



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – NPGA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO – MPA

MARIA CONCEIÇÃO QUEIROZ OLIVEIRA RICCIO

**GESTÃO DE UM PLANO DE SAÚDE PELO PODER PÚBLICO: ANÁLISE NA
PERSPECTIVA DO CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL DA
UNIVERSALIDADE**

Salvador
2012

MARIA CONCEIÇÃO QUEIROZ OLIVEIRA RICCIO

**GESTÃO DE UM PLANO DE SAÚDE PELO PODER PÚBLICO: ANÁLISE NA
PERSPECTIVA DO CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL DA
UNIVERSALIDADE**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre Profissional em Administração

Orientadora: Prof^ª Dra. Vera Lúcia Peixoto S. Mendes

Salvador
2012

AGRADECIMENTOS

A Vera Mendes, que muito mais que orientadora foi uma grande amiga, demonstrando uma confiança e tolerância desmedidas. Um simples agradecimento formal não é o bastante para tanta dedicação e paciência. Ser-lhe-ei sempre grata. A você Vera, minha admiração e amizade.

Aos professores Sandro Cabral e Mitermayer Galvão dos Reis por terem me oportunizado a realização do mestrado junto à equipe da FIOCRUZ.

A toda a equipe do Núcleo de Pós Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia – NPGA/UFBA pela atenção e apoio dispensados à turma.

A Sônia Magnólia e João Aslan, coordenadores do PLANSERV, pela oportunidade de fazer parte da equipe. A vocês a minha admiração.

A Liz Vanessa, de importância capital na obtenção de dados para a pesquisa, assim como aos colegas do PLANSERV que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

A Marcus Gusmão, da Secretaria de Administração do Estado da Bahia, que gentilmente cedeu-me o banco de dados da pesquisa de satisfação realizada junto a usuários do PLANSERV, da qual participou. A você meu muito obrigado.

A Angela Nolasco, parceira de trabalho e irmã de coração, muito obrigada pelo incentivo e estímulo para a continuidade deste trabalho;

Aos colegas da FIOCRUZ pelo carinho e pela partilha no aprendizado.

Aos meus pais, Petrônio e Heloisa, exemplos de dignidade, fortaleza e equilíbrio, pelo amor incondicional e ensinamentos ao longo da vida.

A minha família, Enoque, Daniela, Ana Paula e Leonora, marido e filhas, pelo amor e tolerância a mim devotados não apenas nesta fase de construção do trabalho, como também em toda a trajetória de vida em comum.

Enfim, a todas as pessoas que contribuíram para a realização deste estudo, para o que citá-las apenas não basta. Ser-lhes-ei sempre grata.

RESUMO

O presente trabalho discorre sobre o Plano de Assistência à Saúde do Servidor Público do Estado da Bahia - PLANSERV, procurando analisá-lo como política pública social, dado tratar-se de um plano sob gestão do poder público, não sujeito à regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, cujo orçamento atribuído para o seu funcionamento conta com 1/3 de recursos oriundos do orçamento estadual. Trata-se de estudo de caso único, de natureza quantitativa e qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. O recorte dado para a pesquisa foi a verificação do cumprimento do princípio da universalidade, princípio constitucional definido para o sistema de saúde brasileiro. Para tanto se discutiu inicialmente política pública como ação de governo, seguindo-se da apresentação do PLANSERV nos seus aspectos organizacionais, população assistida, área de atuação e escopo da atenção à saúde prestada aos seus beneficiários. Para a análise proposta trabalhou-se com indicadores de cobertura de serviços oferecidos à população beneficiária, assim como se levantou o grau de satisfação dos usuários do plano. Os resultados da pesquisa apontam para o êxito do plano enquanto política pública, ainda que tenha identificado aspectos para os quais se fazem necessários investimentos de melhoria, no sentido de que o PLANSERV possa continuar a promover assistência à saúde, contribuindo para a qualidade de vida dos seus beneficiários, conforme missão institucional definida, e que possa ser reconhecido como a melhor assistência em saúde complementar do Estado da Bahia.

Palavras-chaves: Política Pública, Política Pública de Saúde, Plano de Saúde, Universalidade, Grau de satisfação.

ABSTRACT

This paper discusses the Public Servant Health Care Plan of the State of Bahia - PLANSERV, trying to analyze it as a social public policy, as a plan managed by the government, not subject to regulations of the National Supplementary Health - ANS, whose budget allocated for its function has 1/3 of the resources from the state budget. This is one case study, quantitative and qualitative, exploratory and descriptive. The cutting data for the research was to verify the fulfillment of the principle of universality, constitutional principle of the Brazilian health system. For that, at first, it was discussed public policy as a government action, followed by the presentation of PLANSERV in its organizational aspects, population assisted, area of activity and health care provided to beneficiaries. For the proposed analysis, it was put in evidence the indicators of service's efficiency offered to the beneficiary population, as well as the level of user satisfaction with the plan. The survey results point to the success of the plan as public policy, even if it was identified aspects which are necessary investments for improvement. Then, PLANSERV can keep on promoting health care, contributing for the quality of life of its beneficiaries, as defined institutional mission, and that can be recognized as the best health care supplement of the State of Bahia.

Key-words: public policy, health public policy, health care plan, universality, satisfaction degree

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Distribuição de beneficiários titulares dos planos básico e especial do PLANSERV, por faixa de contribuição, dezembro de 2011	39
Quadro 2	Valores de contribuição para beneficiários agregados e Netos, dezembro 2011	40
Gráfico 1	Distribuição percentual de beneficiários do PLANSERV, por situação, em dezembro de 2011	40
Quadro 3	Quantitativo de prestadores por tipo, PLANSERV, 2012	57
Quadro 4	Editais para habilitação de prestadores de serviços de saúde, para o PLANSERV, 2012	58
Quadro 5	Distribuição de prestadores de serviços de saúde para o PLANSERV, por micro e macrorregião do Estado, 2012	59
Gráfico 2	Distribuição de serviços de urgência e emergência credenciados ao PLANSERV, por microrregião de Localização, em 30/04/2012	60
Gráfico 3	Distribuição percentual da população beneficiária e dos serviços de saúde credenciados pelo PLANSERV, por macrorregião do estado, em 31/12/2011	61
Quadro 6	Distribuição percentual de beneficiários e de serviços de saúde credenciados pelo PLANSERV, por macrorregião administrativa do Estado, em 31/12/2011	61
Quadro 7	Procedimentos ambulatoriais e internamentos realizados em beneficiários do PLANSERV, por macro e microrregião do Estado, no ano de 2011.	63
Quadro 8	Grau de satisfação dos beneficiários pesquisados em relação ao rol de cobertura de procedimentos e rede de serviços ambulatoriais e hospitalares disponibilizados pelo PLANSERV, 2010/2011	67
Quadro 9	Grau de satisfação dos beneficiários em relação à assistência prestada pelo PLANSERV, de acordo com faixa etária da população pesquisada, 2010/2011	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de beneficiários do PLANSERV, por faixa etária, quantitativo e percentual, em 31/12/2011	42
Tabela 2	Distribuição de beneficiários do PLANSERV, por tipo e órgão de lotação, em 31/12/2011	42
Tabela 3	Distribuição percentual dos beneficiários do PLANSERV, por categoria de dependência, em 31/12/2011	43
Tabela 4	Número de atendimentos em clínica médica, clínica pediátrica e internamentos realizados em beneficiários do PLANSERV, por macrorregião administrativa, no 2º semestre de 2011	65
Tabela 5	Número e percentual da população beneficiária pesquisada, por faixa etária e sexo, 2010/2011	66
Tabela 6	Quantitativo e percentual de manifestações recebidas pela Ouvidoria do PLANSEV, por tipo, nos anos de 2007 a 2010	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAMED	Plano de saúde de auto gestão do Banco do Nordeste do Brasil
CASS	Coordenação de Assistência à Saúde do Servidor
CASSEB	Plano de saúde de auto gestão dos empregados do Baneb
CASSI	Plano de saúde de auto gestão de funcionários da Petrobrás
CF	Constituição Federal
CONSERV	Conselho de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais
DIVISA	Diretoria de Vigilância e Controle Sanitário
DMRI	Degeneração Macular Relacionada à Idade
FUNPREV	Fundo Financeiro da Previdência Social dos Servidores Públicos do Estado da Bahia
IAPSEB	Instituto de Assistência e Previdência do Servidor do Estado da Bahia
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPRAJ	Instituto Pedro Ribeiro de Administração Judiciária
PAMESE	Plano de Assistência Médica, Educacional, Social e Econômica aos Servidores do Estado
PLANSERV	Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais (Plano de Saúde do Servidor Público Estadual)
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
REDA	Regime Especial de Direito Administrativo
SAC	Serviço de Atendimento ao Cidadão
SAEB	Secretaria de Administração do Estado da Bahia
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância – nomenclatura original: United Nations International Children's Emergency Fund.
TOP Saúde	Sistema informatizado para gestão de informações de saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	O GOVERNO EM AÇÃO MEDIANTE ADOÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	15
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE COMO AÇÃO DE GOVERNO	25
3	O SISTEMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS	36
4	ASPECTOS METODOLÓGICOS	46
4.1	TIPO DE ESTUDO	47
4.2	<i>LOCUS</i> DA PESQUISA	48
4.3	INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS	53
4.4	PLANO DE ANÁLISE	53
4.4.1	A universalidade do acesso	53
4.4.2	Grau de Satisfação dos Beneficiários	54
5	RESULTADOS DA PESQUISA	55
5.1	A UNIVERSALIDADE DO ACESSO	55
5.2	COBERTURA DE SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS DO PLANO	59
5.3	DEMANDA DE SOLICITAÇÕES DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE MAIOR COMPLEXIDADE E/OU ALTO CUSTO INDIVIDUALIZADO	62
5.4	GRAU DE SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS	65
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
	REFERÊNCIAS	80
	ANEXOS	86

1 INTRODUÇÃO

A despeito da conquista de um sistema de saúde público baseado nos princípios da universalidade, integralidade e gratuidade, a partir dos movimentos pela reforma sanitária brasileira que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, mediante garantia da Constituição Federal de 1988, tem-se verificado que, ao longo das duas últimas décadas do século XX, parte da população brasileira, notadamente aquela residente nas maiores cidades do país, tem buscado aderir à assistência médica suplementar.

No Estado da Bahia, entre os servidores públicos estaduais, essa busca pelos serviços privados de saúde também tem se dado de forma substancial, a partir da adesão de grande parte dos servidores das diversas secretarias de estado e demais órgãos do poder público estadual ao Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais (PLANSERV).

O PLANSERV é considerado um patrimônio do servidor, sob gestão do governo do Estado, por meio da Secretaria de Administração do Estado da Bahia – SAEB, que desse modo assume compromissos com sua população beneficiária no sentido da implementação de políticas públicas que visem à concretização do seu propósito de ser não simplesmente um plano de saúde como tantos outros, mas sim um “benefício” para o servidor público que a este faz adesão.

O PLANSERV, sob gestão da Coordenação de Assistência à Saúde do Servidor – CASS, foi criado pela Lei nº 9.528, de 22 de junho de 2005, que reorganizou o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais, foi regulamentado pelo Decreto nº 9.552 de 21 de setembro do mesmo ano de 2005. O Sistema ora criado em substituição ao antigo Instituto de Assistência e Previdência do Servidor do Estado da Bahia – IAPSEB, que cumpria o duplo papel de atender os servidores públicos estaduais nas áreas de previdência e assistência à saúde, compreende serviços de saúde no âmbito da promoção, prevenção, assistência curativa e reabilitação, a serem prestados diretamente pelo Estado ou através de organizações credenciadas, correspondendo esta última à opção adotada, pelo PLANSERV.

O IAPSEB foi criado sob a forma de autarquia estadual, no bojo da

organização da administração estadual definida pela Lei Estadual nº 2.321 de 11 de abril de 1966, sob a gestão do então governador Antônio Lomanto Junior, que estabeleceu diretrizes para a reforma administrativa. Teve como importantes marcos legais a Lei nº 2.679 de 26 de março de 1969, que dispunha sobre normas gerais da política assistencial e previdenciária do Estado da Bahia e a lei nº 3.373, de 29 de janeiro de 1975, na qual era atribuída ao mesmo, a competência de executar a política previdenciária e de assistencial social dos servidores públicos do estado da Bahia, cabendo-lhe o pagamento da aposentadoria dos servidores, além de prestar serviços de assistência à saúde, prioritariamente a partir de serviço próprio. Para tanto, o Instituto em questão foi estruturado a partir do Decreto nº 19.988 de 21 de outubro de 1966. Como autarquia, o IAPSEB tinha personalidade jurídica própria, de modo a desempenhar funções tidas como especiais. Cabe o registro de que o Instituto de Assistência e Previdência do Servidor do Estado da Bahia - IAPSEB, absorveu as funções exercidas pelo Montepio do Estado e pelo Plano de Assistência Médica, Educacional, Social e Econômica aos Servidores do Estado – PAMESE (BAHIA, 1991).

De acordo com a Lei nº 3.373/1975 eram assegurados aos servidores públicos do estado os benefícios de pensão, pecúlio e auxílio funeral, no âmbito da previdência e serviços de assistência médico-hospitalar, odontológica, farmacêutica, financeira e social, no âmbito da assistência social. Esta Lei estabelecia ainda que, na qualidade de beneficiários da previdência social, tinham-se como segurados obrigatórios todos os servidores públicos estaduais, da administração centralizada e descentralizada, de qualquer condição, civis e militares, ativos e inativos e, na qualidade de segurados facultativos, o Governador do Estado da Bahia, o Vice-Governador, os Deputados, os Secretários de Estado, o Procurador Geral do Estado, o Procurador Geral da Justiça, o Chefe da Casa Civil, os ocupantes de Cargo em Comissão, e os que obrigatórios houvessem perdido essa qualidade. A Lei explicitava ainda, em seu artigo 4º, que a qualidade de segurado obrigatório do IAPSEB resultava automaticamente da investidura no serviço público e a de facultativo dependia de inscrição. Apreende-se desse modo que, diferentemente das disposições relativas ao Planserv, todos os servidores, na qualidade de segurados, também faziam jus à assistência médico-hospitalar prestada pelo IAPSEB.

Pouco se tem de registros oficiais publicados por ocasião da extinção do IAPSEB mas os existentes dão conta de que a sua extinção deu-se motivada pela necessidade do estado buscar saída para o déficit da previdência social, problema não apenas do Estado da Bahia, mas também de outros estados da federação. Artigo publicado na Revista Cidades do Brasil, em sua 11^a, intitulado “O exemplo da Bahia”, no ano 2000, informa que “O FUNPREV foi criado para pagar o déficit de R\$ 2,5 bilhões deixado pelo extinto Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Servidores Públicos da Bahia (IAPSEB). A Lei nº 7.249, de 07 de janeiro de 1998, que dispõe sobre o novo, e atual, Sistema de Seguridade Social dos Servidores Públicos Estaduais corrobora que a motivação da extinção do IAPSEB, deu-se essencialmente, pela questão previdenciária, dado que versa prioritariamente sobre seguridade e previdência social. A referida Lei dedica-se tão somente às questões de assistência à saúde nos artigos 27 a 30, que se referem à abrangência da assistência à saúde prevista, que deveria contemplar prestação de serviços ambulatoriais e internações hospitalares, abrangendo o atendimento médico, de caráter geral e especializado, prestados pelo Estado ou mediante compra de serviços de organizações credenciadas (art. 27); custeio da assistência prevista, que passa a ter a participação específica dos servidores públicos para tal fim, devendo os valores de contribuição ser definidos em Regulamento próprio (art.28) e finalmente o artigo 29 estabelece que “O Estado contribuirá para o custeio da assistência à saúde dos beneficiários do Sistema de Seguridade Social dos Servidores Públicos Estaduais (...)”. Por fim o artigo 30 enfatiza que:

O Regulamento do Plano de Saúde dos Servidores Públicos Estaduais, que especificará o modelo de assistência, a abrangência e as restrições dos procedimentos médico-hospitalares postos à disposição dos beneficiários, estabelecerá normas que permitam a prestação de serviços adicionais, pelas instituições credenciadas, aos segurados e dependentes que manifestarem interesse em arcar com os ônus deles decorrentes.

Fica assim definido que, a partir de então, com a extinção do IAPSEB, a assistência à saúde não seria mais atribuída a todos os servidores estaduais contribuintes, na qualidade de segurados, da Previdência Estadual e sim, àqueles que optarem por serem beneficiários da assistência à saúde a ser instituída.

Só em 2005 o PLANSERV foi instituído, tendo os servidores contado, no período compreendido entre a extinção do IAPSEB e a sua criação, com a prestação de serviços de saúde gerenciados por operadora de saúde.

O escopo de cobertura do PLANSERV compreende a prestação de serviços no âmbito da promoção, prevenção e assistência à saúde, quer seja curativa como também de reabilitação, prestada notadamente por unidades de saúde credenciadas mediante processo público de seleção, ou, em algumas situações de programas específicos, diretamente por equipe de saúde do próprio Planserv.

O Planserv constitui-se num dos maiores planos de saúde, possuindo na atualidade um número em torno de 467 mil beneficiários num total de aproximadamente 200 mil titulares. Dados da ANS referentes a dezembro de 2011 apontam as operadoras de saúde Bradesco Saúde S/A e a HAPVIDA Assistência Médica Ltda como tendo, na ocasião, respectivamente 642.663 e 1.069.424 beneficiários nas regiões norte e nordeste, estando portanto à frente do Planserv em número de beneficiários. Contudo, sendo a área de abrangência do Planserv restrita ao Estado da Bahia, o seu número de beneficiários o torna o maior plano de saúde do Estado.

Consoante com o propósito de ser um benefício para os servidores que fazem adesão ao mesmo e por ser gerenciado pelo poder público, espera-se que o Planserv assuma o compromisso de viabilizar a implementação de políticas públicas voltadas para resolução de problemas na área da saúde, e desse modo alinha-se aos propósitos do Sistema Único de Saúde – SUS no sentido de garantir a saúde da sua população de beneficiários, considerando-se o direito à saúde como um direito social, garantido constitucionalmente.

Desse modo o tema de estudo trata da implementação de políticas públicas de saúde por parte do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais, notadamente nos aspectos relativos à abrangência da assistência prestada pelo mesmo aos seus beneficiários, no estado da Bahia, de modo a garantir a universalidade do acesso. Isto posto, este estudo objetiva analisar a cobertura do Planserv aos seus beneficiários no Estado da Bahia, considerando-se os princípios constitucionais da universalidade e da descentralização da atenção à saúde.

Tem como objetivos específicos:

1. Identificar o grau de cobertura do Planserv aos beneficiários, por região administrativa do Estado da Bahia;

2. Analisar o grau de satisfação dos beneficiários quanto à assistência prestada.

Tal estudo justifica-se na medida em que, ainda que as relações entre os setores público e privado na área de saúde já tenham sido alvo de estudos, a produção acadêmica nessa área, no que se refere à análise da execução de políticas públicas especiais, no caso a categoria de funcionários públicos estaduais ainda é restrita.

Do ponto de vista da organização em foco, a temática reveste-se de maior importância, dada a necessidade de se conhecerem os efeitos produzidos pelo desenvolvimento de suas competências, de modo a contribuir com a gestão, na medida em que possa coletar e analisar dados que auxiliem na adoção de medidas de adequação às necessidades da população alvo.

O presente trabalho apresenta-se organizado em quatro capítulos. O primeiro objetiva descrever Política Pública como ação de governo. O segundo capítulo apresenta e discute o PLANSERV como uma política pública de natureza social. O terceiro capítulo versa sobre os aspectos metodológicos da pesquisa e o capítulo quatro apresenta e discute os resultados da pesquisa e por fim são feitas considerações a partir dos resultados obtidos.

2 O GOVERNO EM AÇÃO MEDIANTE ADOÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Este capítulo objetiva apresentar e discutir a política pública como ação de governo na atenção à saúde.

O estudo das políticas públicas que de início era restrito à área de conhecimento das ciências políticas, a partir do século XX passa por uma ampliação no enfoque de análise, considerando-se aspectos distintos, a exemplo dos Estados Unidos da América que adotaram o estudo das políticas públicas como ação dos governos, enquanto a Europa focava o papel do Estado e de suas instituições públicas na elaboração e adoção de políticas públicas (MACIEL, 2011).

Ao final do século XX, pelos idos dos anos 70, com o aprofundamento das crises econômicas, políticas e sociais, conseqüentes à crise do *welfare state* bastante avançada, o Estado passa a ser questionado quanto às suas funções, assim como quanto à eficácia de suas ações no campo social, identificando-se a partir de então um maior investimento do poder público no sentido de melhoria do desempenho da administração pública, tendo em vista ser atribuído a este desempenho, o sucesso e o fracasso das políticas públicas, entendidas como o “Estado em ação” (TREVISAN e VAN BELLEN, 2008).

Contudo, as reformas estruturais ocorridas na década de 90 do século passado, no Brasil, tais como a abertura comercial, além da reforma do Estado e da desestatização, dentre outras, aprofundaram ainda mais as assimetrias sociais, na medida em que se verificou o aumento de desemprego e aumento da precarização do trabalho, além da redução dos ganhos reais de salários. Tal realidade com cenário econômico desfavorável levou ao aumento da demanda por ações e serviços sociais, em particular por políticas públicas de natureza compensatória (COSTA e CASTANHAR, 2003).

