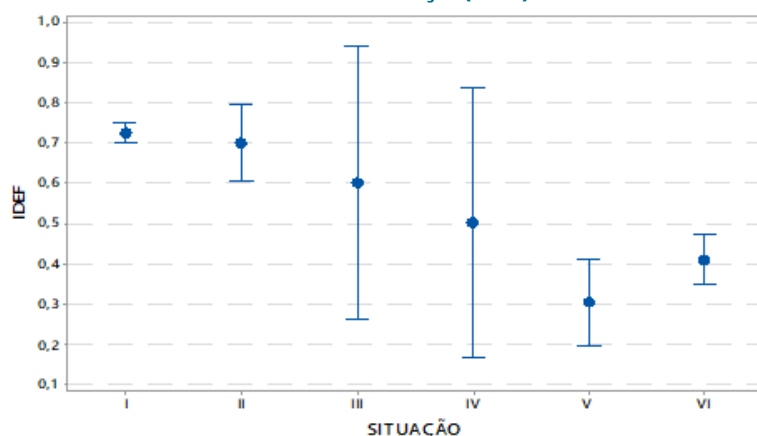
TABELA 2 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA

Situação	Média IDEF	Mediana	Erro Padrão	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
I Excelente	0,7236	0,8032	0,0127	0,2379	0,0857	1,0000
II Sólida	0,7007	0,8309	0,0469	0,2481	0,1749	1,0000
III Insatisfatória	0,6022	0,5676	0,1225	0,2739	0,3312	0,9541
IV Péssima	0,5019	0,6142	0,1218	0,2724	0,1904	0,7610
V Muito Ruim	0,3048	0,1917	0,0523	0,2510	0,0184	0,7781
VI Alto Risco	0,4085	0,3373	0,0309	0,2549	0,0000	0,7896

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

A média e a mediana amostral do IDEF de todas as OPS foi de 0,65 e 0,75, respectivamente, com as situações I e II apresentando resultados superiores a estes. Verificou-se que o IDEF dos estratos apresentou desvios-padrão semelhantes, porém com dispersão mais acentuada nas estruturas III e IV. Em relação às situações financeiras, a média e a mediana do resultado do IDEF seguiram a ordem I > II > III > IV > VI > V, conforme GRAF. 1, embora tenham sido detectados outliers na estrutura do tipo I.

GRÁFICO 1 – INTERVALO DE CONFIANÇA (95%) DO IDEF POR ESTRUTURA



Fonte: Elaborado pelo autor

Para verificar a diferença entre as distribuições dos resultados das amostras, aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis, cujos resultados são apresentados a seguir:

TABELA 3 - RESULTADOS DO TESTE DE KRUSKAL-WALLIS

INFORMAÇÃO	VALOR
Kruskal-Wallis qui-quadrado (H)	110,6353
Graus de Liberdade ($k-1$)	5
P-valor	0,0000
Valor crítico ($Q\alpha$)	11,0700

Fonte: Elaborado pelo autor

Como $H > Q\alpha$, rejeita-se a hipótese nula H_0 de que as médias são iguais, ou seja, não se pode tratar as amostras como homogêneas, pois pelo menos duas delas possuem distribuições estatisticamente diferente das demais. Neste momento, infere-se que o IDEF seja diferente em pelo menos duas estruturas do Modelo Fleuriet.

Foram calculados os escores padronizados de cada estrutura em que se observa que seguem a ordem das estruturas teorizada por Marques e Braga (1995), qual seja, $I > II > III > IV > V > VI$, conforme TAB. 4.

Os escores positivos obtidos pelas estruturas Excelente e Sólida demonstram que os resultados e seus respectivos postos médios foram superiores à média geral, destacadamente com a primeira se descolando consideravelmente dos demais resultados. Em contrapartida, as demais estruturas obtiveram escores negativos e ocuparam os postos médios mais baixos, indicando que seus resultados médios são inferiores à média geral, notadamente para as estruturas Muito Ruim e Alto Risco.

TABELA 4 - ESCORES POR SITUAÇÃO FINANCEIRA

Situação	Posto Médio	Escore Z
I Excelente	275,6	8,89
II Sólida	270,5	1,14
III Insatisfatória	213,4	-0,45
IV Péssima	146,4	-1,53
V Muito Ruim	83,4	-5,58
VI Alto Risco	115	-8,08

Fonte: Elaborado pelo autor

Efetuiu-se a comparação pareada dos escores padronizados dos estratos considerando o valor crítico *Bonferroni-Z* de $\pm 2,475$ para que fossem detectadas aquelas estruturas que possuíam as diferenças estatísticas mais significativas, conforme apresentado na GRAF. 2. Aquelas comparações cujo resultado é superior a $\pm 2,475$ apontam para diferenças significativas entre os estratos enquanto valores inferiores ao crítico indicam semelhança estatística entre o IDEF das operadoras.

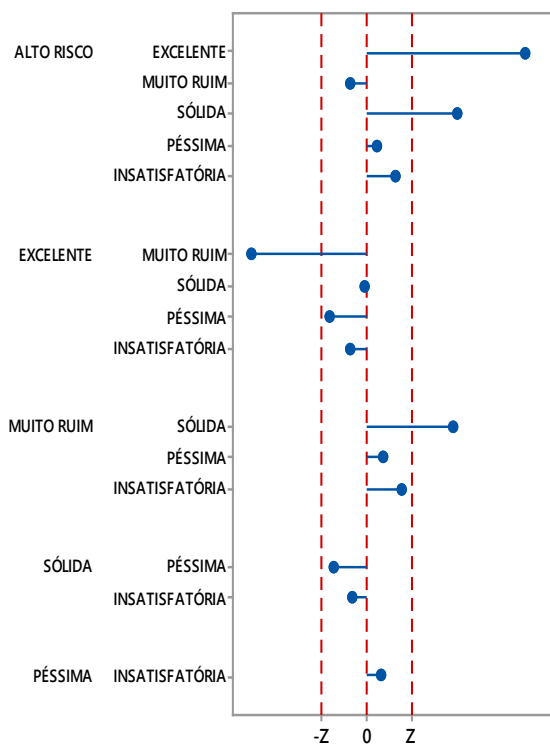
A partir do GRAF. 2, complementa-se a análise da TAB. 4 ao determinar a natureza do comportamento entre as estruturas, onde se verifica que as estruturas Excelente e Sólida diferem significativamente

da Muito Ruim e Alto Risco, enquanto as demais se localizaram dentro do limite crítico. Graficamente, também é possível visualizar a proximidade dos resultados encontrados para os pares de estruturas.

4.1. DISCUSSÃO

As estatísticas descritivas e o resultado do teste de Kruskal-Wallis suportam a hipótese de que o IDEF difere significativamente em pelo menos dois estratos. Ademais, verifica-se que a natureza desta diferença se mostra coerente com as estruturas financeiras preconizadas por Fleuriet, Kehdy e Blanc (2003) e Marques e Braga (1995).

GRÁFICO 2 – COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS ENTRE ESCORES



|Bonferroni Z-value|: 2,475

Fonte: Elaborado pelo autor

Diante dos resultados, observa-se que os resultados do IDEF das estruturas Excelente e Sólida e das estruturas Muito Ruim e Alto Risco diferem significativamente umas das outras. Considerando a ordem das estruturas teorizada por Marques e Braga (1995), nesta amostra não se obteve diferença expressiva entre as estruturas próximas e as intermediárias. Por exemplo: o resultado do IDEF de uma OPS da estrutura Insatisfatória não é estatisticamente diferente daquele de uma empresa cuja situação financeira é considerada Excelente, Sólida ou Péssima pelo Modelo Fleuriet. Da mesma maneira, não há diferenças significativas entre a Excelente e Sólida e entre a Muito Ruim e Alto Risco.

A partir da TAB. 5, é possível detectar as diferenças entre as variáveis do Modelo Fleuriet que refletiram sua categorização nas estruturas. Essa tabela permite verificar as informações presente no Modelo de Fleuriet e que não são captadas no IDEF. Por exemplo, a inexistência de diferença entre as estruturas Excelente e Sólida pelos resultados do IDEF indica que essa metodologia ignora a origem do recurso que está na tesouraria, ou seja, considera como similar o fato dos recursos presentes em tesouraria serem totalmente provenientes do Capital de Giro ou serem provenientes em parte do Capital de Giro e em parte da operação da empresa.

TABELA 5 - MÉDIA DAS VARIÁVEIS DO MODELO FLEURIET (EM R\$)

Situação		CDG	NCG	T
I	Excelente	17.520.717	-23.865.718	41.386.435
II	Sólida	29.750.058	2.380.445	27.369.613
III	Insatisfatória	1.123.865	2.755.769	-1.631.904
IV	Péssima	-4.782.979	14.464.436	-19.247.416
V	Muito Ruim	-4.729.885	-2.911.028	-1.818.857
VI	Alto Risco	-24.682.773	-55.208.731	30.525.959

Fonte: Elaborado pelo autor

A diferença apresentada no IDEF entre as estruturas I e II e a estrutura VI parece ser proveniente principalmente das diferenças na variável Capital de Giro, indicando que o IDEF, de certa, forma, absorve as informações dessa variável. Porém, pode-se questionar o porquê da existência de diferença significativa entre I/II com a estrutura V mas não com a IV que também apresenta CDG negativo e com uma média próxima ao CDG da estrutura V.

Já entre as estruturas II e III, percebe-se que a diferença é devido à performance da liquidez corrente, denotada pelo menor valor médio absoluto da CDG em III, o que impactou no saldo de tesouraria e indicando que seus fundos permanentes estão no limiar da suficiência de financiamento de seu capital de giro. Embora se tenha verificado esta diferença baseada no Modelo Fleuriet, o teste apontou que não há diferença significativa do IDEF entre ambas as estruturas.

De maneira geral, as OPS com as estruturas III, IV, V e VI apresentaram resultados do IDEF inferiores aos valores médios amostrais e estatisticamente semelhantes, mas o Modelo Fleuriet possibilita visualizar diferenças entre a situação financeira delas. O CDG foi substancialmente menor nestas estruturas, se comparado ao da I e II, indicando que ele foi insuficiente para cobrir a NCG das operadoras. Este cenário aponta dificuldade de financiamento de longo prazo ou excesso de imobilização de ativos.

Embora já se tenha verificado neste estudo que o IDEF do período de 2014 não seja baseado nas variáveis do modelo dinâmico de análise financeira utilizado neste estudo, o teste realizado aponta para uma relação positiva entre o IDEF e as estruturas financeiras do Modelo Fleuriet, visto que tanto os resultados médios da pontuação do IDEF e os escores obtidos pelo teste são estatisticamente superiores nas situações I, II e inferiores nas situações III, IV, V e VI. Entretanto, entre estruturas consideradas próximas não houve diferença considerável entre o IDEF, embora se tenha observado

diferença entre as estruturas baseadas no Modelo Fleuriet. Sendo assim, este cenário indica que o IDEF não descreve totalmente o desempenho econômico-financeiro de uma OPS quando comparado à análise dinâmica.

Assim, em resposta ao problema de pesquisa apresentado (Existe relação entre o desempenho da dimensão econômico-financeira do IDSS e a estrutura financeira obtida a partir do Modelo Fleuriet?) pode-se considerar que, embora seja possível observar, em alguns casos, uma relação entre o desempenho da dimensão econômico-financeira do IDSS e a estrutura obtida a partir do Modelo de Fleuriet, os resultados indicam que o IDEF não é capaz de abarcar todas as informações obtidas a partir do modelo dinâmico.

Conforme destacado neste estudo, o controle dos níveis de endividamento e liquidez é fundamental para a garantia do funcionamento das OPS e, sob a égide do Programa de Qualificação das Operadoras, o IDEF tem o peso de 20% no IDSS. Em que se pesem estes fatores, verificou-se neste estudo que grande parte das empresas da amostra possuem estruturas financeiras favoráveis à manutenção e ao desenvolvimento dos serviços prestados, o que é positivo para o setor e seus beneficiários na medida em que dá maior segurança à garantia da assistência médica.

Em contrapartida, dado que 353 das OPS estão uma posição financeira Excelente, Fleuriet, Kehdy e Blanc (2003) apontam que empresas nesta situação são mais sensíveis às variações do nível de vendas. Em se tratando de um setor fortemente regulamentado, onde as operadoras estão sujeitas a intervenções que impactam comercialmente tais como suspensões de comercialização de seus produtos e liquidação extrajudicial, pode-se dizer que, mesmo em condições favoráveis de liquidez, eventuais intercorrências no cenário político-regulatório e econômico podem interferir diretamente nas finanças das empresas do setor.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os resultados apontados na seção anterior, pode-se considerar que existe, no ano de 2014, alguma relação entre as estruturas financeiras superiores do modelo de Fleuriet e as pontuações do IDEF superiores e, à exceção da Muito Ruim e Alto Risco, do mesmo modo para estruturas inferiores. Porém, não se percebeu diferenças significativas entre as estruturas próximas e intermediárias e os resultados indicaram que o IDEF não é capaz de abarcar todas as informações contidas no modelo dinâmico. Dessa forma, pode-se considerar que a inserção de indicadores do Modelo Dinâmico no cálculo do IDEF poderia aumentar a eficiência de avaliação das condições financeiras das OPS.

Evidentemente, é preciso esclarecer que o estudo considerou apenas a polaridade das variáveis do modelo para fins de enquadramento nas estruturas financeiras preconizadas pela literatura. Recomenda-se, em estudos posteriores, avaliar mais detidamente o comportamento e a evolução da NCG, do CDG e T em relação ao IDEF.

Ainda, conforme nota da ANS (2014f), os resultados dos índices de cada ano não são totalmente comparáveis dadas as alterações nos critérios e metodologia de cálculo a cada período. Apesar da ressalva, a Agência cita que esta comparabilidade tem se elevado devido a estabilidade atual do formato dos indicadores nos últimos períodos. Com efeito, o presente estudo avaliou apenas índice relativo ao ano de 2013. A partir do momento em que a estabilidade estiver inteiramente assegurada, poder-se-á realizar estudos da evolução das pontuações em relação às variáveis do Modelo Fleuriet, permitindo conclusões mais robustas acerca do perfil econômico-financeiro do setor.

Outra sugestão de trabalhos futuros seria o acompanhamento dos resultados das OPS tanto no Modelo de Fleuriet quanto no índice IDEF ao longo do tempo, a fim de verificar qual permite prever melhor prováveis dificuldades econômicas futuras.

Dada a constante necessidade de se aprimorar mecanismos de gestão, pode-se dizer que os resultados desta pesquisa ampliam as possibilidades de análise do setor de saúde suplementar. Considerando o conceito de “intensidade capitalística”⁹⁹ abordado por Fleuriet, Kehdy e Blanc (2003, p. 120-133), o modelo dinâmico consegue simular o impacto de estratégias de investimento como verticalização/desverticalização da cadeia produtiva, alterações no nível de atividade e vendas nos fluxos financeiros sob o ponto de vista da rentabilidade, constituindo uma aplicação essencial para as estratégias das OPS.

Finalmente, estas possibilidades podem ser igualmente valiosas tanto para a ANS quanto para as OPS na medida em que aumentam a compreensão do cenário setorial e permitem decisões mais fundamentadas de ambas as partes.

⁹⁹ Intensidade capitalística= (Capital investido)/vendas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANS, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, **Relatório da Qualificação das Operadoras 2014 – Ano Base 2013**, Rio de Janeiro, 2014f. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/espaco-da-qualidade/programa-de-qualificacao-de-operadoras>> Acesso em: 25/11/2014

ASSAF NETO, Alexandre. **Estrutura e Análise de Balanços**, 10ª edição, São Paulo, ed. Atlas, 2010a

BRASIL, Haroldo Vinagre, BRASIL, Haroldo Guimarães. **Gestão Financeira das empresas: um Modelo Fleuriet**, 4ª edição, ed. Qualitymark, 2008

CORREIA, Laíse Ferraz. **Perfil econômico-financeiro do setor têxtil brasileiro: análise da liquidez no período de 1996 a 1998**. Revista de Administração, v. 36, n. 1, p. 25-34, 2001

FLEURIET, Michel, KEHDY, Ricardo, BLANC, Georges. **O Modelo Fleuriet: A dinâmica financeira das empresas brasileiras**. Belo Horizonte: Campus, 2003

MARQUES, José Augusto Veiga da; BRAGA, Roberto. **Análise Dinâmica do Capital de Giro: O Modelo Fleuriet**. Revista de Administração de Empresas. Vol. 35, p. 49-63, 1995

MARTINS, Marcus V. L. **Uma Proposta de Metodologia de Avaliação da Solvência de Empresas de Seguro não vida**. Dissertação (Mestrado em Administração) – COPPEAD UFRJ, Rio de Janeiro, 1994

MATARAZZO, Dante Carmine. **Análise financeira de balanços: abordagem gerencial**, 7ª edição, ed. Atlas, São Paulo, 2010

OLIVEIRA, A. F. C. S.; PEREIRA FILHO, A. D.; AMARAL, H. F. A relevância da gestão financeira de curto prazo. Contabilidade Vista & Revista, v. 9, n. 2, p. 15-30, jun. 1998.

SANCOVSCHI, Moacir; MACEDO, Marcelo Álvaro da Silva; DA SILVA, João Alberto. **Análise das Intervenções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Através dos Índices de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)**. Contabilidade, Gestão e Governança, v. 17, n. 2, 2014.

SOARES, Maria Aparecida. **Análise de indicadores para avaliação de desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde brasileiras: uma aplicação da análise fatorial**. 2006. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SOUZA, Rodrigo Mendes Leal de. **O mercado de saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde**. p. [1]-20, fev. 2015

WEBSTER, Allen. L. **Estatística aplicada à Administração e Economia**. ed. McGraw-Hill, São Paulo, 2006

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALMEIDA, Renata Gasparello de. **O Capital baseado em risco: uma abordagem para operadoras de planos de saúde**, Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) –Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008.

ANS, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro, 2014a

ANS, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, **Programas de Qualificação do setor de Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro, 2014e. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/folhetos-e-cartilhas>> Acesso em: 06/04/2015

ANS, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, **Ficha Técnica dos Indicadores do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – Componente Operadoras, Avaliação de Desempenho Referente ao Ano de 2014**, Rio de Janeiro, 2014g. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/espaco-da-qualidade/programa-de-qualificacao-de-operadoras>> Acesso em: 25/11/2014

ARAÚJO, Elisson Alberto Tavares; OLIVEIRA COSTA, Miguel Luiz de; CAMARGOS, Marcos Antônio de. **Mapeamento da produção científica sobre o Modelo Fleuriet no Brasil**. Gestão Contemporânea, nº 14, 2013.

BRAGA, Roberto. **Análise Avançada do Capital de Giro**. Caderno de Estudos nº3, FIPECAFI. São Paulo, 1991

FUSCO, José Paulo Alves. **Necessidade do capital de giro e nível de vendas**. Revista de Administração de Empresas, vol.36, n.2, p. 53-66, 1996

GITMAN, Lawrence J. **Princípios de administração financeira**. 12ª edição: Pearson Prentice Hall, 2010

GUIMARÃES, André Luiz de Souza; NOSSA, Valcemiro, **Capital de giro, lucratividade, liquidez e solvência em operadoras de planos de saúde**. Brazilian Business Review, v. 7, n. 2, p. 40-63, 2010.

MATIAS, Alberto Borges (coordenador). **Finanças corporativas de curto prazo, volume 1: a gestão do valor do capital de giro**. São Paulo, ed. Atlas, 2007

STARKE JÚNIOR, Paulo Cesar, 2008. **Efeito Tesoura: Relevância e evidências estatísticas para análise econômico-financeira de empresas brasileiras**. 198 p. Dissertação (Mestrado em Contabilidade) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba

WILHELM, Pedro Paulo Hugo; JÚNIOR, Felix Christiano Theiss. **Análise Do Capital De Giro: Modelo Fleuriet Versus Modelo Tradicional**. Revista de Negócios, v. 5, n. 3, 2007.

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Capítulo 5

Desigualdades relativas à renda na utilização de serviços de saúde entre beneficiários de planos privados de saúde no Brasil

Capítulo 6

Impacto da atenção primária desenvolvida por uma cooperativa de saúde privada em um município do estado de Minas Gerais/Brasil

Capítulo 7

Bem Cuidado: um modelo integrado com ênfase nas instâncias leves de cuidado

CAPÍTULO 5

DESIGUALDADES RELATIVAS À RENDA NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE NO BRASIL¹⁰

HEITOR WERNECK

DrPH

¹⁰ Este capítulo sintetiza a Monografia intitulada “DESIGUALDADES RELATIVAS À RENDA NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE NO BRASIL”, produzida no âmbito do Edital ENAP nº 25/2018 (1º PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR TEMA: REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR). As opiniões aqui expressas são de responsabilidade do autor e não refletem, necessariamente, a visão da ANS sobre o assunto.

1. INTRODUÇÃO

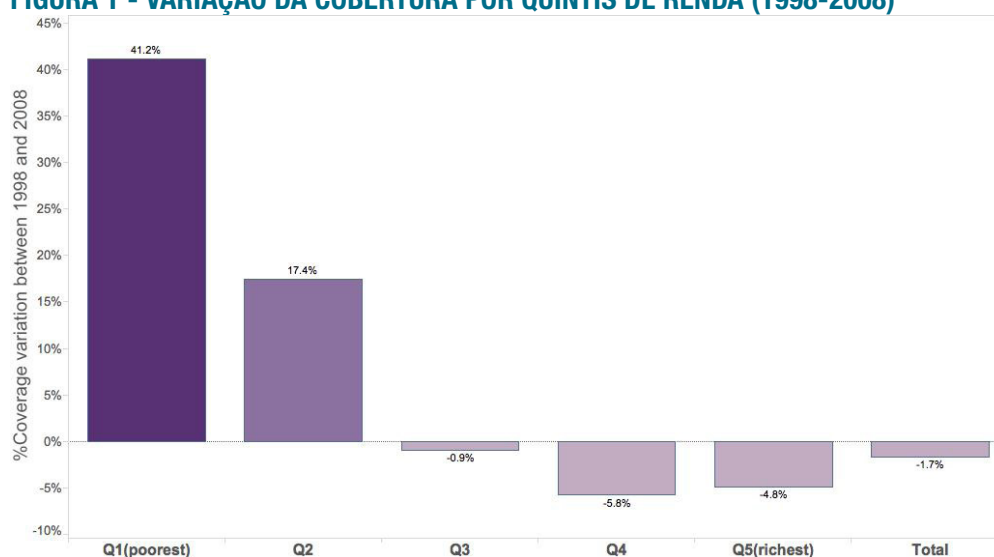
O presente capítulo traz uma síntese da minha tese de doutorado, onde investigo as desigualdades relativas à renda na utilização de serviços de saúde entre beneficiários de planos saúde no Brasil. Considerando as limitações de espaço necessárias a esta publicação, o trabalho original deve ser referenciado por todo leitor que eventualmente desejar maior aprofundamento nos achados do estudo, onde encontrará também contextualização mais ampla do problema tratado.

Para realizar a pesquisa, utilizo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD dos anos de 1998 e 2008 através dos quais comparo a evolução das desigualdades no uso de consultas médicas e internações hospitalares.

O que suscitou esta investigação foi observar intenso crescimento da cobertura privada sobre os grupos de menor renda no Brasil. Diante desta expansão surge então a questão se os indivíduos cobertos por planos estão obtendo acesso a serviços de saúde em correspondência com suas necessidades e independentemente de sua renda. Isto é, será que planos de saúde mais baratos são capazes de garantir acesso a serviços de saúde nas mesmas frequências que planos mais caros e sofisticados?

A Figura 1 exibe a variação percentual de cobertura de planos de saúde por quintis de renda entre 1998 e 2008. Neste período, a cobertura aumentou 41,2% no quintil de renda mais pobre. Este aumento acentuado na cobertura entre os pobres é um resultado provável da diminuição da taxa de desemprego de 12,4% em 2003 para 7,9% em 2008, e do aumento na participação do setor formal de 39,7% para 44%, favorecendo os mais pobres que são sobre-representados entre os trabalhadores informais (Dmytraczenko, Almeida, & World Bank Group, 2015, p. 84).

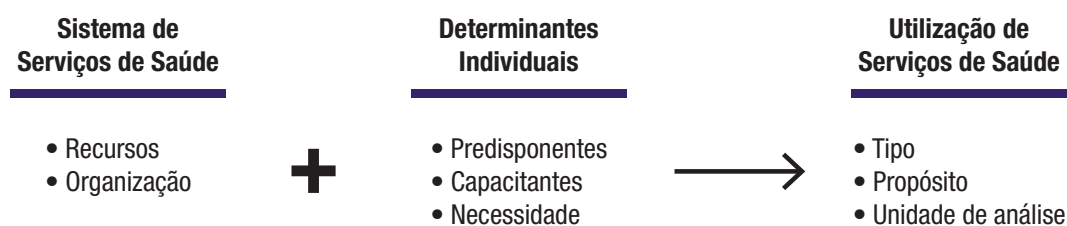
FIGURA 1 - VARIAÇÃO DA COBERTURA POR QUINTIS DE RENDA (1998-2008)



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNAD 1998 e 2008.

A teoria que embasou a explicação do porquê os indivíduos utilizam serviços de saúde foi o modelo comportamental de Andersen. Este modelo foi concebido para prever e explicar a utilização dos serviços de saúde e para medir o acesso equitativo aos cuidados de saúde (R. M. Andersen, 1995). A Figura 2 mostra uma visão esquemática deste modelo teórico.

FIGURA 2 - MODELO COMPORTAMENTAL DE ANDERSEN DE USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE



Fonte: Andersen & Newman (1973).

2. ABORDAGEM METODOLÓGICA

Este estudo mede a desigualdade na utilização dos serviços de saúde em quatro passos complementares, seguindo o esquema fornecido por O'Donnell et al (2008).

Em primeiro lugar, são calculadas as médias padronizadas das variáveis de desfecho por quintis da renda familiar per capita. Em segundo lugar, as curvas de concentração são colocadas em gráficos obtendo-se assim uma imagem mais completa da distribuição da variável de desfecho contra todo o continuum da renda familiar per capita. Em terceiro lugar, calculamos o índice de concentração como uma medida síntese da desigualdade observada (Kakwani, 1980, Capítulo 10). Calculamos ainda o índice de concentração em sua forma ajustada por necessidade de saúde, que é conhecido como índice de iniquidade horizontal (Kakwani, Wagstaff e van Doorslaer, 1997). Por fim, uma análise de decomposição é realizada, avaliando a contribuição de cada regressor utilizado no modelo analítico na desigualdade encontrada.

A população do estudo é restrita aos indivíduos que são beneficiários de planos privados de saúde de assistência médica. Esses indivíduos podem também ter cobertura odontológica, mas indivíduos com cobertura odontológica exclusiva ou com planos de servidores públicos não participam da população do estudo.

3. RESULTADOS

Doze variáveis dependentes são usadas para investigar as desigualdades de renda no uso de serviços de saúde entre os beneficiários de planos privados de saúde. Para cada ano da PNAD, 20 variáveis de padronização demográfica, 3 variáveis de padronização de necessidade de saúde e 35 variáveis de controle são usadas nos modelos de regressão. Em cada modelo, os serviços médicos e hospitalares têm como unidade de análise ou bem a probabilidade ou bem o uso total (frequência) em 12 meses.

A análise dos serviços hospitalares é desagregada para as internações ocorridas no SUS e aquelas pagas pelos planos de saúde.

No geral, as desigualdades diminuem para serviços médicos e aumentam para serviços hospitalares de 1998 a 2008. Os serviços médicos (particularmente a probabilidade de ter pelo menos uma consulta) apresentam muito pouca iniquidade e as diferenças entre pobres e ricos ainda diminuem entre os anos estudados. As hospitalizações de beneficiários de planos no SUS ocorrem desproporcionalmente entre os mais pobres, enquanto que as hospitalizações financiadas pelos planos favorecem os mais ricos.

4. DESIGUALDADES NOS SERVIÇOS MÉDICOS

A população com plano de saúde de assistência médica apresenta uma probabilidade de 75% de ter pelo menos uma consulta médica durante os 12 meses anteriores à pesquisa de 1998 e aumenta essa chance para 83% dez anos depois. As médias dos quintis de renda aumentam monotonicamente de 71% no grupo mais pobre para 78% no grupo de rendimento superior em 1998 e de 81% para 85% em 2008.

A contribuição das variáveis de necessidade para a desigualdade é marginal, particularmente na pesquisa de 2008. Consequentemente, índice de concentração e índice de iniquidade horizontal são muito semelhantes. Em correspondência com as distribuições das médias entre os quintis de renda, os índices de concentração apresentam valores favoráveis aos ricos, porém muito próximos de zero (0,0176 em 1998 e 0,0095 em 2008). A diminuição no valor do índice de concentração revela que a já baixa desigualdade registrada em 1998 se tornou ainda menor em 2008.

A Figura 3 mostra um gradiente positivo em relação à renda na probabilidade de se ter consultas médicas nos dois anos da pesquisa. Além disso, as médias dos quintis aumentam de um ano para o outro e mesmo o grupo no quintil mais pobre apresenta maior probabilidade de ter uma consulta médica em 2008 do que o grupo no quintil mais rico em 1998.

FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS QUINTIS DA PROBABILIDADE DE CONSULTA MÉDICA, 1998 E 2008

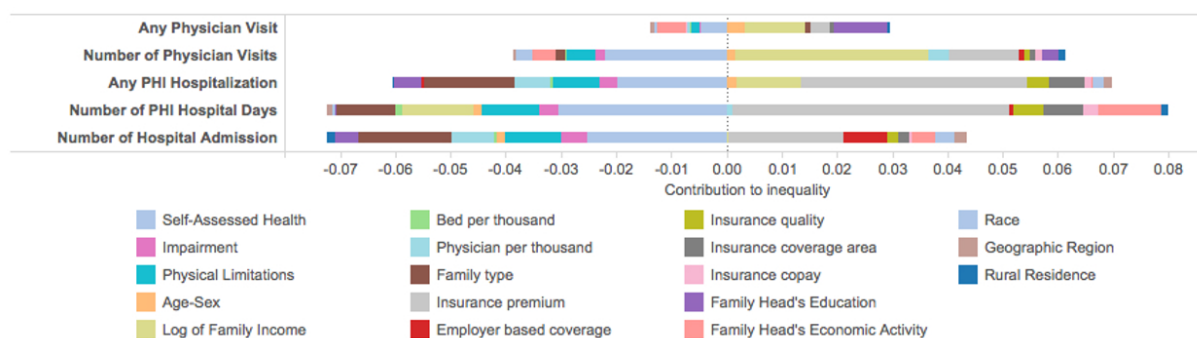


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNAD 1998 e 2008.

O número médio de consultas médicas realizadas pela população com plano de saúde aumenta de 3,4 para 4 entre 1998 e 2008. Há uma correlação positiva da renda com o número de consultas médicas, mas os índices de concentração estão próximos de zero e permanecem praticamente inalterados de um ano para o outro (0,0239 em 1998 e 0,0202 em 2008). A contribuição das variáveis de necessidade para a desigualdade é quase tão grande quanto a contribuição dos controles, embora com sinais opostos.

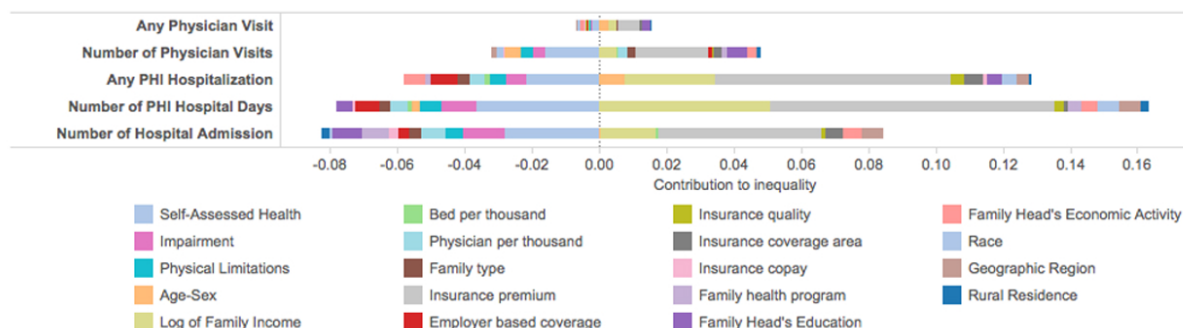
A Figura 4 e a Figura 5 mostram a decomposição para todas as variáveis dependentes deste estudo, com exceção das variáveis de internação ocorridas SUS. Esses gráficos revelam que as variáveis de padronização, com destaque para a autoavaliação do estado de saúde, contribuem mais para a utilização de serviços entre os pobres, enquanto a renda familiar e, principalmente, o valor da mensalidade dos planos são os contribuintes mais relevantes para o uso dos ricos dos serviços de saúde, em ambos os anos de estudo.

FIGURA 4 - DECOMPOSIÇÃO DA DESIGUALDADE NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, 1998



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNAD 1998.

FIGURA 5 - DECOMPOSIÇÃO DA DESIGUALDADE NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, 2008



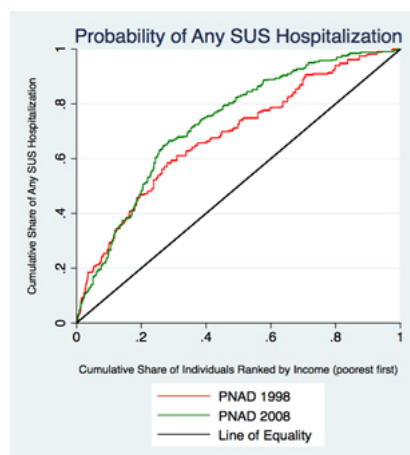
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNAD 2008.

5. DESIGUALDADES NOS SERVIÇOS HOSPITALARES

A probabilidade de realizar internações no SUS entre os beneficiários de planos privados de assistência médica é muito baixa. Em média, apenas 0,8% dessa população chega aos hospitais do SUS de acordo com dados da pesquisa de 1998, aumentando para 1,2% no ano seguinte. Apesar desses baixos valores médios, a probabilidade de ter pelo menos uma hospitalização no SUS é extremamente desigual entre os quintis de renda, ocorrendo desproporcionalmente entre os pobres. A chance de ter uma hospitalização no SUS é de quase 2% entre os 20% mais pobres da distribuição de renda em 1998 e 3% neste mesmo quintil em 2008. A chance de ter uma hospitalização do SUS entre o grupo mais rico é de apenas 0,2% em 1998 e permanece inalterado em 2008.

As diferenças nos quintis de renda também são capturadas pelas curvas de concentração, como pode ser visto na Figura 6. Claramente, a desigualdade que afeta desproporcionalmente os pobres aumenta de um ano para o outro.

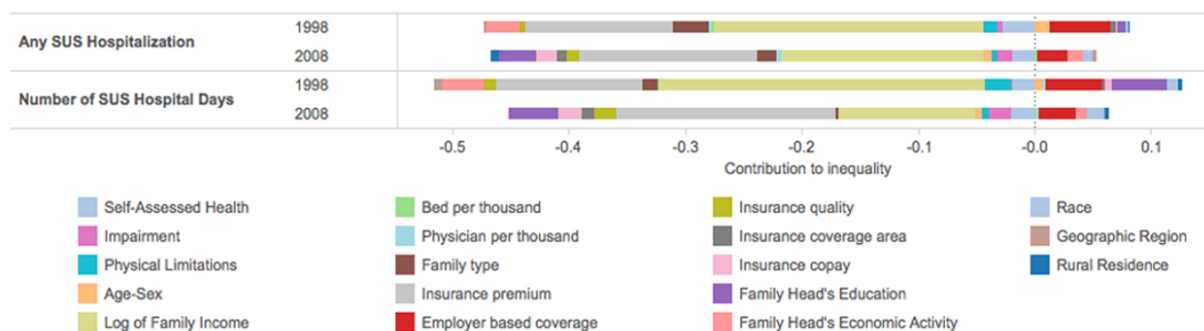
FIGURA 6 - CURVAS DE CONCENTRAÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO NO SUS, 1998 E 2008



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNAD 1998 e 2008.

A decomposição dos serviços hospitalares do SUS é mostrada na Figura 7. As contribuições mais importantes para a desproporcional utilização dos pobres desse serviço vêm de variáveis controle, a saber: renda, valor da mensalidade do plano, presença de fator moderador no plano, qualidade do plano e tipo de família. Cobertura por planos em tipo de contratação coletiva empresarial tem papel inverso diminuindo a probabilidade e frequência de utilização do SUS pelos pobres.

