



# PAPERS DO NAEA

ISSN 15169111

PAPERS DO NAEA Nº 300

**A SAÚDE SUPLEMENTAR NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM**

**Fauze Achcar Chelala  
Adriana de Azevedo Mathis**

**Belém, Novembro de 2012**

**O Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA)** é uma das unidades acadêmicas da Universidade Federal do Pará (UFPA). Fundado em 1973, com sede em Belém, Pará, Brasil, o NAEA tem como objetivos fundamentais o ensino em nível de pós-graduação, visando em particular a identificação, a descrição, a análise, a interpretação e o auxílio na solução dos problemas regionais amazônicos; a pesquisa em assuntos de natureza socioeconômica relacionados com a região; a intervenção na realidade amazônica, por meio de programas e projetos de extensão universitária; e a difusão de informação, por meio da elaboração, do processamento e da divulgação dos conhecimentos científicos e técnicos disponíveis sobre a região. O NAEA desenvolve trabalhos priorizando a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão.

Com uma proposta interdisciplinar, o NAEA realiza seus cursos de acordo com uma metodologia que abrange a observação dos processos sociais, numa perspectiva voltada à sustentabilidade e ao desenvolvimento regional na Amazônia.

A proposta da interdisciplinaridade também permite que os pesquisadores prestem consultorias a órgãos do Estado e a entidades da sociedade civil, sobre temas de maior complexidade, mas que são amplamente discutidos no âmbito da academia.

**Papers do NAEA - Papers do NAEA** - Com o objetivo de divulgar de forma mais rápida o produto das pesquisas realizadas no Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) e também os estudos oriundos de parcerias institucionais nacionais e internacionais, os Papers do NAEA publicam textos de professores, alunos, pesquisadores associados ao Núcleo e convidados para submetê-los a uma discussão ampliada e que possibilite aos autores um contato maior com a comunidade acadêmica.



## **Universidade Federal do Pará**

### **Reitor**

Carlos Edilson de Almeida Maneschy

### **Vice-reitor**

Horacio Schneider

### **Pró-reitor de Pesquisa e Pós-graduação**

Emmanuel Zagury Tourinho

## **Núcleo de Altos Estudos Amazônicos**

### **Diretor**

Armin Mathis

### **Diretor Adjunto**

Fábio Carlos da Silva

### **Coordenador de Comunicação e Difusão Científica**

Silvio Lima Figueiredo

## **Conselho editorial do NAEA**

Armin Mathis

Edna Maria Ramos de Castro

Fábio Carlos da Silva

Juarez Carlos Brito Pezzuti

Luis Eduardo Aragon

Marília Ferreira Emmi

Nirvia Ravena

Oriana Trindade de Almeida

## **Setor de Editoração**

E-mail: [editora\\_anae@ufpa.br](mailto:editora_anae@ufpa.br)

Papers do NAEA: [papers\\_anae@ufpa.br](http://papers_anae@ufpa.br)

Telefone: (91) 3201-8521

Paper 300

Revisão de Língua Portuguesa de responsabilidade do autor.

# A SAÚDE SUPLEMENTAR NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM

*Fauze Achcar Chelala*<sup>1</sup>

*Adriana de Azevedo Mathis*<sup>2</sup>

## **Resumo:**

O presente artigo analisa a ampliação dos planos e seguros de saúde no Brasil, com foco na Região Metropolitana de Belém (RMB). A análise dessa ampliação leva em consideração a nova divisão internacional do trabalho, principalmente a partir da crise dos anos 1970, destacando a constante superprodução de capital (a crise crônica) como importante determinação ao crescimento do mercado de planos e seguros de saúde no Brasil. Aborda ainda, sempre a partir do referencial teórico-metodológico do materialismo histórico, os desdobramentos da nova divisão internacional do trabalho na formação econômico-social brasileira, interferindo na reconfiguração do Estado nacional, possibilitando extrair as determinações gerais principais da expansão dos planos e seguros de saúde no Brasil. Como resultado de pesquisa empreendida, o artigo apresenta as determinações específicas e características principais da expansão desse setor na RMB, nos anos 2000, a partir de quatro dimensões: os usuários, a conformação específica dos planos de saúde na região, as operadoras de planos na RMB e a distribuição da força de trabalho no setor. Conclui apontando prováveis tendências a esse mercado.

**Palavras-chave:** Saúde. Saúde suplementar. Planos e seguros de saúde. Região metropolitana de Belém.

---

<sup>1</sup> Possui graduação em Administração pela Universidade Federal do Pará (1992), com especialização em Planejamento e Gestão do Desenvolvimento Regional pela UFPA (2006) com o estudo "Elementos para Discussão dos Condicionantes do Desenvolvimento Regional" e mestrado em Planejamento do Desenvolvimento pelo Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) da UFPA (2012) com a dissertação "Saúde Suplementar: um estudo sobre a ampliação dos planos e seguros de saúde na Região Metropolitana de Belém". Atualmente é servidor efetivo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

<sup>2</sup> Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará (1988), mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1996) e doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2005). Pesquisadora do Centro Interdisciplinar de Direitos Humanos vinculado ao Consórcio Latino-Americano de Pós-Graduação em Direitos Humanos da Universidade Federal do Pará. Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação de Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (PDTU/NAEA), do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) e, da Graduação em Serviço Social do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas (ICSA) da Universidade Federal do Pará. Representante da Região Norte de Pós-Graduação em Serviço Social da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e Vice-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS). Realiza atividades de ensino, pesquisa e extensão, além de orientações de trabalhos de conclusão de curso em nível de Graduação e Pós-Graduação (Especialização, Mestrado e Doutorado). Desenvolve seus estudos e pesquisas nas seguintes áreas: Análise de Políticas Públicas Sociais (Saúde, Assistência e Política de Complementação de Renda mínima), Política de Direitos Humanos, Trabalho e Subjetividade, e, Serviço Social.

## I - INTRODUÇÃO

O presente artigo é resultado de pesquisa elaborada no âmbito do Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido (NAEA/UFPA) e tem como objetivo analisar as principais determinações da expansão dos planos e seguros de saúde na Região Metropolitana de Belém, nos anos 2000.

A pesquisa revelou um constante crescimento na oferta de serviços privados de saúde pelas operadoras de planos e seguros de saúde no Brasil. Desse modo importa sinalizar que em dezembro de 2000 os usuários de planos de saúde no Brasil eram 33,5 milhões e esse número salta para mais de 60 milhões em dezembro de 2010, o que demonstra um crescimento de 79,47% no período. Na Região Metropolitana de Belém esse crescimento foi maior ainda, proporcionalmente, saindo de 252 mil para 634 mil usuários no mesmo período, com uma expansão de 151,45%. Também, esse crescimento se expressou no volume de recursos movimentados no setor, significando importante espaço de valorização para os capitais que para esse mercado se dirigiram.

Na análise específica da oferta de serviços em saúde, parte-se de uma abordagem que leva em consideração que os sistemas de atenção à saúde estão integrados em formações econômico-sociais, no caso brasileiro, formação hegemônica pelo modo de produção capitalista, caracterizada por relações de produção capitalistas, que têm a necessidade de reproduzir-se e, dessa forma, reproduzir todas as suas contradições. Essas relações de produção nada mais são que a expressão da luta das classes sociais existentes, luta que se dá fundamentalmente no âmbito da produção, pela repartição do valor produzido, em que a burguesia, (detentora dos meios de produção) age continuamente sobre o proletariado, (obrigado a vender sua força de trabalho) buscando ampliar a quota de trabalho não paga aos produtores, o trabalho excedente, ampliando sempre tanto de forma absoluta como, principalmente, relativa (pelo desenvolvimento das forças produtivas), o mais valor produzido e expropriado, como nos demonstraram Marx (1988, 1983) e Marx e Engels (2006 e 2007).

Com base nessa perspectiva teórico-metodológica coloca-se em relevo a análise da saúde a partir de determinadas questões norteadoras da pesquisa: primeiro, busca-se compreender a conjuntura em que se dão as ações no âmbito da saúde, no quadro mais geral da reprodução do capital que interfere no setor; segundo, pretende-se analisar a reprodução da própria força de trabalho, recurso fundamental sem o qual não há produção de valor. Por último, evidencia-se a reprodução do capital dentro do próprio setor de saúde, reprodução que tem características específicas a cada momento ou realidade concreta.

No presente artigo, além dessa introdução com uma aproximação do problema e os pressupostos teórico-metodológicos adotados, analisa-se, em seguida, o contexto conjuntural mais geral da expansão dos planos e seguros de saúde, expondo as características principais da nova divisão internacional do trabalho (DIT) a partir da crise dos anos 1970, a ampliação do capital que transborda para os serviços de saúde (a supercapitalização), a reconfiguração da formação econômico-social brasileira aprofundando sua integração dominada nessa nova DIT, as transformações no aparelho de Estado, os impactos dessa nova conjuntura na região amazônica e metropolitana de Belém. Apresenta-se também, em quadros gerais, a expansão do setor suplementar de serviços de saúde no Brasil.

