

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM NEGOCIAÇÃO COLETIVA**

**ELIZABETE QUAIOTTI**

**A NEGOCIAÇÃO COLETIVA PARA AQUISIÇÃO DO PLANO DE SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**

**Porto Alegre**

**2010**

**ELIZABETE QUAIOTTI**

**A NEGOCIAÇÃO COLETIVA PARA AQUISIÇÃO DO PLANO DE SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentada ao Curso de Especialização em Negociação Coletiva – modalidade a distância da Universidade Federal do Rio Grande do sul como requisito para a obtenção do título de especialista.

Orientador: Prof. Fernando Dias Lopes

**Porto Alegre**

**2010**

**ELIZABETE QUAIOTTI**

**A NEGOCIAÇÃO COLETIVA PARA AQUISIÇÃO DO PLANO DE SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentada ao Curso de Especialização em Negociação Coletiva – modalidade à distância da Universidade Federal do Rio Grande do sul como requisito para a obtenção do título de especialista.

Aprovado em 01 de dezembro de 2010.

BANCA EXAMINADORA:

---

Profª. Maria Ceci Mizoczky

---

Prof Clézio Saldanha

---

Orientador Prof. Fernando Dias Lopes

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho as pessoas que me ajudaram, aos meus pais Olavo Carlos Quaiotti e Helena Geralda do Nascimento Quaiotti, os quais estiveram presentes em alma, aos meus filhos, Carlos Flávio Quaiotti Cardoso, Gabriel Fernandes Mota, Isabella Fernandes Quaiotti e Isadora Fernandes Quaiotti, que muitas vezes ficaram sem minha presença, mas que sempre, com amor e carinho entenderam, que para uma grande conquista, temos que nos privar em alguns momentos do bem mais valioso que DEUS nos concedeu, os nossos filhos, ao meu grande companheiro, Alan Paulo da Silva que foi meu ouvinte mais ativo o qual sempre me incentivou, e ao nosso Magnífico DEUS que nos move a fim de enfrentarmos os obstáculos, dando-nos força, fé e inspiração nas provações da vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer a todos que contribuíram para que este trabalho monográfico fosse concluído.

A Edma Marina dos Santos Paula, diretora da divisão de assistência ao servidor do DRH da UFM, cuja contribuição foi essencial para consolidação dos conhecimentos;

Ao patrocinador deste Curso de Especialização o Governo Federal na figura da secretaria de recursos humanos do ministério do planejamento orçamento e gestão,

A equipe da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do curso de especialização em negociação coletiva e ao pessoal da Rede Navi em especial ao professor Fernando Dias Lopes.

E a todos as pessoas com as quais me relacionei direta ou indiretamente e que proporcionaram informações que foram decisivas para este trabalho.

Desejo que você

Não tenha medo da vida, tenha medo de não vivê-la.

Não há céu sem tempestades, nem caminhos sem acidentes.

Só é digno do pódio quem usa as derrotas para alcançá-lo.

Só é digno da sabedoria quem usa as lágrimas para irrigá-la.

Os frágeis usam a força; os fortes, a inteligência.

Seja um sonhador, mas una seus sonhos com disciplina,

Pois sonhos sem disciplina produzem pessoas frustradas.

Seja um debatedor de idéias. Lute pelo que você ama.

Augusto Cury

## RESUMO

QUAIOTTI, Elizabete. O Plano de Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. 2010. Trabalho de Término de Curso. Curso de Pós-Graduação em Negociação Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

Este trabalho tem como principal objetivo analisar a forma que foi realizada a negociação do plano de saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Parte-se da referência sobre a Mesa de Negociação Permanente do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, composta pelas bancadas Sindical e Governamental, das conquistas dos Servidores e da análise da legislação com o histórico que embasou a Saúde Suplementar dos Servidores Federais, a atuação da comissão e da escolha da modalidade do plano, da licitação, do andamento do contrato e suas consequências na sua aplicação, bem como a relação dos órgãos representativos dentro da UFTM, o contrato alternativo realizado pela Associação e as adesões. Foi utilizado o estudo de caso, tendo como unidade de análise os Departamentos da Instituição. A metodologia utilizada foi uma pesquisa diagnóstica qualitativa, com aplicação de dois questionários que visam colher informações junto ao público-alvo, as sugestões e conhecimentos que estes possuem. Ao término do trabalho levantamos os principais pontos conflitantes e as possíveis soluções para que as futuras negociações venham a atingir um maior número de adesões ao plano de saúde, de modo a não romper a negociação inicialmente conquistada na Mesa Nacional de Negociação Permanente.

**Palavras-chave:** Plano de saúde. Negociação

**SIGLAS**

UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
ASMED	Associação dos Servidores da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
MPOG	Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão
DRH	Departamento de Recursos Humanos

**LISTAS**

Tabela I - Valores atuais praticados pelo governo.....	39
Tabela II – Cobertura atual novos procedimentos.....	.40

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1.Problematização.....	11
1.2 Características da Instituição.....	11
1.3 Definição do Problema .....	11
1.4 Enunciado do Problema .....	13
1.5 Questão da pesquisa.....	13
1.6.Objetivos .....	13
1.6 Justificativa.....	14
<b>2 CONCEITOS E NOÇÕES FUNDAMENTAIS SOBRE O TEMA</b> .....	15
2.1 Base teórica .....	15
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	25
<b>4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS PELA COMISSÃO DA COMISSÃO DE ESTUDOS SOBRE A SAÚDE SUPLEMENTAR DOS SERVIDORES ATIVOS, INATIVOS E PENSIONISTAS</b> .....	28
4.1 Processo de negociação.....	28
4.1.1. Análise da comissão.....	28
4.1.2 Modalidades Existentes Previstas na Legislação dentro da Saúde Suplementar.....	30
4.1.3 Abrangência dos planos .....	31
4.1.4 Do valor do subsídio .....	32
4.1.5 Beneficiários do plano de assistência à saúde .....	32
4.1.6 Tomada de Preços Obtida pela Comissão .....	36
4.1.7 Considerações Finais .....	42
<b>5 ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS</b> .....	44
5.1 Analisar os Resultados Alcançados e a Meta a Cumprir, Propondo Melhorias nas Futuras Adesões e Revisão do Processo de Negociação .....	48
MAPA CONCEITUA 1 Modelo.....	51
MAPA CONCEITUA 2 adaptado .....	52
MAPA CONCEITUA 3 Legislação.....	53
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	54
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	
<b>ANEXO I PARECER DA COMISSÃO APRESENTADO EM ASSEMBLEIA</b> .....	62
<b>ANEXO II Termo de Consentimento livre e esclarecido</b> .....	63
<b>APENDICE A Questionário dos Servidores</b> .....	65
<b>APENDICE B Questionário da comissão</b> .....	66

# **1 INTRODUÇÃO**

## **1.1 Problematização**

Uma das conquistas dos servidores da Administração Pública foram os avanços com a instalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente a qual foi formalizada em 16/06/2003, fazem parte a Bancada do Governo e a Bancada Sindical, com a coordenação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, intermediada pela Secretaria de Recursos Humanos. Existem Mesas Setoriais implantadas em dez Ministérios: Comissões temáticas: Política Salarial, Seguridade Social, Diretrizes, Planos de Carreira e Política Sindical (STOLL, 2009).

A Bancada Sindical, compostas pelos sindicatos e órgãos representativos da categoria, exercem um papel negociador, um avanço nas democratizações das relações de trabalho. Contudo os frutos colhidos fazem parte também de uma mobilização dos servidores através da união, das reivindicações, planejamento, estratégias, condicionados por fatores políticos sociais, econômicos e culturais.

Várias pautas foram discutidas em reuniões na Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP), como, a política salarial, a revisão geral de salários dos Servidores Públicos Federais, dos Benefícios, reajuste do auxílio alimentação, apreciação do pedido de novas entidades sindicais, diretrizes de planos de carreiras, direitos sindicais e planilhas, reajuste salarial, entre outras reivindicações.

Neste trabalho iremos abordar o plano de saúde (uma das conquistas da MNNP), da UFTM.

## **1.2 Características da Instituição**

A Universidade Federal do Triângulo Mineiro, fundada em 1953, com natureza jurídica autárquica, sendo a sede na cidade de Uberaba (MG). A UFTM foi criada, por transformação da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, pela Lei n. 11.152, de 29/07/2005, fundamenta-se no princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, sendo oferecidos vários cursos, Técnicos, Graduação, Pós-graduação, possui um complexo Hospitalar e atividades de apoio, o atual Reitor é o Magnífico Professor Doutor Virmondes Rodrigues Júnior.

