

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Bioética

A Saúde Suplementar no Brasil em Perspectiva Bioética

Regina Ribeiro Parizi Carvalho

Tese aprovada no Programa de Pós- Graduação em Bioética como requisito para obtenção do Título de Doutor em Bioética da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Volnei Garrafa

BRASÍLIA- DF, fevereiro de 2013

A Saúde Suplementar no Brasil em Perspectiva Bioética

Regina Ribeiro Parizi Carvalho

BRASÍLIA- DF, fevereiro de 2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Bioética

A Saúde Suplementar no Brasil em Perspectiva Bioética

Regina Ribeiro Parizi Carvalho

Tese aprovada no Programa de Pós- Graduação em Bioética como requisito para obtenção do Título de Doutor em Bioética da Universidade de Brasília.

Aprovada por:

Prof. Dr. Volnei Garrafa - UnB (Orientador Presidente)

Prof. Dr. Helena Eri Shimizu –UnB

Prof. Dr. José Francisco Nogueira Paranagua de Santana – FIOCRUZ

Prof. Dr. Paulo Antônio de Carvalho Fortes – USP

Prof. Dr. Aline de Albuquerque S. de Oliveira – AGU

Brasília-DF, fev. 2013

DEDICATÓRIA:

*“Aos brasileiros que pacientemente
vêm apostando no acesso universal
à assistência à saúde.”*

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos em teses acadêmicas são atos de reconhecimento às pessoas que contribuíram para o conjunto do trabalho, que naturalmente é impossível, pois muitos que auxiliaram na percepção dos problemas e nas perguntas que motivaram o estudo de determinada questão sequer são identificáveis. Assim, eles ficam restritos à memória recente, àqueles que participaram na fase objetiva da confecção da pesquisa:

- Ao meu orientador Prof. Dr. Volnei Garrafa, sem o qual e a sua contribuição para a Bioética brasileira este trabalho não existiria;

- Ao Prof. Dr. Paulo Fortes, que com seu apoio e contribuição foi um dos maiores responsáveis pela viabilização deste trabalho;

- Aos que contribuíram de diversas maneiras no estudo:

Mário Scheffer, Sônia Takeda, Sueli Chaves, Claudio Andraos, Glauca Tittanegro, Lívia Pedalini, Patrícia Rondó, Dinaura Franco, Daniella Moraes, Iolanda Ramos, Thádia Marques e todas as pessoas que contribuíram com as entrevistas.

- À minha família, não só por mais essa etapa de vida, mas por todos os anos de apoio e contribuição em diferentes saberes: afetivo, ético e técnico, que concretizam nossa busca pela aristotélica “vida boa”:

Meu marido Eurípedes Balsanufu Carvalho e filhos Matheus e Thiago.

- *In memoriam:*

À minha mãe, que me ensinou a ler e a importância da leitura;

À minha irmã Ruth, que também acreditava na aristotélica “vida boa”.

RESUMO

Os planos e seguros privados no Brasil foram regulamentados para equacionar conflitos relacionados às restrições de coberturas assistenciais, exclusão de faixas etárias, reajustes abusivos de mensalidades, ausência de garantias contratuais e financeiras aos consumidores e falta de regulação e fiscalização, frente à Constituição Brasileira, de 1988, definir saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Nesse período de Reforma Sanitária, de implantação do Sistema Único de Saúde e de reforma do aparelho do Estado, cresce o debate da Bioética, que, no país, se expande para análises de sistemas e políticas de saúde. A mais de 10 anos da regulamentação dos planos e seguros privados de saúde, é necessário analisar os pontos equacionados e persistentes; bem como novos desafios, diante do avanço das ciências e das biotecnologias, ao lado da transição demográfica, com envelhecimento da população, considerando os aspectos éticos e bioéticos dessas políticas. O objetivo foi descrever e analisar a assistência médica suplementar, o contexto- ético, legal, institucional- e os conflitos, apontados pelos atores sociais, que se deram na regulamentação de 1998 a 2010. Houve melhora dos registros e regras de atuação das empresas no mercado, do fluxo de informação e das garantias contratuais e financeiras aos consumidores. Mantendo conflitos no acesso aos serviços e procedimentos, no reajuste de mensalidades, nas políticas de autonomia e honorários médicos; a par da disputa, com o setor público, pela rede de serviços de saúde no país, com aumento dos custos e não melhoria na qualidade da assistência. O aumento da participação privada na saúde vem provocando debates internacionais, da necessidade de avaliações comparativas e aperfeiçoamento da regulação público-privada na assistência, que, no Brasil, também precisa promover maior equilíbrio no financiamento público-privado, na reavaliação do modelo de atenção e na distribuição da rede de serviços, com rediscussão do marco regulatório e fiscal da saúde suplementar, quanto ao seu aspecto complementar, suplementar ou duplicativo na assistência. Na perspectiva bioética são medidas inadiáveis, diante dos compromissos éticos e constitucionais da promoção equitativa e universal do acesso à atenção à saúde, assumidos com a população brasileira.

Descritores: Saúde Suplementar. Regulamentação. Bioética. Equidade. Universalização do acesso à saúde.

ABSTRACT

The plans and private insurances in Brazil were regulated for equating conflicts related to the restrictions of healthcare coverage, the exclusion of age groups, the abusive tuition increases, the lack of financial and contractual guarantees for the consumers and the lack of regulation and supervision, in opposition to the Brazilian Constitution of 1988 defining health as a citizen's right and duty of the State. In this period of Health Reform, of implementation of the Unified Health System and reform of the State apparatus, the debate of Bioethics grows, which, in the country, expands itself to systems analysis and health policies. More than 10 years after the plans and private health insurances regulation, it is necessary to analyze the equated points and the ones that persist; as well as the new challenges, facing the advancement of sciences and biotechnologies, next to a demographic transition, with the aging of the population, considering the ethical and bioethical aspects of these policies. The objective was to describe and analyze the supplementary medical assistance, the ethical-, legal-, institutional-context, and the conflicts pointed by the social actors that occurred in the regulation from 1998 to 2010. There was an improvement of the records and rules of engagement of the companies in the market, of the flow of information and the contractual and financial guarantees for the consumers. Keeping conflicts in the access to the services and procedures, the readjustment of tuitions, the policies of autonomy and medical fees; aware of the dispute, with the public sector, for the network of health services in the country, with the rising of the costs and the non-improvement in the quality of assistance. The increase of private participation in health has been provoking international debates, from the need for benchmarking and improving public-private regulation of the assistance, which, in Brazil, must also promote greater balance in public-private financing, on the revaluation of the care model and the distribution of the services network, with the rediscussion of the regulatory and fiscal mark of supplementary health, as for its complementary, supplementary or duplicative aspect in assistance. On the bioethical perspective these are unpostponable measures, before the constitutional and ethical commitments of promoting equitable and universal access to health care, made with the Brazilian population.

Descriptors: Supplementary Health. Regulation. Bioethics. Equity. Universalization of the access to health care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Categorias analisadas no processo de regulamentação da saúde suplementar.	34
Quadro 2: Resoluções do Conselho Federal de Medicina – CFM, relativas a Saúde Suplementar do período de 2000 a 2010	57
Quadro 3. Entrevistas com Membros da Câmara de Saúde Suplementar - CSS	78
Quadro 4. Média das notas, por região, aplicada pelos médicos em relação à interferência dos planos de saúde na autonomia técnica, pesquisa Datafolha 2010.	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Proporção por tipo de Resolução Normativa – RN, ANS, 2002 a 2010.	53
Tabela 2: Proporção do nº de Médicos, Serviços e Operadoras, por região geográfica, no Brasil	65
Tabela 3: Custo das Autogestões com consultas, exames e internações hospitalares, de 2008 a 2010.	75
Tabela 4: Pagamentos do próprio bolso (PPB), Seguros Privados de Saúde (SPS) e Gasto Público de Saúde, 1990 e 2000.	91
Tabela 5: Percentual das despesas públicas e privadas na saúde em relação ao PIB, nos anos 2000 e 2010.	94

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo

AIDS - Acquired immune deficiency syndrome

AMB - Associação Médica Brasileira

AMIL - Assistência Médica Internacional

AMS - Assistência Médico-Sanitária

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BI - Bioética de Intervenção

CBHPM - Classificação Brasileira de Honorários e Procedimentos Médicos

CEM - Código de Ética Médica

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CFM - Conselho Federal de Medicina

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNS - Confederação Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CSS - Câmara de Saúde Suplementar

CUT - Central Única dos Trabalhadores

FENAM - Federação Nacional dos Médicos

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor

IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Ampliado

IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada

MJ - Ministério da Justiça

MP - Medida Provisória

MS - Ministério da Saúde

NIP - Notificação de Investigação Preliminar

OECD - Organisation For Economic Co-Operation And Development

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PIB - Produto Interno Bruto

PL - Projeto de Lei

PROCON - Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor

PROTESTE - Associação de consumidores

RN - Resolução Normativa

SBB - Sociedade Brasileira de Bioética

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução	14
2. Fundamentação Teórica	17
2.1. Saúde Suplementar	17
2.2. Bioética	22
3. Justificativa	29
4. Objetivos	32
4.1. Objetivo Geral	32
4.2. Objetivos Específicos	32
5. Procedimentos Metodológicos	33
5.1. Estratégia da Pesquisa	33
5.2. Pesquisa Documental	34
5.3. Entrevistas	36
5.4. Ética em Pesquisa	38
5.5. Referenciais Teóricos de Análise dos Dados	38
5.5.1 Bioética de Intervenção – BI	38
5.5.2 Hermenêutica Dialética	41
6. Resultado e Discussão	44
6.1. O Marco Regulatório	44
6.2. A Regulamentação	51
6.2.1. Questões Normativas	51
6.2.2. Questões Assistenciais	58
6.2.3. Questões Administrativo-Operacionais	64
6.2.4. Questões Econômico-Financeiras	73
6.3. Atores Sociais – Entrevistas	77
6.4. Panorama internacional das despesas com saúde	90

7. A Saúde Suplementar em Perspectiva Bioética	97
8. Considerações Finais	111
9. Referências	116
10. Anexo I	132
11. Anexo II	134
12. Anexo III	136
13. Anexo IV	137

1. INTRODUÇÃO

Os planos e seguros privados de assistência à saúde, que compõem a denominada Saúde Suplementar no Brasil, foram regulamentados há mais de dez anos com o objetivo de equacionar conflitos, expostos na justificção do projeto que deu origem à Lei nº 9656 de 03 de junho de 1998 (1), alterada por diversas medidas provisórias.

Nesse projeto, os principais conflitos apontados estavam relacionados às restrições de coberturas de procedimentos assistenciais, exclusão de faixas etárias nos produtos, reajustes abusivos de mensalidades, ausência de garantias aos consumidores diante da insolvência de empresas e a falta de regulação e fiscalização pelo Poder Executivo, uma vez que a Constituição Brasileira, em 1988, definiu a saúde como atribuição do Estado (2).

O Artigo 196 da Constituição Federal prescreveu a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, garantido mediante políticas de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, a regulamentação dos planos e seguros privados foi ponto polêmico, uma vez que importante parcela da sociedade entendia que sendo a saúde um dever do Estado, conforme prescrito na Constituição, este deveria ser o único provedor, mediante o Sistema Único de Saúde (SUS) aprovado pela Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 (3).

O fato é que esse debate sobre provedor ocorreu entre os constituintes à época, que entenderam por maioria, ser também livre à iniciativa privada a assistência à saúde. Assim, o movimento pró-regulamentação cresceu, tomando maior impulso com a aprovação do Código de Defesa do Consumidor, consolidado por meio da Lei nº 8078 de 11 de setembro de 1990 (4).

É nesse cenário de Reforma Sanitária, de construção do novo arcabouço legal brasileiro, de implantação do SUS, dos conflitos e necessidade de regulação do Estado dos planos e seguros privados de saúde, que toma impulso a Bioética no Brasil, expandindo seu horizonte de análise, então centrado nos cuidados individuais e na experimentação, ampliando sua contribuição nas discussões de sistemas e políticas de saúde (5).

A Reforma do Estado brasileiro ocorrida em 1994 (6), foi outro fator impulsionador da regulamentação da assistência à saúde no setor privado. Pois nesta, o Estado mudou do caráter produtor para o de regulador, descentralizando áreas para outros entes federativos e tarefas subsidiadas pelo Estado como educação, saúde e pesquisas científicas.

O Estado passou a adotar modelo preconizado internacionalmente, cuja doutrina defendia o aumento do potencial de governança das políticas públicas mediante reforma do aparelho do Estado, tornando-o menor, mais ágil, menos dispendioso e mais eficiente. Escolhendo as agências reguladoras como modelo gerencial, que passaram a ter o caráter de regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades de atribuição do Executivo, no caso do setor privado da saúde, criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde.

A mais de dez anos da lei da regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde, é necessário avaliar os pontos que foram equacionados e aqueles que permanecem, bem como os novos desafios colocados na pauta, diante de um período que vem se caracterizando pelo avanço das ciências e da incorporação de biotecnologias, ao lado de uma transição econômica e demográfica, sem precedentes na história do país (7).

Outro aspecto que se coloca é a discussão sobre a participação dos planos e seguros privados na assistência à saúde do país, se complementar, suplementar ou duplicativa em relação ao setor público, pois embora regulamentada como suplementar, ela tem se dado de maneira duplicativa no acesso aos serviços, para determinados extratos da população brasileira.

O objetivo deste trabalho, portanto, é descrever e analisar os contextos, os conflitos e as proposições que se deram na assistência médica suplementar, desde 1998 até o ano de 2010, bem como, à luz de referenciais bioéticos, as diretrizes norteadoras dessas políticas na assistência à saúde no Brasil.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. SAÚDE SUPLEMENTAR

Em 1998, a população, os profissionais de saúde e diversas entidades representativas comemoraram a aprovação da Lei nº 9656/98, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde e a Lei nº 9961 de 28 de janeiro de 2000 (8), que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), atribuindo-lhe competência no âmbito da regulação e fiscalização dos planos e seguros privados de assistência à saúde.

A saúde suplementar passou a ser regulada pelo Estado, após a Constituição de 1988 definir a saúde como direito de todos e dever do estado, atribuindo relevância pública às políticas, ações e serviços de saúde, como também estabelecendo que a assistência à saúde fosse livre à iniciativa privada.

O mercado de assistência médica suplementar, no Brasil, vem crescendo e contava em 2011, segundo a ANS, com 1.176 operadoras médico-hospitalares, cerca de 47 milhões de beneficiários e receita de mais de R\$ 82 bilhões no ano (9).

O Brasil, na década de 1990, já apresentava crescimento dos gastos totais da saúde, concomitante à consolidação da transição epidemiológica e demográfica no país, com queda das taxas de fecundidade, aumento da expectativa de vida ao nascer, envelhecimento da população e aumento da prevalência de doenças crônicas, dentre outros indicadores.

O setor privado passou a receber investimentos de grupos econômicos, que também exigiram dos órgãos governamentais que discutissem a regulamentação dos planos de saúde. Nesse período, houve aumento de clientes de planos de saúde individuais e familiares, com a entrada no mercado de parte da população que antes utilizava consultas e exames particulares (10).

A introdução de novos procedimentos médicos, a incorporação biotecnológica, o aumento dos custos com equipamentos e honorários médicos, frente aos problemas da rede pública de saúde e o envelhecimento da população tiveram papel determinante no crescimento da assistência suplementar (11).

A expansão deu-se, principalmente, nos planos coletivos, tanto para empregados do setor privado quanto para funcionários públicos, nestes com destaque para os planos próprios de autogestão e sem fins lucrativos (12), adicionada à entrada de grandes seguradoras que antes não atuavam no ramo da saúde. Os serviços médicos de empresas, principalmente do setor industrial, os hospitais privados e as cooperativas de trabalho médico também contribuíram para a reorganização da assistência.

Uma das características desse universo dos planos de saúde é o regime de pré-pagamento, instituído desde o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões, nas décadas de 1930 e 40, que garantia aos trabalhadores urbanos benefícios como de assistência médica, inclusive aos familiares, medicamentos a preços especiais, aposentadorias e pensões (13). A insuficiente oferta de assistência médica privada na época fez com que determinadas Caixas criassem seus próprios serviços de atendimento médico.

A lógica da solidariedade e da construção coletiva de poupanças, para efeito de garantias dos benefícios da seguridade social em previdência, saúde e assistência social, era praticada por várias categorias profissionais no país. Estas passaram a construir seus sistemas fechados, objetivando oferecer benefícios aos trabalhadores e dependentes, por meio de serviços públicos ou privados. Diversas categorias profissionais optaram por construir suas próprias instituições compartilhadas com o setor patronal, denominadas autogestão em saúde e/ou fundos de pensão em previdência (14).

Após décadas sem intervenção estatal, a regulamentação dos planos de saúde ganhou força a partir de 1990, decorrente dos esforços governamentais, do trabalho do legislativo e da mobilização da sociedade civil. O trâmite da regulamentação refletiu o intenso conflito de interesses entre a atuação das empresas e os anseios dos prestadores de serviços e dos beneficiários dos planos de saúde.

O processo que antecedeu a decisão de regulamentar os planos e seguros de saúde foi marcado por denúncias de abusos nas restrições contratuais, com acúmulo de jurisprudências no judiciário, concorrência desleal, interferência no trabalho médico e transferências de pacientes, sem alta clínica, para a rede pública. Tudo isso desencadeou resoluções de Conselhos Profissionais (15; 16) que deram publicidade ao tema, gerando manifestações públicas, legislações estaduais e Projetos de Lei no Legislativo Federal.

Os projetos tinham como pauta a assistência à saúde como direito à vida, tendo em vista que as restrições de coberturas para determinadas enfermidades e a interrupção do atendimento diante de cláusulas contratuais, somente obedeciam à lógica do lucro financeiro, desconhecendo necessidades

de promoção e recuperação da saúde das pessoas e expondo enfermos ao risco de morte.

Após dez anos da Lei nº. 9656/98 pode-se afirmar que a regulamentação trouxe avanços, como a definição de padrões mínimos de cobertura, a fixação de faixas etárias, a criação de regras de reajustes de mensalidades e o estabelecimento de critérios para a entrada, funcionamento e saída das empresas desse setor. Também transferiu para o Poder Executivo a responsabilidade pela regulação e fiscalização das operadoras privadas, tanto dos aspectos assistenciais como daqueles ligados às atividades econômicas das empresas.

Se por um lado, a Constituição Brasileira de 1988, o Código de Defesa do Consumidor de 1990 e a agência reguladora de serviços, a ANS, têm sido fundamentais para viabilizar o direito dos cidadãos, por outro, verifica-se que prevalecem as garantias individuais, ao mesmo tempo em que ocorrem conflitos na esfera coletiva. Por exemplo, sobre o acesso a medicamentos de alta complexidade e alto custo, bem como sobre autonomia entre a categoria médica e as operadoras.

Muitos problemas ocorrem também na esfera da incorporação de tecnologias, que se contribui para o prolongamento da vida, para o alívio da dor, para a redução do risco de adoecimento e de incapacidades, também provocam aumento na utilização dos serviços, o que tem ocasionado impacto no financiamento e na gestão de sistemas, instituições e operadoras de planos de saúde, particularmente frente ao processo de envelhecimento da população.

O aumento da expectativa de vida e da complexidade dos serviços de saúde, em diversos países, vem exigindo a reorganização dos sistemas quanto

à assistência, tanto de iniciativa pública quanto privada, para atender às questões éticas colocadas pela sociedade, como a necessidade de prover seus cidadãos do acesso universal e integral à promoção e cuidados de saúde. A área da assistência suplementar no Brasil não tem se diferenciado desse contexto.

Um exemplo é a regra que normatizou reajustes diferenciados por faixa etária, RN nº 63, de dezembro de 2003 (17), permitindo que os valores dos planos fossem até 6 (seis) vezes maior para as pessoas acima de 59 anos de idade. Isto vem determinando a expulsão dos idosos das carteiras de planos e seguros pela via econômica, contrariando o Estatuto do Idoso, aprovado mediante a Lei nº 10.741 de 10 de outubro de 2003 (18), que veda medidas que concorram para a exclusão social dessa faixa etária.

Outra questão está relacionada aos antigos contratos, ou seja, contratos de planos de saúde que foram realizados antes da Lei nº 9656/98 e que, até hoje, não se adaptaram e/ou migraram para ter acesso às novas regras estabelecidas na legislação. Estes, baseados em direitos adquiridos, inclusive pelo Código de Defesa do Consumidor, que a lei não retroage para contratos anteriores a sua promulgação, acabam determinando que beneficiários fiquem sem cobertura em relação aos novos direitos e garantias estabelecidas na regulamentação da Saúde Suplementar.

O cenário mostra que tanto questões antigas relacionadas à exclusão de faixas etárias, como a não adaptação de contratos antigos, mantém conflitos na pauta da regulamentação; assim como novos que surgiram frente à incorporação de tecnologias biomédicas, ao aumento da população beneficiária

dos planos de saúde, ao acesso a assistência farmacêutica e procedimentos de maior complexidade, entre outros.

O Brasil, por outro lado, apresenta diferenças no mercado de planos e seguros privados em relação a outros países, sendo talvez a principal delas a regulamentação pelo Estado com participação da sociedade. Pois, influenciados pela Reforma Sanitária que elaborou o SUS foi criada a Agência e a Câmara de Saúde Suplementar, sendo que esta última, embora de caráter consultivo, representou um avanço no mecanismo de governança do setor privado de saúde.

Dados internacionais, divulgados pela *Organization for Economic Co-Operation and Development* (OECD) (19) mostram um quadro de crescimento dos planos e seguros privados no mundo, mesmo em países que adotam sistemas de concepção universalista de atenção à saúde. Existem nestes países, entretanto, diferenças nos percentuais de gastos privados na saúde e de cobertura populacional, bem como no caráter complementar, suplementar ou duplicativo dos planos e seguros em relação aos seus sistemas de saúde.

2.2. BIOÉTICA

A partir do final da década de 1980, a Bioética como campo de conhecimento, constituída em disciplina, tomou impulso no Brasil com a aprovação da nova Constituição Brasileira, particularmente com a elaboração da Lei nº 8080/90, que estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

O período de 1990 foi marcado não mais pela efervescência da luta pela garantia de direitos, que caracterizou a década de 1980 com o fim da ditadura militar, mas sim pelos debates e formulações quanto às regulamentações e normas que dariam consequência ao direito conquistado, no caso o direito à saúde entendida como resultado das condições de vida (alimentação, educação, trabalho, lazer, entre outros) e não apenas de assistência aos seus agravos.

Nesse contexto de elaboração do SUS e de aplicação do Código de Defesa do Consumidor, cresceu a mobilização pela regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde no país, tendo em vista que o marco legal, também tinha garantido liberdade à participação da iniciativa privada na assistência à saúde.