FIGURA 7 - DECOMPOSIÇÃO DA DESIGUALDADE DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DO SUS, 1998 E 2008



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNAD 1998 e 2008.

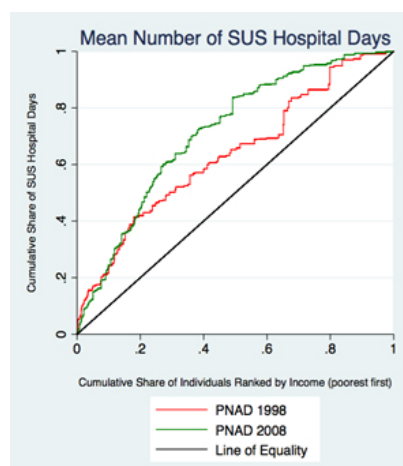
Os resultados observados no número de dias de internação do SUS são semelhantes aos descritos para a probabilidade de internações no SUS, ou seja, valores médios baixos, seguidos de um aumento entre 1998 e 2008, com acentuada desigualdade desproporcionalmente atingindo os pobres em ambos os anos. Em média, a população com plano de saúde apresenta 0,037 dia de internação hospitalar no SUS, segundo dados de 1998, aumentando para 0,056 dia de internação no SUS, quando a análise se baseia em dados de 2008. O índice de concentração diminuiu (ficando mais longe de zero

à medida que a desigualdade aumenta) de -0,2726 para -0,4317 durante o período. Tal qual ocorre com a probabilidade de internação no SUS, aqui a contribuição das variáveis de padronização por necessidade de saúde é muito menor do que a dos controles.

O comportamento das covariáveis na decomposição do índice de concentração para dias de internação no SUS é muito semelhante ao observado na decomposição da probabilidade de internação do SUS. Ao comparar essas duas variáveis dependentes, nenhuma diferença relevante é observada na magnitude do efeito dos contribuintes, bem como na direção da contribuição, incluindo aquelas variáveis que mudam de direção de um ano para o seguinte (nível educacional e ramo de atividade econômica do chefe da família).

As curvas de concentração do número médio de dias de internação no SUS se superpõem entre a origem dos eixos até o 1º quintil da distribuição de renda, separando-se a em seguida, exibindo maior desigualdade em 2008 (ver Figura 8).

FIGURA 8 - CURVAS DE CONCENTRAÇÃO DO NÚMERO DE DIAS DE INTERNAÇÃO NO SUS, 1998 E 2008



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNAD 1998 e 2008.

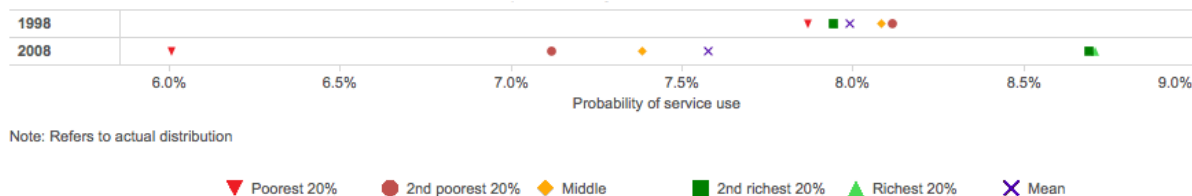
À primeira vista, os resultados dos serviços hospitalares financiados pelos planos de saúde se assemelham às características gerais vistas nas hospitalizações ocorridas no SUS. No entanto, os serviços as hospitalizações pagas pelos planos têm importantes diferenças que exigem uma descrição pormenorizada. Primeiro, não há correlação entre a renda e a probabilidade de ter pelo menos uma internação paga pelo plano em 1998. Os valores parecem estáveis entre os quintis de renda em torno de 8% e o índice de concentração é virtualmente zero e não significativo estatisticamente. Níveis de utilização padronizados por necessidade assumem uma clara distribuição favorável aos ricos e índice de iniquidade horizontal (0,0367) se afasta de zero positivamente com significância estatística a um nível de 5%.

Os padrões de distribuição mudam em 2008. Os três grupos de renda mais baixos têm sua probabilidade de ter uma hospitalização paga pelo plano reduzida (6%, 7,1% e 7,4%, respectivamente), enquanto os dois grupos superiores conquistam a mesma chance de alcançar um hospital pago pelo plano (8,7%, nível superior ao observado em 1998). Como resultado, o índice de concentração torna-se claramente favorável aos ricos e estatisticamente significativo à 1%, em 2008. A iniquidade torna-se ainda maior

(índice de iniquidade horizontal = 0,1002), uma vez que os contribuintes não ligados à padronização assumem maior relevância para a desigualdade encontrada.

A distribuição dos quintis dos dois anos de pesquisa podem ser apreciadas na Figura 9. Enquanto todos os pontos gravitam em torno de 8% na distribuição de 1998, eles se tornam bastante dispersos na linha de 2008. A média da população total, representada na figura pelo x roxo, cai abaixo de 8% impulsionada por quedas mais substanciais observadas nos três quintis de renda mais baixos em 2008. Por fim, os dois quintis superiores são superpostos a 8,7% de probabilidade de uso do serviço.

FIGURA 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS QUINTIS DE HOSPITALIZAÇÃO PAGA PELOS PLANOS DE SAÚDE, 1998 E 2008



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNAD 1998 e 2008.

Quando as internações são financiadas pelos planos de saúde, os indivíduos com cobertura privada permanecem no hospital em média 0,3236 dia, segundo a pesquisa de 1998. É difícil expressar algum padrão sistemático de variação entre os diferentes quintis de renda. O índice de concentração é muito baixo (0,0014) e não é estatisticamente diferente de zero. Em 2008, a distribuição assume uma correlação positiva com a renda. Em relação à 1998, enquanto os valores diminuem para os dois quintis de renda mais baixos, o oposto é observado para os dois quintis superiores. O índice de concentração assume um valor positivo maior (0,0936) e ganha significância estatística à 1%. A iniquidade torna-se ainda maior (índice de iniquidade = 0,1491) e os quintis padronizados por necessidade se afastam da média geral.

A Figura 10 ajuda a visualizar os padrões de distribuição do quintil descritos acima. Embora a linha de 1998 não revele nenhuma tendência de comportamento claro em relação à renda, a distribuição se torna bem mais dispersa da média na linha de 2008. Curiosamente, 4º quintil de renda tem médias mais altas do que o quintil mais rico. Isso é semelhante ao que se observa com o número de dias de internação do SUS, onde o segundo grupo mais rico também apresenta níveis de utilização mais elevados do que o grupo de renda superior.

FIGURA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS QUINTIS DO NÚMERO DE DIAS DE INTERNAÇÃO PAGA PELO PLANO, 1998 E 2008



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNAD 1998 e 2008.

6. DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Os achados deste estudo identificam importantes desigualdades relacionadas à renda na utilização de serviços de saúde entre os beneficiários de planos privados de saúde. A interpretação dessas desigualdades muda entre os anos de estudo e depende realmente do tipo de assistência à saúde (se serviços médicos ou serviços hospitalares), bem como da fonte de financiamento (SUS ou planos privados) atribuível ao serviço hospitalar prestado. Apesar de pequenas diferenças na análise de decomposição, os resultados não mostram diferenças marcantes quando alteramos a unidade de análise entre o contato inicial (probabilidade) e frequência de serviços utilizados.

Em todas as doze variáveis dependentes, fatores de necessidade contribuem para a desigualdade favoravelmente aos pobres, mostrando aderência ao que a literatura sugere que os pobres não apenas sofrem mais frequentemente com problemas de saúde do que os ricos, mas também apresentam problemas de saúde mais graves, resultando em piores condições de saúde. (van Doorslaer & Masseria, 2004; Whitehead, 1992).

Os principais fatores que contribuem para a desigualdade são o valor da mensalidade do plano e a renda familiar. O valor da mensalidade do plano correlaciona-se com o tamanho e o prestígio da rede de prestadores hospitalares. Conceitualmente, é um elemento do componente de organização do Modelo de Andersen e reforça a importância da dimensão do sistema de serviços de saúde na explicação de padrões de utilização de cuidados de saúde.

Os grupos de renda mais alta apresentam níveis de utilização de serviços médicos mais elevados, tanto em relação à probabilidade de ter uma consulta médica quanto ao número de consultas médicas. Os fatores de necessidade oferecem alguma contribuição para a desigualdade na continuidade do atendimento médico, expressa no número de visitas do médico, mas desempenham um papel insignificante na probabilidade de ter uma consulta médica. Quase toda a desigualdade encontrada é devido a variáveis controle, principalmente valor da mensalidade do plano e renda familiar. Não obstante esses resultados, a desigualdade geral relacionada à renda nos serviços médicos é tão baixa que realmente não levanta preocupações quanto à utilização médica desigual entre beneficiários de planos. **Pelo contrário, a cobertura por planos de saúde aumenta a utilização de consultas médicas entre os pobres a níveis semelhantes aqueles observados entre os ricos.**

Em média, a probabilidade de ter pelo menos uma consulta médica entre beneficiários é de 75% em 1998, aumentando para 83% em 2008. Além disso, o número médio anual de consultas médicas é de 3,4 em 1998 e 4 em 2008. Como esperado, esses números são superiores aos encontrados para o total da população brasileira: 58% (1998) e 69% (2008); 2,4 (1998) e 3 (2008) (Almeida et al., 2013), mas também são superiores aos níveis de consultas médicas encontradas nos EUA (68 por cento e 3,6), conforme calculado por van Doorslaer & Masseria (2004). Até certo ponto, esses altos níveis de utilização podem ser influenciados por risco moral e é difícil fazer algum julgamento normativo a este respeito sem nenhuma métrica de qualidade ou desfecho em saúde.

Em 1998, não havia desigualdade relacionada à renda nas hospitalizações pagas pelos planos. Dez anos depois, no entanto, o acesso às internações pagas pelos planos começou a diferenciar-se entre grupos de renda. O grupo de renda mais alta não apenas teve sua chance de internação aumentada (de 7,9% a 8,7%), mas também os grupos de renda mais baixa tiveram essas métricas reduzidas de modo estatisticamente relevante (7,9% para 6,0%). Aparentemente, os grupos de baixa renda estavam

satisfazendo sua necessidade negada de internação pelo plano através de internações no SUS, as quais apresentaram aumento substancial em 2008.

Se os grupos de renda mais alta têm, em média, melhores condições de saúde do que os pobres, por que os ricos fariam mais internações? Geralmente, a literatura sobre desigualdade de saúde aponta a necessidade em saúde como um dos fatores mais relevantes para a desigualdade na utilização de serviços hospitalares. Nesta pesquisa, no entanto, a magnitude da contribuição dos fatores de necessidade para a desigualdade é pequena em comparação com os demais fatores. Esses achados sugerem que os pobres estão usando menos serviços do que o medicamento necessário com internações financiadas pelos planos.

A combinação dessas mudanças na utilização de serviços hospitalares entre níveis de renda e fonte de financiamento sugere que, enquanto a cobertura privada se expande entre os pobres durante os anos de 1998 e 2008 (Figura 2), o plano privado não consegue oferecer acesso igual aos serviços hospitalares, em grande parte favorecendo os ricos.

A participação no programa de saúde da família mostra sua relevância propiciando mais utilização das internações do SUS entre os pobres. O programa de saúde da família é uma política do SUS que oferece atendimento primário por meio de equipes multiprofissionais de saúde. Esta cobertura do programa tem uma correlação com a renda também desproporcionalmente atingindo mais os mais pobres. É possível que o programa tenha um papel gatekeeper, ajudando sua população adstrita a navegar pelo sistema público, coordenando encaminhamentos para níveis mais complexos de atendimento e, eventualmente, facilitando as hospitalizações do SUS.

7. IMPLICAÇÕES DE POLÍTICAS

Os resultados deste estudo mostram uma contribuição relevante do plano privado para grupos de baixa renda na utilização de serviços médicos. Não há quase nenhuma diferença de renda no acesso a serviços médicos e, até mesmo os beneficiários mais pobres, têm níveis mais altos de utilização de serviços médicos do que a média geral da população (indivíduos com e sem planos de saúde).

O cenário dos serviços hospitalares é diferente. Esta pesquisa identificou graves desigualdades relacionadas à renda em hospitalizações pagas pelos planos, favorecendo os ricos. Entre a população beneficiária, o grupo de quintil mais rico tem 8,7% de chance de ter internação paga pelo plano em 2008. A média do Brasil é de 7,9% no mesmo ano. Na parte inferior da distribuição de renda, os beneficiários de planos acabam tendo que complementar sua busca por serviços hospitalares no SUS. Esses achados tornam lícito afirmar que as operadoras de planos são resseguradas pelo sistema público, que no final assume uma quantidade considerável de hospitalizações para os beneficiários pobres.

Ainda que o direito de utilização do SUS seja universal, as operadoras de planos devem ser responsabilizadas por não prestar assistência aos seus beneficiários e forçar os a utilizarem o SUS. De acordo com esta pesquisa, o valor da mensalidade está entre os fatores que mais contribuem para a desigualdade na utilização de serviços hospitalares. Este valor reflete diretamente o tamanho e o prestígio da rede de prestadores hospitalares. Este estudo mostra que planos com valores baixos de mensalidade ou bem não possuem tamanho de rede suficiente para garantir uma cobertura adequada

aos beneficiários ou bem estão sujeitos a mecanismos outros de regulação gerencial por parte das operadoras que constrange o uso entre os beneficiários mais pobres, pressionando-os a buscar assistência hospitalar no SUS.

As isenções fiscais praticadas no Brasil para a compra de plano de saúde pelo lado da demanda são regressivas e drenam recursos públicos e provocam mais iniquidade. Idealmente, no contexto do projeto da reforma sanitária brasileira que almeja a constituição de um serviço nacional de saúde universal, elas deveriam ser revogadas por completo. No entanto, elas podem ser estrategicamente utilizadas como um instrumento regulatório para direcionar a oferta de serviços no mercado de planos de saúde. Por exemplo, estas isenções fiscais poderiam ser seletivamente oferecidas às empresas contratantes que oferecem apenas cobertura ambulatorial a seus funcionários, possibilitando acesso a consultas médicas. Os dados desta pesquisa deixam claro que os pobres se beneficiam da cobertura ambulatorial privada, obtendo maiores níveis de atendimento médico, mas não obtém ganhos comparáveis com a cobertura hospitalar e acabam precisando recorrer ao SUS para complementar o acesso negado dos hospitais financiados pelos planos. Os pobres ganhariam em utilidade com coberturas privadas exclusivamente ambulatoriais, pagando correspondentemente valores de mensalidade mais baixos e obtendo mais cuidados médicos.

8. CONCLUSÃO

Esta pesquisa revela um quadro complexo de desigualdade relacionada à renda na utilização de serviços de saúde entre beneficiários de planos privados no Brasil. Observa-se uma desigualdade muito baixa nos serviços médicos e até mesmo os beneficiários mais pobres aumentaram a utilização dos serviços quando comparados aos níveis nacionais. Os serviços hospitalares apresentam uma desigualdade notavelmente alta e os pobres enfrentam restrições no acesso aos serviços hospitalares financiados pelos planos. A Agência Nacional de Saúde Suplementar precisa monitorar os níveis de utilização em diferentes perfis de renda, ou, possivelmente, utilizar o valor da mensalidade como uma aproximação e desenvolver políticas para aumentar a responsabilização das operadoras, particularmente impedindo-as de forçar seus beneficiários a usar os hospitais do SUS. Além disso, os consumidores podem se beneficiar de uma maior disponibilidade de produtos somente de atendimento ambulatorial, ganhando em opção de escolha em melhor acordo com sua capacidade de pagamento e necessidade de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, G. Measuring and Explaining Income-Related Inequalities and Inequities in Healthcare Utilization: Evidence from Brazil. The George Washington University, Washington, 2009.

ALMEIDA, G. et al. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998 - 2008. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(2), p. 90–97, 2013. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/S1020-49892013000200003>>

ANDERSEN, R.; & NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51(1), p. 95–124, 1973.

Andersen, R. M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10, 1995. <http://doi.org/10.2307/2137284>

DMYTRACZENLO, T.; ALMEIDA, G.; & WORLD BANK GROUP (Eds.). *Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean: evidence from selected countries*. Washington: The World Bank Group, 2015.

KAKWANI, N. *Income inequality and poverty: methods of estimation and policy applications*. New York: Published for the World Bank [by] Oxford University Press, 1980.

KAKWANI, N., WAGSTAFF, A., & VAN DOORSLAER, E. (1997). Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference. *Journal of Econometrics*, 77(1), 87–103. [http://doi.org/10.1016/S0304-4076\(96\)01807-6](http://doi.org/10.1016/S0304-4076(96)01807-6)

O'DONNELL, O. et al. *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: a guide to techniques and their implementation* (1st ed.). World Bank Publications, 2008.

VAN DOORSLAER, E.; & MASSERIA, C. *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries* (OECD Health Working Papers No. 14). Paris: OECD, 2004. Disponível em: <<http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdstudyonmeasuringequityofaccesstohealthcare.htm>>. Acesso em: 15 mai. 2016.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 22(3), p. 429–445, 1992.

CAPÍTULO 6

IMPACTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DESENVOLVIDA POR UMA COOPERATIVA DE SAÚDE PRIVADA EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE MINAS GERAIS/BRASIL¹¹

CLEBIO DEAN MARTINS

Doutorando em Humanidades e Artes, com Menção em Ciências da Educação; Mestre em Saúde e Educação; Especialista e Graduado em Enfermagem; Enfermeiro da Unimed Sete Lagoas e Hospital Irmandade Nossa Senhora das Graças; Professor da Faculdade Ciências da Vida e Anglo/Cefap.

CAROLINA BARALDI ARAÚJO RESTINI

Pós-doutorado em Farmacologia/Fisiologia; Doutora e Mestre em Farmacologia; Graduada em Farmácia e Bioquímica. Docente da UNAERP em Ribeirão Preto/SP.

RODRIGO DE OLIVEIRA PLOTZE

Doutor e Mestre em Ciências da Computação e Matemática Computacional; Graduado em Ciências da Computação. Docente da UNAERP em Ribeirão Preto/SP.

¹¹ Este capítulo sintetiza a Monografia intitulada "IMPACTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DESENVOLVIDA POR UMA COOPERATIVA DE SAÚDE PRIVADA EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE MINAS GERAIS/BRASIL", produzida no âmbito do Edital ENAP nº 25/2018 (1º PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR TEMA: REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR). As opiniões aqui expressas são de responsabilidade dos autores e não refletem, necessariamente, a visão da ANS sobre o assunto.

1. INTRODUÇÃO

No final do século XIX e início do século XX, as doenças infecciosas e parasitárias representavam uma ameaça à economia mundial e à sobrevivência da espécie humana. O “Relatório Flexner”, publicado pela fundação Carnegie em 1910, propôs soluções de mudanças da medicina para uma que possua um modelo científico (PAGLIOSA, 2008). Dessa forma, é inegável salientar que o conhecimento científico aliado à prática médica sanitária permitiu o controle das epidemias e a melhoria das condições de vida da população. No entanto, observam-se os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional no país, que resultam em mudanças do perfil de morbidade e de mortalidade de uma população, com diminuição progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Nesta conjuntura surgiu o modelo de Atenção Primária, com abordagens de promoção da saúde e prevenção de doenças. Neste contexto, as equipes de saúde deparam-se com um paradigma: a busca pela saúde. Diante desta necessidade, o Brasil elaborou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que tem como objetivo o cuidado integral, na promoção do desenvolvimento e implementação de políticas públicas efetivas, visando a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, bem como fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2011).

Porém, a proposta que as equipes de saúde seguem é, segundo Giovanela et al. (2008), aceitar o desafio de investigar a melhor combinação de tecnologias e abordagens para a solução de problemas, com propósito de atender integralmente as necessidades individuais e coletivas nos distintos territórios do país. De acordo o autor, percebe-se que os profissionais devem buscar condições e práticas educativas para responder às necessidades de saúde da população. Por outro lado, muitas das vezes o indivíduo é influenciado pela mídia, o que interfere negativamente na estruturação equilibrada para manter um estilo de vida saudável. Assim, torna-se importante a busca por saúde e a elaboração de alternativas para que indivíduos e coletividades possam aceitar desafios de mudanças do estilo de vida. A sistematização de ferramentas necessárias para esta nova abordagem representa uma abordagem factível para o desenvolvimento deste novo modelo de atenção à saúde.

Com o propósito de responder a tais questões, a Unimed do município do interior de Minas Gerais/ Brasil criou em março de 2008, o Departamento de Medicina Preventiva, composto por equipe multiprofissional (Enfermeiros, Técnico de enfermagem, Médico, Nutricionista e Educador Físico), que emprega o atendimento individual personalizado aos clientes empresariais, além de oferecer por meio de ferramentas lúdicas e interativas: musicoterapia, massagem, relaxamento, laboratório de nutrição, ginástica e grupos operativos.

Tais ações interprofissionais visam compreender o processo saúde-doença em suas distintas dimensões, e permitem identificar a prevalência de DCNT e os fatores de risco modificáveis e não modificáveis, na busca por estilo de vida saudável com conseqüente melhoria na qualidade de vida. Embora a transição demográfica seja inevitável, a busca por promoção da saúde e estilo de vida saudável na vida adulta produtiva torna o envelhecimento saudável e diminui os riscos de DCNT (MARTINS, 2013).

O ambiente de trabalho é um espaço privilegiado para as ações de educação em saúde, pois é o espaço organizacional que o indivíduo passa grande parte do seu dia e onde deve receber orientações

voltadas para a promoção e proteção à saúde, portanto é fundamental a elaboração e implantação de programas voltados ao trabalhador, nos modelos de promoção da saúde a fim de identificar precocemente o dano e ou controlar a exposição do indivíduo ao agente causal em um dado ambiente, no sentido de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde (CAVALCANTE et al., 2008).

O perfil de morbimortalidade da população Brasileira associado à transição demográfica, epidemiológica e nutricional, além do elevado aumento dos custos na assistência à saúde e o modelo assistencial vigente têm favorecido uma nova forma de organização no atendimento prestado por parte das operadoras de planos de saúde aos usuários. Neste sentido, capacitar os colaboradores empresariais para atuarem na melhoria do estilo de vida, para promoção da saúde e o seu próprio bem-estar é um desafio em todos os níveis de atenção à saúde.

O estímulo sistematizado, por meio de programas de Medicina Preventiva, vinculado a seguradoras de saúde tem potencial para promover a autonomia, exercitar comportamentos saudáveis e pode alavancar estratégias duradouras tanto do ponto de vista da atuação da equipe multidisciplinar, quanto das ferramentas a serem utilizadas no processo de construção da busca e manutenção da qualidade de vida dos clientes empresariais. Ações multidisciplinares, desempenhadas por equipe de Medicina Preventiva de operadoras de saúde, apresentam potencial para instituir mudanças no estilo de vida de seus clientes com vistas ao alcance de bem-estar e melhor qualidade de vida.

O trabalho tem como objetivo geral identificar o programa de Medicina Preventiva da Unimed no interior de Minas Gerais/Brasil como estratégia estimuladora de mudanças no estilo de vida de colaboradores empresariais, sob a ótica da autonomia. O trabalho também tem como objetivo específico apresentar a metodologia educativa e a sua ação na autonomia e consciência crítica dos colaboradores, utilizada no programa de Medicina Preventiva; Descrever as ações e ferramentas utilizadas por parte dos colaboradores de empresas em da cooperativa que favorecem mudanças desejáveis no estilo de vida frente aos estímulos da equipe multiprofissional; Identificar a importância da equipe multiprofissional como elemento indutor do estilo de vida saudável e aderência ao acompanhamento dos colaboradores avaliados.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização do estudo foi utilizada a abordagem quantitativa. Trata-se de estudo observacional de caráter retrospectivo. Filho (2010) caracteriza a pesquisa quantitativa como um método de pesquisa social que utiliza técnicas e análises estatísticas, gerando medidas para análise precisas e confiáveis. Outra concepção da pesquisa quantitativa é descrita por Prodanov e Freitas (2013), como tudo que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las.

De acordo com Bonita; Beaglehole; Kjellstrom (2010), o estudo observacional permite que a natureza determine o seu curso: o investigador mede, mas não intervém. De modo geral, estudo de coorte, inicia-se com um grupo de pessoas livres das doenças e/ou com características comuns que permitem reuni-las em grupos ou subgrupos, de acordo com a exposição a uma causa potencial da doença ou desfecho sob investigação (BONITA; BEAGLEHOLE; DJELLSTROM, 2010).

O grupo pesquisado será de clientes empresariais assistidos pela cooperativa de planos de saúde privada aos clientes empresariais em um Município do Estado de Minas Gerais/Brasil. A Unimed do município do Estado de Minas Gerais/Brasil é uma operadora privada de planos de saúde que atualmente conta com aproximadamente 32.061 clientes, dos quais, 24.211 são clientes de empresas (plano cooperativo pessoa jurídica).

Desde janeiro de 2007, conta com o programa de Promoção da Saúde que atende aos usuários portadores de diabetes, hipertensão arterial, doença renal crônica, cardiopatia, obesidade e grupo da terceira idade. Esse programa é desenvolvido em local específico denominado Viver Bem. Diante da necessidade de atender às empresas contratantes nos moldes da promoção da saúde e prevenção de riscos de DCNT, a Unimed do Município de Minas Gerais/Brasil iniciou monitoramento sistematizado de colaboradores com a equipe de Medicina Preventiva em algumas empresas. A partir de março de 2008 a equipe de Medicina Preventiva da cooperativa foi formada para promover a qualidade de vida e o bem-estar dos clientes das empresas estimulando mudanças no estilo de vida. Dentre as atividades da equipe, ocorrem o gerenciamento dos fatores de risco que impeçam a promoção e manutenção da saúde da carteira de usuários, principalmente os fatores desencadeantes das DCNT's.

Desde a sua fundação, 36 empresas aderiram ao programa, totalizando 8.144 clientes avaliados pela equipe de Medicina Preventiva até 30 de outubro de 2015, sendo que destes, 891 mantêm-se em acompanhamento até a data citada anteriormente. O interesse em realizar a presente pesquisa emergiu da necessidade de verificar efetividade da atuação da equipe multiprofissional no gerenciamento dos riscos de DCNT aliada às novas ferramentas de educação em saúde praticadas no Programa de Medicina Preventiva da referida cooperativa tem relevância no processo de construção da autonomia dos indivíduos.

Desta forma, o tema proposto representa uma reflexão em relação à abordagem da equipe multidisciplinar nos programas de prevenção de doenças e promoção da saúde. Este estudo teve como população alvo os colaboradores empresariais atendidos pela equipe de Medicina Preventiva, no período de 03 de março de 2008 a 30 de outubro de 2015, beneficiários com contrato pessoa jurídica. O processo de seleção dos participantes foi realizado entre os meses de fevereiro a outubro de 2015. Os colaboradores das empresas foram convidados a participarem de uma pesquisa piloto com o preenchimento do Formulário "Pratique Saúde" na própria empresa para posterior classificação de risco. Foram inclusos os colaboradores de empresas, usuários do plano Unimed que:

- Preencheram o Formulário Pratique Saúde, entre março de 2008 a outubro de 2015;
- Foram classificados em grau de risco pela equipe da Medicina Preventiva pelo seguinte Score:

Baixo Risco: PA (Pressão Arterial) normal <130/85; Peso: IMC (Índice de Massa Corporal) entre ≤ 24,9; HF (História Familiar) de DCNT em parente de primeiro grau - pais ou irmãos: sim ou não; Tabagismo: não; Sedentarismo: sim ou não; Coronariopatia prematura: parentes de primeiro grau (sexo masculino ≤ 50 anos e feminino ≤ 60 anos): não.

Médio Risco: PA: normal ou HAS leve a moderada (independente de estarem em tratamento farmacológico); Peso: IMC entre 25 a 29,9; HF de DCNT em parente de primeiro grau: pais ou irmãos: sim ou não; Tabagismo: sim ou não; Sedentarismo: sim ou não; Coronariopatia prematura: parentes de primeiro grau (sexo masculino ≤ 50 anos e feminino ≤ 60 anos): não; Score de Framingham: Médio.

Alto Risco: PA: normal ou HAS grave (independente de estarem em tratamento Farmacológico); Peso: IMC \geq 30; HF de DCNT em parente de primeiro grau: pais ou irmãos: sim ou não; Tabagismo: sim ou não; Sedentarismo: sim ou não; Coronariopatia prematura: parentes de primeiro grau (sexo masculino \leq 50 anos e feminino \leq 60 anos): sim; Score de Framingham: alto; DM (Diabetes Mellitus): Sim.

Obs. Este Score foi elaborado pela equipe de Medicina Preventiva da Unimed Sete Lagoas/MG.

- Sendo analisados os colaboradores classificados em médio e alto risco, cujo acompanhamento é feito pelos profissionais da Medicina Preventiva:
- Acompanhados pela equipe multiprofissional da Medicina Preventiva com o preenchimento do Prontuário Pratique Saúde;
- Sendo que, compareceram em \geq 03 atendimentos pela equipe multiprofissional e, destes, 01 atendimento foi realizado entre fevereiro a outubro de 2015, sendo considerado ativo.

Todos os participantes que se incluem nos critérios acima concordaram em participar do estudo por meio de assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ciência dos objetivos propostos na pesquisa. Os critérios de exclusão compreendem os clientes das empresas assistidos pela Medicina Preventiva que:

- Não aderiram ao plano da Unimed; Compareceram em $<$ 03 atendimentos pela equipe multiprofissional; Inativos, ou seja, não compareceram ao atendimento por um período maior que 09 meses, antes de outubro de 2015.

A abordagem aos clientes ocorreu durante a avaliação por parte da equipe multidisciplinar da Medicina Preventiva nas respectivas empresas participantes, entre fevereiro a outubro de 2015. Foram informados, em linguagem clara e acessível, os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário da mesma e as questões éticas envolvidas. Os clientes que aceitaram participar da pesquisa foram esclarecidos quanto ao sigilo da mesma, mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O Formulário “Pratique Saúde” e Prontuário “Pratique Saúde” foram utilizados como instrumento de coleta dos dados, fechado e testado, mas não validado e já utilizado no Departamento de Medicina Preventiva. O formulário e prontuário são compostos por questões relacionadas ao perfil sociodemográfico, hábitos de vida, história familiar, dados antropométricos, servindo como variáveis para o presente estudo.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e aprovado. Os pesquisadores fizeram contato com a Unimed no Departamento de Medicina Preventiva para acesso e aquisição dos dados necessários para a pesquisa. O procedimento de coleta de dados ocorreu após a obtenção de dados do prontuário dos clientes que estavam em acompanhamento nas respectivas empresas, entre fevereiro a outubro de 2015. Foram analisadas as variáveis perfil sociodemográfico, hábitos de vida, história familiar e dados antropométricos, antes e após acompanhamento e intervenção por parte da equipe da Medicina Preventiva.

O levantamento de dados foi realizado entre novembro de 2015 a março de 2016. Foi elaborado um banco de dados com informações quantitativas e qualitativas dos formulários, tais como: empresa, nome, idade, grau de risco inicial, grau de risco final, gênero, pressão arterial inicial, melhora da pressão arterial com mudança no estilo de vida, melhora da pressão arterial com medicamento, tabagismo inicial, abandono do tabagismo, $IMC \geq 25$, redução do peso, sedentarismo, prática de atividade física, quantas vezes iniciaram atividade física por semana, pontos positivos e pontos negativos.

A autorização da gestora do Departamento de Medicina Preventiva da Unimed para busca de dados do Formulário Pratique Saúde foi obtida em: 12 de maio de 2015. O projeto foi registrado na Plataforma Brasil, submetido ao Comitê de Ética e aprovado. A abordagem dos sujeitos está pautada nas normas contidas na Resolução nº466/12 “Sobre pesquisa envolvendo seres humanos”. Foi garantido às participantes informações em linguagem clara e acessível, sobre os objetivos e procedimentos adotados no projeto, bem como o sigilo e a possibilidade de desistir da pesquisa em qualquer momento.

Para formalizar a aceitação voluntária em participar da pesquisa foi pedido que o participante assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com base nas informações coletadas do formulário Pratique Saúde, foi desenvolvido um banco de dados no software Excel da empresa Microsoft Corporation, no qual a análise foi realizada por meio de estatística, com apresentação dos resultados em gráficos e tabelas. Os critérios para suspender ou encerrar as pesquisas foram de ordem operacional ou devido a recusas em participar do estudo.

Ressalta-se que o pesquisador responsável possui autonomia e conhecimento técnico para suspender a pesquisa imediatamente, caso percebesse algum risco ou danos à saúde dos participantes da pesquisa. Qualquer fato ocorrido neste sentido poderia ser comunicado imediatamente ao Comitê de Ética em Pesquisa e suas superioridades.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram levantados 401 formulários de colaboradores empresariais que tiveram sido avaliados e acompanhados pela equipe de Medicina Preventiva da Unimed do Interior do Minas Gerais/Brasil no período de fevereiro a outubro de 2015. As variáveis antes e após a intervenção educativa em saúde, permitiram as análises de frequências relativas que serão apresentadas sob forma quantitativa.

3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS COLABORADORES EMPRESARIAIS

Neste estudo, foram incluídos colaboradores empresariais de ambos os sexos, sendo 208 do sexo feminino (51,87%) e 193 indivíduos do sexo masculino (48,13%). Identificamos predomínio de colaboradores do sexo feminino. Ao comparar o senso demográfico de 2010 do Brasil, publicado em pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), verifica-se distribuição populacional de 97.348.809 (51%) do sexo feminino e 93.406.990 (49%) do sexo masculino, totalizando 190.755.799 habitantes brasileiros. Os indicadores de distribuição da população brasileira apontam maior prevalência do sexo feminino na população brasileira. Assim, consequentemente esta representatividade de mulheres é percebida na sociedade contemporânea, pois estão presentes no

mundo corporativo, seja pelo desejo de realização pessoal, aspecto econômico, bem como por meio do exercício de uma profissão (MARTINS; RODRIGUES, 2013).

A faixa etária dos colaboradores inclusos foi 18 - 72 anos, sendo que foram agrupados em oito faixas etárias: faixa 1 – 15 a 19 anos; faixa 2 entre 20 e 24 anos; faixa 3 entre 25 e 29 anos; faixa 4 entre 30 e 34 anos; faixa 5 entre 35 e 39 anos; faixa 6 entre 40 e 44 anos; faixa 7 entre 45 e 49; faixa 8 entre 50 e 54 anos; faixa 9 entre 55 e 59 anos; faixa 10 entre 60 e 64 anos; faixa 11 entre 65 e 69 anos; faixa 12 entre 70 e 74 anos; faixa 13 entre 75 e 79 anos. Para o IBGE (2017) a população economicamente ativa (PEA) é composta por pessoas de 10 a 65 anos de idade. Dados da presente pesquisa demonstram que a faixa etária com maior proporção compreende aqueles com idade entre 35 - 39 anos, ou seja, faixa 5 (64 colaboradores). A faixa etária com maior predominância de colaboradores é representada por 34 (16,3%) mulheres e 30 (15,5%) homens. Os resultados mostram que a idade ativa com maior proporção, corresponde dos 25 aos 49 anos, totalizando 302 (75,3%) colaboradores, dentre quais 155 (38,6%) são do sexo feminino e 147 (36,5%) masculino.

3.2. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS COLABORADORES EMPRESARIAIS ACOMPANHADOS PELA EQUIPE DE MEDICINA PREVENTIVA ANTES DA INTERVENÇÃO

A adoção da avaliação/estratificação de risco é ferramenta estratégica para garantir acesso aos serviços de saúde, pois permite identificar as diferentes gradações de risco em procedimento adequado aos devidos atendimentos e acompanhamento (BRASIL, 2013). Para o presente estudo, foi empregado o Score de classificação de risco, uma ferramenta interna comumente utilizada na medicina preventiva como instrumento, descrita anteriormente no “tópico 2”. Tal ferramenta é importante na adaptação do novo modelo de gerenciamento de riscos e doenças, pois estabelece parâmetros para que os colaboradores sejam avaliados pela equipe multidisciplinar de forma justa no grau de risco ao qual pertencem. São colaboradores em risco os portadores de uma ou mais morbidades para DCNT, tais como: níveis pressóricos elevados, sobrepeso ou obesidade, tabagismo e sedentarismo.

