

Classe C entra no mercado de convênios para tirar filhos da fila do SUS

Marinella Castro

País tem 1,7 milhão de usuários infantis e em BH eles já são maioria



Fabrício e Gabriela Coelho fizeram plano para a pequena Amanda, mas tiveram de pagar para a filha ser atendida

No momento de definir o gasto doméstico com a saúde as famílias da nova classe média brasileira preferem proteger as crianças. Elas são prioridade e os primeiros do grupo a ter um contrato com o convênio médico e os últimos a perder o benefício. Em Belo Horizonte, os pequenos consumidores, até 9 anos, já são o maior contingente (51%) entre os usuários de planos de saúde familiar, produto contratado diretamente pela população, sem intermédio da empresa ou grupos. Segundo pesquisa do Instituto Data Popular, a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE), os gastos da classe C com convênios, consultas médicas e exames cresceram 128,8%, entre 2002 e 2008. Para especialistas, o desafio é garantir a qualidade no atendimento particular.

Exigindo desembolso mensal que pode variar de R\$ 20 a R\$ 200 por criança, o convênio médico se tornou item de desejo da classe média, que tem renda mensal entre R\$ 1,7 mil e R\$ 7,4 mil e cresceu com o mercado de trabalho e a valorização do salário mínimo. “Os pais da classe C podem não ter um plano de saúde, mas a criança tem”, diz Renato Meirelles sócio-diretor do Data Popular. Segundo ele, para as famílias da classe média o plano infantil é prioridade. No Brasil já são 1,7 milhão de usuários de 0 a 9 anos nos planos familiares. Dentro dessa modalidade, a fatia infantil é líder em crescimento, avançou 54% nos últimos 10 anos. Estudo da Fundação Getúlio Vargas (FGV) aponta que entre 2003 e 2011 a classe média incorporou cerca de 40 milhões de brasileiros, contingente que passou a dividir

nichos de consumo antes restritos às classes A e B.

Verônica Costa de Paulo, dona de casa, e o marido, o pedreiro Wanderley Melo, são integrantes da classe C brasileira. Com o aquecimento da construção civil, a renda da família cresceu. Com um orçamento maior eles fizeram as contas e decidiram incluir nos custos um convênio médico-hospitalar para Emily, de 2 anos e Raian, de 10. “Temos sim um plano de saúde, mas só para as crianças”, explica Verônica. O investimento foi feito há dois anos, logo depois do nascimento da filha mais nova do casal, que veio ao mundo pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Emily nasceu em um hospital da rede pública mas desde então tem sido atendida no sistema privado.

Por mês Verônica e Wanderley desembolsam R\$ 137 para os dois filhos. Se fossem pagar para toda a família o plano custaria na ponta do lápis, mais R\$ 120 por mês, extra que não cabe no orçamento do casal. “As crianças são mais importantes”, diz Verônica, que é usuária do SUS.

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que o número de crianças até 9 anos beneficiárias de planos de saúde, incluindo todas as modalidades de contrato, cresceu 31% nos últimos 10 anos. No país já são 6,3 milhões com a carteirinha do convênio, senha para o atendimento em hospitais e consultórios privados. Em Belo Horizonte, são 142 mil crianças atendidas pelo sistema privado. Apesar do crescimento da demanda e da arrecadação do setor, que entre 2003 e 2012 avançou quase 200%, chegando a R\$ 82 bilhões, a qualidade ainda é uma pedra no caminho dos usuários. Lígia Bahia, professora de economia da saúde na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), preocupa-se com o crescimento da classe média no consumo de planos de baixo custo e qualidade duvidosa.

Expansão artificial Segundo a especialista os segmentos C e D, que constituem as novas demandas para o setor suplementar, estão adquirindo convênios com restrições de cobertura em um processo de crescimento artificial. Para a professora, a maioria dos brasileiros está ligado a planos médios ou precários quando o tema é qualidade, e ainda com preços desregulados (não controlados pela ANS), como a modalidade coletivos por adesão. “Para que o setor se tornasse de fato sustentável seria imprescindível cortar os subsídios públicos e exigir coberturas abrangentes”, defende a especialista.

Na intenção de garantir atendimento mais rápido para os filhos, Ana Luiza, 11 anos, e Lorenzo, 7 anos, a dona de casa Sandra Duarte Lima contratou um plano de saúde familiar. O valor pago para duas crianças e um adulto é próximo de R\$ 500 por mês, entre os maiores pesos no orçamento de classe média. A intenção é ter segurança, já que o filho mais novo é asmático. Apesar do investimento alto, Sandra tem queixas. “Para consultas comuns a espera em hospitais chega há três horas, perde-se a tarde”, argumentou a dona de casa.

Sem garantia de consulta

A qualidade é o dilema vivido pelos usuários de planos de saúde, especialmente aqueles incluídos em contratos de baixo custo e redes limitadas, sem privilégios para crianças. Gastos das famílias com esses produtos preocupam especialistas porque causam impactos também no Sistema Único de Saúde (SUS). A família da babá Gabriela Coelho perdeu o plano de saúde corporativo em um momento de troca de trabalho do marido, o operador de máquinas Fabrício Coelho. Enquanto

não são incluídos em um novo plano corporativo eles pagam para Amanda, de 4 anos, um plano simples, com preço mensal de aproximadamente R\$ 20, onde complementam o valor de consultas e de exames.

Integrante da classe média brasileira Gabriela não tem conseguido atingir seu objetivo. Consultou um médico do plano pagando cerca de R\$30 pela consulta. “O exame que ele pediu para minha filha era muito caro, tive que consultar novamente pelo SUS, onde fiz o exame ortopédico”, conta Gabriela, que vive a expectativa de ser incluída em um novo plano corporativo.

Apesar do crescimento do setor, em número de usuários e receita, as reclamações acendem a luz amarela. Último índice divulgado pela ANS mostra que de abril a julho o termômetro da insatisfação cresceu em operadoras de todos os portes. “Planos e seguros de saúde com coberturas restritas atrapalham o SUS e os consumidores, a medida que não cumprem o que prometem. Parte de seus clientes termina voltando de modo desorganizado para o SUS”, diz Lígia Bahia, vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Ela alerta para números que sinalizam um trânsito assistencial muito complexo orientado pela capacidade de pagamento do paciente e não pelas condições clínicas.

As consequências do movimento são graves. “Uma criança com necessidade de cirurgia não coberta por um plano de saúde (de razoável para bom), pode ficar na fila por um tempo prolongado e ter seu desempenho escolar prejudicado, enquanto que pacientes com problemas leves e planos muito bons que poderiam aguardar um pouco serão atendidos imediatamente.” De acordo com a especialista, na prática, os planos com restrição de cobertura concorrem em desigualdade de condições com o SUS, porque carregam para si recursos financeiros privados e sociais, sustentam sua existência em função da má qualidade da rede pública, mas não oferecem assistência de alta qualidade.