### 1.3 Definição do Problema

O atual Reitor nomeou uma Comissão de Estudo, para análise da Resolução Normativa nº. 137, de 14/11/2006, da Agência Nacional de Saúde Suplementar e outros atos normativos, que cuidam da assistência à saúde suplementar dos servidores ativos, inativos e seus dependentes e pensionistas, fez parte também desta análise, a Portaria nº 01 de 27/12/2007, que indica: a) os beneficiários da Portaria, servidores ativos e inativos, seus dependentes e Pensionistas; b) que a assistência à saúde dos beneficiários, a cargo dos órgãos e entidades do SIPEC será prestado pelo SUS- Sistema único de Saúde e de forma suplementar, mediante as modalidades, Convênio, Contrato, Serviço Prestado diretamente pelo órgão ou entidade ou Auxílio, de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento, exclusivamente quando não adotado pela administração pública o contido nos itens anteriores.

A Comissão instalada teve a participação de representantes da administração, sindicato, associação e usuários. Após várias reuniões, para análise da legislação e a Portaria n. 01 de 27/12/2007, que concede o benefício, a comissão teria que optar por uma das quatro modalidades previstas na legislação (citadas acima), após análise e parecer à comissão realizaram uma assembléia, onde a comunidade foi convocada, e após deliberação consideraram que a opção mais indicada para implantação na UFTM era modalidade contrato com planos de saúde suplementar disponíveis no mercado os quais deverão atender rigorosamente a legislação, por parecer de fácil operacionalização e por permitir que a instituição defina/escolha com qual operadora dentre aquelas que cumpram aos ditames legais a operar. Após assembléia foi encaminhado ao termo de referência que contém os parâmetros para licitação e contratação, (entrevista com a Diretora da Divisão de Assistência ao Servidor, Sra. Edma Marina dos Santos Paula/UFTM/2010)

Após, realizada a licitação, deu-se por vencedora a empresa RN Metropolitan a qual atendeu ao edital, feito então o contrato. A partir deste momento a UFTM estava apta a aplicar os recursos da União, com a contrapartida do Governo Federal. No entanto observou-se que vários servidores não aderiram ao plano, ficando com a antiga operadora do plano de saúde a Unimed, passando então a não receber a contrapartida oferecida pelo Governo, ou seja, não fazendo jus ao direito adquirido com o plano de saúde, passamos a ter três tipos de contrato de saúde para os 1881 servidores dentro da Instituição, a partir do ano de 2008:

- 1) Regulamentado com a empresa RN Metropolitan, única participante da licitação, com o valor per capita repassado pelo Governo para os servidores a partir de 05/09/2008;

2) Com a empresa UNIMED plano antigo da UFTM, administrado por uma outra Comissão escolhida em Assembléia, não regulamentado, sem o repasse do Governo, que esta vigorando através de Liminar na justiça impetrada pesa Associação dos Servidores;

3) Com a empresa Unimed administrado pela Associação dos Servidores da UFTM, regulamentado mas sem o repasse do Governo.

#### **1.4 Enunciado do Problema**

Portanto, pretendemos analisar quais os fatores que influenciaram na decisão da comissão em relação à modalidade de benefício a ser oferecida e por que essa opção não teve adesão total dos beneficiários?

#### **1.5 Questão de pesquisa**

Pretendemos analisar: 1)quais critérios que nortearam a formação da comissão? 2) Até que ponto foram as participações dos representantes dos trabalhadores e da administração no processo de negociação? 4) Quais as principais diferenças entre as opções disponíveis de benefício e como se desencadeou o processo de definição do benefício? 5)Qual a percepção dos servidores com relação às quatro modalidades e à opção vencedora?

Finalmente pretendemos pesquisar como foi realizada e quais conseqüências da negociação coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com relação ao plano de saúde dos servidores?

#### **1.6 Objetivos**

##### **Objetivo geral**

- Analisar quais os fatores que influenciaram na decisão da comissão em relação à modalidade de benefício a ser oferecida e porque essa opção não teve adesão total dos beneficiários.

##### **Objetivos específicos**

- Conhecer como foi realizado o processo de negociação do plano de saúde, as atuações dos atores envolvidos;
- Identificar os principais fatores que levaram os servidores à não aderirem ao plano de saúde, pontos positivos e negativos;
- Analisar os resultados alcançados e a meta a cumprir, propondo melhorias nas futuras negociações;

### **1.7 Justificativa**

Em acordos coletivos há a necessidade da união da maior parte dos envolvidos, a confiança e a garantia de cumprimento do que foi firmado. Os acordos celebrados nas Mesas de Negociações são pactuados através de protocolos de intenção, decretos, entre outros, mas além do embasamento legal há de se observar os princípios norteadores da Administração Pública: Legalidade, Impessoabilidade, Moralidade, publicidade e interesse público.

Toda a despesa dever estar previamente planejada, pois no Brasil, a implantação da Lei de Responsabilidade Fiscal, LRF (ou lei complementar nº 101, de maio de 2000), institui uma série de normas de finanças públicas, voltadas a aumentar a responsabilidade na gestão fiscal de todos os governos e seus órgãos (Klering e Porsse, 2008).

A inclusão orçamentária para a assistência médica foi fruto de pauta da greve dos servidores que através de várias negociações conseguiram este recurso, no entanto vários servidores não estão utilizando-o devido a divisão que se formou entre os servidores quanto a opção do plano de saúde.

A Associação dos Servidores da UFTM (ASMED) pois esta negociou um contrato novo com a operadora (UNIMED) sendo que uma boa fatia de usuários aderiram ao plano, enquanto a UFTM mantém o plano que está licitado e regulamentado cuja empresa é a RN Metropolitan. Mesmo com a contrapartida do governo Federal, muitos servidores não usufruíram deste benefício, pois se confundem quanto qual a melhor opção ou não querem mudar de operadora. A partir deste trabalho pretendemos identificar elementos que possam subsidiar o processo de negociação de forma a se obter maior eficácia e assim: colher os frutos para a classe trabalhadora, corrigir as falhas e propor melhorias, buscar um equilíbrio de forças, de representatividade, maior transparência para os servidores e governo, pois o que se percebe é que o trabalho realizado em nossa Instituição, ainda não conseguiu abrir as portas para um melhor conhecimento, quanto da utilização do plano de saúde e das negociações coletivas.

Na sua dimensão teórica, este trabalho justifica-se por contribuir com a acumulação de conhecimento sobre experiências de negociação no setor público. Ainda é incipiente a literatura sobre negociação no setor público, o que pode explicar também o problema de formação de negociadores tanto do lado das administrações públicas quanto da parte dos representantes dos trabalhadores. Espera-se através desse trabalho produzir conhecimento científico sobre o processo de negociação no âmbito da administração pública no Brasil (Lopes, 2010).

## 2 CONCEITOS E NOÇÕES FUNDAMENTAIS SOBRE O TEMA

### 2.1 Base teórica

Neste capítulo estão introduzidas as bases teóricas acerca da pesquisa, como definições, destacando a importância das negociações coletivas e os entraves encontrados e o estudo da comissão acerca da legislação específica da saúde suplementar e sua aplicabilidade na UFTM. Anteriormente denominada Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro - FMTM, fundada em 1953, foi transformada em Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, no ano de 2005, pela Lei 11.152, com a implantação de mais cinco cursos do ensino superior. A UFTM tem como missão, “atuar na geração, difusão, promoção de conhecimentos e na formação de profissionais conscientes e comprometidos com o desenvolvimento sócio-econômico, cultural e tecnológico, proporcionando a melhoria da qualidade de vida da população”. A universidade é caracterizada pelo processo de busca e da construção científica e crítica do conhecimento.

Além da tradição no ensino, a UFTM conquistou, ao longo de 57 anos de existência, o reconhecimento nacional e internacional das atividades de pós-graduação, pesquisa e extensão que desenvolve.

Em pleno processo de desenvolvimento, a UFTM reconhecidamente mantém sua qualidade, expandindo-a para novas áreas do conhecimento e aumentando a oferta de um ensino que busca contribuir para a ciência e para o desenvolvimento da sociedade.

Segundo Dias (2009), a par da criatividade exigida para a superação de entraves jurídicos e políticos, a evolução dessa matéria tem refletido, afora o aprofundamento da reflexão acerca da concepção de Estado, preocupações objetivas quanto à **eficácia dos sistemas negociais**.

Como aprimorá-los para que de fato produzam resultados concretos? Como demonstrar aos gestores públicos, quase sempre reticentes em relação a esse tema, que os sistemas de negociação permanente dependem, em boa parte, da sua legitimidade. Esta, por sua vez, pressupõe a **participação direta dos interessados e equilíbrio nas condições e vantagens que o sistema deve oferecer aos participantes** (equilíbrio de correlação de forças) (Braga, 2007, p.16).

A **construção da legitimidade** da negociação coletiva passa necessariamente pela sistematização dos resultados alcançados, tornando-os públicos e mostrando que essa prática gera transparência na alocação de recursos com pessoal, bem como cria condições objetiva

para profissionalização da carreira no setor público. A partir da adoção da negociação coletiva, resultados importantes foram alcançados pelos trabalhadores em termos de carreira, remuneração e condições de trabalho, aspectos estes que têm se refletindo na melhoria da qualidade dos serviços prestados à população (LOPES, 2009).

A profissionalização dos servidores públicos, citada Lopes (2009), já se faz com o curso de pós-graduação em negociação coletiva da UFRG, a eficácia dos sistemas negociais já foi iniciada restando aos órgãos competentes a utilização destes profissionais que estarão aptos a realizar a negociação ao término do curso.

