

SAÚDE SUPLEMENTAR: RELAÇÃO ENTRE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E PRESTADORES DE SERVIÇO.

SUPPLEMENTAL HEALTH: RELATIONSHIP BETWEEN OPERATORS OF PLANS OF HEALTH AND SERVICE.

Resumo

Tatiana Vasques Camelo,
Fátima Teresinha Scarparo Cunha,
Osnir Claudiano da Silva Junior.

Universidade Federal do Estado do
Rio de Janeiro, CCBS/Escola de
Enfermagem Alfredo Pinto

E-mail: osnir@centroin.com.br

O presente estudo surgiu a partir das disciplinas Enfermagem e a Política de Saúde e Enfermagem e o Processo Saúde-Doença, oferecidas no curso de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), sendo apresentado como requisito parcial para aprovação nestas disciplinas. Originou-se a partir da percepção das mudanças comportamentais do Enfermeiro nas instituições particulares de saúde e da preocupação com a autonomia deste profissional nestas instituições por conta das pressões exercidas pelas auditorias das operadoras de planos de saúde. Delimitou a concepção de saúde e doença utilizada pelas operadoras e contextualizou, historicamente, as políticas de saúde que contribuíram para o crescimento da atuação das empresas de planos e seguros de saúde no Brasil. A metodologia utilizada foi do tipo teórico-bibliográfica, configurando um estudo descritivo.

Palavras-chave: Políticas de Saúde, Saúde Suplementar, Auditoria em Saúde

Abstract

The present study started during the courses Nursing and the Politics of Health and Nursing, offered by the Nursing Master of Science Program at Federal University of the State of Rio de Janeiro (UNIRIO), presented as a partial requirement for approval in these disciplines. It arose from the perception about behavioral changes of the Nurses in private health care institutions and from the concern about this professional's autonomy in these institutions, considering the pressures exercised by the operators of health insurance plans. We delimited the conception of health and disease used by the operators and also delimited the politics of health that contributed to the growth of the performance of health insurance companies in Brazil, with a historical approach. The methodology used was the theoretical-bibliographical type, configuring a descriptive study.

Keywords: Health Politics, Supplemental Health, Auditory Health.

Considerações Iniciais

Este estudo visa discutir a trajetória do crescimento da atuação das empresas operadoras de planos de saúde no Brasil, que atendem, hoje, aproximadamente 45 milhões de pessoas e a relação das operadoras com os prestadores de serviço, entendidos aqui como os hospitais e os profissionais de saúde que se encontram incluídos neste contexto.

Preliminarmente, há que se clarear e entender a concepção de saúde-doença utilizada na perspectiva dos planos de saúde, vinculando-se às formas de agir e pensar do profissional de Enfermagem que atuam nos hospitais particulares.

Nos hospitais particulares, vive-se uma realidade de conflitos, entre as operadoras de planos de saúde X prestadores de serviços e profissionais envolvidos. De um lado, têm-se as operadoras dos planos, enxugando cada vez mais o seu *hall* de procedimentos e delimitando, cada vez mais, a assistência prestada ao cliente, sob a alegação de que, após a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 1998, tiveram que ampliar suas coberturas, para se adequarem às normas de contribuição de encargos tributários, passaram a ter controle sobre o reajuste das mensalidades e, por estes motivos, criaram os serviços de auditoria.

A auditoria feita pelos planos de saúde desenvolveu um sistema sólido e com critérios questionáveis. São os auditores que questionam e, por vezes, até determinam os procedimentos que podem ou não ser realizados no cliente de acordo com a doença apresentada. Para alguns procedimentos, é necessário que se solicite autorização sendo realizados, somente, se houver a liberação por parte do convênio.

Os hospitais e seus profissionais vivem uma relação desarmônica com as operadoras, de forma que, por vezes, é necessário um embate entre eles para se decidir a respeito da assistência que será dada ao cliente e, este último, por sua vez, desconhece que, eventualmente, poderá ser discriminado em seus cuidados por conta do plano de saúde que possui.

Este fato fere tanto a lei do exercício profissional quanto os próprios princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, passando valer somente a lógica do mercado.

