

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

ISABELA LUIZA MOREIRA BRANT

**CONTRATOS COLETIVOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR:
Estudo de caso em empresa empregadora e sindicato no ramo metalúrgico em
Minas Gerais**

Belo Horizonte
2017

ISABELA LUIZA MOREIRA BRANT

**CONTRATOS COLETIVOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR:
Estudo de caso em empresa empregadora e sindicato no ramo metalúrgico em
Minas Gerais**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientadora: Dr^a Eli Iola Gurgel Andrade

Coorientador: Dr. Luiz Alberto Oliveira Gonçalves

Belo Horizonte

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitor

Prof^a. Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitora de Pós-Graduação

Denise Maria Trombert de Oliveira

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Ado Jório

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor Prof.

Tarcizo Afonso Nunes

Vice Diretor

Prof. Humberto José Alves

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Thomáz G. da Matta Machado

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenador

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Subcoordenadora

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Colegiado

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa

Prof^a. Luana Giatti Gonçalves

Prof^a. Mariangela Leal Cherchiglia

Discente Amanda Paula Fernandes

Discente Hugo André da Rocha

Dedicatória

***Dedico aos meus pais e meu irmão, alicerce familiar que
me incentivou a concluir dignamente esta etapa.***

Sem vocês nenhuma conquista valeria a pena.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre esteve ao meu lado, guiando os meus passos e sendo o meu suporte espiritual para concluir esta jornada.

Gostaria de agradecer aos meus pais, José Vilmar e Silvania, por todo apoio e amor incondicional. Esta conquista só foi possível pela presença de vocês na minha vida e pelos incentivos diários que amavelmente me deram.

Ao meu irmão Vinicius, pela amizade e palavras de altruísmo.

À professora Eli lola, pela orientação durante o mestrado.

Ao professor Luiz Alberto, pela paciência e por me mostrar os caminhos do doce paradigma da pesquisa qualitativa, que tanto contribuiu para a finalização deste trabalho.

A todos os colegas do Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde – GPES, pelos momentos de descontração, que tornaram a caminhada mais leve, e também pelo aprendizado adquirido.

A todos que de alguma forma participaram da construção deste saber, muito obrigada!

RESUMO

Introdução: A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e mesmo com a sua criação, a assistência à saúde dos trabalhadores no Brasil é predominantemente realizada pelo setor privado suplementar de saúde. A trajetória histórica da assistência médica aos trabalhadores carrega traços herdados da estrutura médica previdenciária. A atual conformação do Sistema de Saúde brasileiro se dicotomiza em dois subsetores: o público e o privado. Este último, ainda estratificado em um segmento suplementar e um segmento liberal/autônomo. De especial interesse é o estudo do setor suplementar constituído por 48,8 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e/ou odontológica. Destes, aproximadamente 80% possuem planos de assistência médica coletivo. Tais planos têm sido objeto de negociação nas pautas reivindicatórias de assistência entre sindicatos e empresas, processo que contribui para a privatização do setor saúde no Brasil. **Objetivo:** Buscou-se compreender a contratação coletiva de planos de saúde para assistência médica a trabalhadores formais, utilizando como análise central os discursos dos atores sociais envolvidos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso exploratório com aporte qualitativo, realizado com um representante sindical e um representante da empresa empregadora, do ramo metalúrgico. Os dados foram coletados por meio de análise documental e de entrevista semiestruturada e analisados na perspectiva da análise de discurso proposta por Michel Foucault. **Resultados:** Ao longo de 19 anos a categoria metalúrgica pesquisada realizou 26 convenções coletivas de assistência médica, e destas 16 (61%) são cláusulas de planos de assistência à saúde médico-ambulatorial ou hospitalar e odontológica. A empresa empregadora realizou 42 acordos coletivos de assistência médica, sendo 21 (50%) sobre o mesmo tema. A percepção dos entrevistados sobre a assistência à saúde dos trabalhadores serem atualmente responsabilidade dos planos coletivos de saúde deu origem a três temas. O primeiro diz sobre o papel do sindicato e da empresa na contratação coletiva de assistência à saúde, o segundo ressalta o posicionamento dos entrevistados sobre a regulação do setor suplementar exercida pela ANS e o terceiro discorre sobre a utilização pelos trabalhadores dos serviços ofertados pelo SUS. **Considerações Finais:** Os discursos correlacionados resultam em reflexões sobre o movimento histórico de contratações coletivas de plano de saúde para a classe dos trabalhadores no Brasil. Nos enunciados, vimos emergir inúmeros problemas do passado que ainda se arrastam sem solução, dentre eles, a privatização cada vez mais crescente do sistema de saúde brasileiro. **Palavras-chave:** Plano coletivo de saúde; contratação coletiva; setor privado de saúde; saúde do trabalhador; política de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Federal Constitution of 1988 establishes the Unified Health System (SUS) in 1988 and, even with its creation, health care for workers in Brazil is predominantly performed by the supplementary private health sector. The historical trajectory of medical care to workers carries traits inherited from the social security structure. The current shape of the Brazilian Health System is dichotomized in two sub-sectors: the public and the private. The latter, still stratified in a supplemental segment and a liberal / autonomous segment. Of special interest is the study of the supplementary sector constituted by 48.8 million beneficiaries in medical and / or dental care plans. Of these, approximately 80% have collective health care plans. Such plans have been the subject of negotiation in the demands for assistance between unions and companies, a process that contributes to the privatization of the health sector in Brazil. **Objective:** To understand the collective contracting of health plans for medical care to formal workers, using as central analysis the speeches of the social actors involved. **Methodology:** This is an exploratory case study with a qualitative contribution, carried out with a union representative and a representative of the employing company, from the metallurgical branch. The data were collected through documental analysis and semi-structured interview and analyzed from the perspective of discourse analysis proposed by Michel Foucault. **Results:** Over 19 years, the metallurgical category surveyed carried out 26 collective health care conventions and of these, 16 (61%) are clauses of medical-ambulatory health care or hospital and dental care plans. The employer made 42 collective health care agreements, 21 (50%) on the same subject. The perception of the interviewees about the health care of the workers being currently the responsibility of the collective health plans gave rise to three themes. The first one says about the role of the union and the company in the collective contracting of health care, the second emphasizes the position of the interviewees on the regulation of the supplementary sector exercised by the ANS and the third talks about the use of the services offered by the SUS by the workers. **Final Thoughts:** The correlated discourses result in reflections on the historical movement of collective contractions of health plan for the class of workers in Brazil. In the enunciated ones, we have seen to emerge innumerable problems of the past that still creep without solution, among them, the increasing privatization of the Brazilian health system.

Keywords: Collective health plan; Collective contracting; Private health sector; Worker's health; Health policy.

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1. Descrição dos temas negociados nas cláusulas de assistência médica pelo sindicato-caso de 1993-2012.
- FIGURA 2. Descrição dos temas negociados nas cláusulas de assistência médica pela empresa-caso de 1993 a 2012.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1. Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - dezembro/2000-março/2016)
- Gráfico 2. Quantitativo de cláusulas por unidade federativa do Brasil, 1993 a 2012.

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1. Marco regulatório das deduções fiscais de assistência médica no Brasil.
- QUADRO 2. Mapeamento discursivo da entrevista realizada com o Sindicato-caso.
- QUADRO 3. Mapeamento discursivo da entrevista realizada com a Empresa-caso.
- QUADRO 4. Funções da Administradora de Benefícios e da Operadora do Plano de Saúde.

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1. Evolução do número de beneficiários total e em planos coletivos de saúde, segundo a ANS de 2000 a 2016.
- TABELA 2. Quantitativo de cláusulas de assistência médica por âmbito de negociação, 1993 a 2012.
- TABELA 3. Evolução do número de cláusulas de assistência médica, 1993 a 2012.
- TABELA 4. Análise das cláusulas de acordo com o tema e âmbito de negociação.

LISTA DE SIGLAS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAPS	Caixas de aposentadoria e pensões
CCJC	Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania
CF	Constituição Federal
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DIEESE	Departamento Intersindical de Estudos Estatísticos e Socioeconômicos
GPES	Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde
IAPAS	Instituto de Arrecadação da Previdência Social
IAPS	Institutos de aposentadoria e pensões
INAMPS	Instituto Nacional de assistência médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOPS	Lei orgânica da Previdência Social
MP	Medida Provisória
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
OPAS	Organização Pan-americana d Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIB	Produto Interno Bruto
RN	Resolução Normativa
SACC	Sistema de Contratação Coletiva
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISAO BIBLIOGRÁFICA.....	19
2.1 Perspectiva histórica do setor privado de saúde brasileiro.....	19
2.2 A expansão do setor suplementar do ponto de vista dos incentivos governamentais.....	27
2.3 O subsetor de saúde suplementar no Brasil: panorama atual.....	30
2.4 Os planos de saúde como objeto de negociação coletiva nas pautas reivindicatórias sindicais	34
2.5 Apontamentos atuais do setor privado de saúde no Brasil	37
3 OBJETIVOS.....	40
3.1 Objetivo geral	40
3.2 Objetivos específicos	40
4 METODOLOGIA	41
4.1 Desenho de estudo	42
4.2 Escolha dos casos e critérios de elegibilidade	43
4.3 Instrumento de coleta de dados	44
4.4 Procedimentos de estudo	46
4.5 Cenário de estudo	46
4.6 Coleta dos dados	46
4.7 Análise dos dados	47
4.7.1 Teoria da análise dos dados	47
4.8 Vantagens e limitações	48
4.9 Confidencialidade e aspectos éticos	49
CONTEXTO DA PESQUISA.....	50

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
6.1 A reivindicação dos trabalhadores por assistência médica suplementar expressa nos acordos e convenções coletivas – breve análise do SACC/DIEESE.....	53
6.2 Cláusulas resultantes dos dissídios coletivos negociados pelos atores sociais participantes da pesquisa	58
6.3 Análise das entrevistas: mapeamento discursivo e enunciados utilizados no aporte qualitativo	65
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	81
APÊNDICE I: Roteiro de perguntas	89
APÊNDICE II: roteiro de perguntas	91
ANEXO I: Parecer do Comitê de Ética e pesquisa COEP/UFMG	93
ANEXO II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	98
ANEXO III: Certificado de Qualificação	101
ANEXOIV: Artigo	102
ANEXO V: Convenções Coletivas.....	122
ANEXO VI: Acordos Coletivos.....	126

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a assistência médica à saúde dos trabalhadores formais foi consolidada como responsabilidade dos planos coletivos de saúde estabelecidos entre empresas empregadoras e empresas operadoras. Essa construção se deu mediante a configuração do sistema de saúde brasileiro e suas respectivas políticas públicas, que sofreram significativas transformações ao longo dos anos.

No início, a assistência à saúde era ofertada por meio do vínculo formal de trabalho, e, conseqüentemente, prestada pela estrutura médica da previdência social ou por instituições de caridade àqueles que não tinham vínculo empregatício. Posteriormente, passou para uma assistência pautada no direito à saúde, garantida a todos os cidadãos.

Costa (1994) enfatiza que a saúde decretada como direito dos cidadãos e dever do Estado resumiu uma longa trajetória de inovações políticas que asseguraram a todos os brasileiros o acesso universal à assistência integral à saúde sob o mandato público, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Idealizado nos debates da VIII conferência Nacional de Saúde no ano de 1986, o SUS foi instituído legalmente pela Constituição Federal de 1988.

Embora a legislação vigente tenha garantido o acesso universal aos serviços de saúde de forma gratuita a todos os cidadãos, as contradições herdadas dos moldes da medicina previdenciária social no Brasil, fizeram com que ao longo das décadas expandisse a sua cobertura pela contratação de serviços médicos privados e conveniados (COHN, 1980). Este movimento deu origem a um sistema de saúde segmentado, com ramificações representadas por um setor privado e um setor público, concorrentes entre si (MACHADO et al., 2012).

Esse contexto permitiu a consolidação das práticas médicas privatistas que instituíram nos anos posteriores um segmento suplementar de saúde no Brasil. O segmento suplementar da saúde é constituído por um mercado de planos privados de assistência à saúde que desde o seu início foi potencializado devido à crescente urbanização, à industrialização do país e ao vínculo de emprego formal (ALBUQUERQUE et al., 2008). Nos anos 50 a implantação das empresas estatais e de multinacionais deu início a um novo momento no processo de desenvolvimento econômico brasileiro. Neste período havia de um lado crescimento da massa de trabalhadores urbanos, requerendo a extensão da cobertura previdenciária. De

outro, aumentava a pressão da demanda por assistência médica a todos os cidadãos.

As empresas médicas surgem neste cenário, nos anos 60, na tentativa de suprir as necessidades de saúde dos trabalhadores. Os chamados convênios médicos eram custeados pela Previdência Social, por meio do pagamento per capita para cada trabalhador e de seu dependente, das empresas que optassem pelo serviço. Em meados dos anos 70, os convênios passaram a ser negociados de forma direta pelas empresas empregadoras e as empresas médicas, sem intermediação da Previdência Social (BAHIA; TEIXEIRA; VIANNA, 2002).

Nos anos de 1980 o mercado de planos de saúde era quase exclusivamente constituído por planos empresariais. Nessa época, dados da ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo) constataam que 16 milhões de brasileiros eram beneficiários de planos de saúde. Passados 18 anos, em 1998, dos 38,7 milhões de titulares de planos de saúde, pelo menos 60%, estavam diretamente vinculados aos planos coletivos empresariais (ABRAMGE, 2000; PNAD, 1998).

Atualmente, os registros da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) apontam que o setor suplementar de saúde manteve por alguns anos uma trajetória gradativa de expansão, reafirmando-se como um significativo canal de acesso à saúde no Brasil, e atualmente encontra-se em um período de declínio. Em setembro de 2016, o mercado de saúde suplementar contava com cerca de 48,8 milhões de beneficiários em planos de assistência médica. Este número representa a saída no mercado de quase 1,5 milhões de beneficiários em um ano (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

Segundo classificação da ANS os planos coletivos têm dois formatos: coletivos por adesão e coletivos empresariais. No caso dos primeiros estaria caracterizada a iniciativa de sindicatos e associações profissionais de estabelecer contratos diretos junto às operadoras de planos de saúde. Os coletivos empresariais, por sua vez, correspondem à assistência prestada a funcionários da empresa contratante em decorrência do vínculo empregatício ou estatutário (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

Os planos de saúde coletivos representavam aproximadamente 80% dos contratos do setor supletivo de saúde, dentre os quais 67,9% constavam como planos de saúde empresariais (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015). Dessa forma, pode-se afirmar hoje, que a cobertura de planos de saúde no

Brasil é, em sua grande maioria, associado ao vínculo empregatício. Em decorrência, a preocupação com os mecanismos que definem o vínculo entre o mercado formal de trabalho e os planos de assistência à saúde, por um lado, e o entendimento da capacidade de expansão e cobertura do mercado de saúde suplementar, por outro, tornam premente a análise dessa configuração (MACHADO et al., 2012).

Como parte dos desafios que se impõem à compreensão do vínculo entre o mercado de trabalho e o universo de planos coletivos, em março de 2013 a ANS apresentou estudo identificando o perfil das empresas contratantes de planos de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2013). Nesse levantamento a Agência identificava que o setor da indústria era o maior responsável pela quantidade de beneficiários de planos coletivos, correspondendo a 26,9% do universo.

A identificação desses eventos e arranjos institucionais reforça o fato de que a contratação de planos coletivos deve ser compreendida como prática que tem significativa relevância para a produção dos cuidados à saúde do trabalhador. Todavia, dentre os avanços alcançados pelo esforço conjunto desses atores e instituições, não se encontram registros que esclareçam a dinâmica da negociação e contratação de planos coletivos. Ressalta-se que este processo envolve atores sociais distintos que confluem pautas reivindicatórias em comum.

Partindo desta explanação, foi observado através dos dados do Sistema de Acompanhamento de Convenções Coletivas (SACC) do Departamento Intersindical de Estudos Estatísticos e Socioeconômicos (DIEESE) que no Brasil, o movimento por reivindicações salariais subsidiam as pautas sociais de saúde no âmbito das convenções e acordos coletivos. De acordo com os dados, observou-se que a cobertura de assistência à saúde médico-ambulatorial ou hospitalar e odontológica representa 66% das cláusulas negociadas entre sindicatos e empresas (ANDRADE et al., 2015).

São incipientes os estudos científicos relacionados a este tema, no que diz respeito à clareza das relações da assistência médica à saúde pactuada nos contratos coletivos estabelecidos entre empresas, categorias e operadora de planos. Neste cenário, este estudo pretende analisar a contratação coletiva de assistência médica sob o olhar de uma empresa e uma categoria envolvidas no processo de

negociação de contratos coletivos para trabalhadores de indústrias metalúrgicas de Minas Gerais.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Nesta primeira parte apresentamos a arena de discussão que julgamos ser o ponto mais importante para a análise e compreensão da trajetória de crescimento e fortalecimento do setor privado de assistência à saúde no Brasil, especificamente, do segmento suplementar de saúde.

2.1 Perspectiva histórica do setor privado de saúde brasileiro

Os debates acerca do sistema de saúde brasileiro e sua conformação ainda não estão esgotados. Embora seja muito bem conceituado por diversos sanitaristas e historiadores na literatura, é imprescindível nesta dissertação recuperar a trajetória da estruturação do setor saúde no país a fim de compreender o contexto atual e a perspectiva futura.

Uma das principais abordagens atuais de estudos em saúde pública gira em torno da forma que se deu a estruturação do sistema de saúde e, especificamente, um setor privado de prestação de serviços médicos oriundo do sistema previdenciário. Também tem sido objeto de investigação o desenvolvimento deste setor e ampliação ao longo da construção do SUS, levando-o a constituir-se no principal segmento de prestação de assistência à saúde, quando se trata da cobertura do conjunto dos trabalhadores e empregados no país (ANDRADE; SALLES, 2009).

O sistema de saúde brasileiro, em sua dimensão histórica, contempla uma trajetória de lutas, conquistas e conseqüentes mudanças no seu ideário ao longo dos anos, passando de uma assistência à saúde vinculada à previdência social e, conseqüentemente, ao vínculo de trabalho formal, para o direito à saúde gratuita e universal adquirido formalmente na Constituição Federal de 1988. Atualmente, temos um sistema de saúde segmentado, no qual os setores público e privado se distanciam do padrão de universalização do acesso às ações e serviços de saúde, com forte tendência à privatização.

Essa tendência é expressa através da dicotomização que se estabeleceu na política de saúde brasileira até o final da década de 80, de cunho funcional e institucional, que deram ao Ministério da Saúde atribuições acerca das ações de saúde pública de caráter coletivo e à Previdência Social, nos diversos formatos institucionais que assumiu ao longo de sua trajetória, restringiu-se a assistência médica à saúde de caráter individual, aos segurados e seus dependentes (MENICUCCI, 2003).

A saúde faz-se emergente como uma questão social junto ao advento do capitalismo industrial e da exportação cafeeira no Brasil, momento em que havia grande fluxo imigratório nos portos. Os problemas de saúde dessa época aparecem na sociedade representada por mazelas como endemias e dificuldades gerais de saneamento nos núcleos urbanos (BRAGA; PAULA, 1986).

No início do século XX, as primeiras ações de saúde pública foram pautadas em questões emergenciais através de campanhas realizadas sob moldes quase militares. Neste período, um importante ator social envolvido no cuidado a saúde da população foram as Santas Casas de Misericórdia. O modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social data das décadas de 1920 e 1930, época na qual os direitos civis e sociais foram vinculados unicamente à posição do indivíduo no mercado de trabalho, assegurando o direito à assistência médica via medicina previdenciária (BRAGA; PAULA, 1986).

A prestação da assistência médica privada à classe trabalhadora, atualmente representada pela adesão a planos de saúde de contratação coletiva, guarda relações com os antecedentes históricos da política previdenciária brasileira, representada pelo seu marco inicial, a legislação nº 4.682 conhecida como Lei Elói Chaves, que criou a Caixa de Aposentadorias e pensões (CAPs) da categoria dos ferroviários. As CAPs foram embriões do sistema de previdência social brasileiro, cujos marcos permanecem até os dias atuais e tem origem nas contribuições dos trabalhadores e empregadores incidindo sobre os salários, e do próprio Estado por meio de diversos mecanismos (COHN, 1995).

Segundo Cunha & Cunha (1998) as CAPs eram organizadas por empresas de natureza civil e privada, responsáveis pelos benefícios e serviços de saúde. Os benefícios previstos para os empregados contemplavam assistência médica, medicamentos, aposentadoria, pensões para os dependentes dos empregados e

auxílio funeral (BRAGA; PAULA, 1986). Neste contexto a maior parte da população estava excluída de tais benefícios assistenciais.

Só a partir dos anos 1930, com a alteração do caráter do Estado e reorganização da sua relação com a sociedade, junto à necessária ampliação da formulação de políticas com bases sociais, é que as demandas públicas ganharam força no debate político, isto é, passaram a fazer parte da problemática que cabia ao Estado (BRAGA; PAULA, 1986).

Em um cenário de redemocratização na “Era Vargas”, no pós-30, inicia-se um movimento de transformação das CAPs em institutos de aposentadoria e pensão (IAPs) abrangendo empregados associados por categorias profissionais. No ano de 1933 criou-se o primeiro Instituto da Categoria dos Trabalhadores Marítimos. Os IAPs proviam, dentre outros, assistência médica e hospitalar aos trabalhadores, prestada de forma direta ou mediante convênios e contratos com entidades oficiais ou particulares (BAHIA, 2005).

O financiamento da previdência social, até então representada pelo IAPs e CAPs remanescentes, tinha origem nas contribuições tripartite composta pelos empregadores que contribuía com 3% sobre o valor da folha de salários, dos trabalhadores, com 3% sobre o seu salário, e o Estado através de impostos previdenciários responsáveis, a princípio, pelos gastos administrativos dos institutos. Advém deste período o regime de capitalização, o qual se refere ao investimento lucrativo da diferença entre a receita e a despesa das instituições previdenciárias em empreendimentos garantidos pelo Estado (COHN, 1995).

Com a criação sucessiva de vários IAPs, em relação à assistência médica consistiram, por um lado, a possibilidade de ampliação da assistência ao estender a cobertura previdenciária às diferentes categorias profissionais e, por outro, em institucionalizar a diferenciação dessa assistência por categoria de trabalhadores, reproduzindo na saúde as diferenciações observadas nas características gerais de cada Instituto. Até o processo de unificação dos IAPs, essas instituições previdenciárias eram marcadas pela heterogeneidade, considerando-se tanto a legislação específica quanto ao número de segurados, a arrecadação e as despesas com benefícios (FONSECA, 2005).

Embora o contexto de criação dos IAPs tenha sido alicerçado na extensão de cobertura, Menicucci (2003) caracteriza este momento como um esforço de contenção de despesas por parte das instituições previdenciárias, sendo uma de

suas manifestações a queda dos gastos com assistência médica, que além de expressar a restrição de despesas, refletia uma mudança de enfoque da responsabilidade da previdência social na prestação de cuidados médicos aos seus assegurados.

No final dos anos 1950 e no início da década dos 60 ocorre uma substancial expansão da assistência médica previdenciária de forma a constituir um novo padrão de atenção à saúde no país, até então, em grande parte, de natureza médica privada (BRAGA; PAULA, 1981). Este cenário, em tese, não consolidou políticas deliberadas de assistência à saúde nos IAPs, devido à restrição de parte da população que não tinha vínculo com a previdência (MENICUCCI, 2003).

A pressão da massa assalariada urbana pela ampliação e melhoria dos serviços de assistência à saúde prestada pela previdência carecia de bases políticas e financeiras sólidas para consolidar a expansão. Em detrimento, a saúde pública, também em processo de expansão, se deparava, por outro lado, com um baixo investimento na oferta de serviços próprios pelo setor público (BRAGA; PAULA, 1986).

No entanto, em decorrência da promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) de 1960, que uniformizou o direito dos benefícios previdenciários, a assistência médica passou a ser apoiada como parte intrínseca da Previdência Social, com o dever de assegurar a todos os seus beneficiários e deliberando que as empresas assumissem a assistência à saúde de seus empregados e dependentes, mediante serviços próprios ou contratados (ANDRADE, 1999; MENICUCCI, 2003).

No campo da saúde pública, destaca-se a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. O SESP tinha como objetivo principal atuar nas medidas sanitárias de assistência médica dos trabalhadores convocados para trabalhar na produção da borracha na Amazônia e que estavam sujeitos à malária. Criou-se também o Ministério da Saúde, em 1953. As ações na área de saúde pública se ampliaram a ponto de exigir uma estrutura administrativa própria para atendimento público coletivo (ACÚRCIO, 2005). Porém, o golpe militar em 1964 trouxe efeitos desvantajosos para a evolução deste campo, sendo uma delas a redução das verbas destinadas ao investimento na saúde pública.

No período desenvolvimentista, segue-se na firmação das políticas previdenciárias em 1966, após a unificação dos IAP em um único instituto – Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) –, as quais se apoiaram em um cenário de

ampliação do processo de industrialização e urbanização do país, expansão da população previdenciária e, conseqüentemente, na expansão da cobertura aos beneficiários da previdência (BAHIA, 2005).

Com a nova conformação previdenciária, o INPS ficou responsável pela assistência médica, essencialmente hospitalar e curativa, de todos os trabalhadores formais. Além disso, houve também a extensão de cobertura aos trabalhadores autônomos e rurais, o que gerou desafios para os estabelecimentos de assistência médica da Previdência Social, uma vez que estes órgãos não conseguiam drenar a demanda expandida da nova clientela do INPS (MEDICI, 1997).

Vale ressaltar que o fato de a Previdência Social assumir a assistência médica como uma de suas atribuições inerentes, não implicou necessariamente na instalação de uma infraestrutura hospitalar própria de produção de serviços de saúde. A alternativa deu origem à proposta de “privatização” da assistência médica, por meio da compra de serviços de natureza privada, com financiamento majoritariamente público (LUZ, 1986).

O mix público/privado no setor saúde alavancou a expansão do mercado de serviços de assistência médica, por meio de duas estratégias compatíveis, sendo elas a compra de serviços médicos pelo Estado e a transferência da função provedora para a iniciativa privada. Pelo lado das empresas empregadoras abre-se o espaço para a ampliação dos chamados convênios-empresas com objetivo de fazer cobertura paralela ao sistema previdenciário (ALMEIDA, 1998).

Os convênios-empresa se caracterizaram como o início desse movimento, sendo uma forma de diminuir o ônus do Estado e aliviar seu papel na provisão de serviços de assistência médica, uma vez que atestaram uma nova forma de articulação público/privado e incentivaram o empresariamento dos médicos. A demanda do setor produtivo em expansão com uma clientela potencial crescente, os grupos médicos legitimados pelo Estado ou se reestruturaram ou se criaram segundo uma perspectiva empresarial mais sólida, incluindo-se aqui tanto a medicina de grupo quanto as cooperativas médicas (CORDEIRO, 1984).

A incorporação de políticas sociais na estratégia governamental-previdenciária, além de exigir intensificação da cobertura e ampliação dos benefícios, devido à incorporação dos trabalhadores rurais em 1971, das empregadas domésticas em 1972 e dos autônomos em 1973, passa também a requisitar medidas legais e de caráter administrativo, estabelecida em 1974, com a

transformação da previdência social em Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS (COSTA, 1994; ANDRADE, 1999).

O SINPAS, além de traçar ideias inovadoras com tendência à adoção de um modelo institucional mais amplo de seguridade, objetivava a reorganização e racionalização no enfrentamento de aspectos financeiros críticos originados pela expansão dos gastos com assistência médica, relativo ao “boom” do complexo médico-previdenciário que ameaçou o equilíbrio financeiro da Previdência Social. Reforçava a dualidade do setor, dando ao Ministério da Saúde caráter normativo e atribuições na área de interesse coletivo e ao Ministério da Previdência a responsabilidade pelo atendimento individualizado (ANDRADE, 1999; ACÚRCIO, 2005).

Com a instituição do SINPAS foram criados importantes nichos institucionais para assimilar a expansão das atividades relacionadas à saúde, como o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS e o Instituto de Arrecadação da Previdência Social - IAPAS, além da integração dos órgãos já existentes. A criação do SINPAS pode ser compreendida no processo de crescente tendência a universalização e adoção do modelo de Seguridade Social (COSTA, 1994; ACÚRCIO, 2005).

Em 1967, o INPS custeava e administrava a assistência médica, nos moldes da seguridade social e, a partir de 1980, a responsabilidade pela gestão da saúde do trabalhador do setor formal passou a ser das empresas de convênios de saúde, através de planos e contratos com prestadores privados (ANDRADE; SALLES, 2009).

A discussão sobre a conformação de um subsistema privado de assistência à saúde no Brasil, que atualmente constitui o estudo do mix público-privado, mostra que este arranjo está associado a desigualdades próprias desta estrutura e é prejudicial ao sistema de saúde, como ocorre no sistema brasileiro, onde o aspecto negativo da dualidade se deve não à cobertura de serviços suplementar ao SUS, mas à que concorre com os serviços prestados pelo SUS (SANTOS, 2009).

Contudo, os fatores explicativos encontrados na literatura para a expansão efetiva do setor privado de assistência à saúde no Brasil, já descritos, não excluem outros argumentos atrelados ao vasto conhecimento da saúde pública. Ao contrário,

esses fatores se articulam e ganham sentido a partir da compreensão da própria perspectiva histórica da assistência, não sendo tratados de forma isolada.

Estes fatores explicativos evidenciam a expansão do mercado suplementar de saúde, como registrado no argumento da universalização excludente, que coloca na insatisfação com os serviços públicos a razão pela qual se consolidou a mudança do sistema público de saúde, de segmentos sociais médios e de trabalhadores dos setores privado e público mais dinâmicos da atividade produtiva. A transição dos trabalhadores politicamente mais organizados teria enfraquecido ainda mais a pressão social pela melhoria do setor estatal de saúde. A mesma concepção pode ser adotada na sequência histórica, quando os mecanismos de racionamento proporcionaram a continuidade e a ampliação do processo de exclusão do sistema público para o setor supletivo de saúde, atingindo parte da classe média e dos trabalhadores de pequenas empresas (PINA, 2006 *apud.* FAVARET, 1990; MENDES, 2001).

Em contraponto, Bahia (1999) associa a expansão do setor privado de saúde, de caráter suplementar, não apenas ao fracasso e insatisfação com os serviços públicos, mas a outros dados empíricos, como o interesse espontâneo das empresas em relação a tais serviços e a participação dos sindicatos dos trabalhadores no estímulo ao convênio dos empregadores com empresas médicas e seguradoras. Contudo, por meio de políticas explícitas, o Estado desencadeou e estimulou as parcerias com o setor privado, numa perspectiva privatizadora, e posteriormente, abdicou das funções mediadora e reguladora, permitindo que as relações entre o público e o privado persistissem sem intervenção e perdendo, assim, a capacidade de regulá-las. A falta de regras claras para o funcionamento do mercado e de mecanismos para fiscalizá-lo tencionou as relações entre os diversos atores do setor (ALMEIDA, 1998).

A assistência médica e hospitalar vinculada à previdência social reforçam uma tendência de mercado contrária à lógica do SUS. Ao confirmar essa tendência, Bahia (2005) reitera que as políticas de assistência médica oriundas da previdência social, com cunho privatizante, dão embasamento para duas vertentes de ação: a convocação e criação de empresas de planos de saúde, e o financiamento público para a compra de serviços, reforma e construção de hospitais privatizados, colocando a opção pela transferência de atividades de assistência à saúde à iniciativa privada.

Diante das formulações analisadas até aqui, nota-se que houve a viabilização do setor privado de saúde por diversos mecanismos. Mas, ainda em caráter complementar e com argumentos plausíveis, estudos culminam a hipótese de que o mercado de planos de saúde no Brasil teve o seu apogeu, fortalecimento e crescimento contando com o apoio do padrão de alto investimento público no setor privado, em detrimento de um baixo financiamento no setor público. Confirma-se, dessa forma, o fato de o Estado brasileiro possuir um papel tradicional como financiador do sub-sistema de saúde privado (OCKE – REIS et al., 2006).

Na década de 80, a fase de transição ao sistema universal, conhecida como transição ao universalismo, embora engajada por mudanças não só no sentido de extensão de cobertura, mas também no de cuidado à saúde da população, não representou mudanças nas estruturas do sistema de saúde do Brasil. O advento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) estabelecia repasses financeiros às estruturas de saúde remanescentes do sistema médico previdenciário (MÉDICI, 1997). Concomitante às mudanças ocorridas subsistiu o seguro-saúde como forma de assistência médica aos trabalhadores, evoluindo para convênio saúde nos dias atuais.