O clima, neste sentido, tornou-se fértil para a utilização da Bioética como ferramenta de estudo do assunto e dos conflitos éticos decorrentes, pois a cada norma ou proposição, havia a necessidade da reflexão técnica e ética, bem como da análise crítica dos conceitos existentes no novo modelo proposto e nos novos paradigmas estabelecidos para a elaboração do sistema de saúde. Isto baseado na construção coletiva das Conferências e Conselhos de Saúde e consolidado no processo democrático recém-conquistado, com a expectativa inclusiva de atender o pluralismo, diminuir a assimetria de informação e participação da população, tendo como objetivo maior reduzir as iniquidades existentes na saúde da população brasileira.

Há, também, que se considerarem os aspectos éticos e bioéticos que passaram a acompanhar a assistência à saúde. Cada vez mais e constantemente as ciências biomédicas começaram a interrogar seus

pressupostos, seu modo de pensar, suas representações, seus processos de saúde e doença, seus métodos de diagnóstico, tratamento e experimentação, suas construções culturais e normativas no campo coletivo.

Por outro lado, as novas tecnologias e o avanço da ciência na medicina introduziram novos debates na esfera individual e no campo da autonomia, ampliando, por exemplo, a capacidade de intervenção “no nascer, no viver e no morrer” (novas tecnologias reprodutivas, aborto, transplante de órgãos e tecidos humanos, morte encefálica, terapia gênica, terapia celular e outros temas da atualidade) (20).

A Bioética, tal como é conhecida, teve sua denominação cunhada por Potter, em 1971, na sua celebrada obra “Bioética: uma ponte para o futuro” (Título original: *Bioethics: bridge to the future*) (21), onde introduziu novas dimensões relacionadas à vida, ao meio ambiente e outros seres partícipes do nosso planeta, como na análise ética da saúde e da vida. Esta concepção de vida, contudo, não fica reduzida à assistência aos seus agravos, conforme a Ética Deontológica dos deveres observados por aqueles que cuidam da saúde, mas também não se restringe ao Modelo Principlista, desenvolvido por Beauchamp e Childress, em 1979 (22).

É importante observar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948 (23), e os códigos profissionais deontológicos, foram resultados das graves ocorrências que aconteceram nas grandes guerras mundiais. Enquanto, o modelo Principlista proposto e desenvolvido por Beauchamp e Childress, foi decorrente de experimentos realizados com seres humanos, conforme dados do Relatório Belmont (24), produzido por solicitação do Congresso Norte-americano.

O referido relatório teve como preocupação central estabelecer normas e condutas, baseadas na aplicação dos princípios da autonomia, beneficência e justiça, frente às questões relativas às práticas de assistência e pesquisa em saúde.

Na década de 1990 ampliaram as questões em debate dentro da Bioética, decorrente do grande desenvolvimento biotecnocientífico, como o Projeto Genoma, que resultou na Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) (25) e do processo de globalização, cujo projeto econômico neoliberal aprofundou desigualdades entre as pessoas e no grau de desenvolvimento entre os países.

Iniciava também uma preocupação crescente com o clima e meio ambiente, que já apresentavam sinais de esgotamento do uso predatório do solo, do aumento da poluição e da ameaça de extinção de espécies animais, conforme se verificou na pauta do Quarto Congresso Mundial de Bioética (26), realizado em 1998, em Tóquio, no Japão, que teve como tema central a “Bioética Global”.

Potter, nesse congresso, em videoconferência, retomou sua fundamentação inicial da Bioética exortando uma visão ética globalizada do mundo, como dever moral não só para com as gerações futuras, como também para com o meio ambiente aonde elas coabitam. Tal preocupação expressou a necessidade de um pensamento científico moral diante do “aumento exponencial do conhecimento sem um aumento da sabedoria necessária para controlá-lo” (27).

O Sexto Congresso Mundial de Bioética (28) realizado em 2002, em Brasília, Brasil, catalisou o processo de que o campo da Bioética deveria manter esse olhar mais amplo, tanto para as questões emergentes, em função dos novos conhecimentos científicos, quanto para as questões persistentes dos países em desenvolvimento, de maneira abrangente e plural, de acordo com o tema central “Bioética, Poder e Injustiça”, aonde outros modelos de aplicação, como a Bioética de Intervenção (BI) (29), foram debatidos.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (30), homologada em 2005 pelos 191 países que fazem parte da UNESCO, por sua vez, estabeleceu no seu Artigo 1º – Escopo – que tal instrumento “... trata das questões éticas relacionadas à medicina, às Ciências da vida e às tecnologias associadas quando aplicadas aos seres humanos, levando em conta suas dimensões sociais, legais e ambientais”, traduzindo as reflexões e debates ocorridos, nas décadas anteriores, sobre a abrangência e aplicação da Bioética para a humanidade.

O Brasil merece destaque nessa pluralidade que caracteriza a Bioética atual, pois vinda do percurso deontológico do pós-guerra e do modelo principialista, hoje conta com autores representativos que têm procurado ampliar as dimensões de análise dentro da disciplina, que compreenda as diversas questões e conflitos bioéticos que encerram a complexidade da vida contemporânea, sobretudo para os povos da América Latina, que diante das questões globais persistentes e emergentes ainda se deparam com as relacionadas às desigualdades sócio econômicas, desrespeito aos direitos humanos, corrupção, entre outras (31).

O caminho trilhado pela Bioética brasileira, como se pode observar, guarda estreita relação com a Reforma Sanitária, implementada no país a partir de 1980 e que culminou com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde e a criação do SUS. Isto se deve ao fato de que vários atores sociais, que militaram no processo da Reforma, foram os mesmos que introduziram a Bioética no Brasil, como apontam Porto e Garrafa (5).

A contribuição desses atores continuou na década de 1990, na regulamentação e consolidação do SUS, onde destacados mentores da reforma sanitária brasileira, como Berlinguer (32), expressou a importância das políticas sanitárias serem interpretadas como meios para uma sociedade mais equânime e menos desigual, enquanto pesquisadores como Schramm (33) e Fortes (34) “faziam a natural aproximação entre a bioética, o direito universal ao acesso à saúde e as razões políticas que muitas vezes implicam na melhor ou pior qualidade de vida para as pessoas e comunidade”, conforme referiu Garrafa (35), recentemente, ao analisar a ampliação e a politização do conceito internacional da bioética.

Os debates que ocorreram, naquela oportunidade, na conceituação da saúde como resultante do acesso a um conjunto de determinantes sociais e não apenas à garantia de assistência aos seus agravos, foram estratégicos para dar início a uma análise crítica do modelo, até então, hegemônico da Bioética, baseado no principialismo de Beauchamp e Childress (22).

As questões, mais importantes, estavam relacionadas à análise do campo de observação inicial, que apresentavam diferenças dependendo da origem dos países. Enquanto culturas, como a estadunidense, preconizavam a abordagem individual dos cuidados à saúde e conflitos éticos gerados na

atenção e pesquisa, difundidos pela Bioética Principlialista, o Brasil, como outros países de influência cultural latino-americana, defendia que para a saúde assim como para a Bioética, o campo coletivo deveria ser a abordagem inicial para avaliação dos conflitos, mediante as condições de vida e saúde dos povos (28).

Esse debate sobre a importância das condições de vida e de acesso a cuidados de saúde de qualidade e medicamentos essenciais a toda coletividade, foi consagrado, posteriormente, como um direito fundamental, posto que "a saúde é essencial à vida", como trata o Artigo 14 sobre Responsabilidade Social e Saúde na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (30).

Essas diferenças repercutiram no setor dos planos e seguros privados no Brasil, uma vez que o movimento social para sua regulamentação também ocorreu no lastro da Reforma Sanitária, a qual foi determinante na exposição dos conflitos existentes nessa modalidade de acesso à prestação de serviço de saúde. Isto fez com que o legislativo normatizasse que a regulação fosse exercida pelo Estado e não mais pelo mercado, o qual passou a ser denominado de Saúde Suplementar e subordinado às diretrizes gerais do Sistema Único de Saúde.

3. JUSTIFICATIVA

O estudo procurou analisar situações persistentes ou cotidianas da assistência prestada pelos planos e seguros privados que expõem na prática, o desequilíbrio e o conflito entre operadoras, prestadores de serviços e clientes, uma vez que todo esse contexto envolve interesses e expectativas diversas.

A intenção também foi identificar e analisar os conflitos, inclusive da regulamentação da saúde suplementar, em relação ao direito à saúde, bem como as contradições e as diferentes situações decorrentes dos aspectos éticos, técnicos e econômico-financeiros envolvidos. Enquanto, buscou traçar um diagnóstico dos principais desafios envolvidos, expondo os diversos interesses que foram identificados e procurando discuti-los frente aos cenários nacional e internacional da assistência público-privada da saúde.

É difícil determinar o significado das práticas médicas somente no plano clínico, sendo que a sua contribuição para a população usuária demanda um debate mais aprofundado. Lehoux (36), em 2002, ressaltou que o maior desafio está em analisar as tensões existentes entre o valor mercadológico das tecnologias em saúde (aquilo que os produtores reportam, uma vez introduzidas no mercado), o valor clínico (o que elas propiciam a partir do conhecimento e da prática dos profissionais de saúde) e o valor social (as transformações positivas e negativas advindas da sua utilização).

O sistema de saúde suplementar no Brasil passou por regulamentação recente, que acaba de completar uma década e convive com conflitos já a partir de sua base de sustentação, pois pressupõe o provimento de meios

diferenciados de assistência à saúde, mediante a condição socioeconômica dos indivíduos e não de acordo com as necessidades de saúde dos cidadãos.

Esse contexto, além da admissibilidade da saúde na condição de negócio e fonte de lucro, trouxe à tona novos elementos que merecem estudo e reflexão, com o objetivo de contribuir para o aperfeiçoamento da organização do setor.

Vários estudos no campo da saúde suplementar têm considerado as necessidades de saúde da população assistida, a prevalência de doenças, as condições econômicas, a configuração da regulamentação, a judicialização e o financiamento da saúde (37, 38, 39, 40). Também são cada vez mais difundidas as análises sobre racionalidade, custo-benefício da incorporação de tecnologias e suas consequências econômicas sobre os sistemas de saúde. Mas poucos são os estudos que consideram os conflitos, sobretudo nos seus aspectos éticos e morais, envolvidos na elaboração das políticas, nos mecanismos de ação e no papel exercido pelos diversos atores que atuam no âmbito da assistência à saúde, constituindo-se em desafios a serem equacionados pela área suplementar.

Conceituar conflitos na área da saúde, entretanto, é por si tarefa para inúmeros estudos diante da diversidade e complexidade com que eles se apresentam em matéria tão essencial para os seres humanos. Sua repercussão, dependendo da intensidade, amplitude e/ou prolongamento do conflito, pode transformar-se em questões éticas e/ou bioéticas, entendidas como aquelas aplicadas aos direitos humanos e cuidados da saúde.

A opção, portanto, foi trabalhar os conflitos de interesses, sejam eles de ordem ética, bioética, deontológica, econômico-financeira, entre outros;

utilizando a denominação geral de “conflitos”, entendendo que, independente da sua natureza, potencialmente eles apresentam capacidade de repercussão na esfera ética e bioética, por serem fatores que interagem no campo dos direitos sociais, particularmente da saúde e, portanto, das condições de vida.

É importante ressaltar que dentro do conceito da saúde suplementar, ou seja, da Lei nº 9656/98, está contida a assistência odontológica no seu Artigo 12, inciso IV, cuja redação sofreu posterior alteração dada por Medida Provisória - MP nº 2177-44, de 24 de agosto de 2001 (41). No entanto, a pesquisa restringiu-se aos aspectos da assistência médica, por ser esta a área de atuação e experiência do campo de trabalho da pesquisadora responsável pelo estudo.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL:

Descrever e analisar, a partir da perspectiva bioética, a assistência médica suplementar no Brasil, no período de 1998 a 2010.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

4.2.1. Descrever e analisar os contextos – ético, legal, institucional– em que se deu a regulamentação da assistência médica suplementar no Brasil, no período de 1998 a 2010.

4.2.2. Identificar e analisar, a partir da perspectiva bioética, conflitos e proposições nos discursos dos atores sociais que interagem na assistência médica suplementar no Brasil, no período de 1998 a 2010.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1. ESTRATÉGIA DA PESQUISA

O estudo adotou o método qualitativo de pesquisa em saúde, tendo como referencia a BI (42) e Habermas (43) para o desenvolvimento do trabalho. O qual foi realizado em duas etapas.

A etapa inicial tratou da revisão bibliográfica dos marcos conceituais, legais e institucionais das questões da saúde, da bioética, da assistência à saúde e dos planos e seguros privados de saúde no Brasil e no cenário internacional.

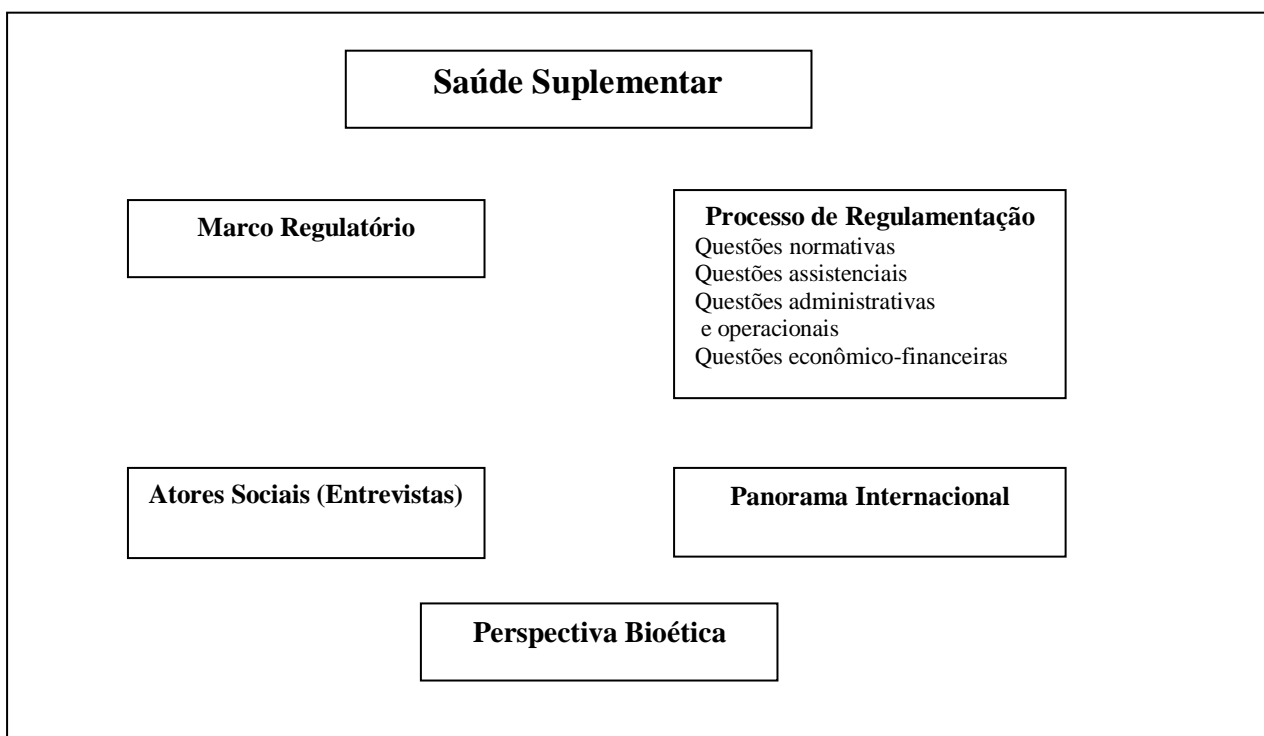
Na abordagem, além dos conceitos, foram pesquisados os condicionantes, a regulação institucional brasileira e o processo regulatório da saúde suplementar no Brasil. A literatura institucional foi pesquisada, principalmente, junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Nesse período, baseado na literatura analisada, nos dados nacionais e internacionais de assistência à saúde, nas normas, nas pautas e consultas públicas realizadas pela ANS, bem como nas publicações de entidades representativas e instituições que compõem a Câmara de Saúde Suplementar (CSS) foi elaborado, também, um conjunto de categorias de análises (Quadro 1), com o objetivo de facilitar a sistematização e a análise dos dados, bem como a construção dos itens que deveriam ser abordados no roteiro de entrevistas, Anexo I.

A segunda etapa constituiu-se da realização de entrevistas com representantes de instituições que compunham a CSS (44), tendo como

objetivo ampliar a representatividade do estudo e das análises relativas aos conflitos e as expectativas dos diferentes segmentos que mais interagem no cotidiano da assistência suplementar, de maneira que o trabalho conseguisse refletir, o máximo possível, as análises sobre a regulamentação no período estudado.

Quadro 1. Categorias analisadas no processo de regulamentação da saúde suplementar.



5.2. PESQUISA DOCUMENTAL

O trabalho de pesquisa documental, conforme a estratégia elaborada e a metodologia do estudo foi bastante prolongado diante da multiplicidade de fontes utilizadas para identificação, descrição e análise dos contextos – legal, institucional e ético - em que se deu a regulamentação da assistência médica suplementar no Brasil.

Na fonte institucionalista foram identificados os documentos que originaram o arcabouço legal e institucional da assistência médica suplementar no país, que desencadeou a aprovação da Lei nº 9656/98 e a criação da agência reguladora, ANS, mediante a Lei nº 9961/2000 até o ano de 2010. Nesta, os documentos dos órgãos utilizados para a pesquisa foram o Congresso Nacional (45), o Conselho Nacional de Saúde – CNS, o Ministério da Saúde, o Conselho Federal de Medicina – CFM e a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Outras fontes constituíram-se das publicações das entidades profissionais da saúde, sobretudo, de âmbito nacional, como Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), entre outras.

No mercado da saúde suplementar pesquisaram-se as publicações dos representantes de operadoras de planos de saúde, como a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) e dos consumidores, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC).

No campo das questões éticas e bioéticas que envolvem a saúde, além de outras bibliografias consultadas, foram pesquisadas as publicações do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB).

A pesquisa também abrangeu relatórios técnicos, com dados quantitativos, da ANS, do Ministério da Saúde, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE), entre outros; cujas citações estão registradas no texto conforme apresentação dos dados.

Os materiais utilizados foram dos órgãos oficiais de divulgação, endereços eletrônicos, notas taquigráficas do Congresso Nacional, textos de referência de simpósios e congressos, publicações da ANS, pesquisas de opinião pública, revistas e jornais de entidades profissionais; além das fontes bibliográficas especializadas.

A análise dos documentos institucionais, no entanto, ressaltou a necessidade de um estudo do período que antecedeu a aprovação da Lei nº 9656/98, pois o contexto vivenciado pela sociedade em relação aos planos e seguros privados foi determinante para a conceituação e condicionantes da regulamentação da saúde suplementar no Brasil. Esse fato determinou a descrição, mesmo que sucinta, daquele período que antecedeu a aprovação da lei, para que os objetivos da pesquisa, de analisar os conflitos no período da regulamentação pudessem ser alcançados.

5.3. ENTREVISTAS

Nessa segunda etapa foram realizadas as entrevistas, com os objetivos de ampliar a representativa das análises e circunstanciar os principais conflitos e proposições daqueles setores que mais vivenciaram a rotina da assistência suplementar. Para tanto, foi definida uma amostra de conveniência entre esses segmentos que compõem a CSS.

Considerando que a CSS (44) é composta por 33 membros, que representam as áreas dos beneficiários, operadoras de planos e seguros, prestadores de serviços, gestores dos setores público e suplementar, assim como representantes dos Ministérios da Saúde, Fazenda, Justiça, Trabalho e Previdência; elaborou-se uma amostra de conveniência constituída por 12 representantes de instituições.

A amostra foi composta da seguinte maneira: Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (PROTESTE), Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON-SP) e Central Única dos Trabalhadores (CUT) representando o segmento dos beneficiários; Assistência Médica Internacional S/A (AMIL), União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) e Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico (UNIMED) representando as operadoras de planos de saúde; Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e Confederação Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNS) representando os prestadores de serviços e, por fim, Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), representando os gestores da área da saúde.

Todas as 12 entrevistas foram gravadas e transcritas, estando arquivadas e disponíveis com a pesquisadora. Nestas, foi aplicado o Roteiro de Entrevistas (Anexo I), como instrumento de coleta, em conjunto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo II), devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS-UnB), conforme cópia do documento (Anexo III), constante no final deste trabalho.

O resultado das entrevistas foi sistematizado em uma planilha, que está apresentada mais adiante neste trabalho, composta pela síntese da manifestação de cada entrevistado, conforme os itens do roteiro de entrevistas do estudo.

5.4. ÉTICA EM PESQUISA

A pesquisa seguiu os parâmetros éticos exigidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (46), e foi previamente aprovada pelo CEP/FS-UnB, inclusive a Carta ao Sujeito de Pesquisa (Anexo IV) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II), que foi parte integrante do Roteiro de Entrevista (Anexo I).

No sentido de preservar a confidencialidade dos entrevistados, não foram citados nomes, cargos ocupados ou designações profissionais e institucionais que pudessem levar à identificação dos indivíduos entrevistados, embora tal solicitação não tenha ocorrido por parte dos entrevistados. As referências no trabalho identificam o local de origem dos entrevistados e as opiniões emitidas sobre o tema.

5.5. REFERENCIAIS TEÓRICOS DE ANÁLISE DOS DADOS

5.5.1. Bioética de Intervenção - BI

A partir do Artigo 14 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (30) que trata da “Responsabilidade Social e Saúde”, o

estudo utilizou, como base de sustentação conceitual das ideias, a chamada Bioética da Intervenção (BI) (42), que é uma corrente crítica de ação da bioética, desenvolvida a partir da América Latina e direcionada ao estudo dos conflitos morais mais comuns observados nos países do Hemisfério Sul, neste início do século XXI.

As reflexões da BI partem da necessidade da abordagem global e plural das questões bioéticas persistentes e emergentes que acontecem na realidade concreta da vida das pessoas, coletividades e países, bem como busca prescrever as questões da área da saúde a partir da ótica da equidade, da justiça e dos direitos humanos universais.

A BI interpreta a equidade como o reconhecimento das diferenças e necessidades diversas de sujeitos sociais também diversos, sendo o ponto de partida para se atingir a igualdade, almejada pela justiça social e pelos direitos humanos, onde o objetivo futuro é o reconhecimento da cidadania (47).

Tal meta está fundamentada no direito intrínseco à vida, que vai além de mera sobrevivência, inscrito na Declaração dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948, o qual se consubstancia “no único instrumento ético de controle social do comportamento construído em nome da humanidade” (23). Ressalte-se que a importância dessa Declaração é a ideia de uma identidade humana que está acima de todas as diferenças.