O crescimento das políticas públicas levou ao interesse no estudo de políticas públicas. Este decorreu de fatores importantes, relativos à implantação de políticas restritivas de gastos: a visão que se passou a ter a respeito do papel dos governos nesse cenário de necessidade de se restringirem gastos, os quais tiveram que adotar orçamentos nos quais receitas e despesas estivessem em equilíbrio, devendo

para tanto o Estado restringir sua intervenção na economia, assim como nas políticas sociais. Outro aspecto que motivou tal interesse foi o fato de, sobretudo em países em desenvolvimento, em especial países da América Latina, os governos não terem conseguido formar coalizões políticas, com força suficiente para desenhar políticas públicas que impulsionassem o desenvolvimento econômico e ao mesmo tempo promovessem também a inclusão social. Daí que inicialmente a atenção dos estudiosos das políticas públicas ficou voltada para as demandas e articulações de interesse, quer seja, os estudos recaíam nos processos de formação de políticas públicas (TREVISAN e VAN BELLEN, 2008).

Entretanto o foco de interesse dos estudiosos tem se modificado em razão das profundas transformações verificadas na sociedade nos anos mais recentes, ainda que se registre o início dessas transformações desde meados da década de 80 do século passado, quando a crise da dívida externa e a interrupção do ciclo de crescimento econômico levam ao aprofundamento das desigualdades sociais (COSTA e CASTANHAR, 2003), mudando o foco do interesse dos estudiosos das políticas públicas, dos *inputs* para a análise dos impactos dessas políticas.

Do ponto de vista histórico, os Estados Unidos se sobressaíram nos estudos sobre políticas públicas por avançarem em relação aos estudos europeus, no sentido de que, enquanto estes se dedicavam mais à análise do Estado e de suas instituições, os estudos americanos tinham como foco a produção dos governos, buscando entender, a partir da análise das políticas públicas, como e por que os governos decidem pela adoção de determinadas ações. (SOUZA, 2006).

De acordo com Frey (2000) as pesquisas a respeito de políticas públicas nos Estados Unidos tiveram início nos anos 50 do século XX (*policy science*) enquanto que na Europa estas só se iniciam nos anos de 1970, sendo na Alemanha onde ganha maior vulto. Já no Brasil os estudos são mais recentes, sendo que de início os estudiosos deram mais ênfase à análise das estruturas e instituições ou à caracterização dos processos de negociação das políticas setoriais específicas. Na década de 1980 a análise das políticas públicas ganha impulso, dada a transição democrática vivida no país.

O motivo para a expansão dos estudos das políticas públicas em nosso meio deve-se a três fatores: inicialmente por conta do deslocamento da agenda pública, dado que nos anos de 1970 a agenda pública se estruturou em torno de questões

relativas ao modelo brasileiro de desenvolvimento, quando a discussão a cerca de políticas públicas limitava-se a avaliar os impactos redistributivos da ação governamental e ao tipo de racionalidade que conduzia o projeto de modernização conservadora do regime ditatorial. As questões relativas ao arranjo institucional, tais como descentralização, transparência e redefinição da relação público-privado nas políticas por sua vez passaram a ser o foco de interesse. Outro motivo decorreu do fato de que, não obstante o fim do período autoritário, verificou-se que os entraves à consecução de políticas sociais efetivas continuaram a existir, o que motivou o fortalecimento dos estudos sobre políticas públicas. Tal perplexidade e desencantamento em relação ao Estado, conforme Trevisan e van Bellen (2008), levaram a um maior interesse sobre as condições de efetividade da ação pública.

O terceiro fator para o avanço dos estudos a respeito de políticas públicas no Brasil deveu-se à difusão internacional da idéia de reforma do Estado, o que dominou a agenda pública das décadas de 1980 a 1990, constituindo-se num ponto de interesse dos estudiosos de políticas públicas (TREVISAN e VAN BELLEN, 2008). Para Melo (2003), as questões relativas ao arranjo institucional assumiram papel relevante na agenda governamental

“(...) ao tomar-se o modo e a qualidade da intervenção pública na economia e na sociedade como objeto de estudo, cria-se por extensão um programa de pesquisa de caráter empírico sobre questões relativas à eficiência de políticas e programas”.

Chama a atenção de que se dá, nessa ocasião, um deslocamento do interesse para os impactos da ação governamental sobre a sociedade civil.

Do ponto de vista do estado da arte, no estudo das políticas públicas destacam-se H. Laswell (1936), H. Simon (1957), C. Lindblom (1959) e D. Easton,(1965) reconhecidos como os pioneiros no estudo e pesquisas sobre políticas públicas, que levantaram questões como a importância da informação para que os governos possam tomar decisões apropriadas e de como a criação de estruturas adequadas em termos de regras e incentivos, podem minimizar os problemas decorrentes da tendência à decisão com base em interesses próprios; as relações de poder e integração entre as diversas fases do processo decisório, até o reconhecimento de que as políticas públicas são influenciadas por demandas externas oriundas de partidos políticos, da mídia, assim como de outros grupos de

interesse, o que seguramente impactam na formulação e nos efeitos das políticas públicas (SOUZA, 2006),

Dentre os vários conceitos de Políticas Públicas, o apresentado por Saravia (2006, p29) em que Política Pública é:

um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos necessários para atingir os objetivos estabelecidos.

Este conceito apresenta-se como um dos mais aderentes à realidade por trazer, como sinalizado, uma visão processual e operacional, sendo complementado pelo entendimento trazido por Hofling (2001) de que políticas públicas correspondem às políticas de responsabilidade do Estado, quer seja na sua implantação, quanto na sua manutenção, podendo-se portanto dizer que Política Pública pode ser entendida como o “Estado em ação”, conforme Gobert (1987, *apud* HOFLING, 2001), o que se dará a partir da execução de programas para o desenvolvimento de ações voltadas para setores específicos da sociedade. Para Laswell, segundo Souza (2006), “decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz”.

Outros estudiosos, ainda de acordo com Souza (2006), definem Política Pública como sendo uma análise do governo à luz de grandes questões públicas, dentro do estudo da política, conforme Mead (1995), ou ainda, política pública como sendo um conjunto de ações de um governo, objetivando o alcance de um efeito específico. Jenkins (1978, *apud* UNICAMP, 2002) entende política pública como um “conjunto de decisões interrelacionadas, concernindo à seleção de metas e aos meios para alcançá-las, dentro de uma situação especificada”. Souza (2006) e Oliveira (2010) trazem também a conceituação de Lynn (1980), como sendo política pública, um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Já para Dye (1984), política pública corresponde a “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”, o que é compartilhado por Hecló (1972) que afirma que o conceito de política (*policy*) não é “auto-evidente”, sugerindo que “uma política pode ser considerada como um curso de uma ação ou inação (ou “não-ação”), mais do que decisões ou ações específicas” (UNICAMP, 2002). Desse modo Dye (1984) traz para o debate a idéia de que, na medida em que os governos decidem não instituir

qualquer medida capaz de impactar determinado problema, tal se constitui também em uma política pública, neste caso por omissão. O que do ponto de vista legal pode ser questionado.

Para Souza (2006) a adoção de tais políticas, sobretudo em países em desenvolvimento, teve inicialmente um caráter de restrição de gastos. Esta autora define política pública como sendo o campo do conhecimento que busca ao mesmo tempo “colocar o governo em ação”, analisar essas ações de governo, assim como propor, quando necessário, mudanças no curso dessas ações de governo.

Assim, a adoção de políticas públicas se dá a partir do processo de tomada de decisões envolvendo diversos entes, incluindo a sociedade civil organizada. Tais políticas se referem a ações que determinam o padrão de proteção social, tendo um caráter de redistribuição de benefícios sociais de modo a reduzir as desigualdades produzidas pelo desenvolvimento sócioeconômico (SOUZA, 2006).

Quanto à operacionalização das políticas públicas, esta se dará essencialmente no âmbito das instituições governamentais, de modo que, como afirma Dye (2010), a relação entre políticas públicas e instituições governamentais é muito estreita, sendo que essas dão às políticas públicas três características distintas: a) através das instituições, o governo dá legitimidade às políticas públicas; b) através das instituições, as políticas públicas assumem um caráter de universalidade, dado que é extensiva à população em geral e, c) em sendo política governamental, a instituição no âmbito da qual a mesma se desenvolve tem poder coercitivo no sentido de fazer com que esta seja efetivamente cumprida, sendo prevista penalização aos seus violadores.

Podem-se identificar distintas fases da atuação político-administrativa do poder público para a resolução de problemas da sociedade, correspondentes às fases de formulação da política pública, da implementação e do controle dos impactos das políticas, sendo que a investigação dos níveis de não atingimento das metas/impactos desejados, assim como os efeitos indesejados da implementação das políticas é importante para a elaboração de políticas futuras (TREVISAN e VAN BELLEN, 2008). Para o autor referido, a partir dessa análise, “caso os objetivos do programa tenham sido atendidos, o ciclo político pode ser suspenso ou chegar ao fim, senão à iniciação de um novo ciclo, isto é, a uma nova fase de percepção e definição de problemas” a ser priorizados para a elaboração de novas políticas

públicas.

A análise do “Estado em ação” vai se dar na prática a partir do estudo de programas governamentais, dado que as políticas públicas se efetivam a partir das organizações, prioritariamente governamentais, sob a forma de programas e projetos. São objetos da análise os mecanismos de operação das organizações, assim como o alcance dos impactos/metasp esperados sobre a ordem social e econômica.

A análise de políticas públicas pode se dar em distintos momentos, desde a fase de elaboração da política à fase de conclusão da mesma. A análise anterior à implementação das políticas, centrada na elaboração das políticas, sempre foi muito estimulada, e até mesmo induzidas, como nos casos de políticas/programas financiados por organismos multilaterais de financiamento, sobretudo nos casos de políticas voltadas para infraestrutura econômica e desenvolvimento urbano. Nestes casos, assim como também para as demais políticas públicas, as avaliações consistem em análises de custo-benefício, de custo-efetividade, da taxa de retorno econômico dos investimentos previstos (TREVISAN e VAN BELLEN, 2008).

A avaliação intermediária, também conhecida como avaliação formativa, se dá durante a implementação da política e/ou programa, como forma de se obter mais conhecimento quanto ao processo de aprendizagem para o qual se deseja contribuir. O objetivo é dar suporte à implementação da política/programa com consequente e melhoria da gestão, da implementação e do desenvolvimento do programa. A ênfase é dada na aplicabilidade direta dos resultados.

Ainda segundo Trevisan e van Bellen (2008), as avaliações posteriores à implementação da política/ programa são chamadas *ex post* ou somativas, e visam trabalhar com impactos e processos, portanto com foco na eficácia e avaliação do valor global da mesma. Busca-se, nas avaliações somativas, demonstrar de forma mais sistemática os benefícios advindos da política implementada, e estes podem ser utilizados na seleção de indicadores de modo a estabelecer, segundo os autores referidos, “diálogos deliberativos, negociações com os usuários ou *stakeholders*. A avaliação torna-se, assim, um verdadeiro instrumento democrático de controle sobre a ação dos governos”. Trevisan e van Bellen (2008), concordando com Minayo (2000) chamam ainda a atenção para a importância da neutralidade dos pesquisadores/avaliadores, ainda que esta seja difícil de se obter.

A tendência identificada nos estudos mais recentes a cerca de políticas públicas é pela identificação de diferentes tipologias analíticas, com foco na identificação de variáveis que sejam responsáveis por impactos sobre os resultados dessas políticas. Para Trevisan e van Bellen (2008, p. 534) isso “implica na superação da dicotomia dos estudos em se analisar sucessos ou fracassos para um estágio onde se enfatize o melhor entendimento dos próprios resultados”.

Para Costa e Castanhar (2003), a avaliação realizada de forma sistemática, contínua e eficaz surge como ferramenta gerencial de poder inestimável, por fornecer aos formuladores de políticas públicas, assim como para os gestores responsáveis por sua implementação, condições para aumentarem a eficiência e efetividade dos recursos aplicados em especial, na área social. Estes assumem uma postura mais abrangente com relação à metodologia de avaliação de políticas públicas, na medida em que partem do pressuposto de que, se

avaliação é uma forma de mensuração, de julgamento de valor, é preciso estabelecer, antes de tudo, os critérios de avaliação, e nesse ponto não há consenso sobre aspectos metodológicos e conceituais”. O que existe em verdade é chamado por eles de um autêntico “emaranhado conceitual” (COSTA e CASTANHAR, 2003)

E, desse modo, podem-se adotar critérios diversos e a adoção de um ou uns desses critérios depende de qual o enfoque que se deseja dar à avaliação, ou mesmo, conforme Costa e Castanhar (2003), “o que se deseja privilegiar na avaliação”. Trevisan e van Bellen (2008) trazem, por exemplo, a possibilidade do uso de critérios inscritos no manual da UNICEF, que são os mais comumente utilizados, equivalentes a eficiência, eficácia, impacto (efetividade), sustentabilidade, análise custo-efetividade, satisfação do usuário e equidade, alguns dos quais a serem utilizados na presente pesquisa.

Tal é corroborado por Vaitsman e Paes-Sousa (2009) quando os mesmos salientam que as práticas de avaliação de políticas públicas, no âmbito da administração pública, constitui-se num importante instrumento para a produção de evidências que podem contribuir tanto para a melhoria da eficácia das políticas públicas, e conseqüentemente dos programas nas quais as políticas se materializam, quanto para uma gestão pública mais transparente, sendo o objetivo da avaliação o de produzir informação qualificada e sistematizada sobre as políticas, sendo que, enquanto atividade incorporada à rotina da execução destas, sua maior

contribuição é a de subsidiar a tomada de decisões, sendo desse modo, insumo para mudanças que visem a melhoria do desempenho das políticas públicas.

Selecionados os critérios e indicadores a serem adotados, há que se identificar os referenciais com os quais os resultados obtidos devam ser comparados. Estes referenciais podem ser classificados em: a) absolutos, a exemplo de metas estabelecidas como padrão a serem alcançadas; b) históricos, quando se comparam resultados obtidos com resultados alcançados ao longo do tempo; c) normativos, quando se compara o desempenho obtido com o desempenho verificado em políticas ou programas semelhantes; d) teóricos, quando os resultados são comparados com o estabelecido pela política ou programa; e) negociados ou de compromisso, quando se baseiam em algum procedimento específico para sua fixação, normalmente decorrentes de consensos entre as partes envolvidas na gestão e os formuladores (TREVISAN e VAN BELLEN, 2008).

Assim, para Costa e Castanhar (2003), corroborados por Trevisan e van Bellen (2008), frente aos diversos objetivos de uma avaliação de política pública, podem ser identificadas três modalidades de avaliação, quais sejam: avaliação de metas, avaliação de processos e avaliação de impactos.

Já para Vaitsman e Paes-Sousa (2009), a escolha do método de avaliação depende de quais perguntas se quer responder, dos recursos existentes para sua realização e das fontes de dados disponíveis e do tempo disponível para tal, podendo a mesma se dar sobre os processos ou sobre os resultados, ou seja, sobre os produtos definidos pelas metas do programa, e sobre o impacto obtido pelo mesmo, estando este relacionado a mudanças provocadas diretamente pelo programa pelo qual a política foi operacionalizada, na situação dos beneficiários da política, enquanto que Costa e Castanhar (2003) e Trevisan e van Bellen (2008) destacam a avaliação de metas da avaliação de processos.

Vaitsman e Paes-Sousa (2009) chamam ainda a atenção de que, nas ciências sociais e políticas, a prática avaliativa costuma ser contestada pelos que vêem o componente político como a principal característica da avaliação e que sua prática se dá em função de interesses políticos. Para eles “a confluência entre ciência e política, típica do campo da avaliação, estreita-se quando o que está em jogo são programas com grande visibilidade política e social e, sobretudo, quando a legitimidade e a eficácia desses programas são contestadas por atores com alto

poder de vocalização e formação de agenda” (p.14).

Dye (2010) por sua vez analisa as políticas públicas a partir de diferentes modelos por ele propostos, ainda que os mesmos não tenham sido desenhados especificamente para o estudo de políticas públicas, contudo os mesmos configuram-se bastante úteis em sua aplicação, contribuindo inclusive para a identificação de causas e conseqüências gerais das mesmas.

Ainda segundo Dye (1976: p. 1), fazer “*Análise de Política é descobrir o que os governos fazem, porque fazem e que diferença isto faz*”. Assim sendo, Análise de Política corresponde à descrição e explicação das causas e conseqüências da ação do governo e desse modo engloba um grande leque de atividades, todas elas voltadas de um modo ou de outro para o exame das causas e conseqüências da ação governamental. Assim, sugere-se que a Análise de Política tem como objeto os problemas com que se defrontam os formuladores de política (*policy makers*) e como objetivo, auxiliar o seu equacionamento mediante o emprego de criatividade, imaginação e habilidade. Para Dye (1976), análise de política tem um papel importante: ampliação do conhecimento da ação do governo e pode ajudar os “formuladores de política” a melhorar a qualidade das políticas públicas. Tal visão é compartilhada por outros autores, como Lasswell (1951) e Dror (1971). Já para Wildavsky (1979) “*o papel da Análise de Política é encontrar problemas onde soluções podem ser tentadas*”, ou seja, “*o analista deve ser capaz de redefinir problemas de uma forma que torne possível alguma melhoria*” (UNICAMP, 2002). .

Dentre os modelos apresentados por Dye (2010), o modelo institucional é o que melhor se aplica ao presente estudo. Neste modelo, política pública é analisada como produto institucional, considerando-se que as atividades políticas, de modo geral, se efetivam em torno de instituições governamentais específicas, implementando e fazendo-se cumprir as políticas públicas. Dye (2010) chega a afirmar que uma política não se transforma em política pública antes que seja adotada, implementada e feita cumprir a partir de alguma instituição governamental, daí que, ao procurar explicar as causas e conseqüências da ação governamental, os estudos têm se concentrado nas instituições e nas estruturas de governo.

As instituições governamentais têm como características apresentarem padrões estruturados de comportamento, que persistem no decorrer do tempo e que influenciam numa maior ou menor facilitação para o desenvolvimento das políticas

públicas.

A aplicabilidade do modelo institucional proposto por Dye (2010) é vista inclusive pela possibilidade de se analisarem as relações existentes entre os vários arranjos institucionais e analisar o conteúdo das políticas públicas, na perspectiva de se perceberem esses arranjos de uma forma comparativa, no sentido por exemplo, de se analisar se as políticas definidas correspondem efetivamente às expectativas da sua população alvo (DYE, 2010). No caso particular do presente estudo, esse modo é importante considerando-se inclusive que a organização estudada não é sujeita à regulamentação e fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo de importância tal identificação.

Dye (2010) chama a atenção para a necessidade de, em se tratando de política pública a qual é efetivada por organizações do poder público, se ter cautela quando se avaliam os impactos da estrutura sobre as políticas, considerando-se que, tanto as estruturas quanto as políticas poderão ser influenciadas pelas questões econômicas ou sociais.

Para Gaetani (2008) as políticas de gestão pública são estruturantes e sistêmicas, já que toda a sua condução, desde a tomada de decisão, os encaminhamentos de soluções, dentre outros, não se dão de forma independente no âmbito do órgão efetivamente executor da política, mas sim envolve desde os órgãos de administração central, que são efetivamente os mentores da política pública, configurando-se dessa forma também em ações sistêmicas, por serem provenientes do “centro nervoso” do governo, sendo também, de modo geral, implícitas, dado não terem identificação clara de suas origens, sendo identificadas quase sempre, apenas legislações que institucionalizam a referida política pública.

As responsabilidades do estado podem ser bastante diversificadas mas, de modo geral, estão relacionadas à promoção do bem estar da população. Para obter êxito o Estado age a partir da execução de planos, para os quais são definidas metas, que fazem parte da avaliação das políticas públicas. Desse modo, as Políticas Públicas podem ser definidas como sendo um conjunto de ações e decisões do governo adotadas com o intuito de solucionar, ou não, um problema que aflige a sociedade. (SEBRAE/ 2008).

Isto posto, pode-se concluir que as ações dos governos são definidas em

função de uma agenda de Políticas Públicas.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE COMO AÇÃO DE GOVERNO

O conceito ampliado de saúde trazido pela Constituição Federal de 1988, em conformidade com a própria definição de saúde adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em que saúde não é apenas a simples ausência de doença, mas “um estado de completo bem estar físico, mental e social”, acrescido do reconhecimento desta como direito social de cidadania, fazendo parte do sistema de seguridade social, traz a necessidade de ter uma melhor estruturação do poder público no sentido de que este garanta o que está esculpido na Constituição Federal de 1988 (CF/88).

Na medida em que a Constituição Federal de 1988 inseriu a saúde no contexto da seguridade social, pressupõe-se a necessidade da integração da política de saúde às demais do âmbito social, tais como de previdência, assistência, educação e moradia, de modo que, a partir da diminuição das diferenças sociais registradas no Brasil, se possa alcançar melhores índices de saúde. Também no âmbito da prestação de serviços de saúde, registra-se ainda a necessidade das instituições se estruturarem de modo a atender os princípios constitucionais. Necessário ainda, de acordo com Gerschman (2008), que haja uma melhor distribuição de renda entre a sociedade brasileira, de modo a que se possa obter um melhor equilíbrio entre as diversas categorias sociais, diminuindo dessa forma as profundas iniquidades registradas no país, o que seguramente impacta, dentre outras, nas condições de saúde da população brasileira.

De modo geral, no campo social, a responsabilização do Estado com a saúde da população tem se constituído numa constante, na maioria dos sistemas de saúde, variando a sua participação entre os diversos países. Em alguns sistemas, o Estado atua como grande provedor de serviços, como fonte de financiamento, e em outros como agente regulador.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se na política pública instituída pela Constituição Federal de 1988, que inscreve a saúde como sendo “direito de todos e dever do Estado”, devendo este prover meios para viabilizar este

direito a partir de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos”, seguindo os princípios de “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, de acordo com seu artigo 196. Para tanto a organização deste Sistema tem por diretrizes a descentralização, de modo a contribuir para que o acesso seja efetivamente universal, assim como o atendimento integral, no sentido de que todas as necessidades de saúde da população sejam atendidas (art. 198), de modo que se busque alcançar o conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual traz implicações do ponto de vista legal, social e econômicas, corroborando que, para o seu alcance necessárias se fazem políticas públicas voltadas para as áreas sociais e econômicas em particular, já que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (SEGRE, 1997).