Nos serviços de Enfermagem, especificamente, houve uma mudança comportamental importante. Os Enfermeiros, para assistirem o cliente, têm que estar com o raciocínio voltado para a racionalização dos gastos, o que se chama de “quantificação do cuidado”, e também preocupados em respaldar-se das glosas. Não há mais a liberdade em relação ao cuidado, podendo ser feitos somente aqueles liberados anteriormente pelas operadoras.

Pelo enfoque das instituições privadas, pode-se conceituar saúde como ausência de doenças, já que no âmbito da assistência suplementar, a avaliação da saúde de um ser humano pode ser medida ou calculada mediante um rol de procedimentos médico-hospitalares, afirmando a idéia positivista, em que a prática médica é percebida e orientada para o controle de desvios individuais¹.

Este conceito não considera os determinantes sociais, muito menos, o ser humano, priorizando somente o indivíduo. É nesta concepção que se dá a assistência hospitalar aos usuários de planos de saúde.

A auditoria, realizada pelos planos, entende e compara o cliente a uma máquina, dividindo-o em peças, não levando em consideração outros enfoques importantes para a saúde deste indivíduo como: bem-estar, qualidade de vida, estrutura familiar.

Capra² descreve com perfeição a idéia da concepção de saúde e doença utilizada pelos planos de saúde ao afirmar que “o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças. A doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular... intervir física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado”.

Desta forma, fica evidenciado o quanto reducionista é a visão das operadoras em relação à saúde de seus clientes e já nos remete a idéia, ou a percepção de como a Enfermagem se comporta em relação ao cuidado desses clientes.

A organização do trabalho de Enfermagem nas instituições particulares permeia todo este processo, tornando-se mecanicista, reducionista e por vezes demasiadamente ocupada com a “quantificação do cuidado”, caindo em contradição com a lei do exercício profissional.

Porém, existe ainda uma outra concepção de saúde, mesmo que velada, quando nos referimos à utilização dos planos de saúde do ponto de vista do usuário, que é o seu *direito* à saúde. Sendo assim, o modelo biomédico institucionalizado pelas operadoras não os contempla.

Breihl³ cita que a realidade dos processos individuais relaciona-se e surge como resultantes das forças econômicas, políticas e culturais que operam como um todo. No próximo tópico, será feita uma contextualização histórica das políticas de saúde no Brasil que podem vir a dar um maior entendimento a respeito desse *direito* à saúde citado.

Breve histórico de políticas de saúde

Vamos retratar alguns aspectos ocorridos, a partir da década de 80, do século XX, que nos trouxeram a realidade vivida hoje no cenário da saúde. Começaremos com o processo chamado “capitalização da medicina”, ocorrido no final da década de 70 e início de 80.

Neste processo, o Estado provia e pagava a ampliação da demanda dos serviços médicos, financiava os investimentos e contratava os serviços da rede privada⁴. No final da década de 70, abriu-se a assistência pública para os trabalhadores autônomos, através de contribuição em carnê.

Em 1988, através da Constituição Federal⁵, a saúde passa a ser “Direito de todos e dever do Estado” e também se formaliza o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) que, mesmo antes da Constituição, já se configurava como um novo modelo de assistência em saúde pública, defendendo a unificação descentralizada e já restringia ao nível federal somente as atividades de planejamento, coordenação, normatização e regulamentação do relacionamento com o setor privado.

As diretrizes do SUDS foram absorvidas na Constituição e culminaram para o surgimento do SUS, com as seguintes diretrizes:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- Descentralização, com direção em cada esfera de governo;
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- Participação da comunidade”.

Em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da saúde 8080/1990⁶, que confirma as diretrizes e normas do SUS e coloca o setor privado em caráter suplementar de assistência, mediante contrato ou convênio. O SUS possui princípios e diretrizes calçados no modelo *Welfare State*, em que o Estado é provedor e responsável pelo serviço de saúde e por políticas sociais que garantam a qualidade de vida e acesso aos direitos. Um Estado preocupado com direitos sociais agregados ao desenvolvimento econômico⁷.

Porém, em 1990, estávamos em um Estado capitalista e neoliberal, em um governo em que o principal foco para a tomada de decisões era o desenvolvimento econômico e as políticas sociais somente compensatórias.