A saúde no Brasil é constitucionalmente considerada como “direito de todos e dever do Estado”. As ações e serviços de saúde possuem relevância pública, ainda que sua configuração institucional permita também a participação da iniciativa privada. A atuação pública se dá pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que inclui a saúde do trabalhador. A atuação da esfera privada ocorre por meio da saúde complementar ao SUS ou da saúde suplementar.

O plano de saúde também é uma das conquistas dos servidores a evolução desta conquista se processou com os ajustes realizados na legislação.

No final da década de 90, o processo de regulamentação dos planos e seguros de saúde foi acelerado e criaram-se as condições jurídicas e institucionais que balizaram o novo cenário de atuação das empresas. Os marcos mais importantes são a promulgação da lei 9.656, em 1998 e a criação da Agência Nacional de Assistência suplementar, lei 9.961, em 2000.

A lei 9.961 de 2000, diz:

**Art.1º** É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Relata ainda sua finalidade:

**Art. 3º** A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Diante da nova Lei 9.961 de 2000, que institui a “taxa de saúde suplementar”, dispõe que o fato gerador da referida taxa de arrecadação reside no exercício pela ANS (Agência Nacional de Saúde) do poder de agente que lhe é legalmente atribuído. Sendo assim, o

objetivo dessa arrecadação seria o de fomentar a referida agência para assegurar a prática efetiva de medidas reguladoras dos planos privados de assistência à saúde.

Levanta-se a hipótese que a Taxa de Saúde Suplementar não propicia à ANVISA a acompanhar os planos contratados após a instituição da referida lei, inclusive quando há cancelamento ou renovação de contratos. Para isso, é necessária a criação de um sistema de auditoria nacional, para que os profissionais possam apontar as regularidades e irregularidades e assim melhorar o sistema como um todo.

Várias alterações foram realizadas na legislação visando o aprimoramento da saúde suplementar entre elas podemos destacar:

Instrumento legal	Texto	Alterações
Lei <b>8112/90</b> Regime Jurídico único dos Servidores Federais	Art.230 estabelece o modo pelo qual a Assistência a saúde suplementar deverá ocorrer	* Decreto <b>4.978</b> de 03 de fevereiro de 2004 regulamenta o art. 230, sendo que este decreto foi alterado pelo Decreto <b>5.010</b> de 09 de março de 2004, que estabelece que a assistência a saúde do servidor sera prestada mediante convênio com entidades fechadas de autogestão, sem fins lucrativos, assegurando-se a gestão participativa ou por meio de contrato firmados com base na lei <b>8.666/93</b> de licitações e contratos.
Lei <b>9.656</b> de 03 de junho de 1998  Lei <b>9.961</b> de 28 de janeiro de	Exceções previstas na lei que define a regulamentação da Saúde Suplementar, e cria o CONSU (Conselho de Saúde complementar)	Dec. <b>4.044</b> de 06 de dezembro de 2001, da origem ao órgão colegiado, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, composto pelos Ministros: saúde, da justiça, Planejamento, Fazenda, ANS, os quais estabelecem e supervisionam a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar.  * da origem a Câmara de Saúde Suplementar a qual oferece subsídios aos

2000 cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar, uma Autarquia, órgão regulador, vinculado ao Ministério da Saúde		representantes do órgão colegiado e cita as 4 modalidades de prestação de serviços da saúde suplementar
Portaria <b>01/07</b> Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento	Da assistência a saúde e o termo de referência para contratação	Indica: os beneficiários; as modalidades previstas na legislação (convênio, contrato, serviço prestado diretamente pelo órgão e auxílio de caráter indenizatório); abrangência do plano; valor do subsídio;
Ofício Circular do MEC <b>n. 7</b> de 11 de abril de 2008		Novos valores a serem repassados
Portaria Normativa n. <b>05</b> de 11 de outubro de 2010	Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC, sobre a assistência a saúde suplementa do servidor	Alteração At. 26 a administração poderá fazer o ressarcimento de despesa ao servidor ainda que o órgão ou entidade ofereça assistência direta, por convenio de autogestão ou mediante contrato desde que comprovada a contratação particular de plano de assistência a saúde suplementar.

Quadro 1: Elaborado pelo autor (Quaiotti, 2010)

Neste processo observamos que houve um número exaustivo de procedimentos administrativos que desencadearam para a efetiva implantação da saúde suplementar na Administração Pública dos Servidores Federais.

Vários Servidores de diversos órgãos, assim como os de representação, como Sindicatos, Associações, Conselhos, entre outros, se uniram para que os servidores pudessem receber o auxílio da saúde suplementar.

Uma verdadeira teia administrativa se formou, assim como uma orquestra cada qual tendo o devido manuseio dos instrumentos que lhe couberam com objetivo de atender aos vários pedidos do seu público.

Segundo Sussekind, 2005, op.cit.p.1993 “Negociação Coletiva de Trabalho é um processo dinâmico voltado ao atingimento do ponto de equilíbrio entre interesses divergentes visando

satisfazer transitoriamente, as necessidades presentes do grupo de trabalhadores e de equalizar os custos de produção.”

A Negociação coletiva é o meio mais democrático e eficaz de solução de conflitos coletivos de trabalho, pois atende às necessidades específicas das partes conflitantes, forma autocompositiva - desafoga o Judiciário, meio de evitar greves com prejuízos e paralisação do serviço público, que afeta à sociedade, fomenta o diálogo democrático entre as partes – representantes da Administração Pública e dos servidores (sindicatos), Países de democracia avançada utilizam: Canadá, Inglaterra, EUA, Alemanha, Argentina, Espanha e Itália. (texto MPOG).

Em andamento, Maria de Sá observa que: “A negociação coletiva pode ser entendida como esforço empreendido pelas partes em conflito, representadas por seus sindicatos devidamente autorizados, em atenção a imperativos legais que visam ao equilíbrio na busca da solução das pretensões divergentes pelo processo de autocomposição” (SÁ, 2002, Pg.37)

Oportunamente, Martins observa que: “O direito de negociar livremente constitui elemento essencial da liberdade sindical. A negociação deve ser feita não só pelos sindicatos, como pelas federações e confederações, ou, ainda, por entidades sindicais registradas ou não registradas. As autoridades públicas, entretanto, não poderão restringir o direito de negociação, assim como não se deve exigir a dependência de homologação pela autoridade pública, pois a negociação concretizada se constitui em lei entre as partes.”

Na administração pública existe o princípio da autoridade e do contrato, para que seja mantido o princípio de contrato a necessidade de que seja mantidos o tripé negociação, sindicalização e greve quando os acordos ficam no princípio da autoridade, a sindicalização tem que ser mantida mais sem fragmentação há necessidade de falarmos uma só língua para que não sejam feridos os princípios de ética de luta da classe trabalhadora. Há de serem respeitados os princípios: da boa fé; do acesso à informação; da razoabilidade; da paz social; da igualdade.

No que concerne especificamente aos procedimentos vistos, voltado para análise da negociação do plano de saúde podemos trazer como exemplo o processo de negociação coletiva de acordo com Lobos (1998, p. 216) o qual classifica quatro etapas para o processo completo da negociação: etapa preliminar, a etapa de aproximação, a etapa de discussão e a etapa de encerramento.

1 – A Etapa preliminar envolve essencialmente a organização dos recursos com que se conta para negociar;

2 – A Etapa de aproximação, ou de sondagem, é dedicada a definir, em conjunto com os representantes sindicais, as regras do jogo que prevalecerão durante a negociação e, de

passagens, averiguar o que for possível sobre eles e a sua disposição ao encarar as negociações.

3 – A Etapa de discussão começa com a apresentação, por parte dos dirigentes sindicais, do Rol de Reivindicações, e prossegue com a análise detalhada das mesmas, por parte dos negociadores, até fixar as suas respectivas posições em cada caso.

4 – A Etapa de encerramento envolve a consolidação do conjunto de decisões decorrentes das discussões da etapa anterior numa proposta patronal que os representantes sindicais devem aceitar ou rejeitar “em definitivo”, responsabilizando-se pelas conseqüências deste ato.

As etapas de preliminar e de aproximação constituem o planejamento da negociação coletiva, isto é, engloba tudo aquilo que os membros do Comitê Negociador devem fazer antes de sentar e negociar formalmente. No caso da mesa, poderíamos falar nas duas bancadas e no conjunto de assessores que darão suporte a negociação, considerando claro o que é estabelecido no regimento de funcionamento das mesas e nos acordos realizados a partir desse regimento.

As outras duas etapas subseqüentes representam a ação na negociação coletiva. Ou seja, as atividades que os membros do Comitê Negociador executam para colocar em prática aquilo que foi planejado com vistas a conseguir que um determinado Contrato Coletivo, vantajoso para ambas as partes, seja oportunamente assinado.

Lobos (1988) subdivide esta etapa em duas partes a escolha das pessoas que virão a participar ativamente da negociação e as medidas a serem adotadas por elas em primeira instância.