Em que pese o conceito de saúde da OMS, existe ainda o conceito quadripolar, definido por Teixeira¹ no qual a saúde é resultado de fatores genéticos, condições de vida, hábitos saudáveis e acesso aos serviços de saúde. Para Minayo (2000, p.178) os determinantes dos processos de saúde-doença estão relacionados a causas endógenas e a causas exógenas, sendo estas “pensadas sobretudo a partir da sociedade, isto é, do desequilíbrio entre as relações sociais de determinado grupo e dele com o seu meio”, o que encontra relação com os fatores relacionados às condições de vida e hábitos saudáveis. As dimensões sociais de condições de vida e hábitos saudáveis, assim como a de acesso aos serviços de saúde são sensíveis a melhorias mediante Políticas de Saúde.

Assim é imprescindível a participação do Estado na área da saúde. No campo da prestação de serviços de saúde a sua participação se dá, sobretudo em decorrência de fatores como o alto custo dos serviços desta área, considerando principalmente, tratar-se de custos cada vez maiores dada inclusive a incorporação acelerada de novas tecnologias. Registre-se que a adoção de novas tecnologias em saúde não corresponde à substituição de tecnologias anteriores, mas sim a adição às já existentes, o que determina um constante e acelerado aumento do custo da atenção à saúde. De acordo com Relatório do Banco Mundial (2007), no Brasil os

¹ Notas de aulas da Oficina Planejamento de Saúde, ministrada pela Professora Carmem Teixeira na DIVISA/SESAB, 2001.

gastos com saúde correspondem 8,6% do PIB, estimando-se que chegará a 12% em 2025, e o gasto das famílias, com a saúde, poderá subir dos atuais 5% da renda familiar, para 11%.

No âmbito da saúde, a despeito da conquista de um sistema de saúde público, baseado nos princípios da universalidade, integralidade e gratuidade, a partir dos movimentos pela reforma sanitária brasileira que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, através da Constituição Federal de 1988, tem se verificado que, ao longo das duas últimas décadas, parte da população brasileira, notadamente aquela residente nas maiores cidades do país, tem buscado aderir à assistência médica suplementar.

Na trajetória das políticas de saúde implementadas no Brasil desde a proclamação da república, destaca-se a década de 1980 quando foi promulgada a Constituição Federal de 1988, que inscreve a saúde como um bem social, incluída no sistema de proteção social juntamente com a assistência social e previdência, sendo direito do cidadão e dever do Estado. (BRASIL, 1988)

Na década de 80 do século passado o debate sobre a saúde incluía de forma mais significativa as condições de vida da população e sua influência nas condições de saúde. A esse debate novos atores foram incluídos, de modo que o mesmo não fica mais restrito à área técnica, assumindo uma dimensão política que envolve a sociedade civil, sendo a participação de entidades representantes de profissionais da saúde de fundamental importância. Os objetivos extrapolam os referentes à melhoria da situação de saúde, incorporando a necessidade do fortalecimento do setor público. Daí surgem propostas de universalização do acesso, de adoção da saúde como direito social e dever do Estado e integralidade, mediante políticas descentralizadas. Isso demanda a reestruturação do setor saúde a partir da instituição de um SUS que atenda as necessidades de saúde individual e coletiva (BRAVO, 2001)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 foi primeira conferência aberta à participação da sociedade civil e entidades profissionais, após o período de ditadura militar. Esta Conferência é um marco na saúde pública brasileira e teve como temas para o debate “A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania”; “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamentos setoriais” constituíram-se num marco para a construção da atual

política de saúde vigente no país, que culminou com a inclusão, na Constituição Federal de 1988, da saúde como um direito do cidadão e como dever do Estado garantir as condições para a sua preservação, reforçando a importância das políticas públicas nessa área.

No campo da saúde, o direito a esta se constitui em um dos direitos fundamentais definidos pela sociedade que, a partir do movimento da reforma sanitária conseguiu o seu reconhecimento, com conseqüente inscrição na Constituição Brasileira de 1988. Associado a esse reconhecimento foi definido ainda que a sua efetivação é dever do Estado. Para a concretização desse direito a Constituição criou o Sistema Único de Saúde que foi regulamentado a partir das leis orgânicas de nº 8.080/90 e 8.142/90.

Desse modo, a política de saúde no Brasil é viabilizada pelo SUS e tem como princípios para o seu funcionamento, a universalidade, a integralidade, a equidade e a gratuidade, devendo ser implementada sob as diretrizes da descentralização e hierarquização do sistema. De acordo com a Constituição o SUS não é fechado à iniciativa privada, e na sua implementação, dada a inexistência de estrutura física suficiente para dar conta das necessidades de atendimento médico-hospitalar, a oferta e estrutura dos serviços vem sendo complementada pela iniciativa privada, que comercializa parte dos seus serviços para o setor público. Cerca de 35% dos hospitais são públicos e 65% privados, sendo que destes, 45,4% são financiados pelo SUS.

No Brasil, diferentemente dos países da Europa, o setor privado da saúde antecede historicamente a formulação do SUS. Ao longo da história, diversos arranjos de financiamento e provisão de serviços de saúde foram propostos para dar conta da saúde pública e privada, iniciando as bases para um sistema de saúde extremamente fragmentado. Os setores público e privado dividiram o financiamento público, sendo inclusive o parque hospitalar implantado inicialmente no país, quase que totalmente financiado com recursos públicos (GERSCHMAN, 2008).

De acordo com Gerschman e Santos (2006), a incorporação de novos provedores privados, com fins lucrativos, na área da saúde, se deu, sobretudo na medida em que a atenção à saúde aumentou o nível de sofisticação tecnológica, o que se tornou interessante para a iniciativa privada, dada a possibilidade de auferirem maiores ganhos. Dados trazidos pelas autoras referidas dão conta de que,

em 1960, 62,1% dos hospitais eram privados, sendo que destes, 14,4% tinham fins lucrativos. É dessa época, entre os anos de 1950 e 1960, que surgem as primeiras empresas de medicina de grupo. Ainda que o desenvolvimento inicial das empresas de medicina de grupo não tenham tido qualquer participação governamental, quando da unificação da Previdência, que abarcou os diversos Institutos existentes à ocasião, algumas das empresas de medicina de grupo foram chamadas pelo poder público a atuar, em caráter suplementar, na prestação de serviços médicos para os segurados do então criado INPS (GERSCHMAN e SANTOS, 2006).

Para Barros e col. (1996), três fatores determinam a participação cada vez maior do Estado no campo da prestação da assistência à saúde nos diversos países: os custos crescentes, que no Brasil pode ser atribuído não apenas à incorporação acelerada de novas tecnologias, como também à constatação da existência de cartelização do setor saúde. O aumento dos custos é decorrente ainda da necessidade, pautada na ética, de se estender a cobertura da assistência aos desassistidos, de modo a reduzir as desigualdades de acesso. Isto é previsto na Constituição Federal vigente, sendo um dos principais princípios doutrinários do nosso sistema de saúde. Barros e col. (1996) acrescentam que a presença do Estado se impõe como ação necessária para a preservação e reposição da força de trabalho.

O segundo fator enfatizado é a presença de externalidades que corresponde ao fato de que a atuação do Estado visa beneficiar a toda uma comunidade e não apenas aos usuários diretos do sistema. Tal se verifica, sobretudo a partir da execução das chamadas ações de saúde pública, a exemplo de ações epidemiológicas como controle de vetores, campanhas de vacinação, dentre outras, sem, contudo ser relegada a assistência hospitalar. Barros e col. (1996), trazem ainda, o caráter da atuação do mercado que visa seus próprios interesses em detrimento do interesse do consumidor/usuários, gerando assim imperfeições na prestação dos serviços, imperfeições estas identificadas pelos autores como sendo um terceiro fator a determinar a atuação cada vez mais forte do Estado no setor saúde. Neste item estão incluídas as restrições que o mercado privado de serviços de saúde faz, por exemplo, à assistência aos que pagam menos e de modo especial aos idosos. Para estes é sabido que, quanto mais idade se tem, maiores são os valores das mensalidades a serem pagas para ser beneficiário de algum plano de

saúde.

A década de 1990 caracterizou-se pelo aumento da participação dos empregados no custeio dos seus planos de saúde e da implementação de critérios no uso da assistência à saúde com vistas à redução do consumo desnecessário de serviços de saúde (BAHIA, 2005). Este aumento da demanda por serviços suplementares de saúde guarda relação com a criação do Sistema Único de Saúde, que provocou, sobretudo nesse momento inicial um aumento da demanda, já que a partir de então não apenas os trabalhadores segurados, contribuintes da Previdência Social, tinham direito à assistência à saúde, mas toda a população brasileira, dado que o Sistema criado apresentava como um dos princípios fundamentais a universalidade do acesso, sendo que a estrutura existente não tinha capacidade instalada para atender à toda a demanda gerada.

Ademais, a despeito de ser um sistema configurado como um dos modelos mais avançados para países em condições sócio-econômicas semelhantes e até mesmo em relação a países mais desenvolvidos, o SUS passa por dificuldades na sua consolidação, sendo criticado pela baixa qualidade de gestão e pretensão de cobertura universal (MELO, 2003), quando se constata as dificuldades de acesso de grande parte da população aos serviços e ações do SUS.

Esse momento caracterizado pela existência de um grande vazio em termos de propostas para a atenção à saúde pública, que associado à crise do financiamento para o sistema, em decorrência da retração da contribuição da previdência social para o financiamento da saúde, sofreu grande aprofundamento da crise, expressada não apenas por graves problemas de estrutura, equipamentos e instalações, como também por apresentar grandes dificuldades para o acesso da população, ao tempo em que o setor privado crescia sem nenhum tipo de controle, sobrepondo-se aos serviços de atenção à saúde do SUS (GERSCHMAN, 2008)

Outro aspecto de relevância diz respeito à necessidade de se estabelecerem tratamentos para os quais o uso de medicamentos, na maioria dos casos, é fundamental para a obtenção da cura. Nos casos de tratamentos em que o uso se dá a nível ambulatorial, sobretudo quando o seu uso é de caráter continuado, a situação é ainda mais crítica, como salienta Beltrame (2003), sobretudo quando se refere ao tratamento de doenças crônicas, cujo tratamento na maioria das vezes é de longa duração ou mesmo por toda a vida, muitas vezes à base de medicamentos

de alto custo. Tal situação perdura e se acentua na atualidade.

Salienta-se que a política de saúde brasileira, nos aspectos relacionados à assistência farmacêutica, reconhece o medicamento como sendo insumo importante, muitas vezes imprescindível, no processo de atenção à saúde. Desse modo, definiu-se como diretriz para essa área, o uso racional de medicamentos, que compreende “a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a cobertura em condições adequadas e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade” (BRASIL, 1998).

A crise do sistema público de saúde fica ainda mais evidenciada pela falta de leitos hospitalares para atendimento à demanda, agravada pelos baixos valores relativos pagos pelo SUS aos prestadores de serviços, para grande parte dos procedimentos médico-hospitalares, aumento da incidência e ressurgimento de várias doenças anteriormente controladas, dentre outros fatores.

Quando aos tratamentos medicamentosos, ainda que sejam identificadas dificuldades, de modo geral a efetivação das políticas de saúde voltadas para gerenciamento de doenças crônicas, com dispensação de medicamentos, vem se dando quase que exclusivamente no âmbito do SUS. Não é prática dos planos de saúde a inclusão, no rol de cobertura, da dispensação de medicamentos para tratamento de doenças crônicas, e apenas em condições excepcionais assumem a cobertura de medicamentos considerados de alto custo, para consumo de longo prazo, como no caso do tratamento da Hepatite C.

É nesse cenário de necessidades de saúde a serem atendidas que os planos privados de saúde apresentam crescimento significativo e, desse modo, identifica-se a necessidade de regulamentação do setor. Os planos de saúde passaram a ser regulamentados no Brasil, a partir de 1998 e, em janeiro de 2000 com a promulgação da Lei 9.656 que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, os planos de saúde e a atuação das empresas operadoras passam a ter o seu funcionamento disciplinado. Para a referida lei, operadora de planos de saúde é toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado que ofereça plano de saúde, quando se trata de contraprestações pecuniárias com atendimento em serviços próprios ou de terceiros, ou seguro de saúde, quando é assegurado ao segurado a livre escolha do prestador de serviço de saúde com garantia de reembolso das despesas (UGÁ,

2008).

Posteriormente, com a Medida Provisória de nº 2.177-44, promulgada em 2001, as operadoras de plano de saúde são melhor especificadas, sendo as mesmas classificadas em: empresas de autogestão, cooperativas médicas e odontológicas, medicina de grupo e administradoras, que correspondem, estas últimas, a empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora.

Ora, as iniciativas de reforma do Estado visam fazer com que este funcione melhor, a um custo menor e desse modo o alcance desse objetivo passa pela avaliação de desempenho das políticas e programas públicos, o que enseja a necessidade do aparelho de estado ser eficiente. Sob a justificativa de se alcançar a eficiência desejada, o estado passa a delegar a agências autônomas e a empresas privadas a execução de seus serviços (COSTA e CASTANHAR, 2003), inclusive no campo da saúde. Assim observa-se que, inclusive no SUS, enquanto que a atenção básica à saúde passa a ser assumida pelo poder público, a assistência de média e sobretudo a de alta complexidade, se dá fundamentalmente pela iniciativa privada, ainda que contratualizadas ao sistema público de saúde.

Para Costa e Castanhar (2003), uma vez que o poder público passa a delegar às empresas privadas a execução de seus serviços, aumenta a necessidade de se investir em avaliação, de modo a que os gestores públicos possam decidir a respeito de políticas públicas em bases mais sólidas, assim como é importante se dar visibilidade para a sociedade, cumprindo desse modo um dos princípios constitucionais, relativo à transparência, para que a sociedade possa conhecer o desempenho, não apenas das agências reguladoras, como das empresas prestadoras de serviços de assistência à saúde.

Quanto ao Sistema de Assistência à Saúde aos Servidores Públicos Estaduais (PLANSERV) não se insere entre as operadoras sujeitas à regulamentação da ANS, constituindo-se em um plano diferenciado, dada a sua composição financeira, com recursos do orçamento estadual, sob gestão do próprio poder público, sendo entendido como “benefício” ao funcionalismo do Estado da Bahia, ainda que, com base no escopo de cobertura do mesmo, identifique-se que este busca atender às regulamentações da ANS.

Do ponto de vista da regulação dos planos de saúde no Brasil, esta teve início em 1998, ainda que remonte à década de 70 do século XX, o funcionamento dos planos de saúde. Em janeiro de 2000 com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os planos de saúde e a atuação das empresas operadoras passam a ter o seu funcionamento disciplinado. Para a Lei 9.656/2000, operadora de planos de saúde é toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado que ofereça plano de saúde, quando se trata de contraprestações pecuniárias com atendimento em serviços próprios ou de terceiros, ou seguro de saúde, quando é assegurado ao segurado a livre escolha do prestador de serviço de saúde com garantia de reembolso das despesas (UGÁ, 2008).

A ANS foi criada como sendo uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde e tem por competência regular, normatizar, controlar e fiscalizar o funcionamento da prestação de assistência suplementar à saúde.

A Lei 9.656 de 1998 e as normatizações que a sucederam são aplicadas às pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, assim como às operadoras de plano de saúde, conforme art. 1º: *“Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde”*.

De acordo com a referida lei e ratificado pelo art. 1º da Medida Provisória nº 2.177- 44 de 2001, que veio a dar mais especificidade à lei, Plano privado de assistência à saúde corresponde a pessoa jurídica de direito privado voltado para a:

prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

A norma jurídica refere-se ainda às operadoras de plano de assistência à saúde, que correspondem à pessoa jurídica, de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou mesmo entidade de autogestão que opera produto, serviço ou contrato para prestação de serviços assistenciais em saúde.

O texto jurídico refere-se ainda ao termo carteira como sendo “o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde” prestados pelo Plano.

A Medida Provisória referida define ainda que o produto, assistência à saúde, a ser ofertado pelos planos e operadoras, deve ser garantido, sem limite financeiro, sendo o acesso à assistência à saúde, assim como o atendimento por profissionais ou serviços livremente escolhidos pelos seus segurados, mesmo que os mesmos não sejam integrantes da rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica. Dessa forma tais atendimentos deverão ser pagos integralmente ou parcialmente pelas operadoras. Este pagamento poderá ser efetivado ou por pagamento direto ao prestador, quando este for contratado ou referenciado pelo plano, ou por reembolso, usualmente parcial ao segurado, quando o serviço foi prestado por unidade de saúde, ou profissional, não pertencente à rede contratada ou referenciada.

O advento da regulamentação no campo da assistência suplementar à saúde provocou um importante reordenamento nessa área de atuação, dado que os planos e operadoras passaram a ter a obrigatoriedade de se registrarem na ANS e a partir de então, sujeitam-se ao cumprimento dos requisitos exigidos por essa Agência, entendidos como um mínimo necessário para que o funcionamento dos mesmos seja capaz de dar conta da assistência a que se propõem prestar aos seus segurados (UGÁ, 2008). Observa-se, contudo uma necessidade cada vez maior de se aperfeiçoar a regulação do setor, com vista a perseguir a prestação de assistência efetivamente integral à saúde dos segurados.

A ANS, a partir das normatizações que vão sendo expedidas, impõe às operadoras de saúde suplementar a necessidade destas profissionalizarem sua gestão, de modo a não simplesmente cumprirem as demandas da Agência, mas sim atenderem as necessidades de assistência à saúde de seus segurados. A estruturação dos planos e operadoras de saúde suplementar passa obrigatoriamente pela sua estruturação no campo econômico-financeiro.

Dentre as modalidades de planos previstos pela ANS tem-se o segmento das autogestões, entendendo-se por tal, de acordo com a lei 9656 de 1998, os planos próprios, patrocinados ou não pelas empresas empregadoras, constituindo o segmento não comercial do mercado de planos e seguros.

No Brasil, de acordo com informações constantes do site da ANS, existem na atualidade cerca de 310 planos de autogestão, perfazendo uma cobertura aproximada de 5,6 milhões de beneficiários dentre os 16 milhões da população coberta pela totalidade dos planos de saúde, dentre os quais encontra-se o Planserv, ainda que este Sistema de Assistência à Saúde aos Servidores Públicos Estaduais não se insira entre as operadoras sujeitas à regulamentação da ANS, pois constitui-se num plano diferenciado, dada sua composição financeira com recursos do orçamento estadual, sob gestão do próprio poder público, sendo entendido como “benefício” ao funcionalismo do Estado da Bahia.

3 O SISTEMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS

Este capítulo objetiva apresentar e discutir o PLANSESV como uma política pública.

O Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais funciona sob gestão direta do governo do estado da Bahia desde 2005, através da Secretaria de Administração – SAEB, em substituição à anterior estrutura que se responsabilizava pela prestação direta de serviços de saúde aos servidores públicos estaduais, a partir de uma rede prioritariamente própria de serviços, através do Instituto de Assistência e Previdência do Servidor do Estado da Bahia - IAPSEB.

O IAPSEB constituía-se em uma autarquia estadual criada pela lei 2.321, de 11 de abril de 1966, tendo tido sua organização definida pelos decretos de nº 19.988 de 21 de outubro de 1966 e 20.200 de 22 de março de 1967, tendo funcionado plenamente até o ano de 1998 quando entrou em processo de extinção. A este Instituto competia a formulação e coordenação da política estadual de assistência e previdência destinada aos servidores públicos estaduais, abrangendo desde assistência médica e serviço suplementar de saúde, assistência educacional, assistência de serviço social, pensão vitalícia ou temporária e pecúlio.

A partir de 2001 a Secretaria Estadual de Administração – SAEB - assume a gestão do sistema de assistência à saúde dos servidores através de uma operadora de plano de saúde e posteriormente, com a reorganização deste, imposta pela lei estadual de nº 9.528 de 22 de junho de 2005, regulamentada pelo decreto nº 9.552 de 21 de setembro do mesmo ano, assume a sua gestão direta, através da Coordenação de Assistência à Saúde do Servidor – CASS, da estrutura da SAEB, ficando o referido sistema de assistência à saúde do servidor conhecido como PLANSESV.

O PLANSESV compreende o conjunto de serviços de saúde que contempla desde ações de promoção a ações assistenciais que visam a cura e a reabilitação dos seus beneficiários e é entendido não como um plano de saúde mas sim como um patrimônio de seus beneficiários com seus dependentes e agregados.

De acordo com a Lei nº 9.528 de 22 de junho de 2005, em seu Art. 2º, o custeio da assistência à saúde prestada pelo PLANSESV é realizado mediante contribuições da administração direta e indireta do Estado, contribuições dos servidores ativos e inativos, dos pensionistas, além de outras receitas a exemplo das provenientes de rendimentos dos ativos patrimoniais e financeiros. A participação dos beneficiários para o custeio do plano é proporcional ao nível de remuneração do servidor, o que confere caráter de equidade, consonante com a política de saúde instituída na Constituição Federal de 1988, princípio este correlacionado ao conceito de justiça.

A composição financeira do Planserv para a viabilização da assistência à saúde de seus beneficiários é de recursos da contribuição dos servidores que aderem ao plano, na equivalência de 2/3 dos recursos do orçamento e de 1/3 dos recursos oriundos do governo do estado, o que confere ao plano a classificação de política pública. Chama a atenção que, embora a adesão ao Planserv seja facultativa, o número de beneficiários vem crescendo, atingindo em março de 2012 quatrocentos e sessenta e sete mil e quatrocentos e noventa e quatro beneficiários, o que o torna o maior plano de saúde, em sua categoria, no norte e nordeste do país.