Do total de prontuários analisados, 213 (53,12%) colaboradores foram classificados em médio risco e 188 (46,88%) em alto risco, sendo que nenhum foi classificado em baixo risco. No entanto, não basta olhar o risco em termos biológicos. É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas e que o acolhimento representa grande oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado (BRASIL, 2013).

Consideramos como medidas de estratificação o Escore de risco de Framingham, o qual identifica os fatores comuns ou características que contribuem para Doença Cardiovascular no período de 10 anos. Embora não tenha sido utilizado no departamento de Medicina Preventiva da Unimed, serviu como instrumento para elaboração desta pesquisa (INSTITUTE AND BOSTON UNIVERSITY, 2017).

3.3. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

O aumento da pressão arterial causou 9,4 milhões de mortes e 7% da carga de doenças no mundo em 2010 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014). Um estudo conduzido no Brasil em 2008, estimou que 24% das mulheres e 17,3% dos homens com idade ≥ 20 anos relataram diagnóstico prévio de hipertensão arterial (SCHMIDT et al., 2011). Além de importante causador por elevados números de óbitos, a HAS é um dos fatores para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares (ANDRADE et al., 2013). Os valores que definem HAS, são 140-159 Pressão Arterial Sistólica (mmHg) e 90-99 Pressão Arterial Diastólica (mmHg), no qual podem ser observados na VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

Com base na classificação de risco para hipertensão, nossos dados apontam, que 107 (26,8%) dos colaboradores apresentaram altos níveis pressóricos. Embora seja um estudo de abrangência municipal, há que se considerar que os valores encontrados se aproximam da prevalência nacional, onde a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais referem diagnóstico de hipertensão arterial foi de 21,4% em 2013, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas. Em um estudo por região, o diagnóstico médico de HAS em 2013 era menor nas Regiões Norte (14,5%) e Nordeste (19,4%). A Região Sudeste foi a que possuía a maior proporção de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico de hipertensão dentre as Grandes Regiões (23,3%). As Regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram proporções estatisticamente iguais à média para Brasil (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

No presente estudo, a HAS é mais comum entre os indivíduos do sexo masculino, sendo descobertos 69 (64,5%) homens. Percebe-se que os homens, passam grande parte do tempo no trabalho, com dificuldade às vezes, de acesso ao serviço de saúde, ainda mais que, persiste uma visão voltada para o aspecto curativo. Sendo assim, medidas de promoção da saúde, que permitem uma conscientização deste público tornam-se fundamental, pois o ambiente de trabalho é propício para ações em saúde, considerando este cenário vivenciado pelos indivíduos do sexo masculino.

A prevalência de colaboradores com HAS do sexo masculino identificada neste estudo foi superior à encontrada em estudo semelhante realizado por Radovanovic (2014), junto a indivíduos adultos, residentes em Paiçandu, PR, Brasil. O autor avaliou 408 adultos, sendo predominante sexo feminino (68,63%) e, a prevalência de HAS foi de 23,03%, sendo maior entre as mulheres (24,64%) do que entre os homens (19,53%). Nos resultados descritos no estudo de Muraro et al (2012), o diagnóstico de HAS se torna mais comum com o aumento da idade e alcança as maiores prevalências entre os 18 e os 24 anos de idade em Teresina (10,6), Porto Alegre (10,6%) e Manaus (10,1%).

Muitos fatores modificáveis contribuem para a prevalência da HAS, tais como: consumo de excesso de sal e gordura, baixo consumo de frutas e verduras, uso nocivo do álcool, sedentarismo, estresse e acesso inadequado dos serviços de saúde, ou seja, pela resistência em comparecer ao serviço nos moldes preventivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Muito embora estas condições que levem ao aparecimento da HAS sejam amplamente difundidas, é importante ressaltar que os profissionais de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação dialógica pautada na escuta humanizada, no respeito e valorização das experiências, sendo a educação em saúde um importante instrumento facilitador para a capacitação dos indivíduos, pois contribui para mudanças de hábitos nos moldes da promoção da saúde (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2008).

Neste sentido, a equipe de Medicina Preventiva visa capacitar os colaboradores empresariais por meio de orientações e estímulos para práticas saudáveis e consequentes melhorias no estilo de vida. No que concerne ao controle dos níveis pressóricos pela mudança no estilo de vida, em particular, os que foram identificados inicialmente com pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg, 13 (15,9%) alcançaram os objetivos propostos após intervenção da equipe de Medicina Preventiva. Os mesmos foram convidados para um acompanhamento com equipe multidisciplinar (enfermagem; nutricionista e educadora física) e, neste controle, foi estabelecido um plano de cuidado com metas, relacionadas a atividade física, controle do stress e melhorias nos hábitos alimentares, além de, participação em grupo com outros colaboradores hipertensos, na troca de vivências e sobretudo, com estímulos e motivações. Oliveira et al. (2013) realizaram uma abordagem educativa em uma população composta por 261 hipertensos cadastrados nas unidades de saúde da família da área urbana do município de Januária, estado de Minas Gerais, região sudeste do Brasil, que possuíam idade superior a 18 anos. Os autores observaram melhora nos níveis pressóricos de ambas as pressões, tanto sistólicas quanto diastólicas. Millar et al. (2014), relataram que modificações no estilo de vida (cessação do tabagismo, perda de peso, treinamento físico, alimentação saudável e melhoria nos hábitos alimentares) como objetivo do tratamento não farmacológico para redução da PA talvez não seja suficiente, e a terapêutica medicamentosa se faça necessária (MILLAR, et al., 2014).

Neste cenário, alguns colaboradores fizeram o uso de medicamentos anti-hipertensivos de diversas classes: Agente alfa-agonistas; Diuréticos; Alfabloqueadores; Betabloqueadores; Vasodilatadores diretos; Bloqueadores dos canais de cálcio; Inibidores da enzima conversora da angiotensina; Bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II; Inibidores direto da renina e atingiram o controle dos níveis pressóricos. É possível discernir a importância do controle dos níveis pressóricos através do uso correto de medicamentos, dado que 35,5% dos colaboradores atingiram as metas.

Jesus et al. (2016) realizou um estudo transversal que incluiu 109 pacientes recrutados do posto de atendimento médico (PAM) José Paranhos Fontenelle, da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Manguinhos e do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) e, concluiu que o atendimento multidisciplinar pode ter influenciado fortemente a redução da taxa de controle da PA desses pacientes, visto que durante este ensaio clínico os pacientes além de receberem medicamentos foram também orientados sobre a doença e sobre hábitos de vida saudáveis.

Junior (2010), também refere a relação médico/paciente e participação de vários profissionais de saúde na utilização de uma abordagem multidisciplinar como base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. Assim, pode se perceber, que a equipe de Medicina Preventiva, após o preenchimento do Formulário Pratique Saúde, identificou os fatores de risco modificáveis e, sensibilizou os participantes a partir de ações individualizadas, no estímulo de prática de hábitos saudáveis.

3.4. SOBREPESO E OBESIDADE

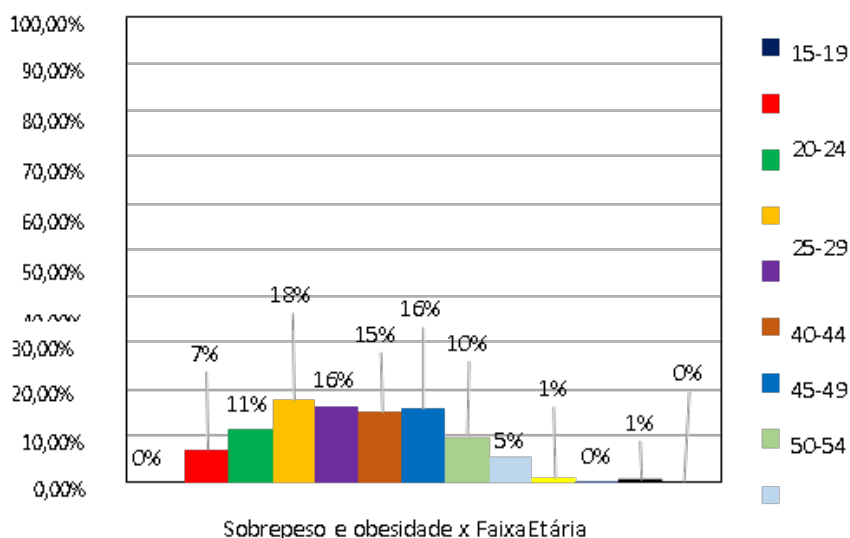
Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2017), a obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. Aproximadamente 18 milhões de brasileiros são atualmente classificados obesos. Somado ao total de indivíduos acima do peso, o montante chega a 70 milhões, o dobro de há três décadas. A Diretriz Brasileira de Obesidade (2016) salienta que o índice de massa corpórea (IMC) (razão entre o peso em Kg e o quadrado da altura em metros Kg/m^2) é o cálculo mais utilizado para avaliação da adiposidade corporal. O IMC maior ou igual a 25 kg/m^2 (incluindo a

obesidade) é classificado como excesso de peso, IMC entre 25 a 29,9 Kg/m² como sobrepeso e IMC maior ou igual a 30 kg/m² é classificado como obesidade. A maior parcela dos colaboradores avaliados (76,1%) se classifica com sobrepeso ou obesidade. Nossos resultados são compatíveis aos dados da Associação Brasileira para o Estudo de Obesidade e Síndrome Metabólica (2017) que apontou 50% da população acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade, principalmente nas regiões Sul (56,08%) e Sudeste (50,45%). Esta afirmação reuniu percentual de respostas afirmativas com pequena diferença entre os gêneros, sendo que, 03 (01%) colaboradores do sexo masculino sustentam este desnível. Conforme observado, os homens no presente estudo não apresentam uma predisposição maior não somente ao sobrepeso e obesidade 154 (50,5%), mas também como já retratado anteriormente, à HAS, 69 (64,5%) e tabagismo, 28 (68,3%). Portanto, buscar modificações no estilo de vida se faz necessário, diminuindo os efeitos maléficos destes fatores de risco, para um envelhecimento saudável.

Costa; Vasconcelos e Fonseca (2014) realizaram um estudo transversal para investigar a prevalência de obesidade em funcionários de uma universidade no estado do Rio de Janeiro. Foram entrevistados 299 funcionários (197 homens e 102 mulheres). Houve prevalência do excesso de peso foi de 63,5% (homens 65,0% e mulheres 65,8%). Então, percebe-se que tais resultados, revelam um dos problemas mais sérios e preocupantes, o excesso de peso evidenciado muitas das vezes, pelo estilo de vida inadequado. Portanto, gerenciar programas de promoção da saúde, com intervenção nutricional e, principalmente buscar práticas e estratégias de educação em saúde se faz necessário.

Quando se analisam os dois resultados, do atual estudo e os descritos pelos autores supracitados, importante notar relação positiva entre o universo feminino e masculino, embora o público de homens acompanhados pela Medicina Preventiva destaca-se percentual maior comparado às mulheres. Conforme mencionado anteriormente, foram acompanhados 208 colaboradores do sexo feminino (51,87%) e 193 indivíduos do sexo masculino (48,13%). Sobre a idade dos colaboradores, houve uma correlação faixa etária/independente do gênero dos inquiridos e, a faixa dos 30-34 anos (18%) assumiu maior valor no grupo estudado, como pode ser percebido no Gráfico 1.

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO RELATIVA DAS IDADES DOS COLABORADORES PORTADORES DE SOBREPESO E OBESIDADE, AGRUPADOS A PARTIR DOS GRUPOS DE REFERÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS).



Fonte: (PRÓPRIO AUTOR, 2017).

Resultados semelhantes a estes já haviam sido apontados pela Vigitel (2014) quando mostra que população acima de 35 anos têm índices mais elevados quando comparados com jovens.

Uma análise mais global dos resultados possibilita inferir que o percentual de indivíduos com excesso de peso se aproximam bastante de outros estudos, como o realizado por Pinho et al. (2013) em adultos do Estado de Pernambuco, Brasil. O estudo teve como objetivo avaliar 1.580 indivíduos na faixa etária de 25- 59 anos. Foi evidenciado maior prevalência de obesidade em homens a partir de 40 anos e nas mulheres foi verificada maior prevalência a partir de 30 anos. Necessário retratar que o sedentarismo e a excesso de peso estão fortemente associados com o risco de desenvolver DCNT's integrando-se nos fatores de risco mais consideráveis (CARLUCCI et al., 2013).

Por este ângulo, cabe retomar a apuração dos colaboradores sedentários, independente do gênero, agrupados a partir dos grupos de referência da Organização Mundial de Saúde, assistidos pela Medicina Preventiva e, percebe-se que na faixa etária dos 30-49 anos, houve uma relevância (62%) colacionado com a mesma faixa etária dos colaboradores com excesso de peso, isto é, faixa etária dos 30-49 anos (65%). Na observação dos indicadores supracitados, o sedentarismo pode influenciar diretamente não só nos comportamentos de risco para excesso de peso, mas também tende a contribuir para uma piora progressiva da condição de saúde.

A proposta da equipe multidisciplinar da Medicina Preventiva é ajudar os colaboradores no estímulo à atividade física, assim como na reeducação alimentar, com elaboração de um plano alimentar de fácil compreensão e, baseado nas necessidades individuais. Nas palavras de Santos (2010) adotar novos hábitos alimentares requer uma dieta balanceada e equilibrada, em que se pode comer de tudo, sem privações e sacrifícios, com prazer, sem se privar da vida social. Portanto, é fundamental educar os desejos, a ansiedade e a compulsão para comer. A perda de peso entre colaboradores, ou seja, 140 (45,9%), indica que ações da equipe multidisciplinar, nos moldes de educação em saúde foram efetivas.

Neste sentido, com vistas à promoção da saúde este tipo de abordagem educativa torna viável a transformação do cenário de risco de adoecimento de população com o perfil avaliado, pois podem desencadear mudanças de comportamentos. Por outro lado, Gaudenzi e Schramm (2010) referem que a ideia de autonomia individual aparece a partir do reconhecimento de suas escolhas, posto que, são responsáveis a partir da assimilação do risco e de comportamentos predeterminados.

Nesta perspectiva, o perfil da qualidade de vida que está atualmente centrado no indivíduo e no seu estilo de vida ratifica que o próprio indivíduo pode possuir as respostas corretas para a classificação do seu perfil da qualidade de vida e saúde, com conseqüente envelhecimento saudável (JÚNIOR et al., 2013). Contudo, uma estrutura profissional se faz necessária.

3.5. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS COLABORADORES EMPRESARIAIS ACOMPANHADOS PELA EQUIPE DE MEDICINA PREVENTIVA APÓS A INTERVENÇÃO

Após a intervenção da equipe multidisciplinar da Medicina Preventiva, os colaboradores acompanhados foram novamente classificados em risco. Quanto ao grau de risco estudado, 194 (48,38%) colaboradores foram classificados em médio risco, 190 (47,38%) em alto risco e, 17 (4,24%) em baixo risco. Portanto, é possível demonstrar que, após a intervenção da equipe melhorias tem se alcançadas e os

colaboradores mudaram o grau para um menor risco. Pois, 17 (4,24%) colaboradores saíram do médio risco e foram reclassificados como baixo risco.

Ou seja, os dados demonstram a importância da intervenção de uma equipe de Medicina Preventiva nos moldes da promoção da saúde. De fato, a promoção e difusão de práticas saudáveis, requerem participação de uma equipe multidisciplinar de forma integrada que garanta o cuidado integral. Neste propósito, devem haver articulação de saberes, práticas, olhares diversos, estratégia para a melhoria da qualidade de vida e prevenção de complicações das DCNT (MALTA; MERHY, 2010).

De modo complementar, os achados do presente estudo corroboram com o estudo de Klein e Oliveira (2012), que avaliaram 36 idosos participantes do Projeto Viva a Vida, desenvolvido pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões do município de Santo Ângelo. Os autores empregaram a escala de Framingham, e identificaram 29 (93,5%) colaboradores classificados em baixo risco, 1 (3,2) em risco intermediário e 1 (3,2) em alto risco. Tais resultados permitem concluir que a medida que estímulos em promover saúde e bem-estar, como prática de atividade física regular, melhoria nos hábitos alimentares, abandono do tabagismo, perda favorável de peso, controle dos níveis pressóricos, dentre outras mudanças no estilo de vida sejam implementadas nos indivíduos em fase adulta, conseqüentemente os riscos na terceira idade são minimizados.

Neste sentido, o resultado positivo sobre mudanças do grau de risco (médio risco para baixo risco) poderiam ser explicados em parte pela adesão dos colaboradores às atividades propostas pela equipe de Medicina Preventiva. Constata-se, portanto que, quantificar o risco cardiovascular global e realizar o levantamento da prevalência de fatores de risco numa população como prevenção é a melhor terapêutica, no sentido de combater os fatores de risco através de ações educativas em saúde, para tornar o envelhecimento saudável (MARTINS et al., 2011).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na apresentação do trabalho, foram demonstradas as particularidades do programa Medicina Preventiva, tanto do ponto de vista da mudança no estilo de vida dos colaboradores empresariais acompanhados quanto da atuação da equipe multidisciplinar neste processo. O presente estudo tem ampla importância para o conhecimento sobre a realidade das condições de saúde dos colaboradores que atuam no segmento de empresas. O conceito da transição epidemiológica tem direcionado o foco das operadoras de planos de saúde para a construção de modelos assistenciais de gerenciamento com o propósito de intervenção em DCNT.

Neste sentido, é fundamental um trabalho com abordagens de educação em saúde, que propõe conciliar os avanços científicos e tecnológicos com a construção e reconstrução do ser humano, na utilização uma prática pedagógica sistêmica, com base nas necessidades do indivíduo e da coletividade. A equipe multiprofissional, nesta nova concepção, é percebida como uma peça importante para o desenvolvimento de tecnologias gerenciais e educativas na adaptação deste modelo preventivo de atenção à saúde.

A aplicação de ferramentas educativas e sua ação na autonomia dos colaboradores com mudança de paradigma foi abordada neste estudo, sob o esclarecimento da mudança do paradigma assistencial; as bases de promoção da saúde e a educação em saúde no contexto de Medicina Preventiva. Revisou-se que, dentro desse novo contexto de atenção à saúde, uma assistência dialógica e participativa, com difusão de orientações de forma interativa e prazerosa, aproxima o conteúdo científico ao cotidiano das pessoas, com consequentes mudanças favoráveis no estilo de vida.

Fica claro dentro dos conceitos apresentados que é de suma importância uma abordagem multiprofissional nos moldes da promoção da saúde e prevenção de doenças à colaboradores empresariais, pois os indivíduos desenvolvem habilidades favoráveis à saúde após suas decisões, contribuindo para um envelhecimento saudável com qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Silvana Suely de Araújo et al. **Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(2): 297-304, abr-jun 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00297.pdf> Acesso em: 15 de março de 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DE OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA. **Mapa da obesidade. 2017** / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade> Acesso em 02 de março de 2017.

_____. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016** / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP. Disponível em: <file:///C:/Users/Dani/Downloads/Citar%20diretriz%20brasileira%20de%20obesidade.pdf> Acesso em 02 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf Acesso em: 17 de março de 2017.

_____. **Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de Atenção Básica. 2013; 28(1): 23-39.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimentodemanda_espontanea_cab28v1.pdf Acesso em: 21 de janeiro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar.** Rio de Janeiro, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.:il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PlanoacoesemFrentdcnt2011.pdf>. Acesso em: 04 de março de 2017.

BONITA, Ruth.; BEAGLEHOLE, Robert.; KJELLSTROM, Tord. **Epidemiologia Básica.** 2ª Edição. São Paulo, Santos. 2010.

CARLUCCI, Edilaine Monique de Souza et al. **Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular.** Com. Ciências Saúde. 2013; 24(4):375-384. Disponível em: file:///C:/Users/Dani/Downloads/citar%20013Vol24_4_7_ObesidadeSedentarismo.pdf Acesso em 11 de março de 2017.

CAVALCANTE, Cleonice Andréa Alves et al. **Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico.** Artigo de atualização. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008;10(1):241-248. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a23.htm>. Acesso: 14 de maio de 2015.

CERVERA, Diana Patrícia Patino; PARREIRA, Bibiane Dias Miranda; GOULART, Bethânia Ferreira. **Educação em Saúde: Percepção dos Enfermeiros da Atenção Básica em Uberaba (MG).** Departamento de Enfermagem em Educação em Saúde Comunitária, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba/MG. 2008.

COSTA, Miguel Ataíde Pinto; VASCONCELOS, Ana Glória Godoi; FONSECA, Maria de Jesus Mendes. **Prevalência de Obesidade, Excesso de Peso e Obesidade Abdominal e Associação com Prática de Atividade Física em uma Universidade Federal.** Rev. Bras Epidemiol abr-jun 2014; 421-436. Disponível em: <file:///C:/Users/Dani/Downloads/Citar%20preval%3%AAncia%20do%20excesso%20de%20peso.pdf> Acesso em 09 de março de 2017.

FILHO, W. C. P. **Marketing de Organizações em Saúde.** Fundação Getúlio Vargas. 2010.

GAUDENZI, Paula; SCHRAMM, Fermin Roland. **The paradigmatic transition of healthcare as a citizen's duty: a look at bioethics in public health.** Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.33, p.243-55, abr./jun. 2010. Available in: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a02v14n33.pdf> Access on March 4, 2017.

GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro – RJ. 1,110p. Editora Fiocruz, 2008.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Mensal de Emprego.** 2010. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Mensal_de_Emprego/fasciculo_indicadores_ibge/2016/pme_201601pubCompleta.pdf. Acesso em 24 de janeiro de 2017.

. **Distribuição Populacional. Senso Demográfico de 2010.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/defaultresultadosmostra.shtm> Acesso em: 17 de março de 2017.

. **População Economicamente Ativa (PEA).** Conceitos. 2017. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/conceitos.shm> Acesso em: 17 de março de 2017.

INSTITUTE AND BOSTON UNIVERSITY. FRAMINGHAM HEART STUDY. A Project of the National Heart, Lung, and Blood, 2017. Available in: <https://www.framinghamheartstudy.org/risk-functions/cardiopulmonary-disease/10-year-risk.php>. Access on January 24, 2017

JESUS, Maria Cristina Pinto et al. **Understanding unsuccessful attempts to quit smoking: a social phenomenology approach.** Rev Esc Enferm USP. 2016;50(1):71-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/0080-6234-reeusp-50-01-0073.pdf> Access on february 11,2017.

JÚNIOR, Osvaldo Kohlmann et al. **Tratamento medicamentoso.** J. Bras. Nefrol. vol.32 supl.1 São Paulo Sept. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000500008 Acesso em: 11 de fevereiro de 2017.

JÚNIOR, Gilvan Rodrigues Costa et al. **Qualidade de vida, estilo de vida e saúde: um artigo de revisão.** Revista Amazônia. 2013;1(1):33-40. Disponível em: <file:///C:/Users/Dani/Downloads/citar%20artigo%20qualidade%20de%20vida.pdf> Acesso em: 11 de março de 2017.

KLEIN, Kelly Barros; Oliveira, Tiago Bittencourt. **Avaliação dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares em Idosos Participantes do Projeto Viva a Vida no Município de Santo Ângelo, RS.** Faculdade de Farmácia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Campus de Santo Ângelo, Departamento de Ciências da Saúde, 98802-000, Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. Bras. Far. 93(2): 215-220, 2012. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-2-14.pdf> Acesso em: 20 de fevereiro de 2017.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. **The path of the line of care from the perspective of non-transmissible chronic diseases.** Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf> Acesso em: 17 de março de 2017.

MARTINS, Clebio Dean. **Perfil dos Trabalhadores Assistidos por uma Operadora de Planos de Saúde: Um Estudo de Intervenção.** Maestria (Sete Lagoas) , v. 11, p. 53-70, 2013.

MARTINS, Letícia Neves et al. **Prevalência dos Fatores de Risco Cardiovascular em Adultos Admitidos na Unidade de Dor Torácica em Vassouras,** RJ. 2011 Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_05/2a_2011_v24_n05_04prevalencia.pdf. Acesso em: 06 de março de 2017.

MARTINS, Mirian Teresa de Sá Leitão; Rodrigues Thaiana. **Considerações a respeito da vida de mulheres trabalhadoras de mais idade das camadas populares.** (2013, junho). Revista Kairós Gerontologia,16(3), pp. 179-194. Online ISSN 2176-Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18532/13719>. Acesso em: 23 de janeiro de 2017.

MILLAR, Philip J. et al. **Evidence for the role of isometric exercise training in reducing blood pressure: potential mechanisms and future directions.** Sports Med [Internet]. 2014. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40279-013-0118-x#page-1> [Links] Access on January 12, 2017

Muraro, Ana Paula et al. **Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008.** Rio de Janeiro, RJ. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/24.pdf> Acesso em: 02 de fevereiro de 2017.

OLIVEIRA, Thatiane Lopes et al. **Eficácia da Educação em Saúde no Tratamento Não Medicamentoso da Hipertensão Arterial.** Acta Paul Enferm. 2013; 26(2):179-84. 17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a12.pdf> Acesso em: 11 de fevereiro de 2017.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio. **O relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. The FlexnerReport: For Good and for Bad.** Revista Brasileira de Educação Médica, 32 (4): 492-499; 2008. (Artigo). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>. Acesso: 14 de maio de 2015.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR : 2015 / IBGE, **Coordenação de População e Indicadores Sociais.** Rio de Janeiro : IBGE, 2016. 132 p. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect> Acesso em: 10 de fevereiro de 2017.

PINHO, Claudia Porto Sabino et al. **Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal em indivíduos na faixa etária de 25 a 59 anos do Estado de Pernambuco, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(2):313-324, fev, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Dani/Downloads/Citar....pdf> Acesso em 11 de março de 2017.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani César. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico.** 2ª edição. Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul – Brasil, 2013.

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade et al. **Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. jul.-ago. 2014;22(4):547-53. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf Acesso em: 02 de fevereiro de 2017.

RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 – Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso: 14 de maio de 2015. SBC. 2016. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf Acesso em: 02 de fevereiro de 2017.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva **Da dieta à reeducação alimentar: algumas notas sobre o comer contemporâneo a partir dos programas de emagrecimento na Internet.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [2]: 459-474, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Dani/Downloads/Citar..%20nutri%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 11 de março de 2017.

SCHMIDT, Maria Inês et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.** 09 de maio de 2011. Disponível em: www.thelancet.com. Acesso: 14 de maio de 2015.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **O que é a obesidade?** Março de 2017. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/o-que-e-obesidade/> Acesso em 03 de março de 2017.

TEIXEIRA, Ricardo Franco et al. **Marketing de Organizações em Saúde.** Fundação Getúlio Vargas. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Status Report on noncommunicable diseases. 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1 [Links] Access on January 12, 2017.

CAPÍTULO 7

BEM CUIDADO: UM MODELO INTEGRADO COM ÊNFASE NAS INSTÂNCIAS LEVES DE CUIDADO¹²

RENATO PEIXOTO VERAS

Professor Titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnaTI-UERJ), doutorado na Universidade de Londres, editor da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

¹² Este capítulo sintetiza a monografia intitulada "Bem Cuidado: um modelo integrado com ênfase nas instâncias leves de cuidado", produzida no âmbito do Edital ENAP nº 25/2018 (1º PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR - TEMA "Regulação Assistencial na Saúde Suplementar". As opiniões aqui expressas são de responsabilidade do autor e não refletem, necessariamente, a visão da ANS sobre o assunto.

1. INTRODUÇÃO

A concepção que predominava no Brasil, no início do século XX, era a de segregação das pessoas idosas, originando a prática de internações em asilos, que proliferaram nesse período, com uma lógica que oculta aspectos sociais, políticos e econômicos. Os anos 1960 inauguraram um trabalho pioneiro no Serviço Social do Comércio (SESC), voltado para pessoas idosas, em um cenário no qual predominava o assistencialismo.

O primeiro reflexo no Brasil, no que se refere às mudanças radicais da visão do envelhecimento impactando a legislação, foi na Constituição Federal promulgada em 1988, na qual os movimentos constituintes imprimiram o conceito de “participação popular”. Essa Constituição reverteu a política assistencialista em curso nos anos 1980, adquirindo uma conotação de direito de cidadania. Essa década representou um período rico para a organização dos idosos e a comunidade científica, com a realização de inúmeros seminários e congressos, sensibilizando os governos e a sociedade para a questão da velhice.

A garantia dos direitos dos idosos na Constituição Federal está expressa em diversos artigos, versando sobre irredutibilidade dos salários de aposentadoria e pensões, garantia do amparo pelos filhos, gratuidade nos transportes coletivos e benefício de um salário-mínimo para aqueles sem condições de sustento. A influência das diretrizes e orientações internacionais na Constituição Federal são evidentes (CALDAS, 2003; ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar da melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que essas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Chegar à velhice – antes privilégio de poucos – passou a ser a norma mesmo nos países mais pobres, mas implica um grande desafio: agregar qualidade aos anos adicionais de vida.

O cuidado do idoso deve ser estruturado de forma especial, pois ele tem particularidades bem conhecidas – mais doenças crônicas e fragilidades, mais custos, menos recursos sociais e financeiros. Envelhecer, ainda que sem doenças crônicas, envolve alguma perda funcional. Com tantas situações adversas, o cuidado do idoso deve, ou deveria ser, estruturado de forma diferente da que é realizada para o adulto mais jovem. A atual prestação de serviços de saúde fragmenta a atenção a esse grupo etário, com multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames clínicos e imagens, entre outros procedimentos que sobrecarregam o sistema, provocam forte impacto financeiro em todos os níveis e não geram benefícios significativos para a saúde ou para a qualidade de vida (VERAS; OLIVEIRA, 2016).

Para pôr em prática todas as ações necessárias a um envelhecimento saudável e com qualidade de vida, é preciso repensar e redesenhar o cuidado ao idoso, com foco nesse indivíduo e em suas particularidades. Isso trará benefícios, qualidade e sustentabilidade não somente para a população idosa, mas para o sistema de saúde brasileiro como um todo (VERAS; OLIVEIRA, 2018). É o momento de mostrar competência para arregimentar esforços que transformem a teoria em um modelo de saúde de qualidade para todos, incluindo os idosos. Não se deseja que o SUS se fragmente ou que aumente o número de falências entre as empresas de assistência médica privada.

2. A POLÍTICA BRASILEIRA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

A Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842, sancionada em 1994, nasceu com concepção avançada para sua época, mas não conseguiu ser aplicada em sua totalidade (BRASIL, 1994). Priorizou o convívio em família em detrimento do atendimento asilar, e definiu como pessoa idosa aquela maior de 60 anos de idade (em países da Europa, por exemplo, idosos são aqueles com 65 anos ou mais). Essa política também sofreu influência das discussões nacionais e internacionais sobre a questão do envelhecimento, evidenciando não só o idoso como um sujeito de direitos, mas preconizando um atendimento de maneira diferenciada em suas necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas. Essa lei foi resultado de discussões e consultas por todo o país, com ampla participação de idosos, gerontólogos e a sociedade civil em geral. A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), criada através da Portaria nº 1.395/1999, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999), visou à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, à preservação/ melhoria/reabilitação da capacidade funcional dos idosos, com a finalidade de assegurar sua permanência no meio e sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003). Nela estão definidas as diretrizes norteadoras de todas as ações no setor saúde, e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance da proposta. Além disso, ela orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar seu desenvolvimento, considerando possíveis ajustes determinados pela prática.

Na PNSI foram definidas várias diretrizes ainda bem atuais. Há ênfase na promoção do envelhecimento saudável voltado ao desenvolvimento de ações que orientem a melhoria de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida, a eliminação de comportamentos nocivos à saúde, além de orientação aos idosos e seus familiares quanto aos riscos ambientais favoráveis a quedas. Também menciona a importância da manutenção da capacidade funcional com vistas à prevenção de perdas funcionais, reforço de ações dirigidas para a detecção precoce de enfermidades não transmissíveis, com a introdução de novas medidas, como antecipação de danos sensoriais, utilização de protocolos para situações de risco de quedas, alteração de humor e perdas cognitivas, prevenção de perdas dentárias e outras afecções da cavidade bucal, prevenção de deficiências nutricionais, avaliação das capacidades e perdas funcionais no ambiente domiciliar e prevenção do isolamento social.

Fato relevante é que esta política de saúde foi realizada em articulação com o Ministério da Educação e com as instituições de ensino superior (IES), como forma de viabilizar a instalação dos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, e da capacitação de recursos humanos em saúde do idoso, de acordo com as diretrizes fixadas. A PNSI passou pelo crivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em abril de 1999, quando foi realizado um seminário para discutir inúmeros técnicos da área do envelhecimento. Após as correções advindas desse encontro, o texto foi submetido e aprovado no Ministério da Saúde na Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, em setembro do mesmo ano, contando com a presença de secretários estaduais e municipais de Saúde, além de representantes do ministério. Em 11 de novembro de 1999, foi submetida à instância máxima do Ministério da Saúde, na 92ª Reunião Ordinária, quando o documento foi aprovado por unanimidade, fato raro para o Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

A crítica a essa proposta, por alguns segmentos, era sobre seu academicismo, a forma hermética em que estava redigido e a distância de suas proposições para a realidade dos municípios brasileiros, ainda em estágio incipiente na discussão sobre o envelhecimento humano. De todo modo, o documento teve grande repercussão, foi muito citado, e um livro foi publicado sobre a Política de Saúde para o Idoso (GORDILHO et al., 2000). Paralelamente, os movimentos de aposentados e pensionistas e o Fórum Nacional do Idoso mobilizaram-se durante um longo período, desde 1997, visando à aprovação do Estatuto do Idoso, mas reivindicando barrar artigos indesejáveis e propondo emendas. Apesar da mobilização, a correlação de forças do movimento não permitia que o Estatuto saísse do papel. Somente no dia 1º de outubro de 2003 o Estatuto foi sancionado.

O Estatuto representa um passo importante da legislação brasileira, cumprindo o princípio referente à construção de um entorno propício e favorável para as pessoas de todas as idades. São 118 artigos que consolidam os direitos conferidos pelas diversas leis federais, estaduais e municipais, referentes a saúde, educação, cultura, esporte e lazer, profissionalização e trabalho, previdência social, assistência social, habitação, transporte, fiscalização de entidades de atendimento e tipificação de crimes contra a pessoa idosa (BRASIL, 2013).

O movimento dos aposentados, no Brasil, se destaca na luta pelo reajuste do valor das aposentadorias, que começa a perder poder de compra aceleradamente, coincidindo com a implantação do modelo neoliberal. A primeira grande mobilização que deu visibilidade à causa dos idosos, aposentados e pensionistas ocorreu por ocasião da Constituinte de 1988. Idosos de todas as partes do Brasil demonstraram sua força política nas galerias do Congresso e Praça dos Três Poderes. O movimento dos 147% (diferença no reajuste de quem ganhava acima de um salário-mínimo) foi emblemático na organização dos aposentados, sendo considerado seu ápice. Foi pautado pela mídia de maneira constante e positiva, o que contribuiu para multiplicar as adesões ao movimento e dar visibilidade às mazelas do envelhecimento. O movimento foi vitorioso, culminando com a vitória judicial que possibilitou ampliar o processo de empoderamento dos aposentados.

Essa estratégia, no entanto, continha em si seu contrário, pois propiciou também um esvaziamento do movimento após a efetivação das conquistas financeiras. A saúde sempre foi uma pauta importante. Em 2006 foi instituída, pela Portaria nº 2528/ GM, de 19 de outubro, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Voltada para o idoso, foi uma resposta, talvez necessária, à política anterior do ministério de 1999, pois manteve todos os itens inovadores de sua antecessora, mas se preocupando com a implementação das ações e indicando as responsabilidades institucionais para o alcance da proposta (BRASIL, 2006). Além disso, ela orientou o processo contínuo de avaliação que deveria acompanhar seu desenvolvimento, considerando possíveis ajustes determinados pela prática.

A PNSPI, à semelhança da PNSI, teve por objetivo permitir um envelhecimento saudável, o que significa preservar sua capacidade funcional, sua autonomia e manter o nível de qualidade de vida, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que direcionam medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde. Essa Política marcou o início de todo o processo institucional sobre envelhecimento no Brasil, que ainda é bastante recente. Trata-se de um grande desafio para a sociedade, que só agora parece ter entendido que o país envelheceu, e que é necessário propor mudanças no modelo assistencial.