Na sequência, merece destaque os resultados da pesquisa sobre a ampliação dos planos e seguros de saúde na Região Metropolitana de Belém (RMB) a partir de quatro dimensões destacadas na pesquisa: os usuários de planos e seguros de saúde, a conformação dos planos de saúde na região, as operadoras de planos e seguros de saúde na RMB e a força de trabalho no setor.

E, finalmente, destaca-se as determinações gerais e específicas da expansão dos planos e seguros de saúde, no Brasil e na RMB, e são apontadas prováveis tendências ao mercado de planos e seguros de saúde na Região Metropolitana de Belém.

## II - A NOVA DIVISÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO E A RECONFIGURAÇÃO DA FORMAÇÃO ECONÔMICO-SOCIAL BRASILEIRA

### A nova divisão internacional do trabalho.

A crise que atingiu a maioria dos países capitalistas no início da década de 1970 concluiu um período que ficou conhecido como os trinta anos gloriosos. Um período em que, em função da imensa destruição causada pela II Guerra Mundial e dos maciços investimentos na reconstrução da Europa e do Japão, os países capitalistas dominantes viveram uma fase de desenvolvimento capitalista relativamente constante, sem grandes crises para a reprodução do capital, com possibilidade de garantir a uma parte importante de suas populações, emprego, saúde e educação, o chamado “estado de bem estar” ou *Welfare State*, que para grande parte do mundo capitalista não se realizou ou realizou-se de forma incompleta em relação aos seus preceitos ideológicos, como demonstram Alencar e Granemann (2009, p. 163) e Behring (2007).

A crise dos anos 1970<sup>3</sup> expressou os limites da divisão internacional do trabalho (DIT) predominante desde a II Guerra Mundial, nos moldes preconizados a partir dos Acordos de Bretton Woods em 1945. As contradições da economia mundial, do imperialismo enquanto sistema, nos termos apresentados por Lênin (1975) no início do século XX, impunham uma nova organização da reprodução capitalista em escala global.

Como forma de retomar as taxas de lucro após a crise dos anos 1970, uma nova divisão internacional do trabalho (DIT) começa a ser gestada no início dos anos 80 e consolida-se nos anos 90. As características principais dessa nova DIT podem ser expressas, sucintamente, em: a) integração da produção mundial em proporções inéditas, ampliando a economia de escala; b) deslocamento do principal da produção industrial mundial para países com condições e infraestrutura propícia para redução dos custos, principalmente, com força de trabalho barata e qualificada (o caso da China e outros países asiáticos); c) adequação ou parqueamento dos países do mundo a se conformarem a essa nova DIT, uns no papel principalmente de produtores de *commodities*, outros no de parques industriais, e outros especializando-se no consumo; d) no surgimento, como resultado e alavanca da enorme capitalização obtida por esse rearranjo da economia mundial, de uma gigantesca máquina de

---

<sup>3</sup> Sobre a crise dos anos 1970 ver Mendonça (1990).

valorização financeira, estimulando os novos investimentos e o consumo em proporções também inéditas.

Se por um lado essa nova divisão internacional do trabalho possibilitou a retomada das taxas de lucro, com um gigantesco aumento da produtividade e da mais-valia (ou seja, da exploração capitalista), e uma expansão crescente dos capitais em todo mundo, criou da mesmo forma um problema: como reinvestir esses lucros de forma ampliada, como prosseguir a necessária acumulação capitalista? O capital, que não consegue ser reinvestido na esfera da produção com a mesma taxa de lucro, tendo em vista a superprodução quase constante de capitais nessa esfera, busca novos espaços e outras formas de acumulação. A ampliação da esfera financeira de valorização do capital e do setor serviços (incluídos aí os serviços em saúde) expressam essa superprodução.

A crise<sup>4</sup> crônica, constante, estrutural que caracterizou a economia mundial dos anos 1980 até o final dos anos 2000 desembocou na crise geral mais aberta a partir de 2007/2008, aprofundando todas as suas contradições. O excesso de capital criado nesse período (e mesmo na fase anterior) gerou efeitos importantes na constituição e ampliação do capital privado nos serviços de saúde e no setor suplementar de serviços de saúde no Brasil e no mundo. Esse excesso de capital, que transborda das esferas de produção e busca valorização em outros mercados pode ser melhor compreendido utilizando-se o conceito de “supercapitalização”, avançado por Ernst Mandel. Segundo esse autor

[...] se o capital gradualmente se acumula em quantidades cada vez maiores, e uma parcela considerável do capital social já não consegue nenhuma valorização, as novas massas de capital penetrarão cada vez mais áreas não produtivas, no sentido de que não criam mais-valia, onde tomarão o lugar do trabalho privado e da pequena empresa de maneira tão inexorável quanto na produção industrial de 100 ou 200 anos antes (MANDEL, 1982, p. 272).

Capitais em excesso na esfera da produção, que buscarão em outras esferas a valorização que é a razão de sua existência como capital. Nesse trabalho aponta-se essa a causa principal da gigantesca expansão do capital aplicado à esfera financeira de valorização e dos capitais dirigidos a novas esferas de valorização como a saúde, a previdência e a educação.

### **A reconfiguração da formação econômico-social brasileira.**

A forma como se reorganizou a economia mundial a partir dos anos 1970 exerceu seus efeitos na formação econômico-social brasileira, modificando-a e redefinindo a forma de sua inserção na divisão internacional do trabalho. Esses efeitos se deram nos limites determinados pela especificidade da formação do Brasil, ou seja, nos limites que as relações de produção na formação brasileira permitiram ou possibilitavam, como nos indica Silva (1986).

Uma primeira expressão, ainda nos anos 70/80, dessa nova forma de inserção foi a ampliação da dívida externa brasileira. Os capitais excedentes no mundo encontraram nos empréstimos aos países dominados como o Brasil, uma solução para sua aplicação com possibilidades de retorno de várias

---

<sup>4</sup> Crise no sentido que nos apresenta Marx (1980): “De um lado, superabundância de todas as condições de reprodução e de todas as espécies de mercadorias encalhadas no mercado. Do outro, capitalistas insolventes e massas de trabalhadores desprovidos de tudo, na indigência” (p. 958).

formas. Uma outra forma foi através do envio a esses países, como parte dos empréstimos, de máquinas e mercadorias dos países que emprestavam, possibilitando o aquecimento de suas indústrias e o escoamento de parte da produção em excesso estocada.

Em alguns anos, as formações econômico-sociais que receberam esses empréstimos não conseguiram mais pagar sequer os serviços dessas dívidas e foram suspendendo os pagamentos, como as moratórias do México, da Argentina e do Brasil, demonstraram, criando as condições para os ajustes e transformações necessárias, como nos mostra Chesnais (2005, p. 67).

Em “salvação” a essas formações, organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial emprestavam recursos dirigidos aos pagamentos das dívidas, mantendo assim a valorização desses capitais, e exigiam como contrapartida a esses novos empréstimos que os países fizessem as mudanças estruturais necessárias (privatizações, corte de gastos públicos, “abertura” da economia etc.) a uma nova forma de inserção dominada na economia mundial

O Estado<sup>5</sup>, a partir dos interesses das classes dominantes nacionais e internacionais, e nos limites que a conjuntura (a luta de classes) estabelece, vai consolidando as alterações institucionais necessárias à expansão do capital privado para esses novos campos de acumulação, que antes ocupava como forma de atender aos insumos necessários para a produção capitalista no Brasil, inclusive no que se refere ao fornecimento de força de trabalho “saudável” e “capacitada” (saúde e educação), reduzindo o valor da reprodução desta força de trabalho, ou seja, diminuindo o salário a ser pago pelas empresas.

Esse processo, aliado à possibilidade de lucros para setores do capital nacional, leva a um paulatino deslocamento do eixo dinâmico de nossa economia, da industrialização interna que caracterizou os anos 1950, 1960 e 1970, para um novo processo de desindustrialização relativa ou reprimarização, com o principal de nossa economia voltada para a produção de insumos primários demandados pela cadeia mundial de produção, ou seja, voltada cada vez mais para a produção de *commodities*.

Concomitante com a nova forma de organização da economia nacional surge uma gigantesca máquina de valorização do capital na esfera financeira. Parte desse capital excedente, nacional e estrangeiro, que não consegue taxas de lucro na produção, desloca-se para esferas antes eminentemente públicas, como a saúde, a previdência e a educação.

Na Amazônia e no Pará especificamente, as transformações na economia mundial e brasileira relatadas, aprofundaram o caráter colonial do desenvolvimento implementado nessa região, o caráter de enclave, determinado de fora para dentro, com áreas privilegiadas em investimento conforme a possibilidade de produzirem bens primários demandados mundialmente.

Cresceram principalmente as regiões que, de uma forma ou de outra, estavam integradas à nova lógica que predomina principalmente a partir dos anos 90: produzir algo que é demandado mundialmente. Nesse sentido, acabaram sendo privilegiadas no Pará (com os grandes projetos) as regiões produtoras de *commodities* (minérios, pecuária, soja, principalmente) com maciços

---

<sup>5</sup> Conceito de Estado entendido a partir de Marx e Engels (1980), Lenin (1986) e Poulantzas (2000).

investimentos, inclusive na infraestrutura (energia, portos, estradas), para intensificar a produção desses bens demandados no mercado mundial. Mesmo assim, a RMB acaba beneficiando-se indiretamente, mesmo que de forma limitada, desse desenvolvimento regional integrado e determinado pela economia mundial, principalmente como importante entreposto para as regiões no interior do Estado com maior índice relativo de industrialização, onde se concentram a produção minero-metalúrgica e a agropecuária, como identifica o Observatório das Metrôpoles (LIMA; MOYSÉS, 2009, p.3).