A BI preconiza, também, que as intervenções em saúde devam ser pautadas na utilização dos recursos com o objetivo de proporcionar o maior bem-estar possível, para o maior número de pessoas possível, resultando nas melhores consequências, excetuando situações específicas a serem discutidas caso-a-caso.

Esse conceito empregado por Bentham (48) e desenvolvido posteriormente por Mill (49) tem sido o orientador ético de grande parte dos sistemas de saúde, mas, como alerta Fortes (50), deve incluir também os cuidados de que o princípio da utilidade social não exclua, sistematicamente, minorias no processo decisório.

A fundamentação da BI, portanto, guarda estreita relação com pressupostos, conceitos e métodos de aplicação que vêm sendo discutidos e implementados na construção do Sistema Único de Saúde, sendo que parte deste compreende a denominada Saúde Suplementar, parcela do sistema que regula os planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil.

Em decorrência disso, a intenção deste trabalho foi analisar os conflitos que se davam na esfera da saúde suplementar, durante um determinado período, a partir dos referenciais da BI, que pudessem proporcionar instrumentos para uma análise coerente metodologicamente, entendendo que a área da saúde é um campo teórico-prático imediato.

O trabalho tem ainda em Habermas (43), outro estudioso que articula metodologia com ética e/ ou bioética, como referencial teórico na abordagem e análise dos materiais de estudo, sobretudo no campo dos direitos sociais, objeto desta pesquisa.

Tanto a BI como Habermas propugnam pela importância do pensamento sistêmico na saúde, criando novas dimensões epistemológicas, como a ideia da complexidade dos fenômenos, da instabilidade dos sistemas e da intersubjetividade da compreensão da realidade.

Ambos reconhecem os desafios metodológicos que esses novos caminhos para o conhecimento nos impõem, ao superar o debate dicotômico entre pesquisa qualitativa e quantitativa, o vínculo entre o sujeito e o objeto da pesquisa e a admissibilidade da verdade como provisória.

5.5.2. Hermenêutica Dialética

A proposição hermenêutica dialética foi desenvolvida por Habermas, ao entender que tal dinâmica representa a síntese do pensamento, desenvolvido pelo processo de compreensão e crítica. Manifestando que “a mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta, dissocia e critica” (pg. 20).

A hermenêutica funda-se no conceito da arte e tarefa em compreender o sentido das pessoas e das coisas, tendo a linguagem como núcleo central. Embora considerada pelo autor como limitada e frequentemente não transparente, sendo necessário apoiar-se em análises de contextos (culturas) e práxis (estruturas, vivências e símbolos).

A dialética, vinda do pensamento grego, foi retomada por Hegel (51) ao desenvolver as noções de tese, antítese e síntese como o próprio movimento do pensamento humano. Enquanto para o marxismo, segundo Minayo (52), a dialética está presente como método de transformação do real, que por sua vez modifica o pensamento criando novas ideias.

Habermas parte de um pensamento crítico em relação ao campo da compreensão, inclusive da hermenêutica, entendendo que essas abordagens se movem em espaços restritos diante da totalidade do processo sócio

histórico e cultural. Articula a hermenêutica dialética como um caminho do pensamento, mais do que uma ferramenta, que ao estimular a compreensão e a crítica favorece as complementaridades e contradições, buscando entender a totalidade da vida social.

A necessidade desse movimento interativo diz respeito à ideia de que sempre há condicionantes históricos nas linguagens, práticas e relações, estruturadas pela tradição, poder e trabalho. Devendo ser questionado o tecnicismo em favor do processo intersubjetivo de compreensão e crítica da realidade, pois parte do pressuposto de que não há observador imparcial.

Os condicionantes históricos, que estão tanto para o investigador quanto para o investigado, conforme Habermas em sua obra intitulada: “Técnica e Ciência como “Ideologia” (53) (título original: *Technick und Wissenschaft als “Ideologie”*, 1968), estão relacionados na sua tese como “os interesses que guiam o conhecimento constituem-se no meio do trabalho, da linguagem e da dominação” (p. 143).

O movimento para maior transparência e eventual superação desses condicionantes ao pretender atingir o que denomina “maioridade”, Habermas defende (54) com a seguinte posição: “a unidade de conhecimento e interesse verifica-se numa dialética que reconstrói o suprimido a partir dos vestígios históricos do diálogo abafado” (p. 145).

Articular esses referenciais como técnicas metodológicas significa outros desafios, pois a Hermenêutica, busca esclarecer os contextos, os interesses e as visões dos diferentes atores. Procura distinguir o comum como veículo de comunicação, elaborando relatos que contemplem o subentendido, as

diferenças explicitadas e induzindo a um possível entendimento de proposições dentro de uma arena de disputas pelos respectivos interesses.

A Dialética, por sua vez, no seu movimento de diálogo e do exercício da crítica, na tentativa de suprir os pontos obscuros, cria dinâmicas de consensos e oposições que obrigam a retomada pelo investigador e interlocutores do objeto de interesse inicial, nos seus diversos contextos e momentos.

Diante dessas dificuldades e da extrema mobilidade dos contextos em um mundo globalizado, com tantas variáveis interferindo nos processos, é importante considerar os diferentes posicionamentos, a exposição dos vários interesses, bem como as eventuais sugestões para caminhos de entendimentos e construções de propostas, mesmo que de validade transitória.

Esse cenário, como pode ser observado no desenvolvimento do estudo, está muito presente na assistência privada de saúde, onde cada segmento expõe seus interesses e suas razões, que por sua vez se modificam conforme alterações de contextos, por exemplo, com a mudança da composição demográfica populacional, onde surgem novos interesses e conflitos, determinando a necessária retomada dos debates e das repactuações.

6. RESULTADO E DISCUSSÃO

6.1. O MARCO REGULATÓRIO

O texto legal do direito a saúde, no Brasil, foi consubstanciado no Art.196 da Constituição Federal de 1.988, que afirma:

“(...) a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (2).

Regulamentado pela Lei nº 8080/90, que normatizou:

“(...) o dever do Estado de garantir saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (3).

Assim, as diretrizes legais estabelecidas na Constituição dispuseram sobre direitos coletivos relacionados a fatores determinantes das condições de vida e saúde, enquanto nos Artigos 198 e 200 criaram o SUS e elencaram “as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” que para a área da saúde passaram a ser atribuição dos três entes federativos.

Por outro lado, o mesmo marco legal, a Constituição de 1.988, estabeleceu que “é livre à iniciativa privada a assistência à saúde”. Ficou mantida, portanto, a dualidade pública e privada na prestação de serviços de assistência à saúde no país.

Em 1990, também foi aprovada a Lei nº 8078 (4) que criou o Código de Defesa do Consumidor, elaborado com o objetivo de proteção nas relações de

consumo de produtos e serviços, não tratando especificamente das relações na prestação de assistência à saúde, mas elegendo como direitos básicos a proteção à vida, à saúde, à segurança, à educação e à informação. Esse em conjunto com o Código Civil brasileiro, regulamentado pela Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (55), auxiliou no debate da regulamentação dos planos e seguros, baseado nos princípios de proteção à vida e à saúde.

O arcabouço legal brasileiro, portanto, estabeleceu a saúde como direito fundamental. Contudo, ao deixar livre à iniciativa privada a assistência à saúde, deu condições, na prática, de que as pessoas também pudessem ter acesso às ações e serviços diferenciados em saúde, sobretudo ao permitir dedução da contribuição fiscal de parte dos gastos com a assistência privada (56).

Influenciados pela elaboração do SUS e diante da ausência de proposições do Estado em normatizar as relações públicas- privadas que se dariam na nova política de assistência à saúde, cresceu naquele momento histórico o movimento pela regulamentação dos planos e seguros privados no Brasil (57).

A mobilização pela regulamentação foi protagonizada pelas entidades médicas e de defesa dos consumidores, em parte devido à ausência dos sanitaristas e das entidades sindicais nesse debate, embora a maioria fosse plano coletivo de empresas, no caso, responsáveis pela assistência de milhares de trabalhadores brasileiros (14).

Esse cenário tornou-se fértil para a utilização da Bioética – principalmente na sua construção marcadamente brasileira, fortemente vinculada ao setor da saúde público-coletiva - como ferramenta de estudo e

análise dos conflitos, denunciados pela sociedade e pelos profissionais de saúde, na relação com os planos e seguros privados no país.

Contratos que não cobriam assistência materno-infantil no pós-parto imediato ou que excluíaam do atendimento as complicações cardiovasculares, como Infarto Agudo do Miocárdio, eram problemas do cotidiano da população assistida, dos profissionais de saúde e do judiciário, que se deparava com milhares de mandados de segurança das famílias contra os planos de saúde, para garantia de assistência.

Nos Conselhos Profissionais, sobretudo dos médicos, passaram a ser cada dia mais comum as solicitações de orientação, uma vez que os planos e os hospitais notificavam aos médicos que seus pacientes, ou seja, o recém-nascido que estava na unidade de terapia intensiva neonatal ou o doente internado em unidade coronariana, não tinham esta cobertura do plano de saúde nos seus contratos.

Os Conselhos, por sua vez, baseados no Código de Ética Médica de 1988 (58) e nos debates bioéticos, orientavam e sustentavam a posição dos profissionais para que registrassem nos prontuários que não havia condições clínicas de alta hospitalar, auxiliando as famílias e o judiciário no processo de decisão.

Os doentes que não contavam com mandado de segurança tornavam-se com frequência manchetes de jornais, uma vez que eram colocados em ambulâncias, com risco de morte, e depositados nas portas dos hospitais públicos à espera de uma vaga nas terapias intensivas, que não raro estavam lotadas.

Outra medida, que causava indignação na sociedade e nos profissionais, era a rescisão unilateral dos contratos. Muitos por atraso no pagamento de mensalidades, às vezes de apenas um dia, pois não havia norma contratual; outros estavam relacionados com o que consideravam utilização excessiva do plano, por algum membro da família ou por ter atingido uma faixa etária de maior risco, em relação aos agravos de saúde, sobretudo de processos crônico-degenerativos.

As doenças infecciosas também demandavam medidas judiciais por parte das famílias, pois o período era de ascensão da epidemia da *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) e os planos recusavam-se a cobrir esta e outras enfermidades semelhantes. Esta questão, na prática, acabou auxiliando a organização e consolidação de um dos movimentos mais fortes de luta contra a AIDS no mundo (59).

A Bioética, auxiliando na fundamentação, em conjunto com o novo contexto legal, teve papel estratégico na sustentação dos debates que resultaram na edição da Resolução nº 1401, de 1993, do Conselho Federal de Medicina – CFM (15).

Essa dispunha na sua ementa que

Empresas de Medicina de Grupo; Cooperativas de Trabalho Médico, ou outras que atuem sob forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médicos hospitalares, estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza.

A Resolução 1401/93 teve seus efeitos suspensos por força de liminar em mandado de segurança impetrado pelas operadoras de plano, embora a

decisão do Judiciário não tenha se dado contrária ao mérito, mas por considerar matéria de regulação do Legislativo.

Nesse mesmo ano foi apresentado, no Senado, o Projeto de Lei nº 93/93, de autoria do Senador Iram Saraiva, desencadeando uma série de debates e eventos na Câmara Federal (45), que chegou a receber 23 projetos para regulamentação dos planos e seguros privados no país. Os debates no Legislativo se ampliaram em relação à regulamentação da saúde suplementar, tendo em vista a Reforma do Estado (6) implementada a partir de 1994, cujas diretrizes eram baseadas no projeto neoliberal e na globalização econômica, em curso nos países mais desenvolvidos.

No período anterior a 1988 já existiam dois níveis de participação do setor privado na assistência à saúde: o da prestação direta de serviços à população e o de planos e seguros privados. Portanto, foi dentro dessa concepção que, passados dez anos, foi regulamentada a saúde suplementar, mediante a aprovação da Lei nº 9656/98 (1) e criada a ANS conforme a Lei nº 9961/2000 (8), vinculada ao Ministério da Saúde e com atribuições de registro, normatização e controle das empresas operadoras de planos e seguros privados no país.

Nos debates sobre os planos e seguros privados, por outro lado, não se aprofundou à época se a participação desse setor, em relação à assistência prestada pelo SUS, se daria de forma complementar, suplementar ou duplicativa, estabelecendo um marco regulatório que refletiu apenas parte das reivindicações dos segmentos da sociedade mais empenhados na regulamentação.

Essa é uma pauta em aberto no cenário brasileiro, que tem levado a manifestações como as da 14ª Conferência Nacional de Saúde (60), realizada em novembro de 2011, onde foram apontados que os subsídios fiscais promovidos pelo Estado e a duplicidade na assistência público-privada tem promovido desigualdades no acesso à atenção, que comprometem o direito universal e equânime à saúde no Brasil.

O marco regulatório, portanto, encerra o principal conflito e desafio ético deste trabalho, que repercute na maioria das questões que envolvem a saúde, quanto direito fundamental no Brasil. A assistência dos planos, neste contexto, é denominada suplementar, mas na prática é duplicativa em relação ao SUS para determinados extratos da população brasileira, que tem garantido acesso aos serviços públicos, enquanto contam com o benefício da renúncia fiscal de parte dos gastos privados na saúde (56).

A justificativa são as dificuldades do setor público em promover uma prestação de serviço universal e de qualidade para o conjunto da população, mas que do ponto de vista objetivo acaba estabelecendo uma política injusta para os segmentos com menor nível de renda, que não tem acesso ao setor suplementar e, portanto, duplicativo na assistência à saúde.

Organismos internacionais e estudiosos da Bioética de Intervenção (29) tem abordado o tema da globalização econômica, da redução do tamanho do Estado e do aumento da participação privada nas áreas sociais, apontando que, em relação à saúde, esse processo tem levado ao aprofundamento das iniquidades.

O princípio da equidade – incluído no texto do artigo 10 na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO que tem como título

“Igualdade, Justiça e Equidade” (30) - é preconizado como eixo central das políticas de saúde, entendido como a necessidade de tratamentos desiguais diante das diferentes condições de vida e saúde das pessoas e dos povos, tendo como objetivo atingir um horizonte mais igualitário e justo. O artigo acima preconiza que: “A igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa”.

No Brasil, essa questão remete à rediscussão do marco regulatório da saúde suplementar. Sendo a saúde um direito fundamental e livre à iniciativa privada a participação na assistência, é preciso aprofundar o debate sobre quais são as melhores políticas de contribuição fiscal e participação do setor privado, que não concorram para o aumento da iniquidade na saúde.

6.2. A REGULAMENTAÇÃO

6.2.1. Questões Normativas

A regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde ocorreu mediante a aprovação da Lei nº 9.656 de junho de 1.998 (1), complementada por Medida Provisória (MP) número 2.177-44 (41), de agosto de 2001, que definiu o que seria plano privado de assistência à saúde, operadora de plano de assistência e carteira de beneficiários de planos de saúde.

Estabeleceu critérios para registro e autorização de funcionamento das operadoras e instituiu o plano referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS) (61).

Na cobertura assistencial ficaram excluídos os tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e para fins estéticos, bem como inseminação artificial, tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, medicamentos para tratamento domiciliar, órteses e próteses não cirúrgicas, tratamentos ilícitos ou antiéticos e casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados por autoridade competente.

A referida regulamentação vedou, ainda, a exclusão de cobertura das doenças e lesões preexistentes à data de contratação do produto e fixou períodos máximos de carências para partos e demais tipos de procedimentos,

assim como disciplinou os casos passíveis de suspensão ou rescisão unilateral de contrato, como fraudes ou não pagamento, e vedou a exclusão de pessoas em razão da idade ou deficiência física.

A Lei nº 9.961/2.000 (8), por sua vez, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que passou a ter atribuição de registro, regulação e fiscalização dos planos e seguros privados de assistência à saúde combinadas com as competências dispostas na MP número 2.177-44 de 2.001 (41).

A ANS, conforme documento disponível no seu endereço eletrônico passou a editar Resoluções Normativas (RN), também publicadas no Diário Oficial da União (D.O.U.), a partir de 2002. Mediante pesquisa realizada em junho de 2011, do período compreendido entre janeiro de 2002 a dezembro de 2010, foram editadas 243 normas. (62)

Todas as resoluções acima foram analisadas neste estudo, sendo que parcela significativa dessas normas refere-se a atos administrativos alterando resoluções anteriores, como atualização de valores de tabelas de ressarcimento ao SUS, alterações nas estruturas internas de cargos da ANS e modificações de parte ou do todo, de normas administrativas, operacionais e financeiras relativas à atuação das operadoras no mercado de planos e seguros de saúde.

Não tendo como único objetivo esgotar a análise técnica da regulamentação e, sim, promover uma análise do contexto legal, institucional e ético, as 243 resoluções foram consolidadas na Tabela 1 conforme seu conteúdo preponderante, uma vez que as normas tratam, com frequência, de mais de um aspecto, como administrativo-financeiro, assistencial-operacional, entre outros.

As referidas Resoluções foram agrupadas, para melhor compreensão do conjunto regulatório que ocorreu de 2002 a 2010, em quatro áreas que guardam uma lógica com a gestão, o mercado e os segmentos que interagem e demandam regulação da saúde suplementar. Essa opção fez com que todas as resoluções de conteúdo administrativo, operacional e financeiro, fossem reunidas em um grande grupo, pois a classificação da norma, sob um único aspecto, levaria a interpretação parcial dos objetivos da regra.

Por outro lado, procurou-se separar as Resoluções que, mesmo de âmbito administrativo, eram de gestão interna da própria ANS, ou seja, relacionadas ao aparelho do Estado, relativas ao seu quadro de pessoal, competências, cargos, taxas administrativas, entre outros.

Finalmente, foram agrupadas as normas que tratavam diretamente da assistência à saúde, como o rol de procedimentos de cobertura obrigatória e o programa de qualificação, entre outros aspectos, além daquelas que cuidavam da relação com os consumidores, como a proteção às informações do estado de saúde do beneficiário, a exigência de caução nos serviços de saúde e a portabilidade de carência.

Tabela 1. Proporção por tipo de Resolução Normativa (RN), ANS, 2002 a 2010.

RN/ ANS	%
Administrativas /Operacionais / Financeiras	66,70%
ANS	24,30%
Assistência à Saúde	6,60%
Consumidores	2,50%

Fonte: Dados ANS.

Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 20/06/2011.

A tabela acima mostra que houve uma grande concentração de normas relativas às questões administrativas, operacionais e financeiras, tanto relacionadas às operadoras quanto à própria estrutura da ANS. No entanto, é preciso ressaltar que parte dessas, relacionadas às operadoras, teve como objetivo, também, aperfeiçoar os conteúdos dos contratos, tanto firmados com os consumidores quanto com os prestadores de serviços.

Outra preocupação observada nessas resoluções relacionava-se à questão da solvência das operadoras, demonstrada na elaboração de garantias financeiras, no plano de contas padrão, cadastro de beneficiários, além de normas de fiscalização e controle das operadoras, por parte da ANS.

Por outro lado, em percentuais menores, estão incluídas as resoluções que tratam das questões de assistência à saúde propriamente dita, mostrando que a estrutura do modelo de atenção baseado no rol de doenças e procedimentos de cobertura mínima obrigatória foi mantida, com atualizações periódicas.

Os prestadores de serviços hospitalares, diagnósticos e ambulatoriais, bem como profissionais que prestavam serviços em consultórios, tiveram seus contratos regulamentados, mediante resoluções, uma vez que parcela da rede assistencial credenciada pelas operadoras não contava com instrumento jurídico que estabelecesse obrigações entre as partes na prestação de serviços aos beneficiários.

Os consumidores, por sua vez, além dos contratos e das questões já citadas anteriormente, tiveram normatizada a confidencialidade de seus dados, o processo sobre comprovação de doenças ou lesões pré-existentes e, entre

outras, a instituição do procedimento de Notificação de Investigação Preliminar (NIP) (63), mediante denúncia do beneficiário.

Esse conjunto de regras, no entanto, não incidiu de forma universal para os beneficiários de planos e seguros de saúde, pois duas distinções foram feitas em relação ao alcance da regulamentação nesse período. Primeiro relativo aos portadores de planos e seguros coletivos, ou seja, os denominados planos empresariais, que são comercializados por todas as modalidades de operadoras de planos ou seguros, os quais contam com maior liberdade frente à regulamentação, por ser considerada que a assistência à saúde, nesses casos, é parte integrante dos benefícios negociados nos contratos de trabalho, que contam com legislação específica no Brasil. Segundo que, inclusive com apoio dos órgãos de defesa do consumidor, as novas regras somente poderiam ser aplicadas para os contratos realizados depois da aprovação da Lei nº9656/98 ou para beneficiários de antigos contratos individuais ou coletivos que expressamente aderissem à nova legislação.

Criou-se um cenário paradoxal, pois embora as novas regras do setor suplementar fossem bastante divulgadas, boa parte dos beneficiários ainda permanecia fora do alcance da sua aplicação. Isto, ao considerar que os planos coletivos representam, em média, 70% dos beneficiários de planos e seguros privados de saúde no país, além de somados à parcela dos planos individuais que ainda estavam sob a vigência de contratos anteriores à aprovação da lei.

Com o objetivo de analisar a posição do CFM nas questões relativas à regulamentação da saúde suplementar, foi realizada uma pesquisa documental junto a publicações do conjunto de normas deontológicas editadas no período de 2000 a 2010 (64).

O CFM trabalha com três tipos de procedimentos que constituem o seu arcabouço deontológico: o Código de Ética Médica e as Resoluções Normativas, que alcançam todos os médicos do território nacional, e os Pareceres-consulta, que são análises com ou sem recomendações, que se aplicam às demandas e/ou fatos circunstanciados.

A pesquisa mostrou que o Código de Ética Médica sofreu alteração recente, aprovada em 2009 (65). Dentre as questões mais relevantes, o novo código disciplinou o exercício da autonomia do médico e do paciente, não caracterizando como relação de consumo, além de regras na utilização de biotecnologias, das intervenções no genoma humano, de utilização da telemedicina, do uso de placebos em experimentos, da relação dos médicos com serviços e indústria, dentre outros temas.

O CFM, no referido período de 2000 a 2010, editou 269 resoluções. A análise desse conjunto de normas revelou que grande parte delas trata do exercício profissional *lato sensu*, de novos procedimentos da medicina e de questões internas da autarquia. Foram identificadas dez resoluções que disciplinam, de forma direta, a relação dos médicos com a área da saúde suplementar, conforme especificado no quadro abaixo:

Quadro 2: Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), relativas à Saúde Suplementar do período de 2000 a 2010.