3. A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E SEUS EFEITOS NO SISTEMA DE SAÚDE

A progressão da longevidade ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas no mundo em desenvolvimento se manifestou de forma mais acentuada. No Brasil, o número de idosos (a partir dos 60 anos de idade) passou de 3 milhões (em 1960) para 7 milhões (em 1975), depois 14 milhões (em 2000). Um aumento de 500% em 40 anos. E deverá alcançar 32 milhões em 2020. Para efeito de comparação, em países como a Bélgica foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho (VERAS; OLIVEIRA, 2016).

A transição demográfica e a melhoria dos indicadores sociais e econômicos do Brasil, em comparação com décadas anteriores, trouxeram, entre outras consequências, não apenas a ampliação da população idosa, mas também maior pressão fiscal sobre os sistemas de saúde público e privado. Aumenta-se o número de idosos, ampliam-se naturalmente as doenças crônicas e os gastos (VERAS; ESTEVAM, 2015). Um dos resultados dessa dinâmica é a demanda crescente por serviços de saúde, o que pode, em contrapartida, gerar escassez e/ou restrição de recursos. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares tornam-se mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior se comparado a outras faixas etárias. Isso decorre do padrão das doenças dos idosos, que são crônicas e múltiplas, exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (SZWARCWALD et al., 2016).

Ao longo das últimas décadas, ficou demonstrado que é possível prevenir a maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população – relativos não somente às doenças transmissíveis, mas também às não transmissíveis. Tal afirmação é evidenciada pela significativa diminuição de mortalidade por doenças coronárias e cerebrovasculares, redução de incidência e mortalidade por câncer cervical, bem como diminuição da prevalência de consumo de fumo e incidência de câncer do pulmão em homens. Em síntese: um grande ônus produzido por doenças pode ser evitado tanto em termos sociais como econômicos (CARVALHO; MARQUES; SILVA, 2016).

A mudança da configuração etária do Brasil, com avanço do segmento da terceira idade, é um fenômeno recente. Por outro lado, já ultrapassamos a fase da novidade e dos clichês bastante conhecidos e aceitos por todos – até mesmo por aqueles que não os praticam. Falar dos marcos teóricos ou das políticas que têm por objetivo permitir um envelhecimento saudável – que significa manter a capacidade funcional e a autonomia, bem como a qualidade de vida, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS e tendo como foco a prevenção de doenças – é algo louvável. Importantes organismos nacionais e internacionais de saúde defendem esse conceito há muitos anos (VERAS, 2018).

A qualidade assistencial é ainda pouco valorizada. É um tema de enorme importância, que demanda maior conscientização de profissionais de saúde e da sociedade. Discute-se que seria caro aplicar instrumentos de qualificação do atendimento, creditações e certificações, mas serviços qualificados são mais efetivos em termos de custo, têm menor desperdício e melhores resultados assistenciais para os pacientes. Em alguns países, a creditação e a avaliação de indicadores de qualidade são requisitos obrigatórios. No Brasil, no entanto, valoriza-se e premia-se o volume, pois falta uma política de estímulo à qualidade. Os pacientes nem sempre a reconhecem como uma necessidade e tanto a saúde pública como a privada a percebem como um custo adicional.

Existe a compreensão geral de que o cuidado ao idoso ultrapassa a saúde. Além do diagnóstico e da prescrição, a participação social, as atividades físicas e mentais são elementos importantíssimos para a manutenção funcional. Mas ainda existe, sobretudo na saúde suplementar, muita dificuldade para entender essas ações como parte integrante do cuidado. Existe uma tendência a separar ações “sociais” de ações “curativas”. Também é de fundamental importância, sobretudo nos dias atuais, que as informações de qualidade e os prontuários sejam bem utilizados pelos médicos ou pelos profissionais de saúde, permitindo o monitoramento constante do cliente.

E quanto ao modelo de remuneração dos profissionais de saúde, reconhece-se que são mal remunerados, então por que não adotar o pagamento por desempenho e performance? Associar a discussão de resultado com a forma de remuneração é um poderoso instrumento indutor na busca pelo que é certo. Assim, “pagamento por performance”, “pagamento por resultado” ou “pagamento por desempenho” tornam-se sinônimos na luta pelo alinhamento entre acesso e qualidade assistencial. A mudança do modelo de remuneração a partir desse novo marco de assistência, focado no resultado, e não no volume, precisa necessariamente ser um modelo do tipo ganha-ganha, em que todos os envolvidos sejam beneficiados, mas sobretudo o próprio paciente.

Não basta mudar o modelo de remuneração sem alterar o modelo assistencial e vice-versa, pois os dois são interdependentes. O importante na escolha de um modelo diferenciado de remuneração é que seja adequado ao tipo de assistência executado e ao objetivo que se deseja atingir. Ao longo de anos de aplicação de determinado modelo assistencial associado a um modelo de remuneração, todo um sistema de saúde fica moldado e programado para um fim. Essa é a principal discussão a ser feita. Alguns dos problemas do sistema de saúde brasileiro, em especial o suplementar, e que afetam primordialmente o idoso, são consequência do modelo adotado há décadas. Para dar conta dessa nova e urgente demanda da sociedade, modelos alternativos de remuneração devem ser implementados para romper o círculo vicioso de sucessão de consultas fragmentadas e descontextualizadas da realidade social e de saúde da pessoa idosa, além da produção de procedimentos desconectados do desfecho esperado.

Desde as reformas da década de 1990, países como Inglaterra, França, Alemanha, Austrália e Estados Unidos têm experimentado a transição do fee-for-service (FFS) único para modelos mistos de remuneração que envolvem até o pagamento por desempenho de prestadores de serviços de saúde, conhecido como pay for performance (P4P). A literatura sobre o tema das formas de pagamento de prestadores de serviços de saúde apresenta distintos modelos de remuneração. Vale relatar experiências referentes aos bundled payments for care improvement, ao capitation, aos pagamentos globais e às accountable care organizations (ACO). Destaca-se que todas as abordagens foram, em um ou outro contexto, bem-sucedidas e amplamente adotadas em diferentes países. As características de cada método fazem com que sejam aplicáveis a todos os perfis da saúde ou a um âmbito particular (PETERSEN et al., 2006; BENZER et al., 2014; COLLIER, 2012; KECMANOVIC; HALL, 2015; KHULLAR et al., 2015; LESTER et al., 2013). No Brasil, outras formas de remuneração representam apenas 5% do que é praticado pelo mercado de saúde suplementar e algumas experiências, no sistema público, de pagamento por orçamento global e por capitação foram implementadas nos últimos anos (VERAS, 2018).

O importante na escolha de um modelo diferenciado de remuneração é que seja adequado ao perfil do tipo de assistência executado e do objetivo que se deseja atingir. Outro elemento fundamental para o sucesso do modelo é a modalidade de pagamento do médico, o sistema ACO, que incentiva os profissionais de saúde a se organizarem como um grupo gestor da qualidade dos serviços prestados,

responsável pela administração dos custos (MÉDICI; ABICALAFFE; TAVARES, 2015). São dois pontos-chave: a prestação de serviços de excelência a um custo mais baixo e um modelo de remuneração com base em valor agregado. A saúde segmentada e não integrada que vem sendo oferecida nos dias de hoje aos pacientes é, em grande parte, ocasionada pelo modelo de remuneração por serviços, no qual o incentivo está na produção, não na qualidade (ABICALAFFE, 2011). Em outras palavras: não adianta buscar novas formas de assistência ou novos modelos de pagamento se a transferência de parte da responsabilidade, dos riscos e dos ganhos dos prestadores não estiver associada aos resultados alcançados com a atenção prestada.

O desafio é fazer com que esse novo modelo assistencial seja aceito pelo cliente, pois a confiança (que o levará à fidelização) é fator indispensável para que o processo ocorra conforme previsto – e não se pode pedir que alguém confie em algo que desconhece. Não adianta afirmar que esse modelo é o melhor se ele não for praticado pelos serviços de saúde suplementar brasileiros. A sociedade precisa conhecer essa proposta amplamente para se convencer de seus benefícios (MORAES, 2012). Do contrário, continuará optando pelo excesso e o consumo, que oneram o sistema, geram custos cada vez mais altos e inviabilizam a assistência no longo prazo.

4. A NECESSIDADE DE UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Em uma doença crônica já estabelecida o objetivo não deve ser a cura, mas a busca da estabilização do quadro clínico e o monitoramento constante, de forma a impedir ou amenizar o declínio funcional. Os programas voltados para esse público devem ser construídos com base na integralidade do cuidado, com o protagonismo do profissional de saúde de referência e sua equipe, gerenciando não a doença, mas o perfil de saúde do doente – muitas vezes, o tratamento de alguma manifestação só pode ser conduzido com a redução ou suspensão de outras ações que vinham sendo desenvolvidas (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma doença crônica apresenta uma ou mais das seguintes características: é permanente; produz incapacidade ou deficiências; é causada por alterações patológicas irreversíveis; e precisa de períodos longos de supervisão, observação ou cuidados. Em geral, as doenças crônicas se iniciam lentamente, têm duração longa ou incerta e não têm uma única, mas várias causas (VERAS; OLIVEIRA, 2018). O tratamento envolve mudanças no estilo de vida e cuidados contínuos que, geralmente, não levam à cura da doença mas permitem mantê-la sob controle e melhorar a qualidade de vida do paciente. Grande parte das doenças crônicas está relacionada com idade, maus hábitos alimentares, sedentarismo e estresse, por isso a maioria pode ser prevenida.

Estudos evidenciam que a atenção deve ser organizada de maneira integrada, e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do percurso assistencial, numa lógica de rede desde a entrada no sistema até os cuidados ao fim da vida (MENDES, 2011). Os bons modelos de atenção à saúde para idosos, portanto, são aqueles que apresentam uma proposta de linha de cuidados com foco em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação (OLIVEIRA et al., 2016a). Uma vez identificado o risco, a prioridade é a reabilitação precoce, a fim de reduzir o impacto das condições crônicas na funcionalidade – busca-se intervir antes

de o agravo ocorrer. A ideia é monitorar a saúde, não a doença; a intenção é postergar a doença, para que o idoso possa usufruir seu tempo a mais de vida com qualidade. Assim, a melhor estratégia para um adequado cuidado do idoso é utilizar a lógica de permanente acompanhamento da sua saúde, tê-lo sempre sob observação, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção (VERAS et al., 2014).

Nos projetos internacionais, o médico generalista ou de família absorve integralmente para si de 85% a 90% dos seus pacientes, sem necessidade da ação de um médico especialista. Além disso, pode utilizar os profissionais de saúde com formações específicas (em Nutrição, Fisioterapia, Psicologia ou Fonoaudiologia). Portanto, o idoso terá uma gama muito maior de profissionais ao seu dispor, mas é o médico assistente quem faz a indicação e o encaminhamento (VERAS, 2012).

No Brasil, observa-se um excesso de consultas realizadas por especialistas, pois o modelo atual de assistência prioriza a fragmentação do cuidado (SILVA et al., 2017), como se evidencia, por exemplo, na comparação com o modelo inglês, o National Health Service (NHS), que tem como figura central de organização os chamados general practitioners (GPs), médicos generalistas de alta capacidade resolutiva que estabelecem um forte vínculo com o paciente. O sistema público de saúde da Inglaterra é oferecido a todos os cidadãos independentemente da renda ou condição social, à semelhança do SUS (BOX, 2016). Para ter direito ao atendimento médico público e gratuito, o cidadão deve se registrar com um general practitioner (GP). As unidades de atendimento são clínicas locais de assistência médica compostas por clínicos gerais e enfermeiros. Qualquer atendimento médico necessário, desde que não seja de extrema emergência ou em função de algum acidente, será feito pelo médico desse centro de saúde. O modelo americano, por sua vez, opta pelo encaminhamento para inúmeros médicos especialistas, ao contrário do padrão inglês. Trata-se de dois países ricos, de grande tradição na medicina, que utilizam modelos diferentes e proporcionam resultados também bastante distintos (OLIVEIRA et al. 2016b).

Um dos assuntos de grande interesse no setor saúde e na Geriatria e Gerontologia é a assistência à saúde da pessoa idosa. A discussão sobre o envelhecimento populacional trazida pela nova realidade epidemiológica e demográfica leva (ou deveria levar) ao desenvolvimento de um modelo resolutivo e eficaz de atenção à saúde do idoso (OLIVEIRA; VERAS; CORDEIRO, 2017). Se todos debatem esse tema e as soluções já estão presentes nas mesas de decisão, por que a situação permanece inalterada? Por que a teoria não se traduz no dia a dia? Por que líderes e gestores não promovem a mudança?

5. A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO

Quanto mais precocemente a intervenção for realizada, maiores serão as chances de um melhor prognóstico. No entanto, a ação preventiva ainda é vista como uma sobrecarga de procedimentos e custos adicionais, enquanto deveria ser considerada uma inversão da lógica atual que, no médio e longo prazos, poderá reduzir internações e outros procedimentos de muito maior custo. Todas as evidências indicam que os sistemas de saúde baseados na biomedicina terão, progressivamente, problemas de sustentabilidade.

Vivemos na era da informação. No campo da Saúde Coletiva, a informação epidemiológica se traduz em capacidade para prever eventos, possibilitando diagnóstico precoce (em especial em relação às

doenças crônicas), retardando o aparecimento desses agravos, melhorando a qualidade de vida e a abordagem terapêutica (OLIVEIRA et al., 2016a). O papel do profissional de saúde, nesses casos, não é evitar a doença (pois ela já está instalada) ou procurar a cura, mas buscar a estabilização e a redução do dano, visando à manutenção da qualidade de vida (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

É consenso que quanto mais o profissional de saúde conhecer o histórico do seu paciente, mais positivos serão os resultados. Essa afirmação conta com o aval da OMS e de todos os gestores e profissionais da área. Tão razoável quanto antiga, é uma concepção que representa, ainda hoje, o que há de mais moderno em termos de modelos assistenciais de saúde. Surpreendentemente, porém, não é colocada em prática no dia a dia. Deve haver, portanto, ênfase no cuidado integral do idoso, somada à assistência médica convencional e ao desenvolvimento de atividades lúdicas e educacionais monitoradas. Como já enfatizado aqui, a finalidade é manter, pelo tempo maior possível, uma boa qualidade de vida.

A maior parte das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem na própria idade seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais a exceção do que a regra. Assim, o foco de qualquer política contemporânea deve ser a promoção do envelhecimento saudável, com manutenção e melhoria – quando possível – da capacidade funcional dos idosos, prevenção de doenças, recuperação da saúde dos que adoecem (ou estabilização das enfermidades) e reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida. Ações como essas, porém, são ainda bastante tímidas. O maior investimento continua sendo na prática assistencial tradicional, com ênfase na estrutura hospitalar (VERAS et al., 2014).

Uma unidade de saúde com características mais amplas permite antecipar alguns agravos a partir da identificação precoce de eventuais sintomas, variações de humor ou possíveis perdas funcionais. Dessa forma, o idoso poderá ser logo encaminhado ao médico responsável (VERAS; ESTEVAM, 2015). O ideal é que os serviços assistenciais de saúde estejam voltados para oferecer assistência qualificada e bem-estar ao idoso, que os clientes contem com um profissional de referência e todos os médicos tenham uma carteira de clientes para cuidar. O local dessa unidade assistencial poderia ser um espaço com as características de um centro de convivência onde houvesse atividades variadas: consultas médicas, ações de integração e participação, facilitando a confiança e a fidelização do cliente ao modelo. Essa “novidade” existe na Inglaterra desde 1948.

6. BEM CUIDADO: A PROPOSTA DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO

Os sistemas de saúde funcionam com poucos pontos de atenção – os quais não operam de forma integrada. Em geral, os pacientes entram nessa rede desarticulada com doenças em estágio muito avançado. A porta de entrada acaba sendo a emergência do hospital. Além de inadequado e anacrônico (funciona da mesma forma desde os anos 1970), apresenta péssima relação custo-benefício, pois é centrado no hospital, faz uso intensivo de tecnologias de alto custo, além de tentar tratar agudamente de doenças que são crônicas. Seu fracasso, no entanto, não deve ser imputado aos usuários, alegando que gostam de consumir, nem ao profissional de saúde, pois o modelo ensinado nas escolas de saúde é o do hospital e da doença. Envelhecemos, mudamos nosso perfil epidemiológico, mas a organização do sistema de saúde não mudou e há sobrecarga de usuários nos níveis de maior complexidade, pela carência de cuidado nos primeiros níveis.

Visando à eficácia do modelo assistencial, deve-se ampliar a gestão da informação, valorizar o conhecimento científico e reduzir o poder absoluto das máquinas de diagnóstico. Torna-se necessário mudar a lógica assistencial, que se encontra defasada. Os gestores devem buscar intervenções que visem usar corretamente as instâncias avançadas de cuidado (entre elas o hospital), ampliar a oferta de cuidados em instâncias mais leves (entre as quais o núcleo integrado de cuidado), sempre que possível em caráter preventivo, fora do ambiente hospitalar (VERAS, 2018).

Existem algumas sugestões de modelos de linhas de cuidado. O importante é que cada instituição de saúde tenha conhecimento de sua carteira, seu perfil e necessidades, de modo a construir a melhor forma de organizar sua prestação de serviços. Deve-se desenhar um em que haja várias instâncias de cuidado anteriores ao hospital, que é equivocadamente visto como local privilegiado da cura. Este é um erro conceitual. A internação de pessoas idosas deve apenas ocorrer no momento agudo da doença crônica, pelo menor tempo possível ou em casos de urgências (VERAS et al., 2014).

Para que tudo isso seja colocado em prática na saúde, é urgente redesenhar o modelo de cuidado ao idoso no Brasil (OLIVEIRA; VERAS, 2015). Com essas premissas básicas, foi desenhado o “Bem Cuidado”, modelo assistencial que se caracteriza pelo foco nas instâncias leves, isto é, no monitoramento constante dos idosos e no cuidado leve, porém intensivo, pois sabe-se que mais de 85% desses clientes não precisarão de ações mais complexas, desde que corretamente acompanhados. As demais ações de saúde são de responsabilidade de outra estrutura que cuide dos demais segmentos, ou seja, a emergência, o hospital, os exames clínicos e de imagem, os médicos especialistas. Alguns médicos especialistas acompanharão seus clientes nas instâncias pesadas – mas como suporte, não como elemento central do cuidado.

O Bem Cuidado está fundamentado em alguns princípios. O primeiro é o papel do médico, que ficará responsável por uma carteira de clientes. Para que o cuidado seja o melhor possível, oferece-se o apoio de um enfermeiro que terá papel efetivo no atendimento a essa clientela. A unidade clínica terá várias duplas formadas por médicos generalistas e enfermeiros. Calcula-se uma jornada de 20 horas de trabalho semanal para uma carteira que poderá variar de 600 a um máximo de 800 clientes. Dessa forma, garante-se que os profissionais tenham tempo para atender cada cliente com a devida atenção, assegurando que se consultem ao menos quatro vezes por ano e podendo acompanhá-los em outra instância de cuidado, se necessário (VERAS, 2018). Em uma unidade completa do Bem Cuidado haverá, por exemplo, oito duplas de médicos e enfermeiros para algo em torno de 4.800 a 6.400 clientes. O local deve contar ainda com alguns profissionais de saúde capacitados para atender dentro da filosofia do programa, que prioriza promoção e prevenção. Serão psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e educadores físicos, que atenderão casos selecionados pelos médicos. Esses profissionais comandarão atividades em grupo, palestras e orientações sobre os temas pertinentes. Além dessa unidade completa, poderá haver em uma região (dependendo, naturalmente, da demanda) duas ou três unidades mínimas, apenas com a presença de uma dupla médico/enfermeiro, ficando todo o serviço de apoio concentrado na unidade completa. E aos que eventualmente manifestem preocupação com os possíveis custos elevados de manutenção dessa estrutura, cabe uma advertência: profissionais de saúde custam muito menos que um dia de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva ou um hospital. Para oferecer bom atendimento, evitar o uso abusivo de médicos especialistas e hospitalizações desnecessárias, é fundamental manter uma estrutura de acolhimento de qualidade. A estruturação da rede possibilita pelo menos dois elementos fundamentais para o cuidado do idoso: a diminuição de iatrogenia e a organização do fluxo de cuidados. As diretrizes e os protocolos clínicos também são essenciais na construção do projeto terapêutico. Eles devem direcionar a boa prática, ser pautados na melhor evidência disponível e adequados a cada situação clínica. O plano

terapêutico é o fio condutor para o fluxo da linha do cuidado, e esta estabelece o percurso assistencial de acordo com suas necessidades (VERAS et al., 2014). A proposta de linha de cuidado ao idoso deve ser compreendida como uma estratégia de estabelecimento de “percursos assistenciais”, organizando o fluxo de indivíduos de acordo com o grau de fragilidade. A identificação do risco e a integralidade da atenção nos diferentes pontos da rede são o cerne do Bem Cuidado. A linha de cuidado poliárquica não pressupõe um percurso evolutivo entre os níveis de atenção, as etapas não podem ser absolutamente fixas, porque existe a possibilidade de reversão da incapacidade e retorno a um patamar de menor complexidade, dependendo da situação (VERAS et al., 2013).

Um adulto idoso com uma ou mais doenças crônicas não se cura, mas o médico pode estabilizar, monitorar e adormecer a doença, pois ela permanecerá pelo resto da vida. O papel do médico generalista será manter a capacidade funcional do cliente, para que ele possa viver de forma plena e hígida. O ganho se dará com a redução dos médicos especialistas e a consequente diminuição de exames e fármacos, pois a fidelização dos clientes evitará que precisem recorrer às emergências dos hospitais e reduzirá bastante os períodos de hospitalização.

Deve-se considerar que o modelo envolve as instâncias leves de cuidado, compostas basicamente pelo atendimento de bem treinados profissionais de saúde, todos com pós-graduação, preocupados em preservar a qualidade de vida e a participação social do cliente idoso. As instâncias consideradas pesadas são aquelas de alto custo, nas quais se situam o hospital e as demais unidades de longa permanência. Todo o esforço deve ser empreendido para reabilitar o idoso e trazê-lo de volta para as instâncias leves (VERAS, 2018). Esse modelo teórico tem uma lógica pragmática, implicada na viabilidade de implantação e baseada em resultados mensuráveis. Tal lógica é aplicável a qualquer rede de atenção ao idoso, seja pública ou privada. No entanto, devido ao tamanho do SUS e às imensas diferenças político-estruturais entre os municípios que o compõem, esse modelo termina por se voltar para o setor privado, uma vez que, na saúde suplementar, a desarticulação e as deficiências de organização da rede assistencial são ainda maiores. Espera-se que, em um futuro próximo, após ser experimentado no setor privado, esse modelo também servir como uma possibilidade para todos os idosos no Brasil.

7. A TECNOLOGIA COMO DIFERENCIAL

Como suporte fundamental para a dupla médico / enfermeiro, é preciso haver um sistema de informação de qualidade superior e de tecnologia leve para auxiliar na fidelização dos clientes. Sem o uso de tecnologia, esse projeto não é viável, por isso deve-se ter competência para utilizar o máximo do seu potencial. Por exemplo: o cliente, ao passar pela porta de entrada da clínica, tem seu rosto identificado, o que abre de forma instantânea seu prontuário na mesa da recepcionista. Ao recebê-lo, ela o chama pelo nome, pergunta pela família e confere a lista de remédios que o cliente está tomando. São ações absolutamente simples, mas que agregam enorme confiança ao relacionamento, fazendo com que o cliente se sinta protegido e acolhido desde o primeiro contato na recepção da unidade assistencial. Registrar os percursos assistenciais do paciente é um diferencial desse modelo. Um sistema de informação amplo e de qualidade é capaz de documentar não somente a evolução clínica da pessoa idosa, mas também sua participação em ações de prevenção individuais ou coletivas, assim como o apoio de um enfermeiro e as chamadas telefônicas realizadas, que devem ser resolutivas, com pessoal treinado e qualificado.

O contato telefônico ou através de aplicativos entre pacientes e profissionais deve ser realizado com total compartilhamento da informação com a equipe, em benefício de uma avaliação integral do indivíduo. O sistema de informação, que se inicia com o registro do beneficiário, é um dos pilares do programa. Por intermédio dele, todo o percurso assistencial será monitorado em cada nível, verificando a efetividade das ações e contribuindo para a tomada de decisão e o acompanhamento. Trata-se de um registro eletrônico único, longitudinal e multiprofissional, que acompanha o cliente desde o acolhimento. Esse prontuário se diferencia dos existentes pelo fato de haver registro de sua história de vida e seus eventos de saúde, e das ações de promoção de saúde e de prevenção.

Também deve-se utilizar aplicativo para celular com informativos individualizados e lembretes de consultas e ações prescritas; entre outras ações, poderá solicitar que o cliente faça uma foto do seu café da manhã e a envie para a nutricionista, que observará se a alimentação está balanceada, se há fibras em quantidade adequada etc. Importante frisar que o aplicativo estará integrado com o prontuário clínico do cliente, portanto haverá uma plataforma integrada com as evoluções clínicas, remédios e exames realizados e toda uma gama de informativos, esclarecimentos, ações de promoção e prevenção de saúde, tudo salvo na nuvem e no celular do cliente. A informação é de fundamental importância para um acompanhamento intenso e qualificado.

Todo o esforço do modelo visa manter a clientela em nossas unidades, sem a utilização de especialistas. No entanto, cinco áreas de especialidades médicas poderão estar relacionadas, atuando no auxílio ao médico generalista. A escolha dessas cinco especialidades se dará por demanda e alta prevalência, além de serem áreas nas quais se farão anualmente registros dos exames preventivos anuais de controle, a saber: Cardiologia, Ginecologia, Uro-proctologia, Dermatologia e Oftalmologia.

A consulta com as especialidades listadas somente será possível a pedido do médico generalista do cliente. Desse modo, fica explícito que o modelo somente utilizará os especialistas caso o cliente seja encaminhado pelo seu médico, para outro médico, um especialista, que detém um conhecimento específico de um órgão ou procedimento. O mesmo raciocínio ocorre para a hospitalização. Médico e enfermeiro terão a preocupação de entrar em contato com o médico do hospital, visando ter conhecimento do caso e, preferencialmente, atuando para garantir o melhor atendimento e o menor tempo de internação, pois o médico do hospital não é o médico desse cliente (VERAS, 2018).

8. CONCLUSÃO

Em síntese, um modelo de atenção à saúde do idoso que se pretenda eficiente deve aplicar todos os níveis de cuidado, isto é, possuir um fluxo bem desenhado de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstia, cuidado o mais precoce possível e reabilitação de agravos. Essa linha de cuidado se inicia na captação, no acolhimento, e somente se encerra nos momentos finais da vida, na unidade de cuidados paliativos.

As transformações socioeconômicas das últimas décadas e suas conseqüentes alterações nos estilos de vida dos indivíduos nas sociedades contemporâneas – com mudança de hábitos alimentares, aumento do sedentarismo e do estresse, além da crescente expectativa de vida da população – colaboram para a maior incidência de enfermidades crônicas, que hoje constituem um sério problema de saúde pública. A atual prestação de serviços de saúde, como exposto no início deste texto, fragmenta a atenção ao idoso. Sobrecarrega o sistema, provoca forte impacto financeiro em todos os níveis e não gera benefícios significativos para a qualidade de vida.

A população está mais velha, as doenças são crônicas e múltiplas, os custos assistenciais se ampliam, os modelos de cuidados são do tempo das doenças agudas e o conhecimento da Epidemiologia nos informa sobre os fatores de risco. Assim, por que continuar ofertando um produto ultrapassado e ineficaz, se existem informações para implementar um modelo assistencial de cuidado em que todos ganham? Para reorientar a atenção à saúde da população idosa e construir uma organização no setor que permita melhores resultados assistenciais e econômico-financeiros, basta que todos os envolvidos se percebam responsáveis pelas mudanças necessárias e se permitam inovar – o que, em muitas situações, significa resgatar cuidados e valores mais simples, que se perderam dentro do nosso sistema de saúde.

Finalizando, é imperioso incluir o debate sobre curar e cuidar nas discussões sobre a formação profissional e organização dos serviços. É preciso organizar a estrutura para cuidar das pessoas, em um sistema de saúde que até agora focou em curar pacientes. Isso fará grande diferença nesse momento de envelhecimento populacional. É possível envelhecer com saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABICALAFFE, C. L. Pagamento por performance: o desafio de avaliar o desempenho na área da saúde. **J Bras Econ Saúde**, v. 3, n. 1, p. 179-85, 2011.

BENZER, J. K. et al. Sustainability of quality improvement following removal of pay-for performance incentives. **J Gen Intern Med.**, v. 29, n. 1, p. 127-32, 2014.

BOX, G. Understanding and responding to demand in English general practice. **Br J Gen Pract.**, v. 66, n. 650, p. 456-7, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3ª ed. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm>. Acesso em: jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117>. Acesso em: jun 2018.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad Saude Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CARVALHO, V. K. S.; MARQUES, C. P.; SILVA, E. N. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 21, n. 9, p. 2773-84, 2016.

COLLIER, R. Professionalism: how payment models affect physician behaviour. **Can Med Assoc J.**, v. 184, n. 12, p. E645-E646, 2012.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000.

KECMANOVIC, M.; HALL, J. P. The use of financial incentives in Australian general practice. **Med J Aust.**, v. 202, n. 9, p. 488-91, 2015.

KHULLAR, D. et al. Behavioral economics and physician compensation: promise and challenges. **N Engl J Med.**, v. 372, n. 24, 2281-3, 2015.

LESTER, H. et al. Implementation of pay for performance in primary care: a qualitative study 8 years after introduction. **Br J Gen Pract.**, v. 63, n. 611, p. e408-e415, 2013.

MÉDICI, A.; ABICALAFFE, C.; TAVARES, L. Pagamento por Performance [Internet]. [Sem Local]: Empreender Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/281642162_Pagamento_por_Performance_em_Saude#pf3>. Acesso em: 12 jan 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MORAES, E. M. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília, DF: OPAS, 2012.

OLIVEIRA, M. R. et al. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1383-94, 2016b.

OLIVEIRA, M. R. et al. **Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016a.

OLIVEIRA, M. R.; VERAS, R. P. Um modelo eficiente no cuidado à pessoa idosa. **Correio Brasiliense**. Brasília, 27 ago. 2015: Seção Opinião. p. 13.

OLIVEIRA, M. R.; VERAS, R. P.; CORDEIRO, H. A. Supplementary Health and aging after 19 years of regulation: where are we now? **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v. 20, n. 5, p. 624-33, 2017.

PETERSEN, L. A. et al. Does pay-for performance improve the quality of health care? **Ann Intern Med.**, v. 145, n. 4, p. 265-72, 2006.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

SILVA, A. M. M. et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Rev Saúde Pública. São Paulo**, v. 51, supl., p. 1-10, 2017.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad Saude Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.

SZWARCWALD, C. L. et al. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. **Cienc Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 339-50, 2016.

VERAS, R. P. Caring Senior: um modelo brasileiro de saúde com ênfase nas instâncias leves de cuidado. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1-7, 2018.

VERAS, R. P. et al. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 385-392, 2013.

VERAS, R. P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 48, n. 2, p. 357-365, 2014.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Cienc Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.

VERAS, R. P.; ESTEVAM, A. A. Modelo de atenção à saúde do idoso: a ênfase sobre o primeiro nível de atenção. In: LOZER, A. C. et al. (Orgs.). **Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar**. Brasília, DF: OPAS, 2015. p. 73-84.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. R. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Cienc Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-36, 2018.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 887-905, 2016.

DIREITO EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Capítulo 8

Do Impacto Regulatório da Judicialização da Saúde Suplementar

Capítulo 9

Idosos e reajustes por mudança de faixa etária em planos de saúde: uma análise do parâmetro decisório adotado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ)

Capítulo 10

A inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde conduzidos por entidades fechadas de autogestão

CAPÍTULO 8

DO IMPACTO REGULATÓRIO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR¹³

LILIA ESTAY MARTINEZ

Advogada, especialista em Estado e Regulação pela FGV Direito Rio.

¹³ Este capítulo sintetiza a Monografia intitulada “Do Impacto Regulatório da Judicialização da Saúde Suplementar”, produzida no âmbito do Edital ENAP nº 25/2018 (1º PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR TEMA: Do Impacto Regulatório da Judicialização da Saúde Suplementar. As opiniões aqui expressas são de responsabilidade da autora e não refletem, necessariamente, a visão da ANS sobre o assunto.

1. INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde suplementar tem ganhado cada vez mais evidência com o aumento significativo de ações judiciais propostas por beneficiários em face dos planos de saúde, com o objetivo de ver alguma demanda assistencial ou não assistencial atendidas. Este fenômeno também tem deixado em evidência a atuação do Poder Judiciário, cujas decisões causam inegável impacto regulatório, sendo que, nem sempre, são observados os preceitos e normas editadas pela ANS, órgão responsável pela regulação do setor.

Por esta razão, é de suma importância voltarmos os olhos, também, para os efeitos que estas decisões provocam no mercado e analisarmos até que ponto o benefício garantido para um indivíduo, com a justificativa de garantia do direito fundamental à saúde, se justifica ou se sustenta dentro de um sistema regido por regras específicas e que envolvem outros aspectos, tais como mutualidade, garantia de cobertura limitada, sinistralidade, etc.

Conhecer o histórico normativo do direito à saúde e da regulação da saúde suplementar, assim como as causas que contribuem para o surgimento dos conflitos neste setor, é fundamental para uma melhor compreensão do fenômeno da judicialização e das suas consequências para o mercado e para a regulação. Isto porque, enquanto a judicialização não for enxergada dentro de um contexto muito maior do qual ela se aplica na prática, a regulação da saúde suplementar não conseguirá avançar em passos efetivamente transformadores para o setor e para a sociedade.

Seja pela assimetria de informação que persiste no setor ou por qualquer outra falha de mercado, a verdade é que a judicialização da saúde no Brasil já se tornou uma cultura, na qual os beneficiários acionam o poder judiciário com a certeza de que seu pleito relativo à saúde será atendido. Do outro lado, o magistrado, no afã de atender a uma demanda que verse sobre a saúde de um indivíduo, dificilmente se furtará do poder de impor a obrigação a quem, supostamente, tem maior poder econômico, ainda que não lhe caiba garantir tal demanda.

Neste passo, vale esclarecer que não se trata de anular ou mitigar o direito fundamental à saúde, garantido a todo ser humano, mas de adequá-lo à medida que pode ou deve ser prestado, quando inserido dentro de uma relação jurídica privada, que é a que se estabelece entre o consumidor e a operadora de plano de saúde. Mesmo porque, a Constituição é clara ao atribuir ao Poder Público o dever de garantir a todos os indivíduos o direito à saúde, de forma universal e igualitária. Às operadoras de planos de saúde, por outro lado, cabe garantir o direito de assistência à saúde, nos limites da contratação que se estabelece regida por normas técnicas e específicas pertinentes ao setor da saúde suplementar.

Isto porque, ainda que se trate de atividade de inquestionável interesse e relevância social, o serviço de assistência à saúde prestado pela iniciativa privada tem natureza essencialmente econômica, pautada nos fundamentos da livre concorrência, e se respalda em bases financeiras, atuariais, jurídicas e, principalmente, regulatórias previamente estabelecidas, de forma que, qualquer alteração de forma individualizada ou promovida sem a devida análise consequencialista, pode acabar provocando efeitos indesejados e não considerados, e que, certamente, sempre são compensados ou repassados para toda a coletividade envolvida.

Assim, a abordagem do impacto regulatório da judicialização da saúde suplementar passa tanto pela análise do sistema regulatório deste setor, como pelas demais questões que orbitam ao redor do tema, como a atuação do poder judiciário diante de temas de alto impacto social. O assunto também traz à tona não só o impacto que as decisões judiciais provocam em um mercado estritamente regulado, como, também, deixa em evidência a linha tênue que existe entre poder regulador e o poder jurisdicional. Por fim, também vale a reflexão sobre a necessidade de conciliação de valores, aparentemente opostos, como o direito fundamental à saúde e os valores da ordem econômica constitucional, mas que devem conviver em harmonia para que sejam garantidos, cada um na sua medida.

2. DA REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

O marco regulatório da saúde suplementar surgiu em uma década marcada pela desestatização e pelo aumento de investimentos privados em setores de interesse social, um cenário no qual o Estado não podia mais ser provedor de todos os serviços essenciais para o bem-estar e para a economia do País. Assim, interesses políticos e econômicos convergiram para permitir à iniciativa privada a execução de diversas atividades de interesse social, sob uma espécie de supervisão externa do Estado, através do poder regulador¹⁴.