É possível identificar as ações do Estado no setor saúde no período que vai do início do século XX até o final dos anos 80, como de intervenção mais direta na oferta da mercadoria força de trabalho, e uma nova forma de intervenção estatal que sobressai a partir do início dos anos 90, em que a ação do Estado, em razão das modificações da reprodução do capital no setor saúde e na formação brasileira, já não é tão direta, mas se dá principalmente garantindo as condições mais gerais (a “regulação”) da reprodução (oferta, controle, condições) da força de trabalho. Nessa nova fase será o próprio capital “privado” que encontrará as formas necessárias (nos limites determinados pela conjuntura, ou seja, pela luta de classes) para garantir a reprodução da força de trabalho (salário, educação, saúde). Já há capital acumulado, principalmente a partir da crise dos anos 70 e do incentivo dado pelo Estado nos anos anteriores, para ser investido com taxas de lucro compatíveis no setor saúde. Isto não significa que o Estado não continue a incentivar a acumulação capitalista no setor mais diretamente (as formas de auxílio direto do Estado na acumulação do setor suplementar de saúde), mas que o capital privado aplicado no sistema de saúde não é mais “dependente” do Estado diretamente, podendo reproduzir-se ampliadamente com o capital que já circula nesse mercado.

### **O crescimento dos planos e seguros de saúde no Brasil, nos anos 2000.**

Delimitado pelo processo específico da expansão e reconfiguração capitalista na formação econômico-social brasileira, o subsistema suplementar de saúde no Brasil viveu, nos anos 2000, um período de crescimento constante, alterando o sentido da década anterior demonstrado em Andreazzi (2002). Os efeitos de um SUS universal na concepção e restritivo na prática (com filas, dificuldades para consultas ou acesso a outros serviços de saúde) e a noção de que com um plano de saúde a pessoa estaria bem atendida, deram sua contribuição ao crescimento do setor suplementar nos anos 2000. Além dos limites e entraves dos serviços públicos de saúde, a ampliação do mercado de trabalho e da renda são elementos que devem ser considerados importantes fatores no peso desse crescimento nos anos 2000 semelhante aos anos anteriores.

Essa afirmação é reforçada pelo fato de que a maioria dos usuários de planos de saúde o adquirem no local de trabalho, são integrantes de planos coletivos. O fato de que a maioria dos usuários de planos e seguros de saúde são integrantes de planos coletivos patrocinados integralmente ou parcialmente pelos empregadores demonstra que sua adesão ao setor suplementar não se dá por uma opção pessoal, racional, baseada exclusivamente na renda familiar ou individual. São determinações sociais que explicam a expansão do mercado de planos de saúde e esse critério (renda familiar ou individual) isolado de outros é limitado para explicar o crescimento e a magnitude desse setor como um todo.

Outras influências do campo político-ideológico também exerceram seu peso na expansão do número de usuários de planos e seguros nos anos 1990 e 2000. Junto com o discurso da universalização do acesso à saúde, incutiu-se também a noção ideológica de que o serviço público em saúde deveria ser utilizado pelos mais pobres pois a utilização do mesmo pelos que tinham condições de arcar com gastos na esfera privada retiraria de quem mais necessita a possibilidade de utilização do SUS.

O aumento dos custos com os serviços médicos principalmente a partir dos anos 1950, em conjunto com a existência no Brasil de um mercado para o consumo desses serviços, exerce também influência na conformação e ampliação de planos e seguros de saúde, ou seja, na ampliação dessa forma específica de venda de serviços de saúde pelas empresas médicas e pelas seguradoras. A opção por uma modalidade de seguro saúde daria aos usuários uma sensação maior de tranquilidade, haja vista o aumento substancial no valor dos serviços em saúde.

Uma outra razão que influenciou a expansão dos planos e seguros nos anos 2000 foi a manutenção de várias formas de subsídio estatal ao setor suplementar de serviços saúde, como demonstram Santos, Ugá e Porto (2008, p. 1433) o que em tese poderia ser considerado contraditório com a implementação do SUS.

Estes fatores em conjunto, analisados em suas múltiplas interferências, podem ajudar a explicar o fato de que em 2000, haviam 33,5 milhões de usuários de planos e em 2010 serão 60 milhões em todo o Brasil, sem levar em conta os usuários de planos com subsídio estatal direto, como é o caso dos planos de servidores públicos estaduais, municipais ou de categorias específicas como os militares. É possível afirmar que aproximadamente 30% da população brasileira é atualmente usuária de planos ou seguros de saúde, em suas várias modalidades.

Conforme dados da ANS (2011), a receita das operadoras de planos e seguros de saúde no Brasil saltou de 22,3 bilhões de reais em 2001 para 74,5 bilhões em 2010 (crescimento de 235%). As despesas com assistência médica se elevaram de 17,6 bilhões em 2001 para 60 bilhões em 2010 (aumento de 241%) e as despesas administrativas cresceram de 3,8 bilhões de reais em 2001 para 11,8 em 2010 (elevação de 211%).

### **III - A SAÚDE SUPLEMENTAR NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM.**

Na pesquisa empreendida, o mercado de serviços em saúde suplementar na RMB foi analisado a partir de quatro dimensões: 1) os usuários de planos de saúde na RMB; 2) a conformação específica dos planos de saúde na RMB; 3) as operadoras de planos de saúde na RMB e 4) os médicos e os planos de saúde na RMB. Priorizou-se, nesse trabalho, os dados públicos apresentados pela Agência Nacional de Saúde – ANS, com base nos sistemas de informação sobre beneficiários, planos e operadoras comparados e complementados com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), principalmente através dos microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) via Suplemento Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde (PNAD-Saúde) dos anos de 1998, 2003 e 2008, da Pesquisa de

Orçamentos Familiares (POF) de 2002/2003 e 2008/2009, assim como da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 1999, 2002, 2005 e 2009 (IBGE, 2010a, 2010b, 2010c).

### III.1) OS USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE NA RMB.

**Tabela 1 - Número de beneficiários no Brasil e na Região Metropolitana de Belém (RMB), no período entre dezembro de 2000 e dezembro de 2010.**

| Competência                  | Total Brasil | Média anual de crescimento:<br>6,05% | Total RMB | Média anual de crescimento:<br>10,29% |
|------------------------------|--------------|--------------------------------------|-----------|---------------------------------------|
|                              |              | Taxa por ano                         |           | Taxa por ano                          |
| dez.00                       | 33.466.942   | -                                    | 252.263   | -                                     |
| dez.01                       | 34.366.725   | 2,69%                                | 266.148   | 5,50%                                 |
| dez.02                       | 34.893.955   | 1,53%                                | 373.243   | 40,24%                                |
| dez.03                       | 36.218.571   | 3,80%                                | 457.113   | 22,47%                                |
| dez.04                       | 39.130.203   | 8,04%                                | 503.334   | 10,11%                                |
| dez.05                       | 41.144.135   | 5,15%                                | 460.277   | -8,55%                                |
| dez.06                       | 44.105.279   | 7,20%                                | 498.704   | 8,35%                                 |
| dez.07                       | 47.378.717   | 7,42%                                | 537.359   | 7,75%                                 |
| dez.08                       | 50.820.245   | 7,26%                                | 571.305   | 6,32%                                 |
| dez.09                       | 54.496.490   | 7,23%                                | 605.523   | 5,99%                                 |
| dez.10                       | 60.061.734   | 10,21%                               | 634.323   | 4,76%                                 |
| <b>Crescimento 2010/2000</b> |              | <b>79,47%</b>                        | -         | <b>151,45%</b>                        |

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do Sistema de Informação de Beneficiários – SIB/ANS/MS 07/2011 (ANS, 2011). Consulta ao site da ANS em out/2011.

Nota: O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

A Tabela 1 demonstra como o crescimento no número de usuários de planos e seguros de saúde na RMB foi superior à média do Brasil, apontando uma tendência verificada na pesquisa. A década passada consolidou na RMB um mercado expressivo aos capitais aplicados no setor de serviços de saúde (mais de 600 mil usuários) e com taxas de crescimento maiores que a média nacional. Trata-se de um movimento de ocupação pelo capital aplicado em serviços de saúde a regiões com mercados menos expressivos (como a RMB) em razão de uma diminuição no crescimento dos mercados ocupados mais intensivamente em períodos anteriores (principalmente o Sudeste, com

destaque para São Paulo). A hipótese que se apresenta é a de que os mercados com elevado peso econômico foram sendo inicialmente ocupados pelas operadoras de planos e seguros de saúde, em busca de maiores taxas de lucro já que essa região concentravam o principal espaço de acumulação e de um provável mercado para esses serviços, seguido de um movimento posterior de ocupação a mercados considerados secundários, ou seja, menos lucrativos.