Neste mesmo ano, talvez, por conta deste modelo político, ocorreu a “mercantilização da saúde”, em que a atenção médica passou a ser uma mercadoria como qualquer outra, submetida às regras de produção, financiamento e distribuição de tipo capitalista⁸.

Os autores citam que a expressão máxima do processo de mercantilização da saúde são os seguros-saúde privados em que, para se ter acesso os serviços de saúde, tem que se pagar por eles, obedecendo à lógica do mercado.

Os indivíduos da classe média, não se encontram mais nessa época usuária dos serviços públicos de saúde e sim, diante do mercado cada vez mais “atrativo” e “necessário” dos planos de saúde. Esses indivíduos passaram a ser alvos de consumo para novos produtos.

Com isso, houve o incremento do mercado de planos individuais. Antes, a grande maioria usuária de planos de saúde fazia parte dos planos empresariais. Tais planos eram oferecidos aos funcionários por um desconto em folha e vistos, pelo empregado, como um benefício concedido pela empresa empregadora e não como um direito.

O que antes era visto como um benefício nos planos coletivos ou planos empresa passou a ser direito do usuário nos planos individuais. Porém, esses direitos não eram claros e objetivos em seus contratos. As empresas operadoras de planos de saúde cometiam muitos abusos e não forneciam as informações necessárias ao consumidor sobre suas coberturas.

Segundo Bahia⁹, o ápice deste processo deu-se quando passamos a ter hospitais que, além de estarem conveniados com o SUS e com numerosas empresas de assistência suplementar, tornou-se ainda empresa de plano de saúde.

A autora ainda cita que 75% a 80% dos clientes de planos estão vinculados a planos coletivos e o restante aos contratos individuais. Estes estão vinculados ao segmento de trabalhadores autônomos, trabalhadores do mercado informal, aposentados, donas de casa e crianças que não acessam coberturas nem como titulares e nem como dependentes dos planos de empresas empregadoras. Este grupo encontra-se dividido em dois subgrupos. Um consumidor dos planos mais caros, geralmente adquiridos por trabalhadores formais e o segundo, integrado por trabalhadores não especializados que adquirem planos mais baratos.

Nesta época, podiam-se estabelecer contratos que fizessem coberturas somente em casos específicos, por exemplo, planos somente que cobrissem partos, ou somente exames. Isto gerou um conflito entre consumidores e planos e, por este motivo, as operadoras de planos de saúde passaram a ser motivo de preocupação para o governo.

Na tentativa de regular esta situação e defender o consumidor dos abusos cometidos pelas operadoras de planos de saúde, em 7 de agosto de 1990, o presidente da república, Fernando Collor de Mello, iniciou o processo de tentativa de obter um maior rigor sobre essas empresas decretando que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) deveria estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde¹⁰.

Em 1992, através da Resolução Nº 33, de 23 de dezembro¹¹, o Ministro da Saúde, Jamil Haddad, aprovou que passasse ser competência dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde o dever de traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços.

Em 1997, os debates sobre a regulamentação efetiva sobre os planos de saúde intensificaram-se, sendo aprovada uma proposta de regulamentação na plenária do Conselho Nacional de Saúde, tendo como Ministro da Saúde, Carlos César S. de Albuquerque.

O Código de Defesa do Consumidor¹² alimentou este impulso regulatório, culminando este processo na criação da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998¹³, sancionada pelo então presidente da república, Fernando Henrique Cardoso, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e, dois anos depois, a Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000¹⁴, que criou e deu poderes à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora destes serviços.

A regulação dos Planos de Saúde

A Lei 9.656/98¹³, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, tornou-se uma importante arma contra os abusos das operadoras de planos de saúde, já que apresentou grandes avanços nesses aspectos. Mediante esta Lei, as operadoras de planos de saúde passam a ser obrigadas a oferecer o plano referência, aquele de cobertura completa e, apenas, podem oferecer planos ambulatorial, hospitalar (com ou sem obstetrícia) ou odontológico, ou a combinação dos mesmos, ou seja, ampliou e pôs de forma transparente a obrigatoriedade da cobertura.