No caso dos serviços de saúde, a exploração pela iniciativa privada já ocorria mesmo antes da promulgação da Constituição Federal, através dos sistemas assistenciais, que acompanharam o desenvolvimento industrial, além dos convênios firmados entre empresas empregadoras e empresas médicas, que contavam com rede própria de serviços, estimulando também a organização e o surgimento de novos prestadores de serviços, assim como as redes de medicinas de grupos.

Com o advento da Constituição Federal, o direito à saúde restou sacramentado como direito fundamental, cabendo ao Estado, nos termos do art. 196, o dever de garanti-lo “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, o que viria a ser organizado através do Sistema Único de Saúde. Por outro lado, o art. 197, em sua parte final, conjugado com o art. 199, legitimou a prestação da assistência à saúde pela iniciativa privada, através do sistema de saúde suplementar, com natureza de atividade econômica de interesse social, atrelada aos fundamentos da ordem constitucional econômica e submetida à regulação estatal, nos termos dos arts. 170 e 174 da CF.

Também nesta época, surgiram novos agentes econômicos como seguradoras, operadoras de planos de saúde, autogestões e cooperativas, desenhando um mercado altamente competitivo e com grande movimentação de valores, ao mesmo tempo em que crescia também a conscientização dos cidadãos em relação à defesa dos seus direitos, sobretudo na qualidade de consumidores. Foi neste contexto que se constituiu o marco regulatório da saúde suplementar, através da Lei nº 9.656/1998, também conhecida como Lei de Planos de Saúde, seguida pela edição da Lei nº 9.961/2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS.

¹⁴ Nesse viés, MOREIRA NETO (2003, pág. 30-31) evidencia que, a partir do momento em que se reconhece que o Estado, além de não possuir recursos suficientes para garantir os investimentos necessários, era mau administrador, passou-se a admitir a transferência de diversos serviços públicos para o setor privado, o que, no entanto, não retirava a sua “natureza pública”, razão pela qual restavam conservadas as responsabilidades e os deveres do Estado pela sua adequada prestação. Nesse contexto, o poder público deixava de lado o seu papel de protagonista da execução daqueles serviços, para assumir as funções de planejamento, regulação e fiscalização, merecendo destaque, também neste cenário, as agências reguladoras.

Antes de tais normas, o serviço da saúde privada se submetia apenas às leis gerais, como o Código Civil e o Código de Defesa do Consumidor, ao passo que as seguradoras se submetiam às normas editadas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados e pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, ainda que tais normas fossem essencialmente aplicáveis para seguradoras, e não para medicinas de grupo, cooperativas, autogestões, etc. Por isso, a Lei 9.656 de 1998 trouxe preceitos normativos de suma importância, que permitiram disciplinar de forma minuciosa diversos aspectos do mercado de saúde suplementar, como aqueles relativos à constituição e registro das operadoras, modalidades de planos de saúde, procedimentos e tratamentos médicos de cobertura obrigatória, períodos de carência e reajustes de mensalidades, constituindo verdadeiro estatuto de defesa do mercado e dos consumidores de planos de saúde.

O regime regulatório também impôs uma espécie de limitação à autonomia privada e à liberdade de contratar das operadoras, trazendo regras que impedem a discriminação entre beneficiários, a exclusão ou rescisão unilateral e imotivada dos contratos, além de estabelecer um rol mínimo de procedimentos médico-hospitalares de cobertura obrigatória.

A Lei nº 9.961/2000, por sua vez, que criou a ANS, surgiu da necessidade de criação de um ente dotado de autonomia e capacidade técnica para exercer a atividade regulatória, com competência legal para controlar, fiscalizar e normatizar a conduta dos agentes envolvidos no setor, buscando o equilíbrio do mercado, bem como a proteção da defesa da concorrência, da livre iniciativa e dos interesses dos beneficiários, na qualidade de consumidores e titulares do direito fundamental da saúde.

A regulação da saúde suplementar no Brasil se desenvolveu, portanto, a partir da criação da lei de planos de saúde e amadureceu com a criação da agência reguladora, responsável por editar normas direcionadas para o bom funcionamento do setor, dotadas de tecnicidade e especialização e que levam em conta aspectos econômicos e financeiros dos contratos de planos de saúde, bem como o perfil dos agentes envolvidos neste cenário, sejam eles operadoras, seguradoras, administradoras de benefícios, prestadores ou os próprios beneficiários.

A ANS também age conciliando interesses e dirimindo conflitos entre estes atores, sobretudo nas demandas que envolvem operadoras e beneficiários, avaliando e mediando casos de descumprimento das normas de regulação e obrigações previstas em contrato, além de aplicar penalidades em casos, por exemplo, de negativa de cobertura, reajuste indevido de mensalidades, além dos casos de rescisão ou exclusão contratual, dentre outros, sempre com base nas normas e nos preceitos que guiam a regulação do setor.

Assim, pelo que se infere do histórico da regulação da saúde suplementar no Brasil, a Constituição Federal instituiu sistemas distintos para a prestação de serviços de assistência à saúde, sendo o Sistema Público garantido pelo Poder Público, de forma universal e igualitária através do SUS e do Sistema Complementar; e o sistema privado, desempenhado pelo setor da Saúde Suplementar. Essa dualidade de regimes, em que pese tratem do mesmo objeto, impõe uma importante distinção entre as normas que são aplicadas ao poder público, quando da prestação do serviço público de saúde; e em face das entidades privadas que exercem a atividade de assistência à saúde pela livre iniciativa, e que se submetem às normas da regulação.

3. DO IMPACTO REGULATÓRIO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

O advento da Lei de Planos de Saúde e a criação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar provocaram importantes mudanças no âmbito da saúde privada, ao promoverem a regulação, a normatização e a fiscalização das operadoras de planos de saúde, além de proporcionarem mais segurança e mais informação aos beneficiários, definindo de forma mais clara os direitos e as obrigações inseridos nessas relações.

A despeito desses avanços, a regulação da atividade de assistência à saúde privada não logrou extinguir por completo as falhas deste mercado, sobretudo no que se refere à assimetria de informação e à concentração de mercado e do poder econômico por alguns agentes, o que, aliado a uma maior conscientização dos beneficiários em relação aos seus direitos e um aumento da organização da sociedade civil pela defesa de direitos da coletividade e dos consumidores, ensejou um aumento significativo de demandas judiciais, fazendo surgir o que hoje se denomina judicialização da saúde suplementar.

Em que pese alguns estudiosos do tema considerarem o aumento da judicialização como uma consequência negativa da regulação do setor, sob alegação de que o excesso de normativos provoca mais conflitos e, portanto, mais demandas judiciais, deve-se entender que este processo nada mais é do que reflexo de um mercado bem definido por direitos e obrigações, criados a partir de uma extensa regulamentação técnica e jurídica desenvolvida pelo órgão regulador competente, revelando um aspecto positivo de mais transparência e de conscientização dos atores envolvidos. Além disso, a judicialização de temas que envolvem interesses sociais e coletivos, como o direito à saúde, é inerente a um Estado Democrático de Direito, contribuindo para o debate e para o aperfeiçoamento de diversos segmentos da economia, da sociedade e do próprio sistema regulatório.

No entanto, mesmo contribuindo para a melhoria da regulação, revelando falhas e lacunas na atividade regulatória e submetendo ao crivo do judiciário diversas questões conflituosas, a judicialização da saúde suplementar demanda uma análise cuidadosa em relação às suas consequências, tendo em vista que, muitas decisões judiciais acabam interferindo na dinâmica do setor, que é cercado de normativos específicos e de alto conteúdo técnico, mas que também envolve temas sensíveis como direito à saúde e direito à vida, e outros temas de menor apelo social, mas de grande importância para o desenvolvimento de uma atividade econômica, como a livre iniciativa, a propriedade privada e a defesa da concorrência.

O que se identifica do perfil das decisões que garantem direitos aos beneficiários além das regras da regulação e dos contratos, é a vontade do magistrado de prover aos cidadãos um direito que, muitas vezes, não é plenamente garantido por quem deveria fazê-lo: o Estado. Conforme bem definido pela Constituição Federal, à Saúde Suplementar cabe a prestação do serviço de assistência à saúde, que deverá ser prestador nos termos e limites definido pela Lei de Planos de Saúde e seus normativos correlatos, de forma que, não é a saúde suplementar que deve ser responsável pela garantia total e ilimitada dos recursos de saúde demandados pelos consumidores, além daquilo que for estabelecido pela regulação.

Essa distinção, contudo, acaba sendo ofuscada numa época em que o ativismo judicial ganha forças, com o Poder Judiciário assumindo seu franco papel de realizador de justiça e direitos fundamentais. Contudo, sem uma ponderação consequencialista destas demandas, esse ativismo do judiciário acaba provocando uma instabilidade no ambiente regulado, ao se colocar em conflito com as normas editadas pelo órgão regulador competente e contribuir para o desequilíbrio econômico-financeiro das relações constituídas no setor¹⁵.

De acordo com os dados do Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar¹⁶, a maioria das decisões proferidas nas demandas promovidas por beneficiários em face de operadoras de planos de saúde é favorável ao autor da ação. Contudo, em muitos destes casos, é possível observar a tendência do judiciário de decidir esse tipo de ação com fundamento no direito à saúde e à vida do consumidor, ainda que o pleito não tenha respaldo no contrato firmado entre as partes, nem nas normas editadas pela ANS.

Em alguns casos, as decisões chegam a equiparar a atividade de assistência à saúde privada ao dever do Estado de garantir o direito à saúde a todos os indivíduos, sem abordar questões técnicas inerentes à regulação do setor, nem questões relativas à natureza econômica dos contratos de plano de saúde. É o que se confirma pelo acórdão proferido pelo TJMG, nos autos da Apelação Cível 1.0103.08.006662-6/001:

Ora, o particular que presta uma atividade econômica correlacionada com os serviços médicos e de saúde possui os mesmos deveres do Estado, devendo seu contrato ser submisso às normas constitucionais e infraconstitucionais diretamente ligadas à matéria. Assim, apesar de a assistência à saúde ser livre à iniciativa privada, esta não pode exercer a sua liberdade econômica de forma absoluta, encontrando limitações destinadas a promover a defesa do consumidor dos serviços de saúde, a fim de que seja atingida a finalidade de assegurar a todos uma existência digna conforme os ditames da justiça social (art. 170, CF). Com efeito, **embora aparentemente válida a cláusula que limita o tratamento no caso de quimioterapia, não se coaduna esta com as necessidades do consumidor que, ao contratar, almejou um plano de saúde que lhe garantisse uma assistência médico-hospitalar completa**, preservando sua integridade física como um todo¹⁷. (MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado. Apelação Cível 1.0103.08.006662-6/001. 14ª Câmara Cível. Relator: Des. Valdez Leite Machado. j. 23 jul. 2009. DJ, 18 ago. 2009). Grifo nosso.

Ocorre que, a despeito de tratar de tema sensível, não se pode esquecer que as relações jurídicas da saúde privada se revestem de preceitos distintos daqueles que prevalecem na saúde pública, de forma que não se pode exigir do particular a garantia da prestação da mesma forma que se exigiria do poder público. No âmbito das relações privadas, o direito fundamental deve ser ponderado em face de outros direitos também fundamentais, uma vez que, nos contratos de planos de saúde, ambas as partes são titulares de direitos desta natureza¹⁷.

¹⁵ Na análise e julgamento de casos individuais de saúde pública e privada os eventuais danos das decisões judiciais parecem sempre menores. De fato, ao decidir sobre a necessidade de fornecimento de um medicamento para tratamento de uma doença grave, o magistrado analisa o caso individual e concreto que ao final, se a decisão for favorável ao cidadão que está doente, implicará custos de cem mil reais, por exemplo. Esse valor não será considerado exorbitante nem para o Poder Público e nem para as operadoras privadas. Mas, dois problemas repercutem de imediato: cria o precedente para que outros demandem para obtenção do mesmo benefício; e, substitui o debate político sobre a concessão de benefícios no âmbito da relação custo x benefício para toda a mutualidade, seja ela pública ou privada (CARLINI, 2014, pg. 124).

¹⁶ Fonte: TJSP. Scheffer, M. Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar (DMP/FMUSP). Referente à análise de 4.000 decisões judiciais de segunda instância envolvendo planos de saúde coletivos na Comarca de São Paulo do TJSP, 2013 e 2014.

¹⁷ Um detido e pormenorizado estudo dos casos envolvendo questionamentos judiciais atinentes à cobertura de procedimentos médico-hospitalares pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, permite inferir que raros foram os casos em que a solução atribuída adentrou na discussão deste relevante tema da eficácia do direito fundamental à saúde no âmbito das relações jurídicas entre particulares, quedando a análise restrita, na maioria das vezes, a análise da abusividade das cláusulas contratuais limitadoras da cobertura. MARTINS, 2010, pág. 166.

Os contratos de plano de saúde têm natureza essencialmente econômica e securitária, envolvendo questões atuariais, de mutualidade, onerosidade, solidariedade e aleatoriedade, exigindo-se do julgador, não só a análise dos direitos do beneficiário à luz da Constituição Federal e do CDC, mas, também a aplicação dos princípios da ordem constitucional econômica e uma adequada análise econômica do direito.

Se, de um lado, o beneficiário pleiteia a garantia do direito à saúde através da cobertura de algum procedimento, ou da redução de percentual de reajuste em sua mensalidade, por exemplo; do outro lado, figura a operadora como titular do direito fundamental à livre iniciativa, de liberdade de contratar e da propriedade privada, devendo haver um equilíbrio entre os valores envolvidos, não sendo razoável que um particular exija de outro a garantia de um direito fundamental além dos limites traçados por um instrumento contratual e pelas normas específicas de regulação que se aplicam àquela relação jurídica, numa clara violação ao princípio da boa-fé objetiva¹⁸.

Além disso, a ideia de que o direito à saúde é um direito público subjetivo não pode prevalecer quando ele se manifesta nas relações entre particulares, pois, ainda que se admita a eficácia horizontal dos direitos fundamentais, a vinculação dos sujeitos privados não pode ser tratada da mesma forma que a vinculação do poder público (SARLET, 2001). A regulação da saúde suplementar preconiza justamente a busca pelo equilíbrio entre os interesses envolvidos nestas relações, conciliando valores sociais, coletivos e individuais com valores econômicos. Na busca pelo balanceamento desta equação, o regulador desenvolve ferramentas técnicas e jurídicas que definem direitos e obrigações de beneficiários e operadoras, mas também desenha os limites destas atribuições, a fim de garantir a sustentabilidade do mercado, bem como a adequação do serviço prestado.

Assim, no âmbito da saúde privada, a eficácia horizontal dos direitos fundamentais deve ser aplicada para definir os limites da obrigação de prestar assistência à saúde e os limites do direito de exigir esse serviço, limites estes distintos daqueles que se colocam no ambiente público. A regulação, nesse sentido, exerce um papel fundamental, uma vez que o mercado só se sustenta se todas as partes tiverem os seus interesses atendidos. O poder judiciário, por sua vez, também deve fazer essa ponderação para evitar que as demandas judiciais ajuizadas contra operadoras se transformem em verdadeira ferramenta para satisfação de prestações materiais e de cunho social, cuja responsabilidade caberia ao Estado e não ao particular.

A judicialização da saúde suplementar também demanda uma reflexão acerca do seu impacto econômico na regulação, na medida em que, as decisões que extinguem, impõem ou relativizam direitos e obrigações dentro de um contrato de plano de saúde, geram efeitos para todo o universo de beneficiários vinculados a uma operadora e para o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos¹⁹. Isto acontece, por exemplo, quando a operadora é condenada a garantir determinado procedimento que não esteja previsto no rol de procedimentos da ANS nem nas cláusulas do contrato ou quando algum reajuste, aplicado para fins de equilíbrio do contrato, é revisto ou negado, sem que seja realizada uma perícia atuarial.

18 Há que se levar em consideração que o ordenamento jurídico também assegura aos particulares os direitos fundamentais à liberdade e à livre iniciativa, bem como a autonomia privada. Não é o fato de ser o particular detentor de poder financeiro que o tornará devedor necessariamente de prestações materiais não contratadas ou não consideradas obrigatórias em nome do direito fundamental à saúde. A admissão de uma eficácia irrestrita e incondicionada do direito à saúde e seus beneficiários e, até mesmo em relação aos terceiros não beneficiários, ao ponto de torná-la obrigada a cobrir procedimentos ou tratamentos médicos não obrigatórios ou que não foram contratados viola o direito fundamental à livre iniciativa, autonomia privada e liberdade contratual, arrostando a própria eficácia do princípio da preservação da empresa. SCHULMAN, 2009, pág. 81

19 A análise econômica deve, então, considerar o ambiente normativo no qual os agentes atuam, para não correr o risco de chegar a conclusões equivocadas ou imprecisas, por desconsiderar os constrangimentos impostos pelo Direito ao comportamento dos agentes econômicos. O Direito, por sua vez, ao estabelecer regras de conduta que modelam as relações entre pessoas, deverá levar em conta os impactos econômicos que delas derivarão, os efeitos sobre a distribuição ou alocação dos recursos e os incentivos que influenciam o comportamento dos agentes privados. Assim, o Direito influencia e é influenciado pela Economia, e as Organizações influenciam e são influenciadas pelo ambiente institucional. A análise normativa encontra a análise positiva, com reflexos relevantes na metodologia de pesquisa nessa interface. SALAMA, 2010, pág. 11.

Apesar da Constituição Federal de 1988 estabelecer que Estado e sociedade civil devem atuar solidariamente para garantir o direito à saúde, no mercado da saúde privada o conceito de solidariedade une-se ao conceito de mutualismo, já que os contratos de planos de saúde se mantêm através das contribuições de todos os beneficiários, cujo valor da mensalidade é ponderado de acordo com o perfil de cada usuário, levando em consideração aspectos como custo de despesas hospitalares, idade (pacto intergeracional), frequência de utilização, fatores de riscos, abrangência da rede de prestadores, dentre outros serviços.

Cada produto ou plano é sustentado por uma coletividade de beneficiários, de forma que a alteração na equação atuarial entre o valor da mensalidade e o custo efetivamente despendido pela operadora diante de uma nova obrigação que lhe é imposta compromete a alocação dos recursos, sendo inevitavelmente repassado para todos os usuários. A imposição pelo judiciário de novas obrigações prestacionais que não estejam previstas em contrato, nem nas normas de regulação, também afetam a aplicação da teoria dos custos de transação, desenvolvida justamente para reduzir o impacto de eventos futuros e incertos, característicos de um contrato de plano de saúde, tendo em vista a sua aleatoriedade.

O mercado da saúde suplementar também se submete à orientação da ANS que atua, na qualidade de Estado-Regulador, orientando o comportamento dos agentes econômicos envolvidos no setor, sempre com vistas a manter o equilíbrio do mercado e garantir o máximo de efetividade dos direitos atribuídos aos beneficiários dos planos de saúde. Isso se dá, sobretudo, através da construção de normas e parâmetros relativos à precificação dos produtos ofertados, à determinação e aplicação de preços, bem como em relação à gama de serviços e procedimentos que deverão ser prestados obrigatoriamente pelas operadoras de planos de saúde.

As reservas financeiras das operadoras também se submetem ao controle restrito da ANS, sobretudo através do FGS – Fundo Garantidor da Saúde Suplementar, criado com a finalidade de compor ativos garantidores, capazes de sustentar a liquidez e a subsistência das operadoras. Isto significa que os valores praticados pelas operadoras, assim como os seus rendimentos, também são submetidos à regulação, para que os custos sejam distribuídos entre os seus beneficiários.

Apesar disso, o fator custo nunca foi impedimento para o Poder Judiciário fazer valer a eficácia do direito à saúde no âmbito da saúde suplementar. Muito pelo contrário. O que se vê são ordens judiciais que deferem pleitos, sem considerar como se dará a alocação de recursos para cumprimento daquela obrigação. A consequência disso é que as decisões judiciais que criam novos direitos e obrigações a respeito de temas que já foram submetidos ao crivo do regulador, ou mesmo quando ainda não foram objeto de regulação, acabam provocando impactos econômicos, que demandam a realocação de valores, sendo que, todos os custos suportados pelos agentes econômicos são repassados para os consumidores e os valores que poderiam estar sendo usados para custear obrigações previstas em contrato ou pela regulação acabam sendo utilizados para recompor o equilíbrio dos contratos, o que reflete, também, para os demais usuários ²⁰.

Nessa perspectiva, há quem questione a competência técnica e legal do Poder Judiciário para proferir decisões sobre relações jurídicas que já se encontram regulamentadas por um órgão criado por lei justamente para essa função:

²⁰ Com isto, pretende-se dizer que uma característica é comum aos negócios jurídicos dos quais aqui se cuida: o consumidor, ao contratar um plano de saúde, transfere para a operadora o risco do custo da assistência médica hospitalar ou odontológica, trocando a possibilidade de uma grande perda pelo pagamento de uma contraprestação pecuniária periódica; a operadora, por sua vez, distribui esse custo entre todos os seus consumidores, já que, a rigor, será suportado pelo fundo formado a partir das contraprestações de todos. Nesse sentido, é possível falar numa solidariedade coletiva como substrato dos planos de saúde, pois diante da impossibilidade de evitar por completo os riscos decorrentes dos males que ameaçam a sua higidez, o consumidor opta por partilhá-los por outros SARLET (2009, pág. 285).

Diante da normatização infraconstitucional suficiente e conforme o texto constitucional e seu projeto de máxima efetividade dos direitos fundamentais, apta a regulamentar o caso concreto, não há, em princípio, qualquer justificativa para que o intérprete aplicador do direito recorra imediata e diretamente ao preceito constitucional veiculador do direito fundamental, em substituição à atividade ponderativa realizada pelo Legislativo, sob pena de violação dos princípios constitucionais democrático e da separação dos poderes, salvo em hipóteses excepcionais. (STEINMETZ, 2004)

O mesmo raciocínio se aplica em relação às competências exercidas pelas agências reguladoras. Considerando que a regulação do mercado de saúde suplementar foi outorgada à ANS pelas leis nº 9.656/98 e nº 9.961/00, para promover a regulação da matéria dentro da sua competência, tais atos normativos devem ser observados no processo decisório do poder judiciário²¹, não havendo que se cogitar da substituição da sua atuação pela atuação do poder judiciário, a não ser nos casos de flagrante ilegalidade.

No caso das ações que questionam reajuste por faixa etária, por exemplo, o que se observa é uma definição aleatória quando os percentuais de tais reajustes são levados ao poder judiciário. Na maioria das ações, vê-se que os percentuais são considerados ilegais ou abusivos, apenas com base no Estatuto do Idoso e no princípio da razoabilidade e da proporcionalidade, sem que seja levada em consideração a Resolução Normativa nº 63/2013 da ANS, que define de forma expressa e detalhada os limites para a variação de preço por faixa etária nos planos contratados a partir de 1º de janeiro de 2004 e para os planos antigos que não tenham cláusula contratual específica, estabelecendo 10 faixas etárias – a última aos 59 anos.

É o caso do julgamento da ação que tramitou no TJMG, cuja decisão de primeira instância decidiu pela procedência do pedido do autor que questionava, com fundamento no §3º do Art. 5º do Estatuto do Idoso, o reajuste aplicado à mensalidade do seu contrato por motivo de mudança de faixa etária, mesmo após a perícia produzida na instrução processual indicar que o reajuste era necessário para o equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Em segunda instância, porém, a sentença foi reformada, reconhecendo-se a validade do reajuste, tendo em vista a total observância das normas impostas pelo órgão regulador, senão vejamos:

APELAÇÃO CÍVEL - REVISÃO CONTRATUAL C.C. CONSIGNAÇÃO EM PAGAMENTO - NULIDADE DE CLÁUSULA DE REAJUSTE DE PLANO DE SAÚDE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA - CONTRATO ANTERIOR AO ESTATUTO DO IDOSO - REAJUSTE PREVISTO E AUTORIZADO PELA ANS - AUSÊNCIA DE ABUSIVIDADE. Se o julgador expôs os motivos que o levaram à formação de seu convencimento, a sentença foi fundamentada, sendo desnecessário o pronunciamento expresso sobre provas e leis que a parte entende importantes se já expôs motivo suficiente para julgar em determinado sentido. **Se o contrato de plano de saúde foi firmado antes da entrada em vigor do Estatuto do Idoso, válida é a cláusula de reajuste da contraprestação, autorizada pela ANS, em função da mudança de faixa etária do usuário.** Preliminar rejeitada e recurso provido. (MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado. Apelação Cível 1.0024.07.426137-1/001. 10ª Câmara Cível Relator: Des. Gutemberg da Mota e Silva. j. 14 dez. 2010. DJMG, 14 jan. 2011) (Grifo nosso)

21 Nesse sentido, MARIA ELISA CURCIO destaca que: O espírito de tal delegação da atividade legislativa tipicamente do Poder Legislativo (Montesquieu) se deve ao fato de que as agências reguladoras são compostas em seus quadros, por especialistas afeitos ao espectro do órgão. O que, portanto, confere a oportunidade da criação de textos mais específicos e adequados ao assunto em tela. (<https://www.jota.info/colunas/as-claras/atividade-reguladora-no-brasil-14122017>)

Como se vê, nas demandas ajuizadas para questionar a aplicação de reajuste por faixa etária em face do Estatuto do Idoso, os julgadores afastam a incidência deste reajuste, ou diminuem o seu percentual, mesmo que ele esteja previsto no contrato e de acordo com o normativo da ANS, havendo casos em que sequer se produz a prova pericial capaz de determinar o índice de reajuste adequado para aquela faixa etária. Tampouco são levadas em consideração eventuais informações de cunho atuarial ou qualquer outro dado relativo ao equilíbrio econômico-financeiro do contrato, provocando inequívoca instabilidade nessas relações.

Vale lembrar que, o reajuste por mudança de faixa etária, assim como os parâmetros fixados pela resolução nº 63/2003 da ANS, tem como fundamento o mutualismo (regime de repartição simples) e o princípio da solidariedade intergeracional, que visa equilibrar os custos entre os usuários agrupados de acordo com a idade, protegendo e garantindo o acesso dos consumidores de mais idade, que representam mais custos para as operadoras, além de evitar que somente os mais jovens sejam privilegiados por mensalidades mais baixas, por representarem um menor risco, numa espécie de subsídio cruzado. Porém, quando estes reajustes são revisados pelo judiciário de forma pontual e individual, sem uma ponderação do impacto econômico que a decisão irá causar, os custos de tal intervenção são repassados para todo o universo de beneficiários que compõem a carteira de determinado plano, provocando um desequilíbrio em cadeia.

Nesse sentido, andou bem o STJ, em sede de recurso repetitivo (Tema 952²²), ao decidir pela legalidade dos reajustes por faixa etária em face do Estatuto do Idoso, desde que haja previsão contratual, que tais reajustes estejam de acordo com as regras editadas pela ANS e desde que não sejam desarrazoados. Essa decisão não só confirma a legitimidade das normas editadas pela ANS, sobretudo os parâmetros estabelecidos na RN 63/2003, como também atribui ao julgador um juízo de valor sensível em relação à “razoabilidade” dos percentuais aplicados, na medida em que impõe uma ponderação entre o direito fundamental à saúde, através do acesso e da manutenção do idoso no plano; e todos os aspectos econômicos que também são inerentes e fundamentais para a sustentabilidade do contrato do plano de saúde, representando, ao fim, uma inequívoca atividade de regulação.

Mais uma vez, destaca-se que a presente exposição não tem o condão de legitimar ou mesmo sustentar os reajustes aplicados de forma aleatória pelas operadoras de planos de saúde, nem respaldar nenhuma atitude abusiva e ilegal, que deve ser abruptamente combatida, seja pela via da regulação, seja pela via judicial. O que se pretende é chamar a atenção para a ausência de tecnicidade especializada detectada em diversas decisões judiciais, que acaba afetando o ambiente regulado ao trazer instabilidade e insegurança jurídica para os contratos de planos de saúde.

Outro exemplo que também merece atenção, em razão dos efeitos provocados no ambiente regulado, é o da Súmula nº 102 editada pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, que estabelece: “Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento de sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS”. De acordo com esse entendimento, havendo indicação médica, os planos de saúde estão obrigados a custear tratamento de natureza experimental ou que não esteja incluído no rol de procedimentos obrigatórios da ANS. Tal orientação, além de ser contrária à legislação vigente, tem inegável conteúdo regulatório, na medida em que impõe às operadoras uma obrigação que extrapola as regras editadas pela própria ANS, além de provocar instabilidade e insegurança jurídica nas relações entre beneficiários e planos de saúde.

O art. 10 da Lei de Planos de Saúde estabelece em seu caput, a regra geral que impõe a cobertura de todas as doenças listadas na Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde. Na parte final da sua redação, contudo, admite a exclusão de cobertura para alguns casos, dentre os quais figura logo no inciso I o tratamento clínico ou cirúrgico experimental. O §1º do mesmo artigo ainda esclarece que as exceções serão objeto de regulamentação pela ANS, ao passo que o §4º estabelece que “a amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS”. O inciso III do art. 4º da Lei 9.961/2000, por sua vez, informa que é da competência da ANS “elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei 9.656, de 03 de junho de 1998 e suas excepcionalidades”.

Assim, ao contrário do quanto determinado pela Súmula nº 102 do TJ/SP, os tratamentos de natureza experimental estão expressamente excluídos da cobertura obrigatória dos planos de saúde, cabendo ao órgão regulador eventual regulamentação a seu respeito. Além disso, a cobertura obrigatória encontra-se restrita aos procedimentos e eventos listados no rol elaborado pela ANS, além de qualquer outro item que esteja previamente previsto no contrato firmado entre as partes, independentemente de prescrição médica. A regra do Rol só é mitigada para os contratos firmados antes da Lei de Planos de Saúde e que não tenham sido adaptados, quando prevalecerá a disposição contratual em relação à abrangência e aos limites da cobertura. Ainda assim, é da ANS a competência legal para definir a amplitude da cobertura obrigatória dos contratos de planos de saúde, da qual estarão excluídos – salvo previsão expressa em contrato – os tratamentos e cirurgias de natureza experimental, dentre outras hipóteses listadas no art. 10 da Lei nº 9.656/98.

O rol de procedimentos da ANS consiste em uma lista extensa com os procedimentos que devem ser obrigatoriamente cobertos pelas operadoras, cuja definição leva em consideração fatores como segurança, efetividade e custo, representando um instrumento imprescindível para estabelecer os direitos e as obrigações oriundos das relações jurídicas dos planos de saúde. Além disso, este documento é atualizado a cada dois anos, contando com a ampla participação de agentes que atuam no mercado de saúde privada, como representantes da área técnica do órgão regulador, representantes de órgãos de defesa do consumidor, prestadores de serviços de assistência à saúde privada, dentre outros, além de se submeter a consulta pública antes da sua divulgação.

Além de ter sido atribuída por lei à ANS, a construção do rol de procedimentos decorre de um processo complexo que envolve estudos, investigações científicas, análise econômica de custo e efetividade, além de diversos debates e discussões que são travados entre os agentes do mercado, inclusive entidades defensoras dos direitos dos consumidores. A definição da cobertura obrigatória também afeta a precificação dos produtos ofertados pelas operadoras, que também é monitorada pelo órgão regulador através das NTRP’s (notas técnicas de registro de preços), com a finalidade de garantir a sustentabilidade dos planos e a compatibilidade dos preços praticados com o risco coberto pela operadora.

Nesse sentido, a edição da Súmula nº 102 do TJ/SP, além de apresentar-se desprovida de legalidade, ao garantir a prestação de tratamentos experimentais ou excluídos do rol da ANS ou dos contratos de planos de saúde, pode provocar efeitos indesejados no mercado regulado, ao ampliar a gama de serviços que devem ser prestados pelas operadoras, sem nenhuma ponderação em termos de custos, segurança e efetividade para o beneficiário. A possibilidade de ampliação do rol de procedimentos de forma subjetiva e aleatória, restrita apenas à prescrição médica e sem maiores ponderações e análises

técnicas, acaba gerando um ambiente de instabilidade no setor da saúde privada, cujos efeitos são precificados e repassados diretamente para os beneficiários.

Vale acrescentar, também, que a construção desse entendimento jurisprudencial no estado da federação que concentra o maior índice de demandas judiciais contra planos de saúde, não é capaz de impedir que as operadoras continuem a promover ilegalidades mesmo diante das regras definidas pela ANS. Ou seja, a simples imposição de novas obrigações, sem qualquer justificativa técnica ou fundamento econômico, não extingue as deficiências do setor, nem garante que os beneficiários terão acesso a procedimentos, sejam eles obrigatórios ou não.

Atento ao fenômeno da judicialização da saúde suplementar e às suas consequências no mercado regulado, o CNJ já reconheceu a necessidade de munir os julgadores com mais informações técnicas a respeito deste tema, ao editar a portaria nº 650, de 20 de novembro de 2009, que determina a criação de um grupo de trabalho para estudo e proposta de medidas concretas e normativas para as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

No âmbito da saúde suplementar, foi editada a recomendação nº 36, de 12 de julho de 2011, no sentido de assegurar mais eficiência na solução das demandas judiciais, sugerindo-se a criação de convênios para disponibilização de profissionais da área de saúde para auxiliar os magistrados na formação do seu juízo de valor em relação às questões clínicas apresentadas nas demandas, além de orientar os magistrados para que oficiem, quando cabível e possível, a ANS e a ANVISA, para se manifestarem sobre a matéria posta em juízo, dentro do ambiente de conhecimento de cada órgão, visando garantir um melhor embasamento técnico e jurídico para os atos judiciais.

Ainda no âmbito do CNJ, o Fórum da Saúde desenvolveu um sistema eletrônico de acompanhamento das ações judiciais que envolvem a assistência à saúde, chamado Sistema Resolução 107, além de promover a instalação dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATs) e a criação do cadastro nacional de pareceres, notas e informações técnicas, o e-NATJus, para combater a judicialização predatória.

O que se espera, é uma melhor conexão entre os poderes judiciário, executivo e mesmo legislativo, no sentido de promover mais segurança jurídica e estabilidade econômica aos agentes do mercado da saúde suplementar, sejam eles consumidores ou operadoras de saúde, sem deixar de garantir os direitos fundamentais garantidos constitucionalmente, nem os direitos estabelecidos de forma legítima e democrática através da legislação infraconstitucional, buscando o equilíbrio entre os interesses de todas as partes, numa verdadeira atividade regulatória.

4. CONCLUSÃO

A judicialização da saúde suplementar tem sido objeto de muitos estudos e análises não só por envolver um tema sensível como o direito à saúde, mas, também, porque, com o crescimento do volume de ações ajuizadas em face das operadoras de planos de saúde, cresce também a atuação do poder judiciário no sentido de garantir aos consumidores o acesso ao serviço de saúde sem, na maioria das vezes, compatibilizar os fundamentos da decisão com as normas pertinentes à regulação do setor.

Mais além da importância de se garantir o acesso à saúde para qualquer indivíduo, quando o tema é analisado no âmbito da saúde suplementar, deve-se levar em consideração que a atividade de prestação de assistência à saúde exercida pela iniciativa privada se submete a normativos específicos, editados notadamente pelo órgão regulador responsável, a ANS, de forma que qualquer decisão judicial também deveria levar tais preceitos em consideração.

No entanto, o que se verifica atualmente no judiciário é a tendência de se decidir sempre em favor do consumidor, parte economicamente hipossuficiente quando do confronto com uma operadora de plano de saúde, utilizando-se como argumento o direito fundamental à saúde, como se os planos de saúde também fossem responsáveis, na mesma medida que o Poder Público, de garantir o direito à saúde de forma universal, igualitária e ilimitada.

Em que pese a importância do papel do poder judiciário para fazer garantir a efetividade dos direitos fundamentais, não é demais lembrar que o mercado da saúde suplementar se rege por normas específicas, que delimitam os direitos e obrigações das partes envolvidas nos contratos de planos de saúde, de forma que qualquer alteração ou imposição que não esteja prevista nos normativos ou nos contratos acabam interferindo e fragilizando o equilíbrio econômico-financeiro de tais relações, além de fragilizar também, a própria atividade regulatória.