Resoluções CFM / ANO	Assunto
Nº 1616/2000 alterada pela Nº 1852/2008	Descrédenciamento de médicos por parte das operadoras de planos de saúde.
Nº 1642/2002 alterada pela Nº1716/2004	Disciplina o cadastro, registro, taxas, relação contratual e responsabilidade técnica das operadoras de plano de saúde.
Nº 1649/2002	Cartão de desconto de honorários médicos.
Nº 1673/2003	Adota Classificação Brasileira de Honorários e Procedimentos Médicos (CBHPM).
Nº 1722/2004	Veda trabalho médico para operadora sem registro no Conselho Regional de Medicina.
Nº 1819/2007	Proíbe registro do Código Internacional de Doença (CID) concomitante à identificação dos pacientes.
Nº1836/2008	Veda empresas de financiamento e/ ou consórcio de procedimentos médicos.
Nº 1958/2010	Define e regulamenta ato de consulta médica e cobrança de honorários.

Fonte: Dados CFM. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br>. Acesso em 27/06/2011.

O grupo de normas acima disciplinou o registro das operadoras, inclusive para efeito de fiscalização dessas empresas por parte dos Conselhos, bem como a relação contratual e de valor dos honorários médicos conforme lista de procedimentos. Por outro lado, questões de concorrência desleal foram tratadas nos termos de cartão de descontos e consórcios, além do sigilo das informações e da utilização do CID com identificação do paciente.

Os Pareceres-consulta não foram objeto de estudo, uma vez que consubstanciam demandas e/ou fatos individualizados que normalmente não são extensivos a todo o conjunto regulatório do CFM, somente vindo a ocorrer quando são transformados em resoluções ou incorporados ao Código de Ética Médica.

O arcabouço normativo da área suplementar, regulamentado pela ANS no período de 2000 a 2010, guarda relação tanto com as questões do marco

regulatório, como com os problemas do mercado de planos e seguros, onde o órgão regulador procurou disciplinar as garantias contratuais, tanto financeiras como das coberturas assistenciais ao consumidor, em relação aos desvios e abusos praticados pelo mercado antes da aprovação da Lei nº 9656/98.

A relação com o sistema de saúde do país, no entanto, não avançou, pois a regulamentação como assistência suplementar, dos planos e seguros privados, caracterizou-a como uma prestação de serviços excedente ao desenvolvido pelo SUS, aprofundando a característica duplicativa e facilitando os questionamentos, por parte do mercado, sobre o ressarcimento financeiro dos serviços prestados pelo setor público, previsto no Artigo 32 da Lei nº 9656/98, que regulamentou a saúde suplementar.

A ANS, por sua vez, tem limitado o âmbito da sua atuação normativa às atribuições impostas pela legislação que regula sua competência, mas é certo que têm alternativas, uma vez que é agente do Estado e que não há impedimento de regulamentações conjuntas com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e os Ministérios da Saúde, da Justiça, da Previdência, do Trabalho, entre outros. Isto porque o objeto da sua regulação é a assistência à saúde, a qual é considerada direito fundamental do cidadão e dever do Estado, pela Constituição brasileira.

6.2.2. Questões Assistenciais

O modelo assistencial foi mantido, conforme previsto em lei, tendo como referencia a lista de doenças descritas na classificação da OMS (CID) (61),

bem como o rol de procedimentos de cobertura obrigatória, que passou a ser denominado de plano-referência de assistência à saúde, conforme o disposto no Artigo 10 da Lei 9656/98. A oferta desse plano básico de assistência passou a ser condição mínima obrigatória, para registro e funcionamento das operadoras no mercado.

Do período de 2002 a 2010 novas coberturas foram acrescentadas ao rol, em função das atualizações tecnológicas e científicas na biomedicina, tanto com os novos procedimentos que foram incorporados na rotina assistencial, quanto por demanda da sociedade, como foi o caso dos procedimentos que tratavam do planejamento familiar (66).

O debate acima, bem como a pressão para novas coberturas, sobretudo na área de órteses, próteses e medicamentos, com frequência chegava ao judiciário para que aí fosse decidida a questão. Esse movimento tem sido denominado de “judicialização do direito à saúde”, onde estudos como de Scheffer (39) que analisou negativas de acesso às coberturas pelas operadoras, revelaram que além das questões descritas acima, também existem demandas relacionadas a procedimentos ainda não consolidados nos protocolos clínicos científicos e/ou autorizados pela ANVISA.

Outra pesquisa, realizada por Oliveira (38), analisou demandas jurídicas por coberturas assistenciais, em um estudo de caso de uma operadora de autogestão, nos anos de 1998 a 2009, verificando-se um incremento de 23,8% das demandas jurídicas no período. Os motivos predominantes eram a realização de gastroplastias (cirurgia de obesidade), pagamentos de *spas*, implantação de órteses e próteses, medicamentos de alta complexidade, entre outros.

O rol de cobertura obrigatória dos planos, portanto, continua sendo um instrumento importante tanto para a população quanto para a regulação da ANS, pois facilita o acompanhamento das atualizações científicas, a fiscalização das restrições de cobertura e eventuais desvios de demanda, cujas questões foram centrais no processo que desencadeou a regulamentação dos planos e seguros, mas que ainda persistem no rol de reclamações sobre o setor no país.

O modelo de atenção à saúde tem sido discutido gradualmente na regulamentação, pois predomina o que a Lei nº 9656/98 estabeleceu como plano básico e mínimo que uma operadora deveria garantir no produto oferecido no mercado, além da opção segmentar de cobertura ambulatorial/hospitalar, somente ambulatorial ou apenas hospitalar com atendimento pré-natal.

A RN nº 139, de novembro de 2006, no entanto, alterou parte da lógica desse modelo de atenção, ao instituir o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, introduzindo a avaliação de desempenho das operadoras de plano e seguro de saúde, sendo que parte é baseada na análise de indicadores de morbimortalidade do atendimento prestado aos beneficiários e desenvolvimento de programas voltados para a promoção de saúde e prevenção de doenças (67).

O programa foi introduzido em etapas, compondo um conjunto de indicadores que após processados são transformados em valores de desempenho de cada operadora, que vem sendo divulgados anualmente à sociedade. O debate sobre modelo de atenção foi estimulado frente à ausência de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como

problemas relacionados a diagnóstico tardio de neoplasias, sequelas de doenças crônicas, condutas clínicas questionáveis como o alto percentual de partos cirúrgicos (cesarianas), entre outras questões.

Outra questão relacionada com a qualidade da assistência foi o estabelecimento de um convenio da ANS com as entidades médicas nacionais, intitulado Projeto Diretrizes (68), cujo objetivo foi atualizar informações e/ou recomendações sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e controle das doenças listadas na CID, baseadas em evidências publicadas na literatura médica científica.

A análise dos dados mostrou que, até junho de 2011, estavam disponibilizados 82 diretrizes tratando de doenças, transtornos e agravos prevalentes na população. Embora em número bastante reduzido frente ao rol de doenças que fazem parte da CID, o instrumento também fez parte do conjunto de medidas que visavam maior qualidade na prestação da assistência dentro do setor suplementar.

O modelo assistencial, como analisado anteriormente, pouco mudou do estabelecido em lei, limitando-se à incorporação de novos eventos e procedimentos em saúde e algumas medidas relacionadas à melhoria da qualidade do atendimento, vinculado ao ranking de desempenho das operadoras.

As alterações que foram introduzidas no modelo assistencial suplementar, guardadas as diferenças relacionadas ao heterogêneo quadro da rede de serviços e desenvolvimento no país, mostram relação com o modelo de saúde denominado por Sfez (69) como “Saúde Perfeita”, em um estudo

crítico destinado, segundo o autor, às “novas utopias” e que foi realizado com as classes altas dos Estados Unidos, França e Japão, em 1997.

O trabalho referido revelou que a representação da saúde e da doença, para essa camada da população, estava vinculada ao corpo e ao ecossistema, passíveis de correção mediante o crédito conferido aos novos conhecimentos na área da biotecnociência. Assim, o projeto genoma passou a representar a garantia, no futuro, da correção preventiva dos “corpos imperfeitos”, enquanto os medicamentos de quarta geração iriam assegurar a recuperação da saúde com um mínimo de efeitos indesejáveis.

O indivíduo passaria a ser responsável pela manutenção e aperfeiçoamento do seu corpo em relação às dietas alimentares, os exercícios físicos e os cuidados com a pele, além de abandonar hábitos de vida considerados nocivos à saúde. Para tanto, as pessoas contavam com um arsenal médico e de serviços, como clínicas estéticas e reparadoras, academias de ginásticas e emagrecedoras para manutenção de uma aparência jovem e saudável.

O interesse nesse projeto, segundo Sfez, não dizia respeito apenas à população, mas também à indústria de biotecnologias nas áreas de medicamentos, de órteses, de próteses e outros insumos que fazem parte do complexo industrial da saúde, bem como dos planos e seguros privados interessados em reduzir custos e aumentar lucros e dos governos em reduzir seus gastos orçamentários na saúde.

Sloterdijk (70) foi outro autor que também abordou o tema da saúde perfeita na sua obra intitulada “regras para o parque humano”, onde refere que

o grande arsenal tecnológico desenvolvido para correção de corpos imperfeitos recuperava a tese da eugenia construída pelo movimento nazista na Alemanha.

Por outro lado, embora essas questões tivessem um custo direto nos gastos dos planos e custo indireto relativo ao volume de processos que tramitavam no judiciário, não se verificou no período estudado iniciativas do órgão regulador, em conjunto com as operadoras, no sentido de realizar investimentos na área de avaliação do custo-benefício de incorporação dessas novas biotecnologias.

A necessidade de reavaliação do modelo de atenção é apontada, também, na tese apresentada por Hernandez (71), em um estudo longitudinal de 2000- 2006, sobre idosos com e sem plano de saúde no município de São Paulo, onde concluiu que as associações encontradas com a variável dependente acima, relacionaram-se mais às questões sociais, demográficas e à facilidade de acesso aos serviços, do que diferenças nas condições de saúde dos indivíduos, que utilizavam o SUS ou os planos e seguros privados.

A ANS adotou medidas recentes, RN nº 264/2011 (72) e RN nº 265/2011 (73), com o objetivo de aumentar a adesão dos beneficiários nas iniciativas de promoção de saúde e prevenção de doenças, criando mecanismos de incentivos pecuniários para os participantes dos programas. No entanto, faltam ações conjuntas nas políticas públicas que estimulem programas mais integrados, por exemplo, na área de saúde do trabalhador com o Ministério do Trabalho e centrais sindicais, do “Envelhecimento Ativo” com o SUS/MS, entre outros. Nesta reflexão, deve-se levar em conta que mais de 70% dos beneficiários, neste contexto, são de planos coletivos empresariais.

6.2.3. Questões Administrativo-Operacionais

As normas que disciplinam as questões administrativas e operacionais, conforme a Tabela 1 forma o maior conjunto regulatório, quando somado às regras financeiras elaboradas pela ANS, no período analisado. Assim, as resoluções normativas trataram do registro das operadoras, do cadastro de beneficiários, da rede de serviços, das informações dos atendimentos prestados, dos tipos de planos de assistência comercializados, do plano de contas padrão, das garantias financeiras, bem como das normas de fiscalização e controle.

A distribuição da rede prestadora de assistência na saúde suplementar foi outro recorte do trabalho, considerando que um dos objetivos deste estudo foi analisar os conflitos e desafios que ocorriam nessa área. Assim, os quesitos fundamentais dessa relação foram pesquisados, como o número de médicos, de serviços de saúde e das operadoras de planos de saúde, conforme as diferentes regiões geográficas do país.

A distribuição de médicos no país foi pesquisada junto ao cadastro do CFM, que em 2011 contabilizava 371.788 médicos, os quais, segundo estudo sobre demografia médica divulgada pelo órgão (64), atingiu a razão de 1,95 médicos/1000 habitantes, a maioria concentrados numa razão de 2,61/1000 habitantes na região sudeste, preenchendo 7,6 postos de trabalho disponibilizados pelo setor privado e 1,95 postos ocupados nos serviços públicos.

Os dados da rede de serviços de saúde foram extraídos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, que

em 2011 totalizavam 234.506 instituições de caráter público, privado, filantrópico e corporativo, sendo que, destas, 27,6% constituíam a rede própria do setor público e 72,4% eram estabelecimentos privados, com ou sem finalidade lucrativa (74).

A distribuição das operadoras em 2011, por sua vez, foi pesquisada junto aos dados disponibilizados pela ANS, que totalizavam 1.619 operadoras registradas no país (62). A Tabela 2, abaixo, mostra a consolidação dos dados em percentuais, dos segmentos que compõem a rede de serviços, nas diferentes regiões geográficas.

Tabela 2. Proporção do número de Médicos, Serviços e Operadoras, por região geográfica; Brasil, 2011.

Região Geográfica	Médicos¹	Serviços²	Operadoras³
	%	%	%
Norte	4,20	4,50	2,90
Nordeste	16,80	20,60	14,20
Centro – Oeste	7,50	8,80	6,70
Sudeste	56,50	45,20	61,20
Sul	14,90	20,80	15,30

Fontes de dados:

¹CFM: Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br>. Acesso em 15/02/2012.

²CNES: Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Natureza.asp? Acesso em 27/03/2012.

³ANS: Disponível em:

http://www.ans.gov.br/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_03A.DEF>. Acesso em 27/03/2012.

A tabela mostra que há uma relação quase direta entre os percentuais do número de médicos, de estabelecimentos de serviços de saúde público e privado, bem como de operadoras de planos de saúde, que conformam a rede assistencial no país, compartilhada pelo SUS e pelo setor suplementar.

Dados publicados nas pesquisas de Assistência Médico-Sanitária (AMS), pelo IBGE em 1999 (75), 2002 (76) e 2009 (77) mostraram crescimento da rede assistencial pública e privada, com predominância do setor privado em 81,03% da totalidade das instituições, constituídas pelos estabelecimentos com internação hospitalar, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e de emergência.

Verifica-se por tipo de serviço, que o setor público apresenta maior número de estabelecimentos ambulatoriais e de emergência (68%), enquanto o setor privado predomina na área de internação hospitalar (62,5%) e de apoio diagnóstico e terapêutico. Entretanto, do total dos 279.104 leitos privados, 78,66% foram utilizados pelo SUS, de acordo com o IBGE (76; 77), demonstrando que é muito significativo o compartilhamento da rede de serviços privados de assistência.

O debate mais acirrado nessa disputa da rede assistencial, entretanto, tem se dado em relação aos hospitais públicos universitários, no que se preconizou denominar como questão da “dupla porta”.

No Estado de São Paulo, que iniciou o processo da reserva de parte dos leitos para venda ao setor suplementar, o fato ganhou contornos ainda maiores com a Lei Estadual nº 1131/2010 (78), de autoria do Poder Executivo do Estado, que tentou regulamentar a questão, mas não teve acolhida no Poder Judiciário.

As argumentações centrais do debate são, de um lado, os custos de um hospital universitário e a necessidade de vender serviço para obter maior disponibilidade financeira, que não seja o insuficiente orçamento público, para

manter o padrão de um hospital que tenha como missão a assistência, a pesquisa e o ensino.

De outro, particularmente do CNS (79), contrários à medida da “dupla porta”, por considerar que são os únicos hospitais do SUS onde a população, que é assistida pelo setor público, tem acesso aos procedimentos de média e alta complexidade.

Enquanto isso se constata que a distribuição, com forte concentração da rede de profissionais, serviços e operadoras na região sudeste e menor oferta nas regiões norte e centro- oeste do país, guarda estreita relação com os diferentes graus de desenvolvimento sócio- econômico das regiões. Cabe, no entanto, ressalva em relação à modalidade de algumas operadoras, como autogestões vinculadas aos serviços públicos e cooperativas médicas, que apresentam maior grau de dispersão nas regiões e no interior do país, não tendo sido possível aprofundar o estudo, pois a ANS não disponibiliza publicamente esses dados da rede.

Essa concentração, segundo estudo divulgado pelo IBGE sobre a saúde no Brasil (7), mostra que os estados do Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro e o Distrito Federal apresentam de 30% a 40% da população coberta por planos de saúde, enquanto Roraima, Maranhão e Alagoas têm coberturas de 6,0% a 9,9% da população.

A proporção de planos coletivos e individuais divulgados pela ANS, também guarda relação com os dados na tabela. O fato de mais de 70% dos planos serem coletivos empresariais vinculados a benefícios trabalhistas, coincidem com a concentração do setor industrial e de serviços na região sudeste do país.

A questão da cobertura nacional do setor suplementar, assim como da assistência pública, envolve uma questão estrutural que compromete o acesso aos serviços, diante da heterogênea distribuição da rede assistencial no país. O ranking de reclamações dos órgãos de defesa do consumidor, como o da Fundação PROCON (80), do Estado de São Paulo, reflete essa realidade nos índices de reclamações, mesmo nos estados que têm maior nível de oferta de serviços.

O aumento das reclamações sobre o acesso à assistência suplementar também é reflexo do desenvolvimento econômico do país, com ascensão das classes socioeconômicas mais pobres para as classes médias (81, 82), consequente à elevação do número de empregos e da renda (83), que repercutiram no aumento do número de beneficiários de planos e seguros privados.

Segundo dados divulgados pela ANS (84), o número de beneficiários de planos e seguros privados, na população passou de 18% em dezembro de 2003 para 25% em dezembro de 2011, sendo mais de 70% na modalidade de planos coletivos empresariais, ou seja, como benefícios incorporados nos contratos trabalhistas.

No entanto, as entidades médicas nacionais e estaduais (85) denunciaram na época que a deficiente regulamentação, pela ANS, da rede ofertada aos consumidores fazia com que o credenciamento dos médicos fosse utilizado como um instrumento de controle das operadoras, tanto para dificultar o acesso dos beneficiários aos atendimentos, como para controlar a autonomia dos profissionais nas condutas clínicas adotadas.

O debate sobre o Artigo 32 da Lei 9656/98 (1), no entanto, é um dos que tem mais ocupado a pauta dos segmentos que compõem a saúde e o judiciário, pois trata da relação assistencial entre o SUS e o setor suplementar, estabelecendo que a operadora de planos e seguros deva ressarcir financeiramente o setor público quando do atendimento prestado aos seus beneficiários.

O artigo da lei é lastreado na renúncia fiscal concedida pelo Estado aos contribuintes que utilizam e/ou patrocinam serviços privados de saúde (56), seja mediante pagamento direto ou de planos e seguros. As operadoras de saúde suplementar, por sua vez, são obrigadas a operar no mercado garantindo cobertura do rol de procedimentos, de acordo com a abrangência do plano médico-hospitalar, ambulatorial ou somente hospitalar. Entretanto nem sempre há disponibilidade de rede, seja por questão estrutural ou por falta de credenciamento pela operadora.

Muitas operadoras se recusam a fazer o ressarcimento, buscando o judiciário e alegando que tais atendimentos ocorrem principalmente em situações de emergência, onde não fica esclarecida a condição de beneficiário ou não existe serviço credenciado, inclusive por inexistência de rede privada. Apontam que é matéria constitucional, pois o fato de ser beneficiário de plano privado não exclui a pessoa da cobertura do SUS (2).

A carência, adesão ao plano e início da utilização dos serviços, bem como o acesso aos atendimentos e/ou procedimentos não emergenciais, foram questões que exigiram várias reformulações de normas, por parte da ANS. Recentemente foi editada a RN nº 259, de 20 de junho de 2011 (86), que

dispõe sobre a garantia de atendimento aos beneficiários de assistência à saúde, com o objetivo de melhorar o acesso aos serviços.

Por outro lado, a carência dos planos coletivos empresariais exigiu outras medidas, uma vez que o benefício está contido no contrato de trabalho. Assim, quando o trabalhador era demitido ou se aposentava, ele perdia o plano de saúde, uma vez que a regulamentação existente concedia um prazo máximo de dois anos de permanência no plano após o desligamento da empresa, desde que o beneficiário e seus dependentes assumissem todos os custos do plano.

A ANS modificou a regra da carência e mediante a RN nº 186, de 15 de janeiro de 2009 (87), introduzindo o direito de portabilidade, ou seja, do empregado demitido ou aposentado poder transferir a carência, proporcional ao tempo de contribuição que fez no plano anterior, para um novo plano.

A fiscalização das operadoras de planos e seguros privados de saúde, por sua vez, foi garantida à ANS mediante a Lei nº 9656/98 (1), complementada pela MP nº 2177-44 (41), 24 de agosto de 2001. Essas medidas normatizaram o acesso às informações das operadoras, a prestação de contas, a realização de auditorias independentes periódicas e a aplicação de multas pecuniárias nos descumprimentos de normas.

Foram também atribuídas competências à ANS, no caso de risco à continuidade ou qualidade do atendimento à saúde, em determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica e até mesmo a liquidação extrajudicial da carteira da operadora.

A ANS criou, nesse período, 12 núcleos regionais para facilitar o atendimento aos beneficiários, prestadores de serviços e operadoras, os quais

estão localizados no Distrito Federal e em 11 estados das diferentes regiões geográficas do país. Em julho de 2010 ela editou a RN nº 223 (88), que criou o programa de fiscalização pró-ativa com o objetivo de aperfeiçoar a adequação das operadoras à legislação do setor suplementar.

A análise parcial e recortada do segmento administrativo-operacional, embora nem de longe esgote a questão, nos dá a ideia do tamanho e dimensão do trabalho de elaboração e atualização das normas e do número de ações e controles que envolvem todos os setores relacionados à assistência suplementar, que não raro se encontram desatualizados e/ou insuficientes diante da dinâmica incorporação de informação e tecnologias, seja na área assistencial, operacional e do mercado de planos e seguros privados.

Na saúde, tanto em âmbito público quanto privado, as questões administrativas e operacionais apresentam-se como os maiores desafios, pois além de consumir grande esforço e tempo dos gestores, muitas delas resultam em aumento da burocracia e custo, afetando diretamente a qualidade da prestação de serviços.

O grande número de reelaboração de normas, no período analisado, para conter desvios nos aspectos assistenciais, bem como de regras e operações para efeito de fiscalização desse mercado, mostra a necessidade de diretrizes éticas passarem definitivamente a fazer parte das normas de autorização de registros para as operadoras atuarem no mercado.

Tais diretrizes deveriam ser de conhecimento público, de forma que tanto o beneficiário como a rede de assistência também pudessem acompanhar a prestação do atendimento. E todo esse contexto, no caso, deve ser seguido por medidas simplificadoras, mais ágeis e de mais fácil

compreensão para o conjunto dos segmentos que se relacionam na saúde suplementar, questão sempre presente nas discussões sobre a regulamentação e reclamada pela população atendida.

As questões do ressarcimento ao SUS e da “dupla porta” dos hospitais públicos universitários, por outro lado, demonstram a falta de interação entre o setor suplementar e o sistema público de saúde. Ambos os setores tem se posicionado no cenário da assistência como concorrentes, disputando rede de serviços, quando deveriam estar trabalhando numa lógica de integração mediante políticas públicas que objetivassem acesso mais igualitário à assistência da população.