De acordo com a Lei nº 9.528/2005 podem ser beneficiários do Planserv, os servidores civis ativos ou inativos de todos os órgãos da administração direta, autarquias e fundações dos poderes do Estado da Bahia, os pensionistas do Estado, assim como os servidores contratados em Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), durante o tempo que perdure o contrato, ficando nestes casos a possibilidade de adesão apenas ao servidor. Nas demais situações o benefício pode ser estendido ao cônjuge ou companheiro (a), filhos solteiros ou não emancipados menores de 18 anos ou de qualquer idade em casos de invalidez; podem ainda ser agregados dos titulares os filhos entre 18 e 35 anos, com custeio integral pelo beneficiário titular, assim como mais recentemente, a partir do ano de 2010, os netos de beneficiários, até a idade de 35 anos.

Quanto à adesão dos servidores estaduais ao PLANSESV, esta é facultativa a todos os servidores civis ou militares, quer sejam ativos como aposentados, pertencentes aos quadros dos órgãos tanto da administração direta quanto das autarquias e fundações dos diversos poderes do estado da Bahia, assim como para

os empregados ativos ou aposentados de empresas públicas e sociedade de economia mista. Os servidores e empregados referidos, civis ou militares, aposentados ou em atividade, assumem a categoria de beneficiários titulares, podendo seus cônjuges ou companheiros e seus filhos e enteados menores de 18 anos serem beneficiários dependentes.

Quanto aos filhos maiores de 18 anos, estes podem, até a idade de 35 anos, serem assistidos na condição de agregados, condição esta que foi estendida aos netos de segurados a partir da promulgação do Decreto nº. 12.257 de 15 de julho de 2010.

Pelo Decreto nº 12.257 de 2010, os empregados ativos de empresas públicas e de sociedades de economia mista do Estado, assim como os empregados inativos destas, também passam a poder ser beneficiários do Planserv.

Nas situações em que haja comprovação de invalidez, atestada pela Junta Médica do Estado, serviço ligado à Secretaria de Administração, filhos e enteados que sejam economicamente dependentes, a condição de beneficiário está garantida independente da idade, enquanto perdurar a invalidez.

Não sendo a adesão ao Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais obrigatória, a participação do funcionalismo se dá por decisão pessoal, sendo que a contribuição financeira de cada beneficiário titular é proporcional à sua remuneração enquanto servidor público estadual. Na atualidade, de acordo com a Lei no 12.351 de 08 de setembro de 2011, existem 38 faixas diferentes de contribuição básica, 7 (sete) a mais que os anos anteriores, que vai de R\$ 26,00 (vinte e seis reais mensais) para quem recebe remuneração de até R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) até R\$ 360,10 (trezentos e sessenta reais e dez centavos) para quem percebe R\$ 10.250,01 (dez mil duzentos e cinquenta reais e um centavo) ou mais (Tabela de Contribuição no Anexo A).

O quadro 1, a seguir, apresenta a distribuição dos servidores titulares do plano, por faixa de contribuição agrupada, que guarda relação com a faixa salarial, de acordo com a opção por plano básico ou especial, quando se identifica que a contribuição mensal de 43% dos beneficiários é de até R\$ 178,10 e apenas 1,13% participa com uma contribuição mensal de R\$ 360,10, sendo que o tipo de assistência prestada e rol de cobertura é o mesmo para qualquer beneficiário,

independente da contribuição, diferindo apenas o tipo de acomodação quando em situação de internamento, conforme a opção de plano básico ou especial. Tal é condizente com a proposta de ser o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais uma política pública, para a qual espera-se que princípios como o da equidade, aqui visto como princípio de justiça, além do da universalidade, sejam norteadores da política.

Quadro 1 – Distribuição de beneficiários titulares dos planos básico e especial do PLANSERV, por faixa de contribuição, dezembro de 2011.

Faixa Salarial (R\$)	Faixa de contribuição (R\$)	Nº titulares com Plano Básico	Nº titulares com Plano Especial
0 a 1.050,00	26,00 a 87,10	31.018	4.936
1.050,01 a 2050,00	96,20 a 178,10	35.278	8.683
2.050,01 a 3050,00	187,20 a 269,10	45.440	10.366
3.050,01 a 10.250,00	278,20 a 351,00	31.330	13.266
10.250,01 a mais	360,10	779	1.294

Fonte: PLANSERV, 2012

Salienta-se que, para efeito de cálculo da faixa salarial, excluem-se valores referentes a diárias, ajuda de custo, auxílios e abonos pecuniários, adicionais de férias, gratificações natalinas e indenizações.

Aos valores básicos de contribuição são acrescidos valores para cada dependente, de acordo com tabela a seguir, onde se verifica que a contribuição relativa a cada dependente varia de R\$ 10,40 (dez reais e quarenta centavos) a R\$ 107,64 (cento e sete reais e sessenta e quatro centavos) quando se trata de dependente cônjuge ou companheiro e de R\$ 5,72 (cinco reais e setenta e dois centavos) a R\$ 59,20 (cinquenta e nove reais e vinte centavos) por cada dependente filho. Quanto aos agregados, a contribuição individual varia, de acordo com a idade, de R\$ 39,05 (trinta e nove reais e cinco centavos) para a faixa etária de 18 a 24 anos, a R\$ 227, 92 (duzentos e vinte e sete reais e noventa e dois centavos) para os casos de permanência de netos e outros agregados com mais de 60 anos, de acordo com previsão legal.

Nos casos de servidores beneficiários que optem por ter direito a assistência hospitalar diferenciada no aspecto relativo a acomodação em quartos

individualizados em lugar de enfermarias, é acrescido o valor de R\$ 35,00 reais por beneficiário, não sendo facultado optar-se por incluir apenas parte dos beneficiários na condição de portador de plano especial.

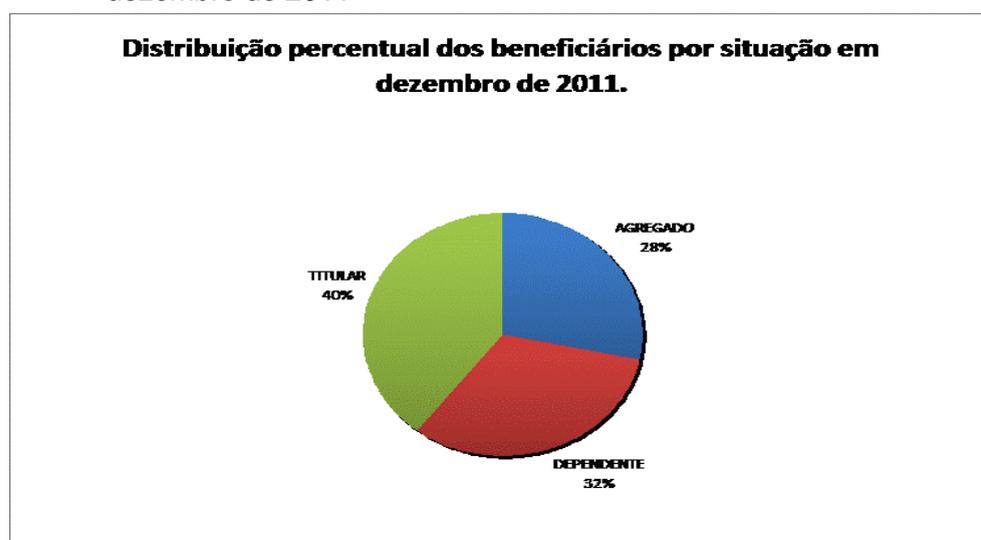
Quadro 2 – Valores de Contribuição para beneficiários agregados e netos, dezembro 2011

Faixa Etária	Valor da Contribuição para a Assistência Básica, relativa ao tipo de acomodação	Valor da Contribuição para a Assistência Especial, relativa ao tipo de acomodação
de 18 a 24 anos	39,05	74,05
de 25 a 29 anos	76,73	111,73
de 30 a 39 anos	79,49	114,49
de 40 a 49 anos	83,05	118,05
de 50 a 59 anos	99,21	134,21
acima de 60 anos	227,92	262,92

Fonte: www.portaldoservidor.ba.gov.br

Em dezembro de 2011 o número de beneficiários do Planserv correspondia a 467.101 (quatrocentos e sessenta e sete mil, cento e um), sendo destes 184,060 titulares, o que equivale a 40% do total de beneficiários, 150.414 dependentes (32%) e 132.627 agregados (filhos entre 18 e 35 anos e netos de 0 a 35 anos) correspondente a 28%.

Gráfico 1 – Distribuição percentual de beneficiários do PLANSERV, por situação, em dezembro de 2011



Fonte: TOP Saúde /PLANSERV, 2012

Do total de beneficiários titulares inscritos em dezembro de 2011 (184,060), 115.652 eram mulheres, sendo que destas 45.389 encontravam-se na condição de aposentadas, 12.850 eram pensionistas e 57.413 encontravam-se na ativa, sendo que destas, 2.648 eram servidoras do regime jurídico denominado de Regime Especial de Direito Administrativo (REDA). Dentre os titulares do sexo masculino, 45.600 encontravam-se na ativa, sendo 1.311 do REDA, 3.017 eram pensionistas e os 19.791 já se encontravam aposentados. Dos dependentes, 75.975 eram mulheres. Dentre os agregados, o sexo feminino correspondia a 69.881, totalizando 56% de beneficiários do sexo feminino, demandando serviços específicos a exemplo dos especializados em ginecologia e obstetrícia.

Quanto à distribuição por faixa etária, 22% dos beneficiários cadastrados em dezembro de 2011 tinham entre 0 a 17 anos (102.261), correspondendo à maior parcela dos beneficiários, o que justificou a formatação recente do programa de pediatria coordenado pela Coordenação de Prevenção, da Coordenação de Prevenção da Coordenação de Saúde (Coordenação de Gestão de Projetos de Saúde), com ações de atenção à saúde da população infantil desenvolvida pelos prestadores credenciados, especializados, com acompanhamento médico pediátrico, fonoterapia, fisioterapia e acompanhamento psicológico, com base em protocolos definidos para situações clínicas identificadas. Quanto aos demais, 19% tinham entre 18 e 29 anos; 11% de 20 a 39 anos; 12% de 40 a 49 anos; 15% de 50 a 59 anos; 12% de 60 a 69 anos e os 8% restantes correspondiam aos beneficiários de 70 anos e mais (distribuição por faixa etária de acordo com a NR 63/2003). Chama a atenção de que, dentre os maiores de 70 anos, 63 tinham mais de 100 anos, correspondendo a 0,13% do total, sendo que destes, 49 eram mulheres.

Tabela 1 – Distribuição de beneficiários do PLANSERV, por faixa etária, quantitativo e percentual, em 31/12/2011

Faixa Etária	Nº de beneficiários	%
0 a 17 anos	102.261	21,89%
18 a 29 anos	90.682	19,42%
30 a 39 anos	52.526	11,25%
40 a 49 anos	57.925	12,40%
50 a 59 anos	70.446	15,08%
60 a 69 anos	54.290	11,62%
70 a 99 anos	38.908	8,33%
100 anos e mais	63	0,01%
TOTAL	467.101	100,00%

Fonte: TOP Saúde /PLANSERV/2012

Com relação aos órgãos de lotação dos beneficiários titulares que se encontram em atividade, identifica-se que a maior parte destes é da Secretaria de Educação, seguida da Polícia Militar e da Secretaria da Saúde, que também participam com um maior quantitativo de dependentes e agregados. O maior número de beneficiários corresponde contudo, à categoria dos aposentados e pensionistas, conforme tabela a seguir:

Tabela 2 - Distribuição de beneficiários do PLANSERV por tipo e órgão de lotação, em 31/12/2011

Órgão de origem	Nº titulares	Dependentes	Agregados	Total
FUNPREV - Inativos	63.909	38.491	59.579	161.979
FUNPREV - pensionistas	15.723	2	1.400	17.125
Secretaria da Educação	30.635	29.260	23.850	83.745
Polícia Militar	20.585	34.446	6.633	61.664
Secretaria da Saúde	17.697	14.665	17.160	49.522
IPRAJ	7.361	7.063	5.870	20.294
Secretaria da Segurança Pública	6.082	7.904	4.663	18.649
Outros Órgãos	19.866	20.501	13.756	50.973
Total Geral	181.858	152.332	132.911	467.101

Fonte: PLANSERV, 2012

Da análise do detalhamento dos beneficiários dependentes, identifica-se que, além das categorias atualmente elegíveis, alguns dependentes admitidos em

situações anteriores, como no caso de mães e pais de beneficiários, que por ocasião do IAPSEB foram inscritos como dependentes de servidores vinculados àquele Instituto, além de outros como filhos maiores de 35 anos ou aqueles admitidos por questões judiciais, conforme quadro que se segue:

Tabela 3 - Distribuição percentual dos beneficiários do Planserv, por categoria de dependência, dezembro 2011

<i>Categoria de dependência</i>	Percentual
Titular	38,8%
Filho(A) Agregado	20,4%
Cônjuge	14,3%
Filho(a)	13,9%
Neto	8,3%
Companheiro(A)	3,6%
Filho(a) Inválido(a)	0,3%
Filho > 35 anos (ant.Lei 9528) + Mãe + Pais + Filho menor (judicial) + Enteado + Dependente Judicial + Tutelado + Ex-Cônjuge/Companheiro judicial	0.4%
TOTAL	100.00%

Fonte: Planserv, 2012

Consoante com o propósito de ser um benefício para os servidores que fazem adesão ao mesmo e por ser gerenciado pelo poder público, espera-se que o Planserv assuma o compromisso de viabilizar a implementação de políticas públicas voltadas para resolução de problemas na área da saúde, consonante com a Política Nacional de Saúde inscrita na Constituição Federal e que desse modo esteja alinhado aos propósitos do Sistema Único de Saúde – SUS na busca de garantir a saúde da sua população beneficiária, como sendo um bem social, dado que, tomando-se o conceito ampliado de saúde adotado na Constituição Brasileira, no qual a saúde é um direito universal e como tal considerada política social que, integrada às demais políticas sociais conformam um modelo sociopolítico ou sistema de proteção social, conforme Gerschman (2008).

Pode-se ainda entender o Planserv, como “benefício” para os servidores, corresponde a um produto decorrente da lógica do Estado de Bem Estar Social, ainda que dirigido a uma parcela específica da população, qual seja a de servidores públicos estaduais que fizeram a opção pela assistência supletiva à saúde oferecida pelo órgão, já que este busca propiciar uma melhoria na qualidade de vida desse grupo populacional, tal como descrito por Emmendoerfer (2011) que atribui ao Estado de Bem Estar Social a adoção de medidas orientadas a “propiciar conforto e

melhoria da qualidade de vida a determinados grupos de uma sociedade de economia capitalista ou não”. Para o autor, em países como o Brasil, a aplicação de políticas sociais e distributivas se fazem necessárias dada a situação sócio-econômica de sua população.

A institucionalização do Planserv em substituição ao antigo IAPSEB, dirigido a uma parcela da população correspondente aos servidores públicos estaduais, ainda que boa parte do orçamento para o seu funcionamento seja originária dos seus beneficiários, não foge à regra do que ocorre em países (semi) periféricos, conforme Emmendoerfer (2011), nos quais os benefícios do Estado de Bem Estar Social costumam limitar-se a um grupo específico da população, notadamente aos funcionários da burocracia estatal.

Sendo a universalidade um dos princípios constitucionais definido na Carta Magna de 1988 a ser alcançado pelo Sistema Único de Saúde brasileiro, qual seja o SUS, para que este venha a ser universal, é necessário, conforme Teixeira (2011, p3), que se desencadeie “um processo de universalização, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venha, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população”. Teixeira (2011) aborda ainda a necessidade de se derrubar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços, de modo a que tal princípio seja alcançado. Por aproximação estaremos aplicando o princípio da universalidade na análise proposta do plano de assistência à saúde do servidor público estadual como a abrangência da assistência a todos os segurados do plano, o que necessariamente passa pelo acesso destes aos serviços oferecidos, o que pressupõe a necessidade de cobertura de serviços em todo o território estadual, área de abrangência/cobertura do Planserv.

De acordo com o regulamento do Sistema de Assistência à Saúde aos Servidores Públicos Estaduais aprovado pelo Decreto nº 9.552/2005 e alterado pelo Decreto nº 12.257/2010, o Planserv oferece aos seus beneficiários, cobertura para os serviços de assistência médico-ambulatorial, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e internações hospitalares no âmbito geográfico do estado da Bahia.

Com relação às internações hospitalares estão cobertos os procedimentos realizados durante o curso do internamento, incluídos aí os “medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões e demais recursos terapêuticos ministrados

durante o período hospitalar” (art. 14, § 2º alínea “e” do Regulamento aprovado pelo Decreto 9.552 de 21/09/2005). Entretanto, em se tratando de assistência médico ambulatorial, o fornecimento de medicamentos de uso continuado não possui cobertura, “exceto quando se tratar de Programas instituídos pelo PLANSESV” (Art. 16, inc. V do Regulamento aprovado pelo Decreto 9.552 de 21/09/2005, alterado pelo Decreto nº 12.257 de 15/07/2010).

Por definição legal os serviços de assistência à saúde podem ser prestados diretamente pelo Estado ou por meio de prestadores credenciados ou referenciados pelo PLANSESV. A opção do Planserv foi pela oferta de serviços contratados à rede privada, o que vem se dando a partir do ano de 2006 mediante credenciamento de unidades de saúde que, manifestado o interesse de prestarem serviços de assistência à saúde aos beneficiários do Planserv, encontrem-se habilitados para tal fim, em substituição à situação anterior de existência de serviços referenciados sem mecanismo oficial de contratualização.

O PLANSESV, como plano de saúde sob gestão direta do poder estatal, que participa com 1/3 dos recursos do seu orçamento, possui legislação própria, não sendo sujeito à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Contudo busca acompanhar as normas e diretrizes da mesma, atuando algumas vezes inclusive, de forma mais abrangente que as determinações daquela Agência, no sentido de proporcionar cobertura de serviços não previstos pela mesma a exemplo do programa de suporte medicamentoso identificado, que prevê cobertura da assistência com dispensação de medicamentos de uso contínuo ou cujo tratamento é de longo curso e com medicamentos de custos elevados, a exemplo das doenças reumatóides. Para tanto são considerados os agravos contemplados em programas específicos, atendendo desse modo o constante no Decreto nº 9.552 de 2005, com a alteração conferida pelo Decreto nº 12.257 de 2010, que em seu artigo 16, inciso V regulamenta que o fornecimento de medicamentos só é coberto quando parte de Programas instituídos pelo Planserv, para casos de tratamentos a nível ambulatorial.

Dentre as patologias cujos tratamentos medicamentosos são dispensados em regime de tratamento ambulatorial encontram-se as artrites reumatóides, espondilite anquilosante, artrite psoriática, hepatite C, doença de Paget e DMRI – Degeneração macular relacionada à idade, cujos tratamentos são prolongados e de alto custo.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho propõe-se à análise da relevância da política pública de atenção à saúde dos servidores estaduais, do Estado da Bahia, na medida em que busca identificar a satisfação da população alvo da política, qual sejam os beneficiários do Plano de Saúde Planserv, assim como objetiva analisar o grau em que a viabilização da política entre os seus beneficiários se dá de forma equitativa, de acordo com as necessidades dos seus usuários. Para tanto serão analisados indicadores de acesso, para identificar a existência de serviços disponíveis na área de abrangência do Plano, verificando, dessa forma, a possibilidade de atendimento das necessidades básicas de saúde, assim como as de maior complexidade, sendo o acesso aqui entendido como a existência de serviços ambulatoriais especializados e de atenção hospitalar, já que apenas a oferta de serviços básicos, por si só, não assegura o atendimento das necessidades reais de assistência à saúde.

Outro aspecto relacionado ao acesso diz respeito à distribuição dos serviços disponibilizados entre as diversas regiões administrativas do Estado, dado que a distância geográfica pode se constituir em uma dificuldade para a utilização dos serviços, até por auferirem custos de deslocamento, o que por vezes podem inviabilizar o acesso. Gerschman (2008) refere à importância que a localização dos serviços de saúde assume, dado poderem constituir-se em barreira significativa ao acesso, principalmente devido aos custos relacionados com o tempo de transporte.

Analisar Política Pública e programas governamentais da área social é um desafio, pois além de definir critérios adequados para tal, necessita fazer com que o resultado da análise cumpra o papel de fornecer não só aos gestores públicos como também a todos os envolvidos, o que significa produzir informações úteis de modo a auxiliar no processo de ajuste ou mesmo recondução das políticas de modo a melhorar os seus resultados e até mesmo para o encerramento destas.

De modo geral a análise de uma Política Pública em andamento, parte da identificação da missão, das metas e dos objetivos definidos pela(s) instituição(ões) responsável(eis) por sua viabilização, devendo ser, de acordo com a UNICEF (1990), um processo sistemático e objetivo, contemplando desse modo, a

determinação da eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade e relevância dos objetivos da política pública/programa (COSTA e CASTANHAR, 2003).

Ainda de acordo com Costa e Castanhar (2003) por eficiência entende-se a menor relação custo/benefício possível para o alcance dos objetivos estabelecidos, assim como por eficácia, a medida do grau em que os objetivos e metas são alcançados. Por impacto, aqui tomado como equivalente à efetividade, entendem-se os efeitos da política no ambiente externo em que esta interveio, que se espera seja positivo, e que está relacionado com os objetivos definidos, quer sejam objetivos econômicos, ambientais, institucionais, dentre outros. Busca-se com isto detectar as mudanças que efetivamente ocorreram e em que medida as mudanças se deram na direção desejada. Sustentabilidade por sua vez mede a capacidade de continuidade dos efeitos benéficos alcançados, conforme inscrito no Manual da UNICEF de 1990 (*apud* COSTA e CASTANHAR, 2003). Há que se estar atento para o fato de que não é suficiente apenas a constatação da mudança, sendo importante que fique estabelecida a relação de dependência, relação causa-efeito, entre a execução da política pública e os resultados identificados.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso de natureza quantitativa e qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, tendo por objetivo geral analisar a cobertura do PLANSESV aos seus beneficiários, no Estado da Bahia, área geográfica de abrangência do mesmo, a partir da identificação do grau de abrangência nas diversas regiões do Estado, na perspectiva do cumprimento do princípio constitucional da universalidade, assim como analisar o grau de satisfação dos seus usuários quanto à assistência prestada pelo plano.