Esta etapa foi realizada quando da nomeação da comissão pelo Reitor com servidores que possuíam muito tempo de serviço, com conhecimento do funcionamento da UFTM e oriundos de diversas áreas, como Administrativa do setor de assistência ao servidor, da saúde, Sindicatos, Associações, área jurídica. A comissão equivale ao Comitê Negociador, citado por Lobos, que equipara os com o “agrupamento mais importante de pessoas que participam das negociações”, bem como o autor ressalta que o grupo necessita executar o seu trabalho com consciência de causa, o que significa conhecer bem a empresa e o seu processo produtivo, os requisitos legais da negociação e das relações trabalhistas.

Outro ponto que o autor destaca e que foi observado na formação dos seus representantes é que estes foram escolhidos em Assembléia, ou seja, teve grande aceitação por parte dos servidores e já possuíam conhecimento sobre o plano de saúde suplementar, pois fizeram parte de outras negociações.

Lobos (1988) sugere a formação de um Comitê Técnico para colher informações como: organizar um banco de dados onde serão processadas todas as informações supostamente

necessárias à negociação. Neste caso como se trata da forma como será escolhida a modalidade da saúde suplementar as negociações ficaram ente o próprio comitê negociador que também fez o papel do comitê técnico ao colher todo o material necessário, para análise da legislação, dos valores disponíveis para contratação, bem como a busca de propostas de várias empresas para mensuração dos valores de mercado os quais deveriam estar compatíveis com o recurso orçamentário disponível da Instituição, formulação de um quadro atualizado dos servidores que possuíam o plano de saúde e distribuição por dependentes. Resumindo, o comitê negociador ao ser formado deverá ter como aspectos a considerar: Nível hierárquico, conhecimentos gerais, habilidades negociadora, aceitação e disponibilidade de tempo, Lobos (1988).

Adaptando as informações sugeridas por Lobos (1985), no caso do trabalho da comissão podemos incluir a etapa de planejamento que “..uma vez sistematizadas as informações do comitê negociador pode iniciar o planejamento do que deseja obter por intermédio da negociação, bem como a maneira de como fazê-la. O esforço de planejamento em questão abrange dois níveis: estratégicos e tático.”

No nível estratégico são considerados objetivos de negociação, sejam eles econômicos (ex. custo do Acordo Coletivo), operacionais (ex. não paralisar as atividades produtivas)e/ou administrativos (ex. melhorar relacionamento futuro com dirigentes sindicais). A escolha desses objetivos decorre de uma confrontação de premissas, recursos e intenções dos negociadores.

As premissas neste caso são: estratégias, recursos financeiros compatíveis com a negociação, o tempo gasto para negociação, qual modalidade escolher.

Lobos (1988), também menciona que no plano estratégico também são definidos objetivos de negociação alternativos. Finalmente no nível tático, estão as medidas específicas as serem tomadas com relação à condução de negociação em serviço do cumprimento da estratégia. Como elementos táticos, possíveis de serem articulados durante a negociação coletiva estão aqueles relacionados às condições de negociação (local, residência dos negociadores, uso do tempo, etc.); atitudes de negociação (estilos, tomada de iniciativa, reação e agressões, etc.); e, por último, normas de negociação (negociação de pacotes de reivindicações, apresentação obrigatória de propostas e contraproposta, discussão das reivindicações por ordem crescente de importância, etc.).

A etapa de aproximação fica entre a fase intermediária entre o momento em que a Comissão faz a sua estratégia e tática e o momento em que são iniciadas as reuniões de negociação, o sindicato faz parte das negociações não tendo necessidade de uma aproximação, a parte em razão dos seus representantes comporem a comissão, é um momento em que foram colocados

os pontos comuns e divergentes. Nesta etapa a Comissão teve um contato direto com as operadoras buscando sanar as dúvidas das propostas apresentadas pelas empresas.

Nesta etapa de discussão foi discutido em caráter final o fechamento da última proposta que neste caso culminou após a análise de toda a documentação apresentada, que a Comissão deveria optar pela modalidade de contrato que de acordo com a legislação deveria ser feita a contratação pela Lei 8.666/93 que rege as licitações públicas, após todas as considerações a Comissão optou por realizar uma Assembléia com os servidores.

Lobos (1988) destaca três momentos críticos nesta fase: a abertura da negociação; as reuniões de discussão e a apresentação de propostas.

- A abertura da negociação: é marcada pela entrega formal do Rol de Reivindicações ao Presidente do Comitê Negociador patronal. Neste momento também são definidas as regras do jogo que vão orientar o comportamento dos negociadores até o término do processo de negociação.

Lobos (1988) cita ainda maneiras mais eficazes de disciplinar o comportamento dos negociadores durante as reuniões de discussão, os seguintes pontos:

Isolar sempre o objeto da discussão correspondente a cada reunião; Determinar a seqüência dos assim chamados objetos de discussão de acordo com certa lógica; por exemplo, é mais recomendável começar com as reivindicações não econômicas; Evitar impasses que podem causar a paralisação das negociações em momento inoportuno; Estabelecer códigos de conduta relativos à condução da discussão propriamente dita; Definir a importância estratégica de cada reunião; Definir a tática a ser empregada em cada reunião; Atuar persuasivamente o tempo todo; Em princípio, conceder igual importância (ou pelo menos apresentá-la) a todas as reivindicações; Manter equivalência simbólica de status; Prestigiar a instituição do negociador; Despersonalizar a discussão; Administrar as interrupções; Não descuidar do mundo exterior;

Na apresentação das propostas Lopes (2009), resume que, esta etapa deve ser administrada com cuidado, ou seja, deve-se observar o timing das propostas, objetivarem o valor das propostas, informar a terceiros, sondar as reações à proposta e, finalmente, não se ter ilusão com relação à aceitação da proposta.

A atuação da Comissão foi mais tranqüila no tocante as negociações por não tratar de análise de propostas que visavam valores de posições diferentes visto que o trabalho foi todo voltado para se discutir qual o rumo que se deveria seguir para a contratação, pois o objetivo maior era que fosse escolhida a melhor forma de contratação dos serviços de saúde.

Quanto ao comportamento dos negociadores algumas sugestões foram aplicadas por se tratarem de pessoas com experiências de negociação não da forma metódica sugerida, se os

negociadores tivessem uma preparação como um treinamento prévio a atuação seria mais proveitosa.

Lobos (1988) e Lopes (2009) relatam que na etapa de encerramento ocorre a apresentação de uma proposta, entendida pelos dois lados, como proposta final ou definitiva.

A proposta final da comissão foi apresentada ao Reitor que após esclarecimentos aceitou, logo após foi marcada uma assembléia onde foi exposto todo o trabalho, a forma como se chegou a modalidade escolhida, os valores levantados, as vantagens e desvantagens de não aderir a modalidade escolhida, o que após o devido entendimento foi aprovado pela assembléia o parecer final da Comissão.

O Governo Brasileiro realizou em Genebra, durante a 99ª Conferência da OIT (Organização Internacional do Trabalho), ato de depósito da ratificação da Convenção 151 da OIT, norma que estabelece o princípio da negociação coletiva entre trabalhadores públicos e os governos das três esferas

O ato foi feito pelo ministro do Trabalho e Emprego, Carlos Lupi, no 6º Andar do Palácio das Nações.

A ratificação da 151 foi aprovada pelo Senado para sanção presidencial em 30 de março de 2010 e é resultado de uma luta histórica da CUT, defendida desde a criação da Central, em 1983. "A entrada em vigor da Convenção será o marco de uma mudança na cultura política e administrativa do Brasil, onde ainda prevalece em muitos estados e municípios a idéia de que governador ou prefeito têm poder absoluto e não devem satisfações ou atenção aos trabalhadores públicos, como se estes fossem meros serviçais de uma suposta grande eminência", diz Artur Henrique, presidente da CUT.

A Convenção 151 também estabelece os seguintes princípios:

Proteção contra os atos de discriminação que acarretem violação da liberdade sindical em matéria de trabalho; Independência das organizações de trabalhadores da função pública face às autoridades públicas; Proteção contra atos de ingerência das autoridades públicas na formação, funcionamento e administração das organizações de trabalhadores da função pública; Concessão de liberação aos representantes das organizações de trabalhadores da função pública reconhecidas, permitindo cumprir suas funções seja durante as suas horas de trabalho ou fora delas; Instauração de processos que permitam a negociação das condições de trabalho entre as autoridades públicas interessadas e as organizações de trabalhadores; Garantias dos direitos civis e políticos essenciais ao exercício normal da liberdade sindical.

Braga (1988) trabalha com negociação coletiva no setor público. Ele apresenta técnicas de negociação, posturas de negociadores e procedimentos bem definidos para negociação coletiva.

No presente estudo as etapas de negociação foram baseadas em depoimentos e a documentação apresentada, visto que, a Comissão não apresentou nenhuma ata para confirmação destas etapas.