A rede de serviços no Brasil, portanto, constituiu-se em um dos principais pontos de distorção da assistência à saúde no país, pois a má distribuição quantitativa e por níveis de complexidade nas regiões geográficas, bem como seus altos custos, tornaram-na uma das principais causas de problemas de acesso, tanto no setor público quanto privado.

6.2.4. Questões econômico-financeiras

O movimento que deflagrou o processo de regulamentação dos planos e seguros privados no país, desde o seu início, apresentava três pontos considerados fundamentais, nessa área, para regulação do mercado: estabelecer políticas de reajustes de mensalidades e de preços por faixas etárias, bem como de controles e garantias financeiras de solvência das empresas.

A ANS, portanto, tratou da regulamentação desses itens, estabelecendo periodicidade anual para os reajustes na RN nº 171, de 30 de abril de 2008 (89), baseado na média dos reajustes praticados pelos planos coletivos. Para as faixas etárias, editou a RN nº 63, de 23 de dezembro de 2003 (90), onde determinou multiplicadores que, para os idosos, poderia no máximo representar seis vezes o valor pago pelos mais jovens.

O controle de contas, bem como o estabelecimento e o depósito bancário de garantias financeiras foram outras medidas junto às empresas, para que essas pudessem atuar no mercado, inclusive para as operadoras de autogestão mediante a RN nº 137, de 20 de novembro de 2006 (91), que inicialmente haviam ficado fora das regras.

Há o reconhecimento de melhora dos controles financeiros, embora os reajustes por faixa etária e o critério utilizado pela ANS, da média dos reajustes dos planos coletivos empresariais, são também questionados devido aos aumentos inflacionados dos valores negociados nas empresas, que pressionam o índice geral de reajuste anual concedido pelo órgão regulador.

O controle dos reajustes pela ANS, por outro lado, acirrou uma das áreas de maior conflito, que é a relação das operadoras com os profissionais e a rede de serviços, bem como com os beneficiários na utilização dos planos, para conter os custos no setor suplementar.

Esse contexto, por sua vez, aliado a grande incorporação de biotecnologias e o envelhecimento da população, fatores de aumento do custo na assistência, tem gerado uma série de medidas por parte das operadoras, para diminuir gastos e manter lucros, bem como controlar reajustes, diante da pressão dos consumidores.

Entre tantas medidas, algumas merecem destaque pelo aumento dos conflitos, como a coparticipação financeira nos custos dos atendimentos e procedimentos, por parte do beneficiário, além do pagamento de mensalidades. Tais medidas têm o objetivo de conter a frequência de utilização do plano, diante de um fenômeno denominado pelo mercado de planos e seguros como “dano moral”, ou seja, o aumento do consumo de serviços diante de produtos financiados sob a forma de pré-pagamento.

As operadoras também passaram a controlar mais os reajustes dos honorários médicos, assim como ampliaram os serviços de auditorias médicas e contábeis para avaliação e controle, sobretudo dos atendimentos na área hospitalar, onde residem os maiores custos da assistência.

Os únicos dados disponíveis das operadoras de planos de saúde, publicados periodicamente pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) (92), mostravam o crescimento dos custos com consultas, exames e internações hospitalares, conforme dados comparativos da pesquisa

nacional de 2010 em relação a 2008, como pode ser visto na Tabela 3, a seguir:

Tabela 3 - Custo dos procedimentos, em reais, com consultas, exames e internações hospitalares, de 2008 a 2010.

Procedimentos	2010	2009	2008
Consultas	43,54	39,1	36,67
Exames	26,93	26,69	23,92
Internação Hospitalar	8.402,95	7.221,53	6.929,92
Internação Hospitalar paciente/dia	1.590,25	1.532,30	1.220,95
Internação Hospital/dia	1.200,94	1.167,57	893,86
Internação Domiciliar paciente/dia	761,63	777,94	593,47

Fonte: UNIDAS. Pesquisa Nacional 2011.

Disponível em: http://www.unidas.org.br/periodicos/arq_periodicos/pesquisa2010.pdf

Verifica-se, também, que mesmo diante das medidas descritas acima, adotadas pelas operadoras, os custos na área do atendimento privado continuaram com valores elevados, pois as consultas sofreram um aumento médio de 15,8%, enquanto a média de gastos com as internações hospitalares subiram 17,5%, no período analisado de 2008 a 2010.

Estudo realizado por Kanamura (40) mostrou a magnitude desses gastos na assistência médico-hospitalar, particularmente quando associados a procedimentos que envolviam alta tecnologia, doença crônica e pessoas com mais de 70 anos de idade. Em um estudo de caso de uma operadora de plano de saúde, onde foram analisados os gastos mais elevados no ano de 2002, o autor verificou que 36,2% dos recursos foram gastos com apenas 1% da população beneficiária do plano.

Os conflitos com a categoria médica, em relação aos reajustes dos honorários, continuaram ocorrendo durante todo o período estudado. Mesmo

com a edição da Classificação Brasileira de Honorários e Procedimentos Médicos (CBHPM), em 2003, pela AMB, FENAM e CFM (93), que identifica os valores do trabalho clínico e do valor agregado da tecnologia utilizada no procedimento, não melhorou a política de reajustes praticada pelas operadoras de planos de saúde.

A saúde, por outro lado, tem se mostrado um dos setores mais inflacionários da economia no país, como mostra o Índice de Preços ao Consumidor Ampliado (IPCA) do IBGE (94), que no período de 2000 a 2011 apurou um índice geral da inflação de 102,85%, enquanto a saúde acumulou um percentual da ordem de 133%.

A última pesquisa do IBGE sobre Orçamentos Familiares (95) divulgada em 2010, por sua vez, mostrou que os gastos com assistência à saúde representaram, em média, 5,9% das despesas familiares mensais nos anos de 2008-2009, com maior peso para as famílias de baixa renda.

Pesquisadores como Carvalho (96) apontam que, no Brasil, além da necessidade do aumento do financiamento público são necessários estudos comparativos dos gastos públicos e privados em relação à assistência à saúde no país, bem como da contabilização da renúncia fiscal feita pelo Estado na área privada, a qual necessitaria de uma reforma tributária que almejasse justiça fiscal.

Os dados aqui analisados mostraram que, embora a regulamentação dos planos tenha criado regras de reajustes tanto de periodicidade quanto por faixa etária, não houve impacto na assistência à saúde em relação aos custos, os quais continuaram crescendo e comprometendo o orçamento, sobretudo das famílias de baixa renda, como mostrou o estudo do IBGE.

6.3. ATORES SOCIAIS- ENTREVISTAS

A participação da sociedade na saúde suplementar ficou garantida na Lei nº 9656/98 (1), que constituiu a Câmara de Saúde Suplementar e disciplinou os segmentos que estariam representados nessa instância, composto da área governamental da saúde, fazenda, previdência, trabalho e justiça. Dentre os setores que atuam diretamente na prestação da assistência foram asseguradas as participações dos órgãos governamentais, não governamentais, de defesa do consumidor e centrais sindicais de trabalhadores e empresários.

Os prestadores de serviços contam com suas organizações nacionais, representando as diferentes modalidades de planos e seguros privados de saúde, as entidades médicas e odontológicas, o setor privado e filantrópico hospitalar, de serviços diagnósticos e terapêuticos, além da própria ANS. As reuniões tem periodicidade geralmente mensal e de caráter consultivo, contrariando proposta inicial do movimento pela regulamentação, o qual defendia uma instância deliberativa, na aprovação da lei em 1998.

Foram regulamentadas, posteriormente, outras formas de participação da sociedade, mediante audiências e consultas públicas sobre temas que compõem a pauta da Câmara de Saúde Suplementar, bem como a constituição de câmaras técnicas para estudo e elaboração de propostas relacionadas diretamente à assistência à saúde.

Conforme exposto na metodologia do trabalho, foram entrevistados 12 (doze) membros da Câmara de Saúde Suplementar, numa amostra de conveniência entre as representações que atuam mais diretamente no

cotidiano da assistência suplementar. Abaixo, no Quadro 3, são apresentadas as sínteses dos itens considerados mais relevantes, diante do enfoque do estudo.

Quadro 3 - Entrevistas com Membros da Câmara de Saúde Suplementar (CSS)

CATEGORIAS	Direito à Saúde	Relação público - privada na assistência	Avaliação da regulamentação da saúde suplementar	Principais conflitos na saúde suplementar	Expectativas
ENTIDADES					
PROTESTE	Considera a saúde direito fundamental, mas o Estado não consegue suprir necessidades de assistência da população.	Considera necessária a participação privada para suprir falhas do Estado.	Houve avanços nas regras do mercado e de garantias nos contratos dos consumidores.	Persistem conflitos na política de reajustes, de acesso aos serviços e a questão do lobby das empresas.	Reverter o lobby das empresas para o aperfeiçoamento da regulamentação.
PROCON- SP	Considera a saúde direito fundamental, mas o Estado não consegue suprir as necessidades de assistência da população.	Considera necessária a participação privada, pois o Estado não suporta toda a demanda por serviços de saúde da população.	Houve avanços nas regras do mercado, mas há problemas nos contratos coletivos.	Persistem conflitos na política de reajustes aos consumidores e também no acesso aos serviços pela expansão da saúde suplementar.	A expectativa é de que o agente regulador, o Estado, assuma a regulação das lacunas e da regulamentação qualitativa.
CUT	Considera a saúde um direito fundamental e que o Estado deveria suprir as necessidades da população	Os trabalhadores reivindicam a assistência privada para suprir ausências e falhas do Estado.	Houve avanços, mas ainda existem muitos problemas, principalmente na questão do envelhecimento e da aposentadoria.	Aumento dos custos da saúde com o envelhecimento e menor proteção com a aposentadoria.	Melhoria da atenção nos serviços públicos para diminuir a necessidade do setor privado.
FENAM	Considera a saúde um direito fundamental constitucional, mas o dever do Estado em prover assistência ficou ambivalente.	A Constituição aprovou essa relação ambivalente na assistência à saúde do país.	Avalia que a Lei nº 9656/98 tem vícios de origem, na relação bipartite, quando deveria ser tripartite com a participação da ANS, operadoras e prestadores de serviços.	A interferência na autonomia dos médicos no atendimento e o excessivo interesse lucrativo das operadoras.	Não vê alternativas alvissareiras de curto e médio prazo para resolução dos conflitos.
AMB	Considera a saúde um direito fundamental, mas o Estado não tem capacidade de financiar um atendimento integral.	Considera legítima a participação privada, que vem suprimindo as necessidades de um atendimento de maior qualidade.	Houve avanços com a Lei nº 9656/98 e na criação da ANS, principalmente para os usuários em relação aos contratos dos planos de saúde.	Os maiores conflitos estão na restrição de coberturas, interferência na autonomia médica e reajustes dos honorários.	A ANS atuar de forma mais decisiva na relação entre médicos e empresas. A revisão da Lei, que não tem mobilizado o Legislativo.
CFM	Considera a saúde um direito fundamental e um avanço na Constituição brasileira.	O privado se dá de forma importante pelo fato do Estado financiar menos de 70% dos gastos sanitários.	Considera que os avanços foram tímidos, pois os protagonistas mais frágeis (médicos e pacientes) continuam sem proteção adequada.	Os conflitos estão na esfera da reforma do poder tributário, educacional e autonomia da vontade.	É otimista quanto às expectativas, analisando o percurso de avanços que a sociedade brasileira já conquistou.

CNS*	Considera a saúde um direito fundamental e que foi uma conquista da sociedade brasileira.	Avalia que o sistema brasileiro, que prevê a participação público-privada, é um avanço admirado por muitos países.	Houve avanços no saneamento do mercado de operadoras e de prestadores. A qualidade da atenção aumenta com a dinâmica da regulamentação.	Há conflitos na área de gestão, como desperdício e de controle do financiamento. Assim como na entrada de investimentos financeiros.	É otimista, devendo ser ampliado o diálogo, entre o setor público e o privado, com o Estado como o regulador da saúde.
AMIL	Considera a saúde um bem estar social, que faz parte do direito de qualquer cidadão.	A questão está relacionada à viabilidade e não conceitual.	Acredita que trouxe avanços, principalmente quando avalia os abusos das práticas de comercialização do passado.	Compatibilizar a gestão coletiva da saúde com a visão da saúde individual, pois ambos têm suas razões.	Vê com otimismo as expectativas, baseado na mensuração e gestão de resultados.
UNIMED BRASIL	Considera a saúde um direito fundamental e que o Estado deveria ser o provedor para toda população.	O aumento da participação privada deu-se por falhas na organização, modelo de gestão e recursos no âmbito do SUS.	Não houve avanços, pois a ANS não conversa com os segmentos e normatiza como se todos fossem iguais, aumentando os conflitos.	Considera que há vários pontos de conflitos decorrente do excesso regulatório da ANS e a questão tributária relativa às cooperativas.	Avalia que se não houver tanta interferência, não atrapalhar, o restante a organização sabe fazer.
UNIDAS	Considera que a saúde é um direito fundamental e que o Estado deveria ser o provedor para toda população.	A saúde suplementar só existe devido a incapacidade do Estado em atender as demandas da população.	Houve avanços parciais, pois a demanda é infinita, mas a criação da ANS propiciou uma discussão mais madura e profissional dos problemas.	Os principais conflitos estão colocados na questão do financiamento, do envelhecimento da população e da área farmacêutica.	Acredita que a gestão democrática e a elaboração de uma agenda regulatória por parte da ANS é facilitadora da gestão dos conflitos.
CNS**	Considera que a saúde é um direito constitucional e que o Estado deveria garantir, atuando mais como financiador, provedor e regulador.	A participação privada está prevista na Constituição, mas os sistemas de saúde mais justos são os providos pelo Estado.	Não houve avanços na resolução de conflitos, porque a ANS é totalmente capturada pelos interesses do mercado.	Há conflitos entre a necessidade do usuário e a oferta das operadoras, entre prestadores e operadoras e na relação com o SUS.	Discutir o sistema de saúde que queremos frente ao crescimento do país. Mais justo para todos e não para expandir ainda mais o segmento privado.
ANS	O direito constitucional universal à saúde é recente no Brasil e o desafio é torná-lo um direito efetivo para toda população.	A relação público-privada na saúde se dá desde a chegada dos portugueses no país, impondo sua lógica mesmo na estruturação do SUS.	A regulamentação foi tardia, pois muitas operadoras já existiam desde os anos 60, mas avançou na regulação econômica e parte do assistencial, nas segmentações e garantias de coberturas.	Um dos principais conflitos está relacionado ao modelo assistencial, pois as operadoras burocratizaram a assistência para conter custos, em vez de atuar na gestão de saúde.	Preencher vazio jurídico entre as Leis 8080 e 9656, da relação público-privada na atenção à saúde e da 9656 em relação aos prestadores.

*Confederação Nacional dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde.

**Conselho Nacional de Saúde.

A análise do quadro de entrevistas revelou que todos os representantes que participaram da pesquisa consideram a saúde, no Brasil, um direito fundamental e a maioria refere que a participação privada na assistência

ocorre, principalmente, devido à limitação do Estado em garantir o acesso à assistência integral universal. No entanto, o representante da Confederação dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde analisa que esta questão abrange diversos países e que: “... o nosso sistema de saúde... hoje eu vejo como algo de desejo de muitas sociedades de países afora, e essa experiência até do convívio deste público e privado”.

Quanto à regulamentação, parte dos atores também considerou que houve avanços na assistência suplementar, depois da aprovação da Lei nº 9656/1998 e da criação da ANS, relacionados ao saneamento do mercado, que passou a apresentar empresas mais estruturadas, devido às regras que vem sendo elaboradas no sentido de aumentar as garantias e a segurança aos beneficiários, bem como das questões relativas à competitividade entre as operadoras.

Os mais críticos em relação à regulamentação foram os representantes do Conselho Nacional de Saúde, das entidades médicas e da UNIMED. No entanto, as orientações dadas às respostas por estes atores foram diferentes, uma vez que: o Conselho Nacional considerou como principal questão o vínculo mais forte da ANS com os interesses do mercado; os médicos criticaram a insuficiência da lei na relação com os prestadores de serviços; e o segmento das cooperativas médicas queixou-se de haver um excesso regulatório por parte do Estado.

Esses conflitos, na prática, expõem os diferentes interesses que se dão na assistência suplementar, os quais permanecem desde a aprovação da lei, fato também observado por Mascarenhas (37), quando analisou o processo de

regulação da saúde suplementar em 2007, entrevistando membros da Câmara de Saúde Suplementar.

Assim, os principais conflitos apontados pela defesa do consumidor estão nas políticas de reajuste dos planos e de acesso aos serviços, acrescido, pelo representante da central sindical, pela preocupação de cobertura na aposentadoria. O entrevistado da Proteste, órgão de defesa do consumidor, também expressou “*a necessidade de reverter o lobby das empresas sobre a regulamentação*”, como um dos pontos fundamentais para superar parte dos conflitos com os consumidores.

As entidades médicas, por sua vez, referiram que os principais problemas ocorrem na esfera da autonomia profissional e na falta de uma política de reajuste dos honorários médicos, apontando que a ANS deveria regulamentar a relação das operadoras com os prestadores de serviços, uma vez que a população compra o produto final, que é a assistência à saúde. Nesse sentido, o entrevistado da APM ressaltou que:

“Há uma intensa mobilização dos médicos, nos dois últimos anos, sobre a questão da autonomia profissional, pois o rol de cobertura da ANS não contempla os procedimentos médicos mais novos, como também as operadoras não repassam os reajustes autorizados pela agência, criando para os médicos uma defasagem com a inflação do período.”

O setor empresarial dos prestadores de serviços, representado nas entrevistas da pesquisa pela Confederação Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNS) entende que os principais conflitos estão no maior grau de exigência da população, que vem mudando de classe social no país e aumentando seu acesso e demanda à rede de assistência à saúde. Esse entrevistado considerou que o processo é positivo, mas que exige constante

regulação do Estado ao comparar com “os *Estados Unidos que apresentam os custos mais altos da saúde no mundo e têm mais de 50 milhões de pessoas sem assistência*”.

As operadoras, por seu lado, observaram que os principais conflitos estão relacionados à gestão, em compatibilizar atenção individual com a coletiva, pois, como apontou o entrevistado da UNIDAS, o envelhecimento e a acelerada incorporação de novas tecnologias na saúde comprometem o financiamento da área. O entrevistado da UNIMED, por sua vez, responsabilizou novamente o excesso regulatório, verbalizando que “*se não houver tanta interferência do Estado, o resto a gente sabe fazer*”.

O modelo assistencial burocratizado e a persistência de vários conflitos decorrentes de questões políticas, inclusive na relação com o SUS, foram os principais problemas apontados pelos representantes da ANS e do Conselho Nacional de Saúde- CNS. O representante da agência referiu que a regulamentação foi tardia, pois a maioria das empresas já operava no mercado e que:

“... as adequações a este processo, sem mexer na logica de assistência, sem mexer na logica da organização da assistência, eles quiseram continuar da mesma forma que eles faziam antes, autorizando prestador, pagando por procedimento, quer dizer, quanto menos procedimento eu pago, mais eu ganho, e o prestador do outro lado, quanto mais eu faço, mais eu ganho, e no meio disso fica o usuário pressionado”.

Outro grande conflito relacionado pelos representantes da ANS e do Conselho Nacional é a dificuldade, por parte das operadoras, em cumprir a regra do ressarcimento ao SUS, trazendo inúmeros conflitos com os gestores

públicos e a área de controle social da saúde, bem como com parte dos poderes legislativo e judiciário.

Por fim, quanto à expectativa da regulamentação da assistência suplementar pode-se observar que tanto os representantes da defesa do consumidor, dos trabalhadores e da área médica têm mais reservas quanto ao futuro, pois apontaram a necessidade de diminuição da influência das empresas na agência reguladora, maior regulação qualitativa, ampliação do setor público na assistência e maior regulação na relação com os prestadores de serviços.

As exceções ficaram por conta do representante do CFM, que tem uma visão mais histórica sobre os avanços ocorridos no Brasil nos últimos anos, da mesma forma que o representante dos estabelecimentos e serviços de saúde. Enquanto, os representantes das operadoras, também, apresentaram uma perspectiva mais otimista sobre a regulamentação, mas condicionada - especialmente as cooperativas médicas - a uma diminuição dos procedimentos regulatórios pela agência.

O entrevistado da ANS, por sua vez, apontou para *“a necessidade de preencher o vazio jurídico na relação entre o SUS e a saúde suplementar, bem como com os prestadores de serviços”*, enquanto o representante do Conselho Nacional de Saúde- CNS avaliou que no seu entendimento depende do projeto político, ou seja, de: *“... o governo decidir se o crescimento econômico do país servirá para políticas que promovam maior equidade na assistência à saúde ou apenas para enriquecer, ainda mais, o setor privado da saúde”*.

O segmento sindical dos trabalhadores manifestou que a principal preocupação é com o envelhecimento da população e a questão da cobertura

assistencial na aposentadoria, além do aumento da rede credenciada de prestadores de serviços, não referindo outras tensões na pauta, mesmo representando mais de 70% dos planos de saúde operados pela saúde suplementar no país. Questionado sobre isso na entrevista, o representante respondeu que:

“... a central discute o seu umbigo, normalmente é o seu umbigo, é evidente que eles embora participem e sejam ativos da questão geral da população porque é por isso mesmo que são centrais, está certo, elas não defendem só as coisas deles, mas nessa questão de saúde elas olham o que é melhor, e o que é melhor eles entendem que é o serviço de saúde suplementar...”

As entrevistas, portanto, apontaram para conflitos que persistem no setor suplementar, muitos deles relacionados a um marco regulatório insuficiente, principalmente na relação com o SUS. Mas referem, também, aqueles vinculados aos interesses mais circunscritos, onde a defesa do consumidor reivindica maior poder de influência na regulamentação, uma vez que representa o segmento financiador desse mercado, ao mesmo tempo em que a área médica (inclusive as operadoras de cooperativas médicas), que aponta a autonomia como questão central.

Por fim, muitos entrevistados mencionaram que a dinâmica estabelecida pela ANS, na Câmara, não favorece a gestão dos conflitos, uma vez que esses não são pautados e quando surgem de forma mais explícita são tratados quase como insolúveis, uma vez que o órgão regulador ressalta que a instância é apenas consultiva e cabe à direção da agência o poder de decisão. Isto, segundo os atores, consolida ainda mais as posições e o entendimento de que o fórum é um mero espaço de divulgação da opinião das instituições sobre o tema pautado.

Habermas traz lições importantes, nesse sentido, quando discute a não transparência na comunicação e a necessidade de recuperar “vestígios abafados dos diálogos” (43).

No caso da Agência, para a maioria dos representantes, embora ela represente um avanço e exista clareza sobre a necessidade de regulação da forma mais ampla possível, a mesma não tem conseguido cumprir a expectativa de superar antigos conflitos, ao não colocá-los na arena dos debates, mesmo quando acredita que são insolúveis e, portanto, que cabe ao Estado (ANS) o poder deliberativo.