#### **A relação entre a renda e usuários de planos de saúde na RMB.**

A pesquisa demonstrou, a partir de dados da PNAD – Saúde do IBGE de 1998, 2003 e 2008, uma relação positiva entre a renda e a cobertura por planos de saúde. Entre a soma da população total sem rendimento ou com renda até um salário mínimo (s. m.) por mês, apenas 10,08% possuía plano em 1998; 9,26% em 2003 e reduziu para 8,88% em 2008. Do outro lado desse quadro, entre a população residente na RMB com renda acima de 5 s. m. estavam cobertos por planos de saúde 53,87% em 1998, 61,44% em 2003 e 66,90% em 2008

Do total de residentes na RMB com cobertura de planos de saúde em 1998, 4,01% recebiam menos que 1 s. m., 27,09% recebiam entre 1 e 5 s. m. e 67,56% recebiam mais de 5 s. m. Em 2008 já são 4,31%; 46,41% e 43,7% respectivamente. Verifica-se que a faixa com o maior crescimento proporcional entre os usuários de planos de saúde no período de 1998 a 2008 se deu entre os residentes que recebem entre 1 e 5 s. m., que representavam 27,09% do total de usuários de planos em 1998 e passaram a representar 43,7% em 2008. O mercado de planos e seguros de saúde, tendo ocupado praticamente todo o espaço daqueles com maior renda, avançou sobre a população com renda menor, entre 1 e 5 salários. Entre os residentes com renda acima de 10 s. m., o percentual de usuários de planos saltou de 66,5% em 1998 para 76,84% em 2008.

Os residentes na RMB com plano de saúde e que ganham mais de 1 a 5 s. m. em 2008 (274 mil) já são quase o mesmo número que os que recebem mais de 5 s. m. (291 mil). Só que entre os que ainda não estão cobertos por planos, os que ganham mais de 1 a 5 s. m. são 983 mil e os que ganham mais de 5 s.m. e não tem plano são “apenas” 144 mil residentes. Ou seja, se a renda fosse o único elemento a se considerar na expansão dos planos de saúde, haveria uma enorme possibilidade de crescimento desse mercado, com mais de 1 milhão de prováveis usuários, concentrados principalmente nas camadas médias da população. No entanto, outros fatores podem intervir na expansão desse mercado, como a situação geral da reprodução capitalista (a crise) e a forma específica como esse processo se reflete na RMB.

#### **A relação entre usuários de planos e utilização dos serviços de saúde.**

A partir de dados da PNAD-Saúde (2003 e 2008) foi possível verificar que 22,42% dos atendimentos em saúde de usuários dos planos não foi coberto pelos planos e sim pelo SUS (11,76%) ou pelos próprios usuários (10,65%). Ou seja, por volta de 20% dos atendimentos em saúde de portadores de planos/seguros na RMB não é coberta por estes, sendo feito ou por pagamento particular ou pelo SUS.

Outro dado que se destaca na pesquisa é o fato de que a população que possui planos de saúde utiliza os serviços de saúde em maior quantidade do que os que não o tem. Do total de pessoas que

tiveram atendimento em saúde na RMB nas duas semanas anteriores à consulta do IBGE, com exceção de marcação de consultas, 38,15% em 2003 e 40,81% em 2008 possuíam planos de saúde, evidenciando o fato de que os usuários de planos utilizam em maior proporção os serviços em saúde (já que esse percentual é maior do que o número de usuários de planos na RMB).

#### **As despesas com planos de saúde no orçamento das famílias.**

O peso das despesas com planos de saúde no orçamento das famílias é uma variável importante a destacar na pesquisa. Essa informação foi obtida através da análise à Pesquisa de Orçamentos Familiares, a POF do IBGE, realizada com base em 2008/2009.

A pesquisa demonstrou que nas famílias com faixa de renda mensal acima R\$830,00, a despesa com planos/seguros de saúde está entre as duas principais despesas com assistência à saúde.

Nas famílias com renda abaixo de R\$830,00, em que a média mensal de despesa com assistência à saúde é R\$27,69, a despesa mensal com planos/seguros de saúde é irrisória (R\$0,12). No entanto, já a partir da 2ª faixa de renda medida pela pesquisa as despesas com planos/seguros de saúde passam a ter um peso relativo bem mais expressivo, demonstrando a expansão desse setor do capital mesmo para fatias do mercado com menor poder aquisitivo. O peso relativo das despesas com planos/seguros de saúde no total das despesas com assistência à saúde aumenta em proporção maior que qualquer outra despesa desse item, em relação positiva com o aumento da renda das famílias. Quanto mais se ganha, mais se gasta com planos e seguros de saúde.

Na comparação com os dados do Brasil, as despesas com planos/seguros de saúde na Região Metropolitana de Belém são maiores do que no país (R\$47,07 e R\$45,86), dado que pode ser explicado pelo fato de que a cobertura dos planos e seguros de saúde é predominantemente urbana e mesmo no caso de uma região metropolitana como a de Belém, que não está no centro econômico do país, a presença do capital ligado aos planos e seguros de saúde já se faz cada vez mais presente.

#### **Distribuição por faixa etária e autoavaliação do estado de saúde dos usuários de planos de saúde na RMB.**

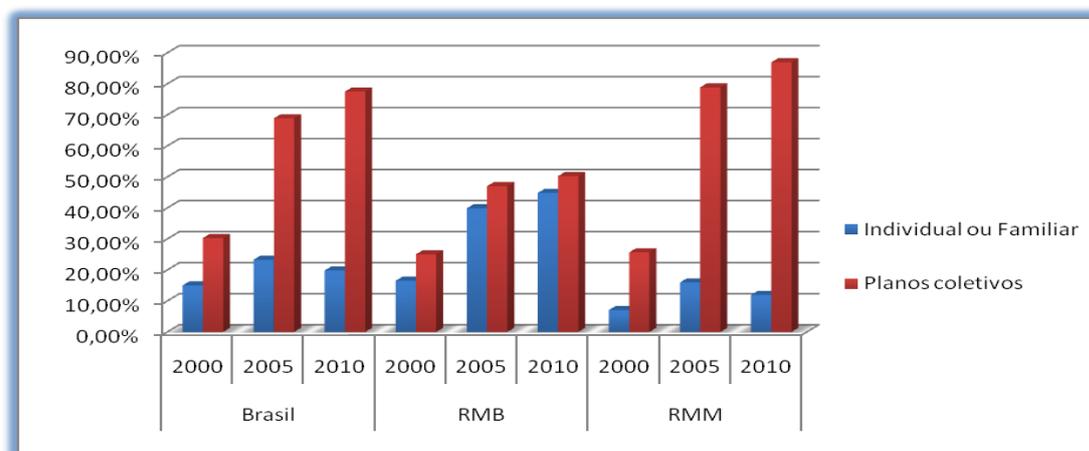
A partir dos dados da PNAD-Saúde de 1998, 2003 e 2008, e dos dados do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS foi possível verificar que o número de idosos portadores de planos/seguros vem evoluindo constantemente na década passada mas ainda predomina, nos usuários de planos/seguros, os que tem idade entre 0 e 18 anos. Foi possível identificar também que a autoavaliação do estado de saúde do usuários de planos/seguros de saúde é mais positiva do que entre os não usuários, apesar dos limites dessa informação, que expressa muito mais uma impressão ideológica dos usuários de planos, do que um fato empiricamente comprovado.

### **III.2) A CONFORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS PLANOS DE SAÚDE NA RMB.**

### Planos por tipo de contratação<sup>6</sup>.

Uma característica se destaca na análise do mercado de serviços em saúde suplementar na RMB: o alto índice de planos familiares ou individuais em relação aos planos coletivos, comparado aos números nacionais ou de outras regiões metropolitanas. No gráfico 1 foram selecionados, para melhor compreensão desse quadro, os dados referentes ao número de usuários por tipo de contratação de planos/seguros de saúde no Brasil, na Região Metropolitana de Belém (RMB) e na Região Metropolitana de Manaus (RMM), em 2000, 2005 e 2010. A Região Metropolitana de Manaus foi selecionada nessa amostragem por ser outra região metropolitana no Norte do país, além de possuir em 2010 número aproximado de usuários da RMB.

**Gráfico 1 - Distribuição percentual dos usuários de planos individuais/ familiares e coletivos (empresarias ou por adesão) no Brasil, Região Metropolitana de Belém (RMB) e Região Metropolitana de Manaus (RMM). Períodos selecionados (mar.2000, dez.2005 e dez.2010).**



Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do Sistema de Informação de Beneficiários – SIB/ANS/MS 07/2011 (ANS, 2011). Consulta ao site da ANS em out/2011.

Enquanto no Brasil, o número de usuários de planos coletivos representam, em dezembro de 2005 e 2010, respectivamente 68,89% e 77,52% do total de usuários e na RM de Manaus representam 78,88% e 86,94% do total, na RM de Belém os usuários de planos coletivos representam apenas 47,01% em 2005 e 50,27% em 2010, do total de usuários na região. Trata-se de uma especificidade dos planos de saúde da RMB serem em grande parte planos adquiridos via contrato individual/familiar. Algumas outras regiões metropolitanas selecionadas permitem destacar essa especificidade da RMB. Com dados de dezembro de 2010, na RM de São Luís 68,3% são usuários de planos coletivos e 27,1% individuais; na Grande Teresina, 65,2% são usuários de planos coletivos e 33,6% de planos individuais; na RM de Fortaleza, que tem um grande número de usuários de planos (1.341.454), 59% são de planos coletivos e 40% de planos individuais. Proporção aproximada à da RM de Belém foi encontrada em Macapá (AP) em que os usuários de planos coletivos representam 49% e os de planos individuais 45,4%.