O passo mais importante para o surgimento de um sistema de saúde universal no país foi a Reforma Sanitária Brasileira, movimento impulsionado pela sociedade civil, e não pelo governo, por partidos políticos ou por organizações internacionais. A formulação desse movimento previa a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do SUS, instituído pela Constituição de 1988, baseado no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado (PAIM, 2013).

Entretanto, esperava-se que a implantação do SUS pudesse reverter em parte essa situação, dado o acesso universal aos serviços e ampliação da oferta no atendimento. No entanto, o SUS e os programas voltados para a saúde pública não atraíram para o seu interior as famílias que integravam o núcleo dinâmico da economia, principalmente a parcela de trabalhadores formais do país (FAVARET e OLIVEIRA, 1990).

A escolha por formas privadas de assistência à saúde retrata uma tendência voltada para lógica de mercado e, portanto, a saúde passa a ser tratada como mercadoria. No Brasil, o setor privado é composto por dois subsectores, o liberal clássico/autônomo e o suplementar, que hoje atendem uma porcentagem

considerável da população (ALBUQUERQUE et al., 2008). De especial interesse e objeto de estudo dessa dissertação é a compreensão da expansão do setor suplementar de saúde, que se deu mediante a segregação dos trabalhadores formais brasileiros, o qual regulamenta os planos de saúde e desempenha um papel importante no atendimento assistencial de 25% da população brasileira.

2.2 A expansão do setor suplementar de saúde do ponto de vista dos Incentivos governamentais

Nas discussões sobre a sedimentação do setor suplementar de saúde no Brasil há um emaranhado de possibilidades que culminam na hipótese de que o setor privado no país é uma construção apoiada pelo Estado. A redução ou isenção dos valores de impostos pagos às esferas públicas demonstra essa realidade, sendo ainda possível através deste mecanismo, gerar benefícios para os trabalhadores, como no caso, a concessão ou subsídios para a aquisição de planos de saúde.

Novos mecanismos institucionais ao longo dos anos foram implantados nas sucessivas reformas fiscais realizadas e, mediante isso, foi aberta a possibilidade de se deduzirem despesas com saúde do imposto de renda (VIANNA, 1994). Os incentivos fiscais podem se tornar mecanismos essenciais para auxiliar no financiamento da saúde, principalmente devido à tendência de crescimento dos gastos com saúde pelas famílias e às limitações orçamentárias (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011).

Desde 1982 o governo brasileiro permite que as empresas declarem os gastos com planos de saúde de seus empregados como despesas operacionais no imposto de renda. A legislação ainda permite que despesas com planos e seguros saúde sejam integralmente abatidas no imposto de renda de pessoas físicas, desde 1991 (BAHIA, 1991). Essa realidade tem se perpetuado e atualmente a renúncia fiscal decorrente da dedução do imposto de renda dos gastos relacionados à assistência médica e concomitante, aos planos de saúde, refletem uma prática do empresariado apoiado pelo Estado.

Uma publicação elaborada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2016) fez a radiografia tributária do gasto em saúde no país no período de 2003 a 2013, e a análise trouxe pontos importantes para a discussão sobre financiamento e investimento na saúde. De acordo com o estudo, o governo federal

aplicou direta e indiretamente R\$ 108,4¹ bilhões na saúde em 2013, o que corresponde a aproximadamente 2,1% do PIB. No mesmo ano, desse montante total, R\$ 25,3 milhões deixaram de ser arrecadados em decorrência das renúncias fiscais.

Na tentativa de elencar os principais incentivos governamentais que permitem às empresas a renúncia fiscal mediante a contratação e oferta de planos de saúde para os seus empregados (assistência médica), enumera-se no quadro 1 as principais legislações que subsidiaram este movimento ao longo dos anos.

Quadro 1. Marco regulatório das deduções fiscais de assistência médica no Brasil

ANO	GOVERNO	LEGISLAÇÃO
1990	Fernando Collor de Mello	Lei nº 8.134/1990: Art. 8º Na determinação da base de cálculo sujeita à incidência mensal do imposto de renda, poderão ser deduzidas: os pagamentos feitos, no ano-base, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem como as despesas provenientes de exames laboratoriais e serviços radiológicos.
1994	Itamar Franco	Decreto nº 1041/1994: Art.300. Consideram-se despesas operacionais os gastos realizados pelas empresas com serviços de assistência médica, odontologia, farmacêutica e social, destinados indistintamente a todos os seus empregados.
1995	Fernando Henrique Cardoso	Lei nº 9.250/1995. Art8. II - das deduções relativas: a) aos pagamentos efetuados, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem como as despesas com exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias.
1999	Fernando Henrique Cardoso	Decreto nº 3000/1999: Art. 249. VI - as contribuições não compulsórias, exceto as destinadas a custear seguros e planos de saúde, e benefícios complementares assemelhados aos da previdência social, instituídos em favor dos empregados e dirigentes da pessoa jurídica.
2002	Fernando Henrique Cardoso	Instrução Normativa nº 208/2002:Dispõe sobre a tributação, pelo imposto de renda, dos

¹ Este valor, de acordo com o estudo, é deflacionado pelo IPCA médio – Índice Nacional de Preços ao Consumidor, do IBGE.

		rendimentos recebidos de fontes situadas no exterior. Inciso V – dedução integral das despesas médicas e as despesas com instrução, próprias e dos dependentes.
2003	Luiz Inácio Lula da Silva	Lei nº 10.833/2003: Altera a legislação tributária federal. Permite dedução integral de despesas com saúde no Imposto de Renda.
2014	Dilma Vana Rousseff	Instrução Normativa nº 1.500/2014: Art. 94 a 100. Discorre sobre as despesas Médicas dedutíveis. Dedução integral das despesas médico-hospitalares.

Fonte: Elaboração própria, 2016.

Por meio desse incentivo fiscal indireto, o setor público contribuiu para a expansão da assistência médica suplementar no âmbito das empresas médica, já estruturadas para isso desde as décadas 60 e 70 quando contaram com investimento público direto. Os trabalhadores formais, público alvo deste benefício, consideram o plano de saúde como uma das condições essenciais no momento de optarem por uma vaga de emprego e, portanto, vê vantagens no mecanismo de dedução fiscal de assistência médica à saúde (MENICUCCI, 2007).

Pina (2005) acentua que não há elementos que evidenciem o fim da renúncia fiscal, proveniente dos gastos privados com assistência à saúde, como mecanismo que deliberará destinação de recursos provenientes da renúncia ao SUS e aos demais serviços sociais. No entanto, a hipótese de redirecionamento dos recursos para investimento no SUS é um potencial projeto de melhoria do financiamento do sistema de saúde.

Neste sentido, a situação nos leva a pensar que o Estado, ao abdicar de recursos que poderiam ser utilizados para o financiamento do gasto público do Sistema Único de Saúde e outros setores, permite a continuidade do subfinanciamento enfrentado e, respectivamente, a falta de consolidação com o que foi pactuado na Constituição Federal de 1988. Atitudes contrárias às praticadas atualmente culminariam no fortalecimento das ações e serviços público de saúde para a população, com impacto positivo na retomada da saúde como um direito de todos e dever do estado (SANTOS, 2000).

Gerschman (2008) ressalta que “as opções políticas assumidas tendem a refletir e a repercutir sobre a organização do mercado e nas relações entre o setor público e o privado”. Portanto, a fragilidade instalada no SUS e as políticas de

austeridade fiscal que beneficiam a expansão do setor privado, engessam todo o processo de produção do cuidado à saúde das pessoas, com a diminuição do investimento público e aumento do gasto privado em saúde.

2.3 O subsetor de saúde suplementar no Brasil: Panorama atual

O subsetor suplementar de saúde, no que diz respeito à cobertura assistencial, é composto pelos serviços financiados e prestados pelos planos e seguros de saúde. Desde a sua consolidação, tem a característica particular de possuir um financiamento privado, mas com grande aporte de subsídios públicos, e gestão regulada desde o ano 2000 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (PIETROBON et al., 2008).

Atualmente, o mercado de saúde suplementar possui duas grandes categorias assistenciais, representada pelos planos de assistência médica e planos exclusivamente odontológicos. Por outro lado, têm-se também os planos vinculados à instituição de assistência ao servidor público civil e militar (ALBUQUERQUE et al., 2008). A assistência médica supletiva adquire inúmeros formatos na prestação do serviço e esses aspectos, embora vastamente descritos na literatura, carecem de profundidade (MALTA et al., 2004).

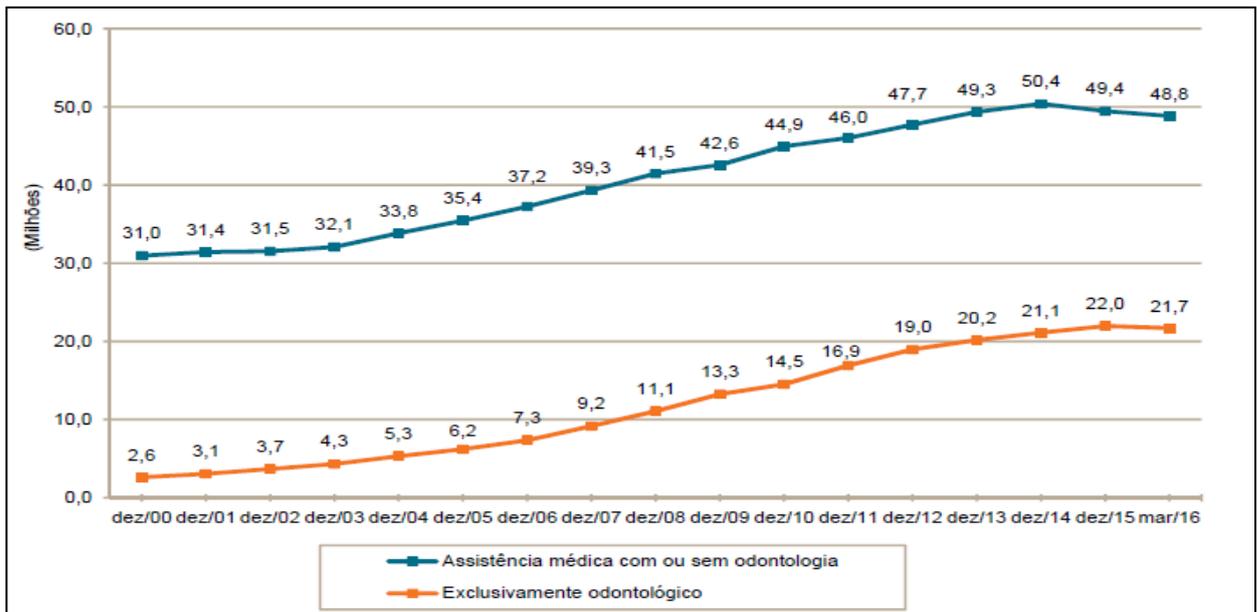
Ocké - Reis et al. (2006) caracteriza o mercado de planos de saúde pela atuação de empresas nas modalidades das seguradoras de saúde, das empresas de medicina de grupo, das cooperativas médicas e das entidades de autogestão. O processo econômico de venda se dá através da compra de planos de pré-pagamento como mecanismo que assegura e protege os beneficiários do risco de adoecer, mediante o financiamento do acesso à assistência privada a saúde.

O setor é constituído atualmente por 48,8 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e/ou odontológica. Devido à conjuntura econômica e política vivida pelo país, em junho de 2016 o mercado sofreu uma queda de 3,3% no número total de beneficiários, contabilizados em um período de 12 meses (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016). Foi um dos primeiros declínios acentuados registrado em demonstrativo de 13 anos ininterruptos de crescimento no setor.

Uma análise feita pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar em novembro de 2016 mostra que o total de beneficiário em planos de saúde médico-

hospitalares segue em declínio e há registros da perda de 1,5 milhões de vínculos. Destes, a maior parcela de vínculos rompidos concentra-se na região sudeste do Brasil (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

Gráfico 1. Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - dezembro/2000-março/2016).



Fonte: TabNet/ANS – 2016.

A população que deixa de ser assistida pelos planos privados de saúde, impossibilitada de pagar as mensalidades devido ao aumento exorbitante nos valores dos prêmios, será drenada para o SUS. Mesmo quando coberta pelos planos, a população, em casos de assistência de alta complexidade, como tratamento de câncer, hemodiálise, transplante de órgãos, entre outros, em sua maioria também voltam a utilizar o sistema público de saúde.

Do montante total de beneficiários de planos no Brasil, aproximadamente 80% possuem planos coletivos de assistência médica. A tabela 1 mostra a evolução do número de beneficiários e a evolução apenas em planos de contratação coletiva, ambos registrados pela ANS. Nestes dados é possível perceber um crescimento entre os anos 2000 e 2015, nos dois âmbitos de evolução.

Tabela 1. Evolução do número de beneficiários total e em planos coletivos de saúde, segundo a ANS de 2000 a 2016.

Ano	Evolução nº de beneficiários	Evolução nº de beneficiários planos coletivos	
	nº	nº	%
dez/00	30.966.522	10.952.119	35,0
dez/01	31.420.006	13.354.007	42,5
dez/02	31.510.309	15.815.427	50,0
dez/03	32.074.667	19.300.495	60,0
dez/04	33.840.716	22.357.637	66,0
dez/05	35.441.349	24.393.635	68,0
dez/06	37.248.388	26.355.626	70,0
dez/07	39.316.313	28.131.429	71,0
dez/08	41.468.019	30.555.136	74,0
dez/09	42.561.398	31.857.508	75,0
dez/10	44.937.350	34.157.095	76,0
dez/11	46.027.108	35.492.187	77,0
dez/12	47.722.948	37.482.905	78,0
dez/13	49.346.927	39.142.359	79,0
dez/14	50.394.741	40.191.159	80,0
dez/15	49.441.541	39.458.094	80,0
mar/16	48.824.150	38.893.068	80,0

Fonte: Elaboração própria, TABNET, ANS. 2016

De acordo com a Resolução Normativa RN nº 195 da ANS de 2009, os planos coletivos de saúde tem dois formatos: coletivos por adesão e coletivos empresariais. O contrato coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura a uma população delimitada e vinculada à pessoa jurídica contratante, por relação empregatícia ou estatutária. No plano privado coletivo empresarial, com número de participantes igual ou maior do que 30 beneficiários, não podem ser exigidos o cumprimento de carências ou existir cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária nos casos de doenças ou lesões preexistentes.

Além do plano coletivo empresarial, existe o plano coletivo por adesão. Tal modalidade de assistência à saúde é, de acordo com a RN nº 195, aquele que oferece cobertura à população que tenha vínculo com conselhos profissionais e entidades de classe: sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações; cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; caixas de assistência e fundações de direito privado e

outras pessoas jurídicas de caráter profissionais autorizadas pela ANS. Desde que exista previsão contratual, o grupo familiar do beneficiário, até o terceiro grau consanguíneo e até o segundo grau, por afinidade, poderá aderir ao plano.

Considerando-se a abrangência do mercado de planos de saúde no Brasil, a legislação nº 9656/1998 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde delimita reajuste anual aprovado pela ANS apenas aos planos individuais e/ou familiares, quando contratados após a vigência da referida lei. Porém, o raio de ação de tal reajuste é pequeno e não abarca a maioria dos contratos, que são os de planos coletivos de saúde (OCKÉ-REIS; CARDOSO, 2011). Para os coletivos, os reajustes se dão através de livre negociação entre a operadora do plano de saúde e o representante do grupo contratante, sem interferência da ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

A evolução do número de beneficiários de planos coletivos de saúde demonstra a força dessa modalidade e a importância da análise dos contratos no universo do segmento privado de saúde. De acordo com dados da ANS, no período de março/2013 a março/2014, o percentual de beneficiários cobertos por planos coletivos de assistência médica passou de 62,5% para 79,1% do total, o aumento mais significativo ao longo dos anos. Em ambos os casos predominam os planos coletivos empresariais. Esta variação é devida, em parte, à forte redução do número de beneficiários em planos coletivos por adesão e em planos sem identificação do tipo de contratação do plano (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014).

O mapeamento da atividade suplementar de saúde se faz necessária, principalmente para analisarmos a situação a partir da ótica do financiamento da saúde no país. A desigualdade na distribuição dos recursos financeiros para a saúde nos leva a repensar o motivo pelo qual ainda não foi possível afirmar os pressupostos institucionais do SUS (OCKÉ - REIS, 2015).

No Brasil, o gasto total em saúde corresponde a 9% do Produto Interno Bruto (PIB). Porém, deste percentual, apenas 47% são recursos governamentais designados ao gasto público, o que representa menos da metade do montante total destinado ao financiamento do SUS. Já o setor privado, que atende ¼ da população brasileira, é responsável por 53% do gasto em saúde (VIANA et al., 2013).

Ao fazer um panorama com demais países de sistemas universais, aos quais o sistema de saúde brasileiro mais se assemelha, a exemplo, a Inglaterra, cerca de 12% da população possui seguros de saúde complementar, ou seja, para cobrir procedimentos ou tratamentos alternativos aos oferecidos pelo sistema público. (BOYLE, 2011). Já no Brasil, 25% da população possui seguro de saúde suplementar. Santos (2008) faz uma distinção importante entre seguros complementares e suplementares. Nos seguros suplementares há comercialização de planos de saúde que oferecem serviços que já são cobertos pelo sistema público universal ou pelo seguro social de adesão compulsória. Já o seguro complementar é caracterizado pela compra de serviços para complementar o acesso a serviços que não são cobertos pelo sistema público, ou o são parcialmente cobertos. A título de ilustração, o gasto em saúde na Inglaterra gira em torno de 9,1% do PIB, dos quais 83% é financiamento público (CYLUS, 2015).

Registros da literatura sobre economia da saúde evidenciam que em países com sistema de saúde predominantemente privado e assistência à saúde ofertada via seguro, como é o caso dos Estados Unidos, 90% da população é coberta através de seguro de saúde estabelecido mediante o vínculo formal de trabalho (GRUBER, 1998). No entanto, também se pode observar a iniquidade da assistência prestada à saúde dos indivíduos e os gastos em saúde elevados. Nos Estados Unidos, este gasto em 2009 representou 16,9% do PIB, o maior dentre os países desenvolvidos (WORLD BANK, 2012).

O aspecto primordial quando se fala em assistência privada ou pública à saúde passa por um notório processo cujo objetivo final é o cuidado integral a saúde da população. Dessa forma, vale ressaltar que o usuário que opta pelo pagamento de um plano de saúde, para ter direito ao acesso aos serviços privados, não necessariamente dispõe de uma assistência abrangente e de qualidade.

2.4 Os planos de saúde como objeto de negociação coletiva nas pautas reivindicatórias sindicais

Hoje no Brasil, conforme dados da ANS (2016) anteriormente expostos, aproximadamente 80% do mercado de planos de saúde é firmado através dos planos coletivos de saúde nas suas diversas modalidades. Essa realidade é

permeada pela relação entre os trabalhadores formais do país e a contratação coletiva de planos de saúde.

As relações dos trabalhadores e suas bases sindicais no Brasil, em seu âmbito coletivo, tomam dimensões importantes e impactam principalmente sobre as negociações coletivas, que se configuram como uma etapa essencial para a construção ou ampliação de direitos dos trabalhadores. Dentre os benefícios reivindicados pelos trabalhadores estão os relativos à assistência à saúde. As pautas reivindicatórias da saúde ainda são discutidas superficialmente e por vezes tratam do tema de forma desarticulada, sem uma preocupação com os fatores determinantes no processo saúde-doença (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDO SOCIOECONÔMICOS, 2015).

Os resultados das negociações coletivas realizadas diretamente entre trabalhadores organizados em suas bases sindicais e empresários expressam-se, por meio de dois instrumentos normativos: convenções coletivas de trabalho, quando as partes da negociação forem representadas por entidades representativas dos trabalhadores e entidades representativas das empresas, e acordos coletivos de trabalho, quando a negociação se dá entre entidades sindicais representativas de trabalhadores e empresas ou grupo de empresas. Ambos os instrumentos devem ser registrados nas Delegacias Regionais do Trabalho e dessa forma, adquirem força de lei (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDO SOCIOECONÔMICOS, 2004).

As práticas e resultados das negociações coletivas passaram por mudanças expressivas, principalmente após o ressurgimento do movimento sindical brasileiro a partir das primeiras greves do ABC paulista, na década de 1980. Com isso, houve fortalecimento do movimento sindical que, por sua vez, acompanhou as transformações que os próprios campos do conhecimento e a sociedade brasileira experimentaram, principalmente no que tange à ampliação dos direitos sociais estabelecidos legalmente, via cláusulas negociadas entre sindicatos e empresas (AMORIM, 2009).

Os primeiros acordos e convenções coletivas surgem nas últimas décadas do século XX, em geral ligados às indústrias em seu período de ascensão, com forte implantação sindical. O processo de negociação requer que aqueles que se disponham a negociar se organizem e recriem formas de manifestação com foco no interesse coletivo. A Constituição Federal de 1988 formaliza as modificações do

processo de negociação coletiva e, a partir de 05 de outubro do mesmo ano, as convenções coletivas passaram a ter força de lei perante a Justiça do Trabalho (MELO, 1991).

O ponto de partida para discussão da temática começa no momento em que os trabalhadores, junto às suas entidades sindicais, reivindicam o ajuste salarial anual e revisam condições de trabalho fixadas em acordo, que compreendem diversos assuntos de abrangência social, como saúde, auxílios, condições de trabalho, direitos sindicais, acesso à informação, organização e gestão do trabalho e relações de trabalho em si (CARDOSO; MORGADO, 2012).

A respeito da pauta saúde, já é sabido que a empresa empregadora tem uma forte atuação junto aos representantes do poder público e que estes somam esforços e pleiteiam, em comum acordo, benefícios para si e para os trabalhadores. As empresas empregadoras, sindicatos e representantes do poder público, todos esses atores compõem o âmbito decisório da negociação coletiva.

Porém, muitas vezes, as garantias presentes nos documentos, que tem força de lei, são reproduções de garantias já determinadas pela legislação. Por um lado, essa constatação demonstra o quanto ainda é preciso avançar e, ao mesmo tempo, evidencia o quão difícil é negociar sobre o tema saúde, dada a sua relação direta com o estado de bem estar das pessoas (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDO SOCIOECONÔMICOS, 2015).

Os processos de acomodação dos interesses dos trabalhadores (e suas organizações sindicais) relacionados à assistência à saúde são pouco conhecidos, mas estão elencados como objeto de negociações anuais entre categorias de trabalhadores e empregadores. O Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos, órgão de assessoramento das organizações sindicais para negociações salariais, apresenta o registro das reivindicações de saúde no período de 1993 a 2012 através do Sistema de Acompanhamento de Contratação Coletiva.

Embora presentes nas pautas de reivindicações dos sindicatos há bastante tempo, tais temas, como a saúde, vem recebendo maior atenção por parte dos trabalhadores e suas bases sindicais. Nessas questões, as negociações vão além do tradicional embate entre capital e trabalho (AMORIM, 2009).

Por si só, o movimento de negociação coletiva não define qual tipo de assistência à saúde será prestada aos trabalhadores, apenas acorda entre

entidades sindicais e empresariais a obrigatoriedade da oferta de assistência médica. O próximo passo de contratualização de uma operadora de planos de saúde acontece entre a empresa empregadora e a operadora de planos, excluindo-se os trabalhadores. Ou seja, a participação dos trabalhadores é restrita ao âmbito da negociação coletiva.

Neste contexto, os planos de saúde tornaram-se, ao longo dos anos, objetos de desejo para a população brasileira, principalmente para os trabalhadores, com vetores históricos favoráveis ao processo.

2.5 Apontamentos atuais do setor privado de saúde no Brasil

Desmembrar o histórico do sistema de saúde brasileiro, com foco no segmento privado, nos leva a pensar nos caminhos atuais e futuros deste subsetor, apoiado por parcela da população que entende, superficialmente, a privatização da saúde como solução das problemáticas do financiamento do setor e prestação da assistência. Esse ponto de vista, ainda que contrário ao propósito do SUS, é apoiado por parte do atual governo e por executivos que circulam entre cargos públicos e empresas (BAHIA, 2016).

Dentre as ameaças aos direitos sociais já alcançados, a maior delas se relaciona a ações que culminariam no desmonte do SUS, que de subfinanciado passou a ser um financiamento inviável para o orçamento. O Congresso Nacional promulgou em dezembro de 2016 a Emenda Constitucional 95/2016, que limita por 20 anos os gastos públicos, dentre eles, os investimentos em saúde e educação².

Em meio às constantes tentativas de rompimento com o sistema de saúde único e gratuito, revestidas de interesses prioritários do mercado e expresso por parlamentares que praticam de forma irrestrita a comunhão com o setor empresarial, surgiram algumas proposições. Especificamente nos últimos dois anos assistem-se articulações que favorecem a manutenção e crescimento do setor privado de saúde no país, principalmente do segmento suplementar.

Em 22 de dezembro de 2014, ao apagar das luzes do congresso para o recesso do fim de ano, foi elaborada uma proposta de emenda a constituição (PEC)

² A emenda Constitucional 95/2016 foi promulgada em 15 de dezembro de 2016. Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

conhecida como PEC 451³. A ementa da PEC remete ao direito a inclusão do plano de assistência à saúde como garantia fundamental, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício. Tal projeto encontra-se em tramitação à espera do parecer do relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) da Câmara Federal.

A proposta viola o SUS, passa por cima das diretrizes da Constituição Federal e retoma um modelo assistencial praticado nos moldes do antigo INAMPS. Porém, a realidade expressa nos mostra que os trabalhadores e suas respectivas bases sindicais lutam pelo direito aos planos de assistência médica à saúde, o que vai ao encontro das premissas de lucratividade dos empresários da saúde.

Outro episódio de investida no setor privado de saúde foi a abertura ao capital estrangeiro, aprovado através da MP 656⁴, sancionada por meio da Lei nº 13.097⁵ de 19 de janeiro de 2015. Todo este trâmite modifica a lei orgânica da saúde Lei nº 8080/90, permitindo a participação direta ou indireta do capital estrangeiro na assistência à saúde. Ao longo dos últimos anos, por meio de lacunas na legislação, a saúde já vinha incorporando grandes grupos de investidores internacionais no setor privado, como exemplo o Grupo *Carlyle*, acionista da *Qualicorp*, e da *Unitedhealth* (CRUZ; NETO, 2016).

O Ministério da Saúde, instância máxima de regulação da saúde no país, em 04 de agosto de 2016 criou através da portaria nº 1.482⁶, um grupo de trabalho composto por comissão técnica, sem a participação da sociedade civil, para elaborar o projeto denominado “Plano de saúde acessível”. Estes são caracterizados como planos de saúde com carteira de serviços menor do que o definido pela ANS como cobertura mínima obrigatória, comercializados a preços populares. A adesão a esse

³A Proposta de emenda a Constituição (PEC) 451 é de autoria do Ex-presidente da câmara de deputados, o Sr. Eduardo Cunha. A última ação legislativa aconteceu em 18 de março de 2015 e até o momento encontra-se em tramitação. Na íntegra, a PEC Insere inciso XXXV e altera o parágrafo único do art. 7º da Constituição Federal, incluindo o plano de saúde como garantia fundamental do trabalhador.

Acesso em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=861000>

⁴ A medida provisória nº 656 de 07 de outubro de 2014 foi convertida na Lei nº 13097 de 2015, em curto prazo de tramitação na casa legislativa.

⁵A lei nº 13.097, por sua vez, dá abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde ao alterar o artigo 142 da lei nº 8080/90, que passa a permitir a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde em determinados casos.

⁶ A portaria nº. 1.482 estabelece um grupo de trabalho para discussão do plano de saúde acessível composto por representantes, titulares e suplentes do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSEG), sendo excluídas as organizações da sociedade civil.

tipo de plano seria voluntária. Este movimento tem por finalidade consolidar o privado como prioridade pública numa tentativa de resolução dos problemas do setor saúde.

Tão importante quanto a análise das mudanças ocorridas no segmento suplementar de saúde é a discussão acerca do segmento privado autônomo/liberal, que vem se estabelecendo por meio de um arranjo regulamentado informalmente pelo Ministério da Saúde ou pelos conselhos de classe, conhecido popularmente como “clínicas populares”, estrutura que tem crescido nos últimos anos. Estas clínicas oferecem atendimento médico a baixo custo e seguem em expansão atendendo principalmente ao seguimento da população desempregada que deixou de ter o plano de saúde coletivo.

Um ponto relevante nessa discussão diz respeito à saúde se tornar um bem de consumo, apenas comerciável, de acesso limitado a quem tem dinheiro para financiá-la, chegando a ponto de ocorrer gastos catastróficos com saúde. As articulações lucrativas do empresariado ganha força quando apoiada por atores sociais financiados para agirem a favor dos mesmos, em detrimento da fragilidade enfrentada pelo Sistema Único de Saúde, público, universal e gratuito, conquistado para todos os cidadãos.

Em entrevista ao jornal O Globo, a pesquisadora e professora em saúde coletiva Lígia Bahia discorre sobre o tema e diz:

[...] Empresários da saúde têm força social para impor interesses, conferem-lhes estatuto de política pública. Influenciam parlamentares, ministros de Estado e contratam porta-vozes entre executivos que ocuparam cargos públicos no modelo portal giratório (sai da empresa, vai para o governo, volta para a empresa e sempre mantém um pé dentro e outro fora). Esse time fica encarregado de apresentar propostas para remendar a legislação e afirmar que o Brasil não está e nunca estará preparado para ter um sistema de saúde moderno (BAHIA, 2016).

Em um cenário de grandes perdas, as ameaças de retrocesso continuam presentes. As propostas privatistas em curso no setor saúde potencializam a participação do setor privado sob diversas conformações. Os setores econômicos, com suas articulações e negociações constantes, têm colocado em cheque a viabilidade do sistema público de saúde, já em curso há 28 anos no país. O crescimento do setor privado implica em segmentação do mercado e compromete a equidade nos serviços e na saúde de toda a população, contrariando a lógica do SUS (PAIM, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a contratação coletiva de assistência médica sob o olhar das empresas e sindicatos envolvidos no processo de negociação, no ramo de indústrias metalúrgicas em Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar a modalidade de assistência à saúde ofertada pelos planos no período de 1993 a 2012;
- Identificar os temas das cláusulas de assistência médica negociadas pelos participantes de pesquisa no período de 1993 a 2012;
- Caracterizar as cláusulas de assistência médica constantes do SACC/DIEESE com base na perspectiva da evolução da contratação dos planos coletivos.
- Descrever o perfil dos atores sociais envolvidos na negociação e contratação de planos de saúde coletivos através da análise documental e entrevistas;
- Compreender o processo de contratação de planos coletivos de saúde, a partir das falas dos participantes da pesquisa;

4 METODOLOGIA

O percurso metodológico desta dissertação começa com a construção do referencial teórico, que nos ajuda a compreender parte do problema. Em seguida, partimos para a condução do estudo, que se desmembra de uma pesquisa na qual se analisou cláusulas resultantes do processo de negociação coletiva, classificadas como de assistência médica à saúde, constantes do Sistema de Acompanhamento de Contratação Coletiva (SACC). O SACC é um banco nacional de dados de negociações sindicais organizado pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos socioeconômico (DIEESE).

Em determinado ponto da discussão acerca do objetivo da pesquisa que dá estrutura ao trabalho, concluímos que a abordagem qualitativa se fazia necessária para realizarmos o estudo de campo, a fim de compreender aspectos da contratação de planos coletivos de saúde na perspectiva dos atores sociais envolvidos no processo.

Investigadores da área da saúde ainda têm certa restrição ideológica ao uso das metodologias de investigação qualitativa e tende a prevalecer, neste meio, as práticas hegemônicas dos estudos embasados em abordagens quantitativas e estatísticas (RIBEIRO, et al. 2016).

A pesquisa qualitativa trabalha com um conjunto de fenômenos humanos representados pela busca dos significados, dos motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, e pode ser entendida como um desenho de pesquisa que responde a questões singulares que não podem ou não são passíveis de quantificação (MINAYO, 2010).

Os métodos qualitativos têm muito a oferecer aos que estudam no âmbito da saúde e suas derivações, devido a sua natureza se concentrar na procura de significados que os sujeitos envolvidos com o fenômeno estudado atribuem aos mesmos. Diferente das análises quantitativas, os resultados não se afirmam apenas na generalização estatística. Centra-se a aposta na atribuição de significado, dando formato e sentido a partir dos procedimentos de pesquisa para torná-la significativa (RIBEIRO et al., 2016).