Considerando-se que o método quantitativo proporciona a possibilidade de quantificação não apenas na coleta dos dados quanto no tratamento destes, o mesmo foi utilizado no sentido de melhor se conhecer o objeto do estudo, qual seja o PLANSESV, nos seus aspectos quantificáveis, assim como, para a análise das manifestações relativas ao grau de satisfação dos usuários do mesmo, o método qualitativo foi empregado, por permitir a análise livre no sentido de buscar entender

a natureza do fenômeno.

Há que se considerar, contudo, que os métodos qualitativo e quantitativo, apesar de diferentes, não são excludentes. Para Richardson (1985), assim como para Minayo (2000 e 2002) e Deslandes e Assis (2002), é possível se trabalhar de forma complementar com as duas metodologias, dado que uma questão colocada a partir de métodos quantitativos podem suscitar questões que necessariamente precisem ser analisadas dentro de princípios qualitativos, assim como pode se dar o contrário, partindo-se do quali para o quanti.

Salienta-se que, enquanto os métodos quantitativos são em princípio usados para descrever fenômenos quanto a sua tendência à centralização ou dispersão, ou mesmo separar as variáveis em categorias, descrevendo a sua frequência, os qualitativos permitem a observação de vários elementos simultaneamente, sendo essa abordagem capaz de propiciar um conhecimento mais aprofundado de um determinado evento, possibilitando explicar determinados comportamentos (MINAYO, 2002).

Para Goode e Hatt (*apud* VENTURA, 2007), “o estudo de caso é um meio de organizar os dados, preservando do objeto estudado o seu caráter unitário (p.384), daí ter sido identificado como a melhor opção para o estudo em questão.

Ainda sobre os estudos de casos, os mais comuns são os que têm o foco em uma unidade (caso único e singular) ou foco múltiplo, nos quais vários estudos são conduzidos simultaneamente, como é o caso do estudo simultâneo de várias organizações (VENTURA, 2007).

Por meio do presente estudo de caso o que se pretende investigar são as características importantes para o objeto de estudo da pesquisa, qual seja o cumprimento do princípio da universalidade pelo Sistema de Assistência à Saúde do Servidor Público Estadual/ PLANSERV, assim como o grau de satisfação dos seus usuários.

4.2 LOCUS DA PESQUISA

O locus da pesquisa é o PLANSERV, que está estruturado em diversas

coordenações. A estrutura organizacional da Coordenação de Assistência à Saúde do Servidor/PLANSERV, gestora do plano de saúde do servidor, compreende, além da Coordenação Geral e Coordenação Adjunta, Assessoria Técnica, Assessoria de Comunicação, Ouvidoria e Coordenação Administrativa, as áreas finalísticas, assim estabelecidas (Anexo B):

- Coordenação de Saúde, que compreende as Coordenações Médica, de Prevenção, de Avaliação de Produtos e de Autorização de Procedimentos.
- Coordenação de Controle, com as coordenações de Contas Médicas e a de Auditoria;
- Coordenação de Relacionamento, que inclui a Coordenação de Relacionamento com Prestadores e a Coordenação de Relacionamento com Beneficiários;
- Coordenação de Tecnologia da Informação, com suas áreas de Desenvolvimento; Processos de Negócios e Suporte;
- Coordenação do Fundo de Custeio, que engloba as Coordenações de Contratos e a de Finanças e Orçamento.

Quanto à área específica de coordenação da atenção à saúde prestada aos beneficiários, qual seja a Coordenação de Saúde, ou de Gestão de Projetos de Saúde, esta desenvolve suas competências através de suas subcoordenações, cabendo, conforme descrição sucinta a seguir, à Coordenação Médica, o desenvolvimento de protocolos médicos e parametrizações de serviços, definição de rol de cobertura e critérios para pagamento de serviços de saúde. Pela Coordenação de Produtos são analisadas órteses, próteses, materiais especiais e medicamentos, visando incorporação no rol de cobertura, fixação de preços para prática junto aos prestadores de serviços, além do gerenciamento dos Programas de Suporte Medicamentoso referente às patologias identificadas para dispensação de medicamentos, e o gerenciamento da assistência medicamentosa em oncologia.

À Coordenação de Prevenção cabe a realização de atividades de promoção da saúde junto à população beneficiária. Desenvolve na atualidade programas de acompanhamento de beneficiários portadores de síndromes metabólicas, dentre os quais os portadores de obesidade. Esta coordenação responsabiliza-se pelo

acompanhamento pré e pós-realização de tratamentos cirúrgicos, pelo gerenciamento do programa de endocrinopatias, de saúde mental e mais recentemente do Programa de Atendimento Ambulatorial Pediátrico.

Excepcionalmente o Planserv desenvolve assistência direta a beneficiários, realizando gerenciamento de casos de pacientes portadores de síndromes metabólicas, através da atuação de equipe multidisciplinar de saúde. Por ocasião da pesquisa estava em andamento, com a SAEB, o projeto de viabilização desse programa junto ao SAC Servidor, a ser implantado ainda no ano de 2012. Pela Coordenação de Autorização Prévia de Procedimentos são processadas as análises de solicitação para realização de procedimentos, pelos prestadores, sendo que na atualidade, 100% das solicitações para realização de procedimentos que requerem autorização prévia se dão via WEB, pelo sistema de informação TOP Saúde, o qual permite o armazenamento de todas as informações relativas a cada beneficiário, desde informações cadastrais até todo o histórico de procedimentos solicitados.

Na estrutura da SAEB foi contemplada a existência de um conselho de formação paritária entre representantes do governo e representantes dos servidores, denominado CONSERV (Conselho de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais), com competência de exercer a gestão colegiada e participativa do Planserv. Esse Conselho, criado pela Lei Estadual nº 9.528 de 2005, tem por finalidade propor diretrizes estratégicas e políticas de assistência à saúde dos servidores públicos estaduais, devendo, de acordo com o artigo 9º:

- I - subsidiar a elaboração e acompanhar a execução da Política de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais;
- II - apreciar as políticas de custeio, investimento e administração do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais;
- III - elaborar e alterar seu Regimento a ser aprovado pelo Governador do Estado;
- IV - acompanhar e avaliar a gestão operacional, econômica e financeira dos recursos do Fundo de Custeio do Plano de Saúde dos Servidores Públicos Estaduais e os resultados alcançados com a sua aplicação;
- V - acompanhar e apreciar os relatórios gerenciais de gestão de assistência à saúde dos servidores públicos estaduais;

- VI - acompanhar a apuração das denúncias sobre a utilização inadequada da assistência à saúde, tanto por parte de seus beneficiários, quanto por parte de seus prestadores, sugerindo inclusive as penalidades a serem aplicadas;
- VII - manter intercâmbio com órgãos públicos de saúde e com demais órgãos prestadores de saúde aos servidores públicos, bem como estabelecimentos de saúde pública e privada;
- VIII - analisar e emitir parecer sobre a proposta orçamentária do Fundo e apreciar a prestação de contas anual, para posterior envio ao Tribunal de Contas do Estado;
- IX - exercer outras atividades correlatas.

Dado que a presente pesquisa busca analisar o PLANSERV nos aspectos relativos à abrangência da assistência prestada aos seus beneficiários, no Estado da Bahia, com foco no cumprimento de princípios estipulados para a Política de Saúde instituída para o país, especificamente o princípio da universalidade da assistência, é importante que se discorra sobre este.

O princípio da universalidade, em saúde, é definido na Constituição Federal de 1988 como sendo um direito de todos, a ser garantido pelo Estado. Para Dodge (1997), Procuradora da República, universalidade corresponde a atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, como preconizado na Constituição Federal de 1988 (art. 198, inc II), contudo, tomaremos universalidade, em concordância com Pontes e colaboradores (2009), como sendo a abrangência da cobertura de serviços de saúde ofertados, o acesso e o atendimento da população nesses serviços.

Assim sendo, a universalidade compreende a cobertura, o atendimento e o acesso ao sistema de saúde. Dodge (1997) argumenta ainda que o poder público deve prestar atendimento não apenas nos grandes centros urbanos, mas também nas demais áreas geográficas de modo a que toda a população possa ter acesso aos serviços, devendo haver não apenas uniformidade, mas, também equivalência entre os serviços.

Para se trabalhar o princípio da universalidade faz-se necessário relacioná-lo

ao princípio da equidade. Por equidade, como princípio estabelecido para o sistema de saúde vigente no país, têm-se que o mesmo refere-se à forma de participação no custeio do sistema de saúde, ensejando uma contribuição justa capaz de permitir o acesso de todos aos serviços de saúde, garantindo assim a universalidade do atendimento (DODGE, 1997). Assim sendo, entendemos que o critério de justiça é assumido como fundamental para se obter a igualdade de acesso.

Seria ideal que o estabelecido fosse a garantia da igualdade de acesso aos serviços de saúde a todos os beneficiários, por si só. Contudo, peculiaridades como desigualdade na distribuição dos serviços de saúde entre as diversas regiões do estado leva a se trabalhar com o conceito de equidade como forma concreta de se obter efetivamente a igualdade da atenção à saúde da população beneficiária, de modo a que todos tenham o direito a consultas, exames, internamentos, enfim, que as suas necessidades de assistência à saúde sejam atendidas, chegando-se desse modo, ao cumprimento do princípio mais abrangente da universalidade.

Pontes *et al* (2009, 501) destaca que o “princípio da equidade se caracteriza como um desdobramento da idéia de universalidade” dado que, para se alcançar o cumprimento deste princípio se faz necessário considerar as diferenças entre os diversos grupos de pessoas, as características epidemiológicas das diversas regiões, o que gera diferentes necessidades em termos de saúde, o que se pressupõe inclusive diferentes alocações de recursos em função das diferentes características. Desse modo, é pelo princípio da equidade que se poderá reduzir as desigualdades em termos de necessidades, daí que necessariamente os serviços de saúde não podem ser ofertados de forma igual a todas as pessoas e, no caso em análise, a todos os beneficiários do Plano.

Como forma de melhor analisar o atendimento, por parte do PLANSESV, a esses princípios de universalidade e equidade, entendidos como princípios ético-doutrinários (PONTES *et al*, 2009), é necessário se conhecer como os serviços encontram-se distribuídos pelas regiões no Estado da Bahia, o que corresponde ao princípio organizacional também preconizado para o sistema de saúde do Brasil conhecido como princípio da descentralização.

4.3 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

A pesquisa se deu a partir de dados coletados no próprio ambiente organizacional do PLANSESV, assim como foi utilizado o banco de dados coletados pela “Pesquisa de satisfação com os usuários do PLANSESV”, projeto apresentado ao Plano Diretor de Gestão da Secretaria de Administração do Estado da Bahia/SAEB, banco de dados este disponibilizado para a presente pesquisa.

Para a coleta de dados foi utilizado formulário, já que estes foram coletados em bancos de dados do PLANSESV (Anexo C) (BAHIA, 2012). A coleta foi realizada pela autora, no período de dezembro/2011 a abril/ 2012.

Os dados referentes a cobertura efetiva de serviços prestados aos beneficiários do Plano foram extraídos dos painéis elaborados pela Coordenação de Controle do Planserv, a partir de dados gerados do sistema TOP Saúde

4.4 PLANO DE ANÁLISE

4.4.1 A universalidade do acesso

Para analisar a **universalidade do acesso** da rede credenciada e sua distribuição pelo Estado, foram utilizados os seguintes indicadores e variáveis:

Indicador A - Cobertura de serviços por Macrorregião

Variáveis:

- a) número de beneficiários por macrorregião;
- b) número de prestadores, por tipo e por macrorregião;
- c) número de procedimentos ambulatoriais e hospitalares produzidos por macro e microrregião;
- d) número de consultas de clínica médica e de clínica pediátrica por macrorregião;
- e) número de serviços de urgência e emergência por microrregião;

- f) número de solicitações de autorização para realização de procedimentos de maior complexidade e/ou custo individualizado.

4.4.2 Grau de Satisfação dos Beneficiários

O indicador grau de satisfação dos beneficiários foi analisado, considerando-se as seguintes variáveis:

- a) Distribuição % dos beneficiários por faixa etária e gênero;
- b) Grau de satisfação em relação aos serviços prestados;
- c) Grau de satisfação em relação aos serviços prestados por faixa etária;
- d) Percentual de manifestações recebidas pela ouvidoria do PLANSEV por tipo e ano;

5 RESULTADOS DA PESQUISA

Este capítulo objetiva apresentar e discutir os resultados da análise do cumprimento pelo PLASERV do princípio constitucional da universalidade e o grau de satisfação dos beneficiários.

5.1 A UNIVERSALIDADE DO ACESSO

A presente pesquisa atém-se apenas à análise da disponibilização de serviços, não sendo a qualidade destes aqui enfocada, até porque, em princípio, dado que para o credenciamento de prestadores junto ao PLANSERV exige-se por parte dos mesmos o cumprimento de normas de segurança sanitária, sendo condição imprescindível a todos os prestadores a apresentação da licença concedida pelos órgãos de vigilância sanitária, de modo que os serviços habilitados são, em princípio, de qualidade.

Aspectos relativos à dimensão organizativa do PLANSERV, dimensão da rede credenciada e sua distribuição pelo Estado, dimensão assistencial/serviços produzidos, incluindo a prática de programas de promoção e prevenção à saúde são dimensões submetidas à análise na perspectiva do cumprimento do princípio constitucional da universalidade definido para a política de saúde no Brasil.

Para tanto, optou-se por trabalhar com a proposta de Dye (2008), dado que este apresenta vários modelos de análise para o estudo de políticas públicas, os quais buscam identificar aspectos relevantes para a compreensão da política em questão. Foi destacado o modelo institucional o qual analisa a política como produto institucional. Buscou-se ainda entender a política pública viabilizada por meio do Planserv, como processo no qual decisões e ações adotadas devem ter por objetivo, atender às demandas e aos interesses da população alvo.

Para tal análise é necessário compreender como se processa na instituição responsável pela execução da política pública em questão, a identificação dos problemas e a conseqüente definição de agenda, com formulação e execução de ações que visam a resolução dos problemas identificados, assim como o processo

de acompanhamento e avaliação. Como observa Maciel (2011), nem sempre essas etapas se processam nessa ordem e na prática, muitas vezes, as decisões se dão não necessariamente a partir do processo de priorização de problemas.

Faz-se necessário o entendimento dessas fases para o processo de análise, ainda que de forma simplificada: num primeiro momento é fundamental entender quais demandas advindas da sociedade determinaram uma resposta por parte do Estado, no sentido de definição e formulação de uma política pública que impacte o problema (inclusão na agenda). Nessa etapa é fundamental a definição de objetivos e de marcos jurídicos, administrativos e financeiros (MACIEL, 2011).

A etapa correspondente à implementação da política pública compreende desde as atividades de planejamento quanto a organização de estrutura administrativa, como também identificação de recursos necessários para a execução da política, desde os financeiros, materiais e tecnológicos, como também equipe de trabalho. Esta etapa contempla a elaboração de planos, programas ou projetos de trabalho. De fundamental importância é a etapa seguinte à implementação da política. Correspondente às atividades de monitoramento e avaliação, por poder propiciar readequação das ações de modo a que se obtenha efetivamente o alcance dos objetivos da política pública, garantindo assim a eficiência na utilização dos recursos públicos.

Entendendo-se que a política pública de assistência à saúde dos servidores estaduais da Bahia data da criação do IAPSEB em 1967, tendo sido reformulada a partir da criação do PLANSEB em 2005, encontrando-se portanto já consolidada, a análise dos aspectos relativos ao planejamento e outros relacionados à implantação da política não foram alvo de estudo da presente pesquisa.

No que se refere à cobertura oferecida pelo PLANSEB, esta de acordo com o Decreto nº 9.552 de 2005 contempla serviços de assistência médico-ambulatorial, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e internações hospitalares no âmbito do Estado da Bahia (art. 14). Para a análise do cumprimento do quanto inscrito no Decreto que regulamenta o Plano, identifica-se que no primeiro trimestre de 2012, 1.607 (um mil, seiscentos e sete) estabelecimentos de saúde compunham a rede de serviços credenciados, conforme quadro a seguir, de acordo com tipo de serviço:

Quadro 3 – Quantitativo de prestadores por tipo – PLANSESV, 2012

TIPO DE SERVIÇO	No.
Clínica Especializada	630
Laboratórios de Análises Clínicas	289
Policlínicas e Centros de diagnóstico	242
Consultórios isolados	142
Hospitais Gerais e Serviços de Urgência e Emergência	122
Hospitais especializados e de Urgência e Emergência Especializados	78
Maternidades	26
Day Hospital - gerais e especializados	54
Serviços de Atenção Domiciliar	3
Serviços de Remoção*	8
Outros**	13
TOTAL GERAL	1.607

Fonte: TOP Saúde, PLANSESV, maio 2012

*Remoção em transportes terrestres tipo ambulâncias convencionais e equipadas (UTI)

**Serviços cuja tipologia não se encontrava identificada

O credenciamento de serviços se dá por processo de convocação pública, a partir da publicação de editais, sendo que o processo de análise e conseqüente habilitação dos serviços se dá considerando as macrorregiões administrativas do estado, de modo a se priorizar o processo administrativo de habilitação de serviços a partir das regiões onde se identifica maior carência de serviços.

A divisão administrativa adotada compreende as macrorregiões leste, centro-leste, sul, sudoeste, norte, nordeste, oeste, centro-norte e extremo-sul, com as microrregiões e respectivos municípios que as compõem.

A partir de 2006 o mecanismo para credenciamento dos prestadores de serviços é via edital. Foram publicados desde então, treze editais de convocação, conforme quadro a seguir:

Quadro 4 - Editais para Habilitação de Prestadores de Serviços de Saúde para o PLANSESV.

EDITAL 001/2006	Credenciamento de Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em ginecologia
EDITAL 002/2006	Consultas eletivas básicas em Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria
EDITAL 003/2007	Credenciamento de serviços para prestação de consultas eletivas básicas em Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria, específico para serviços localizados no município de Salvador
EDITAL 004/2007	Serviços de transporte terrestre de pacientes, em ambulância, entre unidades de saúde
EDITAL 005/2008	Serviços de diagnóstico por imagem em: Radiografia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia
EDITAL 006/2008	Consultas médicas eletivas em: cardiologia, colo-proctologia, dermatologia, endocrinologia, geriatria, nefrologia, oftalmologia, urologia, ortopedia e traumatologia
EDITAL 007/2008	Consultas médicas eletivas em: alergia-imunologia, anestesiologia, angiologia, cancerologia, cirurgia da mão, fisioterapia, gastroenterologia, genética médica, hematologia, hepatologia, homeopatia, infectologia, mastologia, neurocirurgia, otorrinolaringologia, pneumologia, psiquiatria, radioterapia, reumatologia Consultas eletivas em cirurgias: aparelho digestivo, cabeça-pescoço, cardiovascular, cirurgias geral, pediátrica, plástica reparadora, torácica e vascular
EDITAL 008/2008	Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em ginecologia, específico para serviços localizados no município de Salvador (Edital revogado pela edição do Edital de nº 011/2009)
EDITAL 009/2008	Prestação de serviços em auditoria médica (Edital revogado pela edição do Edital de nº 012/2010)
EDITAL 010/2009	Prestação de serviços de saúde em ambiente hospitalar (todas as especialidades)
EDITAL 011/2009	Prestação de serviços de saúde em ambiente não hospitalar
EDITAL 012/2010	Prestação de serviços de auditoria em saúde
EDITAL 013/2011	Prestação de serviços de atendimento em saúde mental

Fonte: www.planserv.ba.gov.br

Em tese tais editais permanecem em vigência, podendo a qualquer tempo novo serviço habilitar-se ao credenciamento, bastando para tal encontrarem-se em conformidade com as regras definidas, referentes a estarem em conformidade com as obrigatoriedades legais para contratualização com ente público, quer sejam, normas, regulamentos e controles estabelecidos pelo Estado, aí incluídas as obrigações trabalhistas e fiscais, assim como atenderem às normas sanitárias vigentes, gerais e específicas para cada tipo de serviço.

Durante a elaboração da presente pesquisa encontrava-se em andamento o edital para habilitação de serviços de atenção domiciliar, para fins de regularização da rede ora vigente, assim como para ampliação desta, dado que, em caráter regular tal serviço só tem abrangência, na atualidade, na região metropolitana de Salvador,

notadamente na capital do estado.