Dentro da bibliografia apresentada e consultada, são apresentados passos que visam sejam alterados os focos das negociações onde as responsabilidades sejam divididas, com participação efetiva de todos os membros e vise o bem estar coletivo.

No estudo não houve rejeição da proposta apresentada pela Comissão por parte do Reitor, no entanto houve uma implantação de um plano de emergência pela Associação dos Servidores ao celebrar um contrato com uma empresa que não havia participado da licitação.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A falta de adesão de uma parte dos servidores ao plano de saúde nos mostra preliminarmente que precisamos diagnosticar os problemas do processo de negociação e da estrutura do plano em si. A partir disso, propomos soluções que se enquadrem com nossa realidade. Buscar-se-á também observar como se processam a relação da comunidade, quais as expectativas, se o modelo oferecido não atende as necessidades dos usuários, se há falta de informações que estão diminuindo o número de adesões ao plano ou outro motivo.

Portanto a estratégia a seguir foi o método Estudo de caso, sendo que, seguiremos os pontos sugeridos por Silva e Procópio (2005), como planejar o estudo:

1) **Obter** todas as cópias de todos os documentos disponíveis que descrevem os acontecimentos e estudá-los;

2) A- **Recolher** uma parte dos dados durante uma visita no local.

B- **Preparar** uma série de questões gerais a utilizar a partir da leitura e do estudo dos documentos. E dever-se-á também preparar um mecanismo para registrar as respostas às questões das entrevistas.

C- **Elaborar** um plano que consiste num conjunto de questões a que espera responder, e uma descrição daquilo que os sujeitos estão a fazer, enquanto estamos presentes a observá-los. Comportamento do investigador – Godoy (1995) enfatiza que, os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados ou produto. O interesse desses investigadores está em verificar como determinado fenômeno se manifesta nas atividades, procedimentos e interações diárias.

Seguindo a estratégia sugerida por Silva e Procópio (2005), obtivemos e recolhemos informações e entrevistas, primeira ação, realizamos uma entrevista com a Diretora da Divisão de Assistência ao Servidor da UFTM, Senhora Edma M. S. Paula, a qual nos informou a forma como a Comissão trabalhou para estudo do caso sobre a saúde suplementar, sendo que estas informações deram embasamento para a definição do problema deste trabalho. A Comissão preliminarmente fez análise da Legislação, Decretos, Instrução Normativa, Portaria, anterior, sendo que os documentos coletados deram suporte para análise fazendo parte da revisão bibliográfica.

Após obter e recolher os materiais disponíveis do trabalho da comissão e entrevista com uma das principais pessoas envolvidas no caso Sra. Paula, passamos para o terceiro e quarto passo sugeridos por Silva e Procópio (2005), preparar e elaborar o questionário.

Realizamos então a organização dos dados obtidos, elaboramos um questionário no qual analisamos as respostas dos servidores Federais, pois são os que possuem direito ao plano de saúde com a contrapartida do Governo sendo que foram visitados vários setores da UFTM, Departamento de Recursos Humanos, Comissão de Concursos, Departamento de Registro e Controle Acadêmico, Departamento de Orçamento e Finanças, Ambulatório Maria da Glória, Centro Cultural, Núcleo de Informação Básica, Auditoria, Procuradoria, Coordenadoria de Extensão, a Associação dos Servidores e do Sindicato dos Servidores, tendo como objetivo coletar os conhecimentos sobre o plano e qual seria a melhor estratégia para alcançarmos um número maior de adesões e levantarmos as necessidades dos usuários bem como conhecer formas alternativas para divulgação das futuras negociações.

Elaboramos dois questionários, um como apêndice B, o qual foi utilizado para coleta das informações junto aos servidores da Instituição, e o apêndice C que buscou informações junto aos membros da Comissão. A partir dos dados obtidos via aplicação de questionários, identificamos qual foi a percepção sobre a forma de negociação, bem como informações quanto ao grau de satisfação e conhecimento do plano de saúde, as entrevistas duraram em média trinta minutos para cada entrevistado, sendo que em alguns Departamentos tivemos que deixar o questionário para buscar após uns cinco dias, pois a chefia não permitiu uma abordagem direta. Infelizmente vários membros da comissão os quais são integrantes do Sindicato, não responderam o questionário, outros não participaram de forma efetiva não sabendo responder as questões como membro da comissão.

A análise baseou-se também nos dados secundários (relatórios, entrevistas), além de entrevistas com os membros da comissão. Em nosso estudo não obtivemos acesso às atas da comissão. A pesquisa qualitativa, a qual Minayo (1994) aborda como aquela pesquisa que responde as questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificada.

Portanto, não estudamos informações específicas quanto ao perfil físico dos servidores, como faixa etária, cor, estado de saúde, classe social, analisamos somente o fenômeno percebido quanto ao processo de escolha do plano de saúde.

Neste trabalho devido ao fato de que abordamos a forma como foi realizada a negociação, as causas de insatisfação, ou não, quando da utilização do plano e propomos sugestões para as futuras negociações. Não teremos tempo suficiente para aplicarmos um plano de ação efetivo

para aumentarmos o número de adesões ao plano nem tão pouco adequarmos à forma de atuação das empresas contratadas, visto que para procedermos às mudanças teríamos que entrar em contato com as mesmas e com os setores competentes da Instituição, propondo uma parceria nas ações sugeridas o que implicaria na metodologia Pesquisa-Ação. Este tipo de pesquisa, segundo Thiollent (1985), procura atingir três aspectos: resolução de problemas, tomada de consciência e a produção de conhecimento. O autor afirma que na Pesquisa-Ação existe "realmente uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados nos problemas sob observação" e ainda o tipo de ação é, de fato, uma ação problemática, merecendo investigação para ser elaborada e conduzida.

## **4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS PELA COMISSÃO DA COMISSÃO DE ESTUDOS SOBRE A SAÚDE SUPLEMENTAR DOS SERVIDORES ATIVOS, INATIVOS E PENSIONISTAS**

### **4.1 O Processo de Negociação**

O processo de negociação foi iniciado com a nomeação da Comissão através de ato administrativo do atual Reitor da UFTM (conforme descrição item 1.3.), quanto aos critérios que nortearam a formação da comissão, foi que esta teve a participação dos representantes de vários setores da Universidade, como: Sra. Edma Marina dos Santos Paula, Diretora da Divisão de Assistência ao Servidor e o funcionário Mauro Sérgio de Paula representantes do Departamento de Recursos Humanos, Sr. Evandro Donizeti de Souza da Ouvidoria, Sr. Jesus de Faria Fernandes Presidente da Associação dos Servidores (ASMED), José Humberto de Oliveira, Mirtes Helena Reis Pacheco, Diretores do Sindicato dos Trabalhados da UFTM (Sinte-Med), Luciana Corrêa de Araújo, representante da Procuradoria Jurídica da UFTM, e Maria das Graças A. de Araújo, representando os aposentados e Silvana Rodrigues de Souza e Sirlene Regina de Oliveira Moura Santos representantes dos usuários ao plano de saúde, esta comissão foi escolhida em Assembléia geral dos servidores e o estudo realizado esta descrito abaixo.

Relatório dos trabalhos da CEASS – Comissão de Estudos sobre a Assistência à Saúde Suplementar do Servidor ativo, inativo e pensionistas.

#### **4.1.1 Análise da Comissão de Estudos Sobre a Saúde Suplementar dos Servidores Ativos, Inativos e Pensionistas**

A Portaria nº 36 de 12/02/2008 do Reitor *Pro Tempore* da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, institui a COMISSÃO DE ESTUDOS SOBRE A ASSISTÊNCIA Á SAÚDE SUPLEMENTAR DO SERVIDOR ATIVO, INATIVO, SEUS DEPENDENTES E PENSIONISTAS.

Em cumprimento à Portaria supramencionada e, após análise de dispositivos legais que regulamentam o tema em pauta e neles fundamentada, a Comissão apresenta, de forma sucinta o resultado da análise e suas considerações finais.

Atualmente a Assistência a Saúde do Servidor Público Federal (SPF), prevista no artigo 230 da Lei n° 8112/90 está regulamentada pelos seguintes atos normativos: Decreto 4.978/2004, alterado pelo Decreto n° 5.010/2004, Decreto n° 6.081/2007 e Portaria n° 01/2007 e Termo de Referência Básico de Plano de Assistência à Saúde.

O ponto de partida para edição da legislação acima citada foi a Lei 8.112/90 que instituiu o Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Federais.

A Lei 8.112/90 Em seu artigo 230, no capítulo III, estabelece o modo pelo qual a Assistência à Saúde dos SPF ativos, inativos, seus dependentes e pensionistas deverá ocorrer.