Neste sentido, ao avaliarmos as várias contribuições da pesquisa qualitativa, delineamos esse tipo de abordagem para a construção do trabalho. Discriminamos

abaixo as etapas pelas quais percorremos para construção e apresentação da dissertação, respaldada no paradigma qualitativo.

4.1 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa interpretativa, o qual se dedica a uma investigação empírica que analisa um fenômeno social, cujos limites com o seu contexto não estão claramente definidos. Consiste em um método abrangente, com a lógica do planejamento, da coleta e da análise de dados (YIN, 2010).

O procedimento construído no estudo de caso supõe que se pode adquirir conhecimento do fenômeno estudado a partir da exploração intensa de um único caso, ou de um caso múltiplo, e o processo de pesquisa é organizado em torno de questões que se referem ao “como” e ao “por que”, na busca de como se deu e a causa da investigação de determinado assunto, respectivamente, a fim de compreendê-lo (YIN, 2010). No caso específico deste trabalho, a pesquisa foi centrada em questões que se referem a como os processos das contratações coletivas se dão no âmbito sindical e empresarial.

Algumas expectativas da metodologia estudo de caso são apontadas por Gil (2009), e encaixa-se nesta pesquisa como, por exemplo, a exploração de situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos, descrição do contexto em que está sendo feita uma determinada investigação e explicação das variáveis causais de determinado fenômeno, em situações complexas que não permitam o uso de levantamentos e experimentos.

Segundo pontos traçados por YIN (2010) buscou-se na presente dissertação evitar as críticas que tem sido feitas aos estudos de caso com intuito de torná-lo o mais significativo possível. Os próprios formuladores dos estudos qualitativos na área das pesquisas sociais tinham, em geral, convicções de que nenhuma investigação dessa natureza nasce de ideias vagas. Ao se interrogar sobre um problema que supostamente esteja interferindo na vida coletiva, o investigador o faz com base nos pressupostos, em teorias propostas, ou até mesmo na prática cotidiana. Isto acaba funcionando como juízo de valor.

As marcas de juízo de valor não têm como ser eliminadas totalmente. A única forma de controlá-las é tomando consciência de que elas existem, registrá-las

objetivamente e diante da interpretação dos entrevistados, usá-lo para tomar distância que leve a possibilidade de influência do pesquisador, falta de rigor, pouco suporte para generalizações e demanda extensa para conclusão dos estudos. Para controlar o viés da pesquisadora, ou seja, evitar que a sua visão a priori do objeto de estudo interferisse na resposta do entrevistado ou até mesmo na análise posterior, atentou-se aos pontos fracos do estudo de caso.

Na figura 1 temos a representação do desenho de pesquisa e seleção dos sujeitos de pesquisa. Uma seleção significativa é aquela que se serve da posição dos sujeitos envolvidos com o objeto de estudo, capazes de dar sentido e significado ao objeto estudado. Por isso, entre vários sujeitos que poderiam conversar com a pesquisadora, escolhemos dois sujeitos que se situam em posições diferentes e que por conseqüência poderiam fornecer significados diferentes sobre a contratação de planos coletivos de saúde.

Figura 1: Desenho da pesquisa



Fonte: Elaboração própria, 2016.

4.2 Escolha dos casos e critérios de elegibilidade

Os sujeitos selecionados foram primeiramente escolhidos no banco do SACC/DIEESE mediante os critérios de elegibilidade e seleção, tanto para empresa quanto para o sindicato, sendo eles: a) ter maior proporção de cláusulas de assistência médica à saúde no SACC/DIEESE no estado de Minas Gerais b)

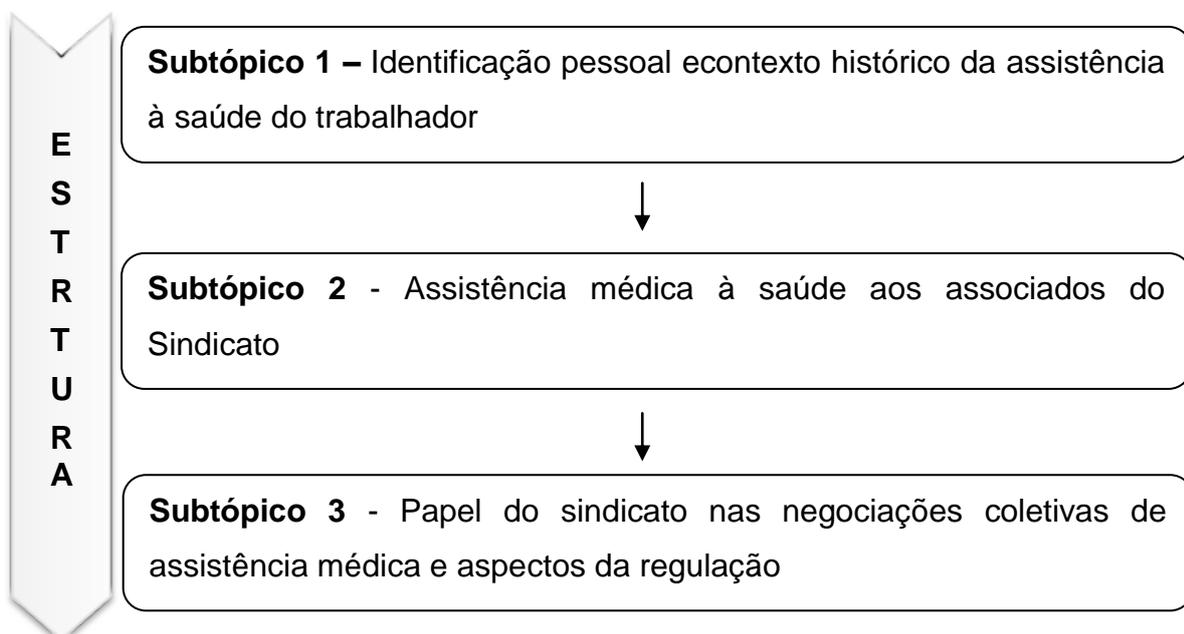
aceitação dos atores sociais para participar da pesquisa b) preferencialmente estar sediado em Belo Horizonte – MG.

Os sujeitos de pesquisa selecionados são dois atores sociais envolvidos no universo da contratação e negociação dos planos coletivos de saúde - sindicatos e empresas empregadoras – de indústrias do ramo metalúrgico situadas no estado de Minas Gerais. Estes foram selecionados com base na capacidade dos sujeitos de pesquisa de tornar os dados da entrevista significativos para o propósito do objeto de estudo.

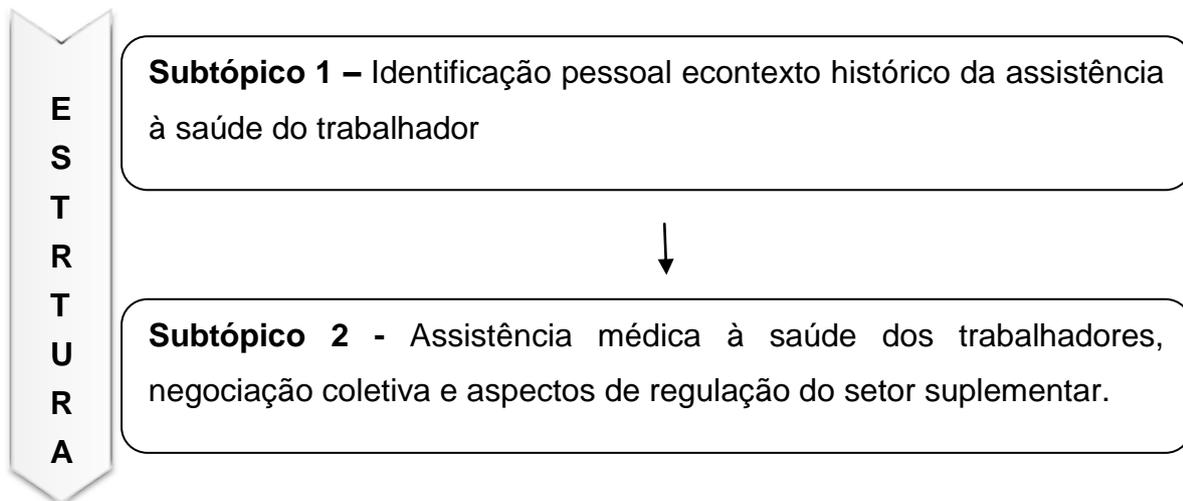
4.3 Instrumentos da coleta de dados

Os dados primários utilizados na pesquisa são originados das entrevistas com abordagem direta e em profundidade feitas pela pesquisadora. A entrevista em profundidade é adequada para pesquisas nas quais há pouco conhecimento sobre o fenômeno estudado ou onde percepções detalhadas são necessárias e possíveis a partir de pontos de vistas individuais (OLIVEIRA, et al., 2012).

Foram analisadas 02 (duas) entrevistas com alto grau de reflexão e riqueza de detalhes. Nelas procurou-se compreender os processos envolvidos no objetivo da pesquisa através de um tópico guia direcionado. A entrevista 01 (E1), realizada no dia 20 de maio de 2016 com o secretário de saúde do Sindicato-caso foi estruturada em três momentos distintos, a pedido do entrevistado. Dessa forma, o tópico-guia (Apêndice 1) utilizado, composto por 13 (treze) questões norteadoras para orientar a entrevista, foi também subdividido em três partes conforme esquema abaixo:



A entrevista 02 (E2), feita com o gerente executivo da área de relações de trabalho e benefícios da empresa-caso foi realizada em um único encontro com o participante de pesquisa, na cidade de Belo Horizonte – MG onde está sediada a empresa, no dia 02 de junho de 2016. Utilizou-se o tópico guia composto por 12 (doze) questões norteadoras (Apêndice 2) desenvolvidas para extrair as informações pertinentes ao objeto de pesquisa. Este foi subdividido em duas partes, conforme o esquema abaixo:



Também foi feita a análise documental das cláusulas denominadas de assistência médica registradas pelo SACC/DIEESE no período de 1993 a 2012. Os dados das cláusulas foram tabulados em planilhas do Excel[®] a fim de levantar quais os temas sobre assistência médica via planos de contratação coletiva estavam presentes nas convenções e acordos coletivos.

A pesquisa é alicerçada no estudo desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde (GPES/UFMG), através do projeto “A saúde suplementar do ponto de vista dos contratos coletivos: uma análise das contratações e negociações coletivas”, apoiado pelo Edital nº 05/2014 OPAS/ANS. Os dados secundários analisados são provenientes do banco de dados do Sistema de Acompanhamento de Contratações Coletivas (SACC) do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), desenvolvido para o registro e recuperação de informações constantes de acordos e convenções coletivas de trabalho de diversas categorias profissionais no Brasil.

4.4 Procedimentos de estudo

O período considerado para realização das entrevistas compreende os meses de maio e junho de 2016 e o período considerado para a análise do conteúdo das cláusulas de assistência médica constantes das negociações coletivas foi de junho a dezembro de 2015.

4.5 Cenário de estudo

As entrevistas foram realizadas no expediente administrativo da empresa-caso, em Belo Horizonte – MG e na sede do Sindicato-caso em Contagem – Minas Gerais. Este cenário foi delimitado pelos atores sociais envolvidos na pesquisa, de acordo com a disponibilidade de encontro dos mesmos.

4.6 Coleta de dados

No mês de maio e junho de 2016 foi realizado o trabalho de campo para proceder às entrevistas com os representantes da empresa e do sindicato selecionados. Após a transcrição, tivemos encontros periódicos para a orientação e ajustes nas entrevistas para então proceder à análise das falas.

Os dados foram coletados pela pesquisadora, por meio de um tópico guia contendo perguntas abertas construídas pela pesquisadora com base em um roteiro utilizado no relatório de pesquisa intitulado “O trabalhador brasileiro e a saúde suplementar: relações de consumo”⁷ e de uso exclusivo para a pesquisa.

O caminho percorrido para conseguir o contato com os atores sociais em questão, no âmbito do sindicato, se deu em primeiro momento mediante o acesso a pessoas-chave ligadas ao movimento sindical, seguido de reuniões com parte do elenco do Sindicato-caso. O dirigente sindical e advogado do sindicato definiram que o secretário de saúde seria o melhor respondente para a pesquisa. Já no âmbito da empresa, o contato se deu via e-mail enviado ao setor de recursos humanos da empresa-caso que nos direcionou ao dirigente executivo da área de relações e benefícios, responsável pelas questões que envolvem o objetivo desta dissertação.

⁷ Relatório de pesquisa desenvolvido mediante o Convênio ANS/DIEESE – Nº 03/2008.

4.7 Análise dos dados

Realizamos a análise do conteúdo das 2530 cláusulas presentes nos registros do SACC/DIEESE para identificar os principais temas que compõem o cenário das negociações coletivas relacionadas à saúde no Brasil.

Em seguida, foram analisadas as 88 cláusulas negociadas pelo sindicato-caso e empresa-caso. Avaliou-se o tema negociado, o âmbito de negociação e a data-base dos acordos, a fim de estratificar apenas as cláusulas relacionadas à assistência médica via planos de saúde. Neste recorte, encontramos 16 cláusulas sobre assistência médico-ambulatorial, hospitalar e odontológica (planos de saúde) no âmbito do sindicato e seguindo a mesma condição, 21 cláusulas no âmbito da empresa.

A partir desta leitura, realizamos a análise das entrevistas feitas com os atores sociais participantes da pesquisa. Como estratégia de interpretação dos dados primários obtidos, utilizamos a análise do discurso embasada teórica e cientificamente, nas concepções de Michel Foucault.

4.7.1 Teoria da análise dos dados

Caregnato e Mutti (2006) relatam que a análise do discurso é frequentemente utilizada na pesquisa qualitativa com enfoques variados e fundamentados em diferentes tradições teóricas. Existem diversas linhas de análise de conteúdo com estilos diferentes. Estima-se que existam no campo “provavelmente ao menos 57 variedades de análise de discurso” (GRILL, 2002).

Diante da vasta possibilidade teórica de se utilizar a análise de discurso, nesta dissertação embasamos a interpretação do discurso na perspectiva de Michael Foucault (2008). Para esse autor, o discurso é constituído por uma unidade elementar denominada enunciado, e este permite que existam os conjuntos de signos. Foucault define ainda que “o limiar do enunciado seria o limiar da existência dos signos”. Portanto, os signos são formas que se impõem aos enunciados e que os regem do interior. Assim, são utilizados para além de designar coisas e falas, tornando-os irredutíveis ao ato da fala e da linguagem.

A partir da abordagem proposta por Foucault, a análise de discurso tem como objetivo:

Não mais tratar os discursos como conjuntos de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos e representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. (Foucault, 2008, p. 55).

Para proceder à análise, é pertinente que cumpramos alguns preceitos metodológicos, e aqui tomamos como referência as leituras que Fischer (2001) faz sobre a obra de Foucault. Dentre eles adotamos os procedimentos básicos de “recusar as explicações unívocas, as fáceis interpretações e igualmente a busca insistente do sentido último ou do sentido oculto das coisas” e ser capaz de conectar relações históricas concretas que permeiam o discurso.

Ao utilizar a análise do discurso temos como expectativa tentar entender e explicar como se constrói o sentido de um texto e como esse texto se articula com a história e a sociedade que o produziu. O discurso é um objeto, ao mesmo tempo, linguístico e histórico; entendê-lo requer a análise desses dois elementos simultaneamente (GREGOLIN, 1995).

Portanto, a construção dos dois discursos analisados passa por toda essa trajetória metodológica da análise do discurso proposta por Michael Foucault e contempla a recuperação da posição do sujeito no discurso, análise contextual política e histórica dos argumentos e análise conceitual do discurso.

4.8 Vantagens e limitações do estudo

Esta dissertação parte da análise dos dados provenientes do SACC/DIEESE e das entrevistas feitas com os atores sociais estratificados a partir do banco.

Os dados foram trabalhados pelo Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG, o qual a mestrandia faz parte. Para a análise do banco, foram consideradas somente as cláusulas que versam sobre a negociação e contratação de assistência médica aos trabalhadores.

Os dados primários que também fazem parte das análises do estudo foram obtidos através das entrevistas em profundidade. Não diferente das outras fontes de dado, possui vantagens que consiste na possibilidade de explorar o problema em pauta em suas dimensões e aproximação do pesquisador com os dados coletados.

Como desvantagens, os dados primários apresentam prazos mais longos da coleta, maiores custos investidos na realização da pesquisa de campo e viés do respondente (MALHOTRA, 2001).

Tentou-se amenizar as possíveis desvantagens da coleta dos dados primários por meio da construção de um processo de pesquisa nas condições citadas no item 4.1 da metodologia.

4.9 Confidencialidade e aspectos éticos

Os aspectos éticos e a confidencialidade do estudo foram preservados. O estudo é parte do projeto “A Saúde Suplementar do ponto de vista dos contratos coletivos: uma análise das contratações e negociações coletivas”, apoiado pelo edital 05/2014 OPAS/ANS e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, em 26 de novembro de 2015, Parecer Nº 1.338.593 (Anexo I). Os sujeitos de pesquisa tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o assinaram, seguindo os princípios éticos da resolução nº 466/12.

5 CONTEXTO DA PESQUISA

Discriminamos abaixo a caracterização dos atores sociais participantes da pesquisa, de acordo com o âmbito de negociação de cada um. Nos anexos VI e VII podemos verificar todas as cláusulas que foram negociadas pelo sindicato e pela empresa, registradas no SACC.

Para garantir a integridade e sigilo da identificação das instituições participantes desta pesquisa, assim como dos respectivos respondentes, os casos estudados serão denominados como sindicato-caso e empresa-caso. Ambos são instituições de grande porte, localizadas em Minas Gerais e do ramo metalúrgico/siderúrgico.

Sindicato – caso

A história deste sindicato-caso começa em 11 de agosto de 1934 quando um pequeno grupo de trabalhadores que acreditavam que a organização, a união e o comprometimento de uma classe com a luta poderiam guiar toda uma categoria por um caminho de conquistas e vitórias. Assim, nesta data fundaram o Sindicato. Em 2014 comemorou-se 80 anos do sindicato, contemplado por uma história revestida de períodos conturbados e muitas conquistas.

Atualmente, a entidade sindical representa uma base territorial de 08 (oito) municípios incluindo Belo Horizonte, Contagem, Ibirité, Sarzedo, Ribeirão das Neves, Nova Lima, Raposos e Rio Acima, e cerca de 80.000 trabalhadores, formando, portanto, o maior sindicato operário do estado e o terceiro do país. A história de luta para ascensão da classe operária se dá desde o combate contra a opressão na ditadura e pela redemocratização do país.

A estrutura organizacional e hierárquica do sindicato é composta pelas diretorias executivas, conselho fiscal e diretoria plena. Para o que é de interesse neste estudo, a unidade de análise é uma das secretarias que compõem a diretoria executiva, denominada como secretaria de saúde do trabalhador. A atividade desenvolvida pela secretaria de saúde compreende, dentre outras atividades, o assessoramento da diretoria em negociações coletivas com a FIEMG, discutindo a pauta da saúde do trabalhador, sob a supervisão do Senhor A. P. A.

A escolha do sindicato, além de compreender uma amostra intencional dentro do banco de dados SACC/DIEESE, tomou como referência ser este um sindicato filiado a Central Única dos Trabalhadores (CUT). A opção pelo seguimento cutista se justifica pelo fato de esta central sindical ter em geral, em relação às demais, uma trajetória de lutas relativamente contínua em defesa da saúde dos trabalhadores; maior capacidade de organização, participação política e sindical; e hegemonia da representação político-sindical dos trabalhadores. Desde meados dos anos 1980 são perceptíveis tendências de um sindicalismo de novo tipo que se desenvolvia, por exemplo, no seio da CUT, com o predomínio de ações propositivas e participativas (ALVES, 2002).

Dentre as pautas sociais da base sindical metalúrgica, a saúde aparece como questão eleita pelos trabalhadores como primordial. Mediante isso, embasados no argumento de ineficiência de atendimento da demanda existente no SUS, o sindicato possui uma estrutura médica própria e conta com atendimento médico especializado em diversas áreas. No ambulatório, localizado na sede em Contagem – MG são oferecidas consultas em sete especialidades: clínica médica, ortopedia, ginecologia, dermatologia, urologia, cardiologia e pediatria, de segunda a sábado.

Além da assistência médica prestada por meio de serviço próprio, o sindicato tem se dedicado à defesa da saúde dos trabalhadores metalúrgicos e enfrenta uma luta constante para garantir que as empresas empregadoras cumpram as normas estabelecidas em acordos coletivos sobre a saúde, segurança e higiene nos locais de trabalho. Destacamos que o sindicato conta apenas com o serviço de atendimento médico próprio, ou seja, não possui convênio com uma operadora de planos de saúde para oferta aos seus trabalhadores.

Empresa - caso

A empresa-caso participante deste estudo é uma indústria siderúrgica fundada no Brasil em 1944. A história da empresa, de grande importância no cenário nacional e no ramo siderúrgico, passa por um processo de mudança substancial no ano de 1992, quando é transferida para a gestão privada. A empresa experimentou transições jurídicas, dentre elas as mais importantes ocorrem no ano de 2007 e 2011, quando dá origem à atual estrutura, concentrada em seis plantas principais, localizadas no Brasil, Bélgica e França.

No Brasil, a empresa está sediada em Timóteo – MG e é produtora integrada de aços planos inoxidáveis e elétricos. Atualmente a sede da empresa no Brasil tem mais de 2.000 empregados.

A Empresa oferta aos seus empregados um amplo programa de benefícios relacionados à saúde. A preocupação com a questão da saúde é uma das pautas sociais prioritárias da empresa e tem foco na prevenção de agravos. Para isso, a empresa desenvolveu o Programa Saúde e Vida, que segundo o respondente, é um dos mais completos em termos de abrangência e cobertura no segmento siderúrgico. Ele é composto por um Plano de Assistência à Saúde, Plano Odontológico, Plano Farmacêutico e Serviço de Assistência Social.⁸

Interessa-nos conhecer os benefícios concedidos no plano de assistência médica à saúde, ofertado pela empresa aos seus empregados e dependentes, uma vez que na perspectiva da empresa, a preocupação com a saúde é algo que deve ser prioridade máxima na vida de todos os seus empregados. A operadora de plano de saúde contratada pela empresa-caso é a Unimed pólo Vale do Aço, cooperativa médica pioneira no Brasil.

A empresa é formada por uma estrutura organizacional composta por uma rede hierárquica de gerências executivas, dentre elas, a gerência executiva de relações de trabalho e benefícios, a qual coordena os mecanismos de contratação de planos coletivos de saúde. Os esforços investidos para realizar a entrevista foram voltados para esta gerência executiva e assim consolidou-se o contato com o participante da pesquisa, entrevistado pela pesquisadora.

⁸ As informações sobre a empresa foram retiradas dos registros institucionais presentes no site eletrônico da própria empresa e também nas falas do respondente.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados das análises feitas no conjunto desta dissertação compreende dois momentos complementares. Em concordância com o item quatro (Metodologia, pág. 41), o estudo é embasado numa pesquisa empírica na qual foi feita a análise dos dados oriundos das cláusulas constantes do SACC/DIEESE. Na sequência, em busca de uma perspectiva exploratória, utilizou-se da lente qualitativa para evidenciar o objetivo de pesquisa que deu origem a este trabalho.

Portanto, a seguir teremos dois momentos fundamentais para consolidação dos achados, que juntos fazem a gênese desta dissertação.

6.1 A reivindicação dos trabalhadores por assistência médica suplementar expressa nos acordos e convenções coletivas – breve análise do SACC/DIEESE.

Para fundamentar a discussão, este estudo parte da análise empírica dos dados constantes do Sistema de Acompanhamento de Contratações Coletivas (SACC), mantido pelo Departamento de Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), entidade de pesquisa que fundamenta as reivindicações sindicais dos trabalhadores no Brasil.

O banco foi desenvolvido para o registro e recuperação de informações constantes de acordos e convenções coletivas de trabalho, bem como de outros documentos que regem a contratação coletiva de trabalho de diversas categorias profissionais no Brasil, nos setores da indústria, comércio e serviços.

Atualmente, o SACC-DIEESE cobre o período de 1993 a 2012 e alcança 18 unidades da Federação. Devido à sua extensão, é tido como o banco de dados mais completo sobre negociações coletivas vigente no Brasil. Os resultados encontrados retratam uma realidade pouco conhecida e contraditória (DIEESE, 2007).

A pauta específica da assistência médica à saúde dos trabalhadores retrata a evolução do vínculo com o setor suplementar de saúde, e se encontra registrada nas cláusulas sociais dos dissídios coletivos. Sob estas estão definidos os parâmetros de contratação dos planos coletivos de saúde. Nesse sentido, as cláusulas tratadas aqui são o produto da negociação direta, constantes dos acordos e convenções coletivas de trabalho.

A análise do banco de dados foi realizada a partir do âmbito de negociação – por categoria ou empresa. Na modalidade “categoria” estão as *Convenções Coletivas*, acordadas pelos diversos sindicatos representantes, os quais estipulam acordos que se aplicam a toda a categoria profissional. Na modalidade “empresa” são pactuados *Acordos Coletivos*, que têm seus efeitos apenas para a empresa e os trabalhadores envolvidos⁹. Foram analisadas 2530 cláusulas presentes em dissídios coletivos, conforme descrito na tabela 2, abaixo.

Tabela 2. Quantitativo de cláusulas de assistência médica por âmbito de negociação, 1993 a 2012.

Empresa (Acordo Coletivo)	1188	47%
Categoria (Convenção coletiva)	1342	53%
Total	2530	100%

Fonte: GPES, a partir de dados do SACC-DIEESE, 2016.

Das 2530 cláusulas analisadas, 53% são relativas a convenções coletivas negociadas entre sindicatos de uma categoria profissional e os respectivos empregadores. E as 47% restantes são relativas a acordos negociados entre empresas e sindicato dos trabalhadores.

Houve um aumento gradual nas negociações registradas no sistema, mas esse fato, a princípio, está justificado pela ampliação do banco de dados do SACC-DIEESE a partir de 2003, quando o painel fixo passa a abranger mais unidades de negociações. A tabela 3 mostra essa evolução ao longo dos anos.

A proporção de cláusulas acordadas no âmbito das empresas (acordos coletivos) teve um crescimento de aproximadamente 50% ao longo dos anos cobertos pelo SACC, passando de 26,4% em 1993 para 51,6% em 2012, último registro do DIEESE. Já as cláusulas negociadas pelas categorias (convenções coletivas) sofreram um declínio em relação à primeira data-base, que correspondia a 73,6% do total de cláusulas em 1993 e passou para 48,4%, em 2012. A tabela 3 contém o demonstrativo da evolução do quantitativo das cláusulas analisadas.

⁹Como definido na Súmula nº 277 do Tribunal Superior do Trabalho (TST), a Negociação Coletiva ajusta a Convenção ou o Acordo Coletivo, que, configurando atos jurídicos, estabelecem regras provisórias de relações de trabalho.

Tabela 3. Evolução do número de cláusulas de assistência médica, 1993 a 2012.

Data Base	Nº Convenções coletivas		Nº de acordos coletivos		Total	
		%		%	N	%
1993	53	73,6	19	26,4	72	2,8
1994	44	65,7	23	34,3	67	2,6
1995	46	67,6	22	32,4	68	2,7
1996	38	64,4	21	35,6	59	2,3
1997	49	77,8	14	22,2	63	2,5
1998	39	68,4	18	31,6	57	2,3
1999	39	70,9	16	29,1	55	2,2
2000	46	78,0	13	22,0	59	2,3
2001	43	74,1	15	25,9	58	2,3
2002	47	81,0	11	19,0	58	2,3
2003	86	46,0	101	54,0	187	7,4
2004	91	48,7	96	51,3	187	7,4
2005	81	44,3	102	55,7	183	7,2
2006	84	46,4	97	53,6	181	7,2
2007	95	45,5	114	54,5	209	8,3
2008	89	47,6	98	52,4	187	7,4
2009	92	47,2	103	52,8	195	7,7
2010	88	49,4	90	50,6	178	7,0
2011	103	46,2	120	53,8	223	8,8
2012	89	48,4	95	51,6	184	7,3
Total	1342	53,0	1188	47,0	2530	100

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados SACC/DIEESE, 2016.

De acordo com os registros do DIEESE, a cobertura de planos e programas de saúde médica e/ou odontológica representa 66% das 2530 cláusulas de assistência médica. Embora sejam pouco conhecidos os processos de acomodação dos interesses dos trabalhadores (e suas organizações sindicais) relacionados à assistência à saúde, pode-se inferir que a luta sindical parte do desejo pela manutenção de uma assistência privada e suplementar à saúde, conteúdo das deliberações dos próprios trabalhadores.

Na tabela 4, podemos visualizar os principais temas levantados a partir da leitura em profundidade das cláusulas. Um ponto interessante nesta análise é o fato de, a saúde ocupacional, em contraponto aos planos de saúde, é um dos temas menos presente nas reivindicações. Ou seja, as ações e serviços que contemplam o campo da prevenção ainda são pouco defendidos pelos trabalhadores, enquanto as

ações de cunho assistencial e curativas se fazem mais presentes nas pautas de saúde do mundo do trabalho.

Tabela 4. Análise das cláusulas de acordo com o tema e âmbito de negociação.

Tema	Acordos coletivos		Convenções coletivas	
	N	%	N	%
Planos e programas de saúde	852	71,7	823	65,9
Convênios	44	3,7	228	16,9
Auxílio-saúde	186	15,6	129	9,6
Saúde ocupacional	32	2,6	14	0,1
Seguro de vida	–	–	6	0,4
Tema indefinido	5	0,4	–	–
Sem conteúdo/Não identificado	69	5,8	142	10,6
Total	1188	100	1342	2530

Fonte: GPES/UFMG, a partir de dados do DIEESE, 2015.

A definição dos temas encontrados nas cláusulas de assistência médica se deu mediante o consenso dos pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde/UFMG. O processo iniciou-se a partir de uma tabulação piloto dos dados do SACC/DIEESE, que resultou no agrupamento final das cláusulas por temas, estabelecidas com as seguintes definições:

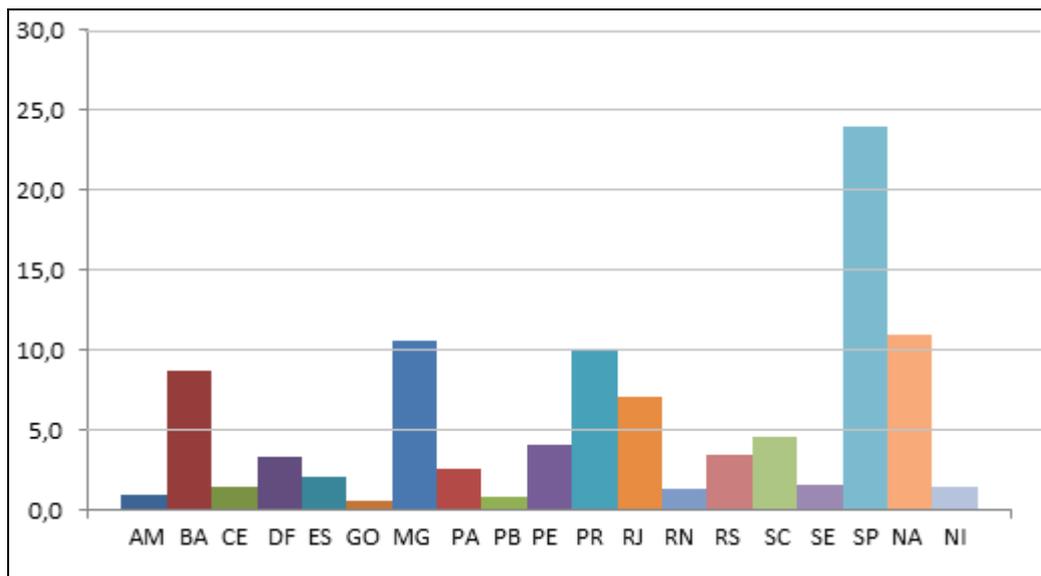
- Assistência à saúde: cláusulas que tratam de direitos e obrigações em termos da assistência médica e/ou odontológica em planos de saúde, regulamentados ou não, coletivos empresariais, por adesão, ou autogestão, para os trabalhadores ativos, dependentes, aposentados ou afastados por problemas de saúde, bem como do financiamento destes planos;
- Auxílio de saúde: cláusulas que estabelecem obrigatoriedade relativa a abonos para compra de medicamentos; serviços de óticas, laboratórios e similares; auxílio odontológico na forma de custeio parcial aparelhos ortodônticos; empréstimos para desconto em folha, com fins de ajuda de custo para tratamento de saúde; acesso a recursos de programas de assistência social (auxílio enfermagem, remoção em UTI móvel ou táxi aéreo;

reembolso de despesas com dependentes portadores de necessidades especiais, dentre outros);

- Convênios: cláusulas que tratam do estabelecimento de convênios com empresas para descontos na compra de medicamentos, óculos, próteses, dentre outros;
- Seguro de vida: cláusulas que tratam da contratação e obrigações relativas a seguro de vida contra acidentes pessoais ou do trabalho;
- Saúde ocupacional: cláusulas que se referem a direitos e obrigações relacionadas a programas de controle médico e segurança no trabalho (PCMSO).
- Sem Conteúdo/Não identificado: Cláusulas cuja definição encontra-se em branco nos acordos ou convenções coletivas e, na maioria das vezes, delimita-se como cláusula “sem texto original”.