<sup>6</sup> Os planos por tipo de contratação podem ser individuais/familiares ou coletivos (empresariais ou por adesão).

A pesquisa não permitiu especificar todos os fatores que interferiram nessa conformação específica do tipo de contratação de planos e seguros de saúde na RMB. No entanto, dois aspectos se destacam e podem ser considerados importantes:

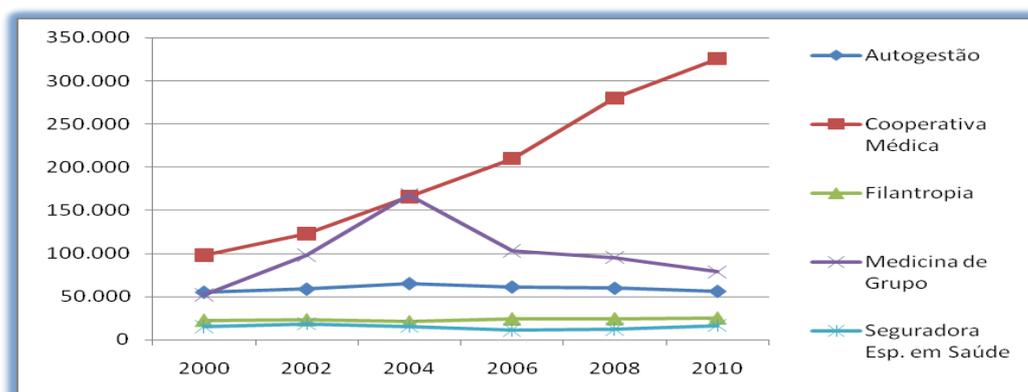
1º) A configuração econômica e social específica da Região Metropolitana de Belém. O setor industrial, por exemplo, não tem um peso importante, relativamente, na economia da região. Com peso relativo importante das atividades comerciais, de serviços e do trabalho informal, a RMB estabeleceu condições próprias ao desenvolvimento de um mercado de planos individuais ou familiares.

2º) Um outro fator importante foi o surgimento e expansão da UNIMED de Belém, cooperativa de médicos para a prestação de serviços de saúde. O crescimento dessa empresa esteve em grande parte pautado na oferta de planos individuais ou familiares.

### Os planos de saúde da RMB por modalidade empresarial de contratação<sup>7</sup>.

Nos primeiros anos da década passada (2000 a 2004) o setor de medicina de grupo e o das cooperativas médicas travaram uma disputa pelo mercado. Chegaram a se equiparar no número de usuários em 2004. A partir da 2ª metade dos anos 2000, o setor de cooperativas médicas (que é hegemonizado pela UNIMED de Belém) se tornou o principal em número de usuários, consolidando-se como modalidade hegemônica no setor no final dos anos 2000. Enquanto o segmento de medicina de grupo, com 52 mil usuários em 2000, vai a quase 170 mil em 2004 e cai para aproximadamente 78 mil em 2010, as cooperativas médicas sobem de aproximadamente 98 mil em dezembro de 2000 até 325 mil em 2010, numa evolução constante no número de usuários. As empresas de autogestão, as filantrópicas e as seguradoras especializadas em saúde praticamente não alteram o número de usuários nos anos 2000. O gráfico 2 apresenta esses dados.

**Gráfico 2 - Usuários de planos/seguros de saúde de empresas de assistência médica por modalidade de contratação na RMB. (dez.2000 a dez.2010)**



Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do Sistema de Informação de Beneficiários – SIB/ANS/MS 07/2011 (ANS, 2011). Consulta ao site da ANS em out/2011.

<sup>7</sup> Por modalidade de contratação os planos podem ser: a) autogestão, b) cooperativas médicas ou odontológicas, c) filantrópicas, d) medicina ou odontologia de grupo, e) seguradora e f) administradora de benefícios.

Destaca-se ainda nos dados pesquisados o crescimento no número de usuários de planos de saúde odontológicos na RMB. De 8.853 usuários em dezembro de 2000 chegam a 131.988 usuários em dezembro de 2010. Um crescimento em dez anos de 1.391%!

Concluindo as informações sobre a conformação dos planos de saúde na RMB, os planos são majoritariamente *novos* (posteriores ou adaptados à Lei nº 9656/98), de abrangência predominantemente *nacional* ou por *grupo de municípios* e a segmentação principal é a *hospitalar/ambulatorial*.

### III.3) AS OPERADORAS DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE COM SEDE OU USUÁRIOS NA RMB.

Das doze operadoras com sede e usuários na RMB, duas são cooperativas médicas; quatro são medicina de grupo; quatro são autogestão e duas são filantrópicas. Essas são apenas as operadoras com sede e usuários na RMB<sup>8</sup>. Do total de usuários de planos e seguros de saúde na RMB em junho de 2011 (642.474), 65% são usuários de operadoras com sede na Região Metropolitana de Belém e 35% de operadoras com sede fora da RMB. As 10 maiores operadoras (por número de usuários) de assistência médica e as 5 maiores de assistência odontológica com usuários na RMB estão na tabela 2.

**Tabela 2 – Operadoras (independente da sede) com maior número de usuários na Região Metropolitana de Belém. Julho de 2011.**

| POSIÇÃO NA LISTA, REGISTRO NA ANS E RAZÃO SOCIAL DAS OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA |  | Usuários na RMB |
|---|--|-----------------|
| 1   | 303976-UNIMED DE BELÉM COOP. DE TRABALHO MÉD         | 288.642         |
| 2   | 368253-HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA               | 44.001          |
| 3   | 406554-ASSOCIAÇÃO ADVENTISTA NORTE BRAS. DE PREV.    | 19.326          |
| 4   | 339679-CENTRAL NACIONAL UNIMED                       | 13.643          |
| 5   | 323080-GEAP FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL            | 11.441          |
| 6   | 005711-BRADESCO SAÚDE S/A                            | 11.325          |
| 7   | 344877-CANP SAUDE S/S LTDA                           | 8.538           |
| 8   | 358754-CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNC. DO BASA – CASF | 8.199           |

<sup>8</sup> Conforme a ANS (2011) existem treze operadoras de planos de saúde na RMB com registro ativo: Unimed de Belém, Caixa de Prev. e Assist. dos Func. do Banpará, Canp Saúde, Uniodonto, Proteção Médica, Beneficência Nipo-Brasileira da Amazônia, Associação Adventista Norte Brasileira de Prev. e Assist. a Saúde, Assoc. Servidores do Fisco Estadual, Lider Com. e Ind. Ltda, Porto Dias Saúde Ltda, Plus Odonto World Assist. Odont. e Saúde da Família Assist. Méd. e Hospitalar.

|  |  |                        |
|--|--|------------------------|
| 9  | 346659-CAIXA DE ASSIST. DOS F. BANCO DO BRASIL – CASSI | 7.318                  |
| 10   | 384054-BENEFICENCIA NIPO-BRASILEIRA DA AMAZONIA        | 6.293                  |
| <b>POSIÇÃO NA LISTA, REGISTRO NA ANS E RAZÃO SOCIAL DAS OPERADORAS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA</b> |  | <b>Usuários na RMB</b> |
| 1  | 368555-UNIODONTO COOP. DE TRABALHO ODONTOLOGICO        | 87.437                 |
| 2  | 301949-ODONTOPREV S/A                                  | 27.026                 |
| 3  | 412163-DENTALVIDA REP E ADM DE SERV. ODONTOLOGICOS     | 13.050                 |
| 4  | 380041-PRODENT – ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.        | 3.193                  |
| 5  | 310981-ODONTO EMPRESA CONVENIOS DENTARIOS LTDA.        | 1.607                  |

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do Cadastro de Operadoras – CADOP/ANS/MS 07/2011 e Sistema de Informação de Beneficiários – SIB/ANS/MS 07/2011 (ANS, 2011). Consulta ao site da ANS em nov. 2011.

Destaca-se o fato de que a segunda maior operadora de planos de saúde (assistência médica) com usuários na RMB é a OPS Hapvida Assistência Médica Ltda, com sede em Fortaleza (CE), com mais de 44 mil usuários. Das dez maiores OPS com usuários na RMB (assistência médica), cinco tem sede em outras regiões do país, reforçando a tese de expansão do capital aplicado ao setor suplementar de serviços em saúde para regiões outrora periféricas nesse mercado.

#### **As receitas e despesas das operadoras de planos de saúde da RMB.**

A tabela 3 apresenta a evolução das receitas, despesas administrativas e assistenciais das OPS com sede na RMB, nos anos 2000.