A atividade regulatória consiste em organizar o setor e garantir o equilíbrio do mercado, atendendo aos interesses de todos os atores nele envolvidos. Neste passo, as operadoras de planos de saúde se submetem a diversos regramentos específicos editados pela ANS, que define todos os aspectos da operação destes agentes do setor, como, por exemplo, a abrangência e limitação dos serviços que devem ser garantidos aos beneficiários, a organização da rede credenciada de prestadores, a composição dos ativos garantidores que garantam a solidez da companhia, a precificação dos produtos que serão comercializados, os procedimentos para resolução de conflitos entre beneficiários e operadoras, as penalidades impostas pelo descumprimento de alguma norma, etc.

Por este motivo, é inegável que decisões judiciais proferidas sem levar em consideração todo esse arcabouço regulatório acaba causando um impacto indesejado e, na maioria das vezes, desconhecido e não contabilizado, que coloca em risco até as ações que já foram implementadas pela própria ANS.

É certo que o debate em âmbito judicial de muitos temas contribui para a evolução de questões de interesse coletivo e social, como é o caso do direito à saúde. A discussão judicial destes assuntos pode aportar ainda mais para o melhor desenvolvimento da regulação e do funcionamento do setor. Contudo isto só será possível quando os aplicadores da lei se utilizarem, também, dos preceitos inerentes à regulação, de forma que as decisões judiciais se transformem em verdadeiros instrumentos para combater às falhas do mercado da saúde suplementar, e não para fragilizar ainda mais a ordem do setor ou ampliar a distância entre os interesses envolvidos nas relações existentes no setor.

A judicialização da saúde suplementar, em que pese trazer melhorias para a regulação do mercado, exige um equilíbrio entre todos os aspectos envolvidos nos contratos de planos de saúde, que passam pela ponderação da eficácia dos direitos fundamentais entre particulares e pela análise econômica do direito, devendo haver uma compatibilização entre os interesses envolvidos e os normativos que protegem tanto os consumidores, como as operadoras. A inobservância desses preceitos, outrossim, gera inequívocos efeitos regulatórios, na medida em que alteram o sistema desenvolvido pelo órgão regulador, criando novos direitos e novas obrigações e gerando impactos econômicos tendo em vista o possível desequilíbrio econômico-financeiro.

A saída que se propõe, é uma melhor comunicação entre órgão julgador e órgão regulador, a fim de que as decisões judiciais sejam mais um meio para aplicação da melhor prática regulatória e que tais práticas também alcancem aos consumidores dos planos de saúde, com informações claras e respaldadas em preceitos regulatórios. Que as decisões judiciais sejam sempre um instrumento que promova a melhoria da regulação, seja penalizando as operadoras pelo descumprimento das normas inseridas no arcabouço regulatório, seja dando ao beneficiário uma resposta negativa ou positiva em relação ao objeto demandado, mas deixando claro de que forma a regulação as saúde suplementar foi aplicada em cada caso.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

CARLINI, Angélica. **Judicialização da saúde pública e privada**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2014.

MARTINS, Thiago Penido. **A eficácia do direito fundamental à saúde nas relações jurídicas entre operadoras de planos de assistência à saúde e seus beneficiários**. 2010. 227 f. Dissertação (Mestrado em Direito de Empresa) - Faculdade de Direito Milton Campos, FDMC, Nova Lima, 2010.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Direito Regulatório. Alternativa participativa e flexível para a administração pública de relações setoriais complexas no estado democrático**. São Paulo: Renovar, 2003.

SALAMA, Bruno Meyerhof. Apresentação. In: SALAMA, Bruno Meyerhof (Org.). **Direito e economia: textos escolhidos**. São Paulo: Saraiva, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria dos Advogados, 2001.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

SCHULMAN, Gabriel. **Planos de saúde: saúde e contrato na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

STEINMETZ, Wilson. **A vinculação dos particulares a direitos fundamentais**. São Paulo: Malheiros Editores, 2004.

Constituição do Brasil de 1988.

Lei Federal nº 9.656/98.

Lei Federal nº 9.961/00.

Resolução Normativa nº 63/2013 da ANS.

Súmula 102 do TJ/SP.

Recomendação nº 36, de 12 de julho de 2011 do CNL.

Superior Tribunal de Justiça – STJ – RECURSO ESPECIAL: Recurso Repetitivo Tema 952, Resp 1568.244 RJ.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial.** Porto Alegre: Revista de Direito Social, v.9, n.34, p.11-43, abr./jun. 2009.

CUNHA, Paulo Cesar Melo da. **Regulação Jurídica da Saúde Suplementar no Brasil.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

CURSO, Maria Elisa. **Atividade reguladora no Brasil. Um desafio para a área de Relações Governamentais.** Disponível em <<https://www.jota.info/colunas/as-claras/atividade-reguladora-no-brasil-14122017>> . Acesso em 15 de dez. 2017.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. **Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante.** Dados, v. 52, n. 1, p. 223–251, 2009.

SAMPAIO, Aurisvaldo Melo. **O regime jurídico dos contratos de plano de saúde e a proteção do sujeito mais fraco das relações de consumo.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. Direitos fundamentais sociais, “mínimo existencial” e direito privado: breves notas sobre alguns aspectos da possível eficácia dos direitos sociais nas relações entre particulares. In: SARMENTO, Daniel; GALDINO, Flávio. (Orgs.) **Direitos fundamentais: estudos em homenagem ao professor Ricardo Lobo Torres.** Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

SARMENTO, Daniel Antônio de Moraes. **Direitos fundamentais e relações privadas.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

VENTURA, M. et al. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde.** Physis, v. 20, n. 1, p. 77–100, 2010.

WILLIAMSON, Oliver E. **Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications: a study in the economics of internal organization.** 1975.

CAPÍTULO 9

IDOSOS E REAJUSTES POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA EM PLANOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DO PARÂMETRO DECISÓRIO ADOTADO PELO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ)²³

BRUNO ARAUJO RAMALHO

Mestre em Direito da Regulação (FGV Direito Rio). Bacharel em Direito pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio). Atua como Especialista em Regulação na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

EDUARDO CALASANS RODRIGUES

Mestrando em Direito da Regulação (FGV Direito Rio). Pós-graduado em Direito do Estado e da Regulação pela FGV/RJ. Bacharel em Direito pela Universidade Católica de Petrópolis/RJ. Atua como Especialista em Regulação na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

²³ Este capítulo sintetiza a Monografia intitulada “IDOSOS E REAJUSTES POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA EM PLANOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DO PARÂMETRO DECISÓRIO ADOTADO PELO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ)”, produzida no âmbito do Edital ENAP nº 25/2018 (1º PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR). As opiniões aqui expressas são de responsabilidade dos autores e não refletem, necessariamente, a visão da ANS sobre o assunto.

1. INTRODUÇÃO

Embora o maior volume dos custos advindos da judicialização da saúde²⁴ seja em decorrência das demandas em face do Poder Público, pleiteando, por exemplo, o fornecimento de medicamentos²⁵, há uma crescente litigiosidade envolvendo planos privados de assistência à saúde, sendo comuns aquelas contendas judiciais que questionam a regularidade dos reajustes de mensalidade aplicados por operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios.

Como a temática do reajuste por faixa etária foi submetida a diferentes alterações ao longo do tempo, tanto na seara regulatória quanto na esfera jurisprudencial, este artigo se presta a sistematizar, de forma descritiva, quais são os fundamentos subjacentes aos principais acórdãos do STJ sobre reajustes por mudança de faixa etária em planos de saúde, bem como discutir o protagonismo desta jurisprudência enquanto fonte de orientação para os tribunais inferiores.

Salienta-se que, no tocante às decisões proferidas por diferentes tribunais estaduais, ainda faltam estudos quantitativos e qualitativos sobre este e outros temas circunscritos na problemática “judicialização da saúde” (na esfera pública e privada) para que, então, possam ser identificadas particularidades locais importantes²⁶.

Apesar de a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça sobre reajustes por mudança de faixa etária em planos de saúde já ter sido objeto de diferentes abordagens investigativas²⁷, vislumbra-se que o tema ainda não se esgotou. Como uniformizador da jurisprudência dos tribunais estaduais, os acórdãos do STJ delimitaram diferentes critérios a serem observados pelos tribunais inferiores. Permanecem, porém, algumas dúvidas que justificam a elaboração do presente estudo, especificamente relacionadas ao formato como tais parâmetros foram sendo modificados e, por que não dizer, em que medida eles, de fato, vinculam os tribunais inferiores.

Assim, com fito de contribuir para a literatura existente sobre o tema, o objetivo do presente trabalho foi realizar um mapeamento descritivo dos principais argumentos e parâmetros que estruturam as decisões do STJ em litígios envolvendo reajustes por mudança de faixa etária em planos de saúde para, na sequência, discutir aspectos importantes e diagnosticar eventuais limitações para a aplicação da orientação jurisprudencial.

24 Apesar das diversas concepções que envolvem o termo “judicialização da saúde”, será utilizada a noção que está ligada à procura do Poder Judiciário pelos cidadãos que buscam a tutela jurisdicional relacionada a algum direito em face do poder público, no que tange à saúde pública, ou ainda, em face das operadoras de planos de saúde, no âmbito privado.

25 Segundo o parecer de 11/12/2017, do relator do projeto de Lei nº 7.419 de 2006, que altera a lei nº 9.656 de 1998, “(...) entre 2010 e 2016, foram destinados pela União R\$ 4,5 bilhões para atender a determinações judiciais de compra de medicamentos, dietas, suplementos alimentares, além de depósitos judiciais. Em 2017, até maio, a cifra chegou a R\$ 715 milhões, dos quais 687 milhões foram destinados à compra de apenas 494 itens. Até o final de 2017, a perspectiva é de que o gasto com determinações judiciais chegue a R\$ 7 bilhões” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2017a).

26 Iniciativa valiosa nesse sentido é a pesquisa realizada no âmbito do Conselho Nacional de Justiça, que compara dados da judicialização da saúde em alguns tribunais estaduais (CNJ, 2015).

27 Refere-se aqui aos estudos que investigaram a jurisprudência do STJ sob um escopo mais amplo (TRETTEL, 2010; VIANNA, 2013), e aqueles que tratam especificamente dos litígios judiciais envolvendo beneficiários idosos (LEBRÃO, 2008; COSTA, 2010; VICENTIN, 2015; TAFANELLI et al, 2015).

2. METODOLOGIA

A escolha pelo estudo dos acórdãos do Superior Tribunal de Justiça se deve à competência institucional deste órgão, para o qual a Constituição da República definiu a função de uniformizar os conflitos decisórios entre a interpretação adotada por diferentes tribunais estaduais²⁸. Trata-se, portanto, de uma fonte importante de vinculação das decisões judiciais em âmbito nacional.

Com vistas a sistematizar o parâmetro decisório adotado pelo STJ para a temática ora estudada, optou-se pela pesquisa somente das decisões colegiadas proferidas pela corte superior. Na data de 10 de agosto de 2017, foi utilizada a ferramenta de busca de jurisprudência disponibilizada pelo sítio eletrônico do STJ²⁹, adotando-se a combinação entre os descritores “plano de saúde”, “reajuste” e “faixa etária”³⁰. Os resultados da busca ficaram limitados à modalidade “acórdãos”, pois correspondem às decisões colegiadas da instituição.

Ao todo, a busca resultou em 121 (cento e vinte e um) acórdãos. Foi então realizada uma primeira leitura apenas das ementas dos acórdãos, para tentar identificar quais eram os argumentos mais repetidos e, assim, verificar quais categorias tinham maior potencial de sistematização qualitativa.

Na sequência, criou-se uma planilha a partir do programa Microsoft Excel para registrar os resultados da análise no tocante às seguintes unidades de análise, cada qual correspondente a uma coluna da planilha: (i) Referência do Acórdão; (ii) Tipo de Recurso; (iii) UF de origem; (iv) Relator; (v) Turma; (vi) Data da Publicação; (vii) Ano da Publicação acórdão (Dje); (viii) A análise foi prejudicada pelas sumulas n. 5 e 7 do STJ; (ix) Os princípios da boa-fé ou equidade estão listados no parâmetro para aferir a abusividade; (x) Os conceitos “desarrazoado”, “desproporcional” ou “aleatório” estão definidos como parâmetro para aferir a abusividade; (xi) A normatização da ANS é invocada como parâmetro para aferir abusividade; (xii) Outros argumentos relevantes sobre o parâmetro decisório (xiii) Se o acórdão foi excluído; (xiv) Outras informações importantes e transcrições do inteiro teor do acórdão.

Definidas as categorias, passou-se a ler o inteiro teor dos acórdãos (relatório, votos e acórdão) e foram eliminados 24 (vinte e quatro) acórdãos que não estavam relacionados à temática em estudo, chegando-se a um saldo de 97 (noventa e sete) unidades remanescentes. Dentre as causas de exclusão, a maior parte dos casos se refere a julgados que trataram exclusivamente de questões processuais (tal como prescrição), sem adentrar no mérito ali discutido, ou acórdãos versando sobre seguro de vida – nos quais a legislação de saúde suplementar é citada por analogia.

A análise do conteúdo de cada um dos 97 (noventa e sete) julgados restantes foi orientada com vistas a identificar, no inteiro teor do acórdão, os diferentes argumentos que estruturam o posicionamento da corte superior, destacando-se: a tese jurídica adotada; a legislação positivada e a estrutura principiológica que são mencionadas na justificação; a transcrição de precedentes do STJ sobre o mesmo tema; e a forma como o colegiado lida com a justificação decisória esposada pelo tribunal *a quo*.

28 Consoante disposto pelo artigo 105, inciso III, alínea “c” da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988), in verbis: “Art. 105. Compete ao Superior Tribunal de Justiça:

(...)

III - julgar, em recurso especial, as causas decididas, em única ou última instância, pelos Tribunais Regionais Federais ou pelos tribunais dos Estados, do Distrito Federal e Territórios, quando a decisão recorrida:

(...)

c) der a lei federal interpretação divergente da que lhe haja atribuído outro tribunal”.

29 SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA – STJ (Brasil). Pesquisa de Jurisprudência do STJ. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/>>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

30 Os descritores de busca foram: [“plano de saúde” E reajuste E “faixa etária”]

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em todos os acórdãos examinados, dois pontos são de extrema relevância para compreender a profundidade do exame jurisprudencial acerca do tema: (i) em quais casos o reajuste pode ser aplicado em mensalidades de usuários idosos; e (ii) em quais casos o reajuste aplicável é tido como irregular ou abusivo.

No que concerne à possibilidade de aplicação dos reajustes por mudança de faixa etária, há diferenças de resultado a depender do tipo de contrato ou das condições do beneficiário em cada caso concreto. Por seu turno, o debate sobre a regularidade do percentual do reajuste a ser aplicado se ampara em uma parametrização adotada pelo STJ para decidir pela “abusividade” (ou não) do percentual arbitrado.

Nos subitens a seguir, ambos os casos descritos no parágrafo anterior (aplicabilidade do reajuste em si e regularidade do percentual aplicável) serão examinados com maiores detalhes e levando-se em conta a normatização regulatória que rege o tema.

3.1. PERFIL QUANTITATIVO DA AMOSTRA EXAMINADA

Como já descrito na metodologia do estudo, trata-se de uma amostra resultante da ferramenta de pesquisa de jurisprudência que é disponibilizada pelo sítio eletrônico do próprio Superior Tribunal de Justiça (STJ).

Assim, antes de iniciar a análise dos argumentos e de outros aspectos relacionados em cada um dos 97 (noventa e sete) acórdãos, é imperioso destacar algumas informações básicas relacionadas ao conteúdo examinado.

Ainda que não tenha sido registrado um limitador de tempo para a busca, o resultado mais antigo corresponde a um acórdão publicado em 2008. Comparando as ocorrências entre si, verificou-se que a maior parte dos resultados se situa entre os anos de 2015 e 2017. Os agravos foram as modalidades com maior número.

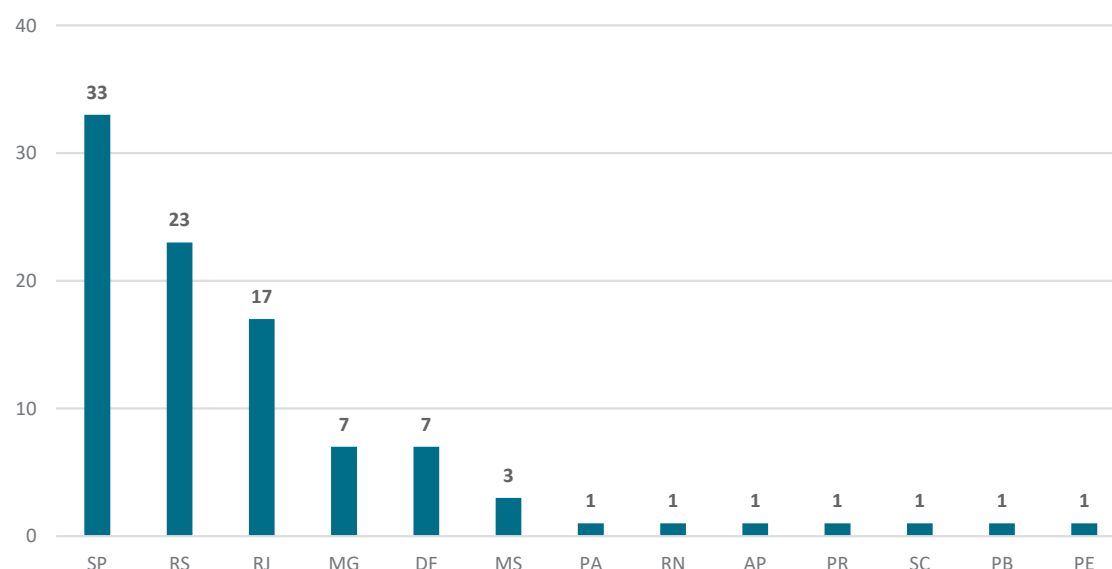
TABELA 1 – TIPOS DE ACÓRDÃO IDENTIFICADOS NA PESQUISA, POR ANO DE PUBLICAÇÃO.

Ano	Agravo	RESP	Embargos
2008	0	2	0
2009	1	0	0
2010	2	1	0
2011	3	1	0
2012	7	1	0
2013	9	1	1
2014	8	3	1
2015	23	0	1
2016	18	1	0
2017	13	0	0
Total Geral	84	10	3

Fonte: Elaboração própria.

No que tange à origem dos postulantes, constatou-se os Estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro são aqueles com maior remessa de acórdãos dentre o total:

GRÁFICO 1 – PROPORÇÃO DE ACÓRDÃOS, POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO



Fonte: Elaboração própria.

Passa-se agora à exposição e à discussão do conteúdo identificado em cada um dos acórdãos estudados.

3.2. INCIDÊNCIA DO ESTATUTO DO IDOSO

A incidência da Lei nº 10.741/2003 aos reajustes por mudança de faixa etária em planos de saúde se deve a uma vedação exclusiva destinada aos idosos nesse tipo de cobrança.

No parágrafo 3º do art. 15, a Lei dispõe que é vedada “(...) a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade”³¹. Na mesma época, o art. 2º da Resolução Normativa 63/2003³² da ANS, em vigor a partir de 01/01/2004, passou a adotar o extrato “59 anos ou mais” como teto máximo para a cobrança de reajustes por mudança de faixa etária.

Embora a Resolução Normativa 63/2003 tenha permitido um alinhamento entre normatização regulatória e Estatuto do Idoso, porquanto vedou qualquer cobrança de reajuste por mudança de faixa etária a partir de 60 (sessenta anos), permaneceu um ponto problemático acerca da incidência do estatuto perante os contratos já em vigor.

31 Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

(...)

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

32 Art. 2º Deverão ser adotadas dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:

I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos; II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos; III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos; IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos; V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos; VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos; VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos; VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos; IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos; X - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Destarte, a depender da data de celebração contratual, a agência reguladora passou a admitir quatro cenários possíveis³³ no momento da aplicação de reajustes para pessoas acima dos 60 (sessenta) anos:

- a) Contrato firmado antes da vigência da Lei nº 9.656/98: o reajuste por mudança de faixa etária rege-se pelas condições contratuais – podendo, portanto, haver reajustes para pessoas acima de 60 (sessenta) anos;
- b) Contrato firmado após a vigência da Lei nº 9.656/98 e o beneficiário possui mais de 10 anos de plano: o reajuste é indevido por expressa disposição legal, qual seja, o art. 15, parágrafo único da Lei nº 9.656/98³⁴;
- c) Contrato firmado após a vigência da Lei nº 9.656/98 e antes da RN 63/2003 da ANS: o reajuste deve respeitar as faixas etárias e proporção trazida pela Resolução CONSU nº 06/1998³⁵ – podendo, portanto, haver reajustes para pessoas acima de 60 (sessenta) anos; e
- d) Contrato firmado após a vigência da RN 63/2003 da ANS (2004 em diante): a faixa etária máxima é de “59 anos ou mais” e, desta forma, não há que se falar sobre a incidência de reajuste para idosos (faixa etária a partir de 60 anos).

A incerteza relacionada à incidência intertemporal do Estatuto do Idoso passou a ser revelada na medida em que começaram a ser questionados alguns reajustes aplicados para faixas etárias avançadas que eram regidos por condições contratuais criadas antes do advento desta regra.

Sobre os efeitos do Estatuto do Idoso em face dos contratos de planos de saúde, é notório o protagonismo do Recurso Especial n. 809.329/RJ (Relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, Dje:11/04/2008), que criou um precedente importante nesse sentido. O alcance da irretroatividade normativa foi objeto de divergência de entendimentos dentro da terceira turma: (i) o voto da ministra Nancy Andrighi, acompanhada pelo Ministro Sidnei Benetti, entendia pela aplicação imediata do Estatuto do Idoso – afastando, assim, a incidência de cláusulas prevendo o reajuste; (ii) os Ministros Castro Filho e Humberto Gomes de Barros eram favoráveis à irretroatividade do Estatuto em face das disposições contratuais preexistentes.

Venceu o entendimento tendente à aplicação imediata do Estatuto do Idoso aos contratos preexistentes, que passou a se apoiar em duas premissas básicas: (i) o contrato de plano de saúde é de trato sucessivo e, portanto, suas condições são anualmente renovadas; e (ii) o Estatuto do Idoso é uma norma de ordem pública e, como tal, deve prevalecer sobre aquelas condições contratuais que lhe sejam contrárias.

A interpretação quanto à permeabilidade de tais contratos à legislação superveniente decorre de doutrina consumerista e se encontra claramente descrito no Agravo regimental em Recurso Especial n. 707.286 / RJ (Ministro Relator Sidnei Benetti, Terceira Turma, Dje 18/12/2009), que atribui aos contratos de planos de saúde a característica de serem “cativos de longa duração” – tese muito bem explorada também no Recurso Especial n. 989.380 / RN (Relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, Julgado em 06/11/2008, DJe 20/11/2008).

³³ A maior parte desta sistematização foi extraída a partir do sítio eletrônico da ANS, no quadro explicativo denominado “Reajuste de mensalidade”, na seção referente aos reajustes por mudança de faixa etária (ANS, 2005, pp. 20-25).

³⁴ “Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.

³⁵ Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, ou sucessores, há mais de dez anos”.

Na verdade, a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 06 de 3 de novembro de 1998 traz duas faixas que incluem maiores de 60 anos, como se observa abaixo: I - 0 (zero) a 17 (dezesete) anos de idade; II - 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade; III - 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade; IV - 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade; V - 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade; VI - 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade; VII- 70 (setenta) anos de idade ou mais

Em síntese, a construção jurisprudencial do STJ não admite se tratar de uma aplicação retroativa da lei ao contrato, mas tão somente uma aplicação imediata da lei que alcança os fatos ocorridos após sua vigência, como é o reajuste.

Levada ao Supremo Tribunal Federal no bojo do Recurso Extraordinário nº 630.852 / RS, a questão teve sua repercussão geral admitida em 07 de abril de 2011 pela ministra Ellen Gracie e o recurso ainda se encontra pendente de julgamento.

Analisando-se o caso sob o prisma constitucional, vale ressaltar o posicionamento do jurista Luís Roberto Barroso, que atualmente é ministro da Suprema Corte e já se manifestou em sentido oposto à tese admitida pelo STJ, conforme se depreende do trecho abaixo, extraído da conclusão de um artigo acadêmico elaborado pelo autor:

“De tudo o que se expôs acima decorre uma resposta imediata à questão formulada: o dispositivo transcrito não pode ser validamente aplicado aos contratos antes da sua entrada em vigor. Nada obstante, decisões recentes de Tribunais estaduais vêm sufragando a aplicação imediata da lei nova frente aos efeitos de contratos de trato sucessivo firmados sob a égide da legislação anterior. Na mesma linha, o Superior Tribunal de Justiça já entendeu, em mais de uma ocasião, que a restrição imposta ao art. 15, §3º do Estatuto do Idoso – objeto deste estudo – aplica-se aos contratos de planos e seguros de saúde firmados antes de sua entrada em vigor” (BARROSO, 2012a, pp. 247-248).

Ademais, vale destacar que já existe precedente do STF em sentido contrário a qualquer retroatividade normativa que inviabilize a aplicação de condições contratuais outrora pactuadas, tal como pode ser observado na fundamentação do acórdão proferido no Recurso Extraordinário n. 204.769 / RS (Relator Ministro Celso de Mello, Primeira Turma, julgado em 10/12/1996):

“Caderneta de poupança – Contrato de depósito validamente celebrado – Ato jurídico perfeito – Intangibilidade constitucional – CF/88, art. 5º, XXXVI – Inaplicabilidade de lei superveniente à data da celebração do contrato de depósito, mesmo quanto aos efeitos futuros decorrentes do ajuste negocial (...) Os contratos submetem-se, quanto ao seu estatuto de regência, ao ordenamento normativo vigente à época de sua celebração. Mesmo os efeitos futuros oriundos de contratos anteriormente celebrados não se expõem ao domínio normativo de leis supervenientes. As conseqüências jurídicas que emergem de um ajuste negocial válido são regidas pela legislação em vigor no momento de sua pactuação. Os contratos – que se qualificam como atos jurídicos perfeitos (RT 547/215) – acham-se protegidos, em sua integralidade, inclusive quanto aos efeitos futuros, pela norma de salvaguarda constante do art. 5º, XXXVI, da Constituição da República. Doutrina e Precedentes (...) – A incidência imediata da lei nova sobre os efeitos futuros de um contrato preexistente, precisamente por afetar a própria causa geradora do ajuste negocial, reveste-se de caráter retroativo (retroatividade injusta de grau mínimo), achando-se desautorizada pela cláusula constitucional que tutela a intangibilidade das situações jurídicas definitivamente consolidadas. Precedentes” (STF, 1997).

Questões relacionadas à retroatividade do Estatuto serão novamente discutidas no tópico a seguir, que trata dos requisitos necessários para que se configure a abusividade de cláusulas contratuais que disciplinam reajustes por mudança de faixa etária.

3.3 REQUISITOS PARA A CONFIGURAÇÃO DA ABUSIVIDADE DO REAJUSTE

A partir do primeiro precedente que considerou oponível o Estatuto do Idoso em face de cláusulas contratuais que disponham sobre a aplicação de reajustes de mensalidade para beneficiários idosos, a jurisprudência foi modulando, progressivamente, o alcance desta incidência normativa perante os diferentes casos concretos.

De fato, existem situações incontroversas em que há convergência entre a lei do setor (LPS) e o Estatuto do Idoso. É o que se observa naqueles casos em que o beneficiário possui mais de 10 (dez) anos de plano e, desta forma, não deve ser submetido à aplicação de qualquer percentual. Trata-se de comando expresso nesse sentido, elencado pelo parágrafo único do art. 15 da Lei nº 9.656/98³⁶ e que já foi utilizado como fundamentação para acórdãos da corte superior³⁷.

Em todos os demais casos, entretanto, a irregularidade do aumento de mensalidade passou a ser balizada a partir da operacionalização do que se entende como a “abusividade” deste reajuste.

Até o ano de 2008, a jurisprudência consolidada pela terceira turma do STJ entendia que os reajustes por mudança de faixa etária aplicados em face dos usuários acima de 60 (sessenta) anos deveriam ser submetidos a uma aferição de abusividade a ser desempenhada pelo tribunal de origem. O trecho abaixo transcrito, extraído da ementa acórdão proferido no Recurso Especial n. 809.329 / RJ (Relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, DJe 11.04.2008), ilustra o parâmetro estabelecido à época.

“- o consumidor que atingiu a idade de 60 anos, quer seja antes da vigência do Estatuto do Idoso, quer seja a partir de sua vigência (1º de janeiro de 2004), está sempre amparado contra a abusividade de reajustes das mensalidades com base exclusivamente no alçar da idade de 60 anos, pela própria proteção oferecida pela Lei dos Planos de Saúde e, ainda, por efeito reflexo da Constituição Federal que estabelece norma de defesa do idoso no art. 230.

- A abusividade na variação das contraprestações pecuniárias deverá ser aferida em cada caso concreto, diante dos elementos que o Tribunal de origem dispuser” (STJ, 2008).

Os julgados que sucederam este precedente seguiram o mesmo percurso³⁸, até que o parâmetro que

³⁶ Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.

³⁷ Assim ficou estabelecido no Recurso Especial n. 1376550 / RS; Relator Ministro Moura Ribeiro; Órgão Julgador Terceira Turma; DJe 12/05/2015: “2. A cláusula que estabelece o aumento do prêmio do seguro de acordo com a faixa etária, se mostra abusiva somente após o segurado complementar 60 anos de idade e ter mais de 10 anos de vínculo contratual”.

³⁸ Dentro da amostra examinada, observamos que tal julgado foi um precedente fundamental para o posicionamento firmado pelo STJ nos seguintes acórdãos que lhe sucederam: REsp 989380 / RN (Relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, Publicado em: 20/11/2008); AgRg no REsp 707286 / RJ (Relator Ministro Sidnei Beneti, Terceira Turma, Publicado em: 18/12/2009); AgRg no AgRg no REsp 533539 / RS (Relator Ministro Fernando Gonçalves, Quarta Turma, Publicado em: 08/03/2010); AgRg no REsp 325593 / RJ (Relator Ministro Vasco Della Giustina, Terceira Turma, Publicado em: 16/12/2010); AgRg nos EDcl no REsp 1113069 / SP (Relator Ministro Sidnei Beneti, Terceira Turma, Publicado em: 29/03/2011); AgRg nos EDcl nos EDcl no Ag 819369 / RJ (Relator Ministro Sidnei Beneti, Terceira Turma, Publicado em: 06/05/2011); AgRg no REsp 1285591 / RS (Relator Ministro Sidnei Beneti, Terceira Turma, Publicado em: 02/12/2011); AgRg no Ag 1382274 / MG (Relator Ministro Massami Uyeda, Terceira Turma, Publicado em: 03/12/2012); AgRg no Ag 1391405 / RS (Relator Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, Terceira Turma, Publicado em: 01/03/2012); REsp 1098804 / RJ (Relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, Publicado em: 27/03/2012); AgRg no AREsp 96799 / RS (Relator Ministro Sidnei Beneti, Terceira Turma, Publicado em: 03/04/2012); AgRg no AREsp 79837 / RS (Relator Ministro Sidnei Beneti, Terceira Turma, Publicado em: 03/05/2012); AgRg no REsp 1299481 / RS (Relator Ministro Massami Uyeda, Terceira Turma, Publicado em: 13/11/2012); AgRg no REsp 1336758 / RS (Relator Ministro Sidnei Beneti, Terceira Turma, Publicado em: 14/12/2012); AgRg nos EDcl no REsp 1310015 / AP (Relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, Publicado em: 17/12/2012); AgRg no AREsp 248310 / RS (Relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, Publicado em: 18/02/2013); REsp 1228904 / SP (Relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, Publicado em: 08/03/2013); AgRg no AREsp 202013 / DF (Relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, Publicado em: 26/03/2013); AgRg no REsp 1324344 / SP (Relator Ministro Sidnei Beneti, Terceira Turma, Publicado em: 01/04/2013); AgRg no Ag 945430 / RJ (Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, Publicado em: 06/08/2013); AgRg no AREsp 244541 / MG (Relator Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, Terceira Turma, Publicado em: 15/08/2013); AgRg no AREsp 95973 / RS (Relator Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, Terceira Turma, Publicado em: 12/08/2013); AgRg no AREsp 188198 / SP (Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, Publicado em: 25/11/2013); AgRg no AREsp 257898 / PR (Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, Publicado em: 25/11/2013); AgRg no AREsp 268154 / RJ (Relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, Publicado em: 14/02/2014); AgRg no REsp 1419756 / DF (Relator Ministro Sidnei Beneti, Terceira Turma, Publicado em: 20/02/2014); AgRg no AREsp 314761 / SP (Relator Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, Terceira Turma, Publicado em: 10/04/2014).

consubstancia a “abusividade” passou a ser melhor delineado pela corte superior.

É o que se percebe, por exemplo, com a propositura da Quarta Turma do STJ em delimitar os contornos da “abusividade” no bojo do Recurso Especial n. 866.840 / SP (Relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, DJe 17/08/2011). Na ocasião, o relator foi voto vencido e o voto-vista proferido pelo Ministro Raul Araújo (que serviu de relatoria para o acórdão) delimitou que a abusividade do reajuste de faixa etária não pode ser arbitrada em quaisquer casos, haja vista que tal reajuste se justifica em decorrência do aumento de risco subjetivo. Nesse sentido, a abusividade ficou atrelada à observância de três condições: a) previsão no instrumento negocial; b) respeito aos limites e demais requisitos estabelecidos na Lei Federal nº 9.656/98; e c) observância do princípio da boa-fé objetiva, que veda índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem em demasia o segurado.

Não obstante a discussão travada no recurso especial mencionado no parágrafo anterior, a pacificação entre as teses advindas de ambas as turmas se deu com o julgamento do Recurso Especial n. 1.280.211 / SP (Relator Ministro Marco Buzzi, Segunda Seção, publicado em 04/09/2014), no qual foram confrontadas diferentes premissas sobre a declaração de abusividade em casos concretos. Explica-se.

Inicialmente, o relator declarou haver dois entendimentos acerca do tema de reajuste por mudança de faixa etária sob a proteção do Estatuto do Idoso. O primeiro entendimento seria no sentido da abusividade da cláusula contratual que prevê o aumento unicamente decorrente da mudança de faixa etária (3ª Turma). O segundo seria pela não abusividade da cláusula de reajuste quando aplicável a beneficiários idosos, devendo ser analisada a ilegalidade caso a caso (4ª Turma).

A ministra Isabel Gallotti abriu divergência, sob o argumento de que o Supremo Tribunal Federal tem jurisprudência firmada pela não admissão da retroatividade em qualquer dos seus graus, ou seja, inclusive na chamada retroatividade mínima, que seria aquela relativa aos efeitos futuros de um contrato firmado anteriormente à nova lei. Por esse motivo, não seria possível declarar nula uma cláusula prevista em contrato firmado antes da vigência do Estatuto do Idoso, mesmo que esta lei seja considerada norma de ordem pública.

Na ementa do acórdão, confirmou-se a incidência do estatuto aos contratos anteriores a sua vigência, dada a noção de relação de trato sucessivo, e entendeu-se pela inexistência de antinomia entre a Lei nº 10.741/2003 e a Lei nº 9.656/98 – devendo haver um diálogo das fontes. Ademais, definiu-se que a previsão de reajuste de mensalidade de plano de saúde em decorrência da mudança de faixa etária de segurado idoso, nos contratos firmados antes da edição do Estatuto do Idoso, não configura, por si só, cláusula abusiva, devendo sua compatibilidade com a boa-fé objetiva e a equidade ser aferida em cada caso concreto.

Especificamente a respeito da normatização regulatória aplicável aos contratos anteriores ao estatuto, o acórdão definiu diferentes pré-requisitos a serem observados pelos tribunais de origem para que se considere a cláusula abusiva, sendo possível identificar maior grau de deferência à proporção estabelecida pela regulação setorial para disciplinar a diferença entre os valores da primeira e da última faixa etária (seis vezes)³⁹.

39 Os requisitos elencados pelo acórdão foram os seguintes: “Em se tratando de contratos firmados entre 02 de janeiro de 1999 e 31 de dezembro de 2003, observadas as regras dispostas na Resolução CONSU 6/98, o reconhecimento da validade da cláusula de reajuste etário (aplicável aos idosos, que não participem de um plano ou seguro há mais de dez anos) dependerá: (i) da existência de previsão expressa no instrumento contratual; (ii) da observância das sete faixas etárias e do limite de variação entre a primeira e a última (o reajuste dos maiores de setenta anos não poderá ser superior a seis vezes o previsto para os usuários entre zero e dezessete anos); e (iii) da inexistência de índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem excessivamente o consumidor, em manifesto confronto com a cláusula geral da boa-fé objetiva e da especial proteção do idoso conferida pela Lei 10.741/2003”.