O Art. 9º da Lei 11.302 de 2006 alterou art. 230 da Lei n° 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que passou a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde - SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas com planos ou seguros privados de assistência à saúde, na forma estabelecida em regulamento”. (*grifo nosso*)

Ainda de acordo a Lei 8112 de 1990, ficam a União e suas entidades autárquicas e fundacionais autorizadas a:

- I - celebrar convênios exclusivamente para a prestação de serviços de assistência à saúde para os seus servidores ou empregados ativos, aposentados, pensionistas, bem como para seus respectivos grupos familiares definidos, como entidades de autogestão por elas patrocinadas por meio de instrumentos jurídicos efetivamente celebrados e publicados até 12 de fevereiro de 2006 e que possuam autorização de funcionamento do órgão regulador, sendo certo que os convênios celebrados depois dessa data somente poderão selo na forma da regulamentação específica sobre patrocínio de autogestões, a ser publicada pelo mesmo órgão regulador, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias da vigência desta Lei, normas essas também aplicáveis aos convênios existentes até 12 de fevereiro de 2006;
- II - contratar, mediante licitação, na forma da Lei n° 8.666, de 21 de junho de 1993, operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde que possuam autorização de funcionamento do órgão regulador;

Em 03/02/2004, por meio do Decreto nº 4.978, o artigo 230 do RJU foi regulamentado.

Em 9 de março de 2004, por meio do Decreto nº 5.010/2004, o artigo 1º do Decreto nº 4.978/2004 foi alterado, ficando estabelecido que a assistência à saúde do servidor seria prestada mediante convênio com entidades fechadas de autogestão, sem fins lucrativos, assegurando-se a gestão participativa ou por meio de contratos firmados com base na Lei 8.666/1993 (Lei de Licitações e Contratos).

Em 2006 por meio da Portaria nº 1.983/2006, a Secretaria de Recursos Humanos do MPOG estabeleceu orientações aos órgãos e entidades do SIPEC sobre a assistência à Saúde suplementar do servidor.

A Portaria nº 01 de 27/12/2007 revogou a Portaria SRH nº 1983 de 05/12/2006.

Em síntese, o texto da Portaria nº 01 de 27/12/2007 indica:

- a) Os beneficiários da Portaria: servidores ativos e inativos, seus dependentes e Pensionistas.
- b) Que a assistência à saúde dos beneficiários, a cargo dos órgãos e entidades do SIPEC será prestada pelo SUS – Sistema Único de Saúde e de **forma suplementar**, mediante:
  - 1) Convênio com operadoras de plano de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão;
  - 2) Contrato com operadoras de plano de assistência à saúde, observada o disposto na Lei 8.666/1993;
  - 3) Serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou,
  - 4) Auxílio, de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento, exclusivamente quando não adotado pela administração pública o contido nos itens anteriores.

Fica evidenciado nos textos das legislações, em especial na Portaria SRH/MP 01/2007, que a **Instituição somente poderá adotar/optar por uma** das quatro modalidades previstas na Legislação. (Artigo 41 da Portaria 01/2007)

#### **4.1.2 Modalidades Existentes Previstas na Legislação dentro da Saúde Suplementar**

**Convênio:** Para celebração de convênio com a UFTM, as operadoras de planos de saúde deverão atender as condições de:

- Serem classificadas como de AUTOGESTÃO, nos termos estipulados pela ANS; e
- Não ter finalidade lucrativa.

**Contrato:** As operadoras de planos de saúde, para celebrar contratos com a UFTM, deverão:

- Possuir autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde (ANS), ou apresentar regularidade no processo instaurado junto ao mesmo órgão; e,
- Ter sido regularmente selecionada através de processo competente com a devida observância ao disposto na Lei ° 8.666 de 21/06/1993 (LICITAÇÃO) e na Portaria 01/2007.

**Serviços prestados diretamente pelo órgão ou entidade que estiver vinculado o servidor:**

nesta modalidade a Instituição deverá construir um plano de assistência próprio, conforme as definições da Norma Regulamentadora da ANS, ficando sob sua responsabilidade o credenciamento de rede conveniada de hospitais, laboratórios, médicos, e outros profissionais necessários ao pleno funcionamento do seu plano de saúde. Feita esta opção os recursos financeiros a serem repassados pelo Governo, seriam integralmente administrados pela Instituição.

**Auxílio de caráter indenizatório**, por meio de ressarcimento, exclusivamente quando não adotado pela administração pública o contido nos itens anteriores: nessa opção os servidores apresentariam os recibos que comprovem os gastos com sua saúde. A Instituição, após analisar os recibos em conformidade com as normas estabelecidas na legislação, fará o ressarcimento das despesas, também nos limites legais estabelecidos.

Importa ressaltar que as modalidades **são de caráter excludente**, ou seja, não é possível a opção simultânea por um convênio e um contrato, ou convênio e ressarcimento parcial, ou contrato e plano próprio, entre outros. (Artigo 41 – Portaria 01/2007)

#### **4.1.3 Abrangência dos planos**

Os planos de assistência à saúde contemplarão: a assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no país, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária à internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Conforme art. 3º da Portaria SRH/MP nº 01/2007).

Todas as modalidades de gestão da Assistência à Saúde Suplementar atenderão o termo de referência básico constante no anexo da Portaria, com as exceções previstas na Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998 – REGULAMENTAÇÃO.

#### **4.1.4 Do valor do subsídio**

O Governo Federal, desde o ano de 2006, sinalizou que o valor a ser repassado é da ordem de R\$ 42,00 (quarenta e dois reais) por vida segurada.

Conforme ofício circular nº 07 de 11/04/2008 do MEC o valor foi alterado para R\$ 50,00

No entanto uma COMUNICA de 06/05/08 do Coordenador Geral do Orçamento, recomenda que não proceda ao reajuste de R\$ 42,00 para R\$ 50,00 até nova orientação (ver tabela 1).

Conforme informações verbais apresentadas pela Coordenação de Seguridade Social da SRH/MPOG, esta não autorização do reajuste só foi passada para os órgãos do MEC, sendo válido o reajuste. Vale lembrar que, inicialmente, a previsão de inclusão dos Servidores Docentes e Técnicos e Administrativos em Educação e seus dependentes na assistência à saúde estavam prevista para ser implantada em 03 etapas nos anos de 2007, 2008 e 2009, conforme acordo com a SOF – Secretária de Orçamento Federal.

Em razão de esse ser um dos pontos constantes da pauta de reivindicações apresentada pelo Comando de Greve dos Servidores Técnicos e Administrativos em Educação (TAE), e com vistas ao seu atendimento, a inclusão dos TAE ativos, inativos seus dependentes e pensionistas na Assistência à Saúde, como acordado ao final da greve dos TAE foi antecipada para novembro de 2007.

Fazendo um aparte neste ponto em que se trata dos valores repassados pelo Governo, hoje o valor é distribuído conforme a tabela em anexo, logo abaixo, percebeu que, quanto maior o salário do Servidor menor é a ajuda repassada pelo Governo. Ao mesmo tempo em que os servidores tiveram um aumento salarial para o exercício de 2010, diminui-se o repasse do auxílio com a saúde, esta foi uma estratégia para compensar os aumentos salariais conquistados pela categoria (Quaiotti, 2010).

#### **4.1.5 Beneficiários do plano de assistência à saúde**

São beneficiários do plano de saúde:

Na qualidade de servidor, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial, de emprego público e de contrato temporário, na forma da Lei 8.745/93 vinculado a órgão ou entidade do Poder Executivo Federal;

Na qualidade de dependente do servidor:

- cônjuge,
- companheiro ou companheira de união estável;
- companheiro ou companheira de união homo-afetiva, comprovada a co-habitação por período igual ou superior a dois anos;
- a pessoa desquitada ou separada judicialmente ou divorciada, com percepção de pensão alimentícia;
- os filhos e enteados, solteiros até 21(vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- os filhos e enteados entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial; observado o disposto nas alíneas “d” e “e”;

Pensionista do Poder Executivo Federal, vinculadas ao Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal (SIPEC)

Observação:

A operadora poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, com o servidor ativo ou inativo, desde que assumam integralmente o respectivo custeio (Parentesco consanguíneo – Pai/mãe, irmãos, avós/bis, netos/bisnetos, sobrinhos; e Parentesco por afinidade – cônjuge, cunhado, sogro, padrasto, madrasta, avós e bisavós do cônjuge).