Atendimento ambulatorial inclui cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, e cobertura de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

A cobertura hospitalar concede direito à internações hospitalares, sendo vedada a limitação de prazo, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos, cobertura de internações em Centros de Terapia Intensiva, ou similar, cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços de Enfermagem e nutrição. Inclui, também, a cobertura de exames complementares indispensáveis bem como o fornecimento de medicamentos, transfusões sanguíneas, quimioterapia e sessões de radioterapia. A remoção do cliente em casos necessários é contemplada, assim como as despesas de acompanhantes.

Quando o atendimento hospitalar incluir atendimento obstétrico, concede-se a cobertura assistencial do recém-nascido, durante os primeiros trinta dias após o parto e inscrição assegurada ao recém-nascido, como dependente, isento dos períodos de carência.

A partir desta Lei, ficou proibido às empresas vedar a participação do usuário, em razão da sua idade, doença preexistente ou deficiência, permitindo somente o agravamento, que significa, nesses casos, o aumento da mensalidade.

O credenciamento de prestadores, de hospitais, de clínicas e de laboratórios passou a ser aceitável, somente, se o serviço for substituído por outro do mesmo nível e, nos casos de internação, o credenciado está obrigado a concluir o tratamento.

Os prazos de carência nesta lei foram estipulados em seis meses, com exceção de parto, que é de 10 meses, e doenças preexistentes, que obedeceriam a um prazo de dois anos.

As doenças psiquiátricas, também, passaram a ser tangíveis de cobertura, incluindo internação, porém esta cobertura encontra-se limitada a 12 consultas/ano para o plano ambulatorial e 30 dias para o plano hospitalar.

Definiu que o SUS deveria ser ressarcido toda vez que um usuário de plano de saúde fosse atendido nas instituições públicas e, para isso foi criada a TUNEP – Tabela Única de Procedimentos dos Planos – para fins de cálculo para este ressarcimento. Este ponto da lei constitui foco de discussão e controvérsia entre as operadoras e a ANS, já que a primeira alega estar respaldada na Constituição de 1988⁵ para o não cumprimento deste artigo, uma vez que a Constituição contempla acesso universal aos serviços públicos.

O atendimento de casos de urgência e emergência é de cobertura obrigatória e sem prazos de carência. A Lei entende como caso de emergência aqueles que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente e urgência, aqueles resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

Ficou, com essa Lei, vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em CTI, o que garante maior segurança e confiabilidade ao usuário.

A Lei define Plano Privado de Assistência à Saúde como “a prestação de serviços e cobertura de custos a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor”¹⁵.

As Operadoras de Plano de Assistência à Saúde são assim definidas: “pessoa jurídica constituída sob modalidade de sociedade civil, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato”¹⁶(Lei 9656/98, art 1º, inc II).

Carteira “é o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde qualquer das modalidades”¹⁷(Lei 9656/98, art 1º, inc III).

Já tendo definidos as modalidades dos produtos, todos passam estar subordinados às normas e à fiscalização da ANS. Este órgão regulador tem, como finalidade institucional, a promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, incluindo também as relações destas com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País¹⁸. (Lei 9656/98, artigo 3º).

Considerações finais

Consideramos aspectos positivos na legislação da ANS, pois ela amplia as coberturas e respalda os direitos dos consumidores, porém a lei não é clara quando relacionamos a interação das operadoras com os prestadores do serviço, os hospitais. A Lei contempla, muito bem, a relação dos usuários e as operadoras, porém não é abrangente e objetiva na mesma relação com os prestadores.

Em nenhum dos textos lidos, nem mesmo na legislação da ANS, observamos a atenção aos papéis e direitos dos profissionais de saúde das instituições particulares prestadoras de serviço aos planos no que tange os procedimentos por eles realizados.

As empresas operadoras de planos de saúde criaram e desenvolveram um sistema sólido e com critérios questionáveis de Auditoria. Cada uma das operadoras fecha pacotes de atendimento e agem de forma diferenciada nas instituições hospitalares.

Além disso, houve uma drástica redução da autonomia profissional, devendo os profissionais solicitar liberação para procedimentos corriqueiros. Para que consigamos

realizar procedimentos sem correr o risco de glosa, temos que nos respaldar com inúmeros relatórios e justificativas encaminhadas ao plano antes de fazê-lo.