A análise do quantitativo de cláusulas negociadas por unidade federativa demonstrou que as maiores proporções são observadas para São Paulo (24%), Minas Gerais (10,6%), Paraná (10,1%) e de abrangência nacional relacionadas a empresas estatais (11%).

Gráfico 2. Quantitativo de cláusulas por unidade federativa do Brasil, 1993 a 2012.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do SACC/DIESSE, 2016.

Legenda:

NA: Nacional

NI: Não identificadas

O Estado de São Paulo, em destaque dentre as demais unidades federativas do Brasil, é cenário de um expressivo complexo industrial e, consecutivamente, tem uma maior organização sindical. Pina (2005) em sua dissertação registra que os metalúrgicos do Estado de São Paulo vinculados à CUT resistiram e mantiveram em suas negociações coletivas as cláusulas sociais de saúde, com grande aporte de assistência médica suplementar. Este fato justifica o motivo pelo qual o estado de São Paulo convencionou maior número de cláusulas de assistência médica à saúde.

Os dados analisados dispõem de informações de suma importância nos debates acerca da saúde pública. Os trabalhadores formais, por meio de contratos coletivos de saúde, constituem 80% da clientela da saúde suplementar no Brasil. No período de 19 anos a assistência a saúde compareceu em 2530 cláusulas acordadas entre trabalhadores e empregadores, sem serem contempladas com regulação pelo Estado.

As reivindicações da classe trabalhadora no momento da fixação salarial transcendem aspectos financeiros e atingem pautas sociais, a exemplo, a questão da saúde, que de certa forma é fortalecida por uma maioria defensora dos planos de saúde como o melhor benefício ofertado ao trabalhador. Por ser esta a forma de continuidade e fortalecimento do setor suplementar de saúde no Brasil, há algumas lacunas que ainda não foram esclarecidas quando se trata da contratação coletiva dos planos de saúde na perspectiva dos atores sociais envolvidos no processo.

Dessa forma, partindo da análise dos dados compilados acima, realizamos através de um estudo de caso exploratório, uma análise focalizada nas cláusulas específicas e no discurso dos atores sociais que compõem os âmbitos de negociação coletiva no Brasil.

A fim de explorar o padrão de negociações e contratações dos planos coletivos, analisaremos a seguir os dissídios coletivos negociados pela empresa e categoria que compõem os sujeitos de pesquisa da dissertação.

6.2 Cláusulas resultantes dos dissídios coletivos negociados pelos atores sociais participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa, escolhidos intencionalmente nos dados disponíveis pelo SACC/DIEESE, são representativos de uma categoria e uma empresa, ambas situadas em Minas Gerais. Os dois âmbitos de negociação em

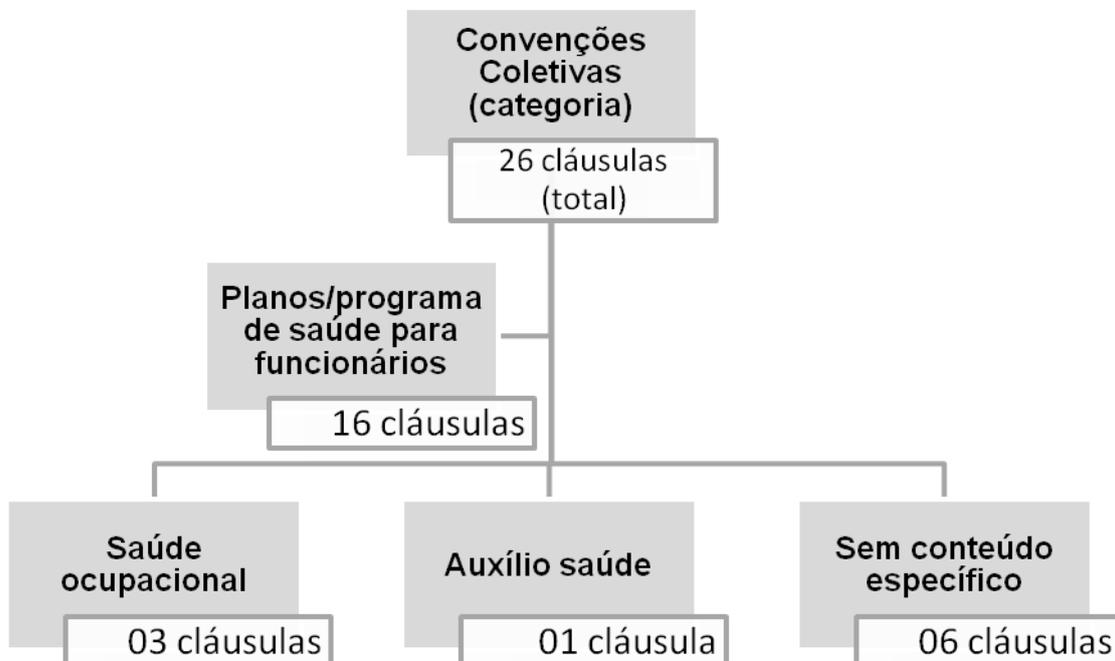
estudo pactuaram ao longo dos 19 anos alimentados pelo sistema, 26 convenções coletivas (categoria) e 42 acordos coletivos (empresas) sobre assistência médica.

Temas relacionados à assistência médica à saúde, encontrados nas convenções coletivas realizadas pelo Sindicato-caso no período de 1993 a 2012

As cláusulas que definem a obrigatoriedade da oferta do plano médico-ambulatorial, hospitalar e odontológico para os trabalhadores da categoria sindical representam 61% do total das cláusulas relacionadas à assistência médica. São sob estas que nos dedicaremos para entendermos o objeto de análise deste estudo.

Os demais temas relacionados à saúde, negociados nos dissídios coletivos correspondem a Saúde Ocupacional, Auxílio saúde e cláusulas sem conteúdo específico (em branco). Estes temas, embora classificados como sociais de assistência médica, não compõem o recorte que diz sobre os planos de saúde.

Figura 2. Temas negociados nas cláusulas de assistência médica pelo sindicato-caso no período de 1993-2012.



Fonte: Elaboração própria, 2016.

De acordo com o banco de dados em análise, a primeira data-base que registra acordo de plano de saúde se deu no ano de 1993. Na íntegra, a cláusula diz:

1993: Parágrafo Terceiro - As empresas que já fornecem a seus empregados, assistência médica e/ou farmacológica, manterão tal assistência aos seus empregados vítimas de acidente do trabalho ou de doença profissional, até o limite de 06 meses contados da data do afastamento.

Em sua maioria, as cláusulas que definem assistência médica reforçam a manutenção da assistência em caso de acidente do trabalho ou doença ocupacional. Com o passar dos anos, as cláusulas foram se tornando mais bem elaboradas e definidas, estipulando, por exemplo, que o tipo de assistência médica a qual se referem são os convênios médicos, e definem também o regime de pagamento de coparticipação.

Nas cláusulas de assistência médica à saúde, ainda identificamos questões que discorrem sobre a possibilidade, por parte do empregado, de participar do convênio médico ofertado pela empresa, dentro dos aspectos contratados:

1994: As empresas que mantêm convênio de assistência médica com participação dos empregados nos custos deverão assegurar-lhes o direito de optar, ou não, pela sua inclusão no convênio existente.

Do primeiro registro em 1993 até o ano 2001, as cláusulas mantêm o padrão de repactuação das convenções, mudando apenas o aspecto da extensão do benefício em caso de acidente de trabalho ou doença ocupacional, que começa em seis meses e passa para quinze meses na última cláusula registrada no banco (ANEXO VI).

Do ano 2000 até 2011, último ano em que se registrou dissídio coletivo acordado pelo sindicato no banco de dados, as cláusulas mantêm o padrão de negociação com as mesmas pautas das cláusulas descritas acima, e incorpora mudanças relativas à extensão do período do benefício em caso de acidente do trabalho. A mudança segue uma linha de progressão que passa de 06 meses para 09 meses; posteriormente para 12 meses e por último, 15 meses.

1999: Parágrafo Quarto - As empresas que já fornecem a seus empregados, assistência médica e/ou farmacológica, manterão tal assistência aos seus empregados vítimas de acidente do trabalho ou de doença profissional, até o limite de **06 meses** contados da data do afastamento, podendo as empresas, a seu critério, manter as condições mais favoráveis já praticadas. Observações: Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.

2000: Parágrafo Quarto - As empresas que já fornecem a seus empregados, assistência médica e/ou farmacológica, manterão tal assistência aos seus empregados vítimas de acidente do trabalho ou de doença profissional, até o limite de **09 meses** e aos afastados por doença não relacionada ao trabalho, até o limite de 120 dias, contados da data do afastamento, podendo as empresas, a seu critério, manter as condições mais favoráveis já praticadas. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.

2007: CONVÊNIO MÉDICOS As empresas que mantêm convênio de assistência médica com participação dos empregados nos custos deverão assegurar-lhes o direito de optar, ou não, pela sua inclusão no convênio existente. § Único - O convênio existente será mantido para os empregados afastados do serviço, por acidente do trabalho ou doença, pelo prazo de **12 meses**, desde que atendidas as seguintes condições: a) o auxílio doença ou auxílio doença acidentário pagos ao empregado afastado estejam vigentes e em curso; b) o empregado pague a parte dele, mensalmente, de acordo com a regra do convênio, se for o caso. Observações: Foi incluído o § Único. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.

2011: CONVÊNIO MÉDICOS As empresas que mantêm convênio de assistência médica com participação dos empregados nos custos deverão assegurar-lhes o direito de optar, ou não, pela sua inclusão no convênio existente. § Único - O convênio existente será mantido para os empregados afastados do serviço, por acidente do trabalho ou doença, pelo prazo de **15 meses**, desde que atendidas as seguintes condições: a) o auxílio doença ou auxílio doença acidentários pagos ao empregado afastado estejam vigentes e em curso; b) o empregado pague a parte dele, mensalmente, de acordo com a regra do convênio, se for o caso. Observações: * Aumento de 3 meses para o prazo de afastamento. Palavras-chave: auxílio, remuneração.

Observamos que as cláusulas definidas nos dissídios coletivos negociados pelo sindicato se concentram em dois pólos, que dizem sobre a concessão do plano e a liberdade do empregado em participar do benefício ou não, e da manutenção do plano de assistência médica para empregados afastados do trabalho por acidente ou doença do trabalho.

É importante ressaltar que as cláusulas definidas pelo sindicato-caso em cada data-base registrada pelo banco de dados, firmam a obrigatoriedade das empresas nas quais os empregados associados ao sindicato exercem suas funções laborais, a fornecerem o plano de saúde nas normas estabelecidas pelos dissídios coletivos.

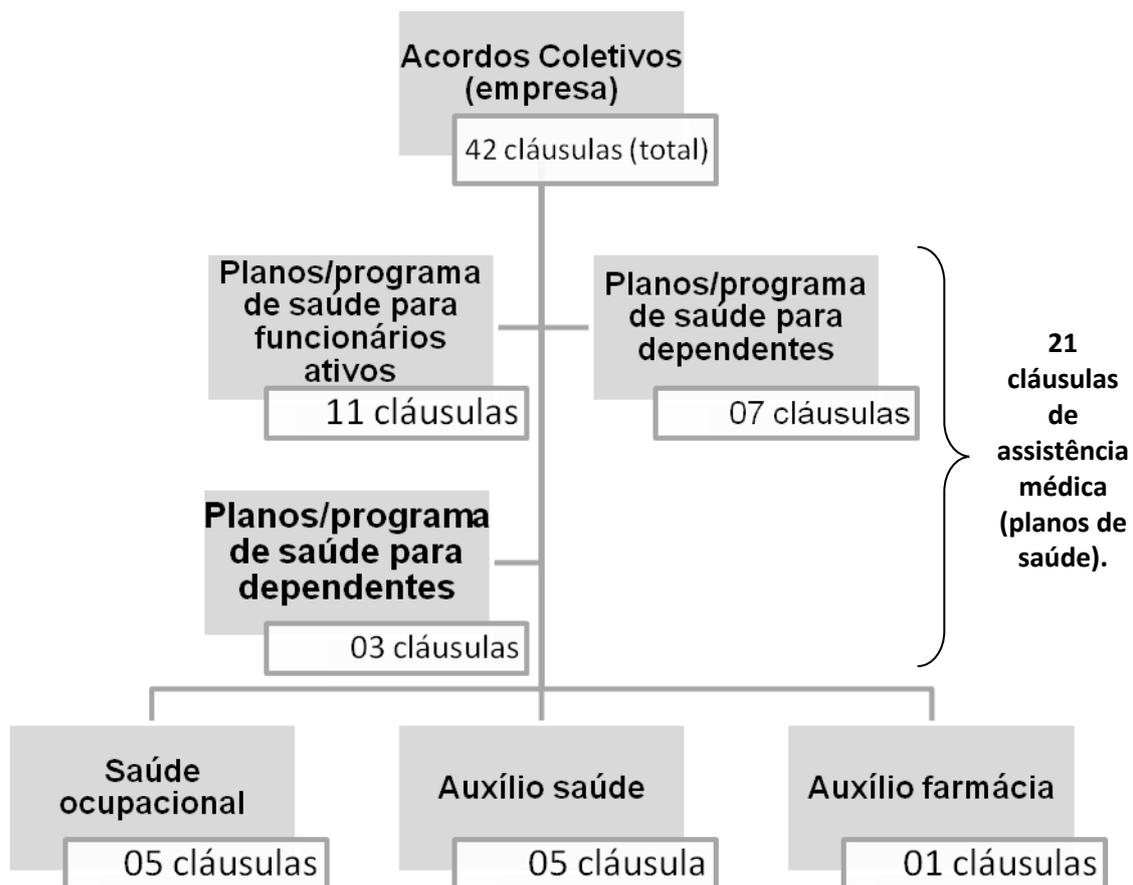
O sindicato-caso não possui convênio de assistência médica suplementar para os associados da base sindical, porém a maioria das definições em sua convenção coletiva é composta por reivindicações pelos planos de saúde, tomando como base a análise feita a partir do SACC/DIEESE.

Temas relacionados à assistência médica à saúde, encontrados nos acordos coletivos da Empresa-caso, no período de 1993 a 2012

As cláusulas que reportam a obrigatoriedade do plano médico-ambulatorial ou hospitalar e odontológico ofertado pela empresa correspondem a 50% dos acordos negociados ao longo dos 19 anos de cobertura do sistema, no âmbito da empresa-caso em estudo.

Nas demais cláusulas acordadas, os temas que aparecem são relacionados à Saúde Ocupacional, Auxílio de saúde e auxílio para farmácia.

Figura 3 – Descrição dos temas negociados nas cláusulas de assistência médica pela empresa-caso no período de 1993 a 2012.



Fonte: Elaboração própria, 2016.

Em 1994, o primeiro ano em que há o registro de acordos coletivos realizado pela empresa no SACC/DIEESE, consta uma cláusula que prevê auxílio para despesas com medicamentos padronizados no plano assistencial da empresa aos seus empregados:

1994 - A empresa fornecerá ao Sindicato, em até 60 (sessenta) dias a contar da data de assinatura do Acordo Coletivo 94/95, a relação de

medicamentos padronizados pelo seu plano assistencial. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde, sindical.

No ano de 1996 houve negociação de uma cláusula que autoriza assistência odontológica aos empregados em casos especiais, sendo isolada a assistência médica da assistência odontológica, conforme descrito abaixo:

1996 - A empresa autorizará o atendimento de próteses fixas e ortodontia em casos especiais, observada as seguintes definições:
 Próteses Fixas;
 Coroas 4/5 e 3/4;
 Núcleo para as coroas;
 Coroa venner para dentes anteriores em caso de fraturas total da coroa do dente provisórios;
 Ortodontia;
 Acidentes com politraumatismo e fraturas de ossos da face/mandíbula ou maxilar superior, sem limite de idade;
 Displasia esquelética (má formação óssea) com lesões ATM comprovada pro exame clínico e complementar mediante relatório, limitado a faixa de 06 (seis) a 15 (quinze) anos;
 Classe III de Angle, limitado a faixa de 06 (seis) a 15 (quinze) anos;
 Complementação de cirurgia buco-maxilofacial.
 Em ambos os casos será exigido:
 Perícia inicial e final;
 Relatório do especialista com plano de tratamento;
 Parecer do perito da empresa.
 Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.

Em sua maioria, as cláusulas discorrem sobre os limites de coparticipação nos planos assistenciais e estabelecem uma divisão dos beneficiários que optam pelo plano de saúde por estratos e faixa salarial dos empregados que optam pelo benefício

1996 - Os estratos a que se referem o presente Acordo têm como limites:
 Estrato I - até 08 salários mínimos;
 Estrato II- acima de 08 até 12 salários mínimos;
 estrato III- acima de 12 salários mínimos.
 Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.

Ainda em 1996, a empresa inseriu no acordo coletivo uma cláusula que, em complemento, estabelece quais serão as porcentagens de coparticipação subsidiado pela empresa, de acordo com os estratos salariais definidos na cláusula anterior:

1996 – A empresa manterá o sistema de assistência à saúde de seus empregados, subsidiando as despesas realizadas através dos serviços por ela conveniados, conforme estratos salariais de cada empregado:
 Estrato I - 90% de subsídio;
 Estrato II - 80% de subsídio;
 Estrato III- 70% de subsídio.

Parágrafo Primeiro- A assistência prevista nesta cláusula abrange os empregados da ativa e os empregados em gozo de auxílio doença até o vigésimo quarto(24o) mês de afastamento. Para os afastados com mais de 24 meses, o atendimento será feito mediante análise e encaminhamento do Serviço Social da empresa.

Parágrafo Segundo- A assistência poderá ser estendida aos dependentes dos empregados, na conformidade dos critérios e condições estabelecidos exclusivamente pela empresa.

Parágrafo Terceiro- O saldo devedor do empregado decorrente de tratamento de saúde, será descontado mensalmente, sem juros e correção monetária, em parcelas limitadas a 10%(dez por cento) da sua remuneração mensal, exceto nos casos de desligamento do empregado da empresa.

Parágrafo Quarto- As despesas com o tratamento de acidentado do trabalho, desde que não cobertas pelo INSS, serão assumidas integralmente pela empresa.

Parágrafo Quinto- O benefício objeto desta cláusula não tem natureza salarial, não se incorporando para nenhum efeito, inclusive tributário, trabalhista ou de previdência social, à remuneração do empregado.

Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.

As cláusulas também trataram de novos temas, como por exemplo, a manutenção do benefício do plano assistencial em caso de acidente do trabalho.

A empresa continuará a dar cobertura para locomoção, nos casos de acidentes de trabalho e readaptação profissional. Casos específicos de tratamentos especializados fora da região serão analisados individualmente pelo Serviço Social da empresa, vinculados às condições físicas e econômicas do empregado dentro dos critérios do Plano de Assistência à Saúde da empresa.

palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.

Nas cláusulas analisadas, há um padrão de repactuação das pautas, no que diz respeito ao financiamento do plano assistencial. A mudança registrada no financiamento do plano é constatada no ano de 2012, quando os subsídios pagos pela empresa diminuem em todos os estratos salariais, comparado aos anos anteriores.

2012 - ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A empresa manterá o sistema de assistência à saúde de seus empregados, subsidiando as despesas realizadas através dos serviços por ela conveniados, conforme estratos salariais de cada empregado:

Estrato I - 80% de subsídio;

Estrato II - 75% de subsídio;

Estrato III- 70% de subsídio.

§ 1º - A assistência prevista nesta cláusula abrange os empregados da ativa e os empregados em gozo de auxílio doença até o vigésimo quarto mês de afastamento. Para os empregados afastados há mais de 24 meses, o atendimento será feito mediante o fornecimento da Carteira do programa, ou equivalente, com validade de 3 (três) meses, condicionada a renovação desta à não existência de débitos.

§ 2º - A assistência poderá ser estendida aos dependentes dos empregados, na conformidade dos critérios e condições estabelecidos exclusivamente pela empresa.

§ 3º - O saldo devedor do empregado decorrente de tratamento de saúde, será descontado mensalmente, sem juros e correção monetária, em parcelas limitadas a 10% da sua remuneração mensal, exceto nos casos de desligamento do empregado da empresa.

§ 4º - As despesas com o tratamento de acidentado do trabalho, desde que não cobertas pelo INSS, serão assumidas integralmente pela empresa.

§ 5º - O benefício objeto desta cláusula não tem natureza salarial, não se incorporando para nenhum efeito, inclusive tributário, trabalhista ou de previdência social, à remuneração do empregado.

Palavras-chave: auxílio, demissão, família, mulher, pai, remuneração, saúde.

Nota-se que os acordos coletivos, em geral, discorrem sobre gasto e custo da assistência médica para o trabalhador e para a empresa, o que expressa, em certa medida, a relevância para este ator social com o custeio de assistência médica prestada. Temos também uma carteira mais ampla de serviços relacionados à saúde, como por exemplo, serviço odontológico e de farmácia estabelecidos nas cláusulas dos primeiros anos. Com o passar dos anos, tomaram força apenas as cláusulas que estabelecem os convênios médicos.

As cláusulas definidas tanto pelo sindicato quanto pela empresa tem uma característica em comum. Ambas persistem por anos, com pouca ou quase nenhuma modificação, o que reconhecidamente mostra que estamos obedecendo a um conjunto de regras, que é isso que as cláusulas enunciam, tenha-se consciência disso ou não. Neste caso, especificamente, pode-se dizer que representantes do mundo empresarial e do sindicato dos metalúrgicos se deixam orientar por essas regras.

6.3 Análise das entrevistas: mapeamento discursivo e enunciados utilizados no aporte qualitativo

Ao prosseguirmos com a leitura detalhada das entrevistas, percebemos que os materiais, integralmente preservados no momento da transcrição, mostravam mais do que o próprio texto em si trazia no contexto das frases. A partir desta percepção começamos a trabalhar o enredo das entrevistas, que possuem aspectos em comum tanto na construção das perguntas quanto no foco da discussão, direcionada à luz do objetivo de pesquisa que se pretendia esclarecer.

Na análise feita para este estudo, delineamos uma estratégia que parte das noções de enunciado e acontecimentos discursivos como teorias para mapear e analisar o discurso construído nas duas entrevistas. O elemento unificador dos discursos analisados é a saúde prestada aos trabalhadores associados ao sindicato e empregados da empresa por via da assistência médica suplementar.

A construção do mapeamento discursivo se direcionou a partir da estrutura do tópico-guia utilizado na entrevista. A partir de cada eixo temático foram construídos os enunciados. Estes eixos são sequenciais e interligados. No quadro 02 (dois) apresentamos os temas e enunciados encontrados na entrevista realizada com o sindicalista e suas respectivas definições.

Quadro 2. Mapeamento discursivo da entrevista realizada com o Sindicato-caso

Discurso Sindicalista Metalúrgico	
E	Temas
N	Identificação pessoal e contexto histórico da assistência à saúde do trabalhador
U	- Relato sobre a trajetória de vida percorrida pelo sindicalista desde a infância até a vida adulta, formação e caráter embasados imprescindivelmente na doutrinação exercida pela pastoral operária em sua vida.
N	
C	- Em conjunto, a trajetória profissional diversificada e qualificada representa uma motivação para este ator social estar hoje em exercício no cargo de secretário da saúde do sindicato-caso.
I	
A	- No campo da saúde do trabalhador, as diversas ações de prevenção e recuperação no campo da saúde ocupacional se completam com as questões assistenciais, representada pela assistência médica à saúde dos trabalhadores.
D	
O	- A contratação de planos coletivos de saúde faz parte das atividades do sindicato de forma indireta, através do processo de negociação coletiva.
S	Assistência à saúde aos associados do Sindicato

E N U N C I A D O S	<p>- O sindicato-caso possui atendimento médico próprio aos associados à base sindical e não possui convênio com operadoras de plano de saúde.</p> <p>- Embora o próprio sindicato não disponibilize planos de saúde direto aos associados, na convenção coletiva fica definida uma cláusula que discorre sobre a obrigatoriedade das empresas ofertarem assistência médica via planos de saúde de coparticipação.</p> <p>- Dessa forma os trabalhadores sindicalizados têm disponível três tipos de acesso aos serviços de assistência médica à saúde: atendimento pelo serviço médico próprio do sindicato, atendimento via plano de saúde àqueles que optarem por ter este benefício e o atendimento pelo Sistema Único de Saúde – SUS.</p> <p>- Os planos de saúde, ainda que tomem força de lei nos acordos coletivos, não contemplam todos os trabalhadores da categoria metalúrgica uma vez que microempresas, em geral, não dispõem de convênio médico para os seus trabalhadores. O plano é concedido por empresas de médio e grande porte.</p> <p>- Ao associar a assistência médica à saúde às questões de saúde do trabalhador, o acidente do trabalho aparece como um dos itens negociados nas cláusulas e na fala do sindicalista, de responsabilidade da empresa, mediante serviços prestados pela operadora de plano de saúde.</p> <p>- A oferta de plano de saúde pela empresa é um atrativo para os trabalhadores, no momento em que procuram por trabalho.</p>
	Papel do sindicato nas negociações coletivas de assistência médica e aspectos da regulação do setor suplementar de saúde
	<p>-O sindicato participa ativamente na mesa de negociação, embora se sintam em desvantagem no momento de definição das convenções coletivas, em relação a outros componentes da mesa.</p> <p>-De acordo com o posicionamento do sindicato, o seu papel no momento de negociação gira em torno da defesa do interesse da classe trabalhadora.</p> <p>- Fatores que deveriam ser levados em consideração pelos sindicatos e empresas no momento da negociação, assim como potenciais mudanças no padrão de negociação.</p> <p>-A reivindicação por plano de saúde surge dos interesses próprios dos</p>

	<p>trabalhadores. O argumento do sindicalista é construído em direção à hipótese de que, se o empregado tiver opção de ser atendido pelo setor privado, desafoga o setor público.</p> <p>-A regulação atual do setor suplementar de saúde, do ponto de vista do sindicato, trouxe muitas mudanças, mas ainda precisa de modificações que estão longe de ser alcançadas.</p> <p>- O sindicato considera a proibição de comercialização de alguns planos, exercida pela ANS, um ponto positivo da regulação do setor suplementar de saúde.</p>
--	--

O quadro 3 apresenta a mesma atividade de mapeamento discursivo, porém com foco na entrevista realizada com o dirigente executivo de relações e benefícios da empresa-caso. Os enunciados foram definidos, conforme os eixos temáticos aos quais cada um pertence. Trouxemos os principais pontos levantados na discussão em relação à negociação de planos coletivos de saúde.

Quadro 3. Mapeamento discursivo da entrevista realizada com a empresa-caso

Discurso Gerente Executivo	
E	Temas
N	Identificação pessoal e contexto histórico da assistência à saúde do trabalhador
U	
N	- Compreende a fala do diretor executivo da área de relações de trabalho e benefício. O discurso não associa a construção da trajetória de vida e profissional ao atual cargo ocupado pelo mesmo, embora seja a formação qualificada que tenho o levado até determinado posto.
C	
I	
A	
D	- A posição assumida pelo gerente executivo, ator social fundamental na tomada decisões importante para um contingente de empregados, é voltada para a consolidação do papel da empresa como mediadora de prestação de assistência médica à classe trabalhadora via plano de saúde.
O	
S	
	Assistência médica à saúde dos trabalhadores da empresa, negociação coletiva e aspectos de regulação do setor suplementar de saúde

<p>E</p> <p>N</p> <p>U</p> <p>N</p> <p>C</p> <p>I</p> <p>A</p> <p>D</p> <p>O</p> <p>S</p>	<p>- A fala do diretor executivo expressa, em primeiro ponto, qual a modalidade de assistência médica ofertada aos trabalhadores e estabelecida nos acordos coletivos.</p> <p>- A assistência médica a saúde dos trabalhadores da empresa-caso se dá via convênio médico com a UNIMED, maior cooperativa médica do Brasil.</p> <p>- No momento da negociação coletiva, não há participação da operadora de plano de saúde prestadora da assistência médica, porém, principalmente nas colocações da empresa durante a entrevista, este ator social tem relevância nas definições do universo da saúde suplementar para o mundo do trabalho.</p> <p>- Na fala do gerente executivo, parte do movimento de negociação vincula-se ao interesse da operadora de planos, que aparece como um quarto ator social no universo da negociação coletiva.</p> <p>- A relação sindicato x empresa no momento da negociação coletiva permanece com elementos de tensão, numa visão de que as ideias do sindicato são arcaicas em relação ao desenvolvimento do capital.</p> <p>- O custo da assistência médica desembolsado pela empresa é um ponto que tange todas as temáticas da entrevista, uma vez que o gasto e lucratividade são aspectos primordiais quando se fala em mercado.</p> <p>- A visão neoliberal deste ator social que representa os interesses da empresa sobre a contratação de planos de saúde revela a visão de que, por parte da empresa, a livre negociação entre operadora e empresa é a melhor forma de contratação.</p> <p>- A regulação torna-se uma dificuldade para as empresas, devido às exigências feitas pela ANS no rol padronizado da carteira de serviços que devem ser ofertadas pelo plano de saúde, com constante inserção de procedimentos e, automaticamente, custos.</p> <p>- Organizar o mercado de planos de saúde é uma das atividades vistas como positivas na regulação exercida pela ANS.</p>
---	--

Seguindo a atividade de mapeamento discursivo, deu-se origem a tópicos com os principais pontos destacados nos discursos. Conforme observamos abaixo, foram criados 03 (três) tópicos acerca da fala dos atores sociais sobre a contratação coletiva de assistência médica suplementar. Cada tópico será, adiante, analisado e interpretado.

Consideramos para este estudo as denominações E1 para a entidade sindical e E2 para a entidade empresarial.

1. O Sindicato e a Empresa na contratação coletiva da assistência à saúde

Diante dos dados coletados que permitiram mapear as negociações feitas em torno dos planos de saúde, uma das questões posta visava esclarecer como o sindicato naquele momento participava desses processos de contratação de uma operadora de planos de saúde

E1: “Politicamente nós nos limitamos (...) só quando existe um conflito coletivo de trabalhadores. Por exemplo, numa troca de plano de saúde ou numa contratação de plano de saúde pela empresa, pelo seu empregador (...) Por exemplo, uma empresa que tem um plano contratado por dois anos e quando tá terminando ela tem que chamar todos os trabalhadores e dizer: “oh, esse plano que tem até agora precisa ser reajustado em X valor. Se esse reajuste tiver alinhado e, aí, entra o nosso lado. Na nossa convenção a gente tem isso, o plano de saúde não deve ser reajustado com valores superiores ao que a gente conseguir convencionar no reajuste de salário. Isso é, isso é bem compreendido. Por exemplo, como o empregador dá um reajuste de salário de 10% e cobra 30% de reajuste no plano de saúde.”

E2: “O sindicato participa na verdade do acordo coletivo com uma cláusula, nosso acordo coletivo que é uma cláusula que reza da empresa conceder um plano de saúde e tem lá também acertado com o sindicato qual a participação do empregado nos custos desse plano. Então, a participação dele se dá nesses tempos, dois itens. Ele não tem lá uma abordagem de qual tipo de plano, qual abrangência dele. Isso não tem. Fica a cargo da empresa. Cabe a empresa contratar um plano e conceder esse plano aos empregados.”