QUADRO ATUAL DE SERVIDORES DA UFTM QUE TEM  
PLANO DE SAÚDE

<b>FAIXAS</b>	<b>PLANO 105</b>	<b>PLANO 807</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL PARCIAL</b>
0 A 59 anos	2.392	947	3.339	3.339
60 a 69 anos	234	114	348	660
Acima de 70 anos	262	50	312	
Total geral	3.999			

DISTRIBUIÇÃO POR DEPENDENTES:

Dados de novembro/2007

TOTAL GERAL	4.127
FILHOS	1.290
PAIS E MÃES	359
SERVIDORES	1.280
ESPOSOS	499
AGREGADOS	699

Detalhamento da análise:

<b><i>PROCEDIMENTOS</i></b>	<b><i>PLANO ATUAIS UFTM</i></b>	<b><i>PLANO REGULAMENTADO</i></b>
Fisioterapia	Limitado 20 sessões/ano	Cobertura sem limite
Ultrassonografia, cintilografia, densitometria, Eletromiografia,	Exame limitado	Cobertura sem limite
Ressonância Nuclear Magnética	Sem cobertura	Cobertura sem limite
Internações Psiquiátricas	Sem cobertura	Com cobertura
Transplantes	Sem cobertura	Cobertura de córneas e rins
Medicina Nuclear: Quimioterapia e radioterapia	Limitado e/ou sem cobertura	Cobertura sem limite
Próteses cirúrgicas	Sem cobertura	Cobertura no ato cirúrgico
Diálise e Hemodiálise	Sem Cobertura	Cobertura sem limite
Cirurgia para Miopia	Sem cobertura	Com cobertura
Internação para Desintoxicação	Sem cobertura	Com cobertura
Remoção Interhospitalar	Sem cobertura	Com cobertura

Observação: Atualmente houve inclusão de 23 novos procedimentos na segmentação médico hospitalar, e 34 inclusões nos procedimentos terapêuticos, conforme resolução da

#### 4.1.6 Tomada de Preços Obtida pela Comissão

##### GEAP – FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL

A comissão solicitou avaliação atuarial da operadora organizada na modalidade de auto gestão GEAP – Fundação de Seguridade Social, que baseado na grade etária da UFTM apresentou 03 propostas:

##### GEAP Referência

- Segmentação: Ambulatorial e Hospitalar com obstetrícia
- Cobertura: Procedimentos do rol de referência da ANS, compreendendo os transplantes de rim e córnea.
- Acomodação: Enfermaria
- Contribuição per capita da Patrocinadora (servidor e núcleo familiar básico): **R\$ 50,00**
- Contribuição do Participante (com núcleo familiar básico): 3,6% sobre a remuneração
- Pisos: R\$ 42,00 (I) e R\$ 84,00 (F)
- 1- Tetos: R\$ 110,00 (I) e R\$ 276,00(F)
- 2- EXEMPLO:  
 SALÁRIO R\$ 500,00 – 3,6 % = R\$ 18,00 com. R\$ 42,00  
 SALÁRIO R\$ 5000,00 – 3,6 % = R\$ 180,00 CON R\$110,00

- Participação pelo uso dos serviços:

Procedimentos ambulatoriais

- . Procedimentos de valor menor que R\$ 190,00 – 30% de participação
- . Procedimentos de valor igual ou superior a R\$ 190,00 – 15% de participação

Procedimentos hospitalares: Tabela em valor nominal, com a relação de que para cada R\$ 100,00 de despesa, cobra-se R\$ 10,00 de participação, limitada a R\$ 1.260,00

3- Contribuição dos Agregados:

Faixa Etária dos Beneficiários (em anos completos)	Total da Contribuição Mensal
de 0 a 18 anos	R\$ 47,02

de 19 a 23 anos	R\$ 58,07
de 24 a 28 anos	R\$ 58,07
de 29 a 33 anos	R\$ 72,28
de 34 a 38 anos	R\$ 78,18
de 39 a 43 anos	R\$ 98,20
de 44 a 48 anos	R\$ 105,53
de 49 a 53 anos	R\$ 133,80
de 54 a 58 anos	R\$ 142,22
59 anos ou mais	R\$ 214,42

### GEAP Essencial

- Segmentação: Ambulatorial, Hospitalar com obstetrícia e Odontológico.
- Cobertura: Procedimentos além do rol de referência da ANS, compreendendo os transplantes de rim, córnea, fígado e coração
- Acomodação: Enfermaria
- Contribuição per capita da Patrocinadora (servidor e núcleo familiar básico): **R\$ 50,00**
- Contribuição do Participante (com núcleo familiar básico): 5,02% sobre a remuneração
- Pisos: R\$ 42,00 (I) e R\$ 92,40 (F)
- Tetos: R\$ 125,00 (I) e R\$ 303,60 (F)
- Participação pelo uso dos serviços:

#### Procedimentos ambulatoriais

- . Procedimentos de valor menor que R\$ 190,00 – 30% de participação.
- . Procedimentos de valor igual ou superior a R\$ 190,00 – 15% de participação

Procedimentos hospitalares: Tabela em valor nominal, com a relação de que para cada R\$ 100,00 de despesa, cobra-se R\$ 10,00 de participação, limitada a R\$ 1.260,00

- Contribuição dos Agregados:

Faixa Etária dos Beneficiários (em anos completos)	Total da Contribuição Mensal
de 0 a 18 anos	R\$ 53,11
de 19 a 23 anos	R\$ 65,59

de 24 a 28 anos	R\$ 65,59
de 29 a 33 anos	R\$ 81,63
de 34 a 38 anos	R\$ 88,30
de 39 a 43 anos	R\$ 110,91
de 44 a 48 anos	R\$ 119,19
de 49 a 53 anos	R\$ 151,12
de 54 a 58 anos	R\$ 160,63
59 anos ou mais	R\$ 242,18

### **GEAP Clássico**

- Segmentação: Ambulatorial, Hospitalar com obstetrícia e Odontológico.
- Cobertura: Procedimentos além do rol de referência da ANS, compreendendo os transplantes de rim, córnea, fígado e coração,
- Acomodação: Apartamento
- Contribuição per capita da Patrocinadora (servidor e núcleo familiar básico): **R\$ 50,00**
- Contribuição do Participante (com núcleo familiar básico): 7,19% sobre a remuneração
- Pisos: R\$ 42,00 (I) e R\$ 101,64 (F)
- Tetos: R\$ 135,00 (I) e R\$ 333,96 (F)
- Participação pelo uso dos serviços:  
Procedimentos ambulatoriais
  - . Procedimentos de valor menor que R\$ 190,00 – 30% de participação.
  - . Procedimentos de valor igual ou superior a R\$ 190,00 – 15% de participação

Procedimentos hospitalares: Tabela em valor nominal, com a relação de que para cada R\$ 100,00 de despesa, cobra-se R\$ 10,00 de participação, limitada a R\$ 1.260,00.

- Contribuição dos Agregados:

Faixa Etária dos Beneficiários (em anos completos)	Total da Contribuição Mensal
de 0 a 18 anos	R\$ 64,60
de 19 a 23 anos	R\$ 79,79
de 24 a 28 anos	R\$ 79,79
de 29 a 33 anos	R\$ 99,29
de 34 a 38 anos	R\$ 107,41
de 39 a 43 anos	R\$ 134,91
de 44 a 48 anos	R\$ 144,98
de 49 a 53 anos	R\$ 183,82
de 54 a 58 anos	R\$ 195,40
59 anos ou mais	R\$ 294,59

PONTOS A SEREM OBSERVADOS:

- A rede em Uberaba O GEAP tem convênio com dois hospitais. A Clínica de Saúde São José e a Clínica Civil Para cada 1000 vidas a rede contará com 10 médicos nas especialidades básicas: Clínica Geral, Pediatria, Cardiologia, Ginecologia, Urologia e Oftalmologia: 2 a 3 profissionais nas áreas de Otorrino, Dermatologia, Ortopedia e Endocrinologia e as demais um profissional. Avaliamos a rede credenciada muito inferior a rede que o plano atual oferece.
- A contribuição para os agregados acima de 59 anos é muito elevada considerando os valores ofertados pelas operadoras de planos de saúde.
- A co-participação na internação um fator preocupante.

DIÁRIA UTI NEO NATAL	R\$ 1000,00
DIÁRIA EM UTI	R\$ 500,00

Para um servidor com remuneração de R\$ 2.000,00 que contribuiria com R\$ 100,00 mensais, havendo uma internação de 10 dias a sua contribuição mensal seria R\$ 200,00 em 10 meses no ano.

**PROPOSTA DA UNIMED UBERABA LTDA****A PARTIR DE 4.000 CLIENTES**

<b>A - 2 faixas</b>	<b>Ambul. + Hospitalar c/ Obstetrícia</b>	
<b>Faixa</b>	<b>CO-PARTICIPAÇÃO 40%</b>	
<b>Etária</b>	<b>Enfermaria</b>	<b>Apartamento</b>
<b>00 a 58</b>	<b>R\$ 78,00</b>	<b>R\$ 115,00</b>
<b>59 ou +</b>	<b>R\$ 198,00</b>	<b>R\$ 309,00</b>

<b>B – Percapta</b>	<b>Ambul. + Hospitalar c/ Obstetrícia</b>	
<b>Faixa</b>	<b>CO-PARTICIPAÇÃO 40%</b>	
<b>Etária</b>	<b>Enfermaria</b>	<b>Apartamento</b>
<b>Percapta</b>	<b>R\$ 95,90</b>	<b>R\$ 143,90</b>

**PROPOSTA DA RN METROPOLITAN**

	<b>Ambul. + Hospitalar c/ Obstetrícia</b>	
<b>Faixa</b>	<b>CO-PARTICIPAÇÃO 40%</b>	
<b>Etária</b>	<b>Enfermaria</b>	<b>Apartamento</b>
<b>00 a 58</b>	<b>R\$ 78,00</b>	<b>R\$ 115,00</b>
<b>59 ou +</b>	<b>R\$ 198,00</b>	<b>R\$ 309,00</b>
<b>Custo linear</b>	<b>R\$ 99,40</b>	<b>R\$ 149,10</b>