Nos setores de emergência, o rigor é ainda maior por parte da auditoria dos planos. Cada plano exerce uma cobertura diferente para a mesma doença. Fato este que impede, por vezes, a prestação de assistência de qualidade por parte dos hospitais particulares, já que, para eles, saúde é produto, não tem preço, mas tem custo e necessitam do lucro para poder sobreviver.

Infelizmente, os consumidores dos planos de saúde, que se encontram respaldados pela lei, desconhecem a forma que realmente funciona este maquinário entre operadoras e prestadores, não sabem que poderão estar sendo submetidos a desigualdades assistenciais. Para exemplificar de forma clara e objetiva, podemos citar o simples uso de curativos. Para aqueles usuários de um plano referência de uma operadora X, podemos utilizar o curativo com maior tecnologia do mercado e para usuários de um plano de referência de um plano Y, só é permitido a utilização deste mesmo curativo mediante autorização prévia da operadora.

Portanto, se tivermos no mesmo setor indivíduos do plano X e plano Y, cada um deles terá direito a uma forma de assistência, não permitindo o profissional decidir sobre procedimentos e terapêutica, conforme a necessidade e sim, por conta do que os planos liberam ou não.

Desta forma, fica evidente que há duas realidades opostas em um mesmo campo do assistir. De um lado as operadoras dos planos de saúde preocupadas em oferecer assistência ao mínimo de custo, e do outro lado profissionais envolvidos neste cuidado, porém compromissados com a lei do seu exercício profissional em assistir o cliente de forma universal e equânime.

Por este motivo, considera-se imprescindível um estudo mais aprofundado destes fatores, para que se consiga estabelecer uma condição viável para os envolvidos neste processo (operadoras, usuários, prestadores) com intuito de prestar assistência com qualidade e equidade para todos os clientes e permitir o resgate da autonomia profissional.

Referências Bibliográficas

1. Garcia JC. Medicina e Sociedade: As correntes de pensamento no Campo da Saúde. In: Nunes ED. Pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez, 1989.
2. Capra F. O ponto de mutação. A Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente. São Paulo: Cultrix; 1982.
3. Breihl J. Campaña A., Yopez J, Paez R, Costales P. Deterioro de la vida – un instrumento para análise de prioridades regionales em lo social y la salud. Quito: Ed. Nacional; 1990.
4. Braga JC, Silva PL. Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Universidade Estadual de Campinas - Instituto de economia; 2001 p.3.
5. Constituição da República Federativa do Brasil, Tít. VIII, cap. II, art. 196. Brasília: Senado; 1988.

6. Brasil, Lei 8.080, Lei Orgânica da Saúde, 1990.
7. Demo P. Cidadania Tutelada e Cidadania Assistida. Campinas: Autores Associados; 1995.
8. Braga JC, Silva PL. Brasil: radiografia da saúde. Universidade Estadual de Campinas-Instituto de economia, 2001 p. 4.
9. Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. Ciênc. saúde coletiva 2001; 6(2):329-339. ISSN1413-8123 (acessado em 10/Abr/2004). http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200005&lng=pt&nrm=iso
10. Decreto nº 99.438, art. 1º. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 7 de agosto.
11. Resolução nº 33. Diário Oficial da União 1992; 23 dezembro. http://conselho.saude.gov.br/legislacao/res33_92.htm (acessado em 10/Abr/2004).
12. BRASIL, Código de Defesa do Consumidor (CDC) - LEI Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.
13. Lei nº 9.656. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência a saúde. Diário Oficial da União 1998; 3 de junho.
14. Lei nº 9.961. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diário Oficial da União 2000, 28 de janeiro.
15. Lei nº 9.656, art. 1º, inc. I. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência a saúde. Diário Oficial da União 1998; 3 de junho.
16. Lei nº 9.656, art. 1º, inc. II. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência a saúde. Diário Oficial da União 1998; 3 de junho.
17. Lei nº 9.656, art. 1º, inc. III. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência a saúde. Diário Oficial da União 1998; 3 de junho.
18. Lei nº 9.656, art. 3º. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência a saúde. Diário Oficial da União 1998; 3 de junho.

Endereço para correspondência
Rua Dr Xavier Sigaud 295 Salas 509-510
Urca. CEP 22290-180 - Rio de Janeiro, RJ

Recebido em 20/07/2006
Revisão em 05/08/2006
Aprovado em 12/08/2006