Os enunciados que aparecem na fala de E1 mostram que a forma como o sindicato em estudo, por intermédio de seu representante, estavam sintonizados com as práticas discursivas do próprio movimento de trabalhadores. Este, desde a 8ª Conferência Nacional da Classe Trabalhadora em 2003, pressionava a ANS para que enfrentasse o problema dos altos reajustes dos planos de saúde privados (PINA, 2005). Alertavam, também, para outros tipos de aumento que não coincidiam com as mudanças no valor dos salários. Setores do movimento dos trabalhadores estavam atentos aos aumentos que se realizavam, por exemplo, quando se introduzem novas tecnologias ou até mesmo na mudança de faixa etária. Quanto mais velhos, mais custos. Em todo caso, nesse momento, interessa-nos apenas ressaltar que, pela fala de E1 é possível afirmar que há uma

prática discursiva nas negociações que demonstra certa regularidade. Depois de mais de dez anos, essa prática ainda vigora para determinar reajustes nos valores dos planos.

Os enunciados do discurso de E2 enquadram, nas práticas discursivas do mundo empresarial, a participação dos sindicatos em acordos coletivos. Este, em função de alguns avanços na sociedade industrial proporcionado pelas conquistas dos trabalhadores, passa a regular as relações trabalhistas por meio de contratos que se constituem em dispositivos por meio dos quais se exercem novas relações de poder. Não é por acaso que os contratos, incluindo os do trabalho, são constituídos por cláusulas. Para alguns especialistas da análise de discurso, na perspectiva foucaultiana, a cláusula é uma unidade mínima de significado que possui um papel funcional no ato discursivo. É ela que permite que o discurso e suas partes atinjam um objetivo comunicativo (PARDO; NUNES, 2003). Segundo Koch et al. (1990), estruturar o discurso sob a forma de cláusulas foi uma das maneiras encontradas para “ênfatizar e reavivar na mente dos interlocutores uma informação já presente no universo do discurso” (KOCH, et al., 1990).

Analisando detalhadamente as cláusulas acordadas pela empresa que E2 representava, relativas às contratações e negociações coletivas, pode-se registrar como o processo de enquadramento dos trabalhadores nas regras empresariais vem ocorrendo ao longo dos 19 anos. Nos registros do SACC/DIEESE, relacionados à empresa metalúrgica que E2 representa, constam dados específicos de contratos referentes à empresa de serviços de atendimento à saúde oferecidos a ela, desde 1994.

O primeiro registro, ainda muito incipientemente formulado, anuncia que a empresa forneceria ao sindicato, em até 60 dias, a contar da data de sua assinatura do Acordo Coletivo 1994/1995, a relação de medicamentos padronizados pelo seu plano de assistência. Na sequência, comprometia-se com sindicato de fechar convênio com um hospital da cidade para promover atendimento hospitalar aos sindicalizados. E, por fim, autorizava atendimento odontológico em várias modalidades. O acordo neste formato finda em 1995. A partir daí se dá início a outra formulação de cláusulas. Um novo acordo é negociado e assinado em 1996. É nesse momento que se explicita, claramente, o poder empresarial por meio de um discurso que enquadra os trabalhadores da metalurgia em categorias hierarquizadas.

Inicialmente, na cláusula, se informa que o acordo, naquele momento assinado com o sindicato, forneceria tratamento de saúde aos trabalhadores considerando como limites de oferta o valor de seus salários. Para isso, criaram-se três estratos. No primeiro, concentram-se aqueles que ganham até 8 salários mínimos; no segundo, os que recebem entre 8 e 12 salários mínimos e, no terceiro, os que estão acima destes 12 salários. Na continuidade das definições, a referida cláusula define claramente o percentual de subsídios que serão ofertados, de acordo com o estrato salarial. Ao primeiro, a empresa se compromete cobrir 90% dos subsídios, ao segundo, 80% e, ao terceiro, 70%. No primeiro parágrafo da cláusula, informa-se que esses benefícios atingem trabalhadores na ativa e aqueles que estão afastados por motivos de doença, até 24 meses. No seu segundo parágrafo, prevê-se estender a assistência aos dependentes do empregado, mas isso terá de passar pelo crivo dos critérios e condições estabelecidas pela empresa. No terceiro parágrafo, informa-se que o saldo devedor do empregado, decorrente do tratamento de saúde será descontado mensalmente, sem juros e correção monetária, em parcelas limitadas a 10% da remuneração mensal. No quarto parágrafo, garante-se que as despesas com acidente de trabalho serão cobertas pelas empresas desde que estejam fora da cobertura do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). O que se estabeleceu em 1996 será mantido sem grandes alterações até 2012. Neste ano registra-se mudança no item da cláusula que define percentual que cada estrato iria receber. O primeiro que tinha cobertura de 90% passa para 80%, no novo acordo. O segundo passa de 80% para 75% e o terceiro permanece nos mesmos 70% iniciais.

Essa persistência discursiva na referida cláusula indica que, nos acordos entre os empresários e os sindicatos, mantém-se “atos enunciativos” que se inscrevem, no interior da formação discursiva em consonância com aquilo que Foucault chamava de “um certo regime de verdades” (FOUCAULT, 2008). Fisher (2001), analisando em seus estudos esse tipo de ocorrência encontrado nas cláusulas acima, deu a eles, com base na teoria da análise de discurso de Foucault, um sentido pautado na persistência do ato discursivo. Dito de outra forma, se esta cláusula persiste por anos com pouca ou quase nenhuma modificação, há de se reconhecer que esse gesto mostra que estamos obedecendo a um conjunto de regras, que é isso que as cláusulas enunciam, tenha-se consciência disso ou não. No caso ora apresentado, pode-se dizer que representantes do mundo empresarial e do sindicato dos metalúrgicos se deixam orientar por essas regras.

Entretanto, é preciso lembrar que “estas regras são dadas historicamente” (FISCHER, 2001). Por isso, aquelas que regulavam os acordos entre esses dois atores sociais, no início do século XX, não são mais as mesmas de sua segunda metade, menos ainda na atual década do século XXI. Isto significa dizer que, as verdades que elas enunciam são “verdades de um tempo”. Estão, integralmente, vinculadas à dinâmica do poder e do saber de seu tempo (FOUCAULT, 2008).

A expressão desse poder na fala de E2 fica clara quando afirma ao final que a participação do sindicato é restrita à definição de dois itens: a) o que a empresa vai oferecer quanto ao atendimento de saúde e b) o que isso custará para os sindicalizados e que será debitado em seu salário. No entanto, a decisão da operadora que será contratada para atender os trabalhadores é de exclusividade da empresa. Esta, para participar das reuniões, poderá indicar um administrador de benefícios como seu representante, seguindo regras estritas da Resolução Normativa RN 196, de 14 de julho de 2009, que define a administradora de benefícios como “pessoa jurídica que promove a reunião de pessoas jurídicas contratantes” (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009) para as funções descritas no quadro abaixo:

Quadro 4. Funções da Administradora de Benefícios e da Operadora do Plano de Saúde

Administradora de Benefícios	Operadora do Plano de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> a) Representar a empresa, conselho, sindicato ou associação profissional contratante. b) Realizar trabalhos administrativos e alterar cadastro de beneficiários. c) Negociar com a operadora do plano de saúde os reajustes de mensalidade, as alterações na rede credenciada e as formas de controle de acesso aos serviços do plano. d) Absorver, dependendo do contrato, o risco da operadora de saúde quando há atraso ou o não pagamento de mensalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Garantir recursos e rede de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais) para atender aos beneficiários. b) Responsável pelo plano de saúde e serviços prestados, junto à ANS e aos beneficiários.

Fonte: ANS [acesso 2017 Jan 10]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras>.

Regimentalmente, a ANS reconhece Administradora de Benefícios indicada pela empresa metalúrgica para representar, entre outros entes, a empresa, o sindicato e até um conselho, caso este exista. Nesse sentido, entende-se que E2 ocupa essas representações, no caso da indústria metalúrgica de Minas Gerais, por força regimental. Com essa configuração proposta pela ANS, na qual não há uma participação direta dos sindicatos na definição da operadora, é como atualmente ocorre a contratação coletiva de planos para trabalhadores e dependentes.

2. A regulação do setor de saúde suplementar: os planos de saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Buscou-se conhecer quais discursos avaliativos o sindicato e o representante da empresa, tinham em relação à ANS (teoricamente) criada para fiscalizar o setor suplementar de saúde. E1 e E2 foram convidados a falar sobre a regulação do sistema de saúde suplementar feita pela ANS desde, a sua criação em 2000

E1: “Olha, o setor melhorou. Mas está muito longe do desejado. Há algum tempo atrás, você não via tanto plano de saúde inviabilizado. Isso foi um salto. A ANS desqualificaria uma gama de plano de saúde, alguns até de nome, se tivesse de fato uma vigilância mais eficaz. Já conseguiu dar algumas respostas para sociedade. Mas melhorar não quer dizer que resolveu a situação, porque o empresário brasileiro, vou falar assim porque é assim que eu vejo, também não está longe do ‘jeitinho brasileiro’, não.”

E2: “Acho que a ANS veio regulamentar e moralizar esse mercado, mas ao mesmo tempo tenho uma reclamação de uma forma geral de muitas exigências colocadas pela ANS que onera os planos, as operadoras de planos de saúde e oneram todo o sistema [...] E eu acho que a ANS também tem colocado de um tempo pra cá, ela tem onerado muitas empresas que tem plano de saúde corporativo de uma forma geral, com entrada de novas coberturas. Eu acho que onera muito, são exigência de às vezes determinados tipos de exames muito onerosos pro programa de saúde, isso impacta na sinistralidade dos programas, dos planos, e querendo ou não quem paga isso é a empresa ou o próprio usuário do programa. Então eu acho que deveria ter um cuidado no ingresso de novas coberturas.”

Articulam-se, no discurso acima de E1, enunciados diferentes, inclusive um deles oriundo de um ditado popular que, na sua origem, desenha o povo brasileiro como um improvisador de soluções para situações problemáticas. A diferença do conteúdo original e a apropriação que E1 faz do mesmo é que, no referido chavão, os empresários dos planos de saúde estão se aproximando desse jeitinho para solucionar problemas. Já a crítica à ANS de não estar sendo totalmente satisfatória no papel a que foi destinada, vem sendo partilhada, sobretudo por pesquisadores que analisam oscilações nas decisões do órgão (BAHIA, 1999).

Gondar (2009) analisando um fato ocorrido entre 2004 e 2005, em que a ANS fixa percentuais de reajustes para planos antigos (contratados antes da Lei nº 9656/1998) que não tinham índices estabelecidos, nos dá um exemplo daquilo que E1 identificou como jeitinho empresarial brasileiro. Ao sofrer pressão de várias operadoras, a ANS permitiu para os planos antigos e planos coletivos um reajuste residual, acima dos percentuais definidos pela agência. Fato que, segundo Gondar (2009) desencadeou muitas ações judiciais, tendo em vista o aumento das mensalidades. Entretanto, chama atenção o representante do sindicato não ter colocado objeção quanto ao fato de não haver representante sindical na decisão da escolha da operadora. Embora seja a empresa que juridicamente contrata a operadora, nas cláusulas analisadas acima, viu-se que um percentual dos salários dos metalúrgicos é retido para pagar os custos, ou seja, há copagamento. Por que, então, eles não participam?

Já os enunciados emitidos por E2 refletem discursos empresariais dos dois lados, tanto o das operadoras quanto o das empresas que ele representa. Na realidade, a sua empresa figura no cenário dos planos suplementares como uma grande consumidora desse tipo de serviço. Nos seus enunciados, ele traz uma questão que tem atormentado, sobretudo, as operadoras que são punidas pela ANS, pelos aumentos abusivos que aplicam nas mensalidades dos planos, todas as vezes que introduzem inovações, novos tratamentos que exigem renegociações. Segundo E2, a exigência que a ANS impõe ao plano impacta a sinistralidade dos planos suplementares.

O termo sinistro na língua portuguesa significava originalmente o uso da mão esquerda pelos não destros, mas que, também, passou a ter um segundo, terceiro e muitos outros sentidos associados a eventos como ruínas, ameaças, prejuízos e

danos. Estes últimos foram completamente apropriados pelo mercado de planos de saúde suplementar que associou a ele o sufixo 'dade' sinistra-li-dade, para formar um substantivo que expressa a ideia de estado e de quantidade. A sinistralidade ganhou uma forma matemática de uma simples divisão que está exposta em vários sites de planos de saúde suplementar para mostrar a clientes ou futuros consumidores como são feitos os reajustes que, de tempo em tempo, as operadoras praticam, em função, de eventos que surgem ou que são produzidos e que, de alguma forma, são agregados aos valores dos serviços de saúde ofertados por elas. Cada utilização em saúde é um sinistro. Cada vez que um metalúrgico vai ao médico, utilizando o plano de saúde, ele estará aumentando a sinistralidade do contrato. Aos custos (sinistro) são associados todas as despesas médico-hospitalares que forem feitas pelo beneficiário e seus dependentes. É dessa forma que se calculam os reajustes. Quando os custos ultrapassam o que foi realmente acordado, ajustam-se os prêmios. Lembrando que deles fazem parte os percentuais que são descontados dos salários dos metalúrgicos.

E2, enquanto representante de uma empresa que contrata planos de saúde para os metalúrgicos, se queixa das “novas coberturas” que são obrigatórias e que devem ser integradas pelas operadoras, com o risco de serem impedidas de continuar atuando. A cada dois anos a ANS lança um rol de procedimentos de cobertura obrigatória pelos planos de saúde, com base em critérios. Suas referências, como constam nos documentos que amparam suas decisões, “estão fundamentadas nas doenças classificadas pela Organização Mundial de Saúde” (BRASIL, 2015).

Finalizando o olhar de E1 e E2 sobre a ANS e sua atuação com os planos suplementares coletivos, o distanciamento dos sindicatos nas negociações diretas com as operadoras ainda permanece como um ponto de interrogação, pois, como se viu, a partir do discurso de E2, quem, na realidade, representa o sindicato nas reuniões de negociação é na verdade, um representante legítimo da empresa, do empregador. Inicialmente, poderíamos interpretar isso como uma espécie de exclusão dos sindicatos, por sua própria empresa, em momentos cruciais nos quais se reajustam preços a serem pagos às operadoras que impactam, diretamente, como vimos nas cláusulas acima tratadas.

Posteriormente, analisando as orientações da própria ANS fica claro que os seus protocolos permitem que os sindicatos possam ser representados, como, de

fato, estavam, nas reuniões, nas quais a empresa metalúrgica e as operadoras por elas contratadas foram escolhidas. Diante desse fato, em que a exclusão se evidencia, é difícil dizer o que estaria na base da exclusão. Teria sido uma decisão deliberada da empresa?

Essas são questões conectadas que merecem mais aprofundamento. Carregam consigo enunciados que são invisibilizados e protegidos por dispositivos institucionais do poder que dão a sensação de que a ausência de um ator social em reuniões para definir qual operadora dará atendimento a ele e à sua família não é algo atípico e enquadra-se dentro da regra, não denotando uma exclusão. Isso compõe outro universo discursivo de exclusão, que tem sido definido com impeditivos institucionais. Um exemplo que tem sido debatido no atual contexto é o que se chama de racismo institucional¹⁰.

3. Os trabalhadores metalúrgicos e a utilização de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)

Quando perguntados sobre as possíveis situações nas quais os trabalhadores da base sindical metalúrgica e da empresa empregadora faziam uso dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde, os debates levantados foram contraditórios.

E1: “Os trabalhadores utilizam sim do SUS. Ele vem aqui no médico do sindicato e o médico recomenda pra ele uma especialidade que não tem aqui. Então aqui, por causa daquele convênio que temos com a secretaria, ele já sai com encaminhamento pro SUS. Ou seja, aqui nós temos um bloco de encaminhamento para o SUS. Outro caso são os exames complementares que estão a cargo do SUS. Ele vai sair daqui com um pedido de exame encaminhado pro SUS porque é o atendimento que oferta na Secretaria de Saúde do município. Então temos essa parceria com o SUS que é bastante utilizada.”

E2: “Não, eles não utilizam o SUS. Eles utilizam o plano que é abrangente e atende as necessidades dos nossos trabalhadores. Até porque se por acaso ele for atendido através do SUS, por exemplo, essa conta vem pra empresa. Se for atendido pelo SUS, o SUS manda hoje a cobrança pra operadora e a operadora manda essa cobrança pra empresa. O atendimento pelo SUS também, de certa maneira, a empresa paga sobre ele.”

E1 considerou que os trabalhadores utilizam dos serviços do SUS em casos nos quais a assistência médica própria do sindicato não possua alguma

⁽¹⁰⁾ O conceito de racismo institucional encontra-se muito bem delimitado em LOPEZ LC. O Conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. Interface - Comunic. Saúde Educ [Internet]. 2012 [acesso 2017 Jan 15] 16(40): 121-34. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n40/aop0412.pdf>

especialidade médica específica, e então é necessário recorrer à assistência ofertada pelo SUS, por meio de mecanismos facilitadores. É interessante destacar o ponto de vista de E1 sobre a assistência médica aos trabalhadores ser contemplada por três opções de prestadores de assistência: o serviço médico próprio ofertado pelo sindicato aos trabalhadores sindicalizados e seus dependentes, o serviço prestado pelas operadoras de planos de saúde àqueles trabalhadores que tem a opção ofertada pelos seus empregadores e em última instância, o atendimento pelo SUS.

Contrário à posição de E1 quanto a esta discussão, E2 refuta a ideia de que os seus funcionários utilizem o SUS, embasando-se em argumentos de que o plano de saúde ofertado pela empresa atende todas as necessidades destes e dos seus dependentes legais. Faz referência ao ressarcimento ao SUS como um instrumento regulatório em plena vigência. Como se sabe, o ressarcimento ao SUS foi criado pelo artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, mas, na realidade, a atuação da ANS na sua cobrança é bastante irregular e residual.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendemos com este trabalho, a partir da análise e aproximação do discurso de dois atores sociais, fundamentada na arqueologia do discurso proposta por Michael Foucault, contribuir para o debate sobre a contratação coletiva de assistência médica à saúde dos trabalhadores no Brasil.

Quando buscamos sintetizar os enunciados que surgem nas cláusulas e entrevistas de E1 e E2, ao refletirem sobre contratações que têm sido feitas em torno dos planos de saúde suplementares, vemos emergir inúmeros problemas do passado que ainda se arrastam sem solução.

Um tema crucial é a participação dos sindicatos nos momentos de negociação para a contratação da operadora de planos. No conjunto dos enunciados proferidos por E1, vigora a ideia de que o sindicato iguala a negociação salarial com a negociação de assistência médica. Ou seja, justiça seria igualar o reajuste da saúde com o do salário. Mas isso apenas reproduz o que está nas regras contratuais há 19 anos. Agregando esse enunciado aos que foram emitidos pelo agente empresarial E2, a situação fica mais grave, pois ele declara sem nenhum constrangimento, que os sindicatos não participam da escolha da operadora. Essa escolha, na sua visão, é um privilégio exclusivo da empresa, pois é ela que tem poder financeiro para contratar a operadora ao seu alcance. No fundo, E2 com sua narrativa, explicita a verdadeira identidade das empresas que contratam planos de saúde para atender aos seus empregados e dependentes. Na realidade, elas se enquadram integralmente na lógica do consumo. Aliás, elas atuam como grandes clientes no mercado dos planos de saúde suplementares.

Destacamos os enunciados que E1 e E2 fizeram sobre o órgão regulador - ANS. O representante sindical chega até a reconhecer que a referida agência teve mérito por ter conseguido pressionar as grandes operadoras. Mas, não emite nenhum juízo acerca dos critérios que são estabelecidos pela mesma nas reuniões de negociação, que legitima a exclusão do sindicato/trabalhadores da contratualização. Aliás, a ANS cria uma figura mítica, o administrador de benefícios, que dá nova configuração jurídica a contratos/contratantes de serviços privados de saúde no Brasil. Já E2 quando expressa sua posição sobre ANS, assume o discurso defensivo das empresas operadoras. Sai da posição de grande cliente e assume de

vez o seu papel principal de grande empresário em favor da privatização cada vez mais crescente da saúde do trabalhador no Brasil.

Um outro fantasma do passado continua a rondar tais relações, uma vez que a oferta de um plano de saúde ao trabalhador não representa apenas uma atividade voltada à assistência à saúde para o seu benefício, mas historicamente, sempre foi um mecanismo de disciplina, controle das perdas e ausência no trabalho.

Os resultados encontrados na análise deste estudo retomam a importância das pesquisas feitas a partir da visão dos atores sociais que compõem o cenário avaliado. A perspectiva crescente da contratação coletiva de assistência médica à saúde tem sido mecanismo de fortalecimento do sistema suplementar de saúde no país, dada à relação ascendente com os números de planos de contratação coletiva vigentes no país.

Esta análise contribuirá para o debate acerca da saúde suplementar em Minas Gerais e no Brasil, levando em consideração a situação atual na qual o setor privado assume uma posição destacada, com maior investimento do que o setor público. Como é sabido, essa situação segue na contramão de políticas implementadas em países cujos sistemas de saúde são universais.

A pesquisa também foi realizada com a finalidade de compartilhar informações pouco discutidas sobre a conformação do setor privado de saúde e promover a discussão acerca da estruturação da assistência à saúde dos trabalhadores que, como pôde ser observado, está cada vez mais distante dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde e fortemente associada às operadoras de planos privados. Vale ressaltar que as ações desenvolvidas pelas operadoras são, em sua maioria, de ordem individual e curativa, que não irão promover a saúde dos beneficiários assistidos.

Espera-se que este estudo possa servir de incentivo para pesquisas futuras acerca do fenômeno da contratação coletiva de planos de saúde e análise da estrutura do setor privado de saúde no Brasil. As análises feitas levam-nos a questionar o tipo de atividade e serviço desempenhado pela agência reguladora no âmbito do Ministério da Saúde, responsável pela regulação e fiscalização dos planos de saúde, e também os caminhos futuros do sistema, tendo em vista a atual conjuntura em que 24% da população brasileira é beneficiária de plano de saúde, e o setor privado recebe maior investimento financeiro para atender uma parcela menor da sociedade.

Referências

ABRAMGE. Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios das Empresas. Informe de Imprensa: Dados e números da medicina de grupo. São Paulo: Abramge, 2000.

ACURCIO, F. A. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. In: Heloisa Marcolino. (Org.). Projeto MultiplicaSUS: (Re)Descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. 1ed. Brasília: **Ministério da Saúde**, v. 1, p. 23-40, 2005.

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

ALMEIDA, C.O. Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar. **IPEA/PNUD**. BRASIL, 1998.

ALVES, G. Trabalho e sindicalismo no Brasil: um balanço crítico da "década neoliberal" (1990-2000). **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, 19, p. 71-94, nov. 2002.

AMORIM, W.A.C. Negociações coletivas no Brasil: Breve análise do período 2000-2006 e suas tendências. **Rev. Adm. UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 197-213, maio/ago, 2009.

ANDRADE, E. I. G. (Des) Equilíbrio da Previdência Social Brasileira. 1999. **Tese** (Doutorado em Demografia) – Faculdade de Ciências Econômicas, UFMG. Belo Horizonte, 1999.

ANDRADE, E. I. G.; SALLES, P. P. D. Padrões de financiamento da saúde do trabalhador: do seguro social ao seguro saúde. In: LOBATO, L. V. C.; FLEURY, S. **Seguridade Social, Cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro, CEBES, 2009.

ANDRADE, E.I.G.; BRANT, I.L.M.; CHERCHIGLIA, M.L; FILHO, P.P.S.D., SANTOS R.T.; FREITAS, R.M. A Saúde Suplementar do ponto de vista dos contratos coletivos – uma análise das contratações e negociações coletivas. In: LOZER, A.C.; GODOY, C.V.C.; COELHO, K.S.C.; LELES, F.A.G., organizadores. **Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS; p. 119-34, 2015.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº196, de 04 de julho de 2009.** Dispõe sobre a administradora de benefício. Diário Oficial da União, 04 Jul 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OQ==>

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa 195 de 14 de julho de 2009.** Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1458

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar, **Foco - Saúde Suplementar.** Mar./Rio de Janeiro, 2013.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar, **Foco - Saúde Suplementar.** Mar./Rio de Janeiro, 2014.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar, **Foco - Saúde Suplementar.** Dez./Rio de Janeiro, 2015.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015.** Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Diário Oficial da União, 28 Out 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzExMA==>

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informações da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Ano 1 (setembro) Rio de Janeiro: ANS, 2016.**

BAHIA, L., Reestratificação das clientelas para os serviços de saúde na década de 80: um estudo exploratório do caso Amil. (**Dissertação de Mestrado em Saúde Pública**), Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1991.

BAHIA, L. Planos e Seguros Saúde: Padrões e Mudanças das Relações entre o Público e o Privado no Brasil. 1999. **Tese (Doutorado em Saúde Pública)** – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

BAHIA, L. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (orgs.). **Saúde e democracia no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BAHIA, L. Uma mão suja a outra. **Jornal O Globo**. Rio de Janeiro, 01 ago. 2016.

BOYLE, S. Health Systems in Transition Vol.13 No. 1. **European Observatory**, 2011.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: CEBES-Hucitec, 1981.

BRAGA, J. C. S.; BRAGA, S. G. Saúde e Previdência: estudos de política social. 2ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. **Lei nº 8.134, de 27 de dezembro de 1990**. Altera a legislação do Imposto de Renda e dá outras providências. Diário oficial da União, 28 de dez. 1990. Acesso em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8134.htm

BRASIL. **Decreto nº 1.041, de 11 de janeiro de 1994**. Cobrança e fiscalização do imposto sobre a renda e proventos de qualquer natureza. Diário Oficial da União, 12 de Jan. 1994. Acesso em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D1041.htm

BRASIL. **Lei nº 9250, de 26 de dezembro de 1995**. Altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências. Diário Oficial da União, 27 de dez. 1995. Acesso em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9250.htm

BRASIL. **Decreto nº 3000, de 26 de março de 1999**. Regulamenta a tributação, fiscalização, arrecadação e administração do Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza. Diário Oficial da União, 29 de mar. 1999. Acesso em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3000.htm

BRASIL. **Instrução Normativa SRF Nº 208, de 27 de setembro de 2002**. Dispõe sobre tributação pelo imposto de renda. Acesso em:
<http://sijut2.receita.fazenda.gov.br/sijut2consulta/link.action?visao=anotado&idAto=15079>

BRASIL. **Lei Nº 10833, de 29 de dezembro de 2003.** Altera a legislação tributária federal e dá outras providências. Diário Oficial da União, 29 out, 2014. Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.833compilado.htm

BRASIL. **Instrução Normativa RFB Nº 1500, de 29 de outubro de 2014.** Dispõe sobre normas gerais de tributação relativas ao Imposto sobre a Renda das Pessoas Físicas. Acesso em: <http://normas.receita.fazenda.gov.br/sijut2consulta/link.action?idAto=57670&>

CARDOSO, A.C. M; MORGADO, L. P. Saúde do trabalhador nas Negociações Coletivas e reivindicações de greve. In: **Anais do I Seminário de Pesquisa da FESPSP**; 2012, São Paulo, Brasil. São Paulo: Fundação Escolar de Sociologia e Política de São Paulo: 2012.

CAREGNATO, R. C. A; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: análise de discurso x análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Out-Dez; Vol.15, n.4: 679-84, 2006.

Central Única dos Trabalhadores. CUT 20 anos (1983-2003): resoluções da Conclat e dos congressos e plenárias da CUT. Fundação Perseu Abramo, organizadores. São Paulo: CUT-Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

COHN, A. Previdência Social e Processo Político no Brasil. 1ª ed. São Paulo: Moderna; 1980.

COHN, A. A reforma da previdência social virando a página da história? **São Paulo em Perspectiva**. v.9 , n.4,1995.

CORDEIRO, H. As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

COSTA, N. R. Políticas Públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. **Rev. De Administração Pública**, v. 28, n.4, p. 5-17, 1994.

CRUZ, E.; NETO, F. M. Capital Internacional e suas consequências para a Assistência a Saúde. CEBES, 2016.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. R. E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E. , TONON, L. M., OLIVEIRA JUNIOR, M. **Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, p.11-26, 1998.

CYLUS, J. et al. Health Systems in Transition. Vol 17, n 5. **European Observatory**, 2015.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômico. Balanço das negociações coletivas no Brasil 1997-200, 2004.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômico. O processo de terceirização e seus efeitos sobre os trabalhadores do no Brasil. Relatório técnico, 2007.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômico A Saúde do trabalhador no processo de negociação coletiva no Brasil. Nº 76 – maio, 2015.

FAVARET P. F.; OLIVERA J. O. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. Planejamento e Políticas públicas 3:139-162, junho, IPEA. 1990.

FISHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**. n. 114, p. 197-223, nov. 2001.

FONSECA, C. M. O. Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

FOUCAULT, M. A arqueologia do saber. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 2ªed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1986.

FOUCAULT, M. A arqueologia do saber. 7ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

GERSCHMAN, S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n.5, p. 1441-145, 2008.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GONDAR, R. A. Do reajuste contratual de nos planos de saúde em razão da alteração da faixa etária (Monografia). Porto Alegre (RS) Pontifícia Universidade Católica; 2009.

GREGOLIN, M. R. V. A análise de discurso: conceitos e aplicações In . Alfa, São Paulo, v.39, p. 13-21, 1995.

GRILL, R. Análise de Discurso. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 3a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.

GRUBER, J. Health insurance and labor market. **Cambridge: National Bureau of Economic Research**, v.1, p. 648, 1998.

IESS. Instituto de Estudos em Saúde Suplementar. Saúde Suplementar em Foco. Incentivos fiscais para a aquisição de planos de saúde. **INFORMATIVO ELETRÔNICO** | ANO 2 n.16, 2011.

IESS. Instituto de Estudos em Saúde Suplementar. Saúde Suplementar em Foco. 2016

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Radiografia do gasto tributário em Saúde: 2003 – 2013. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

KOCH, I.G., et al. Aspectos do processamento do Fluxo de informação no discurso oral dialogado. In: Castilho, organizador. Gramática do português falado. Campinas: UNICAMP/FAPESP; 1990.

Luz, M.T. As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MACHADO, A.F.; ANDRADE, M.V.; MAIA, A.C. A relação entre estrutura ocupacional e acesso a plano de saúde no Brasil: uma análise para 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.4, p. 758-768, 2012.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MALTA, D.C.; CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; JORGE, A.O.; COSTA, M.A. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vol. 9 n. 2, p. 433-444, 2004.

MÉDICI, C. A. A dinâmica do setor saúde no Brasil: transformações e tendências nas décadas de 80 e 90. Comissão Económica para América Latina y el Caribe, 1997.

MELO, M. C. O. L. Negociação coletiva: tratamento teórico e prática. **Rev. adm. empresa**. vol.31 n 4. São Paulo, 1991.

MENDES, E. V. Os Grandes Dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade Editora. 2001.

MENICUCCI, T. M. G. As formas privadas de assistência à Saúde: desenvolvimento e características. In: MENICUCCI, T. M. G. (org.) Público e privado na política de

assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MENICUCCI, T. M. G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. (Tese) Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – UFMG, 2003.

MINAYO, M.C.S. O desafio da pesquisa social. In: Minayo, M.C.S. (org.) **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis**, Rio de Janeiro: VOZES, 2010.

OCKÉ-REIS, O.C.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: Uma criação do Estado? **R. Econ. contemp.**, Rio de Janeiro, Vol.10, n. 1, pag. 157-185, 2006.

OCKÉ-REIS, O. C.; CARDOSO, S. S. A regulamentação dos preços dos planos individuais de saúde. **Revista de Economia Política**, vol. 31, nº 3 (123), p. 455-470, 2011.

OCKÉ – REIS, O.C. Gasto privado em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. Vol. 31, n. 7, p.1351-1353, 2015.

OLIVEIRA, V. M.; MARTINS, M. F.; VASCONCELOS, A. C. F. Entrevistas “em profundidade” na pesquisa qualitativa em administração: pistas teóricas e metodológicas. In: **XV Anais do Simpósio de Administração de produção, logística e operações internacionais**. Faculdade Getúlio Vargas. São Paulo, 2012.

PAIM, J. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol. 29 n.10, p.1927-1953, 2013.

PARDO, T. A. S., NUNES, M. G. V. Análise de discurso: Teorias discursivas e aplicações em processamento de Línguas Naturais. São Paulo (Relatório de Pesquisa FAPESP/CNPQ), 2003.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J.C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis Rev de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. n. 18, vol. 4 : 767-783, 2008.