A ANS, por outro lado, monitora e divulga mensalmente o Índice de Reclamações (97) dos beneficiários por porte de operadora, as quais são classificadas de pequeno porte quando tem menos de dez mil beneficiários, de médio porte entre dez a cem mil beneficiários e as operadoras de grande porte que detém mais de cem mil beneficiários associados aos planos. No ano de 2010, o Índice Médio Acumulado foi de 4,85 reclamações por mil beneficiários, representando uma média de 2.606/ mês, em um universo de 42 milhões de beneficiários/ mês.

O PROCON do Estado de São Paulo (80), de 2007 a 2011, por outro lado, trazia a saúde alternando entre o 4º e o 5º lugar do ranking, onde a maioria das reclamações estava relacionada à negativa e/ou demora no atendimento ou agendamento de procedimentos e ao valor das mensalidades.

Uma pesquisa realizada pela empresa Datafolha (85), com patrocínio da Associação Paulista de Medicina (APM), realizada no período de 23 de junho a 24 de agosto de 2010, mediante 2.184 entrevistas telefônicas, com médicos conveniados ou cadastrados a no mínimo três planos e/ou seguros de saúde,

revelou que um dos aspectos mais negativos apontados pelos médicos, na relação com as operadoras de planos de saúde, estava na interferência destas na autonomia profissional do médico, conforme se verifica no Quadro 4, abaixo:

Quadro 4. Média das notas, por região, aplicada pelos médicos em relação à interferência dos planos de saúde na autonomia técnica, pesquisa Datafolha 2010.

Região	Média
Norte	5,8
Sul	5,8
Sudeste	5,7
Centro-Oeste	6,2
Nordeste	6,1

Fonte: Dados Pesquisa Datafolha.

Disponível:

http://www.apmcorp.org.br/pdf/Apresentacao%20Brasil_imprensa_30_11.pdf.

Acesso em 27/06/2011.

Os dados da Pesquisa indicaram que 92% dos médicos entrevistados tinham percepção dessa interferência na autonomia técnica, enquanto o quadro acima mostra que na aplicação das notas de 0 (zero) a 10 (dez), a média das regiões revela que a região Sudeste é a mais crítica quanto à interferência das operadoras.

Essas questões, em conjunto com os problemas relacionados aos índices de reajustes praticados pelas operadoras em relação aos honorários médicos, têm levado à solicitação, por parte das entidades médicas nacionais, de mudanças na RN nº 71, de 18 de março de 2004 (98), que disciplina a relação contratual entre as operadoras e os profissionais de saúde na prestação de serviços assistenciais.

Uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (99), com 2.773 pessoas entrevistadas no domicílio, publicada em 2011, teve como objetivo avaliar a percepção sobre a qualidade dos serviços ofertados na área da saúde, pelo SUS e pelo setor da saúde suplementar.

Os dados mostraram que 44,3% dos entrevistados consideraram regulares os serviços do SUS, apontando como necessidade o aumento do número de médicos no sistema (37,3%), a redução do tempo de espera da consulta (34,1%) e a melhoria da qualidade do atendimento médico (11,9%). Por outro lado, os principais pontos positivos do SUS considerados pelos entrevistados foram o acesso gratuito aos serviços (52,7%), o atendimento universal sem distinção (48,0%) e a distribuição gratuita de medicamentos (32,8%).

A adesão aos planos e seguros privados de saúde, teve como principal razão a rapidez no atendimento (40,0%), por ser um benefício gratuito fornecido pelo empregador (29,2%) e proporcionar maior liberdade de escolha do médico (16,9%). Enquanto os pontos negativos foram o preço das mensalidades (39,8%) e restrições na cobertura de doenças e/ou procedimentos (35,7%).

Outro estudo divulgado pelo IPEA (100), em 2012, com 3.796 pessoas entrevistadas no domicílio, para avaliar a percepção da população sobre as questões da pobreza no país, apontou a violência (23%) e a saúde (22,3%), como os dois principais problemas do Brasil.

O Poder Judiciário também tem sido um importante ator social no cenário da assistência à saúde, tanto que a sua participação, como vimos anteriormente, vem recebendo a denominação de “judicialização da saúde”

(39), pelos segmentos mais críticos desse processo, que vem crescendo anualmente.

Essa questão consiste principalmente em medidas judiciais que procuram viabilizar acesso da população a medicamentos, exames e terapias, tanto junto ao setor público quanto da assistência suplementar.

Diante da grande repercussão que tais medidas vinham apresentando, sobretudo nos orçamentos públicos da área da saúde, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), órgão vinculado ao Ministério da Justiça (MJ), instalou, em 03.08.2010, o Fórum Nacional do Judiciário, mediante a Resolução nº 107, de 06.04.2010, com os objetivos de monitorar e dar resolução às demandas de assistência à saúde.

O Fórum produziu, entre outras questões, a publicação denominada “O CNJ e os Desafios da Efetivação do Direito à Saúde” (101), onde diversos autores analisam as questões da assistência à saúde no Brasil, tanto no setor público (SUS), quanto no setor privado (dos planos e seguros).

Faz referência, também, a um relatório preliminar elaborado pelo CNJ, que na página 430 apontava a existência de 112.324 (cento e doze mil trezentas e vinte e quatro) ações judiciais em curso nos tribunais estaduais e federais do país, até o ano de 2010.

Os debates apresentados na publicação, no entanto, não avançaram sobre a discussão do marco regulatório, especialmente com relação à necessidade de como se regular a assistência dos planos e seguros em relação às diretrizes do SUS, bem como não aprofundou a discussão do modelo de assistência à saúde e das causas das demandas levadas ao judiciário e o seu respectivo custo-benefício para a população.

O Poder Legislativo, por sua vez, desde o Projeto de Lei (PL) nº 4076, de 8 de fevereiro de 2001 (102), vem apresentando modificações e/ou complementações à Lei nº 9656/1998, às quais vem sendo apensadas a outro projeto de lei, o PL nº 7419, de 9 de agosto de 2006 (103), que hoje conta com dezenas de proposições tratando desde rescisões contratuais até inclusão de exames preventivos no rol de procedimentos, que devem ser disponibilizados pelos planos e seguros privados de saúde. Contudo, até hoje não existem iniciativas do Ministério da Saúde nesse sentido.

A última ação legislativa, na época da consulta, tinha se dado pelo encaminhamento, em maio de 2012, dos referidos projetos à Comissão de Finanças e Tributação da Câmara dos Deputados Federais para sua devida apreciação.

O debate no Congresso é sempre complexo diante dos diversos interesses representados nessa instância, reproduzindo também as diferenças e disputas que ocorrem na Câmara de Saúde Suplementar da ANS, uma vez que tanto os consumidores, quanto os prestadores de serviços e as operadoras de planos se fazem representar mediante seus parlamentares.

A mobilização ocorrida nos anos de 1990, pela regulamentação dos planos de saúde, mostrou que diante do volume financeiro que esse setor representa na economia, qualquer alteração nas suas regras exige intensa participação da sociedade e posicionamento do Poder Executivo, para que se consiga aprovar novas medidas. A história recente do governo dos Estados Unidos (104), com a proposta de reforma na área dos seguros de saúde, deu a dimensão das dificuldades e barreiras que existem nesse mercado.

6.4. PANORAMA INTERNACIONAL DAS DESPESAS COM SAÚDE

A globalização econômica nas últimas décadas vem internacionalizando políticas nos setores público e privado, que atingem as áreas da produção de bens e serviços, inclusive na saúde, cujos fundamentos do projeto neoliberal foram incorporados pelo Brasil na Reforma do Estado (6) em 1994. Assim, considerou-se necessária, também, a avaliação dos planos e seguros privados em países com diferentes concepções de sistemas de saúde e graus de desenvolvimento socioeconômico, para melhor análise da evolução desse mercado no contexto do país.

Os estudos apresentados a seguir padronizam a denominação de seguros privados, para todas as modalidades de assistência privada que adotam regime de pré-pagamento, sem fazer distinção, como ocorre no Brasil, do tipo de empresa em relação à finalidade lucrativa ou não e se possui rede assistencial própria ou não.

A *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) (19) publicou, em 2004, um trabalho realizado em 12 países de diferentes continentes e sistemas de saúde, sobre seguros privados de saúde. Um dos estudos analisa percentuais de despesas na saúde em relação aos seguros privados, aos pagamentos do próprio bolso e dos gastos públicos, nos anos 1990 e 2000, conforme se observa na Tabela 4, a seguir:

Tabela 4. Pagamentos do próprio bolso (PPB), Seguros Privados de Saúde (SPS) e Gasto Público de Saúde, 1990 e 2000.

Porcentagem da despesa total em saúde						
	Seguro Privado de Saúde		Pagamentos do Próprio Bolso		Gastos Público de Saúde	
	1990	2000	1990	2000	1990	2000
Alemanha	7.2	12.6	11.1	10.5	76.2	75.0
Austrália	11.4	7.3	16.6	18.5	67.1	68.0
Canadá	8.1	11.4	14.4	15.8	74.5	70.9
Dinamarca	1.3	1.6	16.0	15.9	82.7	82.5
Espanha ¹	3.7	3.9	18.7	23.5	78.7	71.7
Estados Unidos	34.2	35.1	20.1	15.2	39.5	44.2
Finlândia	2.1	2.6	15.5	20.4	80.9	75.1
França	11	12.7	11.4	10.4	76.6	75.8
Irlanda	9.1	7.6	16.5	13.5	71.9	73.3
Itália	0.6	0.9	15.3	22.6	79.3	73.4
Nova Zelândia	2.8	6.3	14.5	15.4	67.1	63.4
Suíça	11	10.5	35.7	32.9	52.4	55.6
Média (12 países)	8.5	9.4	17.2	17.9	70.5	69.2

Nota: A tabela inclui apenas os países em que os dados confiáveis sobre a SPS, PPB e Gasto Público estavam disponíveis em sua totalidade para 1990 e 2000.

¹Espanha: os pagamentos da PPB se referem a 1991, em vez de 1990.

Fonte: OCDE Health Data 2003, 2ª Edição.

Nos dados acima, verifica-se que entre diferentes países, na década analisada, houve crescimento do percentual médio das despesas com seguros privados e pagamentos do próprio bolso, enquanto ocorreu diminuição da média dos gastos públicos com a saúde. É possível observar, inclusive, que a diminuição da média das despesas públicas na saúde só não foi menor devido ao aumento percentual dos gastos públicos que ocorreram nos Estados Unidos, Irlanda e Suíça, os quais provocaram impacto, no ano 2000, na diminuição dos pagamentos do próprio bolso, como também na retração das despesas com seguros privados na Irlanda e Suíça.

Estudos realizados por Maarse (105), em oito países europeus, e Poullier (106) em 40 países inclusive do leste europeu, sobre o aumento da participação privada na assistência à saúde, mostrou que esse incremento ocorreu na maioria dos países analisados, nas áreas de investimentos, seguros

privados e estabelecimentos de saúde, desde a gestão de serviços até a assistência direta à população.

Como principais fatores do aumento do setor privado foram elencados a difusão das ideias neoliberais na globalização econômica, os custos orçamentários na saúde, as deficiências do setor público (filas de espera nos atendimentos e a baixa qualidade dos serviços, entre outros), o maior poder de consumo da população, as inovações tecnológicas na medicina e a ampliação do desenvolvimento político e social da Europa Oriental.

A análise dos dados também mostrou que existe grande variabilidade no modo de inserção dos seguros privados, dependendo do modelo de sistema de saúde adotado pelo país, podendo a assistência se dar de maneira complementar, suplementar ou duplicativa em relação à cobertura do sistema de saúde nacional.

A França, por exemplo, utiliza os seguros como forma complementar na assistência farmacêutica e ambulatorial, o Canadá e a Austrália de maneira suplementar no conforto hospitalar, enquanto na Holanda os 30% mais ricos são obrigados a utilizarem os seguros para custear sua assistência e na Alemanha a população tem que optar entre a seguridade pública ou privada.

Outro estudo com dados da OMS, de 2005, publicado por Drechsler e Jütting (107) em 2007, analisou a participação dos seguros privados de saúde nos países em desenvolvimento, em diversas regiões do mundo.

Os dados referentes à América Latina e Caribe mostraram uma importante participação dos seguros privados nas despesas da saúde na região, principalmente no Uruguai, Chile, Brasil, Argentina e Jamaica, que

apresentaram os maiores percentuais. Seguidos de países como o Peru, Barbados, Paraguai e Colômbia.

Os autores analisaram que o aumento dos seguros privados na região não diminuiu os custos dos cuidados na saúde, na sua maioria não melhorou a qualidade do atendimento e em outros não concorreu para o aumento da porcentagem da população coberta na assistência à saúde, enquanto muitos países sofreram deterioração no aspecto equitativo da proteção financeira.

Concluíram que parte desses marcos regulatórios, devido a problemas do mercado e falhas na regulamentação, mostrou-se insuficiente para promover a adequação dos planos e seguros às estruturas de saúde já existentes nos países. No entanto, ressaltaram que o segmento pode ser uma ferramenta importante como opção complementar no financiamento da saúde, desde que bem gerida e adaptada às necessidades e culturas locais.

Novos dados publicados pela OECD (108), em 2012, mostraram que na maioria dos países analisados continuou aumentando a participação privada, em relação à proporção público-privada nas despesas da saúde, quando comparada ao Produto Interno Bruto (PIB) dos países analisados, nos anos 2000 e 2010, conforme Tabela 5 abaixo:

Tabela 5. Percentual das despesas públicas e privadas na saúde em relação ao PIB, nos anos 2000 e 2010.

Despesas Países	% PIB Despesas Públicas		% PIB Despesas Privadas		% PIB Despesas Totais ²	
	2000	2010 ¹	2000	2010 ¹	2000	2010 ¹
Alemanha	8,2	8,91	2,1	2,7	10,3	11,6
África do Sul	3,4	3,4	5,0	5,1	8,4	8,5
Brasil	2,9	4,1	4,3	4,9	7,2	9,0
Canadá	6,2	8,1	2,6	3,4	8,8	11,5
China	1,8	2,3	2,9	2,3	4,7	4,6
Espanha	5,2	7,0	2,0	2,5	7,2	9,5
Estados Unidos	5,9	8,3	7,8	9,1	13,7	17,4
Federação Russa	3,2	3,5	2,2	1,9	5,4	5,4
França	8,0	9,2	2,1	2,6	10,1	11,8
Índia	1,1	1,4	3,3	2,8	4,4	4,2
Itália	5,8	7,4	2,2	2,1	8,0	9,5
México	2,4	3,1	2,7	3,3	5,1	6,4
Nova Zelândia	5,9	8,3	1,7	2,0	7,6	10,3
Reino Unido	5,6	8,2	1,5	1,6	7,1	9,8

¹Dados de 2009.

²Totalização dos dados pela autora.

Fonte: OECD Yearbook 2012.

Na tabela, além de alguns países analisados no estudo da OECD de 2004, foram acrescentados os países denominados emergentes, compostos pela África do Sul, Brasil, China, Índia, Rússia e México, para melhor comparação com o Brasil, tanto por apresentarem diferentes graus de desenvolvimento socioeconômico, quanto dos tipos de sistemas de saúde adotados nesses países.

Os dados mostraram que a maioria dos países, nos anos analisados, apresentou aumento dos gastos totais na saúde em relação ao PIB, com exceção da China, Federação Russa e Índia. Enquanto nas despesas públicas, apenas a África do Sul não apresentou aumento nesse período.

É possível observar, também, que independente do modelo de sistema de saúde adotado, seja público universalista, lastreado na seguridade social ou fundamentado no mercado privado, ocorreu aumento da participação privada

nas despesas para a maioria dos países. Somente houve diminuição do percentual privado nas despesas da saúde na China, Federação Russa, Índia e Itália.

Outro dado que merece ser ressaltado é que a maioria dos países manteve o predomínio do financiamento público nos gastos da saúde em relação ao PIB, com exceção dos Estados Unidos e dos países emergentes como África do Sul, Brasil, Índia e México, onde a fonte privada das despesas foi percentualmente maior que a pública.

No Brasil, verifica-se que houve um aumento considerável das despesas públicas em relação ao PIB, do ano 2000 para 2010, assim como em relação aos demais países emergentes; embora como também apresentasse crescimento das despesas privadas, esta se manteve como principal fonte de financiamento das despesas na saúde.

Estes dados corroboram informações divulgadas pela ANS (84), sobre o crescimento do número de beneficiários de planos e seguros privados de saúde no país, que passou de 18% em 2003 para 25% da população em 2011, sendo mais de 70% na modalidade de planos coletivos empresariais. Estas despesas são compatíveis com dados do IBGE (95) que mostram que os cuidados com a saúde comprometeram, em média, 5,6% dos orçamentos das famílias brasileiras em 2008/2009.

Dados das Estatísticas Sanitárias Mundiais, da OMS (109), divulgados em 2012, mostram o investimento *per capita* na saúde em dólar (US\$), de diversos países, onde o Brasil apresenta um investimento total de US\$ 921, dos quais US\$ 401 (44%) foram da participação do gasto público. Esta quantia pública está abaixo de outros países como a Argentina com US\$ 921 (66%), o

Reino Unido com US\$ 2.893 (84%) e o Canadá com US\$ 3.047 (71%), entre outros.

O quadro internacional acima mostra que o Brasil vem seguindo tendência apresentada por grande parte dos países estudados, ou seja, do aumento da participação privada na saúde, independente do modelo de sistema adotado pelo país. Enquanto isso, estudos questionam o avanço dessa relação público-privado na assistência à saúde, o marco regulatório e as falhas no mercado de seguros privados nas regiões em desenvolvimento, a qual tem aumentado a iniquidade na proteção financeira das pessoas, como na América Latina e Caribe.

A discussão atual, como se verifica nos estudos aqui apresentados, sequer é sobre o modelo de sistema de saúde adotado no país, mas sobre o mix público-privado que tem se dado na assistência à saúde e o quanto vem contribuindo para melhor qualidade, menor custo e maior universalização do acesso aos serviços de saúde. No caso do Brasil, portanto, deve ser avaliado se e como esse modelo público-privado pode ser mais adequado para atender o sistema universalista de assistência adotado pelo país.

7. SAÚDE SUPLEMENTAR EM PERSPECTIVA BIOÉTICA

A Bioética é uma disciplina que preconiza a ética aplicada à análise dos fenômenos e das condições de vida de todos os seres, inclusive do ambiente que habitamos, tendo como horizonte a responsabilidade para com as gerações atuais e futuras. Assim, trata de valores éticos e morais que devem ser agregados ao desenvolvimento econômico dos povos, em conjunto com as dimensões humanas e sociais, as quais são imprescindíveis na área da saúde.

É uma ferramenta, cuja aplicação se dá tanto na discussão e elaboração de políticas, quanto na orientação de instituições que prestam serviços e às pessoas nos cuidados e decisões, sobretudo no campo sanitário. A bioética tem como base a transparência das informações, o reconhecimento dos interesses diversos, o respeito às divergências, a mediação de conflitos, a formulação e reformulação de acordos, considerando que muitas verdades são transitórias em função das desigualdades, da diversidade e da complexidade da vida contemporânea.

Na assistência à saúde, há uma variedade de fatores que interferem nos resultados, sendo todos igualmente importantes e que se retroalimentam, como as questões éticas que vão balizar políticas, que por sua vez vão estabelecer direitos na legislação, baseados nos conhecimentos técnico-científicos da área. Assim, ao se avaliar políticas e setores dessa área assistencial, é preciso levar em consideração se há uma conjugação coerente entre os elementos acima mencionados e se os resultados encontrados também são culturalmente aceitáveis.

No Brasil, a saúde foi considerada, do ponto de vista ético, como um direito fundamental de todo cidadão e que para tanto deveria ser construído um sistema lastreado no princípio ético da equidade, tendo como horizonte a universalidade e a integralidade da atenção, de maneira que todo o arcabouço constitucional fizesse frente às diferentes condições de saúde da população, em decorrência das desiguais condições de vida da sociedade brasileira.

Grande parte dos países no mundo, hoje, adotam a equidade e a solidariedade como princípios norteadores das suas políticas, explicitados na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (30), de 2005.

No Brasil e com as ideias expandidas para a América Latina, Garrafa e colaboradores (47), desde a década dos anos de 1990, vêm apontando a equidade como princípio fundamental nas discussões das políticas sociais e na mediação de conflitos que ocorrem na assistência à saúde. Esse autor preconiza, em decorrência do cenário da globalização, a utilização de uma corrente crítica denominada Bioética de Intervenção (BI) (42), que tem a equidade como eixo central das políticas na redução das desigualdades produzidas pelos sistemas econômicos.

Nesta linha de pensamento, para a BI, os investimentos e as ações do Estado devem priorizar as populações mais necessitadas, dentro de um lógica utilitarista, consequencialista e solidária que, a partir de decisões e ações concretas busquem a obtenção dos melhores resultados possíveis, para o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo e que resultem nas melhores consequências coletivas (110).

Atualmente, a crise econômica dos países mais desenvolvidos, gerada pela globalização do ideário neoliberal, com repercussões nas políticas de bem estar social, sobretudo dos países europeus, tem colocado o princípio da equidade no centro do debate (111), auxiliando na formulação de políticas sustentáveis, que procurem combinar desenvolvimento econômico, social e humano, aliado à preservação das condições de vida no planeta.

O conceito de equidade, no entanto, tem sido aplicado com diferentes entendimentos, pois se trata de um conceito polissêmico, que, conforme ressalta Almeida (112), reflete valores e escolhas, de uma dada sociedade, em um determinado momento histórico.

Estudo realizado por Fortes (113), em 2010, entrevistando estudiosos brasileiros de Bioética, apontou cinco ideias centrais sobre equidade. A mais expressiva constatação do estudo, também defendida pela BI, é desta como tratamento diferenciado diante de condições e necessidades desiguais que se apresentam para as pessoas, com o objetivo de alcançar um horizonte mais igualitário, almejado na saúde.

Muitas e diferentes concepções sobre a equidade, contudo, fazem parte das discussões teóricas da bioética com relação ao acesso à saúde. Como se verifica na pesquisa, por exemplo, naqueles que a entende como tratamento compensatório das desigualdades, de acordo com o entendimento de Rawls (114), ou na orientação utilitarista de Bentham (48) e Mill (49), que defende o “maior bem estar para o maior número possível de pessoas”.

Menor parcela dos entrevistados da pesquisa, aqui debatida, relacionou equidade ao mérito social, de fundamentação aristotélica (115), que preconiza maior benefício mediante maior merecimento, utilizada em alguns países, por

exemplo, na criação de serviços para veteranos de guerra. Nesse estudo, Fortes (116) também conclui que, a par das ideias acima colocadas, alguns entrevistados aliavam a equidade “à linguagem do direito”, relacionando-a ao conceito de justiça e respeito aos direitos iguais das pessoas.