**Tabela 3 - Receitas de contraprestações, despesas administrativas e despesas assistenciais das operadoras de planos de saúde com sede na RMB, em R\$. 2001 a 2010.**

| Ano  | Receita     | Desp.Administrativa | Desp.Assistencial |
|------|-------------|---------------------|-------------------|
| 2001 | 144.779.234 | 44.626.262          | 111.658.316       |
| 2002 | 166.454.544 | 42.387.634          | 125.941.208       |
| 2003 | 207.843.971 | 60.572.989          | 164.611.528       |
| 2004 | 264.927.904 | 61.418.330          | 221.887.523       |
| 2005 | 333.697.919 | 49.824.117          | 269.194.310       |

|      |             |             |             |
|------|-------------|-------------|-------------|
| 2006 | 376.730.559 | 63.580.734  | 307.161.988 |
| 2007 | 431.023.164 | 119.947.258 | 349.098.617 |
| 2008 | 521.377.336 | 126.758.858 | 429.395.762 |
| 2009 | 545.225.386 | 141.964.237 | 460.512.566 |
| 2010 | 646.818.609 | 133.304.646 | 521.745.249 |

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS (CADOP, DIOPS e FIP, ANS, 2011). Consulta ao site em 22/11/2011.

Constata-se, no período de dez anos, uma ampliação em 347% das receitas, 199% das despesas administrativas e 367% das despesas com assistência à saúde. A evolução das receitas acompanhou as despesas assistenciais enquanto que as despesas administrativas cresceram menos que os outros dois itens.

Essa evolução é superior ao crescimento das receitas e despesas do conjunto de operadoras de planos e seguros de saúde no Brasil. Levando-se em conta as informações das operadoras de todo o país, as receitas cresceram 235% entre 2001 e 2010 (22,3 para 74,6 bilhões de reais), as despesas administrativas 207% (de 3,8 para 11,8 bilhões de reais) e as despesas assistências subiram 240% (17,6 para 60 bilhões de reais).

É um dado a mais que demonstra que a expansão do capital ligado ao setor suplementar de serviços de saúde nos anos 2000 para regiões com menor desenvolvimento industrial e econômico, como é o caso da RMB, foi uma alternativa à maior ocupação desse setor em regiões mais industrializadas e desenvolvidas economicamente. O excesso de capital no setor, aliado às condições econômicas da última década, permitiram a expansão desse mercado nos anos 2000 para áreas menos ocupadas nos anos 1980 e 1990. É um movimento de continuação da expansão verificada nas décadas anteriores e concentradas nos pólos econômicos e industriais nacionais, agora para regiões menos desenvolvidas.

Verifica-se que, mesmo com a igual distribuição proporcional entre receitas e despesas na RMB e no Brasil, o crescimento das receitas e das despesas assistenciais na RMB foi bem maior do que no Brasil nos anos 2000 (receitas: 347% na RMB e 235% no Brasil; despesas assistenciais: 367% na RMB e 240% no Brasil), enquanto que as despesas administrativas cresceram de forma similar (199% na RMB e 207% no Brasil). A taxa de crescimento do capital que circula na saúde suplementar na RMB foi maior do que no Brasil, o que indica que essa região viveu (nos anos 2000), um processo de expansão capitalista nesse mercado específico, mais dinâmico do que a média do país.

Essa expansão pode ser vista por outra ótica. A parcela que a receita das operadoras com sede na RMB representa em relação à receita das operadoras do Brasil cresceu de 0,65% em 2001 para 0,87% em 2010 (acontecendo o mesmo com as despesas assistenciais: 0,63% para 0,87% no mesmo período). Já as despesas administrativas das operadoras da RMB mantiveram o mesmo peso relativo às operadoras de todo o Brasil nos anos 2000: 1,16% em 2001 para 1,13% em 2010.

Enquanto a média nacional de crescimento das receitas das operadoras por ano na década passada foi de 14%, na Região Metropolitana de Belém a receita das operadoras cresceu em média 18% ao ano. Destaque nas receitas das operadoras com sede na RMB para os anos de 2003 a 2005 com crescimento superior a 25% ao ano!

A taxa de expansão do capital aplicado ao setor suplementar de saúde na RMB não é desprezível, muito pelo contrário, estimula o movimento de atração de capitais para o setor, tanto pelas taxas maiores do que a expansão média no Brasil, como também atrai capitais aplicados a outras esferas que vêm no setor suplementar de serviços de saúde na RMB uma opção atrativa para obtenção de lucros. Mantidas as condições gerais de reprodução do capital, e como ainda haveria espaço para crescer, com fatias de mercado a ser ocupado como demonstra o número de não usuários de planos com renda para se tornarem potenciais usuários, a tendência seria de expansão desse setor do mercado na RMB, pelos próximos anos.

No entanto, é fundamental verificar nos dados apresentados, o fato de que o ano de 2009, tanto no Brasil como na RMB, apresentou a menor taxa de crescimento nas receitas: 8% no Brasil e 5% na RMB. Mesmo no ano que sofreu mais intensamente os efeitos da crise geral que o mundo vive (2008/2009) o setor não deixou de crescer. Porém, esse crescimento foi muito inferior a qualquer outro período da década. O prolongamento e a ampliação da crise geral que vive o capitalismo a partir do final dos anos 2000, possibilidade com grandes probabilidades de acontecer, obscurece e contradiz o que poderia ser uma “tranquila” possibilidade de expansão desses capitais, e anuncia um período de intensificação da concorrência no setor com menores taxas de crescimento ou até mesmo taxas negativas.

Essa é uma outra característica a ser acompanhada nos próximos anos. Uma crise de maiores proporções na formação econômico-social brasileira ampliará o movimento popular por uma saúde pública com qualidade e em condições de atender uma população de usuários em expansão, deslocados do mercado suplementar em razão da perda de empregos, diminuição da renda etc., efeitos gerais de todas as crises. Se o SUS já não consegue atender em boas condições a demanda atual de usuários, como será então com uma rápida expansão dessa demanda?

Em resumo, há uma tendência nos próximos anos a aprofundar as contradições desse mercado. Primeiro, entre os capitais na luta por um mercado em redução, tendo as operadoras de planos que reduzir os custos como efeito da ampliação da concorrência capitalista ampliada pela crise. Em conjunto, aprofunda-se a contradição entre os usuários e o Estado, usuários esses que passarão novamente a ter que usar o SUS como opção de serviços de saúde e se chocarão com dificuldades maiores que as já existentes, amplificadas pelos cortes nos gastos públicos que o Estado deverá realizar para tentar salvar os capitais em crise, caso não haja uma mudança política de maiores proporções.

### **Relação entre operadoras de planos de saúde e os estabelecimentos de saúde na RMB.**

A pesquisa possibilitou destacar a dimensão que o financiamento privado dos serviços em saúde ocupou tanto na RMB como no Brasil, com destaque para os planos e seguros de saúde como

financiadores de estabelecimentos de saúde. Os dados são da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2009, do IBGE. Do total de estabelecimentos de saúde da RMB (514), 54,3% fazem referência ao SUS como financiador de serviços, atrás dos pagamentos diretos de particulares com 60,3% e um pouco à frente dos planos de saúde através de terceiros com 49,6% ou dos planos próprios com 4,9%.

Como comparação, do total de estabelecimentos de saúde existentes no Brasil em 2009 (94.070), 67,2% citam o SUS como agente financiador, seguido pelo pagamento direto (particular) com 42,7%, os planos de saúde com 35,5% e os planos próprios com 2,8%. O peso (financiamento) dos estabelecimentos através do pagamento direto (particular) e dos planos de saúde na RMB é maior que a média do Brasil como se pode ver.

### **Unimed de Belém, a maior operadora de planos de saúde na RMB.**

A pesquisa demonstrou também que o crescimento da OPS Unimed de Belém nos anos 2000 foi expressivo. A média anual de aumento das receitas foi de 21%. Com exceção de 2002, em que cresceu 19%, e 2009 com 4%, em todos os outros anos a receita subiu mais de 23% ao ano! Entre 2001 e 2010 a receita dessa operadora cresceu 460% (enquanto a média da RMB foi de 347% e a do Brasil 235%) e suas despesas assistenciais se elevaram em 502% no mesmo período (na RMB foi 367% e no Brasil 240%).

Esse crescimento, maior que a média das operadoras com sede na RMB, fez com que a Unimed de Belém ampliasse sua fatia no mercado de saúde suplementar em relação às outras operadoras com sede na mesma região. Representando em 2001, 65% das receitas das operadoras com sede na RMB a Unimed de Belém salta para 81,4% em 2010 enquanto que a receita das outras OPS caem de 35% em 2001 para 18,6% em 2010. Essa relação se expressa também no número de usuários dessa OPS em relação às outras com sede na RMB. Em julho de 2011 os usuários da Unimed de Belém representam 69% do total de usuários de planos de saúde de OPS com sede na RMB e, levando-se em conta apenas as operadoras de assistência médica (exclusive as odontológicas), esse percentual sobe para 87% do total.

Pelos números apresentados, reforça-se a hipótese de expansão do capital ligado ao mercado suplementar de serviços de saúde para regiões periféricas como a RMB. Mostra ainda que essa expansão, no caso específico da RMB, vem apresentando características de concentração do capital em torno da OPS Unimed de Belém, que vem conseguindo taxas de crescimento (tanto em receitas e despesas como no número de usuários) maior que as outras OPS da região.