PINA, J. A. Sindicalismo e saúde no Brasil: a relação Sistema Único de Saúde (SUS) e os planos privados de saúde na assistência à saúde dos trabalhadores (dissertação). Rio de Janeiro: **Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz**: 2005.

PINA, J. A.; CASTRO, H. A.; ANDREAZZI, M. F. A. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Vol.11 no.3. Rio de Janeiro, 2006.

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios. **Acesso e Utilização dos serviços de saúde – 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

RIBEIRO, J.; SOUZA, D. N.; COSTA, A. P. Investigação qualitativa na área da saúde: por quê? **Ciênc. saúde coletiva**. Vol.21 no.8 Rio de Janeiro, 2016.

SANTOS, I. S. Planos privados de assistência à saúde no mundo do trabalho. (Dissertação). **Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz**, 2000.

SANTOS, I. S. O *mix* público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** vol.13 n.5, Rio de Janeiro, 2008.

SANTOS, I. S. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Rio de Janeiro: s.n., 2009.

TEIXEIRA, A.; BAHIA, L.; VIANNA, M.L.T.W. Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas, no Brasil. In: Ministério da Saúde, ANS, organizadores. **Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Vol. 1. Rio de Janeiro: ANS; p. 20, 2002

VIANNA, M. W. Seguridade social brasileira no contexto das políticas públicas. Texto ocasional. Rio de Janeiro: mimeo. 1994.

Viana, A. L. D’.; Silva H.P.; Lima L. D.; Machado C. V. Financiamento estável e suficiente para garantir a universalidade, 2013. **Acesso em:** <http://www.resbr.net.br/desafios-do-sistema-de-saude-brasileiro-parte-ii-financiamento-estavel-e-suficiente-para-garantir-a-universalidade/>

YIN, R. Estudo de caso: planejamento e método. Porto Alegre:Bookman, 4^o ed. 2010.

WORLD BANK. **Anual Reports 2012**. The World Bank Annual Reports, 2012.

APENDICE I

Roteiro para entrevistas 01

Projeto	Contratos Coletivos de assistência médica suplementar: estudo de caso em empresa empregadora e sindicato no ramo metalúrgico em Minas Gerais.
Roteiro para entrevista	Visão dos Sindicatos

Subtópico 1 – Identificação e contexto histórico da assistência à saúde do trabalhador

1. Conte-me sobre a sua história pessoal e profissional:

Qual o seu nome?

Qual a sua formação acadêmica?

Qual o nome do sindicato que o senhor/senhora trabalha? (questões de gênero)

Fale-nos sobre a sua função atual no sindicato.

Trabalha nessa função há quanto tempo? Chegou a desempenhar outra função antes de assumir a atual?

Já teve experiência no âmbito sindical em outros sindicatos?

2. Conte como vocês veem a assistência à saúde do trabalhador aos trabalhadores da base do sindicato.

3. Explícite quais são os aspectos mais importantes para o sindicato no momento de contratação de uma operadora de plano de saúde coletivo e oferta de assistência à saúde dos trabalhadores?

Subtópico 2–Assistência à saúde aos trabalhados associados do Sindicato

1. O sindicato tem convênio/plano para assistência médica e/ou odontológica dos trabalhadores de base do sindicato?

Se sim, qual a operadora de planos que presta assistência ao sindicato?

Qual a carteira de serviços ofertada no contrato? Cobre dependentes?

2. No caso do contrato do plano de saúde ser feito pela empresa, vocês conhecem as cláusulas de assistência à saúde?
3. O sindicato presta serviço próprio de assistência à saúde? Quais serviços são prestados.
4. Quais são os critérios seguidos pelo sindicato para contratação de planos de saúde coletivos?
5. Conte como vocês veem a inclusão do atendimento de acidentes e doenças do trabalho no plano de saúde.
6. Comente sobre o fato de além do convênio saúde, os trabalhadores também serem atendidos pelo Sistema de Saúde (SUS). Na visão de vocês isso é possível? Em quais situações?
7. Comente sobre o processo de avaliação de qualidade da prestação de assistência à saúde aos funcionários. O sindicato faz essa avaliação?

Subtópico 3– Papel do sindicato nas negociações coletivas de assistência médica e regulação

1. Como vocês veem a participação do sindicato no processo de negociação para contratação de uma operadora de planos de saúde privado?
2. Qual a percepção de vocês sobre a força do sindicato dos trabalhadores no momento de negociação dos acordos?
3. Conte como vocês veem a regulação do sistema de saúde suplementar feita pela ANS desde a sua criação em 2000.
4. Comente se o sindicato tem visto restrição ou aumento do poder de negociação dos acordos ao longo dos anos e após a regulação do setor.

APENDICE II

Roteiro para entrevistas 02

Projeto	Planos coletivos de saúde: estudo de caso em empresas empregadoras, operadoras e sindicatos no ramo metalúrgico em Minas Gerais.
----------------	---

Roteiro de entrevista	Empresas contratantes de planos de saúde coletivos
------------------------------	---

Subtópico 1 – Identificação e contexto histórico da assistência médica à saúde do trabalhador

Qual o seu nome?

Qual o nome da empresa que o senhor/senhora trabalha? (questões de gênero)

Qual a sua função na empresa?

Trabalha nessa função há quanto tempo? Chegou a desempenhar outra função antes de assumir a atual?

Já teve experiência na área em outras empresas ou instituições?

Subtópico 2 - Assistência médica à saúde dos trabalhadores, negociação coletiva e aspectos de regulação.

1. Explícite quais são os aspectos mais importantes para a empresa no momento de contratação de uma operadora de plano de saúde coletivo?

2. No caso do contrato ser feito pela empresa, vocês conhecem as cláusulas de assistência à saúde?

3. É prevista a participação do sindicato na definição dos contratos com convênios/planos de saúde?

4. Existe uma avaliação de qualidade da prestação de assistência à saúde dos funcionários feita pela própria empresa? Caso haja, como esta avaliação é feita? Os resultados são divulgados?
5. Como vocês veem a inclusão do atendimento de demandas como acidentes e doenças do trabalho no plano de saúde?
6. Como vocês veem a evolução da regulação do sistema de saúde suplementar feita pela ANS desde a sua criação em 2000? (sabemos que a ANS é uma agência reguladora no âmbito do ministério da saúde)
7. Como vocês veem o atual sistema de reajuste dos planos coletivos privados de saúde? (reajuste estipulado pela operadora de planos e empresa contratante, não há regulação da ANS)
8. Comente se houve mudanças ao longo dos anos subsequentes a esta evolução no poder de negociação, positivas ou negativas? Quais?
9. Em sua opinião, como é a relação entre a empresa contratante e os sindicatos dos trabalhadores?
10. A empresa conta com algum tipo de compensação financeira para os gastos com assistência à saúde do trabalhador? (benefício fiscal)
11. Do ponto de vista da empresa, vocês acham que em quais situações os trabalhadores fazem do SUS?
12. Discorra sobre o fato de nos casos previstos em lei, como nas urgências, você acredita que as operadoras fazem ressarcimento ao SUS?

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Saúde Suplementar do ponto de vista dos contratos coletivos: uma análise das contratações e negociações coletivas.

Pesquisador: Eli Iola Gurgel Andrade

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50706515.0.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAUDE/ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE - OPAS/OMS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.338.593

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido em três etapas. Na primeira etapa de trabalho será realizada revisão bibliográfica acerca do tema, com a utilização das palavras-chave: saúde suplementar, planos coletivos de saúde, acordo coletivo de trabalho. Serão também identificadas normas da ANS de interesse para o estudo e, especialmente, aquelas relativas aos planos coletivos de saúde. Será desenvolvida a análise dos dados constantes do banco do DIEESE, com a finalidade de identificar e categorizar os acordos realizados nas negociações e avaliar a compatibilidade das regras estabelecidas nos acordos com as normas vigentes da ANS. Para a categorização será usada a estratégia de análise do conteúdo. O banco de dados do DIEESE já se encontra disponibilizado para a instituição proponente desta pesquisa. O sistema reúne informações dos instrumentos normativos que regulam as relações de trabalho de 225 categorias sindicais em 18 unidades da federação, sendo que 154 negociaram cláusulas classificadas como de assistência médica. Os dados encontram-se organizados por setor da economia, ramo de atividade e região geográfica, nos períodos de 1993-2002 e 2003-2005. As categorias identificadas nos acordos coletivos serão descritas e analisadas de acordo com as variáveis: categorias de acordos, ramos de atividade, período, município, estado e região geográfica. Quando possível serão realizadas análises estatísticas de frequência, médias e

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.338.593

dispersão. Entende-se que essa análise, considerando o fato de que entre 75% a 80% do universo de planos de saúde é constituído pela modalidade de planos coletivos, e que estes se vinculam à formalização do trabalho no Brasil, fornecerá uma compreensão mais aprofundada desses vínculos, dos seus mecanismos de sustentação e desenvolvimento. Na segunda etapa será feito um estudo de caso em Minas Gerais com o objetivo de identificar as operadoras de planos de saúde contratadas, no período estudado, correlacionando-as ao seu IDSS da ANS. Para tanto será realizado um estudo quali-quantitativo em uma amostra de conveniência dos dados levantados nos sindicatos, relativos às empresas nos três ramos de atividade. Primeiramente, será feito um estudo descritivo das empresas, nos três ramos de atividade, no estado de Minas Gerais, do qual constem as atividades principais, o número de trabalhadores por gênero, dentre outras. O objetivo de se obter essas informações é subsidiar a seleção da amostra para o estudo da evolução da contratação de operadoras. De posse da amostra, serão identificadas, no período de 2000 a 2014 as operadoras contratadas e analisadas as variações em relação ao IDSS. A identificação da distribuição do IDSS nos setores da indústria, do comércio e de serviços, proporcionará uma visão mais precisa do cenário estudado podendo balizar a avaliação da qualidade da assistência à saúde prestada nesse contingente de trabalhadores e trabalhadoras. Os procedimentos metodológicos serão realizados em dois momentos: o primeiro constitui em uma análise descritiva dos dados oficiais do banco do SACC/DIEESE em uma amostra de conveniência levantada nos sindicatos, relativos às contratações e negociações de planos coletivos de assistência à saúde pelas empresas no ramo de atividade Industrial em Minas Gerais; e no segundo momento serão feitas entrevistas com os atores sociais da pesquisa (sindicato, empresa empregadora e operadora de planos coletivos). A análise das entrevistas será realizada após transcrição das narrativas na íntegra utilizando a metodologia de análise de conteúdo. Na oportunidade, também serão analisados documentos relacionados aos contratos feitos entre empresas contratantes e operadoras de planos coletivos para auxiliar na identificação da assistência prestada.

Objetivo da Pesquisa:

- Objetivo Primário:

+ Analisar os acordos e negociações coletivas relacionadas à assistência à saúde de trabalhadores nos ramos de atividade industrial, comercial e de serviços no Brasil e Minas Gerais entre os anos de 2000 e 2014, no sentido de estabelecer a correspondência entre a configuração do mercado laboral no país e a estrutura de organização do setor de saúde suplementar.

+ Objetivo Secundário:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.338.593

- Identificar e categorizar os acordos realizados nas negociações, por ramos de atividade, período, município, estado e região geográfica;
- Avaliar a compatibilidade das regras estabelecidas nos acordos com as normas da ANS;
- Identificar a evolução da contratação das operadoras de planos coletivos de saúde, de 2000 a 2014 em Minas Gerais;
- Analisar a evolução da contratação das operadoras de planos coletivos de saúde, de 2000 a 2014, em relação ao IDSS (considerando a data de início do programa);
- Analisar a percepção de atores sociais (sindicatos, empresas empregadoras e operadoras de planos coletivos) envolvidos na assistência à saúde dos trabalhadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos:

+ Desconforto e constrangimento em responder aos questionários.

- Benefícios:

+ Pretende-se melhorar a qualidade da assistência à saúde prestada aos trabalhadores que usufruem de assistência à saúde privada através de planos coletivos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa apoiado pela OPAS/OMS por meio de financiamento, cujo mérito científico já foi aprovado pela Câmara do Departamento de Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Medicina da UFMG.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Informações básicas do projeto de pesquisa;
- Projeto de pesquisa na íntegra;
- Folha de rosto devidamente assinada pelo Diretor da Faculdade de Medicina da UFMG e pelo pesquisador responsável;
- Parecer da Câmara do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG aprovando o projeto de pesquisa;
- Modelo de carta de anuência das Empresas Empregadoras;
- Modelo de carta de anuência das Operadoras de Plano de Saúde Coletivo;
- Modelo de carta de anuência dos Sindicatos;
- TCLE em forma de convite.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 1.338.593

Recomendações:

- No TCLE, informar o tempo que os dados ficaram armazenados com o pesquisador responsável;
- No TCLE, informar que o participante receberá uma via de igual teor do documento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, sou, salvo melhor juízo dos demais membros do COEP/UFMG, pela aprovação do projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_600914.pdf	04/11/2015 13:55:11		Aceito
Outros	contrato_opas.pdf	04/11/2015 13:54:36	Eli Iola Gurgel Andrade	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	04/11/2015 13:53:06	Eli Iola Gurgel Andrade	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	07/10/2015 14:53:42	Eli Iola Gurgel Andrade	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso.pdf	07/10/2015 14:42:47	Eli Iola Gurgel Andrade	Aceito
Outros	Carta_coordenadora_COEP.pdf	07/10/2015 14:39:47	Eli Iola Gurgel Andrade	Aceito
Outros	Parecer_Camara_Departamental_2.pdf	07/10/2015 14:38:30	Eli Iola Gurgel Andrade	Aceito
Outros	parecer_camara_departamental.pdf	07/10/2015 14:37:34	Eli Iola Gurgel Andrade	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	07/10/2015 14:34:23	Eli Iola Gurgel Andrade	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	07/10/2015 14:33:04	Eli Iola Gurgel Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/10/2015 14:30:26	Eli Iola Gurgel Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	07/10/2015 14:29:38	Eli Iola Gurgel Andrade	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S/N 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.338.593

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 26 de Novembro de 2015

Assinado por:
Telma Campos Medeiros Lorentz
(Coordenador)

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2016.

Estudo: “PLANOS COLETIVOS DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO EM EMPRESA EMPREGADORA E SINDICATO NO RAMO METALÚRGICO EM MINAS GERAIS.”

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO USUÁRIO**PROCEDIMENTOS**

Você está sendo convidado a participar desse estudo e a sua colaboração é importante. Ao concordar em participar você deverá responder a um questionário **CONFIDENCIAL** com perguntas sobre a assistência à saúde prestada aos trabalhadores que são beneficiários de planos coletivos de saúde.

OBJETIVO DO ESTUDO

Este estudo tem como objetivo analisar os acordos e negociações coletivas relacionadas à assistência à saúde de trabalhadores nos ramos de atividade industrial, comercial e de serviços no Brasil e Minas Gerais entre os anos de 2000 e 2014, no sentido de estabelecer a correspondência entre a configuração do mercado laboral no país e a estrutura de organização do setor de saúde suplementar. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos.

CONFIDENCIALIDADE

Toda informação obtida é considerada **CONFIDENCIAL** e a sua identificação será mantida como informação sigilosa. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS.

A entrevista durará em média 60 (sessenta) minutos e será interrompida se em algum momento você sentir necessidade. Solicitamos a sua autorização para que esta entrevista seja gravada pela pesquisadora e esclarecemos que após a transcrição da entrevista, os dados da gravação serão **guardados apenas com um código, sem o nome.**

O participante não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação para a participação nesta pesquisa. Os únicos riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são o desconforto e constrangimento em responder aos questionários. Pretendemos, com base nestas informações, melhorar a qualidade da assistência à saúde prestada aos trabalhadores.

DÚVIDAS

Em caso de dúvida, você poderá comunicar com a Professora Eli Iola Gurgel Andrade, coordenadora deste estudo na Faculdade de Medicina da UFMG, na Avenida Alfredo Balena nº 190, 7ª andar, sala 706. Belo Horizonte MG. Telefone (31) 3409-9689 ou com a pesquisadora Isabela Luiza Moreira Brant através do e-mail isabelabrantufsj@gmail.com ou telefone (38)8419-3306.

O contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP) deve ser feito quando houver dúvidas relacionadas a aspectos éticos pelo telefone (31)3409-4592 ou pelo e-mail: coep@prpq.ufmg.br.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sei que minha participação é totalmente voluntária e que poderei recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal.

Todas as informações prestadas por mim serão sigilosas e utilizadas somente para este estudo. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Eu li este formulário e recebi as instruções e, após assiná-lo juntamente com o entrevistador, ele será arquivado garantindo sua confidencialidade.

Local: _____

Assinatura

Participante: _____

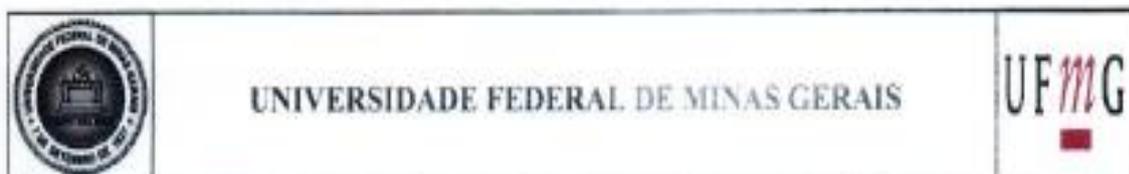
Data: __/__/__

Assinatura

Entrevistador: _____

Data: __/__/__

ANEXO III – CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO



ATA DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO DA ALUNA ISABELA LUIZA MOREIRA BRANT

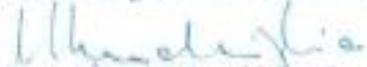
Realizou-se, no dia 02 de dezembro de 2015, às 14:00 horas, Sala 029, Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a apresentação do exame de qualificação da aluna **ISABELA LUIZA MOREIRA BRANT**, número de registro 2015656973, intitulado *PLANOS COLETIVOS DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO EM EMPRESAS EMPREGADORAS, OPERADORAS E SINDICATOS NO RAMO METALÚRGICO EM MINAS GERAIS.*, perante a Comissão Examinadora composta pelos professores: Prof(a). Eli Iola Gurgel Andrade - Orientador (UFMG), Prof(a). Mariangela Leal Cherchiglia (UFMG), Prof(a). Ronaldo Teodoro dos Santos (PUC-MINAS), Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge (UFMG). Terminada a apresentação, foi considerada:

aprovada () reprovada

e, para constar, foi lavrada a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 02 de dezembro de 2015.


Prof(a). Eli Iola Gurgel Andrade (Doutora)


Prof(a). Mariangela Leal Cherchiglia (Doutora)


Prof(a). Ronaldo Teodoro dos Santos (Doutor)


Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge (Doutora)

CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
- Medicina - UFMG

ANEXO IV – ARTIGO E COMPROVANTE DE SUBMISSÃO NA REVISTA INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE E EDUCAÇÃO

Contratos coletivos de assistência médica suplementar à saúde de trabalhadores formais: estudo de caso em Minas Gerais

Resumo

Mesmo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a assistência à saúde dos trabalhadores no Brasil é predominantemente realizada pelo setor privado suplementar. Este artigo buscou compreender a contratação coletiva de planos de saúde para assistência médica a trabalhadores, utilizando como análise central os discursos dos atores sociais envolvidos. Trata-se de um estudo de caso exploratório com aporte qualitativo, realizado com um representante sindical e um representante da empresa empregadora, do ramo metalúrgico. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados na perspectiva da análise de discurso de Michel Foucault. Três temas emergiram desta investigação e apontam particularidades das pautas contratuais entre sindicato e empresa. Os discursos correlacionados resultam em reflexões sobre o movimento histórico de contratações coletivas de plano de saúde para a classe dos trabalhadores brasileiros.

Palavras-chave: Plano coletivo de saúde; contratação coletiva; setor privado de saúde; saúde do trabalhador; política de saúde.

Collective contracts of medical supplementary care for the health of formal workers: a case study in Minas Gerais

Abstract

Even with the creation of the Unified Health System (SUS) in 1988, health care for workers in Brazil is predominantly performed by the supplementary private sector. This article sought to understand the collective contracting of health plans for medical assistance to workers, using as central analysis the speeches of the social actors involved. This is an exploratory case study with a qualitative contribution, carried out

with a union representative and a representative of the employing company, from the metallurgical branch. The data were collected through a semi-structured interview and analyzed from the perspective of Michel Foucault's discourse analysis. Three themes emerged from this investigation and point out particularities of the contractual guidelines between union and company. The correlated discourses result in reflections on the historical movement of collective contractions of health plan for the class of Brazilian workers.

Keywords: Collective health plan; Collective contracting; Private health sector; Worker's health; Health policy.

Convenios colectivos complementario de salud médica de los trabajadores formales: un estudio de caso en Minas Gerais

Resumen

Incluso con la creación del Sistema Único de Salud (SUS) en 1988, la salud de trabajadores en Brasil se lleva a cabo por el sector privado adicional. Este artículo tiene como objetivo comprender la negociación colectiva de los planes de salud de los trabajadores, utilizando como centro de análisis los discursos de los actores sociales involucrados. Este es un estudio de caso exploratorio con aporte cualitativo, realizado con un representante del sindicato y un representante del empleador, la industria del metal. Los datos fueron coleccionado através de entrevistas semiestructuradas y analizados en perspectiva del análisis del discurso de Michel Foucault. Tres temas surgieron de esta investigación y consigne los datos de directrices contractuales entre sindicato y la empresa. Los discursos correlacionados resulta reflexiones sobre el movimiento histórico de los contratos de planes de salud para clase de los trabajadores brasileños.

Palabra clave: Plan de salud colectiva; la negociación colectiva; sector privado de salud; salud en el trabajo; la política de salud.

Introdução

O presente artigo traz resultados de pesquisa que investigou a consolidação dos planos coletivos de saúde como forma predominante de assistência à saúde dos trabalhadores formais no Brasil. Nesta pesquisa, consideraram-se as transformações pelas quais passou o sistema de saúde, desde a sua formalização na Constituição Federal de 1988, quando se afirma a universalidade do direito à saúde. Essa conformação, contudo, passou a enfrentar contradições herdadas do sistema de Previdência Social no Brasil que, ao longo das décadas expandiu sua cobertura pela contratação de serviços privados e conveniados¹, movimento que fundou a segmentação (público/privado) do sistema de saúde brasileiro.

A fragmentação do sistema de saúde subdimensionou a instalação de uma infraestrutura hospitalar e ambulatorial própria de produção de serviços de saúde, direcionando incentivos para desenvolvimento do segmento privado^{2,3}. Ao par disso, as empresas empregadoras abriram espaço para a contratação dos convênios-empresas com objetivo de ampliar cobertura paralela ao sistema previdenciário⁴. Os grupos médicos legitimados pelo Estado se reestruturaram e criaram uma perspectiva empresarial mais sólida, incluindo-se aqui tanto a medicina de grupo quanto as cooperativas médicas⁵.

Paralelamente à expansão da assistência médica previdenciária na década de 80, os movimentos sociais de diversos seguimentos potencializaram a fase de transição ao sistema universal, público e gratuito⁶. A conquista do direito universal à saúde foi consagrada na Constituição de 1988. Porém, concomitante às dificuldades de implantação e financiamento do SUS, a partir da década de 90, subsistiu e ampliou-se uma estrutura de seguro saúde, agora não mais previdenciário, mas contratualizado entre empresas empregadoras e operadoras de plano de saúde⁷. O padrão de financiamento da saúde do trabalhador direcionou-se do seguro social previdenciário ao seguro saúde, num período de duas décadas⁸. Esse contexto permitiu a consolidação das práticas médicas privatistas que instituíram nos anos posteriores um segmento suplementar de saúde no Brasil.

O segmento privado estratifica-se em dois setores: o suplementar (operadoras de planos de saúde) e o liberal/autônomo⁹. O setor suplementar se impôs por intermédio do mercado de planos privados de saúde normatizados ao final da década de 90, quando são criadas legislação e formas institucionais de regulação,

com a Lei nº 9656/1998¹⁰ e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Lei nº 9651/2000¹¹.

Este setor possui atualmente 49 milhões de beneficiários, que representam 24% da população brasileira. Aproximadamente 39 milhões (80%) são vinculados a planos coletivos de saúde¹². Os planos coletivos são aqueles contratados por uma empresa, conselho, sindicato ou associação junto à operadora de planos de saúde para oferecer assistência médica e/ou odontológica aos empregados e seus dependentes¹³.

A constituição e as especificidades do setor suplementar no Brasil tem sido objeto de estudo em várias perspectivas^{7,14,15}. Trabalhos recentes acentuam a relevância da investigação sobre as relações entre os atores sociais que participam dos contratos coletivos, uma vez que ainda é escassa a sua regulamentação por via da ANS. Em que pese os trabalhadores formais constituam-se em 80% da clientela de planos de saúde no Brasil, chama atenção o fato de não ser prevista em lei a sua participação na contratualização dos planos coletivos^{16,17}.

Tais planos têm sido objeto de negociação nas pautas reivindicatórias de assistência entre sindicatos e empresas. Pelos dados do Sistema de Acompanhamento de Contratação Coletiva, organizado pelo Departamento Intersindical Estudos Estatísticos Socioeconômicos (SACC/DIEESE), observou-se que a cobertura de assistência à saúde médico-ambulatorial ou hospitalar e odontológica representa 66% das cláusulas negociadas entre sindicatos e empresas¹⁸. Este banco faz o registro dos dissídios e acordos coletivos no Brasil cobrindo 19 anos de negociações coletivas. É tido como o mais completo banco de dados sobre negociações coletivas no país¹⁹.

Nesse contexto, a preocupação com os mecanismos que definem os contratos de prestação de assistência à saúde entre o mercado formal de trabalho e as operadoras de planos torna-se um objeto de crescente interesse. A especificidade é que, embora os beneficiários de planos de saúde sejam os trabalhadores, o contratante do plano é a empresa na qual eles trabalham. Cabe a ela contratar e decidir qual operadora e tipo de assistência ofertada. Empregados e empregadores, pelos lugares que ocupam, têm expectativas diferentes em relação aos serviços prestados pelas operadoras.

Portanto, considerou-se apropriada a investigação qualitativa para recuperar o universo discursivo encontrado nas cláusulas contratuais e nas narrativas

produzidas nas entrevistas com representantes desses dois universos. Os atores forneceram suas narrativas nas quais apresentam os significados que atribuem aos planos suplementares, dando vazão aos discursos que sustentam suas premissas e as práticas utilizadas nas negociações coletivas.

São portanto analisadas as narrativas, de um lado, do representante sindical, que respondia pelas questões relacionadas à saúde do trabalhador e de seus familiares. E pelo lado da empresa, o responsável pela negociação de questões assistenciais com os trabalhadores. Objetiva-se com este estudo compreender a perspectiva de cada um desses atores quanto à conformação que o direito à saúde apresenta no caso concreto dos trabalhadores com vínculo formal de trabalho no Brasil. A opção metodológica remete às proposições da análise do discurso de Michel Foucault²⁰.

Procedimentos teórico-metodológicos

O material apresentado nesse artigo resulta de estudo de caso exploratório²¹ com aporte qualitativo. Inicialmente, são analisadas cláusulas convencionadas entre sindicato e empresa, registradas no Sistema de Acompanhamento de Contratação e Negociação Coletivas (SACC/DIEESE) no período de 1993 a 2012. A avaliação serviu de suporte para a análise dos discursos. Além dessa coleta documental, foram realizadas entrevistas semiestruturadas²² com o representante sindical e com o representante da empresa metalúrgica, apontados como responsáveis pelas questões relativas à saúde. No planejamento original da investigação foi prevista realização de entrevista com a operadora de planos de saúde contratada pela empresa. Houve, porém, recusa de participação.

O roteiro de entrevistas teve um ponto significativo. Para definição de temas, partiu-se da categorização de 2.530 cláusulas de assistência à saúde, negociadas em convenções e acordos coletivos sindicais, no período de 1993 e 2012, em todo o país. Os temas selecionados foram: assistência médica à saúde do trabalhador; participação do sindicato e da empresa nas negociações coletivas de assistência médica e aspectos da regulação do setor suplementar de saúde.

Embora as cláusulas fornecessem informações importantes, elas, por si só, não permitem compreender como se dá a participação desses atores no processo. Foi com essa percepção e vazio de significados que buscou-se orientar as questões da entrevistas semiestruturadas²². A escolha desse modelo segue sugestões de

especialistas da área metodológica, pois a elaboração de um roteiro ajuda a não se perder o foco. Íamos conversar com pessoas que tinham uma prática discursiva, no sentido que Foucault atribuía a esse termo, ou seja, quando E1 e E2 respondiam às questões que a eles formulávamos, ambos “formavam sistematicamente o objeto de que falavam”²⁰.

Operacionalmente a análise das entrevistas buscou preencher as três etapas propostas na Teoria Foucaultiana: identificação dos enunciados, mapeamento discursivos, e interpretação dos achados²⁰. Em todas as narrativas foram analisados os enunciados formulados pelos entrevistados, sempre tentando traçar a sua correlação com outros discursos que circulam ao mesmo tempo. Esse mapeamento do discurso é o que tem de mais fascinante no processo, pois é por meio dele que se pode ver o quanto um enunciado é reatualizado para dar conta de explicar um fenômeno que se está vivendo no momento. Cada discurso, como diz Foucault, está repleto de enunciados. Buscar encontrar as conexões que eles têm entre si, foi o trabalho que se realizou e será mostrado à frente.

A pesquisa foi realizada em um sindicato situado na região metropolitana de Belo Horizonte – MG e em uma empresa, situada na região do Vale do Aço, em Timóteo–MG, ambos no ramo de indústrias metalúrgicas. A seleção dos sujeitos de pesquisa respeitou os seguintes critérios: a) a aceitação dos atores sociais em participar da pesquisa, b) ter maior número de cláusulas de cobertura de assistência médica ou ambulatorial e odontológica, negociadas e registradas no SACC/DIEESE, no período 1993 a 2012 c) estarem sediados em Minas Gerais.

Os sujeitos da pesquisa tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o assinaram, seguindo os princípios éticos da resolução nº 466/12²³. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da referida instituição⁽¹¹⁾.

Resultados e discussão

Ao longo dos 19 anos (1993-2012) cobertos pelo SACC/DIEESE, a categoria metalúrgica pesquisada realizou 26 convenções coletivas de assistência médica, e destas 16 (61%) são cláusulas de planos de assistência à saúde médico-ambulatorial ou hospitalar e odontológica. A empresa empregadora realizou 42

¹¹ NN [Eliminado para efeitos da revisão por pares]

acordos coletivos de assistência médica, sendo 21 (50%) cláusulas que se referem à cobertura por planos de assistência à saúde médica-ambulatorial ou hospitalar e odontológica.

As cláusulas contratualizadas pela empresa empregadora (acordos coletivos) têm uma carteira ampla de serviços relacionados à saúde, como por exemplo, atendimento odontológico e assistência farmacêutica. Com o passar dos anos, tomou força o contingente de cláusulas que estabelecem os convênios médico-hospitalares.

Já para o sindicato, observamos que as cláusulas (convenções coletivas) se concentram em duas abordagens principais, que dizem sobre a opção, ou não, dos empregados em participar do benefício, e da manutenção do plano de assistência médica para empregados afastados por acidente ou doença do trabalho.

A leitura destes documentos negociados pelos sujeitos de pesquisa possibilitou a identificação de pontos relevantes que incentivaram a análise das entrevistas. A percepção dos atores sociais sobre a realidade da assistência à saúde dos trabalhadores ser hoje predominantemente responsabilidade dos planos coletivos de saúde, contratualizados entre empresas empregadoras e operadoras de plano, deram origem a 03 (três) construções discursivas, destacadas a seguir.

Consideramos para este estudo as denominações E1 para a entidade sindical e E2 para a entidade empresarial.

O Sindicato e a Empresa na contratação coletiva da assistência à saúde

Diante dos dados coletados que permitiram mapear as negociações feitas em torno dos planos de saúde, uma das questões posta visava esclarecer como o sindicato naquele momento participava desses processos de contratação de uma operadora de planos de saúde

E1: Politicamente nós nos limitamos (...) só quando existe um conflito coletivo de trabalhadores. Por exemplo, numa troca de plano de saúde ou numa contratação de plano de saúde pela empresa, pelo seu empregador (...). Por exemplo, uma empresa que tem um plano contratado por dois anos e quando tá terminando ela tem que chamar todos os trabalhadores e dizer: “oh, esse plano que tem até agora precisa ser reajustado em X valor. Se esse reajuste tiver alinhado e, aí, entra o nosso lado. Na nossa convenção a gente tem isso, o plano de saúde não deve ser reajustado com valores superiores ao que a gente conseguir convencionar no reajuste de salário. Isso é, isso é bem compreendido. Por exemplo, como o empregador dá um reajuste de salário de 10% e cobra 30% de reajuste no plano de saúde.