5.2 COBERTURA DE SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS DO PLANO

Os serviços habilitados junto ao PLANSESV para prestação de assistência à saúde dos seus beneficiários encontram-se distribuídos entre as regiões administrativas adotadas pelo Planserv, de acordo com o Quadro 5:

Quadro 5 – Distribuição de prestadores de serviços de saúde para o PLANSESV por micro e macrorregião do Estado, 2012

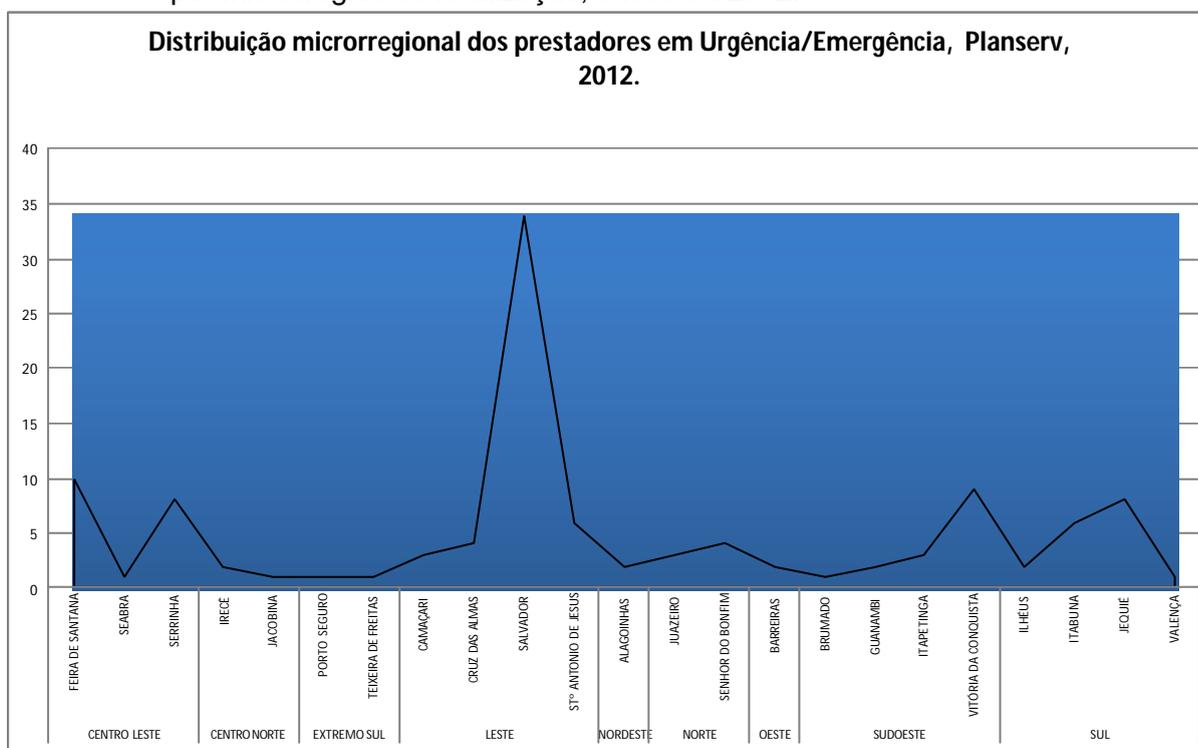
MACRO LESTE: 832 prestadores	
Microrregião de Salvador	724
Stº Antonio de Jesus	53
Camaçari	34
Cruz das Almas	21
MACRO CENTRO LESTE: 221 prestadores	
Microrregião de Feira de Santana	144
Serrinha	57
Itaberaba	14
Seabra	6
MACRO SUL: 186 prestadores	
Microrregião de Jequié	68
Itabuna	57
Ilhéus	38
Valença	23
MACRO SUDOESTE: 169 prestadores	
Microrregião de Vitória da Conquista	82
Guanambi	33
Brumado	28
Itapetinga	26
MACRO NORTE: 69 prestadores	
Microrregião de Juazeiro	29
Senhor do Bonfim	28
Paulo Afonso	12
MACRO NORDESTE: 38 prestadores	
Microrregião de Alagoinhas	30
Ribeira do Pombal	8
MACRO OESTE: 32 prestadores	
Microrregião de Barreiras	21
Stª Maria da Vitória	7
Ibotirama	4
MACRO CENTRO NORTE: 31 prestadores	
Microrregião de Irecê	18
Jacobina	13
MACRO EXTREMO SUL: 29 prestadores	
Microrregião de Teixeira de Freitas	18
Porto Seguro	11

Fonte: TOP Saúde/PLANSESV, abril 2012

Observa-se que existe uma grande concentração de serviços na microrregião de Salvador, seguida da micro de Feira de Santana e de Vitória da Conquista, nas quais situam-se os maiores municípios do estado. Esta concentração de prestadores segue a distribuição dos serviços de saúde da rede privada existentes na Bahia.

Quando fazemos um recorte dos serviços de urgência e emergência à disposição dos beneficiários do Plano, obtemos a Gráfico 2 que segue basicamente a mesma tendência de distribuição dos serviços em geral, sendo identificada a existência de serviços em todas as microrregiões do estado, tendo como indicador uma taxa de cobertura de 100%.

Gráfico 2 – Distribuição de serviços de urgência e emergência credenciados ao PLANSERV, por microrregião de localização, em 30/04/2012.

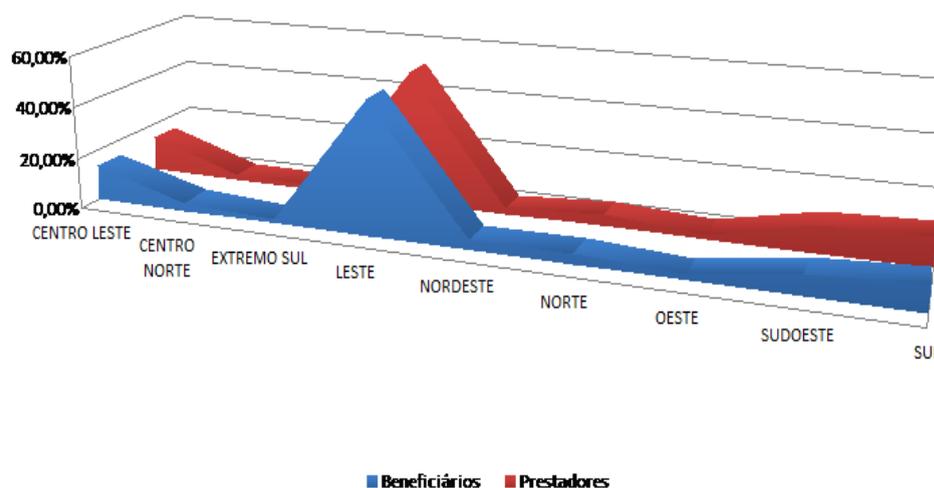


Fonte: TOP Saúde /PLANSERV, 2012

Quando se relaciona a distribuição dos serviços credenciados por região administrativa do Estado com a distribuição de beneficiários nessas mesmas regiões geográficas de residência, obtemos o que se segue no gráfico e no quadro abaixo, os quais demonstram uma relação entre as concentrações de beneficiários e de serviços de saúde, identificando-se déficits pouco significativos nas macrorregiões nordeste e centro-norte.

Gráfico 3 - Distribuição percentual da população beneficiária e dos serviços de saúde credenciados pelo PLANSESV, por macrorregiões do Estado, em 31/12/2011

Distribuição geográfica dos % de beneficiários x % de prestadores, por região, Planserv, 2011.



Fonte:

Quadro 6 – Distribuição percentual de beneficiários e de serviços de saúde credenciados pelo PLANSESV, por macrorregiões administrativas do Estado, em 31/12/2011.

MACRORREGIÃO	BENEFICIÁRIOS (%)	PRESTADORES (%)
Centro Leste	13,60	13,75
Centro Norte	3,20	1,93
Extremo Sul	1,44	1,80
Leste	55,42	51,77
Nordeste	3,83	2,36
Norte	3,86	4,29
Oeste	1,76	1,99
Sudoeste	7,52	10,52
Sul	9,37	11,57

Fonte: TOP Saúde/PLANSESV, 2012.

Para a análise da cobertura efetiva de serviços prestados aos beneficiários do plano foram extraídas informações de painéis elaborados pela Coordenação de

Controle do PLANSESV, a partir de dados gerados do sistema TOP Saúde, tendo-se identificado que a média mensal de beneficiários atendidos no período de doze meses (abril de 2011 a março de 2012) correspondeu a uma média mensal de 152.870 beneficiários atendidos, equivalendo a aproximadamente uma demanda mensal de cobertura de serviços para 1/3 do total de beneficiários do plano. Tomando-se o mês de março de 2012 como referência, de um total de beneficiários correspondente a 467.494, 163.587 beneficiários diferentes buscaram atendimento na rede credenciada.

5.3 DEMANDA DE SOLICITAÇÕES DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE MAIOR COMPLEXIDADE E/OU ALTO CUSTO INDIVIDUALIZADO

Quando analisamos a demanda de solicitações de autorização para realização de procedimentos de maior complexidade e/ou alto custo individualizado, passíveis de autorização prévia para sua realização, identifica-se uma média de 1.483 solicitações diárias inscritas pelos diversos prestadores no sistema de gestão de informações de saúde, TOP Saúde, sendo que destas 175 correspondem a solicitação para internamento, com 21% destes internamentos na modalidade de *day-hospital* (período analisado: de 02 a 14/05/2012)

Ainda com referência aos internamentos verificou-se que, tomando-se por base o total de beneficiários, a taxa de internamento variou em torno de 1,5 a 1,8%, sendo de 1,7% no mês de março de 2012. Os custos totais da assistência neste mês de referência (março 2012) foram de R\$ 95.355.813,24 (valor médio de pagamento no período de março de 2011 a março de 2012 = R\$ 72.936.326,62/mês) que representou um custo médio no mês de R\$ 203,97 por beneficiário, equivalendo, considerando-se o total de beneficiários que efetivamente foram atendidos no mês, a um custo médio de R\$ 582,91/beneficiário.

Os dados relativos aos procedimentos realizados no ano de 2011, em beneficiários do PLANSESV, pelas unidades habilitadas junto ao plano, estão expostos no Quadro 7. Para a sua elaboração considerou-se apenas duas categorias de procedimentos: os ambulatoriais, que reúne consultas, exames de apoio ao diagnóstico, tratamentos fisioterápicos, dentre outros, e os hospitalares,

equivalentes a internamentos. Esta última categoria contempla os diversos procedimentos realizados pelos hospitais durante o período de internamento de beneficiários, sendo registrado contudo, apenas o registro único do internamento, dado que para efeito do presente estudo o objetivo era o de identificar a existência de serviços aptos a procederem tratamentos que requeiram internamento.

Salienta-se que foram registrados atendimentos por prestadores diversos de todas as regiões administrativas quando analisada a cobertura para procedimentos essenciais, aqui identificados como consultas em clínica geral, consultas em clínica pediátrica e internamentos, quer sejam em crianças ou adultos, assim como internamentos cirúrgicos gerais ou especializados, tendo-se tomando para a análise o período de seis meses, compreendidos entre julho e dezembro de 2011, conforme Tabela 4.

Quadro 7 - Procedimentos ambulatoriais e internamentos realizados em beneficiários do PLANSEV, por macro e microrregião de realização, no ano de 2011

Macro	Microrregião de atendimento	Nº Internamentos	Nº Proced. ambulatoriais	Total proced/ microrregião
Centro Leste	Feira de Santana	43.002	181.897	224.899
	Itaberaba	1.548	8.992	10.540
	Seabra	-0-	919	919
	Serrinha	1.611	9.435	11.046
Centro Norte	Irecê	4.458	12.379	16.837
	Jacobina	4.117	3.480	7.597
Extremo Sul	Porto Seguro	831	1.424	2.255
	Teixeira de Freitas	3.458	8.057	11.515
Leste	Camaçari	2.108	13.462	15.570
	Cruz das Almas	889	6.850	7.739
	Salvador	610.057	1.153.554	1.763.611
	Stº Antonio Jesus	4.721	32.227	36.948
Nordeste	Alagoinhas	10.039	24.167	34.206
	Ribeira do Pombal	-0-	90	90
Norte	Juazeiro	3.688	13.626	17.314
	Paulo Afonso	63	1.631	1.694
	Senhor do Bonfim	3.377	6.969	10.346
Oeste	Barreiras	1.043	5.039	6.082
	Ibotirama	-0-	1.092	1.092
Sudoeste	Brumado	1.091	4.609	5.700
	Guanambi	1.187	2.177	3.364
	Itapetinga	3.969	4.032	8.001
	Vitória Conquista	33.539	71.804	105.343
Sul	Ilhéus	6.919	27.463	34.382
	Itabuna	16.782	87.307	104.089
	Jequié	17.331	41.559	58.890
	Valença	2.711	7.035	9.746
TOTAL GERAL		778.539	1.731.276	2.509.815

Fonte: TOP Saúde, 2012

O quadro revela mais uma vez o déficit de serviços em microrregiões como Seabra, Ribeira do Pombal, Paulo Afonso e Ibotirama, sobretudo no que se refere a cobertura hospitalar. Considerando-se que a ausência de serviços próximos à localidade de residência constitui-se em obstáculo ao acesso da população beneficiária, quer pelas dificuldades de deslocamento por conta de distância geográfica quer pelos custos de deslocamento, reforça-se a necessidade de uma melhor distribuição da cobertura dos serviços de modo a atender as necessidades de saúde da totalidade dos beneficiários, de modo a que o PLANSERV cumpra a sua missão institucional de “promover a assistência à saúde, contribuindo para a qualidade de vida dos seus beneficiários” e alcance o seu objetivo de ‘ser reconhecido como a melhor assistência em saúde suplementar no Estado da Bahia’, conforme missão e visão definidas pelo órgão.

A Tabela 4 ratifica os achados anteriores, quando se observa a manutenção do padrão de cobertura. Ao detalhar-se a situação de atendimentos ambulatoriais, fica mais uma vez evidenciada a maior concentração de procedimentos realizados na macro Leste, que assume a realização de mais de 65% do total de procedimentos. Tal pode ser explicado pelo fato da capital do Estado, localizada na microrregião de Salvador, pertencer a esta macro onde se encontra situada grande parte dos serviços de saúde da Bahia, tanto em termos quantitativos quanto de complexidade dos mesmos. Esta tabela 4 evidencia ainda o déficit em assistência pediátrica, com 72,7% dos atendimentos dando-se na macro leste, sugerindo, grande déficit de serviços nesta especialidade nas demais regiões.

Tabela 4 - Número de atendimentos em clínica médica, clínica pediátrica e internamentos realizados em beneficiários do PLANSESV, por macrorregião administrativa, no 2º semestre de 2011

Macrorregião	% beneficiários residentes	Procedimentos/Atendimentos			Total de Procedimentos	% Procedimentos
		Clínica Médica	Clínica Pediátrica	Internamentos		
Centro Leste	13,60%	9.510	3.349	3.473	16.332	11,35%
Centro Norte	3,20%	258	706	641	1.605	1,12%
Extremo Sul	1,44%	1.076	68	326	1.470	1,02%
Leste	55,42%	45.807	25.506	23.706	95.019	66,03%
Nordeste	3,83%	1.660	434	598	2.692	1,87%
Norte	3,86%	1.781	1.294	561	3.636	2,53%
Oeste	1,76%	2.074	-	89	2.163	1,50%
Sudoeste	7,52%	5.211	1.311	2.270	8.792	6,11%
Sul	9,37%	6.681	2.394	3.113	12.188	8,47%
Total	100,00%	74.058	35.062	34.777	143.897	100,00%

Fonte: TOP Saúde/PLANSESV, 2012

Registra-se que no primeiro semestre de 2012 foi instituído o Programa de Atendimento Ambulatorial Pediátrico, com o objetivo de oferecer uma melhor atenção à saúde da população beneficiária da faixa etária de 0 a 12 anos de idade. O programa prevê atendimento com consultas pediátricas, nas especialidades em pediatria, acompanhamento em fisioterapia e em fonoaudiologia, quando indicados. Para o programa, o PLANSESV instituiu valores de pagamento de honorários profissionais diferenciados, de modo a torná-lo mais atrativo para os prestadores, visando impactar a situação de déficit de serviços credenciados na especialidade, e desse modo, atrair prestadores para o credenciamento, diminuindo assim os problemas relacionados com a universalidade do acesso.

5.4 GRAU DE SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Para a análise do efeito da política pública em questão, o levantamento de indicadores de satisfação dos beneficiários foi tomado como mais adequado para a análise. Para tanto foram trabalhadas as manifestações espontâneas da população coberta pelo plano, por meio das demandas encaminhadas à Ouvidoria do Planserv, assim como se fez uso de dados secundários, relativos à pesquisa de satisfação

realizada por cinco técnicos da SAEB, no período de 21 de dezembro de 2010 a 24 de janeiro de 2011, como parte do Projeto de formação de consultores internos para atuação junto à Secretaria referida, cujo banco de dados foi disponibilizado na íntegra para uso na presente pesquisa.

A pesquisa referida foi realizada a partir da disponibilização de questionário no site do Planserv e de link no Portal do Servidor, tendo-se obtido a participação de 614 beneficiários residentes de todas as microrregiões do Estado. Em que pese o banco de dados contemplar uma série de dados, trabalharam-se apenas aqueles de interesse imediato, correspondentes à caracterização geral dos beneficiários que responderam à pesquisa e dados de satisfação geral com relação aos serviços prestados pelo PLANSERV. Deste modo foi destacado como de importância para o estudo, o levantamento do grau de satisfação dos beneficiários com relação ao rol de cobertura disponibilizado, e o destaque para a rede de serviços ambulatoriais de consultas médicas disponibilizada, assim como a assistência hospitalar posta à disposição do PLANSERV. Procurou-se ainda conhecer as manifestações feitas pelos usuários durante a pesquisa, de modo a orientar a análise dos dados.

Quanto ao perfil da população de beneficiários que respondeu à pesquisa, 59,8% eram mulheres.

Com relação à idade, a mesma variou conforme tabela a seguir:

Tabela 5 – Número e percentual da população de beneficiários pesquisada, por faixa etária e sexo, 2010/2011

Faixa etária	Mulheres	Homens	Total	%
Menos de 25 anos	16	11	27	4,40
26 a 35	73	61	134	21,82
36 a 45	136	94	230	37,46
46 a 55	102	61	163	26,55
56 a 65	39	17	56	9,12
Mais de 65	1	3	4	0,65
Total	367	247	614	100,00

Fonte: Pesquisa de Satisfação do usuário do PLANSERV/SAEB, 2012

Para a análise do grau de satisfação, assumiu-se que os registros correspondentes a “Totalmente insatisfeito” e “Insatisfeito” representa índice de reprovação ao plano, enquanto que as manifestações de Indiferença, Satisfeitos e

Plenamente Satisfeitos correspondem à aprovação.

Submetendo-se a disponibilização dos procedimentos de consultas e de internamento de forma destacada e, a disponibilização da totalidade dos serviços ofertados à análise do grau de aceitação por parte os beneficiários, obtiveram-se os resultados apresentados no quadro a seguir:

Quadro 8 – Grau de satisfação dos beneficiários pesquisados, em relação ao rol de cobertura de procedimentos e rede de serviços ambulatoriais e hospitalares disponibilizados pelo PLANSERV, 2010/2011.

Item Avaliado	Grau de Satisfação (em %)				
	Totalmente Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Plenamente Satisfeito
Rol de Cobertura	7,93	36,22	6,64	42,00	7,21
Rede Ambulatorial (consultórios e Clínicas Médicas)	14,43	35,35	8,76	36,70	4,76
Rede Hospitalar	11,46	29,41	7,39	45,55	6,19

Fonte: Pesquisa de Satisfação do usuário do PLANSERV/SAEB, 2012

Com relação ao grau de satisfação informado pelos beneficiários que voluntariamente responderam à pesquisa, com relação à cobertura de serviços oferecida pelo plano, 44,15% manifestaram-se descontentes, enquanto 55,85% demonstraram aprovação quanto ao elenco de serviços disponibilizados. Fazendo-se o recorte para a avaliação do grau de satisfação manifestado pela população residente na região metropolitana, onde se encontra a maior concentração de prestadores credenciados, ainda que também de beneficiários residentes, obteve-se índice de 69,30% de aprovação.

Quanto ao grau de satisfação relativo à rede de serviços disponibilizada para a realização de consultas médicas obtiveram-se índices de 49,78% de reprovação, contra 50,22% de aprovação. A mesma tendência é verificada quando se avalia a rede hospitalar posta a serviço dos beneficiários, com 59,13% de aceitação.

Procurou-se estabelecer a correlação entre os graus de satisfação e o local de moradia e entre estes e a faixa etária dos beneficiários, tendo sido verificado que, dentre os beneficiários que atenderam à pesquisa, apenas 204 (33,22%) identificaram o município de residência, sendo que destes apenas 26 (12,74%)

residiam em municípios sede de microrregião, onde se encontra maior concentração de serviços de saúde credenciados, o que pode justificar os graus de satisfação referidos.

Quanto à relação faixa etária e grau de satisfação obtiveram-se os dados de acordo com tabela a seguir:

Quadro 9 – Grau de satisfação dos beneficiários em relação à assistência prestada pelo PLANSEV de acordo com faixa etária da população pesquisada, 2010/2011.

Faixa Etária	Grau de Satisfação					Total
	Totalmente Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Plenamente Satisfeito	
< 25 anos	6	10	4	7	0	27
26 a 35 a.	20	55	11	43	5	134
36 a 45 a.	32	110	13	70	5	230
46 a 55 a.	14	52	8	76	13	163
56 a 65 a.	4	13	1	27	11	56
> 65 anos	0	0	0	4	0	4

Fonte: Pesquisa de Satisfação do usuário do PLANSEV/SAEB, 2012

Dentre a população beneficiária pesquisada com menos de 25 anos, 40,74% informaram estar satisfeitos com a assistência prestada pelo PLANSEV ou eram indiferentes; entre a população da faixa etária de 26 a 45 anos, 40,78% mostraram-se indiferentes ou satisfeitos ou plenamente satisfeitos com o Plano, sendo verificado para a faixa etária de 46 a 65 anos um percentual de 62,10%, percentual este que sobe para 69,64% se considerarmos apenas a faixa etária de 56 a 65 anos. Com relação aos beneficiários com mais de 65 anos, apenas 4 responderam a pesquisa, sendo que 100% destes mostraram-se satisfeitos com a assistência prestada pelo PLANSEV, confirmando a tendência de que o grau de satisfação para com o plano tende a ser melhor avaliado pelos beneficiários de mais idade, o que pode estar relacionado não apenas ao fato de que, diferentemente de outros planos de saúde complementar, a contribuição financeira não estar relacionada à idade, o que poderia tornar a adesão a outros planos proibitiva. Como referido no Quadro 1 os valores de contribuição mensal estão relacionados à faixa salarial do servidor público estadual.