Nos casos submetidos à Corte Superior após este importante precedente, observa-se que a fundamentação decisória do STJ imprimiu um progressivo detalhamento da parametrização da abusividade dos reajustes em casos concretos, o que engloba a exigência de serem verificadas as normas regulatórias específicas que regem o contrato em questão: a depender do caso concreto, a Resolução CONSU nº 06/98 (BRASIL, 1998) ou a Resolução Normativa nº 63/2003 da ANS (ANS, 2003).

Considerando a incidência deste tema nos recursos endereçados à Corte Superior, em 2016 o Recurso Especial n. 1.568.244 / RJ (Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, publicado em 19/12/2016) foi afetado como recurso repetitivo. O voto do relator traz uma análise bastante detalhada sobre a normatização regulatória que deve prevalecer a depender da data de celebração do contrato e reafirma os três atributos que já vinham sendo caracterizados pela jurisprudência da corte para aferição da legalidade do reajuste, quais sejam: (i) a expressa previsão contratual; (ii) não serem aplicados índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios; e (iii) respeito às normas expedidas pelos órgãos governamentais.

Além dos três requisitos mencionados no parágrafo anterior, a tese firmada pelo recurso repetitivo acrescentou a necessidade de se perquirir a idoneidade do reajuste em termos atuariais. Nesse sentido, criou-se o ônus empírico para o tomador de decisão que queira caracterizar o reajuste como abusivo: deve-se demonstrar que aquele índice não possui fundamentos atuariais para ocorrer.

Conforme exposto, é possível identificar uma progressiva convergência entre o posicionamento do STJ e a normatização regulatória com o passar do tempo. Se no ano de 2008 o voto da ministra relatora no Recurso Especial n. 809.329 / RJ sequer considerou a normatização regulatória como fonte normativa da legislação federal⁴⁰, os acórdãos mais recentes passaram a ser integrados por uma exposição detalhada da normatização criada pela ANS. Paralelamente, a exigência de comprovar a inidoneidade atuarial também parece sinalizar uma iniciativa jurisprudencial com vistas a ampliar o rigor justificativo no tocante à definição da desarrazoabilidade (ou aleatoriedade) do reajuste questionado judicialmente.

3.4. LIMITES DE UNIFORMIZAÇÃO DAS DECISÕES JUDICIAIS A PARTIR DO PARÂMETRO DE DECISÃO TRAÇADO PELO STJ

Como já exposto, cabe ao Superior Tribunal de Justiça, em sede de recurso especial, resolver conflitos interpretativos no tocante à aplicação de Lei federal por diferentes decisões dos tribunais regionais federais e entre decisões de tribunais estaduais. Sob tal perspectiva, havendo divergências na forma como os tribunais entendem o reajuste inaplicável (quando nem a aplicação é permitida) ou abusivo (quando o reajustamento é permitido, mas a proporção revela-se irregular), o parâmetro decisório adotado pelo STJ é de suma importância para harmonizar o resultado das decisões e, conseqüentemente, garantir maior nível de segurança jurídica⁴¹.

Embora seja possível identificar uma maior deferência às normas da ANS no âmbito da fundamentação dos acórdãos mais recentes do STJ que tratam da temática ora examinada, é importante

40 Segue transcrito o trecho do voto da ministra relatora Nancy Andrighi no bojo do Recurso Especial n. 809.329 / RJ (Relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, Dje:11/04/2008), ao tratar da contestação de suposta violação à Resolução CONSU n. 06/98: "Saliente-se, a respeito da aduzida violação à texto de Resolução, que o recurso especial é destinado a verificar eventuais violações a lei federal, conceito que não contempla resoluções como a referida pela recorrente".

41 Refere-se aqui à dimensão da segurança jurídica denominada "*calculabilidade*", que é a possibilidade de se estimar os efeitos futuros da aplicação de uma norma existente no presente (ÁVILA, 2012, p. 250).

ressaltar que isso, por si só, não assegura que a jurisprudência de tribunais estaduais dê prioridade à normatização regulatória em detrimento de referenciais com maior vagueza.

Aliás, é possível observar que, ao longo dos anos, as decisões principais sobre o tema indicavam um parâmetro vago de análise a partir do caso concreto, que não era objetivamente aferível. Conceitos abertos como “boa-fé objetiva”, “razoabilidade”, “aleatoriedade”, “onerosidade excessiva”, sempre indicam uma espécie de válvula de escape do Tribunal para permitir que a análise do caso concreto guie a decisão.

Esse grau de vagueza proporciona, por sua vez, uma maior incidência de subjetivismo na decisão de casos que abordem o tema em estudo, o que pode abrir espaço para uma crítica comum ao Judiciário, nos últimos tempos, que é o ativismo, como “escolha de um modo específico e proativo de interpretar a Constituição, expandindo o seu sentido e alcance” (BARROSO, 2012b). Destarte, mesmo com a recente inclusão de outros requisitos a serem observados para a tomada de decisão, a ausência de uma diretriz metodológica mais clara no manejo do modelo acaba deixando permanecer a flexibilidade da escolha interpretativa a ser feita pelo julgador.

Assim, parece haver uma certa dubiedade na evolução da jurisprudência da corte pois, ao mesmo tempo que indica uma aproximação das normas elaboradas pela agência reguladora legalmente competente para estabelecer as normas do setor, permite um distanciamento da regulação caso o juiz entenda que, no caso concreto, por meio de parâmetros abertos, houve abusividade.

As decisões judiciais, caso entendam que existe uma irregularidade na regra estabelecida pela agência reguladora, poderiam indicar qual seria a falha ou ilegalidade, o que serviria de indicativo para o regulador. Este, por sua vez, atento ao fundamento da decisão, poderia rever os normativos existentes sobre o tema caso entendesse haver, de fato, um desequilíbrio. Do contrário, entendendo pertinente a lógica regulatória adotada, a agência pode contrapor a justificativa judicial e demonstrar o motivo de sua opção regulatória, inclusive abordando aspectos que costumam ficar fora da discussão do caso concreto judicializado, como, por exemplo, a dificuldade de encontrar fórmulas alternativas mais justas; o risco de seleção adversa, no caso de se adotar outras faixas etárias; o problema do custo crescente para as faixas mais altas como fator “expulsório” dos beneficiários idosos; dentre outros problemas a serem enfrentados pelos estudos conduzidos pelos reguladores⁴², idealmente sob uma visão prospectiva, ou seja, buscando preservar o equilíbrio do mercado⁴³.

Considerando as interpretações possíveis, o modelo pode se revelar problemático no momento em que determina a observância de normas regulatórias, mas, paralelamente, permite flexibilizações a partir da operacionalização de princípios (boa-fé, razoabilidade) ou de conceitos indeterminados (a exemplo dos referenciais “desarrazoados” ou “aleatórios”), ainda que subsidiados por perícia técnica. Portanto, a despeito de estabelecer maior reforço de referências para a orientação da tomada de decisão, a pluralidade de elementos (sem uma diretriz metodológica clara) pode gerar mais incerteza⁴⁴.

42 Vale destacar que as escolhas regulatórias são o resultado de uma complexa sequência de escolha, muitas vezes restringida por obstáculos e demarcações trazidas pela própria legislação ordinária. Ademais, algumas iniciativas mais polêmicas que dizem respeito à revisão do modelo de precificação atuarial podem receber forte resistência política por se mostrarem impopulares. Veja-se, por exemplo, a recusa de votação sobre recente proposta de alteração da Lei dos Planos de Saúde, pela qual eram mantidos os índices atuais para reajustes em idosos, mas se apresentava a alternativa de diluí-los em índices menores a partir dos 59 (cinquenta e nove) anos. Mesmo sendo aritmeticamente mais benéfica, visto que posterga em parcelas futuras um quantitativo percentual que atualmente já é aplicado sob a forma integral (índice “cheio”), a ideia foi recebida com desconfiança pelas entidades de proteção do consumidor e com insatisfação pelas operadoras de planos de saúde (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2017b).

43 “Para alcançar seus objetivos, a função de regulação deve perseguir o equilíbrio sistêmico de setores complexos e, para tanto, deve se valer de uma visão prospectiva, de modo a se afastar das decisões de momento e sem sustentabilidade” (GUERRA, 2016, p. 21).

44 Conforme exposto por Fernando Leal (2016, pp. 219-220), “(...) maiores esforços de determinação não necessariamente levam a maior limitação da discricionariedade. Ao contrário, como afirmado, podem apenas tornar o processo decisório mais incerto. Tome-se, como exemplo, a pluralidade de métodos disponíveis para orientar a interpretação constitucional no país e a dificuldade cada vez maior de antecipação de resultados e dos caminhos da fundamentação de decisões no Supremo Tribunal Federal”.

É forçoso reconhecer o STJ, em suas decisões mais recentes, tem adotado um posicionamento mais deferente à regulação, a exemplo do que se vê no Recurso Especial n. 1.568.244 / RJ (Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, publicado em 19/12/2016). Não obstante, considerando o universo limitado de informações examinadas na presente pesquisa (apenas a base disponível no website do STJ), não foi possível identificar se algumas decisões de tribunais estaduais (sobre a abusividade do reajuste) examinaram, com satisfatória profundidade, os limites admitidos pela normatização infralegal.

O que se reafirma aqui é que a utilização de parâmetros de decisão baseados em conceitos indeterminados em detrimento de normas regulatórias deve ser evitado e revela-se preocupante, especialmente se feita no bojo de ações coletivas⁴⁵. Mesmo o critério de idoneidade atuarial, isoladamente, faz permanecer as incertezas quanto à impositividade deste referencial em detrimento dos limites permitidos pela regulação.

No que tange à estruturação da decisão a partir do uso de valores ou princípios jurídicos, é forçoso reconhecer que o julgador conta com muito mais maleabilidade decisória do que naqueles casos em que é necessário enfrentar uma densa rede de normatizações regulatórias que estão sobrepostas “no espaço” e “no tempo” – podendo criar atalhos subjetivos para decidir sem enfrentar todo o ônus técnico que a matéria exige⁴⁶.

Ora, muitas regras não possuem previsão expressa em lei, mas decorrem de aberturas legislativas para a adequação da escolha regulatória à complexidade do setor, de maneira a possibilitar a edição de resoluções infralegais disciplinando o subsistema da saúde suplementar⁴⁷. Portanto, concebendo a regulação dentro de um contexto de administração policêntrica⁴⁸, a motivação da decisão judicial não pode se ater a usar parâmetros que escapem à análise das regras existentes para os setores regulados – no caso em comento, a regulamentação da saúde suplementar⁴⁹.

Outrossim, é notório que a complexidade do tema e a dependência de circunstâncias fáticas e contratuais para o desfecho de casos concretos são características que dificultam a sindicabilidade (por parte do STJ) das decisões proferidas. Exemplifique-se com o caso em estudo, no qual a época de contratação e o tipo de plano podem alterar o resultado da análise, como já mencionado anteriormente com a exposição da sucessão de regras no tempo. Outros exemplos podem ser dados pela variedade de planos de saúde existentes, cada um com uma regra incidente, e que podem ter características diferentes entre si (segmentação: ambulatorial, hospitalar, odontológico; tipo de contrato: coletivo ou individual; plano não regulamentado - anterior à lei nº 9.656/98 - ou regulamentado pela lei; abrangência: municipal, estadual ou nacional) Ou seja, o que se quer dizer é que a análise do caso concreto realmente pode afetar o resultado do julgamento, pois já existem muitas variáveis fáticas que devem ser examinadas pelas instâncias inferiores e poderão ter seu reexame inviabilizado no STJ em virtude das súmulas 05 e 07 desta corte⁵⁰⁻⁵¹.

45 Como afirma Luís Roberto Barroso (2012a, p. 263), não é legítimo ao Judiciário pretender substituir decisões da ANS, no âmbito de ações coletivas, “(...) com o fundamento exclusivo em cláusulas gerais, como, e.g., abusividade e onerosidade excessiva, sem a apresentação de razões técnicas capazes de demonstrar o equívoco praticado pela agência ao particular”.

46 Em dura crítica às decisões judiciais que ignoram normas regulatórias e se amparam em justificação baseada em princípios, assim dispõe Carlos Ari Sundfeld (2012, p. 229): “(...) é preciso que o Judiciário, transformado em regulador, comporte-se como tal, com todos os ônus que isso envolve. Do contrário teremos decisões puramente arbitrárias, construídas de modo voluntarista, gerando uma jurisprudência capaz de flutuar ao sabor das instituições e dos azares - em resumo: pura feitiçaria”.

47 Segundo Alexandre Santos de Aragão, “[...] é ingênua a posição segundo a qual o Poder Legislativo deve concentrar todo o poder normativo do Estado. O caráter lento e pouco técnico do processo legislativo inviabiliza o desempenho das funções estatais na realidade contemporânea, cada vez mais complexa e dinâmica” (ARAGÃO, 2001, p. 118).

48 Sobre este desenho institucional, traz-se a conclusão de Gustavo Binembojm (2006, p. 316): “a existência de autoridades ou agências independentes, cuja atuação não é imediatamente orientada às escolhas políticas do governo, transforma a estrutura piramidal tradicional em uma configuração policêntrica, na qual os centros decisórios se espraiam setorialmente por campos econômicos e sociais, conforme a disciplina constitucional ou legal adotada”.

49 Como leciona Eduardo Jordão (2016, p. 151), “(...) questões regulatórias chegam ao Judiciário de forma segmentada e incompleta. Tomadas conjuntamente, estas duas circunstâncias podem significar a dificuldade para os tribunais de entenderem as opções efetuadas pelo regulador (ou mesmo a desconsideração destas opções) e sua interferência na coerência da política regulatória setorial”.

50 Súmula 5 do STJ: “A simples interpretação de cláusula contratual não enseja recurso especial.”

51 Súmula 7 do STJ: “A pretensão de simples reexame de prova não enseja recurso especial”.

Basta verificar que, quando instada a se manifestar sobre eventual normatização regulatória que não foi considerada pelo acórdão do tribunal a quo, por vezes a instância superior se vê impossibilitada de modificar a decisão, na medida em que isso implique no reexame do contexto fático-probatório em que se deu o reajuste – tipo de apreciação vedada por força das Súmulas nº 5 e 7 do STJ. Não se tratam de casos isolados: o impedimento de reexame sob tais condições foi identificado em 59 (cinquenta e nove) do total de 97 (noventa e sete) acórdãos, o que corresponde a uma proporção de 61% da amostra analisada.

Portanto, não obstante o maior grau de determinação da jurisprudência para orientar a resolução dos litígios sobre o tema, permanecem diversas dúvidas práticas para a operacionalização do parâmetro jurisprudencial elaborado pelo STJ, tais como: (i) qual será o meio de prova aceitável para caracterizar a inidoneidade atuarial? O laudo de um perito judicial? Uma resposta da ANS ao ofício do juiz? (ii) Qual requisito deve prevalecer quando o percentual de reajuste for permitido pela normatização regulatória, mas a perícia atuarial juntada aos autos opinar pela abusividade do índice? (iii) Como o STJ pode fiscalizar sua jurisprudência sem esbarrar na súmula nº 5 quando o juízo de primeiro grau e o tribunal estadual interpretarem uma cláusula contratual como “desarrazoada”, muito embora tal percentual esteja claramente dentro dos limites previstos pela normatização regulatória? (iv) A declaração de abusividade pode ser suficiente para afastar a incidência da norma produzida no âmbito da agência reguladora ou o juiz tem o ônus de expor as razões que o levaram a declarar inaplicável a normatização técnica diante do caso concreto?

Ante o exposto, é imperioso que exista uma diretriz metodológica quanto à ordenação entre os parâmetros que exerça, com menor margem de incertezas, um efeito estabilizador das decisões judiciais sobre reajustes por mudança de faixa etária – privilegiando-se, quando aplicável, a normatização definida pela agência reguladora setorial.

Paralelamente, são valiosas as iniciativas institucionais que promovam a criação de ferramentas de consulta e de educação continuada para que magistrados e membros de tribunais possam aferir, de forma mais simplificada, a regularidade (ou não) dos percentuais por mudança de faixa etária quando aplicados em casos concretos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo examinou a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça relativamente à aplicação de reajustes por mudança de faixa etária em idosos e teve o objetivo de mapear os principais argumentos e parâmetros que orientam as decisões da corte nos litígios sobre o tema em questão.

De acordo com o material analisado, foi possível inferir que o parâmetro decisório adotado nos diferentes acórdãos se deslocou de um posicionamento mais aberto quanto à abusividade do reajuste para um referencial com maior nível de detalhamento, que passou a exigir o preenchimento de requisitos específicos para o reconhecimento de abusos no aumento de mensalidade.

Não obstante, a irretroatividade do Estatuto do Idoso aos contratos celebrados antes de sua publicação ainda é uma questão controversa e se encontra pendente de resolução pelo Supremo Tribunal Federal. Também incertos são os casos em que os tribunais de origem decidem pela abusividade dos reajustes se utilizando de outros referenciais que não a normatização regulatória aplicável – e, a despeito disso, a corte superior declara-se impedida de reexaminar a decisão com esteio nas súmulas nº 5 e 7 do STJ.

Conclui-se pela necessidade de um referencial que possa exercer maior força vinculativa perante a jurisprudência estadual. Não obstante, esta conclusão precisa ser corroborada por mais estudos empíricos que possam dimensionar o problema e identificar, comparativamente, como o tema vem sendo decidido pelos diferentes tribunais estaduais do Brasil.

Também importante é a criação de ferramentas de informação que possam ser disponibilizadas aos membros do Poder Judiciário como forma de simplificar a visualização da regularidade (ou não) dos reajustes por mudança de faixa etária em casos concretos.

Para maior estabilidade do setor, os tribunais devem se atentar para a importância de observarem as normas exaradas pelas agências reguladoras, seja para aplicá-las ao caso concreto, seja para rechaçá-las de forma clara e fundamentada. Afinal, quando se promove maior aderência do Poder Judiciário à normatização regulatória, garante-se maior nível de segurança jurídica e minimiza-se o casuismo decisório.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS (Brasil). **Resolução Normativa nº 63 de 22 de dezembro de 2003**. Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzQ4>>. Acesso em 20 de fev de 2019.

_____. **Reajuste de mensalidade: Conceitos básicos, reajuste por variação de custos, reajuste por mudança de faixa etária** – 2. ed. rev. ; ampl. – Rio de Janeiro: ANS, 2005. Disponível em <http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/guia_reajuste_mensalidade.pdf>. Acesso em 20 de dezembro de 2017.

ARAGÃO, Alexandre Santos de. Princípio da legalidade e poder regulamentar no estado contemporâneo. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 225, jul/set, 2001.

ÁVILA, Humberto. **Segurança Jurídica**. São Paulo: Malheiros. 2012.

BARROSO, Luís Roberto. Direito intertemporal, competências funcionais e regime jurídico dos planos e seguros de saúde. In: **Planos de Saúde. Aspectos Jurídicos e Econômicos** (org: Luiz Augusto Ferreira Carneiro). Rio de Janeiro: Forense, 2012a.

_____. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. [Syn]Thesis, Rio de Janeiro, vol.5, nº 1, 2012b, p.23-32. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7433>> Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília/DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em 20 de fev. de 2019.

_____. Conselho de Saúde Suplementar – CONSU. **Resolução CONSU nº 06, de 03 de novembro de 1998**. Estabelece critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada das contraprestações, bem como limite máximo de variação de valores entre essas faixas. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEy>>. Acesso em 20 de fev. de 2019.

BINENBOJM, Gustavo. **Uma Teoria do Direito Administrativo** – Direitos Fundamentais, Democracia e Constitucionalização. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

CÂMARA DOS DEPUTADOS (Brasil). **Relatório e Parecer do Projeto de Lei nº 7.419/06**. Propõe alterações na Lei nº 9656/98, que dispõe sobre planos de saúde, 2017a. Disponível em <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/propmostrarintegra;jsessionid=E3D8E5D86D517D2DE1EED6897D21CBEE.proposicoesWebExterno2?codteor=1631646&filenam e=Parecer-PL741906-11-12-2017>>. Acesso em 02 de abril de 2018.

CÂMARA DOS DEPUTADOS (Brasil). **Votação do relatório que altera Lei dos Planos de Saúde é adiada** (Notícia), 2017b. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/549951-VOTACAO-DO-RELATORIO-QUE-ALTERA-LEI-DOS-PLANOS-DE-SAUDE-E-ADIADA.html>>. Acesso em 15 de dez. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ (Brasil). **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência**. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. - Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

COSTA, Janaína Vaz. Reflexos do Estatuto do Idoso nos reajustes por mudança de faixa etária nos planos de saúde. In: **Judicialização da Saúde Suplementar - Volume II** (pp. 231-243). Belo Horizonte: Unimed Belo Horizonte, 2010.

GUERRA, Sérgio. Evolução das escolhas administrativas: da self-execution law à regulação. in: GUERRA, sérgio (org.) **Teoria do Estado Regulador**, v. II. Curitiba: Juruá, 2016

JORDÃO, Eduardo. **Controle judicial de uma administração pública complexa: a experiência estrangeira na adaptação da intensidade do controle.** São Paulo: Malheiros: SBDP, 2016.

LEAL, Fernando. Regulando a incerteza: a construção de modelos decisórios e os riscos do paradoxo da determinação. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, vol. 3, n. 3, p. 215-226, set./dez. 2016.

LEBRÃO, Maria Lúcia et al. Regulação da Saúde Suplementar e o Direito da Pessoa Idosa à assistência à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v. 9, n. 2 (pp. 190-206) Jul./Out. 2008.

SUNDFELD, Carlos Ari. Princípio é preguiça. In: SUNDFELD, Carlos Ari. **Direito Administrativo para céticos** (2ª Ed.), São Paulo: Malheiros, 2012.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA – STJ (Brasil). Pesquisa de Jurisprudência do STJ. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/>>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

_____. **Recurso Especial n. 809.329 / RJ.** Relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 25 de março de 2008, publicado em 11/04/2008 (DJe). Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/inteiroteor/?num_registro=200600037836&dt_publicacao=11/04/2008>. Acesso em 20 de fev. de 2019.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL - STF (Brasil). **Recurso Extraordinário n. 204.769 / RS.** Relator Ministro Celso de Mello, Primeira Turma, julgado em 10/12/1996, publicado em 14-03-1997 (Dj). Brasília/DF, 1997. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=239525>>. Acesso em 20 de fev. de 2019.

_____. **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1931-DF,** relator ministro Marco Aurélio de Melo. Consulta processual disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=25&dataPublicacaoDj=14/02/2018&incidente=1741189&codCapitulo=2&numMateria=1&codMateria=3>>. Acesso em: 10 de abril de 2018.

TAFANELLI, Dimas (et al). O direito do idoso frente aos reajustes de planos de saúde. **Saúde, Ética & Justiça.** 2015;20(2):93-101.

TRETTEL, Daniela B. **Planos de saúde na visão do STJ e do STF.** São Paulo: Verbatim, 2010.

VIANNA, Geraldo Luiz. **Judicialização da saúde suplementar: a concepção do “direito como integridade” contra a discricionariedade judicial.** 2013. Pouso Alegre-MG: FDSM, 2013. Disponível em: <http://iess.org.br/cms/rep/1lugardireito_raxdb8gh.pdf>. Acesso em 20 de dezembro de 2017.

VICENTIN, Leonardo M. Plano de saúde e reajuste por mudança de faixa etária: jurisprudência, interpretação e precedentes. In: **Reflexões de magistrados paulistas nos 25 anos do Código de Defesa do Consumidor** / coordenação: Alexandre Dartanhan de Mello Guerra, Alexandre David Malfatti. São Paulo: Escola Paulista da Magistratura, 2015.

CAPÍTULO 10

A INAPLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR AOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE CONDUZIDOS POR ENTIDADES FECHADAS DE AUTOGESTÃO⁵²

CAMILA DE FÁTIMA BENTO

Advogada

DÉBORA FERNANDES PESSOA MADEIRA

Mestre em Direito Privado. Professora assistente na Universidade Federal de Viçosa –MG (UFV).

52 Este capítulo sintetiza a Monografia intitulada “A POLÍTICA DE REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE: DISCUSSÕES SOBRE A ALTERAÇÃO DA METODOLOGIA DE REAJUSTE DOS PLANOS INDIVIDUAIS/FAMILIARES NO ÂMBITO DA ANS”, produzida no âmbito do Edital ENAP nº 25/2018 (1º PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR TEMA: REGULAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA NA SAÚDE SUPLEMENTAR). As opiniões aqui expressas são de responsabilidade das autoras e não refletem, necessariamente, a visão da ANS sobre o assunto.

1. INTRODUÇÃO

O acesso à saúde é uma dificuldade diariamente enfrentada no Brasil, devido à ineficiência do Estado em garantir a todos os cidadãos este direito fundamental tão importante à concretização da dignidade humana. Nesse contexto, a saúde suplementar vem ocupando importante papel junto ao sistema público de saúde brasileiro. Conforme apontam os dados do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁵³, em 2013, quase 30% da população possuía algum tipo de plano de saúde.

As diversas modalidades de operadoras de planos de saúde existentes são descritas pela Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Dentre as categorias, existem as cooperativas, sociedades empresárias e as entidades de autogestão. Esta última possui finalidade distinta das demais e será o foco do presente estudo.

Na autogestão, a própria entidade ou organização conduz as atividades de assistência à saúde dos beneficiários. Por não visar ao lucro, os planos de saúde desta modalidade não são disponibilizados ao grande público, mas apenas a grupos específicos, além disso, possuem natureza jurídica de associação ou fundação e contam com a atuação dos usuários em sua administração.

Apesar das peculiaridades, decisões judiciais vinham lhe conferindo o mesmo tratamento dado às operadoras de planos de saúde comerciais. Até recentemente reconheciam a existência de relação de consumo entre o usuário e a entidade fechada de autogestão operadora de plano de saúde. Consequentemente, aplicando as disposições do Código de Defesa do Consumidor (CDC) ao contrato celebrado entre eles.

Considerando tais especificidades, bem como as diferenças estruturais com as demais operadoras no mercado, indaga-se, em que medida a aplicação do CDC às lides que envolvem contratos de planos de saúde administrado por meio da autogestão se afasta da relação jurídica de consumo?

Em decisão proferida pelo Superior Tribunal de Justiça no Recurso Especial de nº 1.285.483 – PB, a hipótese levantada é que não há relação de consumo estabelecida entre o participante e a entidade fechada operadora de plano de saúde. Assim, conflitos contratuais advindos de tal vínculo não deveriam ser regidos pelo CDC, como se verifica em entendimento sumular recente do Tribunal que adiante será tratado.

A decisão se fundamentou na inexistência de finalidade lucrativa na atividade das operadoras de autogestão e também na diferença estrutural entre estas entidades e aquelas que realizam atividade de empresa, comercializando seus produtos no mercado em geral, visando lucros. Para averiguação de tal inquietação, o presente estudo teve por objetivo maior verificar se os beneficiários de plano de assistência à saúde administrados por entidades fechadas de autogestão são de fato titulares de direitos nos termos das normas protetivas ao consumidor.

Especificamente, buscou-se caracterizar os contratos de planos de saúde; analisou-se o conceito de fornecedor e consumidor desenvolvido pela doutrina jurídica; realizou-se um exame das principais diferenças existentes entre operadoras de plano de saúde abertas à livre adesão no mercado e os planos de saúde fechados de autogestão; e por fim, revisou-se os argumentos presentes em decisões judiciais

53 Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para averiguar o acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências no Brasil. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: 24 de outubro de 2017.

proferidas pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais e Superior Tribunal de Justiça, que sustentam ou não a condenação de planos de saúde fechados de autogestão na legislação consumerista; No que se refere à metodologia, trata-se de uma pesquisa bibliográfica a partir da análise de obras e pesquisas já publicadas acerca do tema. Para tanto, foi desenvolvida por meio do método hipotético-dedutivo, onde se considerou as particularidades da relação aqui citada.

2. A CONCEPÇÃO ATUAL DE CONTRATO

2.1 MUDANÇAS NA PERCEPÇÃO DA TEORIA CONTRATUAL

O surgimento de novas demandas sociais exigiu a criação de uma nova roupagem para o contrato, que com o passar dos anos vem se adaptando às novas realidades e anseios cultivados pelo mundo contemporâneo. A igualdade formal e a ampla liberdade de contratar só acentuaram as desigualdades econômicas, por isso, Catusso (2008, p.30) explica a situação vivenciada pelo modelo de contrato tradicional:

Importante evidenciar, assim, diante das transformações experimentadas pela sociedade - advindas de uma concepção diferente de Estado, com outras bases políticas, econômicas e sociais refletidas em novas configurações constitucionais -, a incapacidade da tradicional configuração contratual, assentada nos princípios clássicos, de dar conta da plenitude dos contratos travados na sociedade hodierna. (CATUSSO, 2008, p. 30).

No Brasil, foi com o advento da Constituição Federal em 1988 que a conformação tradicional dos contratos foi revista e reformulada. Com seu viés individualista, o contrato tradicional garantidor da igualdade formal não foi capaz de, por si só, trazer equidade às relações. Desfez-se, assim, a ideia de que os indivíduos deveriam conduzir sozinhos seus negócios no mercado livre de circulação de riquezas.

Na doutrina de Joseane Catusso (2008), é assim que nasce uma leitura constitucionalizada do contrato, conduzida por uma nova matriz principiológica. Com isso, não apenas houve o surgimento de princípios, mas também uma releitura daqueles já existentes, que sofreram certa relativização. Para isso, a postura estatal passa a ser no sentido de restringir a atuação ofensiva à ordem pública, para proteger a parte mais frágil e oprimida da relação contratual.

Um dos âmbitos mais marcantes da intervenção estatal na relação contratual se deu na seara do mercado de consumo, com o advento da Lei nº 8.078/98, Código de Defesa do Consumidor. Para cumprir com mandamentos constitucionais, diversas mudanças ocorreram no mercado de consumo, todas direcionadas a estabelecer o equilíbrio dos sujeitos contratantes.

Para além das disposições e modificações civilistas e consumeristas, há ainda determinados contratos que contam com intervenção maior do Estado, dada suas peculiaridades e importância para a vida em comunidade, como os da saúde suplementar.

A modificação na acepção contratual impacta diretamente na maneira em que se desenrolam as relações entre operadoras de planos de saúde e seus usuários. O mercado de planos de saúde era palco recorrente de abusos contra o consumidor, por consequência, atualmente tem nas diretrizes estatais seu maior pilar.

2.2 PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS APLICÁVEIS AOS CONTRATOS

A prestação de serviços suplementar de assistência à saúde se efetiva após as tratativas realizadas entre o indivíduo e a operadora dos planos de saúde, tudo isso através da formalização de uma relação contratual. Correntemente, celebra-se um contrato de adesão, uma vez que as condições já se encontram estabelecidas. A observância aos princípios contratuais é de suma relevância para que verdadeiramente se atinja a razão de ser de qualquer negócio jurídico avençado, seja ou não de adesão.

Tratando de princípios, Maria Helena Diniz (2007) afirma que na autonomia privada contemporânea, a liberdade contratual não é absoluta tampouco ilimitada. Apesar de celebrar contratos de adesão, as entidades administradoras de planos de saúde não podem, de forma absoluta, dispor do conteúdo do contrato conforme o seu desejo.

A sua relação com o contratante é altamente regulada pela lei, de forma que parte do conteúdo contratual é previamente fixada, “a delimitação da autonomia da vontade constitui prioridade para atingir o equilíbrio da relação contratual e a igualdade real que se almeja para ambas as partes. Justifica-se tal delimitação, ainda, como meio idôneo para a proteção dos interesses de terceiros determinados ou indeterminados (...)” (LISBOA, 2013, p.88).

Destaca-se também o princípio da força obrigatória dos contratos, conhecido classicamente como *pacta sunt servanda*. Ele revela a ideia de que o negócio jurídico resultante das vontades das partes faz lei entre elas, como destaca Pablo Stolze Gagliano (2009), o contrato perderia sua razão de ser e não atingiria seus efeitos caso não possuísse força obrigatória.

Na concepção clássica, o referido princípio apresentava importante conteúdo econômico, tendo vista seu caráter absoluto. Atualmente, porém, é também meio de garantir à parte frágil da relação a possibilidade de não ver suas expectativas legítimas frustradas.

De acordo com a doutrina de Orlando Gomes, o princípio citado é em grande parte responsável pela segurança jurídica do comércio. Pode ser definido como aquele que consubstancia-se na regra de que o contrato é lei entre as partes. “Celebrado que seja, com a observância de todos os pressupostos e requisitos necessários à sua validade, deve ser executado pelas partes como se suas cláusulas fossem preceitos legais imperativos” (GOMES, 1979, p. 40).

Também já não vige mais uma ideia “fechada” da relação contratual, isso graças ao princípio da relativização subjetiva dos efeitos dos contratos. Tais efeitos não estão adstritos aos contratantes apenas, atingindo também a terceiros. Dessa forma, com quem se contrata e como os contratos são interpretados geram, indubitavelmente, impactos nas contratações que se fizerem posteriormente, com as mesmas características.

Os planos de saúde são desenvolvidos sob o prisma da solidariedade, onde há um fundo comum, constituído com contribuições de cada beneficiário que custeará as despesas geradas pelo acesso a procedimentos de saúde por parte de cada um deles. Conseqüentemente, cada contrato celebrado é também do interesse dos demais, uma vez que juntos contribuem solidariamente para o acesso à saúde uns dos outros. A nova visão dos efeitos dos contratos tem uma perspectiva comunitária, que avalia os impactos sociais resultantes da contratação. Em se tratando de saúde, bem de interesse público, essa análise é ainda mais evidente.

Cuidando da função social do contrato, Teresa Negreiros (2006, p. 208) destaca que esse princípio passa ser observado com a instituição do Código Civil de 2002. De acordo com a autora, “tal mandamento significa que o contrato não deve ser concebido como uma relação jurídica que só interessa às partes contratantes, impermeável às condicionantes sociais que o cercam e que são por ele próprio afetadas”. Para que isso ocorra, há a necessidade de se modificar o olhar sobre a relação contratual, que deixa de satisfazer apenas ao interesse das partes contratantes e passa a buscar a salvaguarda do interesse coletivo.

Os instrumentos contratuais de planos de saúde não podem perder de vista a sua missão social de atender a um grande aglomerado de cidadãos que, mais cedo ou mais tarde, farão uso dos serviços contratados. Deve também construir uma relação saudável com os contratantes, sem esquecer o interesse da comunidade.

Outro princípio, a boa-fé objetiva é fundamental a qualquer relação contratual, pois cuida de estabelecer comportamentos éticos a serem seguidos pelos contratantes. Esse princípio é recente e ocupa espaço fundamental no combate ao desequilíbrio econômico entre as partes:

Com efeito, o princípio da boa-fé representa, no modelo atual de contrato, o valor da ética: lealdade, correção e veracidade compõem o seu substrato, o que se explica a sua irradiação difusa, o seu sentido e alcance alargados, conformando todo o fenômeno contratual e, assim, repercutindo sobre os demais princípios, na medida em que a todos eles assoma o repúdio ao abuso da liberdade contratual a que tem dado lugar a ênfase excessiva no individualismo e no voluntarismo jurídicos. (NEGREIROS, 2006, p. 116).

Isto é, a boa-fé pressupõe que os integrantes da relação contratual atuem em conformidade com padrões observados socialmente, desaprovando qualquer postura que indique malícia e que venha a privilegiar exclusivamente aquele que estiver posicionado em condição superior.

3. CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

3.1 A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Analisando relatório produzido em Comissão Parlamentar de Inquérito dos planos de saúde, o autor José Luiz Toro da Silva (2005) aponta o final da década de 1970 e início dos anos de 1980 como período em que os planos de saúde se consolidam enquanto possibilidade de acesso à assistência médica e hospitalar existente no mercado.

A expansão do setor seguiu e a comercialização de planos de saúde alcançou altos patamares, com aumento de demanda principalmente por parte de grupos de trabalhadores e do funcionalismo público. É justamente nessa época que ocorre a promulgação do CDC, o que, conseqüentemente, aumentou as reclamações dos usuários quanto ao sistema de saúde suplementar. Diante de tal cenário, tornou-se necessário que discussões fossem iniciadas no âmbito do legislativo nacional para regulamentar o setor. Como resultado, surgiu a Lei nº 9.656 no ano de 1998.