E2: O sindicato participa na verdade do acordo coletivo com uma cláusula, nosso acordo coletivo que é uma cláusula que reza da empresa conceder um plano de saúde e tem lá também acertado com o sindicato qual a participação do empregado nos custos desse plano. Então, a participação dele se dá nesses tempos, dois itens. Ele não tem lá uma abordagem de qual tipo de plano, qual abrangência dele. Isso não tem. Fica a cargo da empresa. Cabe a empresa contratar um plano e conceder esse plano aos empregados.

Os enunciados que aparecem na fala de E1 mostram que a forma como o sindicato, por intermédio de seu representante, estavam sintonizados com as práticas discursivas do próprio movimento de trabalhadores. Este, desde a 8ª Conferência Nacional da Classe Trabalhadora²⁴ em 2003, pressionava a ANS para que enfrentasse o problema dos altos reajustes dos planos de saúde privados²⁵. Alertavam também para outros tipos de aumento que não coincidiam com as mudanças no valor dos salários. Setores do movimento dos trabalhadores estavam atentos aos aumentos que se realizavam, por exemplo, quando se introduzem novas tecnologias ou até mesmo na mudança de faixa etária. Quanto mais velhos, mais custos. Em todo caso, nesse momento, interessa-nos apenas ressaltar que, pela fala de E1 é possível afirmar que há uma prática discursiva nas negociações que demonstra certa regularidade. Depois de mais de dez anos, essa prática ainda vigora para determinar reajustes nos valores dos planos.

Os enunciados do discurso de E2 enquadram, nas práticas discursivas do mundo empresarial, a participação dos sindicatos em acordos coletivos. Este, em função de alguns avanços na sociedade industrial, proporcionado pelas conquistas dos trabalhadores, passa a regular as relações trabalhistas por meio de contratos que se constituem em dispositivos pelos quais se exercem novas relações de poder. Não é por acaso que os contratos, incluindo os do trabalho, são constituídos por cláusulas. Para alguns especialistas da análise de discurso na perspectiva foucaultiana, a cláusula é uma unidade mínima de significado que possui um papel funcional no ato discursivo. É ela que permite que o discurso e suas partes atinjam um objetivo comunicativo²⁶. Segundo Koch et al²⁷, estruturar o discurso sob a forma de cláusulas foi uma das maneiras encontradas para “ênfatisar e reavivar na mente dos interlocutores uma informação já presente no universo do discurso”²⁷.

Analisando detalhadamente as cláusulas acordadas pela empresa que E2 representava, pode-se registrar como o processo de enquadramento dos trabalhadores às regras empresariais vem ocorrendo ao longo dos 19 anos.

O primeiro registro, ainda muito incipientemente formulado, anuncia que a empresa forneceria ao sindicato, em até 60 dias, a contar da data de sua assinatura do Acordo Coletivo 1994/1995, a relação de medicamentos padronizados pelo seu plano de assistência. Na sequência, comprometia-se com o sindicato de fechar convênio com um hospital da cidade para promover atendimento hospitalar aos sindicalizados. E, por fim, autorizava atendimento odontológico em várias modalidades. O acordo neste formato finda em 1995. A partir daí dá-se início a outra formulação de cláusulas. Um novo acordo é negociado e assinado em 1996. É nesse momento que se explicita, claramente, o poder empresarial por meio de um discurso que enquadra os trabalhadores da metalurgia em categorias hierarquizadas.

Inicialmente, na cláusula, se informa que o acordo naquele momento assinado com o sindicato, forneceria tratamento de saúde aos trabalhadores considerando como limites de oferta o valor de seus salários. Para isso, criaram-se três estratos. No primeiro, concentram-se aqueles que ganham até 8 salários mínimos; no segundo, os que recebem entre 8 e 12 e, no terceiro, os que estão acima de 12 salários. Na continuidade das definições, a referida cláusula define o percentual de subsídios que serão ofertados, de acordo com o estrato salarial. Ao primeiro, a empresa se compromete cobrir 90% dos subsídios, ao segundo 80% e, ao terceiro, 70%. No primeiro parágrafo da cláusula, informa-se que esses benefícios atingem trabalhadores na ativa e aqueles que estão afastados por motivos de doença, até 24 meses. No segundo parágrafo, prevê-se estender a assistência aos dependentes do empregado, mas isso terá de passar pelo crivo dos critérios e condições estabelecidas pela empresa. No terceiro parágrafo, informa-se que o saldo devedor do empregado, decorrente do tratamento de saúde será descontado mensalmente, sem juros e correção monetária, em parcelas limitadas a 10% da remuneração mensal. No quarto parágrafo, garante-se que as despesas com acidente de trabalho serão cobertas pelas empresas desde que estejam fora da cobertura do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

O que se estabeleceu em 1996 será mantido sem grandes alterações até 2012. Nesse ano registra-se mudança no item da cláusula que define percentual que cada estrato iria receber. O primeiro que tinha cobertura de 90% passa para 80%, no novo acordo. O segundo passa de 80% para 75% e o terceiro permanece nos mesmos 70% iniciais.

Essa persistência discursiva na referida cláusula indica que, nos acordos entre os empresários e os sindicatos, mantém-se “atos enunciativos”²⁰ que se inscrevem, no interior da formação discursiva em consonância com aquilo que Foucault chamava de “um certo regime de verdades”²⁰. Fisher²⁸, analisando em seus estudos esse tipo de ocorrência, deu a eles, com base na teoria da análise de discurso de Foucault, um sentido pautado na persistência do ato discursivo. Dito de outra forma, se esta cláusula persiste por anos, com pouca ou quase nenhuma modificação, há de se reconhecer que esse gesto mostra que estamos obedecendo a um conjunto de regras, que é isso que as cláusulas enunciam, tenha-se consciência disso ou não. No caso ora apresentado, pode-se dizer que representantes do mundo empresarial e do sindicato dos metalúrgicos se deixam orientar por essas regras.

Entretanto, é preciso lembrar que “estas regras são dadas historicamente”²⁸. Por isso, aquelas que regulavam os acordos entre esses dois atores sociais, no início do século XX, não são mais as mesmas de sua segunda metade, menos ainda na atual década do século XXI. Isto significa dizer que, as verdades que elas enunciam são “verdades de um tempo”²⁰. Estão integralmente vinculadas à dinâmica do poder e do saber de seu tempo²⁰.

A expressão desse poder na fala de E2 fica clara quando afirma que a participação do sindicato é restrita à definição de dois itens: a) o que a empresa vai oferecer quanto ao atendimento de saúde e b) o que isso custará para os sindicalizados e que será debitado em seu salário. No entanto, a decisão da operadora que será contratada para atender os trabalhadores é de exclusividade da empresa. Esta, para participar das reuniões, poderá indicar um administrador de benefícios como seu representante, seguindo regras estritas da Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009, que define a administradora de benefícios como “pessoa jurídica que promove a reunião de pessoas jurídicas contratantes”²⁹ conforme funções descritas no quadro abaixo:

Quadro 1. Funções da Administradora de Benefícios e da Operadora do Plano de Saúde

Administradora de Benefícios	Operadora do Plano de Saúde
e) Representar a empresa, conselho, sindicato ou associação profissional contratante.	c) Garantir recursos e rede de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais) para atender aos

<p>f) Realizar trabalhos administrativos e alterar cadastro de beneficiários.</p> <p>g) Negociar com a operadora do plano de saúde os reajustes de mensalidade, as alterações na rede credenciada e as formas de controle de acesso aos serviços do plano.</p> <p>h) Absorver, dependendo do contrato, o risco da operadora de saúde quando há atraso ou o não pagamento de mensalidade.</p>	<p>beneficiários.</p> <p>d) Responsável pelo plano de saúde e serviços prestados, junto à ANS e aos beneficiários.</p>
--	--

Fonte: ANS [acesso 2017 Jan 10]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras>.

Regimentalmente, a ANS reconhece a Administradora de Benefícios (indicada pela empresa metalúrgica) para representar a própria empresa, um sindicato e até um conselho, caso este exista. Nesse sentido, entende-se que E2 ocupa essas representações, no caso da indústria metalúrgica de Minas Gerais, por força regimental. Com essa configuração proposta pela ANS, na qual não há uma participação direta dos sindicatos na definição da operadora, é como atualmente ocorre a contratação coletiva de planos para trabalhadores e dependentes.

A regulação do setor de saúde suplementar: os planos de saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Buscou-se conhecer quais discursos avaliativos o sindicato e o representante da empresa tinham em relação à ANS (teoricamente) criada para fiscalizar o setor suplementar de saúde. E1 e E2 foram convidados a falar sobre a regulação do setor suplementar feita pela ANS desde, a sua criação em 2000

E1: Olha, o setor melhorou. Mas está muito longe do desejado. Há algum tempo atrás, você não via tanto plano de saúde inviabilizado. Isso foi um salto. A ANS desqualificaria uma gama de plano de saúde, alguns até de nome, se tivesse de fato uma vigilância mais eficaz. Já conseguiu dar algumas respostas para sociedade. Mas melhorar não quer dizer que resolveu a situação, porque o empresário brasileiro vou falar assim porque é assim que eu vejo, também não está longe do 'jeitinho brasileiro', não.

E2: Acho que a ANS veio regulamentar e moralizar esse mercado, mas ao mesmo tempo tenho uma reclamação de uma forma geral de muitas exigências colocadas pela ANS que onera os planos, as operadoras de planos de saúde e oneram todo o sistema [...] E eu acho que a ANS também tem colocado de um tempo pra cá, ela tem onerado muitas empresas que tem plano de saúde corporativo de uma forma geral, com entrada de novas coberturas. Eu acho que onera muito, são exigência de às vezes determinados tipos de exames muito onerosos pro programa de saúde, isso impacta na sinistralidade dos programas, dos planos, e querendo ou não quem paga isso é a empresa ou o próprio usuário do programa. Então eu acho que deveria ter um cuidado no ingresso de novas coberturas.

Articulam-se, no discurso acima de E1, enunciados diferentes, inclusive um deles oriundo de um ditado popular que, na sua origem, desenha o povo brasileiro como um improvisador de soluções para situações problemáticas. A diferença do conteúdo original e a apropriação que E1 faz do mesmo é que, neste chavão, os empresários dos planos de saúde estão se aproximando desse jeitinho para solucionar problemas. Já a crítica à ANS de não estar sendo totalmente satisfatória no papel a que foi destinada, vem sendo partilhada, sobretudo por pesquisadores que analisam oscilações nas decisões do órgão¹⁴.

Gondar³⁰, analisando um fato ocorrido entre 2004 e 2005, em que a ANS fixa percentuais de reajustes para planos antigos (contratados antes da Lei nº 9656/98) que não tinham índices estabelecidos, nos dá um exemplo daquilo que E1 identificou como jeitinho empresarial brasileiro. Ao sofrer pressão de várias operadoras, a ANS permitiu para os planos antigos e planos coletivos um reajuste residual, acima dos percentuais definidos pela agência. Fato que, segundo Gondar³⁰ desencadeou muitas ações judiciais, tendo em vista o aumento das mensalidades. Entretanto, chama atenção o representante do sindicato não ter objeção quanto ao fato de não haver representante sindical na decisão da escolha da operadora. Embora seja a empresa que juridicamente contrata a operadora, viu-se que um percentual dos salários dos metalúrgicos é retido para pagar os custos, ou seja, há copagamento. Por que, então, os trabalhadores não participam?

Já os enunciados emitidos por E2 refletem discursos empresariais dos dois lados, tanto o das operadoras, quanto o das empresas que ele representa. Na realidade, a sua empresa figura no cenário dos planos suplementares como uma grande consumidora desse tipo de serviço. Nos seus enunciados, ele traz uma questão que tem atormentado, sobretudo, as operadoras que são punidas pela ANS pelos aumentos abusivos que aplicam nas mensalidades dos planos, todas as vezes que

introduzem novos tratamentos que exigem renegociações. Segundo E2, a exigência que a ANS impõe ao plano impacta a sinistralidade dos planos suplementares.

O termo sinistro na língua portuguesa significava o uso da mão esquerda pelos não destros, mas que, também, passou a ter um segundo, terceiro e muitos outros sentidos associados a eventos como ruínas, ameaças, prejuízos e danos. Estes últimos foram completamente apropriados pelo mercado de planos de saúde que associou a ele o sufixo 'dade' sinistra-li-dade, para formar um substantivo que expressa a ideia de estado e de quantidade. A sinistralidade ganhou uma fórmula matemática de uma simples divisão que está exposta em vários sites de planos de saúde para mostrar a clientes ou futuros consumidores, como são feitos os reajustes que as operadoras praticam em função de eventos que surgem ou que são produzidos ou agregados aos valores dos serviços de saúde ofertados por elas.

Cada utilização em saúde é um sinistro. Cada vez que um metalúrgico vai ao médico, utilizando o plano de saúde, ele aumentará a sinistralidade do contrato. Aos custos (sinistro) são associados todas as despesas médico-hospitalares que forem feitas pelo beneficiário e seus dependentes. É dessa forma que se calculam os reajustes. Quando os custos ultrapassam o que foi realmente acordado, ajustam-se os prêmios. Lembrando que deles fazem parte os percentuais que são descontados dos salários dos metalúrgicos.

E2, enquanto representante de uma empresa que contrata planos de saúde, se queixa das “novas coberturas” que são obrigatórias e que devem ser integradas pelas operadoras, com o risco de serem impedidas de continuar atuando. A cada dois anos a ANS lança um rol de procedimentos de cobertura obrigatória pelos planos de saúde. Suas referências, como constam nos documentos que amparam suas decisões, “estão fundamentadas nas doenças classificadas pela Organização Mundial de Saúde”³¹.

Finalizando o olhar de E1 e E2 sobre a ANS e sua atuação com os planos suplementares coletivos, o distanciamento dos sindicatos nas negociações diretas com as operadoras ainda permanece como um ponto de interrogação, pois, como se viu, a partir do discurso de E2, quem, na realidade, representa o sindicato nas reuniões de negociação é um representante legítimo da empresa, do empregador. Inicialmente, poderíamos interpretar isso como uma espécie de exclusão dos sindicatos, em momentos cruciais nos quais se reajustam preços a serem pagos às operadoras de saúde.

Posteriormente, analisando as orientações da própria ANS fica claro que os seus protocolos permitem que os sindicatos possam ser representados por uma administradora de benefícios. Diante desse fato, em que a exclusão se evidencia, é difícil dizer o que estaria na base da exclusão. Teria sido uma decisão deliberada da empresa?

Essas são questões conectadas que merecem mais aprofundamento. Carregam consigo enunciados que são invisibilizados e protegidos por dispositivos institucionais do poder que dão a sensação de que a ausência de um ator social em reuniões para definir qual operadora dará atendimento a ele e à sua família, não é algo atípico e enquadra-se dentro da regra, não denotando uma exclusão. Isso compõe outro universo discursivo de exclusão, que tem sido definido com impeditivos institucionais. Um exemplo debatido no atual contexto é o que se chama de racismo institucional⁽¹²⁾.

Os trabalhadores e a utilização de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)

Quando perguntados sobre as possíveis situações nas quais os trabalhadores metalúrgicos faziam uso dos serviços do Sistema Único de Saúde, os debates levantados foram contraditórios.

E1: Os trabalhadores utilizam sim do SUS. Ele vem aqui no médico do sindicato e o médico recomenda pra ele uma especialidade que não tem aqui. Então aqui, por causa daquele convênio que temos com a secretaria, ele já sai com encaminhamento pro SUS. Ou seja, aqui nós temos um bloco de encaminhamento para o SUS. Outro caso são os exames complementares que estão a cargo do SUS. Ele vai sair daqui com um pedido de exame encaminhado pro SUS porque é o atendimento que oferta na Secretaria de Saúde do município. Então temos essa parceria com o SUS que é bastante utilizada.

E2: Não, eles não utilizam o SUS. Eles utilizam o plano que é abrangente e atende as necessidades dos nossos trabalhadores. Até porque se por acaso ele for atendido através do SUS, por exemplo, essa conta vem pra empresa. Se for atendido pelo SUS, o SUS manda hoje a cobrança pra operadora e a operadora manda essa cobrança pra empresa. O atendimento pelo SUS também, de certa maneira, a empresa paga sobre ele.

E1 considerou que os trabalhadores utilizam dos serviços do SUS em casos nos quais a assistência médica própria do sindicato não possui alguma especialidade

¹²O conceito e considerações acerca do racismo institucional encontra-se bem descrito em LOPEZ LC. O Conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. Interface - Comunic. Saúde Educ [Internet]. 2012 [acesso 2017 Jan 15] 16(40): 121-34. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n40/aop0412.pdf>

médica, e então é necessário recorrer à assistência ofertada pelo SUS, por meio de mecanismos facilitadores. É interessante destacar o ponto de vista de E1 sobre a assistência médica aos trabalhadores ser contemplada por três opções de prestadores de assistência: o serviço médico próprio do sindicato aos trabalhadores sindicalizados e seus dependentes; o serviço prestado pelas operadoras de planos de saúde e em última instância, o atendimento pelo SUS.

Contrário à posição de E1, E2 refuta a ideia de que os seus empregados utilizem o SUS, embasando-se em argumentos de que o plano de saúde ofertado pela empresa atende todas as necessidades destes e dos seus dependentes legais. Faz referência ao ressarcimento ao SUS como um instrumento regulatório em plena vigência. Como se sabe, o ressarcimento ao SUS foi criado pelo artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, mas, na realidade, a atuação da ANS na sua cobrança é bastante irregular e residual.

Considerações Finais

Quando buscamos sintetizar os enunciados que surgem nas entrevistas de E1 e E2, ao refletirem sobre contratações em torno dos planos de saúde suplementares, vemos emergir inúmeros problemas do passado que ainda se arrastam sem solução.

Um tema crucial é a participação dos sindicatos nos momentos de negociação para a contratação da operadora de planos. No conjunto dos enunciados proferidos por E1, vigora a ideia de que o sindicato iguala a negociação salarial à negociação de assistência médica. Ou seja, justiça seria igualar o reajuste da saúde com o do salário. Mas, isso apenas reproduz o que está nas regras contratuais, há 19 anos. Agregando esse enunciado aos que foram emitidos pelo agente empresarial E2, a situação fica mais grave, pois ele declara sem nenhum constrangimento, que os sindicatos não participam da escolha da operadora. Essa escolha, na sua visão, é um privilégio exclusivo da empresa, pois é ela que tem poder financeiro para contratar a operadora ao seu alcance. No fundo, E2 com sua narrativa, explicita a verdadeira identidade das empresas que contratam planos de saúde, para atender aos seus empregados e dependentes. Na realidade, elas se enquadram integralmente na lógica do consumo. Aliás, elas atuam como grandes clientes no mercado dos planos de saúde suplementares.

Destacamos os enunciados que E1 e E2 fizeram sobre o órgão regulador - ANS. O representante sindical chega até a reconhecer que a referida agência teve mérito por ter conseguido pressionar as grandes operadoras. Mas, não emite nenhum juízo acerca dos critérios que são estabelecidos pela mesma nas reuniões de negociação, que legitimam a exclusão do sindicato/trabalhadores da contratualização. Aliás, a ANS cria uma figura mítica, a administradora de benefícios, que dá nova configuração jurídica a contratos/contratantes de serviços privados de saúde no Brasil. Já E2 quando expressa sua posição sobre a ANS, assume o discurso defensivo das empresas operadoras. Sai da posição de grande cliente e assume de vez o seu papel principal de grande empresário, em favor da privatização cada vez mais crescente da saúde do trabalhador no Brasil.

Por fim, um outro fantasma do passado continua a rondar tais relações. A oferta de um plano de saúde ao trabalhador não representa apenas uma atividade voltada à assistência à saúde para o seu benefício, mas historicamente, sempre foi um mecanismo de disciplina, controle das perdas e ausência no trabalho.

Referências bibliográficas

1. Cohn A. Previdência Social e Processo Político no Brasil. 1ª ed. São Paulo: Moderna; 1980.
2. Luz MT. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
3. Braga JCS, Paula SG. Saúde e Previdência: Estudos de política social. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1986.
4. Almeida CO. Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 1998 [acesso em 2016 Nov 17]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0599.pdf
5. Cordeiro HA. As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica. 1ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984

6. Viana ALD, Poz MRD. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* (Rio de Janeiro) [Internet]. 2005 [Acesso em 2016 Nov 17]; 15(1); 225-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>
7. Santos I. Planos privados de assistência à saúde no mundo do trabalho [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
8. Andrade EIG, Filho PPDS. Padrões de financiamento da saúde do trabalhador: do seguro social ao seguro saúde. In: Lobato LVC, Fleury S, organizadores. *Seguridade Social, Cidadania e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009.p.160-72.
9. Pietrobon L, Prado ML, Caetano JC. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis* (Rio de Janeiro) [Internet]. 2008 [acesso 2016 Nov 17]; 18(4):767-83. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>
10. Brasil. Lei nº 9656, de 03 de Junho 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde [Internet]. *Diário Oficial da União*, 03 Jun 1998 [acesso 2016 Nov 17]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm
11. Brasil. Lei nº 9961, de 28 de Janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*, 28 Jan 2000 [acesso 2016 Nov 17]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm
12. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, ano 10(2) 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos>
13. Brasil. Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009. Classificação dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*, 30 Set 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>
14. Bahia L. Mudanças e padrões das relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 1999.

15. Menicucci TMG. Público e Privado na Política de Assistência a Saúde no Brasil: atores processos e trajetórias. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
16. Santos RT. O Fantasma da classe ausente: as tradições corporativas do sindicalismo e a crise de legitimação do SUS [tese]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2014.
17. Dias PPS. Neocorporativismo e Saúde Suplementar: as bases sociais da privatização da Saúde no Brasil [tese]. Rio de Janeiro (RJ):Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2016.
18. Andrade EIG, Brant ILM, Cherchiglia ML, Filho PPSD, Santos RT, Freitas RM. A Saúde Suplementar do ponto de vista dos contratos coletivos – uma análise das contratações e negociações coletivas. In: Lozer AC, Godoy CVC, Coelho KSC, Leles FAG, organizadores. Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2015. p. 119-34.
19. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. O Processo de terceirização e seus efeitos sobre os trabalhadores no Brasil. São Paulo (SP): DIEESE; 2007.
20. Foucault M. A arqueologia do saber. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.
21. Yin R. Estudo de caso: planejamento e método. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
22. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
23. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012 [acesso 2017 Jan 04]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
24. Central Única dos Trabalhadores. CUT 20 anos (1983-2003): resoluções da Conclat e dos congressos e plenárias da CUT. Fundação Perseu Abramo, organizadores. São Paulo: CUT-Editora Fundação Perseu Abramo; 2003.
25. Pina, J. A. Sindicalismo e saúde no Brasil: a relação Sistema Único de Saúde (SUS) e os planos privados de saúde na assistência à saúde dos trabalhadores

[dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz; 2005.

26. Pardo TAS, Nunes MG. Análise de discurso: Teorias discursivas e aplicações em processamento de Línguas Naturais. São Paulo, 2003. (Relatório de Pesquisa FAPESP/CNPQ)

27. KOCH IG, et al. Aspectos do processamento do Fluxo de informação no discurso oral dialogado. In: Castilho, organizador. Gramática do português falado. Campinas: UNICAMP/FAPESP; 1990.

28. Fischer RMB. Foucault e a análise do discurso em educação. Cad Pesquisa [Internet]. 2001 [acesso 2016 Nov 17]; 114;197-223. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742001000300009>.

29. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. RN 196, de 04 de julho de 2009. Dispõe sobre a administradora de benefício. [Internet]. Diário Oficial da União, 04 Jul 2009 [acesso 2016 Nov 17]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OQ==>

30. Gondar RAF. Do reajuste contratual de nos planos de saúde em razão da alteração da faixa etária [Monografia]. Porto Alegre (RS) Pontifícia Universidade Católica; 2009.

31. Brasil. Resolução normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde [Internet] Diário Oficial da União, 28 Out 2015 [acesso 2016 Nov 17]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzExMA==>

Comprovante de Submissão à revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação

31/01/2017

ScholarOne Manuscripts

 Interface - Comunicação, Saúde, Educação[Home](#)[Author](#)[Reviewer](#)

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Interface - Comunicação, Saúde, Educação

Manuscript ID

ICSE-2017-0024

Title

Contratos coletivos de assistência médica suplementar à saúde de trabalhadores formais: estudo de caso em Minas Gerais

AuthorsBran, Isabela
Andrade, Eli
Gonçalves, Luiz Alberto**Date Submitted**

31-Jan-2017

ANEXO V

Cláusulas convencionadas pelo Sindicato, registradas no Sistema de Acompanhamento de Contratação e Negociação Coletivas / DIEESE.

ANO	CLÁUSULA
1993	Não tem texto original
1993	Não tem texto original
1993	Parágrafo Terceiro - As empresas que já fornecem a seus empregados, assistência médica e/ou farmacológica, manterão tal assistência aos seus empregados vítimas de acidente do trabalho ou de doença profissional, até o limite de 06 meses contados da data do afastamento. Palavras-chave: auxílio, demissão, remuneração, saúde.
1994	Não tem texto original
1994	Não tem texto original
1994	Parágrafo Terceiro - As empresas que já fornecem a seus empregados, assistência médica e/ou farmacológica, manterão tal assistência aos seus empregados vítimas de acidente do trabalho ou de doença profissional, até o limite de 06 meses contados da data do afastamento.
1995	Não tem texto original
1995	Não tem texto original
1995	Parágrafo Quarto - As empresas que já fornecem a seus empregados, assistência médica e/ou farmacológica, manterão tal assistência aos seus empregados vítimas de acidente do trabalho ou de doença profissional, até o limite de 06 meses contados da data do afastamento, podendo as empresas, a seu critério, manter as condições mais favoráveis já praticadas. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.
	As empresas com mais de 10 empregados concederão ao empregado em gozo de benefício de Auxílio Previdenciário, entre o 16º e 120º dia de afastamento uma complementação de salário em valor equivalente a diferença entre o efetivamente recebido da Previdência Social e o salário nominal, respeitando-se sempre para efeito da complementação o limite máximo de contribuição previdenciária do empregado. Parágrafo Primeiro - Não sendo conhecido o valor básico do benefício

1996	<p>previdenciário, a complementação deverá ser paga em valores estimados.</p> <p>Parágrafo Segundo - A complementação deverá ser paga até o 35º dia após o início do afastamento no caso da primeira complementação e, juntamente com os pagamentos mensais seguintes até o limite fixado no Caput. Se ocorrerem diferenças, a maior ou menor, deverão ser compensadas no pagamento imediatamente posterior.</p> <p>Parágrafo Terceiro - A complementação prevista no Caput desta cláusula poderá ser feita diretamente pela empresa, através da Fundação da qual seja a empresa mantenedora ou entidade seguradora.</p> <p>Parágrafo Quarto - As empresas que já fornecem a seus empregados, assistência médica e/ou farmacológica, manterão tal assistência aos seus empregados vítimas de acidente do trabalho ou de doença profissional, até o limite de 06 meses contados da data do afastamento, podendo as empresas, a seu critério, manter as condições mais favoráveis já praticadas. Observações: palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.</p>
1996	<p>As empresas que mantém convênio de assistência médica com participação dos empregados nos custos deverão assegurar-lhes o direito de optar, ou não, pela sua inclusão no convênio existente. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.</p>
1997	<p>Parágrafo Quarto - As empresas que já fornecem a seus empregados, assistência médica e/ou farmacológica, manterão tal assistência aos seus empregados vítimas de acidente do trabalho ou de doença profissional, até o limite de 06 meses contados da data do afastamento, podendo as empresas, a seu critério, manter as condições mais favoráveis já praticadas. Observações: palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.</p>
1997	<p>As empresas que mantém convênio de assistência médica com participação dos empregados nos custos deverão assegurar-lhes o direito de optar, ou não, pela sua inclusão no convênio existente. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.</p>
1999	<p>Parágrafo Quarto - As empresas que já fornecem a seus empregados, assistência médica e/ou farmacológica, manterão tal assistência aos seus empregados vítimas de acidente do trabalho ou de doença profissional, até o limite de 06 meses contados da data do afastamento, podendo as empresas, a seu critério, manter as condições mais favoráveis já praticadas. Observações: Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.</p>
1999	<p>As empresas que mantêm convênio de assistência médica com participação dos empregados nos custos deverão assegurar-lhes o direito de optar, ou não, pela sua inclusão no convênio existente. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.</p>
	<p>Parágrafo Quarto - As empresas que já fornecem a seus empregados, assistência médica e/ou farmacológica, manterão tal assistência aos seus empregados vítimas de acidente do trabalho ou de doença</p>

2000	profissional, até o limite de 09 meses contados da data do afastamento, podendo as empresas, a seu critério, manter as condições mais favoráveis já praticadas. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.
2000	As empresas que mantêm convênio de assistência médica com participação dos empregados nos custos deverão assegurar-lhes o direito de optar, ou não, pela sua inclusão no convênio existente. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde
2001	Parágrafo Quarto - As empresas que já fornecem a seus empregados, assistência médica e/ou farmacológica, manterão tal assistência aos seus empregados vítimas de acidente do trabalho ou de doença profissional, até o limite de 09 meses e aos afastados por doença não relacionada ao trabalho, até o limite de 120 dias, contados da data do afastamento, podendo as empresas, a seu critério, manter as condições mais favoráveis já praticadas. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.
2001	Empresas que mantêm convênio de assistência médica com participação dos empregados nos custos deverão assegurar-lhes o direito de optar, ou não, pela sua inclusão no convênio existente. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.
2002	As empresas que mantêm convênio de assistência médica com participação dos empregados nos custos deverão assegurar-lhes o direito de optar, ou não, pela sua inclusão no convênio existente. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.
2003	As empresas que mantêm convênio de assistência médica com participação dos empregados nos custos deverão assegurar-lhes o direito de optar, ou não, pela sua inclusão no convênio existente. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.
2004	CONVÊNIOS MÉDICOS:As empresas que mantêm convênio de assistência médica com participação dos empregados nos custos deverão assegurar-lhes o direito de optar, ou não, pela sua inclusão no convênio existente. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.
2006	CONVÊNIOS MÉDICOS:As empresas que mantêm convênio de assistência médica com participação dos empregados nos custos deverão assegurar-lhes o direito de optar, ou não, pela sua inclusão no convênio existente. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.
2007	CONVÊNIOS MÉDICOS: As empresas que mantêm convênio de assistência médica com participação dos empregados nos custos deverão assegurar-lhes o direito de optar, ou não, pela sua inclusão no convênio existente. § Único - O convênio existente será mantido para os empregados afastados do serviço, por acidente do trabalho ou doença, pelo prazo de 12 meses, desde que atendidas as seguintes condições: a) o auxílio doença ou auxílio doença acidentário pagos ao empregado afastado estejam vigentes e em curso; b) o empregado pague a parte dele, mensalmente, de acordo com a regra do convênio, se for o caso. Observações: Foi incluído o § Único. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.
	CONVÊNIOS MÉDICOS: As empresas que mantêm convênio de assistência médica com participação dos empregados nos custos deverão assegurar-lhes o direito de optar, ou não, pela sua inclusão no

2008	convênio existente. § Único - O convênio existente será mantido para os empregados afastados do serviço, por acidente do trabalho ou doença, pelo prazo de 12 meses, desde que atendidas as seguintes condições: a) o auxílio doença ou auxílio doença acidentário pagos ao empregado afastado estejam vigentes e em curso; b) o empregado pague a parte dele, mensalmente, de acordo com a regra do convênio, se for o caso. Palavras-chave: auxílio, remuneração.
2009	CONVÊNIOS MÉDICOS: As empresas que mantêm convênio de assistência médica com participação dos empregados nos custos deverão assegurar-lhes o direito de optar, ou não, pela sua inclusão no convênio existente. § Único - O convênio existente será mantido para os empregados afastados do serviço, por acidente do trabalho ou doença, pelo prazo de 12 meses, desde que atendidas as seguintes condições: a) o auxílio doença ou auxílio doença acidentário pagos ao empregado afastado estejam vigentes e em curso; b) o empregado pague a parte dele, mensalmente, de acordo com a regra do convênio, se for o caso. Palavras-chave: auxílio, remuneração.
2011	CONVÊNIOS MÉDICOS: As empresas que mantêm convênio de assistência médica com participação dos empregados nos custos deverão assegurar-lhes o direito de optar, ou não, pela sua inclusão no convênio existente. § Único - O convênio existente será mantido para os empregados afastados do serviço, por acidente do trabalho ou doença, pelo prazo de 15 meses, desde que atendidas as seguintes condições: a) o auxílio doença ou auxílio doença acidentário pagos ao empregado afastado estejam vigentes e em curso; b) o empregado pague a parte dele, mensalmente, de acordo com a regra do convênio, se for o caso. Observações: * Aumento de 3 meses para o prazo de afastamento. Palavras-chave: auxílio, remuneração.