Quanto aos dados de manifestações junto à Ouvidoria do Planserv, foram

selecionadas aquelas que deram entrada no órgão a partir de 2007, sendo as mesmas agrupadas nas categorias de a) elogios, b) reclamações e c) outros, sendo estas equivalentes a manifestações para solicitação de informações e solicitações outras e até mesmo encaminhamentos de sugestões, tendo se obtido os seguintes resultados:

Tabela 6 – Quantitativo, e percentual relativo de manifestações recebidas pela Ouvidoria do Planserv, por tipo, nos anos de 2007 a 2010.

Ano	Elogios	%	Reclamações	%	Outros	%	Total
2007	179	2,8	3.116	47,7	3.231	49,5	6.526
2008	208	3,2	2.524	38,4	3.837	58,4	6.569
2009	159	4,9	2.249	69,4	833	25,7	3.241
2010	143	3,5	3.326	81,3	621	15,2	4.090

Fonte: Ouvidoria/PLANSERV/ 2012

Os dados demonstram uma forte tendência para insatisfação por parte dos manifestantes, ainda que o número de manifestações em relação ao total de beneficiários, ou mesmo ao total de titulares do plano, seja pouco significativo.

Pelos dados apresentados observa-se que houve um discreto aumento nas manifestações de elogios ao longo dos quatro anos analisados, mas em contrapartida identifica-se também um aumento percentual das manifestações identificadas como “reclamações”. Para melhor entendimento da situação buscou-se aprofundar a pesquisa no sentido de melhor identificar itens de desagrado da população beneficiária. Para tanto decodificaram-se as reclamações recebidas no ano de 2011, por serem mais atuais e portanto mais representativas da situação vigente, quando se identificou que foram recepcionadas 2.902 manifestações classificadas como reclamações, sendo as mesmas agrupadas em::

- Manifestações relativas a solicitações para revisão de negativas proferidas para realização de procedimentos, para liberação de OPME, solicitações para excepcionalização para realização de procedimentos sem cobertura assim como para dispensação de tratamentos medicamentosos, contestação em relação a pareceres de perícias realizadas e outras relacionadas a internamento domiciliar: 831 (28,6%)
- Dificuldades administrativas tais como realização da identificação

biométrica, não recebimento da carteira de beneficiário, manifestações relativas à inclusão ou exclusão de beneficiários, solicitação de restituição, manifestação sobre a lei que instituiu a coparticipação, dentre outros: 784 (27,0%)

- Reclamações relacionadas à deficiência de Rede para atendimento: 731 (25,2%)
- Dificuldades ou Insatisfação com o atendimento recebido nas unidades prestadoras de serviços: 478 (16,5%)
- Reclamações relacionadas ao processo de comunicação, tais como manifestações referentes ao site do Planserv, dificuldades junto ao SAC e ao 0800: 78 (2,7%)

Quando associamos os dados das manifestações ativas junto à Ouvidoria do Planserv com os dados da pesquisa realizada entre dezembro de 2010 e janeiro de 2011, quando 614 pessoas responderam ao questionário, identificamos manifestações que corroboram não apenas com os dados da Ouvidoria, como também com os dados de cobertura apresentados. Seguem algumas transcrições de manifestações, tendo as mesmas sido agrupadas entre as que demonstravam algum grau de satisfação com relação ao desempenho do PLANSERV e aquelas nas quais havia algum tipo de manifestação de insatisfação:

Acho que apesar de estar melhorando, no interior a cobertura é muito precária. Consulta com oftalmologista por exemplo, deve ser marcada com dois, três meses de antecedência. A capital é bem servida mas o interior deixa muito a desejar. Teve uma questão que marquei que não sinto discriminação quanto ao atendimento pelo Planserv, mas há sim, pois em muitos lugares atende outros planos e o Planserv não (MMRN);

O atendimento é precário na minha cidade (S);

No interior presta um mal serviço, principalmente na área de pediatria.(JBV);

O planserv precisa credenciar mais hospitais e Clinicas em Teixeira de Freitas para atender ao extremo sul" (IRAM);

Só serve para quem mora em cidade grande, ou na Capital. No interior do Estado não há médicos nem clinicas credenciadas, quase não uso embora preciso (AJS).²

As manifestações acima reforçam o que foi evidenciado na análise quantitativa, referente ao funcionamento do PLANSERV, em que se verifica déficit

² Entrevistas fornecidas por usuários do PLANSERV a Marcus Gusmão *et al.* publicadas no Banco de Dados da Pesquisa de Satisfação, como parte do Projeto de formação de consultores internos para a SAEB, Salvador – Bahia, 2010-2011.

de prestadores para garantir a atenção à saúde dos seus beneficiários, em algumas regiões do Estado.

Em Salvador somos atendidos bem, mas em Porto Seguro o atendimento não presta, não tem lugar que atenda (JPN);

Bom. Mas poderia ficar melhor, principalmente para pessoas como eu que resido no interior. Não tem toda especialidade (RSBJ);

A rede de prestadores em cidades maiores é boa, o que não ocorre em cidades de porte menor, como Seabra, por exemplo. Determinados procedimentos, se não utilizar o atendimento particular, temos que nos deslocar mais de cem quilômetros, no mínimo, 350 quilômetros (LCOM);

O plano é bom, mas só funciona plenamente em Salvador, deixando muito a desejar nas demais cidades do interior (NFS);

Considero um plano excelente, mas para quem mora na capital. Muitas clínicas credenciadas, muitas especialidades, ótimo atendimento. Aqui no interior, pagamos uma taxa muito alta, pois as especialidades que eu e minha família precisamos não contamos com o benefício. Penamos muito! Preciso mostrar uma mamografia, quando ligo para o dito CDM, sempre a agenda está cheia e só marca na segunda as vezes agente esquece... (BCPM);

O plano é bom, mas só funciona plenamente em Salvador, deixando muito a desejar nas demais cidades do interior. (NFS);

É um plano bom só que aqui em Juazeiro-Ba está faltando hospitais mais credenciados, acho que deveria abrir alguns precedentes junto a UNIMED como fez aí no Sul da Bahia salvo engano em Vitória da Conquista.” (ELS);

acho um plano bom, só precisa se expandir mais no interior, especialmente em Santo Antonio de Jesus-ba, que é uma negação” (CAAL); (Informação verbal)³

Nesses relatos identificamos manifestações de aprovação ao plano, com avaliações satisfatórias do mesmo, sendo feitas contudo, referências à necessidade de se ampliar a rede de prestadores de modo a dar cobertura a toda a população beneficiária.

Eu sincera e honestamente não tenho do que me queixar do plano. Apenas gostaria de sugerir aos gestores do plano que ampliem o número de hospitais com atendimento em emergência pediátrica, pois depois que passaram a aceitar netos de funcionários públicos, aumentou a demanda e não a oferta no número de locais para atendimento. POR FAVOR pensem nisso. Agora é muito demorado os atendimentos nas emergências pediátricas. (P);

O Planserv é um plano bom. talvez falte apenas uma ampliação de sua rede e com mais especialistas para que não fique centralizado em alguns como aqui em feira de Santana. (ACMM);

³ Idem.

em nossa cidade regular, porque não dispomos de todas as especialidades, temos que ir a Salvador que fica a 475 km de Irecê” (IBR);

é um bom plano de saúde.pena que na cidade de Ipiáu, não temos hospitais e médicos credenciados” (JLMS). (Informação verbal)

Neste bloco temos manifestações de aprovação ao plano, quando é feita referência ao mesmo ser um bom plano, sem contudo deixar de se abordar a deficiência em certas localidades. Levanta a questão da concentração de serviços de saúde especializados em alguns municípios do Estado, o que se torna um complicador devido às distâncias geográficas verificadas, que pode comprometer o acesso da população aos serviços, podendo o problema ser agravado se forem considerados os custos para deslocamentos..

Um plano de saúde de referência para todo o Estado da Bahia que precisa incluir em seus procedimentos o ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO com URGÊNCIA (JLAS);

É um bom plano, o que não gosto é que não possui credenciamento com dentistas, e aí tenho que pagar mais um plano, o que não acontecia com o IAPSEB. Deveria ampliar a rede de atendimento” (ASOS);

Bom, porém poderia ampliar o credenciamento de algumas especialidades tais como endocrinologia, dermatologia (WSA);

O serviço tem melhorado, porém ainda há muito pra avançar. É preciso ampliar as opções de atendimento, incluindo especialidades médicas, como nutrologia, além de outras especialidades na área de saúde como: nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia” (J);

um bom plano para realização de exames, (...) com relação ao atendimento e internamento em hospitais percebo que o Planserv vem melhorando, inclusive com atendimento em Homecare.” (FBC); (Informação verbal)⁴

As manifestações acima abordam um aspecto importante para a gestão, já que, sendo o PLANSERV a operacionalização de uma política pública social, da área da saúde, esta deve estar em consonância com as diretrizes da política nacional que preconiza a integralidade da assistência como um dos princípios fundamentais para a melhoria dos níveis de saúde da população, de acordo com a CF (1988), sendo a assistência odontológica, assim como a assistência nutricional, fonoterápica e outras, importantes nesse processo.

Outro aspecto a ser considerado é o da necessidade, já abordada, de se investir na comunicação com os beneficiários, posto que o PLANSERV oferece

⁴ Idem.

cobertura para tratamentos fisioterápicos, assim como desenvolve um programa de acompanhamento de beneficiários portadores de endocrinopatias, desde 2010, o qual contempla assistência nutricional. Quanto à fonoterapia, desde 2010 registra-se cobertura da mesma, para casos que requerem tratamento, em situações clínicas específicas, além de compor o programa de atenção pediátrica. Salienta-se que fonoterapia para tratamento de agravos relacionados ao trabalho não têm previsão legal de cobertura.

O bloco a seguir traz manifestações de aprovação ao plano, que devem ser analisadas em conjunto com as informações obtidas a partir das análises dos dados de desempenho do plano, que se propõe a ser uma política pública cujo objetivo é investir na promoção, e reabilitação da saúde dos servidores estaduais.

Acho um bom plano para nós servidores ... (LMMS);

Um bom plano mas deveria cobrar menos como forma de valorizar o servidor público, deveria retornar a aceitar mãe como dependente. (PHAR);

O plano de assistência que tem favorecido a manutenção da saúde do servidor a preços favoráveis, diferentes dos valores cobrados por outros planos e que tem se empenhado em aumentar a cobertura em diversas especialidades. (N);

Um plano que oferece uma rede de cobertura satisfatória a preços razoáveis compatíveis com a renda do servidor e que tem se mostrado útil no tratamento de saúde dos servidores ... (N);

Um excelente plano." (CAS);

O melhor plano do mundo! (JSP);

Eu acho bom pois permite o acesso de todos os servidores independente da renda. (RFS);

Até o momento está satisfazendo as minhas expectativas e de meus dependentes como um plano de saúde. que não deixar a desejar e não perde para planos existentes no mercado. (DMS);

Não deixa nada a desejar....concorre em igualdade e qualidade aos planos privados, (PASST);

Acho um bom plano de saude quando precisei dele fui bem atendida, não tenho até o momento motivos para insatisfação, espero que sempre melhore o atendimento. (MRNBC)

Eu estou satisfeita com o Planserv. A única ressalva que tenho é que sou professora e acho que o plano deveria dar cobertura para atendimento psicológico com um limite de sessões anuais; o restante das sessões cobriríamos com o nosso salário. (ARSN); (Informação verbal)⁵

⁵ Idem.

As observações feitas pelos usuários do PLANSESV contribuem para a evidenciação do déficit de cobertura em cidades do interior. Tal coincide com uma baixa densidade de serviços de saúde da rede privada existente no interior do Estado, notadamente em municípios de pequeno porte populacional e de baixa renda. Observa-se que em localidades onde não se identifica o interesse da implantação de unidades da rede privada, o caminho tem sido a superação da deficiência de assistência a partir do poder público, consonante inclusive com a obrigatoriedade constitucional da garantia da saúde da população pelo Estado/poder público.

Evidencia-se também um destaque para a questão do déficit de cobertura para determinadas especialidades, a exemplo de pediatria e endocrinologia, coincidente com a carência de profissionais nas especialidades, no Estado. A institucionalização dos programas de atenção às endocrinopatias e de atenção pediátrica, em que pese minorarem os problemas identificados, a partir de incentivos para o credenciamento de prestadores na rede de assistência especializada, inclusive pela diferenciação de valores de pagamento para o desenvolvimento dos respectivos programas de caráter multidisciplinar, esbarra nas limitações do contexto de deficiência de especialista na área.

Além da preocupação com a atenção pediátrica em especial, os depoimentos trazem também a questão da assistência odontológica não inserida no rol de cobertura do PLANSESV, mas que era contemplada no rol de cobertura do extinto IAPSEB, Instituto responsável pela assistência previdenciária e pela assistência à saúde, que precedeu a criação do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Estaduais - PLANSESV. Os depoimentos reforçam também a necessidade de investimentos em comunicação, dado que na análise da totalidade das manifestações apresentadas pela pesquisa, identificou-se desconhecimento da rede credenciada e da existência de programas especiais com cobertura para procedimentos especiais como fonoterapia, assistência nutricional e acompanhamento psicoterápico (este último como parte do programa de saúde mental).

Do ponto de vista do reconhecimento público, o PLANSESV foi eleito como melhor plano nos anos de 2010 e 2011, assim como sua coordenadora também foi eleita como melhor gestora nos dois anos referidos, fazendo jus ao Prêmio

Benchmarking de Saúde, instituído no ano de 2011 com o intuito de eleger organizações e gestores do nordeste que tenham se destacado na área de saúde. O Prêmio é uma promoção da Revista Diagnóstico e tem o apoio da Associação dos Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia (AHSEB), da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) e a União Nacional das Instituições em Auto gestão em Saúde (UNIDAS).

Os critérios para a escolha dos vencedores contemplam os itens de:

1. credibilidade, entendida como posicionamento da organização ou gestor frente ao mercado, assim como suas práticas de assistência à saúde;
2. inovação, que considera as ações de empreendedorismo, projetos de gestão e/ou governança e iniciativas afins que os identifique como modelos a serem seguidos;
3. Novos investimentos, quer seja em novas tecnologias, abertura de novas unidades ou ampliação de serviços;
4. Visibilidade de mercado, critério esse referente a avaliação de desempenho, considerando-se investimentos em marketing, publicidade e comunicação corporativa.

Entre as categorias de premiação têm-se a de melhor empresário da saúde da esfera privada e melhor gestor público, tendo sido os indicados para o ano de referência de 2011, nesta última categoria, os secretários municipais de saúde de Feira de Santana e de Salvador, o secretário estadual de saúde e a coordenadora do Planserv. Há ainda as categorias de melhor Hospital-Dia, melhor hospital filantrópico, melhor hospital da rede privada, melhor hospital do interior, dentre outros, além de melhor medicina de grupo e melhor operadora de auto gestão, categoria na qual se encontra o PLANSEV, que concorreu para o ano de referência de 2011 com a CAMED, a CASSEB e a CASSI Petrobrás.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde constitui-se, de acordo com o art. 6º da CF, num direito social, ao lado da educação, da alimentação, do trabalho, da moradia, lazer, segurança, previdência social, da proteção à maternidade e à infância, assim como da assistência aos desamparados, devendo a mesma ser garantida portanto pelo poder público, “mediante políticas sociais e econômicas” (art. 196).

A Constituição Federal de 1988 define ainda as diretrizes para o desenvolvimento das políticas públicas a partir de então, quais sejam a universalização e a igualdade do acesso, diretrizes essas segundo Franzese e Abrucio (2009) “típicas de um modelo de Estado de Bem-estar Social” (p.31), devendo adotar-se a descentralização como estratégia para se alcançar a implementação de tais princípios. Para os autores referidos, a partir de então o governo federal não apenas promoveu a execução de um programa nacional por meio das unidades descentralizadas como transferiu a essas unidades a gestão das políticas públicas nas áreas sociais (FRANZESE e ABRUCIO, 2009).

No Estado da Bahia a assistência à saúde dos servidores estaduais, efetivada por meio do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais/Planserv, constitui-se, como explicitado nos termos da Lei Estadual nº 9.528 de 2005 numa política pública, sob a execução da CASS - Coordenação de Assistência à Saúde do Servidor, devendo desse modo adotar os princípios constitucionais.

Os resultados da pesquisa apontam para o cumprimento da missão institucional, dado que o Planserv tem ofertado serviços de atenção à saúde no âmbito do Estado, com identificação de prestadores credenciados em todas as microrregiões da Bahia, atendendo desse modo a expectativa da descentralização da atenção à saúde. Salienta-se, contudo que, para o efetivo cumprimento do princípio da universalidade, assumido no presente trabalho como a disponibilização da atenção à saúde a todos os beneficiários do plano, devem ser buscadas formas de se resolver a questão do acesso a alguns tipos de serviços, o mais próximo possível do local de residência do beneficiário, devendo em alguns casos, como

para a prestação de atenção básica, a exemplo de consultas pediátricas, buscar alternativas para que a mesma ocorra no município de residência do beneficiário, considerando inclusive que a distância geográfica não apenas representa dificuldade de acesso, mas, pela possibilidade de poder demandar custos de deslocamento, pode se constituir em impedimento real ao acesso.

Identificou-se, a partir da pesquisa, que o PLANSESV vem buscando o aperfeiçoamento institucional no sentido do cumprimento dos seus propósitos, a exemplo da implementação de programas de endocrinopatias, saúde mental e mais recentemente de pediatria. Além disso a publicação de editais para habilitação de serviços, com manutenção da abertura dos mesmos para fins de credenciamento de tantos quantos prestadores se apresentem, bastando para tanto que esses cumpram requisitos legais identificados, também cumpre o propósito de ampliação de cobertura.

Contudo, em algumas situações, como é o caso da assistência pediátrica, a busca de solução esbarra-se em situações que extrapolam o propósito de resolução a partir da disponibilidade de recursos da comunidade, quer seja pelo não interesse de serviços existentes de participarem da rede de credenciamento, quer por sua inexistência em determinadas localidades. Desse modo é imperativa a necessidade do PLANSESV de buscar alternativas, a exemplo de criação de serviços próprios, de instituição de sistema de regulação com encaminhamento de beneficiários para onde existam serviços aptos para o atendimento, dentre outras alternativas a serem identificadas. Tal é fundamental no sentido de que a política em questão se efetive de forma equânime e justa, princípio adotado pela mesma, considerando-se que o sistema de financiamento considera a faixa salarial do servidor para definição da contribuição, diferentemente dos demais planos de saúde, o que ratifica o propósito do Estado de ter um sistema de assistência à saúde dos seus servidores pautado no princípio da equidade.

Do ponto de vista da análise dos resultados admite-se que a política pública de atenção à saúde do servidor estadual é eficaz, ainda que a sua efetivação apresente dificuldades para o atendimento dos seus objetivos no que se refere à prestação de serviços em municípios de pequeno porte. Pelo desempenho, do ponto de vista do uso adequado do orçamento, a mesma pode ainda ser considerada eficiente.

A análise se deu a partir do entendimento da política pública efetivada pelo PLANSESV como sendo um produto institucional, conforme proposto por Dye (2010). De modo geral, como abordado por SANTOS *et al.* (2007), o entendimento de política pública está atrelado à produção pelo Estado. Contudo o autor referido chama a atenção para a importância de se buscar entender o porquê do Estado participar da produção social, assim como refletir se de fato toda a produção do Estado tem caráter público. Santos *et al.* (2007) instiga ainda a se pensar no paradoxo de que

à medida que invocamos políticas públicas e avocamos para o Estado capitalista a capacidade política e administrativa para realizá-las, mais distantes elas vão ficando dos seus objetivos, ou seja, mais elas vão perdendo abrangência, vão se tornando menos universais e mais particulares (p.822)

Tal reflexão parece apropriada para o presente estudo, na medida em que, tendo sido instituída a política nacional de saúde concretizada através do Sistema Único de Saúde – SUS, a quem cabe, por meio do poder público, garantir a atenção à saúde da população, o qual deve atender ao princípio da universalidade, sendo garantido a todos os cidadãos o acesso aos serviços que por sua vez devem também cumprir os princípios da integralidade e da equidade, por que assumir uma política pública específica para os servidores estaduais visando a assistência à saúde? E sendo uma política pública, que portanto deve atender aos princípios constitucionais que preconizam que as políticas públicas adotem a universalidade e a igualdade como princípios básicos, por que no caso do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Estaduais a mesma é restrita àqueles servidores que optam por contribuir para sua implementação?

Tais questionamentos podem ser melhor entendidos a partir das considerações de Santos *et al.* (2007) a respeito, quando os mesmos abordam que, sendo o propósito da ação do Estado o atendimento de uma insatisfação manifestada pela sociedade, a mesma só tem sentido se efetivamente cumprir a finalidade de eliminar a insatisfação identificada. Deste modo pode-se, trazendo para o campo da saúde, identificar que, não estando as necessidades de saúde sendo atendidas a partir do SUS, e não tendo a maioria dos servidores públicos condições de acesso à rede privada de assistência à saúde ou mesmo a outros planos de saúde, o Estado encontra justificativas para a instituição de política voltada para

essa parcela da população, de modo a minimizar a insatisfação desta. Sendo assim, o Estado deixa de efetivamente investir na resolução do problema real da saúde, à semelhança do que Santos *et al* (2007) chamam a atenção a respeito de que o Estado, deixa de efetivamente atacar o problema da “distribuição da riqueza social”. Para os autores referidos “quando se fala em formular e implementar uma política social, a sociedade o faz por conta de alguma insatisfação em relação ao mercado que não consegue distribuir adequadamente a riqueza produzida pelo esforço social” (p.824). O papel das políticas públicas seria exatamente o de promover a distribuição referida.