A qualidade dos serviços prestados pela Unimed de Belém, conforme dados da ANS<sup>9</sup>, é regular, preocupando sua situação econômico-financeira, com resultado abaixo da média. É ainda uma operadora com um alto índice de reclamações entre as outras do mesmo porte, tendo sido a 20ª em número de reclamações em 2010, entre todas as OPS do Brasil.

---

<sup>9</sup> Dados do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) de 2010, indicador desenvolvido pela ANS para avaliação das operadoras de planos e seguros de saúde, no âmbito do Programa de Qualificação das Operadoras e Índice de Reclamações das Operadoras.

O caso da Unimed de Belém demonstra que as cooperativas médicas de serviços de saúde, afastaram-se de seu objetivo inicial de resistência à expansão das empresas médicas e contrárias ao assalariamento dos médicos, passando a gerenciar os recursos de forma semelhante à medicina de grupo, posição já adiantada por Hesio Cordeiro (1984, p.71) e Lígia Bahia (2005). A lógica que determina a reprodução do capital em busca de valorização foi mais forte que os valores dos fundadores e dirigentes das UNIMEDs e impôs as transformações estatutárias permitindo a essa cooperativa empresarial atuar no mercado como um grupo capitalista qualquer.

É a necessidade de acumulação do capital que determina os movimentos dos capitalistas e não o contrário. Marx já mostrava que “apenas na medida em que é capital personificado, tem o capitalista valor histórico” (1988, v. I, t. 2, p. 163) e as cooperativas das UNIMEDs tornaram-se personificações do capital aplicado ao mercado de serviços de saúde suplementar e, é importante salientar, saíram-se muito bem na concorrência capitalista. O crescimento das UNIMEDs em todo o país comprova essa afirmação (FSP, 2012).

#### **III.4) FORÇA DE TRABALHO NA SAÚDE SUPLEMENTAR DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM: OS MÉDICOS.**

A partir de dados apresentados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) (SCHEFFER et al., 2011), a pesquisa levantou a distribuição geográfica dos médicos registrados por mil habitantes. No Brasil, a média é de 1,95 médicos para cada mil habitantes; no Pará, segunda pior relação médico/habitante do Brasil, a razão é 0,83 (só maior que a do Maranhão: 0,68). Em Belém essa relação é de 3,09 médicos a cada mil habitantes, a 15ª na lista das capitais do país. Na capital do Pará são 4.181 médicos registrados (SCHEFFER et al., 2011, p. 32).

Como a imensa maioria dos médicos acumulam o atendimento em consultório a pacientes de planos ou particulares e um vínculo público ou privado, a informação sobre os postos de trabalho médico auxilia no estudo do setor. No Brasil são 3,33 postos de trabalho médico para cada mil habitantes; no Pará 1,64 (mantendo-se na penúltima posição à frente do Maranhão com 1,31) e em Belém são 5,11 postos de trabalho médico a cada mil habitantes, com um total de 6.902 postos (15ª posição).

Os dados sobre a distribuição dos médicos entre os setores público e privado evidenciam a enorme desigualdade existente entre os usuários de planos e seguros de saúde e usuários do SUS. Os usuários de planos de saúde em Belém tem 3,8 vezes mais postos de trabalho médico à disposição do que os usuários do SUS, usuários esses que são 2,28 vezes maiores (em números absolutos) que os de planos/seguros de saúde. Os postos de trabalho médico à disposição dos usuários de planos de saúde em Belém são 67% a mais que os postos à disposição dos usuários do SUS.

Os dados da distribuição dos médicos indicam que o processo de expansão da saúde suplementar aponta no sentido do aprofundamento de pelo menos dois níveis de contradição: a) a contradição entre usuários do SUS e a oferta limitada desses serviços, que o número reduzido de

médicos do SUS comparado ao dos planos, expressa e b) a contradição entre os médicos e os planos e seguros de saúde que os contratam. A lógica imposta pela concorrência capitalista e pela necessária valorização do capital aplicado, leva as operadoras de planos e seguros de saúde buscar cortar despesas, incluindo os honorários médicos.

#### **IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

É possível concluir, como hipóteses para um aprofundamento da pesquisa, que o impressionante crescimento do setor suplementar de serviços em saúde (planos e seguros de saúde) nos anos 2000, tanto no número de usuários como nas receitas e despesas, teve como fatores com peso importante (a ordem não significa a importância relativa desses fatores):

- Existência de capital com possibilidade de aplicação (supercapitalização como resultado da crise/excesso de capital dos anos 1970). Ampliou-se, com a nova divisão internacional do trabalho, o volume de capital que “transborda” da esfera produtiva e busca em outras esferas (financeira, serviços etc.) possibilidade de valorização, impulsionando as alterações jurídicas, políticas e ideológicas necessárias à essa reprodução (incluindo as transformações no próprio exercício da medicina e da oferta desses serviços). A crise geral do capitalismo mundial, mais aberta a partir de 2008, pode alterar essa situação.

- Condições jurídico-políticas adequadas para a valorização desse capital, principalmente após a reconfiguração do Estado consolidada nos anos 1990, com destaque para a regulação do setor que criou regras à reprodução do conjunto dos capitais desse mercado, assim como o surgimento das agências reguladoras, garantia do compromisso do Estado com seu novo “padrão” de atuação na área. Há uma nova forma de inserção e subsídios do Estado ao setor suplementar, mantendo os estímulos à valorização dos capitais aí aplicados, a exemplo dos incentivos fiscais a empresas do setor, financiamentos pelo BNDES, dedução no imposto de renda de usuários, contratação direta de operadoras pelo Estado ou pelas estatais, ressarcimento das despesas com planos a servidores públicos federais, complementaridade do SUS ao setor suplementar nos procedimentos mais complexos, campanhas sanitárias que beneficiam usuários de planos etc.

- Momento de expansão capitalista mundial e a melhor adaptação e integração (em comparação com os anos 1980 e 1990) da formação econômico-social brasileira à nova divisão internacional do trabalho, com as consequentes transformações no mercado de trabalho e na renda. O final dos anos 1990 e, principalmente, os anos 2000, representaram um momento de maior estímulo à integração (dominada) da formação econômico-social brasileira reconfigurada (fundamentalmente para fornecer produtos primários), na divisão internacional do trabalho, gerando efeitos internos como a ampliação na geração de empregos e de renda (com correlata ampliação da taxa de mais-valia ou taxa de exploração, interna), possibilitando a valorização dos capitais aplicados internamente, inclusive na saúde suplementar. Esse fator encontrou um limitante na crise geral aberta (e que se aprofunda) a partir de 2008.

- Existência de capital acumulado no setor suplementar de saúde, em razão das políticas previdenciárias e estatais nas décadas passadas. As políticas do Estado para a saúde, principalmente via apoio à medicina privada com recursos da Previdência Social, permitiram o surgimento, a ampliação e a consolidação do setor privado de oferta de serviços nessa área (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985; BRAGA e PAULA, 1986) . Os planos/seguros de saúde receberam sua dose de estímulo principalmente a partir dos convênios entre a Previdência Social, as empresas médicas e as indústrias (inicialmente as montadoras de automóveis), a partir dos anos 1960, em conjunto com outras iniciativas como as isenções fiscais às operadoras “filantrópicas”, a legislação beneficiando as seguradoras em saúde, o estímulo estatal às empresas de “autogestão” no setor etc. Esse “impulso” inicial à valorização dos capitais aplicados nesse setor permitiu sua relativa “independência” principalmente a partir dos anos 1980/1990, consolidada nos anos 2000.

- Conformação específica dos serviços públicos em saúde e do SUS, com todos os limitantes à sua efetiva implementação. Direitos instituídos porém não efetivados, podem significar um estímulo à inserção e valorização de capitais aplicados a determinado setor (como exemplo, o crescimento das opções privadas de serviços em saúde e educação). Os limites à efetivação do SUS “empurraram” para os planos/seguros de saúde um contingente expressivo de usuários. O fenômeno da “universalização excludente” (mesmo com os limites na análise de seus formuladores) chamou a atenção a esse fato (FAVERET; OLIVEIRA, 1990).

- Existência de um mercado razoavelmente desenvolvido para o consumo desses serviços. Algumas das determinações analisadas (ampliação da renda em função da melhor integração do Brasil no mundo, os limites à efetivação do SUS, a consolidação ideológica da vantagem de ser ter um plano/seguro de saúde) consolidaram um mercado consumidor a esses serviços, que ainda se apresenta em expansão.

- Consolidação ideológica estabelecida de que o serviço de saúde oferecido pelo setor suplementar é superior em qualidade e facilidade de acesso ao oferecido pelo SUS. Comprova-se em pesquisas realizadas e apresentadas nesse trabalho, que relacionam ser usuário de plano/seguro de saúde a ter ou atingir um estado de saúde melhor. Expressa também o recuo na luta de classes nas últimas décadas, característica mais geral da formação econômico-social brasileira, exemplificado na dificuldade em efetivar direitos já instituídos, como o caso do SUS.