ANEXO VI

Cláusulas acordadas pela Empresa, registradas no Sistema de Acompanhamento de Contratação e Negociação Coletivas / DIEESE.

ANO	CLÁUSULA
1993	Não tem texto original
1993	Não tem texto original
1994	A empresa fornecerá ao Sindicato, em até 60 (sessenta) dias a contar da data de assinatura do Acordo Coletivo 94/95, a relação de medicamentos padronizados pelo seu plano assistencial. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde, sindical.
1994	A empresa buscará agendar reunião, junto ao Hospital Vital Brasil, com a participação do Metasita, para discutir questões sobre atendimento hospitalar. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.
1994	A empresa autorizará o atendimento de próteses fixas e ortodontia em casos especiais, observada as seguintes definições: Próteses Fixas Coroas 4/5 e 3/4 Núcleo para as coroas Coroa venner para dentes anteriores em caso de fraturas total da coroa do dente provisórios. Ortodontia Acidentes com politraumatismo e fraturas de ossos da face/mandíbula ou maxilar superior, sem limite de idade. Displasia esquelética (má formação óssea) com lesões ATM comprovada pro exame clínico e complementar mediante relatório, limitado a faixa de 06 (seis) a 15 (quinze) anos. Classe III de Angle, limitado a faixa de 06 (seis) a 15 (quinze) anos. Complementação de cirurgia buco-maxilofacial Em ambos os casos será exigido: Perícia inicial e final Relatório do especialista com plano de tratamento Parecer do perito da Empresa Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.
1994	Não tem texto original
1994	Não tem texto original
1995	Não tem texto original
1995	Não tem texto original
1996	Os estratos a que se referem o presente Acordo têm como limites: Estrato I - até 08 salários mínimos; Estrato II- acima de 08 até 12 salários mínimos; estrato III- acima de 12 salários mínimos. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.
1996	A empresa manterá o sistema de assistência à saúde de seus

	<p>empregados, subsidiando as despesas realizadas através dos serviços por ela conveniados, conforme estratos salariais de cada empregado:</p> <p>Estrato I - 90% de subsídio; Estrato II - 80% de subsídio; Estrato III- 70% de subsídio.</p> <p>Parágrafo Primeiro- A assistência prevista nesta cláusula abrange os empregados da ativa e os empregados em gozo de auxílio doença até o vigésimo quarto(24o) mês de afastamento. Para os afastados com mais de 24 meses, o atendimento será feito mediante análise e encaminhamento do Serviço Social da empresa.</p> <p>Parágrafo Segundo- A assistência poderá ser estendida aos dependentes dos empregados, na conformidade dos critérios e condições estabelecidos exclusivamente pela empresa.</p> <p>Parágrafo Terceiro- O saldo devedor do empregado decorrente de tratamento de saúde, será descontado mensalmente, sem juros e correção monetária, em parcelas limitadas a 10%(dez por cento) da sua remuneração mensal, exceto nos casos de desligamento do empregado da Empresa.</p> <p>Parágrafo Quarto- As despesas com o tratamento de acidentado do trabalho, desde que não cobertas pelo INSS, serão assumidas integralmente pela empresa.</p> <p>Parágrafo Quinto- O benefício objeto desta cláusula não tem natureza salarial, não se incorporando para nenhum efeito, inclusive tributário, trabalhista ou de previdência social, à remuneração do empregado.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.</p>
1998	<p>Os estratos a que se referem o presente Acordo têm como limites:</p> <p>Estrato I - até 08 salários mínimos; Estrato II- acima de 08 até 12 salários mínimos; estrato III- acima de 12 salários mínimos.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.</p>
1998	<p>A Empresa manterá o sistema de assistência à saúde de seus empregados, subsidiando as despesas realizadas através dos serviços por ela conveniados, conforme estratos salariais de cada empregado:</p> <p>Estrato I - 90% de subsídio; Estrato II - 80% de subsídio; Estrato III- 70% de subsídio.</p> <p>Parágrafo Primeiro- A assistência prevista nesta cláusula abrange os empregados da ativa e os empregados em gozo de auxílio doença até o vigésimo quarto(24o) mês de afastamento. Para os afastados com mais de 24 meses, o atendimento será feito mediante análise e encaminhamento do Serviço Social da Empresa.</p> <p>Parágrafo Segundo- A assistência poderá ser estendida aos dependentes dos empregados, na conformidade dos critérios e condições estabelecidos exclusivamente pela Empresa.</p> <p>Parágrafo Terceiro- O saldo devedor do empregado decorrente de tratamento de saúde, será descontado mensalmente, sem juros e</p>

	<p>correção monetária, em parcelas limitadas a 10%(dez por cento) da sua remuneração mensal, exceto nos casos de desligamento do empregado da Empresa.</p> <p>Parágrafo Quarto- As despesas com o tratamento de acidentado do trabalho, desde que não cobertas pelo INSS, serão assumidas integralmente pela Empresa.</p> <p>Parágrafo Quinto- O benefício objeto desta cláusula não tem natureza salarial, não se incorporando para nenhum efeito, inclusive tributário, trabalhista ou de previdência social, à remuneração do empregado.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.</p>
1999	<p>Os estratos a que se referem o presente Acordo têm como limites:</p> <p>Estrato I - até 08 salários mínimos;</p> <p>Estrato II- acima de 08 até 12 salários mínimos;</p> <p>estrato III- acima de 12 salários mínimos.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, remuneração.</p>
1999	<p>A Empresa manterá o sistema de assistência à saúde de seus empregados, subsidiando as despesas realizadas através dos serviços por ela conveniados, conforme estratos salariais de cada empregado:</p> <p>Estrato I - 90% de subsídio;</p> <p>Estrato II - 80% de subsídio;</p> <p>Estrato III- 70% de subsídio.</p> <p>Parágrafo Primeiro- A assistência prevista nesta cláusula abrange os empregados da ativa e os empregados em gozo de auxílio doença até o vigésimo quarto(24o) mês de afastamento. Para os afastados com mais de 24 meses, o atendimento será feito mediante análise e encaminhamento do Serviço Social da Empresa.</p> <p>Parágrafo Segundo- A assistência poderá ser estendida aos dependentes dos empregados, na conformidade dos critérios e condições estabelecidos exclusivamente pela Empresa.</p> <p>Parágrafo Terceiro- O saldo devedor do empregado decorrente de tratamento de saúde, será descontado mensalmente, sem juros e correção monetária, em parcelas limitadas a 10%(dez por cento) da sua remuneração mensal, exceto nos casos de desligamento do empregado da Empresa.</p> <p>Parágrafo Quarto- As despesas com o tratamento de acidentado do trabalho, desde que não cobertas pelo INSS, serão assumidas integralmente pela Empresa.</p> <p>Parágrafo Quinto- O benefício objeto desta cláusula não tem natureza salarial, não se incorporando para nenhum efeito, inclusive tributário, trabalhista ou de previdência social, à remuneração do empregado.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.</p>
2000	<p>Os estratos a que se referem o presente Acordo têm como limites:</p> <p>Estrato I - até 08 salários mínimos; Estrato II- acima de 08 até 12 salários mínimos; estrato III- acima de 12 salários mínimos.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, remuneração.</p>
2000	<p>A Empresa manterá o sistema de assistência à saúde de seus empregados, subsidiando as despesas realizadas através dos</p>

	<p>serviços por ela conveniados, conforme estratos salariais de cada empregado: Estrato I - 90% de subsídio; Estrato II - 80% de subsídio; Estrato III- 70% de subsídio. A assistência prevista nesta cláusula abrange os empregados da ativa e os empregados em gozo de auxílio doença até o vigésimoquarto(24o) mês de afastamento. Para os afastados com mais de 24 meses, o atendimento será feito mediante análise e encaminhamento do Serviço Social da Empresa.</p> <p>Parágrafo Primeiro-</p> <p>Parágrafo Segundo- A assistência poderá ser estendida aos dependentes dos empregados, na conformidade dos critérios e condições estabelecidos exclusivamente pela Empresa.</p> <p>Parágrafo Terceiro- O saldo devedor do empregado decorrente de tratamento de saúde, será descontado mensalmente, sem juros e correção monetária, em parcelas limitadas a 10%(dez por cento) da sua remuneração mensal, exceto nos casos de desligamento do empregado da Empresa.</p> <p>Parágrafo Quarto- As despesas com o tratamento de acidentado do trabalho, desde que não cobertas pelo INSS, serão assumidas integralmente pela Empresa.</p> <p>Parágrafo Quinto- O benefício objeto desta cláusula não tem natureza salarial, não se incorporando para nenhum efeito, inclusive tributário, trabalhista ou de previdência social, à remuneração do empregado.</p>
2001	<p>Os estratos a que se referem o presente Acordo têm como limites:</p> <p>Estrato I - até 08 salários mínimos;</p> <p>Estrato II- acima de 08 até 12 salários mínimos;</p> <p>estrato III- acima de 12 salários mínimos.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.</p>
2001	<p>A Empresa manterá o sistema de assistência à saúde de seus empregados, subsidiando as despesas realizadas através dos serviços por ela conveniados, conforme estratos salariais de cada empregado:</p> <p>Estrato I - 90% de subsídio;</p> <p>Estrato II - 80% de subsídio;</p> <p>Estrato III- 70% de subsídio.</p> <p>Parágrafo Primeiro- A assistência prevista nesta cláusula abrange os empregados da ativa e os empregados em gozo de auxílio doença até o vigésimo quarto(24o) mês de afastamento. Para os afastados com mais de 24 meses, o atendimento será feito mediante análise e encaminhamento do Serviço Social da Empresa.</p> <p>Parágrafo Segundo- A assistência poderá ser estendida aos dependentes dos empregados, na conformidade dos critérios e condições estabelecidos exclusivamente pela Empresa.</p> <p>Parágrafo Terceiro- O saldo devedor do empregado decorrente de tratamento de saúde, será descontado mensalmente, sem juros e correção monetária, em parcelas limitadas a 10%(dez por cento) da sua remuneração mensal, exceto nos casos de desligamento do empregado da Empresa.</p> <p>Parágrafo Quarto- As despesas com o tratamento de acidentado do trabalho, desde que não cobertas pelo INSS, serão assumidas</p>

	<p>integralmente pela Empresa.</p> <p>Parágrafo Quinto- O benefício objeto desta cláusula não tem natureza salarial, não se incorporando para nenhum efeito, inclusive tributário, trabalhista ou de previdência social, à remuneração do empregado.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, família, mulher, pai, remuneração.</p>
2003	<p>ESTRATOS</p> <p>Os estratos a que se referem o presente Acordo têm como limites:</p> <p>Estrato I - até 08 salários mínimos;</p> <p>Estrato II- acima de 08 até 12 salários mínimos;</p> <p>Estrato III- acima de 12 salários mínimos.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, remuneração.</p>
2003	<p>ASSISTÊNCIA À SAÚDE</p> <p>A Empresa manterá o sistema de assistência à saúde de seus empregados, subsidiando as despesas realizadas através dos serviços por ela conveniados, conforme estratos salariais de cada empregado:</p> <p>Estrato I - 90% de subsídio;</p> <p>Estrato II - 80% de subsídio;</p> <p>Estrato III- 70% de subsídio.</p> <p>§ 1º - A assistência prevista nesta cláusula abrange os empregados da ativa e os empregados em gozo de auxílio doença até o vigésimo quarto mês de afastamento. Para os afastados com mais de 24 meses, o atendimento será feito mediante análise e encaminhamento do Serviço Social da Empresa.</p> <p>§ 2º - A assistência poderá ser estendida aos dependentes dos empregados, na conformidade dos critérios e condições estabelecidos exclusivamente pela Empresa.</p> <p>§ 3º - O saldo devedor do empregado decorrente de tratamento de saúde, será descontado mensalmente, sem juros e correção monetária, em parcelas limitadas a 10% da sua remuneração mensal, exceto nos casos de desligamento do empregado da Empresa.</p> <p>§ 4º - As despesas com o tratamento de acidentado do trabalho, desde que não cobertas pelo INSS, serão assumidas integralmente pela Empresa.</p> <p>§ 5º - O benefício objeto desta cláusula não tem natureza salarial, não se incorporando para nenhum efeito, inclusive tributário, trabalhista ou de previdência social, à remuneração do empregado.</p> <p>§ 6º - Pronto atendimento hospitalar em situações emergenciais aqueles empregados afastados há mais de 2 anos em virtude de doença profissional ou acidente de trabalho, somente podendo haver restrições à utilização da carteira de assistência a empregados inadimplentes em período superior a 3 meses, inserindo a garantia de posse, por parte dos trabalhadores afastados, da carteira do plano de assistência à saúde.</p> <p>Observações: O § 6º é novo.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, demissão, família, mulher, pai, remuneração, saúde.</p>
	TRATAMENTO DE SAÚDE - TRANSPORTE

2003	A Empresa continuará a dar cobertura para locomoção, nos casos de acidentes de trabalho e readaptação profissional. Casos específicos de tratamentos especializados fora da região serão analisados individualmente pelo Serviço Social da Empresa, vinculados às condições físicas e econômicas do empregado dentro dos critérios do Plano de Assistência à Saúde da Empresa. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.
2005	ASSISTÊNCIA ÓTICA Fica estipulado o valor de R\$ 150,00 por ano, de reembolso para aquisição de lente e óculos de grau para o empregado e seus dependentes, em plano de Assistência, não fazendo parte da remuneração para qualquer fim. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.
2006	COMPROMISSO: 2) Assistência Ótica - O valor do reembolso para aquisição de lente e óculos de grau será de R\$ 170,00 por ano, para o empregado e seus dependentes, em plano de Assistência. 3) Credenciamento no Plano de Assistência Empresa, dos seguintes procedimentos: - Medicina e farmácia homeopática, para os empregados da Usina e para os escritórios de São Paulo e Belo Horizonte. - Farmácia de manipulação para as localidades acima mencionadas. 5) Carteira Assistencial para dependentes universitários: - Ampliação do prazo para renovação da carteira de Assistência à Saúde de 3 para 6 meses, mediante apresentação de documento de matrícula. Palavras-chave: auxílio, estudante, família, mulher, pai, remuneração, saúde.
2006	ESTRATOS Os estratos a que se referem o presente Acordo têm como limites: Estrato I - até 08 salários mínimos; Estrato II- acima de 08 até 12 salários mínimos; Estrato III- acima de 12 salários mínimos. Palavras-chave: auxílio, remuneração.
2006	ASSISTÊNCIA À SAÚDE A Empresa manterá o sistema de assistência à saúde de seus empregados, subsidiando as despesas realizadas através dos serviços por ela conveniados, conforme estratos salariais de cada empregado:

	<p>Estrato I - 90% de subsídio; Estrato II - 80% de subsídio; Estrato III- 70% de subsídio.</p> <p>§ 1º - A assistência prevista nesta cláusula abrange os empregados da ativa e os empregados em gozo de auxílio doença até o vigésimo quarto mês de afastamento. Para os afastados com mais de 24 meses, o atendimento será feito mediante o fornecimento da Carteira do Vitae com validade de 3 meses, condicionada a renovação desta à não existência de débitos.</p> <p>§ 2º - A assistência poderá ser estendida aos dependentes dos empregados, na conformidade dos critérios e condições estabelecidos exclusivamente pela Empresa.</p> <p>§ 3º - O saldo devedor do empregado decorrente de tratamento de saúde, será descontado mensalmente, sem juros e correção monetária, em parcelas limitadas a 10% da sua remuneração mensal, exceto nos casos de desligamento do empregado da Empresa.</p> <p>§ 4º - As despesas com o tratamento de acidentado do trabalho, desde que não cobertas pelo INSS, serão assumidas integralmente pela Empresa.</p> <p>§ 5º - O benefício objeto desta cláusula não tem natureza salarial, não se incorporando para nenhum efeito, inclusive tributário, trabalhista ou de previdência social, à remuneração do empregado.</p> <p>Observações: O § 6º, que estabelece o pronto atendimento de empregados afastados em virtude de doença, foi excluído.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, demissão, família, mulher, pai, remuneração, saúde.</p>
<p>2006</p>	<p>TRATAMENTO DE SAÚDE - TRANSPORTE A Empresa continuará a dar cobertura para locomoção, nos casos de acidentes de trabalho e readaptação profissional. Casos específicos de tratamentos especializados fora da região serão analisados individualmente pelo Serviço Social da Empresa, vinculados às condições físicas e econômicas do empregado dentro dos critérios do Plano de Assistência à Saúde da Empresa.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.</p>
<p>2007</p>	<p>ESTRATOS Os estratos a que se referem o presente Acordo têm como limites: Estrato I - até 08 salários mínimos; Estrato II- acima de 08 até 12 salários mínimos; Estrato III- acima de 12 salários mínimos.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, remuneração.</p>
	<p>ASSISTÊNCIA À SAÚDE A EMPRESA manterá o sistema de assistência à saúde de seus empregados, subsidiando as despesas realizadas através dos serviços por ela conveniados, conforme estratos salariais de cada empregado: Estrato I - 90% de subsídio; Estrato II - 80% de subsídio; Estrato III- 70% de subsídio.</p>

2007	<p>§ 1º - A assistência prevista nesta cláusula abrange os empregados da ativa e os empregados em gozo de auxílio doença até o vigésimo quarto mês de afastamento. Para os afastados com mais de 24 meses, o atendimento será feito mediante o fornecimento da Carteira do Vitae com validade de 3 meses, condicionada a renovação desta à não existência de débitos.</p> <p>§ 2º - A assistência poderá ser estendida aos dependentes dos empregados, na conformidade dos critérios e condições estabelecidos exclusivamente pela empresa.</p> <p>§ 3º - O saldo devedor do empregado decorrente de tratamento de saúde, será descontado mensalmente, sem juros e correção monetária, em parcelas limitadas a 10% da sua remuneração mensal, exceto nos casos de desligamento do empregado da empresa.</p> <p>§ 4º - As despesas com o tratamento de acidentado do trabalho, desde que não cobertas pelo INSS, serão assumidas integralmente pela empresa.</p> <p>§ 5º - O benefício objeto desta cláusula não tem natureza salarial, não se incorporando para nenhum efeito, inclusive tributário, trabalhista ou de previdência social, à remuneração do empregado.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, demissão, família, mulher, pai, remuneração, saúde.</p>
2007	<p>TRATAMENTO DE SAÚDE - TRANSPORTE</p> <p>A empresa continuará a dar cobertura para locomoção, nos casos de acidentes de trabalho e readaptação profissional. Casos específicos de tratamentos especializados fora da região serão analisados individualmente pelo Serviço Social da empresa, vinculados às condições físicas e econômicas do empregado dentro dos critérios do Plano de Assistência à Saúde da empresa.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.</p>
2008	<p>ESTRATOS</p> <p>Os estratos a que se referem o presente Acordo têm como limites:</p> <p>Estrato I - até 08 salários mínimos;</p> <p>Estrato II- acima de 08 até 12 salários mínimos;</p> <p>Estrato III- acima de 12 salários mínimos.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, remuneração.</p>
2008	<p>ASSISTÊNCIA À SAÚDE</p> <p>A empresa manterá o sistema de assistência à saúde de seus empregados, subsidiando as despesas realizadas através dos serviços por ela conveniados, conforme estratos salariais de cada empregado:</p> <p>Estrato I - 90% de subsídio;</p> <p>Estrato II - 80% de subsídio;</p> <p>Estrato III- 70% de subsídio.</p> <p>§ 1º - A assistência prevista nesta cláusula abrange os empregados da ativa e os empregados em gozo de auxílio doença até o vigésimo quarto mês de afastamento. Para os afastados com mais de 24 meses, o atendimento será feito mediante o fornecimento da Carteira do Vitae com validade de 3 meses, condicionada a renovação desta à</p>

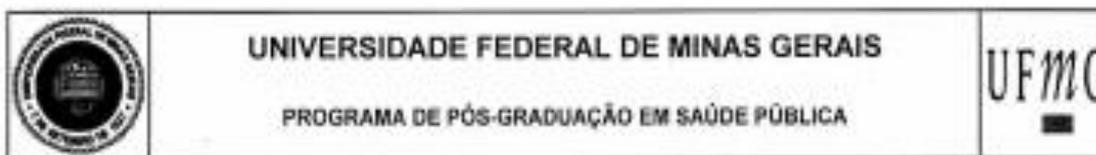
	<p>não existência de débitos.</p> <p>§ 2º - A assistência poderá ser estendida aos dependentes dos empregados, na conformidade dos critérios e condições estabelecidos exclusivamente pela empresa.</p> <p>§ 3º - O saldo devedor do empregado decorrente de tratamento de saúde, será descontado mensalmente, sem juros e correção monetária, em parcelas limitadas a 10% da sua remuneração mensal, exceto nos casos de desligamento do empregado da empresa.</p> <p>§ 4º - As despesas com o tratamento de acidentado do trabalho, desde que não cobertas pelo INSS, serão assumidas integralmente pela empresa.</p> <p>§ 5º - O benefício objeto desta cláusula não tem natureza salarial, não se incorporando para nenhum efeito, inclusive tributário, trabalhista ou de previdência social, à remuneração do empregado. Palavras-chave: auxílio, demissão, família, mulher, pai, remuneração, saúde.</p>
2008	<p>TRATAMENTO DE SAÚDE - TRANSPORTE</p> <p>A empresa continuará a dar cobertura para locomoção, nos casos de acidentes de trabalho e readaptação profissional. Casos específicos de tratamentos especializados fora da região serão analisados individualmente pelo Serviço Social da empresa, vinculados às condições físicas e econômicas do empregado dentro dos critérios do Plano de Assistência à Saúde da empresa. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.</p>
2009	<p>ASSISTÊNCIA À SAÚDE</p> <p>A empresa manterá o sistema de assistência à saúde de seus empregados, subsidiando as despesas realizadas através dos serviços por ela conveniados, conforme estratos salariais de cada empregado: Estrato I - 90% de subsídio; Estrato II - 80% de subsídio; Estrato III- 70% de subsídio.</p> <p>§ 1º - A assistência prevista nesta cláusula abrange os empregados da ativa e os empregados em gozo de auxílio doença até o vigésimo quarto mês de afastamento. Para os afastados com mais de 24 meses, o atendimento será feito mediante o fornecimento da Carteira do Vitae com validade de 3 meses, condicionada a renovação desta à não existência de débitos.</p> <p>§ 2º - A assistência poderá ser estendida aos dependentes dos empregados, na conformidade dos critérios e condições estabelecidos exclusivamente pela empresa.</p> <p>§ 3º - O saldo devedor do empregado decorrente de tratamento de saúde, será descontado mensalmente, sem juros e correção monetária, em parcelas limitadas a 10% da sua remuneração mensal, exceto nos casos de desligamento do empregado da empresa.</p> <p>§ 4º - As despesas com o tratamento de acidentado do trabalho, desde que não cobertas pelo INSS, serão assumidas integralmente pela empresa.</p>

	<p>§ 5º - O benefício objeto desta cláusula não tem natureza salarial, não se incorporando para nenhum efeito, inclusive tributário, trabalhista ou de previdência social, à remuneração do empregado. Palavras-chave: auxílio, demissão, família, mulher, pai, remuneração, saúde.</p>
2009	<p>TRATAMENTO DE SAÚDE - TRANSPORTE A empresa continuará a dar cobertura para locomoção, nos casos de acidentes de trabalho e readaptação profissional. Casos específicos de tratamentos especializados fora da região serão analisados individualmente pelo Serviço Social da empresa, vinculados às condições físicas e econômicas do empregado dentro dos critérios do Plano de Assistência à Saúde da empresa. Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.</p>
2010	<p>A empresa manterá o sistema de assistência à saúde de seus empregados, subsidiando as despesas realizadas através dos serviços por ela conveniados, conforme estratos salariais de cada empregado: Estrato I - 90% de subsídio; Estrato II - 80% de subsídio; Estrato III- 70% de subsídio. § 1º - A assistência prevista nesta cláusula abrange os empregados da ativa e os empregados em gozo de auxílio doença até o vigésimo quarto mês de afastamento. Para os afastados com mais de 24 meses, o atendimento será feito mediante o fornecimento da Carteira do Vitae com validade de 3 meses, condicionada a renovação desta à não existência de débitos. § 2º - A assistência poderá ser estendida aos dependentes dos empregados, na conformidade dos critérios e condições estabelecidos exclusivamente pela empresa. § 3º - O saldo devedor do empregado decorrente de tratamento de saúde, será descontado mensalmente, sem juros e correção monetária, em parcelas limitadas a 10% da sua remuneração mensal, exceto nos casos de desligamento do empregado da empresa. § 4º - As despesas com o tratamento de acidentado do trabalho, desde que não cobertas pelo INSS, serão assumidas integralmente pela empresa. § 5º - O benefício objeto desta cláusula não tem natureza salarial, não se incorporando para nenhum efeito, inclusive tributário, trabalhista ou de previdência social, à remuneração do empregado. Palavras-chave: auxílio, demissão, família, mulher, pai, remuneração, saúde.</p>
2010	<p>TRATAMENTO DE SAÚDE - TRANSPORTE A empresa continuará a dar cobertura para locomoção, nos casos de acidentes de trabalho e readaptação profissional. Casos específicos de tratamentos especializados fora da região serão analisados individualmente pelo Serviço Social da empresa, vinculados às condições físicas e econômicas do empregado dentro dos critérios do Plano de Assistência à Saúde da empresa.</p>

	palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde
2011	<p>ASSISTÊNCIA À SAÚDE A empresa manterá o sistema de assistência à saúde de seus empregados, subsidiando as despesas realizadas através dos serviços por ela conveniados, conforme estratos salariais de cada empregado:</p> <p>Estrato I - 90% de subsídio; Estrato II - 80% de subsídio; Estrato III- 70% de subsídio.</p> <p>§ 1º - A assistência prevista nesta cláusula abrange os empregados da ativa e os empregados em gozo de auxílio doença até o vigésimo quarto mês de afastamento. Para os afastados com mais de 24 meses, o atendimento será feito mediante o fornecimento da Carteira do Vitae com validade de 3 meses, condicionada a renovação desta à não existência de débitos.</p> <p>§ 2º - A assistência poderá ser estendida aos dependentes dos empregados, na conformidade dos critérios e condições estabelecidos exclusivamente pela empresa.</p> <p>§ 3º - O saldo devedor do empregado decorrente de tratamento de saúde será descontado mensalmente, sem juros e correção monetária, em parcelas limitadas a 10% da sua remuneração mensal, exceto nos casos de desligamento do empregado da empresa.</p> <p>§ 4º - As despesas com o tratamento de acidentado do trabalho, desde que não cobertas pelo INSS, serão assumidas integralmente pela empresa.</p> <p>§ 5º - O benefício objeto desta cláusula não tem natureza salarial, não se incorporando para nenhum efeito, inclusive tributário, trabalhista ou de previdência social, à remuneração do empregado.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, demissão, família, mulher, pai, remuneração, saúde.</p>
2011	<p>TRATAMENTO DE SAÚDE - TRANSPORTE A empresa continuará a dar cobertura para locomoção, nos casos de acidentes de trabalho e readaptação profissional. Casos específicos de tratamentos especializados fora da região serão analisados individualmente pelo Serviço Social da empresa, vinculados às condições físicas e econômicas do empregado dentro dos critérios do Plano de Assistência à Saúde da empresa.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde.</p>
2012	<p>ASSISTÊNCIA À SAÚDE A empresa manterá o sistema de assistência à saúde de seus empregados, subsidiando as despesas realizadas através dos serviços por ela conveniados, conforme estratos salariais de cada empregado:</p> <p>Estrato I - 80% de subsídio; Estrato II - 75% de subsídio; Estrato III- 70% de subsídio.</p> <p>§ 1º - A assistência prevista nesta cláusula abrange os empregados da ativa e os empregados em gozo de auxílio doença até o vigésimo quarto mês de afastamento. Para os empregados afastados há mais</p>

	<p>de 24 meses, o atendimento será feito mediante o fornecimento da Carteira do programa, ou equivalente, com validade de 3 (três) meses, condicionada a renovação desta à não existência de débitos.</p> <p>§ 2º - A assistência poderá ser estendida aos dependentes dos empregados, na conformidade dos critérios e condições estabelecidos exclusivamente pela empresa.</p> <p>§ 3º - O saldo devedor do empregado decorrente de tratamento de saúde, será descontado mensalmente, sem juros e correção monetária, em parcelas limitadas a 10% da sua remuneração mensal, exceto nos casos de desligamento do empregado da empresa.</p> <p>§ 4º - As despesas com o tratamento de acidentado do trabalho, desde que não cobertas pelo INSS, serão assumidas integralmente pela empresa.</p> <p>§ 5º - O benefício objeto desta cláusula não tem natureza salarial, não se incorporando para nenhum efeito, inclusive tributário, trabalhista ou de previdência social, à remuneração do empregado.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, demissão, família, mulher, pai, remuneração, saúde.</p>
2012	<p>TRATAMENTO DE SAÚDE - TRANSPORTE</p> <p>A empresa continuará a dar cobertura para locomoção, nos casos de acidentes de trabalho e readaptação profissional. Casos específicos de tratamentos especializados fora da região serão analisados individualmente pelo Serviço Social da empresa, vinculados às condições físicas e econômicas do empregado dentro dos critérios do Plano de Assistência à Saúde da empresa.</p> <p>Palavras-chave: auxílio, remuneração, saúde</p>

ANEXO VII- DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO



FOLHA DE APROVAÇÃO

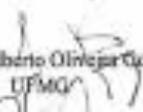
**CONTRATOS COLETIVOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR:
ESTUDO DE CASO EM EMPRESA EMPREGADORA E SINDICATO NO RAMO
METALÚRGICO EM MINAS GERAIS.**

ISABELA LUIZA MOREIRA BRANT

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 22 de fevereiro de 2017, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Eli Jota Gurgel Andrade - Orientador
UFMG


Prof(a): Luiz Alberto Oliveira Gonçalves
UFMG


Prof(a)-Rôneli Teodoro dos Santos
IMS/UFMG


Prof(a). Alcira de Oliveira Jorge
UFMG


Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina-UFMG
Av. Prof. Alfredo Balena, 110-5º Andar
CEP 30130-100-Fundação -UFMG
0710312032


CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG
0710312032

Belo Horizonte, 22 de fevereiro de 2017.

ANEXO VIII – ATA DA DEFESA

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA	
---	---	---

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA ISABELA LUIZA MOREIRA BRANT

Realizou-se, no dia 22 de fevereiro de 2017, às 09:00 horas, Sala 526 - Faculdade de Medicina da UFMG, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada **CONTRATOS COLETIVOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR: ESTUDO DE CASO EM EMPRESA EMPREGADORA E SINDICATO NO RAMO METALÚRGICO EM MINAS GERAIS.**, apresentada por ISABELA LUIZA MOREIRA BRANT, número de registro 2015658973, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Eli Iola Gurgel Andrade - Orientadora (UFMG), Prof(a). Luiz Alberto Oliveira Gonçalves (UFMG), Prof(a). Ronaldo Teodoro dos Santos (IMS/UERJ), Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge (UFMG).

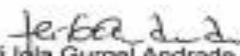
A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

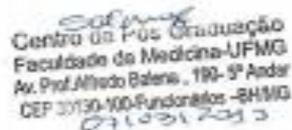
Belo Horizonte, 22 de fevereiro de 2017.


Prof(a). Eli Iola Gurgel Andrade (Doutora)


Prof(a). Luiz Alberto Oliveira Gonçalves (Doutor)


Prof(a). Ronaldo Teodoro dos Santos (Doutor)


Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge (Doutora)


Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina-UFMG
Av. Prof. Alfredo Balena, 190- 5º Andar
CEP 30130-100-Pundonorato - BHMG
0713312013


CONFEREÇÃO ORALENA
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG
0713312013