A indagação a respeito da produção do Estado ter de fato um caráter público pode ser respondida apenas com a afirmativa de que as políticas desenvolvidas pelo Estado são ações públicas, nas quais se faz uso de recursos públicos para sua efetivação, tendo por finalidade o bem-estar social (SANTOS *et al*, 2007). No entanto, nem sempre o alvo das ações públicas é a sociedade em sua totalidade. Santos *et al* (2007) sinalizam que desse modo não temos porque falar em política pública, dado a mesma não ser definida pela coletividade e por nem sempre estar dirigida ao bem comum, assim como normalmente visam apenas “amenizar os efeitos negativos da irracionalidade da acumulação privada”.

Quanto ao questionamento de ser a política pública direcionada apenas para quem fizer a opção pela assistência suplementar através do PLANSERV, e portanto para aqueles que participem do financiamento da política, o mesmo poderia ser justificado pelo fato de que tal plano não poderia ter seu financiamento assumido apenas com recursos do Estado, dado serem estes recursos públicos e portanto para serem empregados, em princípio, para benefício de toda a população, ainda que permaneça a questão de não ser a política voltada para todo o seguimento dos servidores públicos estaduais.

Deste modo entende-se a necessidade do aprofundamento da pesquisa no campo do desenvolvimento de políticas públicas voltadas para atendimento de necessidades de parte da população, assim como, no âmbito da gestão do PLANSERV espera-se que esta pesquisa possa auxiliar na busca da melhoria da assistência à saúde dos servidores do Estado da Bahia.

REFERÊNCIAS

BAHIA. **Banco de dados da Pesquisa de Satisfação com os usuários do PLANSERV**, como parte do Projeto de formação de consultores internos para a SAEB. Salvador, 2011. Entrevista concedida a Marcus Gusmão et al.

BAHIA. **Decreto nº 12.257**, de 15 de julho de 2010. Altera dispositivos do Decreto nº 9.552, de 21 de setembro de 2005, que aprova o Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais? PLANSERV, e dá outras providências.. Salvador, BA. Disponível em www.planserv.ba.gov.br. Acesso em 12dez2011

BAHIA. **Lei nº 12.351**, de 08 de setembro de 2011. Institui mudanças no Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais - PLANSERV e altera a **Lei nº 9.528**, de 22 de junho de 2005. Salvador, BA. Disponível em www.planserv.ba.gov.br. Acesso em 12dez2011

BAHIA. **Decreto nº 20.200** de 22 de março de 1967. Aprova o regulamento do Instituto de Assistência e Previdência do Servidor do Estado da Bahia – IAPSEB. Salvador, BA. Disponível em <http://www.portaldoservidor.ba.gov.br/content/legisla%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em 13dez2011

BAHIA. **Decreto nº 7.349** de 05 de junho de 1998. Aprova o Regulamento do Plano de Saúde dos Servidores Públicos Estaduais - PLANSERV, instituído pela Lei nº 7.249, de 07 de janeiro de 1998, e dá outras providências. Salvador, BA. Disponível em http://www2.casacivil.ba.gov.br/nxt/gateway.dll/legsegov/decnum/decnum1998/decnum1998jun/decn19987349.xml#DEC_7_349. Acesso em 12dez2011

BAHIA. **Decreto nº 837** de 17 de dezembro de 1991. Aprova o Regimento do Instituto de Assistência e Previdência do Servidor do Estado da Bahia – IAPSEB. Salvador, BA. Disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/86053/decreto-837-91-bahia-ba>. Acesso em 13dez2011

BAHIA. **Decreto nº 9.552** de 21 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais – PLANSERV e dá outras providências. Salvador, BA. Disponível em www.planserv.ba.gov.br. Acesso em 12dez2011

BAHIA. **Lei nº 7.249** de 7 de janeiro de 1998. Dispõe sobre o Sistema de Seguridade Social dos Servidores. Públicos Estaduais, e dá outras providências. Salvador, BA. Disponível em <http://www1.previdencia.gov.br/docs/pdf/bahia.pdf>. Acesso em 12dez2011

BAHIA. **Lei nº 12.351** de 08 de setembro de 2011. Institui mudanças no Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais - PLANSERV e altera a Lei nº 9.528, de 22 de junho de 2005. Salvador, BA. Disponível em www.planserv.ba.gov.br. Acesso em 12dez2011

BAHIA. **Lei nº 2.679** de 26 de março de 1969. Dispõe sobre normas gerais da política assistencial e previdenciária do Estado em relação aos seus servidores e dá outras providências. Salvador, BA. Disponível em http://www2.casacivil.ba.gov.br/nxt/gateway.dll/legsegov/leiord/leiordec1960/leiord1969/leiord1969mar/lo19692679.xml#LO_2_679_ANEXO_I Acesso em 13dez2011

BAHIA. **Lei nº 3.373** de 29 de janeiro de 1975. Dispõe sobre a previdência e assistência social dos servidores públicos do Estado da Bahia e dá outras providências. Salvador, BA. Disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/70146/lei-3373-75-bahia-ba>. Acesso em 12dez2011

BAHIA. **Lei nº 7.593** de 20 de janeiro de 2000. Altera dispositivos da Lei nº 7.249, de 07 de janeiro de 1998, que dispõe sobre o Sistema de Seguridade Social dos Servidores Públicos Estaduais, e dá outras providências. Salvador, BA. Disponível em www.portaldoservidor.ba.gov.br.

BAHIA. **Lei nº 8.541** de 27 de dezembro de 2002. Dispõe sobre o Cadastro Informativo dos créditos não quitados de órgãos e entidades federais e dá outras providências. Salvador, BA. Disponível em www.portaldoservidor.ba.gov.br/content/legisla. Acesso em 12dez2011

BAHIA. **Lei nº 9.528** de 22 de junho de 2005. Reorganiza o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais e dá outras providências. Disponível em http://www.consultec.com.br/inscbd/2005insc/upload/LEI_9528_PLANSERV.PDF. Acesso em 12dez2011

BAHIA, Ligia. **Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil**. 1999. 331p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BAHIA, Ligia. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saúde e Sociedade**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902005000200003&script=sci_arttext. Acesso em 30. Nov. 2011

BELTRAME, Alberto. Política de Medicamentos de Alto Custo: O Atual Programa de medicamentos Excepcionais. In: PIERANTONI, Célia R. et al (org). **Gestão de Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: Edit. SegrecaR. UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Senado. 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/principal.htm. Acesso em 06nov2011

BRASIL. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Relatório nº 36601-BR. [s.l], 2007. **Relatório**. Eletrônico. Disponível em: < <http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf> >. Acesso em

11jan2012.

BRASIL. **Resolução Normativa - NR nº 63** de 22 de dezembro de 2003 da ANS, disponível em http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=748. Acesso em 20abr2012

BRAVO, Maria Inês S. Política de Saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, 2001. Disponível em http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso em 06.nov. 2011

COSTA, Frederico Lustosa da; CASTANHAR, José Cezar. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 962-969, set./out. 2003.

DESLANDES, Suely F. ASSIS. Simone G. Abordagens Quantitativa e Qualitativa em Saúde: o diálogo das diferenças. Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes (orgs). **Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p.195-223 Disponível em http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/369/469. Acesso em 20. abr. 2012

DODGE, Raquel E. F. A equidade, a universalidade e a cidadania em saúde, vistas sob o prisma da justiça. **Revista Bioética**, Brasília, v. 5, n. 1, 1997.

DYE, Thomas R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In HEIDERMAN, Francisco G. e SALM, José Francisco (Org.). **Políticas públicas e desenvolvimento – bases epistemológicas e modelos de análise**. 2ª Ed.. Brasília: Editora UnB, 2010, p. 99-129.

EMMENDOERFER, Luana. A Política Pública de Regionalização do Turismo em Minas Gerais: os circuitos turísticos. **Turismo em Análise**. São Paulo, v.19, n.2, p 221-240, agosto 2008. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rta/v19n2/04.pdf>. Acesso em 05dez2011

EMMENDOERFER, Magnus L. Desdobramentos da (re)configuração do Estado no Brasil para as políticas sociais. In: FERREIRA, Marco Aurélio Marques; EMMENDOERFER, Magnus Luiz; GAVA, Rodrigo (Orgs). **Administração Pública, Gestão Social e Economia Solidária**. Avanços e Desafios. 1ª edição. VIÇOSA: UFV, 2011, p. 167 a 182. Disponível em <http://www.ppgadm.ufv.br/artigos/autor01/apgsseparata.pdf>. Acesso em 05dez2011

FARIA, Carlos Aurélio P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, p. 97-109, 2005; Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v20n59/a07v2059.pdf>. Acesso em 05dez2011

FRANZESE, C.; ABRUCIO, F. L. A combinação entre federalismo e as políticas públicas no pós-1988: os resultados nas áreas de saúde, assistência social e

educação. In: Márcia Cristina Gomes da Rocha. (Org.). **Reflexões para Ibero-América: Avaliação de Programas Sociais**. Brasília: ENAP, 2009, v., p. 25-42.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000. Disponível em <http://desafios2.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/89/158>. Acesso em 16fev2012

GAETANI, Francisco. Políticas de gestão pública para o próximo governo. **Revista de Gestão Governamental e Políticas Públicas**, p.11-32, 2002. Disponível em <http://www.bresserpereira.org.br/Terceiros/02.Gaetani.PoliticasDeGestaoPublica.pdf>. Acesso em 16 fev 2012

GERSCHMAN, Silvia. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n. 5, Set/Out. 2008.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 61, p.177 a 190, Jun/ 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092006000200010. Acesso em 16. fev. 2012.

HOFLING, Eloisa de M. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. **Cadernos Cedes**, 2001, v. 21, n. 55, p.30-41, novembro/2001. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539.pdf>. Acesso em 12. nov. 2011 http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso em 06 nov. 2011

MACIEL, Marcela A. **Políticas públicas e desenvolvimento sustentável: A avaliação ambiental estratégica como instrumento de integração da sustentabilidade ao processo decisório**. In *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, 89, 2011. Disponível em http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9757. Acesso em 16fev2012

MELO, Paulo Henrique. **O Processo de Regulamentação da Assistência Médica Suplementar no Brasil**. 2002. 93f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de S. Hermenêutica-Dialética como Caminho do Pensamento Social. In MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Org.) **Caminhos do pensamento – Epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p.83-107

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000, 7ª Ed.

OLIVEIRA, Adão F. Políticas Públicas Educacionais: conceito e contextualização

numa perspectiva didática. In: FRANCISCO DE OLIVEIRA, Adão; PIZZIO, Alex; FRANÇA, George (orgs.). **Fronteiras da educação: desigualdades, tecnologias e políticas**. Goiânia: PUC Goiás, 2010. Disponível em <http://www.sinprodf.org.br/wp-content/uploads/2012/01/texto-4-pol%C3%8Dticas-p%C3%9Ablicas-educacionais.pdf>. Acesso em 12fev2012

PONTES, Ana Paula M. et al. O Princípio da universalidade do acesso aos serviços de Saúde: o que pensam os usuários? **Esc Anna Nery Revista Brasileira de Enfermagem**. [online], Rio de Janeiro, v.13, n.3. p. 500-507, 2009 jul-set;

REVISTA CIDADES DO BRASIL. Curitiba: Axios Tecnologia e Serviços, 2004. Trimestral. **O exemplo da Bahia**. Disponível em: < <http://cidadesdaobrasil.com.br/cgi-cn/news.cgi?cl=099105100097100101098114&arecod=17&newcod=602> >. Acesso em 12 jan2012.

RICHARDSON, Roberto J. et al. **Pesquisa Social. Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas. 1985

SANTOS, Reginaldo S. et al. Compreendendo a natureza das políticas do estado capitalista. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, vol. 41, nº 5, set/out. 2007.

SARAVIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. (Org.). Políticas públicas. **Coletânea**. Vol. 1, Brasília: ENAP, 2007. Disponível em: www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2857. Acesso em 06 nov. 2011

SEBRAE/ MG. As Políticas Públicas – texto extraído do documento Políticas Públicas – Conceitos e Práticas. **Série Políticas**, Públicas, Volume 7 – Ano 2008. Disponível em [http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/E0008A0F54CD3D43832575A80057019E/\\$File/NT00040D52.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/E0008A0F54CD3D43832575A80057019E/$File/NT00040D52.pdf). Acesso em 12fev2012

SEGRE, Marco, e FERRAZ, Flávio C. O conceito de Saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 31, n. 5 pp. 538-542, out. 1997. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>. Acesso em 14abr2012

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias** (UFRGS) Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez 2006, Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>. Acesso em 06 nov. 2011

SOUZA, Celina. Estado do Campo da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Fev. 2003, vol. 18, n. 51, p. 15-20. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v18n51/15983.pdf>. Acesso em 06 nov. 2011

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde** - Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde.

Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em 12 abr. 2012.

TREVISAN, Andrei Pittol e VAN BELLEN, Hans MICHAEL. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: v. 42, n. 2, mai/jun, 2008. p. 529-550.

UGÁ, Maria Alícia D. et al. Uma análise das operadoras de planos próprios de saúde dos hospitais filantrópicos no Brasil. **Caderno. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, Jan.2008, Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/15.pdf>. Acesso em 30 out. 2011.

UNICAMP. **Metodologia de Análise de Políticas Públicas** – GAPI, 2002, disponível em <http://www.oei.es/salactsi/rdagnino1.htm>, (texto extraído de: DAGNINO, Renato et al. 2002: Gestão Estratégica da Inovação: metodologias para análise e implementação. Taubaté, Editora Cabral Universitária). Acesso em 26 mar 2012

VAITSMAN, J; PAES-SOUSA, R. **Avaliação de programas e transparência da gestão pública**. In: Escola Nacional de Administração Pública – ENAP. **Caderno EIAPP** – Reflexões para Ibero-América – Avaliação de Programas Sociais. Brasília, 2009, p. 11-23

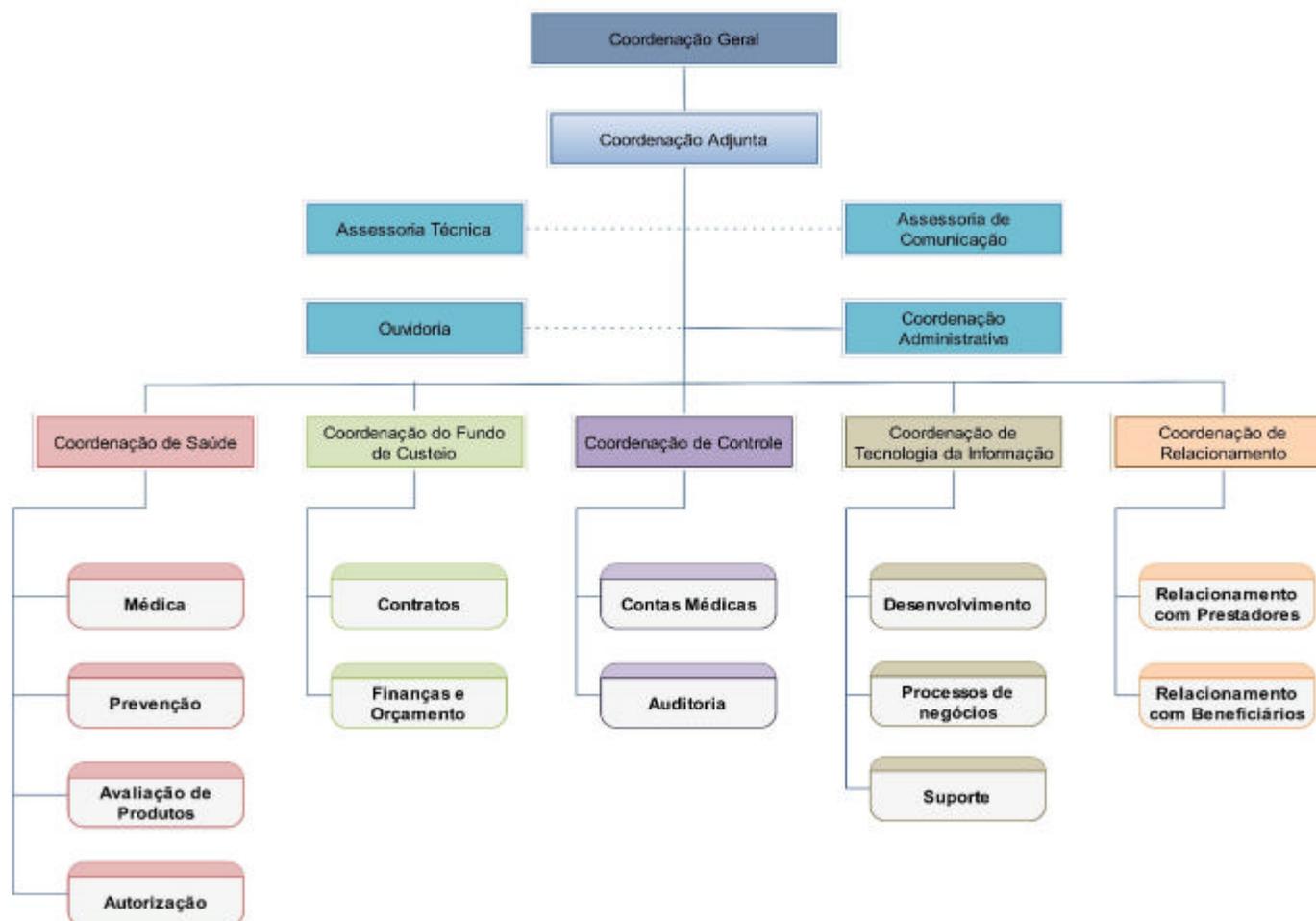
VENTURA, Magda M. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Revista SOCERJ**. 2007, v. 20, n. 5, p.383-386, set/out.2007. Disponível em http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf. Acesso em 21 mai. 2012.

ANEXO A - Tabela de Contribuição

FAIXAS DE REMUNERAÇÃO	TITULARES	CÔNJUGUES OU COMPANHEIRO	OUTROS DEPENDENTES
Até 350,00	26,00	10,40	5,72
350,01 a 450,00	36,00	14,40	7,92
450,01 a 550,00	46,00	18,40	10,12
550,01 a 650,00	50,70	20,28	11,15
650,01 a 750,00	59,80	23,92	13,16
750,01 a 850,00	68,90	27,56	15,16
850,01 a 950,00	78,00	31,20	17,16
950,01 a 1.050,00	87,10	34,84	19,16
1.050,01 a 1.150,00	96,20	38,48	21,16
1.150,01 a 1.250,00	105,30	42,12	23,17
1.250,01 a 1.350,00	114,40	45,76	25,17
1.350,01 a 1.450,00	123,50	49,40	27,17
1.450,01 a 1.550,00	132,60	53,04	29,17
1.550,01 a 1.650,00	141,70	56,68	31,17
1.650,01 a 1.750,00	150,80	60,32	22,18
1.750,01 a 1.850,00	159,90	63,96	35,18
1.850,01 a 1.950,00	169,00	67,60	37,18
1.950,01 a 2.050,00	178,10	71,24	39,18
2.050,01 a 2.150,00	187,20	74,88	41,18
2.150,01 a 2.250,00	196,30	78,52	43,19
2.250,01 a 2.350,00	205,40	82,16	45,19
2.350,01 a 2.450,00	214,50	85,80	47,19
2.450,01 a 2.550,00	223,60	89,44	49,19
2.550,01 a 2.650,00	232,70	93,08	51,19
2.650,01 a 2.750,00	241,80	96,72	53,20
2.750,01 a 2.850,00	250,90	100,36	55,20
2.850,01 a 2.950,00	260,00	104,00	57,20
2.950,01 a 3.050,00	269,10	107,64	59,20
3.050,01 a 3.150,00	278,20	111,28	61,20
3.150,01 a 3.250,00	287,30	114,92	63,21
3.250,01 a 4.250,00	296,40	118,56	65,21
4.250,01 a 5.250,00	305,50	122,20	67,21
5.250,01 a 6.250,00	314,60	125,84	69,21
6.250,01 a 7.250,00	323,70	129,48	71,21
7.250,01 a 8.250,00	332,80	133,12	73,22
8.250,01 a 9.250,00	341,90	136,76	75,22
9.250,01 a 10.250,00	351,00	140,40	77,22
10.250,01 ou mais	360,10	144,04	79,22

Fonte: BAHIA, Lei 12.351 de 08 de setembro de 2011

ANEXO B - Organograma do PLANSERV



**ANEXO C - FORMULÁRIO -
Levantamento de Dados da Organização Pesquisada**

- ✓ IDENTIFICAÇÃO: Nome da Unidade:
- ✓ Estrutura da Organização/ Organograma:
- ✓ Número de Beneficiários, por tipo e por faixa etária
- ✓ Divisão administrativa (macro e microrregiões) adotada pela organização
- ✓ Distribuição de beneficiários por microrregião do Estado
- ✓ Tabela de contribuição por faixas salariais
- ✓ Valores de contribuição para beneficiários e agregados
- ✓ Valores de contribuição para plano básico e especial
- ✓ Quantitativo de prestadores, por tipo e macrorregião de localização
- ✓ Distribuição dos serviços de urgência e emergência por microrregião do Estado
- ✓ Quantitativo de procedimentos realizados em 2011
- ✓ Quantitativo de consultas de clínica médica realizadas em 2011
- ✓ Quantitativo de consultas pediátricas realizadas em 2011
- ✓ Quantitativo de internamentos realizados em 2011
- ✓ Manifestações/Ocorrências recebidas nos últimos anos pela Ouvidoria da organização pesquisada
- ✓ Classificação das ocorrências
- ✓ Banco de dados da pesquisa de satisfação realizada entre dezembro de 2010 e janeiro de 2011, pela SAEB