Conforme verificado ao longo do pesquisa, somada às determinações gerais apresentadas à expansão dos planos e seguros de saúde, três outras, específicas da RMB, explicam o perfil que a saúde suplementar assumiu nessa região:

1) O padrão específico de desenvolvimento da RMB, com baixo nível de industrialização e ausência de grandes empreendimentos econômicos, predominando na economia da região o setor de serviços, comércio, construção civil e a economia informal. Esse desenvolvimento específico altera a influencia da RMB na região, que é principalmente de “centro urbano relacional” (TRINDADE JÚNIOR, 2006). Tal fato interfere no perfil do mercado de saúde suplementar que, entre outras resultantes, terá um número expressivo de vinculação individual ou familiar dos usuários aos planos de saúde, em comparação com o Brasil e com outras regiões metropolitanas com maior peso

industrial. O porte das empresas na RMB é um outro fator do padrão de desenvolvimento da região que influencia essa expansão dos planos individuais/familiares.

2) A característica específica da forma assumida pelo capital aplicado ao setor na RMB, com peso expressivo das cooperativas médicas, principalmente a Unimed de Belém, interferiu na conformação desse mercado. Essa operadora optou (provavelmente levando em conta as características do mercado na RMB) pelo estímulo à contratação individual/familiar aos planos. A análise mais a fundo do surgimento e ampliação da Unimed de Belém apresenta-se como outra possibilidade importante de estudos futuros, permitindo compreender melhor os movimentos do capital (inclusive nessa forma específica: cooperativa empresarial) na saúde suplementar.

3) O mercado da RMB nos anos 2000 apresentava dimensão ideal para receber a expansão capitalista do setor dirigida a novas áreas do país, ou seja, suficientemente grande (com mercado, infraestrutura, capital local) e relativamente “desocupado” para permitir a valorização desses capitais. A Região Metropolitana de Belém, cujo mercado de serviços em saúde suplementar era pouco desenvolvido nas décadas anteriores (1980 e 1990), assistiu ao *boom* do setor nos anos 2000, comprovando-se a hipótese de expansão do capital aplicado a esse setor para concentrações urbanas periféricas em relação ao eixo das metrópoles do Sul/Sudeste.

As determinações ao crescimento desse mercado, gerais e específicas, apresentadas acima, continuam exercendo sua influência. A crise geral instalada no sistema capitalista mundial é um fato que poderá alterar esse quadro.

No caso específico da RMB, como os dados mostram, há um potencial de crescimento do mercado em direção principalmente à população das camadas médias (com renda entre 1 a 5 s.m.), tendo em vista que o extrato superior da população da RMB está em grande parte já coberto pelos planos de saúde. Mais de 1 milhão de residentes da RMB poderiam, levando-se em conta apenas critérios de renda, inserir-se no mercado de planos de saúde.

Um outro fator, que poderia indicar expansão do setor, é o fato de que o crescimento das receitas das operadoras na RMB ainda estão, no final dos anos 2000, em média, superiores à da média no país, o que exerce um efeito de atração de capitais em busca de maiores taxas de lucro (com todas as influências na superestrutura que esse fato acarreta).

A mais importante possibilidade de alteração no sentido que o mercado de serviços de saúde vem apresentando, com possível retração, é a crise geral do modo de produção capitalista que vem impactando as economias de todo o mundo, principalmente desde 2008. A expressiva queda nas receitas das operadoras de planos de saúde em 2009, em relação às receitas de 2008, serve como uma indicação do que uma crise de maiores proporções na formação econômico-social brasileira pode significar para o setor. Impõe-se assim o acompanhamento dos desdobramentos da crise geral no mercado de serviços em saúde suplementar, verificando possíveis tendências como redução dos movimentos do capital no setor, diminuição no número de usuários, expansão da procura ao SUS etc. No caso da RMB, a grande concentração dos usuários de planos em uma única operadora que,

conforme avaliação da ANS, apresenta limitações econômico-financeiras, pode ser um fator a mais de preocupação.

Além disso, a crise tem como contrapartida imediata o aprofundamento das contradições, que as políticas sociais implementadas nos períodos de crescimento econômico conseguem, de certa forma, arrefecer. Essa intensificação dos movimentos de contestação social já são verificados em grande parte do mundo (Grécia, Portugal, Espanha, EUA, Reino Unido, países árabes etc.) e dão seus primeiros sinais no Brasil com a ampliação nos últimos anos das greves e reivindicações de trabalhadores de várias categorias. Somente um intenso movimento popular de contestação, que uma crise em grandes proporções pode ser o estopim, poderá criar as condições políticas para uma alteração do sentido que predominou até hoje as ações públicas em saúde, sentido esse que fundamentalmente beneficiou o capital privado aplicado ao setor, criando então alternativas que não passem pela intensificação dos serviços de saúde como possibilidade de valorização capitalista. Alternativas que sejam efetivamente uma mudança rumo a uma saúde pública verdadeiramente universal, integral e equitativa.

## Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Programa de qualificação da saúde suplementar - qualificação das operadoras*. Rio de Janeiro: ANS, 2010.

\_\_\_\_\_. *Dados e indicadores do setor*. [S.l.:s.n.], 2011. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em 05 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. *Índice de desempenho da saúde suplementar – IDSS*. [S.l.:s.n.], 2011a. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/programa-ans-de-qualificacao-das-operadoras>>. Acesso em 05 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. *Índice de reclamações de operadoras*. [S.l.:s.n.], 2011b. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes>>. Acesso em 05 jan. 2012.

ALENCAR, M. M. T; GRANEMANN, S. Ofensiva do capital e novas determinações do trabalho profissional. *Rev. Katál*. Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 161-169, jul./dez., 2009.

ANDREAZZI, M. F. S. *Teias e tramas: relações público-privado no setor saúde brasileiro nos anos 90*. 2002. 350 f. Tese (Doutorado) Instituto de Medicina Social IMS. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.

BAHIA, L. A Unimed de Santos: a criação da primeira entidade-empresa de comercialização de planos de saúde no Brasil. In: BAHIA, L. et al. (Org.) *Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias*. Rio de Janeiro: Laboratório de Economia Política da Saúde, UFRJ; ANS, 2005.

BEHRING, E. R. Fundamentos de política social. In: MOTA, A. E. et al. (Org.) *Serviço Social e Saúde*. Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2007.

BRAGA, J. C. S; PAULA, S. G. *Saúde e previdência*. Estudos de política social. São Paulo: Hucitec, 1986.

CHESNAIS, F. *A Finança mundializada*. São Paulo: Boitempo, 2005.

FAVERET, P; OLIVEIRA, P J. *A universalização excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde*. [S. l.]: Planejamento e Políticas Públicas / IPEA. n. 3, jun. 1990.

FOLHA DE SÃO PAULO - FSP. *Unimed muda gestão e expande rede própria*. São Paulo, 12 de ago. 2011. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mercado/me1208201103.htm>>. Acesso em 05 de jan. 2012.

IBGE. *Produto interno bruto dos municípios*. Rio de Janeiro, v. 29, 2004. (Série Relatórios Metodológicos).

\_\_\_\_\_. *Um panorama dasSaúde no Brasil*. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: [s. n.], 2010a.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida*. Rio de Janeiro: [s. n.], 2010b.

\_\_\_\_\_. *Estatísticas da saúde*. Assistência Médico Sanitária 2009. Rio de Janeiro: [s. n.], 2010c.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNAD 1998*. Pará – Região Metropolitana de Belém, Região Norte, Suplemento Saúde. [S. l.: s. n.], 1998.

LENIN, V I. *O imperialismo, fase superior do capitalismo*. Lisboa: Avante, 1975.

\_\_\_\_\_. *O Estado e a revolução*. São Paulo: Hucitec, 1986.

LIMA, J. J. F; MOYSÉS, A. (Org.). Como andam Belém e Goiânia. *Conjuntura Urbana*, v. 11, Rio de Janeiro: Letra Capital; Observatório das Metrôpoles, 2009.

MANDEL, E. *O Capitalismo tardio*. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARX, K. *O capital. Crítica da economia política*. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

\_\_\_\_\_. *Contribuição à crítica da economia política*. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

\_\_\_\_\_. *Teorias da mais-valia: história crítica do pensamento econômico*. São Paulo: DIFEL, 1980.

MARX, K; ENGELS, F. *Manifesto do partido comunista*. São Paulo: Global, 2006.

\_\_\_\_\_. *A ideologia alemã*. São Paulo: Boitempo, 2007.

\_\_\_\_\_. *Obras escolhidas*. A Origem da família, da propriedade Privada e do Estado. São Paulo: Alfa-Omega, [1980?]. 3 v.

MENDONÇA, A. *A crise econômica e a sua forma contemporânea*. Lisboa: Caminho, 1990.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. *A (im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes; ABRASCO, 1985.

POULANTZAS, N. *O Estado, o poder, o socialismo*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo: ABRASCO, v. 13, n. 5, 2008.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. *Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. Conselho Regional de Medicina de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, São Paulo: [s. n.], 2011.

SILVA, S. *Expansão Cafeeira e Origens da Indústria no Brasil*. São Paulo: Alfa-Omega, 1986.

TRINDADE JÚNIOR., S. C. Grandes projetos, urbanização do território e metropolização na Amazônia. *Terra Livre*. [S. l.] v. 22, n.26, p. 177-194, 2006.