A equidade, portanto, é uma ferramenta recorrente no conceito de justiça distributiva, quando aplicada pelo Estado e pela sociedade organizada em políticas públicas, que promovam desigual distribuição de recursos, favorecendo os mais necessitados, com o objetivo de diminuir iniquidades, conforme proposto, em parte, por Rawls (114) e discutida pela BI (29) e por Fortes (116).

O objetivo desta tese, por outro lado, partiu de ordem inversa, ou seja, analisar se a política que trata da assistência privada de saúde, no país, tem contribuído equitativamente para que o SUS atinja um horizonte mais igualitário, previsto nos preceitos constitucionais do direito à saúde no Brasil. Ribeiro (117) analisa essa questão, em sua obra intitulada “A Ética Na Política”, ao ressaltar a importância de “pensar a ética à luz da política, e não apenas o contrário”.

A tarefa, no entanto, é complexa, mormente na saúde, onde são tantas variáveis e perspectivas de análise, que os mesmos princípios e conceitos éticos são utilizados como alternativas contrapostas (116) ou, quando aplicados, podem favorecer desigualdades em outros segmentos, embora fundamentados em princípios éticos.

No caso da saúde suplementar, por exemplo, poderíamos considerar que do ponto de vista econômico, do financiamento da assistência, seria uma medida de equidade a participação do empresariado brasileiro (uma vez que

mais de 70% dos planos são coletivos empresariais) e determinadas faixas socioeconômicas da população na contribuição de maiores percentuais para assistência à saúde. Nesta linha de reflexão, o setor público, no caso o SUS, poderia aplicar maiores recursos na atenção da população mais necessitada.

Alguns estudiosos, como Carvalho (96), no entanto, refutam esta sugestão ao apontar o benefício da renúncia fiscal permitida pelo Estado brasileiro na assistência privada de saúde (56), que resultaria em um menor pagamento de impostos por parte das pessoas e do empresariado, que utilizam a assistência privada de saúde. O Estado, nesse caso, perceberia um menor recolhimento de impostos, diminuindo o poder de investimentos no setor público, ou seja, para os mais necessitados.

Os estudos da OECD (108), como analisado anteriormente, vêm demonstrando a diminuição do financiamento público na saúde, na maioria dos seus países associados, enquanto o Brasil, segundo as Estatísticas Sanitárias Mundiais da OMS (109), seja por decisão política ou limitação orçamentária, mantém significativa desigualdade no grau do financiamento *per capita* entre o setor público e o privado.

Além do financiamento, fatores como a menor eficiência na gestão dos recursos públicos e o desigual acesso às novas tecnologias concorrem para manutenção e ampliação das iniquidades, como apontam estudos sobre o papel público-privado na assistência e na globalização econômica da saúde (106; 107; 116; 118).

O modelo de atenção na assistência privada também tem sido objeto de debate, pois baseado no consumo de serviços, como fonte de lucro, não favorece a diminuição dos custos e nem sempre está aliado à maior qualidade,

com repercussão nos indicadores de saúde dos indivíduos, como apontou Hernandes (71) no seu estudo comparativo sobre idosos com e sem plano de saúde. Além disso, há que se registrar que no Brasil há compartilhamento e disputa da rede de assistência à saúde entre os setores público e privado.

Assim, a aplicação do conceito de equidade em políticas e programas de saúde exige constante monitoramento, avaliação e discussão dialética dos resultados encontrados, uma vez que sua aplicação se dá em determinados cenários que estão em permanente transformação, que por sua vez sofrerão outras alterações com a implementação das medidas de equidade, podendo resultar em distorções, como o aumento das desigualdades, que deverão ser corrigidas ao longo da trajetória.

O quadro de financiamento das despesas com a saúde, seja nos países mais ricos como nos emergentes, traz dados que merecem reflexão, pois quando o modelo está alavancado no nível de emprego e renda, qualquer dificuldade de manutenção do seu custeio individual, gera impacto imediato nos cuidados de saúde para o Estado.

Assim, países que não contam com estruturas públicas suficientes, que na saúde exigem investimentos de longo prazo, tendem a expor sua população a períodos mais prolongados de sofrimento, até conseguirem adequação da sua rede de atenção.

Os países que tem utilizado a assistência privada como forma de desonerar seus orçamentos públicos e mesmo como medida de equidade, ao fazerem com que as pessoas e as empresas assumam a assistência à saúde, como benefícios trabalhistas, também devem avaliar onde a aplicação, de medidas equitativas, pode trazer maior benefício para o conjunto da população.

Uma dessas questões - da aplicação do princípio da equidade - incide sobre a contribuição tributária, pois além de promover maior justiça fiscal e social na distribuição de recursos, na saúde ela pode permitir, ao Estado, a constituição de patrimônio público na construção da rede de serviços. Possibilidade que não ocorre no financiamento direto, indireto e/ou na compra de serviços privados, além de aumentar a dificuldade do Estado na regulação do mercado, sobretudo quando o ente público não é o maior financiador e nem o maior prestador direto de serviços de saúde.

No Brasil, a assistência suplementar conta com subsídios indiretos, mediante a permissão da renúncia fiscal de parte dos gastos privados com a saúde. Tal medida, embora favoreça os cidadãos e as empresas patrocinadoras e operadoras dos planos de saúde, tende a gerar mais distorções do que os financiamentos diretos, uma vez que o indireto (da renúncia) sequer gera reconhecimento e mecanismos de contratos e controles dos setores beneficiados pela medida fiscal.

Por outro lado, conforme dados apresentados neste estudo, determinadas regras assistenciais, quando compatibilizadas com questões de equilíbrio financeiro e margem de lucro do setor privado, podem gerar desigualdades, conflitos e distinções na atenção à saúde, como na questão do envelhecimento ou na interferência da autonomia do profissional, situações nem sempre compatíveis com os valores éticos e morais da sociedade.

Nessas questões, é fundamental que o MS assuma seu papel regulador, fazendo com que o setor privado suplementar, que ele coordena através da ANS, também concorra para o cumprimento das diretrizes estabelecidas no

SUS, conforme discute a BI (29) ao apontar a necessidade de políticas contundentes e eficazes na proteção dos mais vulneráveis.

Entende, a BI, que essas parcelas mais vulneráveis da coletividade não estão relacionadas somente com as de menor poder aquisitivo, mas também com pessoas expostas a condições de maior fragilidade, como as crianças, as gestantes, os idosos, as pessoas com deficiências, entre outros.

Tais condições, portanto, não podem ser objeto de negociação, em relação a fatores que possam aumentar a condição de fragilidade, pois a saúde definida como um direito do cidadão e dever do Estado tem sua assistência financiada pela população, seja mediante contribuição de impostos ao poder público ou pagamento ao setor privado, tanto para diminuir os riscos de agravos à saúde como para contribuir com a dignidade da vida humana.

Assim, as regras de regulamentação da assistência suplementar, antes de serem aprovadas e publicadas, pela ANS, devem ser submetidas, como norma, à compatibilização com os princípios e diretrizes do SUS, pois o fato de ser privado não confere autonomia em relação aos preceitos constitucionais, aprovados pela população brasileira.

A Bioética, portanto, tem se mostrado uma ferramenta de análise essencial nos debates dos sistemas de saúde, pois ao tratar de questões pontuais tem a capacidade de estender a análise para temas mais gerais, mantendo coerência com princípios éticos e, ao mesmo tempo, permitindo a discussão do contraditório, que, conforme Habermas (43), nada mais é que a outra face da mesma razão.

No caso específico da regulamentação da assistência suplementar é necessário que haja espaço na agenda regulatória de pontos que favoreçam a

discussão dos conflitos e dos aspectos éticos e bioéticos que fazem interface com as questões assistenciais. Pois, como ficou evidenciado nas entrevistas com os membros da CSS, a abordagem pontual e resoluções restritas à esfera técnica e administrativa, não tem concorrido para maior diminuição dos conflitos e maior clareza no aperfeiçoamento da lei.

O mundo como se apresenta, entretanto, com tantas diferenças e desigualdades entre os povos e as pessoas, demanda aplicação de princípios que possibilitem a abrangência dessa diversidade, sendo a equidade um dos poucos que se reveste dessa capacidade. Pois, como tão bem ressalta Ribeiro (117), p. 8:

“Quando definimos se queremos uma sociedade de ampla liberdade individual e de escassa solidariedade, ou uma que tenha muita solidariedade, mas limite a liberdade de empreender, esta é uma grande escolha - uma escolha política. É a escolha, digamos, entre o egoísmo esclarecido e a solidariedade.”

Os debates sobre a universalização do acesso à saúde, não só no Brasil como no mundo, vêm refletindo essa tensão, com o aumento do financiamento privado na saúde, em decorrência da expansão do projeto neoliberal e da globalização econômica, nas décadas anteriores. Assim, organismos multilaterais, como a UNESCO e a OMS, têm se debruçado sobre essa questão, que vem sendo um dos grandes desafios para a humanidade.

A UNESCO (30), como já relatado anteriormente, homologou entre todos seus países membros, inclusive o Brasil, em 2005, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que no seu Artigo 14 trata da Responsabilidade Social e Saúde, onde de maneira expressa aprovou:

- a) “A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos

governos, partilhado por todos os setores da sociedade.

- b) Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar:
- (i) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano;
 - (ii) o acesso a nutrição adequada e água de boa qualidade;
 - (iii) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente;
 - (iv) a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; e
 - (v) a redução da pobreza e do analfabetismo.”

Assim, o Brasil reiterou seu compromisso histórico com a saúde, quanto direito fundamental, a qual deve ser viabilizada mediante políticas públicas que promovam melhores condições de vida e inclusão social. Ao mesmo tempo, reconhecendo que para tal é também necessário o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, especialmente para grupos da população (mulheres e crianças), que traduzem em si a essencialidade da vida.

Esse compromisso, por sua vez, é extensivo a todos os cidadãos brasileiros, sem distinção de qualquer espécie, não cabendo ao Estado, portanto, ser conivente com políticas públicas diferenciadas para o setor privado, que privilegie ou prejudique o acesso à assistência das pessoas, em função de questões econômicas- financeiras relativas a reservas técnicas, margem de lucro, entre outras.

Cabe ao Estado, representado pelo MS, definir e reformular o modelo de atenção à saúde compatível com as necessidades da população, tanto para o setor público quanto privado, diante das suas mudanças demográficas, do quadro de morbi- mortalidade e da incorporação de tecnologias, que apresentem evidencia de benefícios à saúde.

Não sendo aceitável, por outro lado, a ANS aprovar medidas, para regular preço e imprimir estabilidade financeira nas empresas, que, na prática, dificulte a cobertura assistencial, como é a questão das gestantes, dos aposentados, entre outras. Assim como, o Estado permitir o acesso duplicado aos serviços de saúde, público e privado, enquanto outra parcela da população não consegue ter acesso a qualquer tipo de assistência.

A saúde, como compreendida na Declaração da UNESCO, é resultante de todas as condições (e da falta) de qualidade de vida das pessoas, enquanto a assistência aos seus agravos, representada pelos sistemas, programas e serviços de saúde, foram construídos, mesmo por grande parte do setor privado, como gestos de solidariedade da sociedade para reparar ou amenizar a dor, o sofrimento e a vulnerabilidade do ser humano, particularmente para os que se encontram em situações mais desfavoráveis.

Essa regulação da área da saúde, por sua vez, tem sido atribuída ao Estado na maioria das nações, mesmo naquelas que apresentam sistemas fundamentados no mercado da saúde. Assim, cabe ao Estado ter clareza dos interesses, dos conflitos e das medidas equitativas a serem adotadas para diminuir as desigualdades e promover um horizonte mais igualitário na saúde, que no Brasil são direitos constitucionais, dos quais ele é depositário e guardião.

A OMS é outra organização multilateral que há décadas vem alertando seus países membros, quanto à necessidade de regulação, tendo como meta a universalização do acesso à saúde para os povos. Questões que atualmente ganharam maior relevância, diante do aprofundamento das desigualdades produzidas pelo modelo neoliberal e da crise econômica desencadeada nos países mais ricos.

A crise vem expondo populações a múltiplas perdas, provocando desemprego, perda de renda e de moradia, entre outras; mas é na assistência à saúde que ela ganha maior relevo na mídia e na sociedade, pois a assistência representa o último gesto de reparação, ainda que parcial, diante do sofrimento produzido pelo Estado e por parcela da sociedade responsável pela situação provocada.

O financiamento e a cobertura universal da saúde foram os temas prioritários da OMS (119), no ano de 2012, ao analisar que, anualmente, cerca de 150 milhões de pessoas no mundo, dependem do pagamento do próprio bolso, na hora do atendimento, para ter sua assistência garantida. Enquanto, destes, 100 milhões são empurrados para baixo da linha da pobreza, em decorrência de gastos com a assistência à saúde.

Isto vem determinando um grande número de pessoas desassistidas na saúde, quadro agravado diante da crise econômica dos países europeus, que vem estipulando co-pagamentos às pessoas no momento do atendimento, inclusive no setor público, bem como um significativo número de famílias que, como vimos, vão à falência, devido à forma de financiamento da assistência na saúde.

No Brasil, dados apresentados em estudos do IBGE (95), de 2008/ 2009, mostraram que o peso médio dos gastos com saúde nos orçamentos familiares foi de 5,9%, chegando a 7,3% para as famílias de menor renda. O que representa um percentual bastante significativo, sobretudo para as pessoas de baixa renda, que ainda permanecem fora da cobertura de assistência à saúde, pública ou privada.

A OMS, por outro lado, aponta que a forma de pré- pagamento, seja para o setor público mediante tributos ou privado através de mensalidades, ainda é a melhor forma de financiamento da saúde, pois além de permitir maior compatibilização com os orçamentos familiares, evita a submissão das pessoas a sofrimentos adicionais na hora do atendimento.

Os custos da saúde também tem sido pauta dos debates em relação aos orçamentos públicos, pois o desperdício de recursos, que a OMS estima nesse relatório entre 20 a 40% do total empregado, a grande incorporação de tecnologia, o envelhecimento populacional e o modelo de atenção baseado no consumo excessivo de serviços diagnósticos e terapêuticos mais complexos, tem levado a um encarecimento, sem precedentes, da assistência à saúde.

Tais questões têm estimulado a Organização Mundial (119) discutir modelos de atenção e recomendar programas menos onerosos e mais eficientes nos resultados das condições de saúde, inclusive exemplificando o Brasil, como um dos países que vem adotando, no setor público, programas de menor custo e de alto impacto nos indicadores de saúde.

A pergunta que naturalmente se coloca é de qual é a proposta e como fazer esse debate em relação à assistência suplementar. Questão que pode transformar- se em armadilha, se não conduzida adequadamente, pois como

vimos anteriormente tanto as discussões que se deram na aprovação da Lei nº 9656/1998 (1), quanto as do PL nº 7419/2006 (103), que tramita na Câmara dos Deputados Federais, são recortadas e pontuais, pois grande parte reflete pontos de vistas setoriais e/ou interesses do complexo industrial da saúde e de parcela da sociedade.

Assim, cabe ao SUS, pois é um dever de Estado, representado por suas instancias deliberativa e executiva, no caso o CNS, o MS, a ANS e a ANVISA coordenarem, apresentando estudos para esse debate. Promovendo o aprofundamento do nível de informação e avaliação sobre a participação pública- privada na assistência, explicitando os interesses e conflitos contidos nessa pauta e, conseqüentemente, aumentando o grau de segurança da sociedade, inclusive dos parlamentares, dos possíveis caminhos no cenário atual, para que a assistência à saúde seja efetivada como um direito de todos.

O Brasil pode e deve aprofundar os debates em relação ao modelo de atenção, da melhor regulação pública- privada entre o SUS e o setor da assistência suplementar, como da prestação direta dos serviços privados, não se limitando às intervenções pontuais e fragmentadas, diante do agravamento dos problemas. Uma melhor governança desses setores, no entanto, exige diretriz e metas, que no Brasil devem concorrer para o acesso universal, da população, à saúde.

A universalização do acesso à saúde, na perspectiva bioética, é um princípio inegociável, uma vez que é essencial à vida. Portanto, interesses, conflitos e divergências devem ser expostos e debatidos, bem como proposições, repactuações e acordos serem realizados, pois são inerentes à vida humana, que, por sua vez, depende das condições de saúde.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O marco regulatório que efetivou a aprovação da Lei nº 9656/1998 (1), criando a saúde suplementar no país, refletiu parte das demandas de setores da sociedade que mais se mobilizaram na regulamentação. Contudo, mesmo o Estado assumindo o controle das políticas e fiscalização dos planos e seguros privados, não houve aprofundamento na época se o melhor modelo de participação do setor deveria se dar de maneira complementar, suplementar ou duplicativo em relação à assistência prestada pelo SUS.

A regulamentação, no período de 2000 a 2010, apresentou avanços em relação às regras de registro, atuação e fiscalização das operadoras no mercado, bem como no estabelecimento de garantias contratuais, financeiras e de coberturas assistenciais aos beneficiários. O mesmo aconteceu com o fluxo de dados dos beneficiários e as questões financeiras e assistenciais entre operadoras e órgão regulador, melhorando o nível de informação, quantitativa e qualitativa, com a rede prestadora de serviços e com a sociedade.

O setor, no entanto, pouco avançou do modelo assistencial referenciado na lista de doenças e procedimentos, bem como na qualidade da assistência, que não tenha sido demanda da própria sociedade. A ANS instituiu a partir de 2006 programas de qualificação da saúde suplementar, iniciando a introdução de novos cuidados com o objetivo de aumentar a qualidade do atendimento e implementar medidas de gestão da saúde dos beneficiários, cujos resultados estão em processo inicial.

Na questão do modelo assistencial também não se verificou iniciativas da ANS na articulação de programas com outras políticas públicas. Tal medida

seria aconselhável, por exemplo, na área da saúde ocupacional, uma vez que mais de 70% dos planos e seguros é do tipo coletivo empresarial, o que beneficiaria milhões de trabalhadores brasileiros, além de maximizar recursos, com programas mais integralizados nessas áreas.

A falta de articulação do setor, no entanto, não se restringe a programas, como o citado acima, mas diz respeito também às questões que são do próprio interesse do setor, como a constituição de fundos financeiros em parcerias com o SUS, para avaliação das novas biotecnologias incorporadas na assistência à saúde, ou mesmo, na produção de conhecimentos na área de gestão, seja operacional ou de cuidados à saúde.

A assistência dos planos e seguros privados, durante esse período da regulamentação, não favoreceu uma melhor distribuição da rede de serviços e de profissionais no país, uma vez que a maioria das operadoras está concentrada nas regiões mais industrializadas e desenvolvidas do país. Como, também, não vem auxiliando na diminuição dos custos da assistência à saúde, diante dos reajustes das mensalidades acima dos índices inflacionários.

Nos mais de dez anos da lei, portanto, a saúde suplementar merece ser reanalisada quanto à lógica de participação no sistema de saúde, pois a forma duplicativa, como tem ocorrido para parcela da população, tem levado a uma relação concorrencial com o setor público, disputando rede de serviços, elevando preços e dificultando a contratação de recursos humanos no SUS, fato que contribui para o aumento das iniquidades na área da atenção pública.

Vale reiterar que parte das dificuldades do SUS tem origem no fato de que o Estado hoje não é o maior financiador, nem o maior prestador direto de

serviços de saúde no país, o que impõe desafios, inclusive, na regulação do setor suplementar.

Essas dificuldades na área pública vêm concorrendo para o aumento da adesão da população brasileira aos planos e seguros privados de assistência à saúde, o que tem levado a dificuldades de assistência também na rede de serviços privados, sobretudo do setor hospitalar, exigindo da agência reguladora, das operadoras de planos e dos prestadores de serviços a adoção de novas medidas gerenciais e operacionais, para aumentar a eficiência e eficácia do setor.

Todas estas medidas são necessárias, mas não suficientes, ao se analisar o quadro internacional, bem como o da população brasileira, que vem aumentando seu poder de consumo e de necessidades na área bem estar social em diferentes regiões geográficas do país, assim como envelhecendo e aumentando gradativamente a demanda por serviços de saúde.

É certo, no entanto, que essa transferência de parcela da população, para a assistência privada de saúde, vem desonerando o Estado de parte das despesas com a saúde, em que pese a falta de dados e estudos sobre a renúncia fiscal nessa área. Neste sentido, deveria também ser contabilizado, além dos gastos, o que o setor público deixou de arrecadar, para melhor avaliação da eficiência da medida.

Estudo (107), apresentado nesta pesquisa, por outro lado, relata experiências exitosas de participação dos planos e seguros privados na assistência à saúde, mesmo em países pobres ou em desenvolvimento. Essas, no entanto, mostravam uma maior articulação com o sistema de saúde local, contribuindo no compartilhamento e/ou na complementação das necessidades

de assistência, tendo como diretriz a ampliação do acesso à atenção à saúde da população.

Verifica-se, nesses debates, que a equidade também tem sido o princípio norteador dessas políticas de regulação da participação do setor privado, onde se tem como horizonte a universalização da atenção à saúde.

Os dados analisados nesta tese, portanto, apontam para a necessidade de avaliação e reformulação do modelo de atenção e da lei do setor suplementar à luz dos princípios do SUS, diante, inclusive, da intrínseca relação e interdependência que ocorre no compartilhamento da rede de serviços e dos profissionais que atuam na saúde, em que pese o falso divórcio que ocorre na operacionalização da assistência.

Nesse sentido é indispensável que seja revisto o marco regulatório da assistência suplementar no Brasil, tendo como diretriz avaliar se a participação desse segmento na assistência à saúde em relação ao SUS deve se dar de maneira complementar, suplementar ou duplicativa de forma a ampliar o acesso e a qualidade da atenção à saúde da população.

Todas estas ações, contudo, devem ser promovidas em conjunto com a revisão das políticas fiscais no setor, que concorram para a diminuição das iniquidades, assistenciais e de proteção financeira, hoje existente na área da saúde no Brasil.

Por fim, a análise dos conflitos e desafios da assistência suplementar no Brasil, sob a perspectiva bioética, particularmente da Bioética de Intervenção, estão vinculados ao compromisso ético e constitucional da saúde como direito fundamental do cidadão, que deve ser efetivado pelo conjunto da sociedade brasileira, devendo, para tanto, promover mudanças na regulação pública-

privada, tendo como meta a cobertura universal da assistência à saúde no país.

9. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Senado; 1998.
2. Brasil. Constituição Federal (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
3. 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. [lei na internet]. [acesso em 25 fev. 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm
4. Brasil. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. [acesso em 25 fev. 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm
5. Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*; 16 (supl.1), 2011.
6. Cardoso FH. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. [acesso na internet]. Brasília, DF; 1994. [acesso em 16 fev. 2012]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/publi04/COLECAO/PLANDI1.HTM>
7. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD; 2008. [Relatório na Internet]. Brasília, DF; 2009 [acesso em 19 fev. 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1455&id_pagina=1.
8. 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: Senado; 2000.

9. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. [atualizada em jun. 2012; acesso em 15 ago. 2012]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>
10. Albuquerque C, Piovesan MF, Santos IS, Martins ACM, Fonseca AL, Sasson D e Simões KA. A situação atual do mercado da Saúde Suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciênc. saúde coletiva*. Set./Oct. 2008; 13(5): 1421-30.
11. Almeida C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências de assistência médica suplementar. Brasília: IPEA; 1998. (Texto para discussão, 598).
12. Bahia L. A Démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal; 1988-2008. In: Matta GC, Lima JC (orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 123-85.
13. Rosen G. *Da polícia médica a medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
14. Scheffer M, Bahia L. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: lacunas e perspectivas da regulamentação. In: Heimann LS, Ibanhes LC, Barboza R. (Orgs.). *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p.127-68.
15. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.401, de 11 de novembro de 1993. As empresas de Seguro-Saúde; Empresas de Medicina de Grupo; Cooperativas de Trabalho Médico, ou outras que atuem sob forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares, estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 24 nov. 1993. Seção 1, p. 17802. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s>
16. Menicucci TMG. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.

17. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada. RN 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. [lei na internet]. [acesso em 20 maio 2011]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>

18. Brasil. Lei nº 10.741, de 10 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [lei na Internet]. [acesso em 15 ago. 2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm

19. OECD. Organisation for Economic Co-Operation Development. OECD Health Project: Private Health Insures in OECD Country. 2004. OECD Published.

20. Berlinguer G. Questões de vida: ética, ciência, saúde. Salvador: Hucitec/APCE/Cebes; 1993.

21. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1971.

22. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 1st ed. New York: Oxford University Press; 1979.

23. ONU - Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos do Homem. Manhattan: ONU; 1948.

24. The Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research 1979. In: Reich WT, (Ed). Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. New York: Macmillan; c1995. p. 2767-73.

25. UNESCO. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos. Brasília: IBICT/UNESCO; 1997.

26. 4º Congresso Mundial de Bioética; 1998 nov. 4-7; Tóquio, Japão. São Paulo.
27. Potter VR. Palestra apresentada em vídeo. Bioética Global. In: Anais do 4º Congresso Mundial de Bioética; 1998 nov. 4-7; Tóquio, Japão. São Paulo: O Mundo da Saúde. 1998; 22(6): 370-374.
28. 6º Congresso Mundial de Bioética; 2002 30 out. – 11 nov; Brasília, Brasil.
29. Garrafa V, Porto D. Intervention Bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics* 2003; 17 (5-6): 399-416.
30. UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris: UNESCO; 2005. Disponível em: <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br>
31. Kottow M. Bioética prescritiva. A falácia naturalista. O conceito de princípios na Bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A. (Orgs.) Bases conceituais da Bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia; 2006.
32. Berlinguer G. Apresentação. In: Garrafa V. Dimensão da ética em Saúde Pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP/Kellogg Foundation; 1995. p.i-iii
33. Schramm FR. Bioética: a terceira margem da saúde. Brasília: Editora UnB; 1996
34. Fortes PAC. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomadas de decisões, autonomia e direitos do paciente: estudo de casos. São Paulo: EPU; 1998

35. Garrafa V. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. *Revista Bioética*, Brasília, v.20, n.1, mai. 2012. [acesso em 13 dez 2012] Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/711/731.
36. Lehoux P. Une analyse critique de La valeur des technologies et des processus innovants: peut-elle nous amener à concevoir de nouveaux instruments de régulation? Montréal: Université de Montréal; 2002.
37. Mascarenhas NP. Análise de um processo em construção: a regulação da saúde suplementar no Brasil. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2007.
38. Oliveira JAD. Demandas jurídicas por coberturas assistenciais: estudo de caso: CASSI. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2010. 72 p.
39. Scheffer M. Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2006.
40. Kanamura AH. Gastos elevados na assistência médico-hospitalar de um plano de saúde. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2005.
41. Brasil. Medida Provisória (MP), nº 2177-44, de 24 de agosto de 2001. Altera a Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. [acesso em 02 mai. 2011]. Disponível http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2177-44.htm
42. Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. In: Tealdi JC (Ed.). *Diccionario latino americano de bioética*. Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia; 2008. p.161.

43. Habermas J. Dialética e hermenêutica. Porto Alegre: LPM, 1987 a.
44. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [atualizada em 8 jun. 2008; acesso em 13 mar. 2010] Disponível em: <http://www.ans.gov.br>
45. Câmara dos Deputados (Brasil). Notas taquigráficas relativas às Audiências Públicas na Comissão Especial de Planos de Saúde. Departamento de Taquigrafia, Revisão e Redação. Datas das audiências: 09/10/1996; 15/10/1996; 22/10/1996; 29/10/1996; 19/11/1996; 25/02/1997; 12/03/1997; 18/03/1997.
46. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [online]. [acesso em 02 mar. 2011]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>
47. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. Bioética 1997; 5(1): 27-33.
48. Bentham J, Mill JS. Uma introdução aos princípios da moral e da legislação: sistema de lógica dedutiva e indutiva e outros textos. São Paulo: Editora Abril; 1974. (Coleção Os Pensadores).
49. Mill JS. Utilitarianism. Toronto: University of Toronto Press; 1969. Chapter 5. On the Connection between Justice and Utility.
50. Fortes PAC, Zoboli ELCP (orgs.). Bioética e saúde pública. São Paulo: Edições Loyola, 2003. 167 p.
51. Hegel GHF. A fenomenologia do espírito. Hegel. Os Pensadores. São Paulo: Abril, pp. 3-71, 1980.

52. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Maria Cecília de Souza Minayo- 12.ed.- São Paulo: Hucitec. 2010. 407p.; (Saúde em Debate; 46).
53. Habermas J. Técnica e Ciência como “Ideologia”. Lisboa: Biblioteca de Filosofia Contemporânea, 2009. 143 p.
54. Habermas J. Op. cit. p. 145.
55. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. [lei na internet]. [acesso em 12 abr. 2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10406.htm
56. Brasil. Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988. Altera a legislação do Imposto de Renda e dá outras providencias. [lei na Internet]. [acesso em 12 abr. 2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7713.htm
57. Carvalho EB, Cecílio LCO. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. *Cad. Saúde Pública*, Set 2007, vol.23, no.9, p.2167-2177. ISSN 0102-311X
58. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica [on-line]. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 1988; Seção 1:1574-7. [acesso em: 27 jun. 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2940
59. Scheffer M, Bahia L. Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: Editora UNESP, 2010. 156p.-(Saúde e cidadania).
60. Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde, 2012. Conselho Nacional de Saúde – CNS. Ministério da Saúde – MS. Brasília, DF; [acesso em: 27 jun. 2012]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf

61. OMS. Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde- CID; 2011. [acesso em 4 mai. 2011]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/cbcd/>

62. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [atualizada em 8 jun. 2008; acesso em 18 jun. 2011] Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>

63. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada. RN nº 226, de 05 de agosto de 2010. Institui o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar - NIP e altera a redação do art. 11 da Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003. [acesso em 20 mai. 2011]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>

64. CFM. Conselho Federal de Medicina (Brasil); 2011. Brasília, DF; 2011. [acesso em 15 jun. 2011]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_resolucoes&Itemid=36

65. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Dispõe sobre o Código de Ética Médica [on-line]. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF; Publicada no Diário Oficial da União de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90 com retificação publicada no Diário Oficial da União de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173 [acesso em: 27 jun. 2011]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20670:resolucao-cfm-no-19312009-&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122

66. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada. RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências. [acesso em 20 jun. 2011]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>

67. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada. RN nº 139, de 24 de novembro de 2006. Institui o

- programa de qualificação da saúde suplementar. [lei na internet]. [acesso em 20 mai. 2011]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>
68. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); 2011. [acesso em: 29 jun. 2011]. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes.html>
69. Sfez L. La santé parfaite. Paris: Seuil, 1997.
70. Sloterdijk P. Regras para o parque humano: uma resposta à carta de Heidegger sobre o humanismo (tradução de José Oscar de Almeida), São Paulo: Ed. Estação Liberdade, 2000.
71. Hernandez, ESC. Idosos com e sem plano de saúde no município de São Paulo: estudo longitudinal, 2000-2006. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2011.
72. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada. RN nº 264, de 19 de agosto de 2011. Dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar. [lei na Internet]. [acesso em]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>.
73. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada. RN nº 265, de 19 de agosto de 2011. Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos. [lei na Internet]. [acesso em]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>.
74. CNES. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Datasus; 2012. [relatório na Internet]. Brasília, DF; 2012. [acesso em 27 mar. 2012]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Natureza.asp?VEstado=00.

75. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária – 1999. [acesso em 06 mai. 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/ams99.shtm>.
76. IBGE. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária - 2002. [acesso em: 06 mai. 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2002/default.shtm>.
77. IBGE. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária – 2009. [acesso em 06 mai. 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br./home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/default.shtm>.
78. Assembleia Legislativa (São Paulo) Lei Complementar Estadual Paulista nº 1.131/2010, de 27 de dezembro de 2010. Permite a destinação de até 25% da capacidade de hospitais públicos para o atendimento de pacientes particulares ou conveniados a planos de saúde. [lei da Internet]. [acesso em 31 ago 2012]. Disponível em: <http://www.legislacao.sp.gov.br/legislacao/dg280202.nsf/589653da06ad8e0a83256cfb0050146b/596f38a452c90ebc832578080046fcb8?OpenDocument>
79. Conselho Nacional de Saúde – CNS. Ministério da Saúde – MS. ‘CNS manifesta-se contra lei de dupla porta em SP’, em 09 de maio de 2012. Brasília, DF; [acesso em: 20 mai. 2012]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/09_mai_contra_lei.html
80. PROCON. Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor – Ranking de Reclamações 2010. [acesso em 8 out 2012]. Disponível em: http://www.procon.sp.gov.br/pdf/acs_ranking_2010.pdf
81. Secretaria de Estudos Estratégicos – SAE. Origens e Desafios da Nova Classe Média Brasileira. [acesso em 8 out 2012]. Disponível em: http://www.sae.gov.br/novaclassemedia/?page_id=58
82. IPEA. Instituto Econômico de Pesquisa Aplicada. Sistema de Indicadores de Percepção Social- SIPS 1ª Edição (2010/2011) - Saúde. [relatório na

- Internet]. Brasília, DF; 2011. [acesso em 16 fev 2012]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=6186&Itemid=33
83. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Mensal de Emprego e Renda. [relatório na Internet]. Brasília, DF; 2012 acesso em February 19, 2012, Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/default.shtm
84. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2012. [relatório na Internet]. Brasília, DF; 2012. [acesso em 27 mar. 2012]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_03A.DEF
85. Associação Paulista de Medicina (APM). [acesso em 28 jun. 2011]. Disponível em: http://www.apmcorp.org.br/pdf/Apresentacao%20Brasil_imprensa_30_11.pdf
86. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada. RN nº 259, de 20 de junho de 2011. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO. [lei na internet]. [acesso em 8 out. 2012]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1758
87. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada. RN nº 186, de 15 de janeiro de 2009. Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária. [lei na Internet]. [acesso em 5 mai. 2012]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1389
88. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada. RN nº 223, de 29 de julho de 2010. Dispõe sobre o programa de fiscalização pró-ativa e altera o regimento interno da ANS instituído pela Resolução Normativa- RN nº 197, de 16 de julho de 2009.

[lei na Internet]. [acesso em 6 mai. 2012]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>

89. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada. RN nº 171, de 30 de abril de 2008. Dispõe sobre os critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas. [lei na Internet]. [acesso em 6 mai. 2012]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>
90. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada. RN nº 63, de 23 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. [lei na Internet]. [acesso em 6 mai. 2012]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>
91. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada. RN nº 137, de 20 de novembro de 2006. Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. [lei na Internet]. [acesso em 6 mai. 2012]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>
92. UNIDAS. União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Pesquisa Nacional UNIDAS 2010; 2011. [publicação online]. [acesso em 6 mai. 2012]. Disponível em: http://www.unidas.org.br/periodicos/arq_periodicos/pequisa2010.pdf
93. CFM. Conselho Federal de Medicina (Brasil); 2003. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.673/03. Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - 5ª edição [publicação online]. Brasília, DF; 2003. [acesso em 15 fev. 2012]. Disponível em: http://sbhci.org.br/wp-content/uploads/2003/09/cbhpm_5a_ed_04.20101.pdf
94. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA. Estudo de 2000 a 2011. [relatório da internet]. Brasília, DF; 2010 [acesso em 8 de outubro de 2012] Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/ipcae/default.shtm>

95. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares- POF; 2008/2009. [relatório na Internet]. Brasília, DF; 2010. Acesso em February 16, 2012, http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/.../noticia_visualiza.php?id...
96. Carvalho GO. Financiamento da Saúde no Brasil: um debate sobre a vinculação constitucional de recursos para a saúde, dívida pública e projeto de reforma tributária. Organização: Eurípedes Balsanufó Carvalho. Editor: Luiz Carlos Aiex Alves. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Câmara de Políticas da Saúde, 2010. p. 95-104.
97. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2011. Índice de Reclamações [relatório na Internet]. Brasília, DF; 2011. [acesso em 8 out. 2012]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes>
98. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada. RN nº 71, de 18 de março de 2004. Estabelece os requisitos dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde ou seguradoras especializadas em saúde e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios. [lei na Internet]. [acesso em 6 mai. 2012]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=766
99. IPEA. Instituto Econômico de Pesquisa Aplicada. Sistema de Indicadores de Percepção Social- SIPS 1ª Edição (2010/2011) - Saúde. [relatório na Internet]. Brasília, DF; 2011. [acesso em 16 fev 2012] Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssau de.pdf
100. IPEA. Instituto Econômico de Pesquisa Aplicada. Sistema de Indicadores de Percepção Social- SIPS 2ª Edição (2011/2012). Assistência Social. Percepção sobre pobreza: causas e soluções. [relatório na Internet]. Brasília, DF; 2011 [acesso em 16 fev 2012] Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/111221_sips_as_sistenciasocial.pdf

101. Nobre MAB; Silva RAD (Coord.). O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde. Belo Horizonte: Fórum, 2011. 452 p.
102. Câmara dos Deputados (Brasil) Projeto de Lei – PL 4076/2001, de 8 de fevereiro de 2001. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde". [projeto de lei na Internet]. [acesso em 02 jul. 2012]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=26160>
103. Câmara dos Deputados (Brasil) Projeto de Lei – PL 7419/2006, de 9 de agosto de 2009. Dispõe a cobertura de despesas de acompanhante de menor de dezoito anos, inclusive quando se tratar de internação em unidade de terapia intensiva ou similar. [projeto de lei na Internet]. [acesso em 02 jul. 2012]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=332450&ord=1>
104. USA. Public Law 111.148 Mar.23, 2010. PPACA- Patient Protection and Affordable Care Act. Washington, DC: Senate; 2010. [access Oct. 8, 2012] Available in: http://burgess.house.gov/uploadedfiles/hr3590_health_care_law_2010.pdf
105. Maarse JA, M Hans, ed. 2004b. The Privatisation of European Health Care: A Comparative Analysis in Eight Countries. Maarssen, Netherlands: Elsevier Gezondheidszorg.
106. Poullier JP. 2004. Privatisation in Health Care Financing in Forty European Political Entities. In Maarse 2004b: 199-226.

107. Drechsler D, Jütting J. Different countries, different needs: the role of private health insurance in developing countries. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2007; 32:497-534.
108. OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD (2012), *OECD Yearbook 2012: Better Policies for Better Lives*, OECD Publishing.
109. OMS. Organização Mundial de Saúde. *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012*; 2012. [acesso em 8 out. 2012]. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf
110. Garrafa V, Nascimento WF. Por uma vida não colonizada: diálogo entre Bioética e Intervenção e Colonialidade. *Saúde Soc. São Paulo* 2011; 20 (2): 287-299.
111. WHO. World Health Organization. *Social determinants approaches to public health: from concept to practice*; 2011 accessed March 20, 2012, http://whqlibdoc.who.int/publication/2011/9789241564137_eng.pdf
112. Almeida C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(Supl.): 23- 36.
113. Fortes PAC. A equidade no sistema de saúde na visão de bioeticistas brasileiros. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2010; 56(1): 47- 50.
114. Rawls J. *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
115. Pegoraro O. *Ética e justiça*. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000.

116. Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. Cad. Saúde Pública, 2008; 24(3): 696- 701.

117. Ribeiro RJ. A ética na política. São Paulo: Lazuli editora; 2006- (Coleção ideias à mão).

118. Maarse JA. M. Hans. 2006. The Privatization of Health Care in Europe: An Eight- Country Analysis. Journal of Health Politics, Policy and Law 31: 981- 1014.

119. OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial da Saúde – Financiamento dos Sistemas de Saúde, o caminho para a cobertura universal; 2012. [acesso em 4 mai. 2011]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf

10. ANEXO I

Roteiro de Entrevista

A. Identificação do Entrevistado

1. Nome:
2. Profissão:
3. Endereço:
4. Tel.:
5. E. mail:

B. Participação do Entrevistado no segmento da Saúde Suplementar.

<input type="checkbox"/>	Agência Nacional de Saúde Suplementar	<input type="checkbox"/>	Entidade Médica
<input type="checkbox"/>	Ministério da Saúde	<input type="checkbox"/>	Entidade Hospitalar
<input type="checkbox"/>	Defesa do Consumidor	<input type="checkbox"/>	Entidade Serviços Diagnósticos
<input type="checkbox"/>	Centrais Sindicais	<input type="checkbox"/>	Entidade Fornecedores de Insumos
<input type="checkbox"/>	Entidades de Gestores do SUS	<input type="checkbox"/>	Medicina de Grupo
<input type="checkbox"/>	Seguros Saúde	<input type="checkbox"/>	Autogestão
<input type="checkbox"/>	Cooperativas Médicas	<input type="checkbox"/>	Filantrópicas
<input type="checkbox"/>	Administradoras	<input type="checkbox"/>	Outros:.....

C. Questões relativas à Saúde Suplementar.

- 1- Direito à saúde no Brasil:
 - 1.1- Questões éticas, sociais e legais;
 - 1.2- Relação público-privada na assistência.

2- Avaliação da regulamentação da saúde suplementar:

2.1- Modelo administrativo-operacional;

2.2- Modelo econômico-financeiro;

2.3- Modelo assistencial;

2.4- Questões éticas, políticas, legais e de mercado.

3- Perspectivas:

3.1- Do mercado;

3.2- Solução dos conflitos.

D. Entrevistador

1. Nome:

2. Tel.

3. E.mail.

Assinatura do

entrevistador

11. ANEXO II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. **Pesquisador/Entrevistador:**
2. **Título da pesquisa:** Desafios da Saúde Suplementar no Brasil
3. **Programa:** Doutorado da Cátedra de Bioética UNESCO da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília- UnB.
4. **Comitê de Ética – CEP/FS-UNB.** T: (61) 3107-1947.
5. **Pesquisador/Doutorando:** Regina Ribeiro Parizi Carvalho
Cel. (11) 998.148.108 – T: (11)5571-3801
6. **Orientador:** Prof. Volnei Garrafa
7. **Nome do entrevistado:** _____

Prezado Sr. (a)

Venho por meio deste convidá-lo (a) para participar da pesquisa, acima mencionada, do meu programa de doutorado, com o objetivo de contribuir na avaliação dos conflitos técnicos e éticos que emergem no processo de regulamentação dos planos privados de assistência, na Saúde Suplementar, bem como emitir opinião ou não, sobre a importância e eventual forma de resolver tais conflitos.

A participação se dará mediante respostas a um roteiro de entrevista, com questões abertas, de duração de aproximadamente 60 minutos e que a mesma será gravada. Sendo a participação inteiramente voluntária e não havendo qualquer ônus financeiro da parte do entrevistado e/ou do entrevistador, bem como qualquer tipo de remuneração para conceder a entrevista.

Está assegurada a confidencialidade da pesquisa e a identidade será mantida em sigilo, sendo que as informações e opiniões emitidas na entrevista serão utilizadas somente para os fins do estudo acima mencionado.

A qualquer momento a pessoa entrevistada poderá pedir mais informações e esclarecimentos ao autor a respeito do estudo. Também pode recusar

participação, retirar o consentimento ou descontinuar a participação a qualquer momento, sem que o prejudique.

Declaro que apresentei para _____
(nome do entrevistado) o objetivo deste trabalho e os questionários a serem respondidos nesta pesquisa da melhor maneira que pude.

__ / __ / 2011

Pesquisador/Entrevistador

Telefone:

E.mail.

Confirmo que o Sr. _____
(nome do entrevistador) me explicou o motivo desta pesquisa, as questões que terei que responder, a dinâmica da entrevista e a confidencialidade assegurada. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este formulário de consentimento. Portanto concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

__ / __ / 2011

Entrevistado

Telefone:

E.mail.

12. ANEXO III



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **041/11**

Título do Projeto: “Desafio Bioético da Saúde Suplementar”.


Pesquisadora Responsável: Regina Ribeiro Parizi Carvalho

Data de Entrada: 27/04/11

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR AD REFERENDUM** o projeto **041/11** com o título: “Desafio Bioético da Saúde Suplementar”, analisado na 4ª Reunião Ordinária, realizada no dia 10 de maio de 2011.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 17 de maio de 2011.


Prof. Nelson Monsore
Coordenador do CEP-FS/UnB

13. ANEXO IV

Carta ao Sujeito de Pesquisa

São Paulo, de de

Prezado Sr (a),

Eu, Regina Ribeiro Parizi Carvalho, doutoranda da Cátedra de Bioética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília- UnB, estou desenvolvendo como projeto de pesquisa um estudo intitulado “Desafios da Saúde Suplementar no Brasil”.

Partindo de uma experiência na área de gestão da saúde suplementar e tendo vivenciado conflitos na operacionalização da assistência, aceitei o desafio de aprofundar a observação e a análise das questões que considere mais relevantes e frequentes, para cada segmento, enfrentadas pelo conjunto daqueles que participam da regulamentação da saúde suplementar.

Entre outros dados, a coleta da opinião dos diferentes segmentos é imprescindível, para que o estudo tenha a representatividade necessária, daqueles que compõem essa complexa relação na saúde suplementar.

Dessa forma, solicito sua contribuição agendando uma entrevista, aonde será apresentado um roteiro com questões relativas à assistência suplementar, cujas respostas serão tratadas observando, rigorosamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, conforme a Resolução CNS 196/96.

Certa da sua colaboração e apoio, aguardo retorno, agradecendo antecipadamente.

Atenciosamente,

Regina Ribeiro Parizi Carvalho

pariziregina@gmail.com

celular (11) 99814-3011