Outra ocorrência marcante no histórico do sistema privado de assistência à saúde foi a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no ano 2000, por meio de Medida Provisória, que logo em seguida deu lugar à aprovação da Lei 9.961/2001 pelo Congresso nacional. Com a natureza jurídica de autarquia, a ANS é uma das principais agências reguladoras do país, tem por funções primeiras a normatização e regulação do setor, por meio de emissão de resoluções normativas e controle da atuação das operadoras de planos de saúde.

Apesar de todo o movimento regulatório, o número de demandas judiciais cujo polo passivo é ocupado pelas operadoras de planos de saúde cresceu substancialmente, de acordo com dados de relatório Justiça em Números disponibilizado pelo Conselho Nacional de Justiça (2017), o número de novos processos saiu de 209.427 (duzentos e nove mil quatrocentos e vinte e sete) no ano de 2014 para 427.267 (quatrocentos e vinte e sete mil e duzentos e sessenta e sete) em 2016.

3.2 SISTEMA REGULATÓRIO DOS PLANOS DE SAÚDE

A primeira normatização em que os usuários contratantes de serviços suplementares à saúde puderam recorrer foi o Decreto-Lei nº 73 de 1966, que trata do sistema nacional de seguros privados no Brasil, era o único suporte jurídico especializado que havia. Porém, com o advento do CDC em 1990, os usuários da saúde suplementar passaram a ter maior salvaguarda de seus direitos.

O marco regulatório da saúde suplementar apenas se deu quando entra em vigor a Lei nº 9.656/1998. Essa legislação específica sobre a questão foi resultado de intensa atuação de diversos setores e entidades, ressaltou-se que diversos abusos vinham sendo cometidos, gerando desequilíbrio contratual entre as operadoras e usuários. Passando por algumas reedições introduzidas por medidas provisórias, a Lei nº 9.656/1998 está sujeita a mudanças, uma vez que o modelo atual de saúde suplementar é frequente alvo de críticas e a forma de regulamentação ideal ainda não foi encontrada.

Também a ANS, vinculada ao Ministério da Saúde, é ente de destaque no setor de regulação planos de saúde. É responsável não apenas pela criação de normas, mas também pelo controle e fiscalização de segmentos do mercado conduzido pelas operadoras de saúde. O fim maior na atuação das agências reguladoras é assegurar o interesse público, certamente, também é o propósito da ANS.

A Lei nº 9.961/2000 apresenta a competência da ANS, dentre outros deveres, é de sua alçada estabelecer as características gerais dos contratos firmados entre os usuários e as operadoras, elaborar e atualizar o rol básico de eventos e procedimentos em saúde, autorizar reajustes e revisão dos valores dos planos de saúde. Além disso, é também a responsável por fixar critérios para o procedimento de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços das operadoras, bem como autorizar o registro dos planos de assistência à saúde e o funcionamento de suas administradoras.

Em síntese, é a ANS a principal encarregada de fazer cumprir as determinações da Lei nº 9.656/1998, seja fiscalizando, avaliando ou estipulando resoluções normativas. Para tanto, possui amplos poderes, como afirma José Luiz Toro da Silva (2005, p. 56), com referência à normatização, fiscalização e punição das operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços. O mesmo autor citado anteriormente ainda assevera que esse poder deve ser compreendido como um “poder-dever”, já que a agência assume as consequências advindas de suas responsabilidades, ainda mais quando a sua omissão ou atuação vier a causar danos aos usuários do sistema supletivo de saúde.

3.3 AS LIMITAÇÕES AOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

O contrato que envolve a saúde suplementar é um típico exemplo da modificação da teoria contratual. Além de suas finalidades sociais relevantes, recebe significativa intervenção estatal, trata-se de ramo com regulamentação intensa e constante. Na finalidade de coibir abusos no setor de saúde suplementar, a Lei nº 9.656/98, conhecida como Lei dos Planos de Saúde, passou a dispor os caminhos a serem seguidos pelos sujeitos do mercado da saúde suplementar. Também foi responsável por estabelecer as nuances em que as relações contratuais se firmariam, refletindo um alto grau de intervencionismo.

Como destaca Maria Helena Diniz, além da imposição de normas de ordem pública, a revisão judicial é também uma forma de se alterar os contratos. Diante do caso concreto, dita a maneira como deverá ser executado ou alivia o prejudicado, baseando-se em “princípios de boa-fé e de supremacia do interesse coletivo, no amparo do fraco contra o forte, hipótese em que a vontade estatal substitui a dos contratantes, valendo a sentença como se fosse declaração volitiva do interessado” (DINIZ, 2007, p. 27).

A manifestação das premissas do Estado pode ser verificada em momentos distintos. Em primeiro lugar, anteriormente à formação dos contratos por intermédio das disposições legislativas. Posteriormente, após a celebração, por intermédio do dirigismo judicial que visa combater possíveis injustiças oriundas da liberdade que ainda resta para contratar.

Seja no âmbito legislativo ou judicial, os contratos que envolvem a saúde estão submetidos a inúmeras normas jurídicas cogentes que possuem dois propósitos. Por um lado, visam conferir proteção ao consumidor/contratante. Por outro, oferecer condições para que as operadoras de planos de saúde tenham possibilidades de enfrentar a concorrência do mercado.

3.4 O CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COMO CATEGORIA ESPECIAL

Tendo em vista as disposições da Lei 9.656/1998, os contratos de planos de saúde se assemelham a contratos de seguro, por tratarem de um risco, um prêmio e um evento indenizável. No que se refere a seu objeto, os contratos aqui estudados possuem especial relevância que os distancia dos demais. O propósito maior do usuário do sistema de saúde suplementar é ver garantido o seu direito fundamental à saúde.

Especificamente, trata-se de contrato oneroso, pois o beneficiário paga pela assistência à saúde recebida e o plano de saúde disponibiliza tal assistência, gerando reflexos na interpretação contratual das cláusulas, que podem ser analisadas extensivamente. Refere-se a uma contratação aleatória, onde não necessariamente há correspondência entre o valor da cobertura e os serviços em saúde disponíveis.

Possui vínculo jurídico de longa duração, de trato sucessivo e prazo indeterminado, o que significa que o usuário pode não vir a necessitar da assistência no momento atual, mas no futuro vir a requerê-la. No âmbito da saúde suplementar, os contratos também podem envolver plano de saúde individual ou familiar, realizado por determinada pessoa para obter cobertura para si e sua família.

Há também o coletivo empresarial que é celebrado por determinada pessoa jurídica com um grupo específico, com o qual possui vínculo empregatício, associativo ou sindical. É nessa categoria que se enquadra a modalidade de autogestão, relevante para a construção deste estudo e que será mais bem detalhada em momento específico.

4. CARACTERIZAÇÃO DA RELAÇÃO DE CONSUMO

4.1 O CARÁTER PROTETIVO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

O principal enfoque do CDC é a fragilidade do consumidor, como se observa nos estudos de Cristiano Heineck Schmitt (2011), esta pode se manifestar sob enfoques distintos. Já na publicidade o fornecedor faz uso de técnicas de marketing que induzem o consumidor. Em outro momento, a fragilidade do consumidor se revela na ausência de conhecimento técnico específico acerca do objeto do contrato.

A vulnerabilidade jurídica do consumidor se revela também nas técnicas de contratação em massa, manifestadas por meio de “contratos de adesão, condições gerais dos negócios jurídicos e pelos demais instrumentos contratuais utilizados normalmente pelos fornecedores, empresas com setores jurídicos próprios, preparados para conflitos judiciais e extrajudiciais” (SCHMITT, 2011, p. 11).

As questões acima mencionadas somadas ao cenário conflituoso vivenciado pelos contratos de planos de saúde levaram a jurisprudência a reconhecer a existência de relação de consumo no tocante a todos os contratos de planos de saúde. De sorte que o Superior Tribunal de Justiça apontava, por meio da Súmula nº 469, para o entendimento de que o vínculo existente entre o usuário de plano de saúde e a operadora devia ser compreendido como relação de consumo em qualquer caso.

4.2 CLASSIFICAÇÃO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Estipula a Lei nº 9.656/98 que a operadora de planos de assistência à saúde é a pessoa jurídica, jamais física, constituída sob a modalidade de sociedade empresária, cooperativa, administradora ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de plano de saúde privado de saúde.

Uma das modalidades é a cooperativa médica ou odontológica, também prevista no texto legal, e tem por intento “fortalecer o profissional médico, ampliando seu poder em face de grandes grupos econômicos que buscam a realização de seus lucros na área da saúde” (FERNANDES NETO, 2002, p. 99). Há uma agravante desta modalidade de operadora, uma vez que os interesses dos médicos nem sempre coincidem com o do consumidor, pois o formato dessas “pessoas jurídicas gera um permanente conflito entre os objetivos da cooperativa, que defende interesses dos médicos, e a finalidade social da operadora de plano de saúde, que consiste na assistência prestada ao consumidor e seu financiamento” (FERNANDES NETO, 2002, p. 99).

A medicina ou odontologia em grupo, outra modalidade de operadora de planos de saúde, são empresas e, portanto, possuem finalidades lucrativas. Administram planos de rede própria ou de fornecedores credenciados. Assevera José Luiz Toro da Silva (2005, p. 67), que essa modalidade constitui “um sistema de administração de serviços médico-hospitalares para atendimento em larga escala com padrão profissional e custos controlados”.

Ainda para Antônio Joaquim Fernandes Neto (2002, p. 99), quando a lei se refere a entidades de autogestão enquanto operadoras de planos de saúde, tem por intenção abarcar aquelas instituições ou empresas que mantêm sistemas próprios de assistência à saúde. Os exemplos mais comuns são as associações de classe, sindicatos, organizações empresariais que montam e gerenciam o próprio fundo que financia o acesso à saúde dos sujeitos participantes.

Essa categoria de plano de saúde é direcionada a grupos fechados de usuários que obrigatoriamente devem possuir vínculo com a entidade promotora. Na definição de José Luiz Toro da Silva (2005, p. 65):

São entidades de autogestão que operam serviços de assistência à saúde [...] responsabilizam-se pelo Plano de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos [...]. (SILVA, 2005, p. 65).

De acordo com os ensinamentos de Fernandes Neto (2002, p.100), é essa a modalidade de planos de saúde que apresenta melhores resultados na gestão dos recursos captados, ofertando amplas coberturas, com preços mais baixos que os adotados pelas cooperativas médicas, seguradoras e empresas de medicina de grupo.

A ausência de finalidade lucrativa diferencia essencialmente as operadoras de autogestão das demais que estão sempre em busca de mais clientes, uma vez que têm por objetivo maior o ganho de lucros com a atividade que prestam no comércio. Pode-se afirmar que também diferem no que se refere à origem, pois surgem como um ato de sabedoria de trabalhadores ou determinada categoria, buscando serviços de assistência à saúde de baixos custos e com maior qualidade.

4.3 CONCEITO JURÍDICO DE CONSUMIDOR

O Código de Defesa do Consumidor cuidou de estabelecer o conceito de consumidor, sendo que em seu artigo 2º determina que o consumidor é aquela pessoa que adquire ou utiliza um produto ou serviço como destinatário final. Sobre o assunto, Cláudia Lima Marques (2011) evoca a vulnerabilidade como ponto de partida da legislação consumerista para a construção do conceito.

Convém, portanto, estabelecer de forma clara a quem será destinada a tutela consumerista, definir quais sujeitos cumprem com o requisito maior para se enquadrar no conceito de consumidor, qual seja, a vulnerabilidade. A autora acima citada, na tentativa bem sucedida de estabelecer um conceito, destaca que:

Consumidor é o não profissional, aquele que retira da cadeia de fornecimento (produção, financiamento e distribuição) o produto e serviço em posição estruturalmente mais fraca, é o agente vulnerável do mercado de consumo, é o destinatário final fático e econômico dos produtos e serviços oferecidos pelos fornecedores na sociedade atual, chamada sociedade 'de consumo' ou de massa. (MARQUES, 2011, p. 302).

Ser destinatário final de determinado bem é retirá-lo do mercado. Para melhor compreensão da questão, destaca-se a existência de duas correntes doutrinárias, uma chamada de finalista e a outra maximalista. Antônio Joaquim Fernandes Neto (2002, p. 63) afirma que para os primeiros, finalistas, consumidor possui um conceito mais restrito, sendo aquele não profissional que adquire ou utiliza o produto ou serviço com finalidade pessoal ou doméstica, sem propósito econômico. A restrição é no sentido de conferir maior proteção aos que, de fato, são mais vulneráveis.

A segunda corrente, nomeada de maximalista, tem pretensões de estender as normas consumeristas para o mercado como um todo. Visa a aplicação do CDC ao máximo de relações possíveis, assim,

na doutrina de Cláudia Lima Marques (2011, p. 306), destinatário real do produto, que ao retirá-lo do mercado lhe dá destinação, como no exemplo dado de uma fábrica de toalha que compra algodão como matéria-prima. Com efeito, ambas as teorias servem de base para decisões judiciais, porém, aplicar o conceito de consumidor a profissionais não é a regra, mas a exceção.

Também a coletividade é protegida pelo CDC. A tutela de direitos coletivos é ponto de relevância quando se discute as relações envolvendo a saúde supletiva. Isso porque a dimensão coletiva se impõe sobre o caráter individual, uma vez que as operadoras de planos de saúde administram um fundo comum para o qual todos os beneficiários contribuem e, por conseguinte, esperam poder no futuro usufruir da assistência contratada de forma satisfatória.

O usuário do mercado de planos de saúde aberto à livre adesão, enquanto destinatário final, se enquadra perfeitamente no conceito de consumidor descrito legalmente e pela doutrina. A hipossuficiência é uma de suas características marcantes, pois, ao contratar uma operadora aberta, não tem qualquer gerência sobre as condições em que ocorrerá a execução contratual, muito menos pode interferir na administração ou estrutura da empresa contratada. Já quanto os usuários de planos não disponíveis no mercado, há a necessidade de maiores reflexões.

4.4 A AMPLITUDE DA DEFINIÇÃO DE FORNECEDOR

O artigo 3º do Código de Defesa do Consumidor é o responsável por definir a figura do fornecedor, apresenta um conceito bem amplo, que abarca pessoas físicas e jurídicas, nacionais ou estrangeiras, que desenvolvam atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviço, abastecendo ou fornecendo gêneros necessários ao consumo.

Ao delinear o conceito de fornecedor, o CDC não exclui nenhum tipo de pessoa jurídica, pois trata de forma genérica e busca atingir ao máximo os mais variados entes. Sendo assim, após a generalização e a amplitude da definição, forçoso que se faça apontamentos sobre a expressão “atividades” utilizados pelo Código. Apesar de também contar com um rol amplo e generalizado, as atividades devem ser desenvolvidas em caráter profissional.

Cabe trazer as lições de Roberto Basilone Leite (2002, p. 43), segundo as quais, considera-se relação de consumo aquela que implique o profissionalismo no ato de venda do produto ou prestação do serviço, devendo ser fornecidos no mercado de consumo. Então, relevante aos objetivos deste trabalho é o parágrafo 2º do artigo 3º do CDC que precisamente apontou que serviço é “qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração”. Aqui, neste último conceito, sobressai o termo remuneração, que significa um ganho direto ou indireto do fornecedor com a atividade desenvolvida.

Cláudia Lima Marques (2011, p. 410-412) aponta que no mercado de consumo, em quase todos os casos, há remuneração do fornecedor, sendo que pode ocorrer de forma direta ou indireta. E segue afirmando ainda que, em troca dos serviços prestados, tem que haver um ganho econômico, uma “utilidade interdependente”, uma remuneração indireta, ou mesmo, lucro, que é essencial a qualquer atividade empresarial. A organização do mercado de consumo é de alta complexidade, assim, a definição de fornecedor dependerá de análise de toda a cadeia de consumo e de seus protagonistas.

4.5 EQUILÍBRIO NAS RELAÇÕES CONSUMERISTAS

Tratar de desequilíbrio nas relações contratuais não significa dizer que fornecedor e consumidor estão sempre em conflito, embora tenham objetivos distintos, são sujeitos de extrema importância para a circulação de bens e, conseqüentemente, para a geração de riqueza. Oscar Ivan Prux (2007) relaciona diversas medidas do CDC que buscam colocar o consumidor em posição um pouco mais vantajosa. Convém citar algumas delas. A primeira é a livre escolha e a igualdade no contrato celebrado, inclusive, modificando cláusulas que contenham conteúdo abusivo. Sob este ponto de vista, o consumidor tem a perspectiva de ver seu contrato revisado, por exemplo, no caso de onerosidade excessiva.

No que se refere à revisão citada acima, outra medida protetiva em prol do consumidor é a inversão do ônus da prova a seu favor no processo judicial. Dentre todas as garantias, a previsão de que as cláusulas contratuais sejam interpretadas de forma mais benéfica ao consumidor é uma das medidas mais eficazes na promoção do equilíbrio, já que o conteúdo do contrato é, de alguma maneira, ditado pelo fornecedor.

Também está vedado ao fornecedor estabelecer em desfavor do consumidor obrigações iníquas e abusivas que promovam sua desvantagem exagerada ou que sejam contrárias à boa-fé ou equidade. São consideradas como excessivas aquelas que restringem direitos ou obrigações atinentes à essencialidade do contrato, atrapalhando seu equilíbrio ou objeto (PRUX, 2007).

4.6 VULNERABILIDADE DO CONSUMIDOR

Como assevera Rizzatto Nunes (2009, p. 129), o reconhecimento da vulnerabilidade do contratante é o primeiro passo para a efetivação da isonomia garantida constitucionalmente e a proteção do consumidor. Outras manifestações foram feitas em tópico anterior sobre a vulnerabilidade, mas em síntese, é a fragilidade da parte mais vulnerável que justifica tamanha interferência estatal nas relações de consumo, seja na confecção de normas ou na revisão dos contratos.

No tocante aos planos de saúde, mesmo diante da intensa regulação estatal na confecção e execução contratual, inúmeras são as questões geradoras de conflitos entre consumidores e operadoras. Dentre elas, podemos citar a discordância quanto ao rol de cobertura mínima, reajustes nos valores das mensalidades, carência, potabilidade e até a prestação de informações ao consumidor.

A vulnerabilidade não se apresenta somente no fato de serem os negócios jurídicos de consumo típicos contratos de adesão, mas também devido à ausência de informação técnica por parte do consumidor. Para além da proteção consumerista, a Lei dos Planos de Saúde traz em seu bojo forte reconhecimento da vulnerabilidade do usuário, deve-se a isso todo o seu rigor para com a atividade.

5. OS CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE CONDUZIDOS SOB AUTOGESTÃO E SUA CARACTERIZAÇÃO COMO RELAÇÃO DE CONSUMO

5.1 ENTIDADE FECHADA DE AUTOGESTÃO E A VULNERABILIDADE DO CONSUMIDOR

Nos moldes de uma organização social, a autogestão funda-se nos princípios de solidariedade, apoio mútuo, cooperação, autonomia, auto-organização e é resultado de mobilização social vinda de uma comunidade específica (ROSA, 2015, p.3). A ligação entre a entidade autogestão e o aderente é maior se comparada à relação das outras modalidades abertas ao público com seus clientes. Isso devido à participação do usuário na administração do plano como representante do grupo organizado. A operadora de autogestão sempre tem em seu conselho de deliberações representantes dos beneficiários dos planos de saúde.

O intuito primeiro dessa modalidade de plano é o acesso a procedimentos médicos e hospitalares, assim, não há encargo remuneratório como no caso das empresas abertas ao mercado de consumo. A estrutura da autogestão apresenta diferenças consideráveis que colocam em dúvida a existência da vulnerabilidade tutelada pelo CDC na relação contratual.

Teresa Cristina Rosa (2015, p. 4) elenca cinco características presentes na autogestão que impactam positivamente no equilíbrio das partes contratantes, diminuindo a posição de inferioridade do usuário:

- 1) Gestão Participativa – As autogestões se diferenciam pela participação dos beneficiários nas decisões, sejam operacionais, sejam estratégicas.
- 2) Custo – Como as autogestões não visam lucro, o controle dos custos torna-se fator importante para a gestão do plano. Com o contato direto com os prestadores é mais fácil administrar os custos, negociar preços e serviços.
- 3) Flexibilidade – Como é administrado em conjunto com seus beneficiários, o plano de autogestão apresenta maior flexibilidade que as operadoras de mercado seja na contratação da rede credenciada, seja na relação com o beneficiário.
- 4) Rede Credenciada - As autogestões devem operar por meio de rede de profissionais e instituições diretamente credenciadas;
- 5) Promoção à saúde – Nas autogestões é mais fácil o mapeamento de riscos e o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças voltadas às características e necessidades da população assistida. (ROSA, 2015, p. 4).

Djair Picchiai (2009) afirma que a destinação de um plano de saúde a um grupo específico possibilita a criação de um programa de saúde que supra as necessidades dos envolvidos. Outro fator relevante é que permite a interferência direta na administração do serviço, preservando o padrão da assistência. O objetivo é promover o acesso à saúde a custos menores e, por essa razão, não oferta nenhum de seus produtos no mercado. Essas particularidades distanciam a autogestão do conceito típico de fornecedor. Ada Pelegri Grinover (2013) afirma que o fato de haver uma atividade de conteúdo econômico não

que dizer que há uma finalidade econômica. Não existe a colocação de um produto no mercado, pois a entidade não tem vantagem econômica. O participante também não se apresenta como aquele sujeito de vulnerabilidade extrema, pois possui meios de interferir direta e indiretamente na gestão e administração do fundo de financiamento da assistência.

5.2 IMPLICAÇÕES DA APLICAÇÃO DO CDC AOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE DA AUTOGESTÃO

A Lei nº 8.078/90 tem mecanismos a serem aplicados na fase de formação e execução dos contratos. Então, diante do entendimento jurisprudencial predominante de que a qualquer contrato de plano de saúde devem ser aplicadas as normas consumeristas, passa-se a apreciação das implicações desse entendimento na execução do contrato da autogestão.

Na análise das cláusulas contratuais de consumo sempre vigorará a hermenêutica mais favorável ao consumidor. Havendo dúvida quanto a determinado conteúdo de um contrato de plano de saúde celebrado por um ente de autogestão e seu participante, este último continuamente será favorecido. Existindo demandas judiciais, também mudanças nas regras da responsabilidade civil ocorrerão, pois, como fornecedora, a responsabilidade objetiva da operadora de assistência à saúde restará caracterizada.

Outra implicação processual é a inversão da distribuição do ônus da prova a favor do usuário visto como consumidor. Todas essas questões podem desencadear, por exemplo, inúmeras condenações judiciais que venham a interferir na autonomia financeira e administrativa da autogestão, impactando negativamente o fundo gerido para custear a assistência à saúde.

5.3 ANÁLISE JURISPRUDENCIAL DA APLICAÇÃO DO CDC AOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE DA AUTOGESTÃO.

5.3.1 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS – TJMG

A escolha do referido Tribunal se deu devido a sua proximidade com o local onde foi desenvolvido o estudo. A decisão a seguir apresentada foi proferida na Apelação Cível, nº 1.0024.13.285229-4/003, cuja relatoria foi do Desembargador Pedro Bernardes, integrante da 9ª Câmara Cível do TJMG. Enquanto apelante, figurava a Fundação AFFEMG de Assistência e Saúde – FUNDAFFEMG, instituída pela Associação dos Funcionários Fiscais do Estado de Minas Gerais. Apresenta a seguinte ementa:

APELAÇÃO - INDENIZAÇÃO - PLANO DE SAÚDE - AUTOGESTÃO - APLICABILIDADE DO CDC - PRESCRIÇÃO - ADOÇÃO DA LEI ESPECIAL - TRATAMENTO E PROCEDIMENTO - INCUMBÊNCIA DO MÉDICO - ILEGALIDADE NA RECUSA RELATIVA A DOENÇA OBJETO DE COBERTURA PELO PLANO DE SAÚDE - COMPORTAMENTO CONTRÁRIO À ANTERIOR MANIFESTAÇÃO - VENIRE CONTRA FACTUM PROPRIUM - VEDAÇÃO.

Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos planos de saúde de modalidade autogestão.

Havendo lei especial estabelecendo prazo prescricional diverso, torna-se inviável a aplicação da regra geral prevista no Código Civil.

O tratamento e o procedimento a ser adotado para uma doença objeto de cobertura securitária não pode ser recusado pela operadora do plano de saúde, sendo a definição daqueles incumbência do médico especialista.

É inadmissível a conduta da parte contrária à sua anterior manifestação de vontade, caracterizando venire contra factum proprium, comportamento incompatível com os ditames impostos pela boa-fé.

A apelante interpôs recurso contra sentença condenatória que determinou ressarcimento de valores gastos com tratamentos. Como fundamento do pedido de reforma, alegou a inaplicabilidade do CDC, o que refletiria diretamente na decisão da lide, uma vez que envolvia prazos prescricionais. O TJMG entendeu pela existência da relação de consumo e a necessidade de aplicação do CDC.

Como fundamento da decisão, asseverou-se o entendimento predominante da corte de que a relação de consumo se caracteriza pelo objeto contratado, sendo irrelevante a natureza jurídica da entidade, ainda que sem fins lucrativos, no momento em que presta serviço administrando planos de saúde remunerados aos associados. Foi adotado o prazo prescricional de cinco anos presente no CDC e não de três da legislação civil.

5.3.2 SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA - STJ

Em junho de 2016, a Segunda Seção do STJ proferiu decisão acerca da inaplicabilidade do CDC aos contratos de planos de saúde conduzidos sob a autogestão. A escolha da jurisprudência do referido Tribunal se deu devido à sua posição pioneira para tratar a questão.

O entendimento firmado no Recurso Especial de nº 1.285.483, interposto em desfavor da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil - CASSI, foi de que a recorrida não possuía responsabilidade solidária pela falha na prestação de serviços de um hospital conveniado à sua rede credenciada. Conforme a ementa abaixo, o STJ dá novos rumos à questão:

RECURSO ESPECIAL. ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE. PLANOS DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO. FORMA PECULIAR DE CONSTITUIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO. PRODUTO NÃO OFERECIDO AO MERCADO DE CONSUMO. INEXISTÊNCIA DE FINALIDADE LUCRATIVA. RELAÇÃO DE CONSUMO NÃO CONFIGURADA. NÃO INCIDÊNCIA DO CDC.

1. A operadora de planos privados de assistência à saúde, na modalidade de autogestão, é pessoa jurídica de direito privado sem finalidades lucrativas que, vinculada ou não à entidade pública ou privada, opera plano de assistência à saúde com exclusividade para um público determinado de beneficiários.

2. A constituição dos planos sob a modalidade de autogestão diferencia, sensivelmente, essas pessoas jurídicas quanto à administração, forma de associação, obtenção e repartição de receitas, diverso dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam ao lucro.

3. Não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo.

4. Recurso especial não provido.

Em seu voto, o relator Luís Felipe Salomão concluiu pela inexistência da relação de consumo entre as partes, afastando a aplicabilidade do CDC. Ainda que o objeto dos contratos seja o mesmo, ou seja, a assistência suplementar à saúde, somente os planos comerciais que operam o regime de mercado, auferem lucros das contribuições pagas pelos usuários (há, nas palavras do relator, proveito econômico). Outra questão é a ausência de imposição legal para que usuários integrem a gestão da operadora aberta ou contribuam para a administração do plano de saúde contratado.

Após o referido precedente criado pela Segunda Seção, discussões sobre questão se acirraram, de forma que em 14 de abril de 2018, a Súmula 469 já tratada neste trabalho foi cancelada. Em seu lugar foi fixado novo entendimento por meio da Súmula de número 608, no seguinte teor: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”. A nova jurisprudência determina a inaplicabilidade do CDC aos contratos de planos de saúde operados por entidades de autogestão e dá uma nova leitura para a relação contratual.

6. CONCLUSÃO

Analisando os princípios aplicáveis às relações contratuais, verificou-se que aqueles que privilegiavam o individualismo em detrimento ao interesse da coletividade foram sendo reinterpretados. Outros princípios surgiram para possibilitar ao contrato ser verdadeiro instrumento de promoção da dignidade humana e não meio de intensificação das desigualdades sociais. Por meio da aplicação de diplomas normativos, como a Constituição de 1988, o Código de Defesa do Consumidor e a Lei dos Planos de Saúde, o equilíbrio das relações contratuais tem sido uma busca constante.

O ponto de relevo no presente trabalho foi apontar as diferenças principais da autogestão, quais sejam a ausência de finalidade lucrativa e seu intuito primeiro em conferir assistência à saúde de qualidade e baixo custo aos usuários, normalmente ligados por algum vínculo. Depois de realizado detalhamento do conceito de fornecedor e da figura do consumidor, restou claro que a função do CDC é equilibrar partes muito desiguais. Embora o entendimento da jurisprudência tenha sido no sentido de aplicar a legislação a todo contrato de plano de saúde, percebe-se que há uma incoerência no tratamento do plano de saúde de autogestão e que começa a ser corrigida pela atuação do Superior Tribunal de Justiça.

Tal contrassenso está no fato de se desconsiderar que a operadora não oferta seus produtos no mercado, mas apenas a um grupo específico de pessoas. Também não tem proveito econômico com a atividade que é, direta ou indiretamente, conduzida pelos próprios usuários. Assim, por mais que nas tratativas contratuais não possam intervir nos direitos e deveres, os beneficiários poderão atuar na gestão e administração da operadora. O acesso à informação também é maior, uma vez que o usuário tem mais aproximação e diálogo com os órgãos diretivos, muitas vezes eleitos por ele mesmo.

Recorre-se ao aspecto externo do princípio da função social dos contratos, pois a caracterização dessa relação enquanto de consumo onera a todos os demais beneficiários e, para além disso, os novos beneficiários, que provavelmente irão aderir a planos de saúde mais caros.

Conforme se denotou, o plano de saúde de autogestão tem por participantes pessoas que possuem vínculo entre si, e que visando o bem-estar do grupo se reúnem para atingir objetivos que sozinhas não atingiriam. O acesso à saúde, sem dúvida, é o objetivo desse movimento que chega a ser corporativo.

Dessa forma, a interpretação incorreta do contrato de autogestão pode impactar sobremaneira em um corpo social que atua no limite de previsões atuariais para cumprir com suas obrigações.

Como se demonstrou, a aplicabilidade do CDC aos contratos de planos de saúde se dá por meio de diversos mecanismos e objetiva reequilibrar as partes. Entretanto, por mais que haja desequilíbrio entre as partes, não será aquela desigualdade que justifique a aplicação da legislação consumerista, uma vez que esta pode vir a contribuir para a inviabilidade financeira do sistema de autogestão em saúde.

Tendo em vista as sutilezas da relação, a legislação do consumidor não deve incidir sobre o vínculo contratual existente entre operadoras de autogestão e seus usuários, sob a pena de desconsiderar o intuito maior dessa modalidade. Devido às decisões do STJ, a jurisprudência caminha para adotar novo posicionamento e deixar de reconhecer a existência da relação de consumo nessa categoria, por ser a medida mais correta.

Neste cenário, caberá às entidades de autogestão o cumprimento verdadeiro de seus fins, bem como aos entes fiscalizadores zelarem para que o usuário da autogestão em saúde suplementar tenha seu direito fundamental à saúde resguardado, independente da aplicação do CDC. Afinal, a nova principiologia contratual é capaz de lhe conferir tutela de forma satisfatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRUDA, Maria da Glória Chagas. **A Inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor em Face da Previdência Fechada**. São Paulo: Ltr, 2008. p. 151.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 27 de outubro de 2017.

_____. **Justiça em números 2017**: ano-base 2016/Conselho Nacional de Justiça – Brasília: CNJ, 2017. Disponível em: http://paineis.cnj.jus.br/QvAJAXZfc/opedoc.htm?document=qvw_l%2FPainelCNJ.qvw&host=QVS%40neodimio03&anonymous=true&sheet=shResumoDespFT. Acesso em: 15 de outubro de 2017.

_____. **Lei nº 8.078**, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm. Acesso em: 15 de setembro de 2017.

_____. **Lei nº 9.656**, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm Acesso em: 13 de setembro de 2017.

_____. **Superior Tribunal de Justiça**. Recurso Especial nº 1.285.483 – PB. Relator: Ministro Luís Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 22/06/2016, publicado em 16/08/2016. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1522628&num_registro=201102395952&data=20160816&formato=PDF Acesso em: 23 de outubro de 2017.

CATUSSO, Joseane. **A boa-fé como instrumento da função social dos contratos**. Dissertação (Dissertação em Direito das Relações Sociais) - UFPR. Curitiba-PR, 2008, p. 298. Disponível em: <http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/15151/Joseane;jsessionid=7EE765B3EE4342ED6A1FA10F7754970C?sequence=1>. Acesso em 26 de outubro de 2017.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro: Teoria das obrigações contratuais e extracontratuais**. 23º ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

FERNANDES NETO, Antonio Joaquim. **Plano de saúde e direito do consumidor**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

GAGLIANO, Pablo Estolze. **Novo curso de direito civil: contratos**. V.4. 5º. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

GOMES, Orlando. **Contratos**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 1979.

GRINOVER, Ada Pellegrini. REIS, Adacir. AVENA, Lygia. **A Inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor para as Entidades Fechadas de Previdência Complementar**. São Paulo: ABRAPP, 2013.

GONÇALVES, Sandra Krieger. **Judicialização do Direito à saúde e o sistema de saúde suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

LEITE, Roberto Basilton. **Introdução ao direito do consumidor**. São Paulo: Ed. Livraria dos Tribunais, 2002, p. 43.

LISBOA, Roberto Senise. **Manual de direito civil**. V.3. 5.ed. São Paulo: Saraiva, 2013, p.88.

MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor**. 6ª. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

MINAS GERAIS. **Tribunal de Justiça de Minas Gerais**. Apelação Cível nº 1.0024.13.28229-4/003. Relator: Pedro Bernardes, 9º Câmara Cível, julgado em 11/07/2017, publicado em 01/08/2017. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/InteiroTeor_10024132852294003.pdf Acesso em: 23 de outubro de 2017.

NEGREIROS, Teresa. **Teoria dos Contratos: novos paradigmas**. 2º ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

NUNES, Rizzatto. **Curso de Direito do Consumidor**. 4ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

PICCHIALI, Djair. **Estratégia, Estrutura e Competências Gerenciais**: estudo de uma operadora de plano de saúde, modalidade autogestão. Revista de Ciências da Administração, v. 11, n. 25, p. 229-253, set/dez 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2735/273520578009/>>. Acesso em: 17 de outubro de 2017.

PRUX, Oscar Ivan. **O princípio do equilíbrio nas relações de consumo**. Disponível em: <<http://www.tribunapr.com.br/blogs/direito-consumidor/o-principio-do-equilibrio-nas-relacoes-de-consumo/>>

ROSA, Teresa Cristina. FARIAS FILHO, José Rodrigues de. **Gestão dos planos de saúde no modalidade de autogestão**: estudo de caso em uma Autarquia Federal. XII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Rezende: 2015. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos15/12622121.pdf>> Acesso em: 19 de outubro de 2017.

SCHIMITT, Cristiano Heineck, MARQUES, Cláudia Lima. **Visões sobre os planos de saúde privada e o Código de Defesa do Consumidor**. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/vis%C3%B5es-sobre-os-planos-de-sa%C3%BAde-privada-e-o-c%C3%B3digo-de-defesa-do-consumidor>>. Acesso em: 04 de outubro de 2017.

SILVA, José Luiz Toro da. **Manual de Direito da Saúde Suplementar**: A iniciativa Privada e os Planos de Saúde. 1ª. ed. São Paulo: M.A. Pontes Editora, 2005.

PARA MAIS INFORMAÇÕES E OUTROS ESCLARECIMENTOS, ENTRE EM CONTATO COM A ANS.
VEJA ABAIXO NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO:



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



Atendimento pessoal
12 Núcleos da ANS.
Acesse o portal e
confira os endereços.



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



Use a opção do código
para ir ao portal da ANS



[ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)



[@ANS_reguladora](https://twitter.com/ANS_reguladora)



[ansreguladoraoficial](https://www.youtube.com/ansreguladoraoficial)



[company/ans_reguladora](https://www.linkedin.com/company/ans_reguladora)



Av. Augusto Severo, 84 - Glória , 20021-040 - Rio de Janeiro/RJ



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