	<b>Ambul. + Hospitalar c/ Obstetrícia</b>	
<b>Faixa</b>	<b>CO-PARTICIPAÇÃO 20%</b>	
<b>Etária</b>	<b>Enfermaria</b>	<b>Apartamento</b>
<b>00 a 58</b>	<b>R\$ 94,70</b>	<b>R\$ 132,60</b>
<b>59 ou +</b>	<b>R\$ 236,90</b>	<b>R\$ 331,70</b>
<b>Custo linear</b>	<b>R\$ 115,50</b>	<b>R\$ 161,70</b>

	<b>Ambul. + Hospitalar c/ Obstetrícia</b>	
<b>Faixa</b>	<b>SEM CO-PARTICIPAÇÃO</b>	
<b>Etária</b>	<b>Enfermaria</b>	<b>Apartamento</b>
<b>00 a 58</b>	<b>R\$ 132,30</b>	<b>R\$ 185,20</b>
<b>59 ou +</b>	<b>R\$ 332,70</b>	<b>R\$ 465,80</b>
<b>Custo linear</b>	<b>R\$ 159,80</b>	<b>R\$ 223,70</b>

	<b>Hospitalar c/ Obstetrícia</b>	
<b>Faixa</b>		
<b>Etária</b>	<b>Enfermaria</b>	<b>Apartamento</b>
<b>00 a 58</b>	<b>R\$ 70,40</b>	<b>R\$ 98,60</b>
<b>59 ou +</b>	<b>R\$ 176,80</b>	<b>R\$ 247,50</b>
<b>Custo linear</b>	<b>R\$ 85,90</b>	<b>R\$ 120,30</b>

#### 4.1.7 Considerações Finais

Diante do Exposto, a Comissão Considera e Destaca os Seguintes Pontos a Serem Observados na Decisão Final Sobre o Tema.

- a) a modalidade “ressarcimento parcial” por suas especificidades, é de grande complexidade no que tange à sua operacionalização;
- b) a modalidade “serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade”. Esta modalidade no nosso entendimento precisaria ser elaborada na UFTM observando-se os altos custos da saúde atualmente.
- c) modalidade de Convênio com operadoras de autogestão. No caso da GEAP, a única que nos apresentou uma proposta, consideramos:
  - 1) Um pouco obscura na nossa realidade tendo em vista uma rede limitada (em seu contexto atual) e em seus critérios de ampliação.
  - 2) A co-participação nas internações como fator de aumento no valor mensal da contribuição do participante
  - 3) E, valor de contribuição para agregados acima de 59 anos elevado.
  - 4) Considerando que a autogestão não tem fins lucrativos, percebemos que a arrecadação da GEAP será mais elevada que os valores ofertados pelas operadoras de planos de saúde consultadas. Exemplo:

Plano	Valor total arrecadado pela operadora para 4000 vidas
Geap Referência – 3,58 da remuneração e R\$ 50,00 per capta repassados pela patrocinadora	R\$ 437.035,29
Geap Essencial – 5,2 da remuneração + R\$ 50,00 per capta repassados pela patrocinadora	R\$ 526.982,54
Unimed – plano com co-participação de 40 % nos atendimentos ambulatoriais.	R\$ 383.600,00
RN Metropolitan – plano com co-participação de 40% nos atendimentos ambulatoriais.	R\$ 397.600,00

Fonte: Elaboração pela Comissão de Estudos sobre à Assistência à Saúde Suplementar do Servidor Ativo, Inativo, seus Dependentes e Pensionistas (2008).

Assim sendo, a Comissão considera que a opção mais indicada é a modalidade “contrato” com operadoras de Planos de Saúde disponíveis no mercado e que atendam rigorosamente à legislação.

Natureza do benefício – hoje temos recursos na instituição recebidos pela UFTM em forma de custeio (benefício), ou seja, destinada para a finalidade de saúde suplementar.

Em caso de não cumprimento de contrato a UFTM pode optar por outra modalidade.

Custo médio de uma família com 04 pessoas em co-participação de 40 % nos atendimentos ambulatoriais seria de R\$ 10,00 mensais per capita.

Margem consignável – o governo mudou em fevereiro a ordem de prioridade nos descontos consignados dos servidores. O desconto de mensalidades e participação ficaram optativos: primeiro mensalidade, segundo participação.

Na modalidade de ressarcimento não poderá haver consignação

**Membros da Comissão de Estudos:** Edma Marina dos Santos Paula/Evandro Donizeti de Souza/Jesus de Faria Fernandes/José Humberto de Oliveira/Luciana Corrêa de Araújo/Maria das Graças A. de Araújo/Mauro Sérgio de Paula/Mirtes Helena Reis Pacheco/Silvana Rodrigues de Souza/Sirlene Regina de Oliveira Moura Santos.

## 5 ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS

O processo de definição das opções de benefício:

Tabela 1 – Número de servidores participantes da negociação

<b>Participou da Negociação</b>		<b>Assembleia</b>	<b>ASMED</b>	<b>SINTE-MED</b>	<b>OUTROS</b>
<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>				
31	41	23	08	07	34
Total 72					

Os servidores que participaram das negociações souberam através dos órgãos representativos como ASMED, SINTE-MED, muitos servidores que não participaram das negociações acharam que a opção pela empresa RN Metropolitan foi imposta pelo DRH, não tendo nenhum conhecimento de como foi realizado o processo de negociação.

A participação dos representantes dos trabalhadores nomeados na comissão foi de grande valia visto que chegaram a um consenso que a opção mais indicada a de contrato com operadoras de Planos de Saúde e que atenderiam a legislação em vigor era a melhor forma de contratação no momento, para a Universidade, quanto à administração no processo de negociação foi de respeito quanto a decisão tomada pela comissão, pois foi ela sugeriu o caminho a tomar o qual foi referendado pela assembleia.

As principais diferenças entre as opções disponíveis de benefício foi que somente o plano de saúde da UFTM o qual foi licitado possui a contrapartida do Governo diminuindo os custos com a assistência a saúde para os servidores esta dentro da legalidade, pois é um plano regulamento, sendo que o plano antigo da UNIMED administrado pela UFTM não possui a contrapartida do Governo e não é regulamentado, o da ASMED é regulamentado, mas não possui a contrapartida do governo.

Conforme planilhas e estudos apresentados pela Comissão, observamos que houve um trabalho muito detalhado para se poder chegar a um consenso, pois foi estudada toda a legislação, foram comparadas as planilhas de custos das empresas disponíveis, como a UNIMED, RN e GEAP, onde se observou que o melhor caminho a seguir seria o de realizar uma licitação, o que a Comissão não esperava era que a licitação acabaria por não ter a concorrência esperada, pois a empresa Unimed não participou por problemas na sua documentação (informações passadas pelo Senhor Mário José Pinheiro Júnior, pregoeiro da

UFTM), o que gerou um descontentamento e uma divisão de opiniões entre os servidores quanto ao resultado final que desencadeou como empresa vencedora a única participante a empresa RN Metropolitan.

### 5.1 A Percepção dos Servidores Quanto as Vantagens e Desvantagens da Proposta Vencedora e os Motivos Para a Não Adesão Total

Com base nas entrevistas e observações pessoais, desenvolvemos um resumo sintetizando as percepções, sendo que foram enfatizados os argumentos predominantes para não adesão e para a adesão ao plano.

**Tabela 2 – Número de servidores em relação à preferência quanto ao tipo de modalidade:**

MODALIDADE	USUÁRIOS R.N (n)	USUÁRIOS UNIMED (n)	SEM PLANO
CONVÊNIO	04	06	01
CONTRATO	16	06	
Serviço prestado diretamente pelo órgão	06	04	
Ressarcimento de despesa	05	03	
Não sabe	15	6	
Total	46	25	

Fonte: elaborada pelo autor

A percepção dos servidores com relação às modalidades não foi satisfatória visto que a maioria dos servidores não sabe distinguir quais as diferenças das modalidades, sendo que tivemos que informar e mesmo assim 20 não souberam qual escolher o que foi agravado pois quando da convocação da Assembléia contamos com poucos servidores considerando o universo de usuários do plano de saúde isto acarretou uma confusão quanto ao entendimento do processo de escolha, se houvesse uma maior participação dos servidores nas Assembléias as dúvidas teriam sido esclarecidas. Nesse contexto vale ressaltar a importância do trabalho da Comissão, visto a falta de compreensão dos servidores frente ao tema.

De acordo com a Diretora da Divisão de Assistência ao Servidor a percepção dos servidores com relação à opção vencedora a aceitação não foi unânime pois, dos 1881 servidores, 926 servidores aderiram a RN, 330 servidores permaneceram no plano não regulamentado e os outros 625 provavelmente estão pela ASMED, não conseguimos averiguar com exatidão sobre os últimos visto que a UFTM e ASMED não quiseram fornecer os nomes, sendo os dados estatístico fornecidos somente pela UFTM.

Conforme pesquisa feita com 72 servidores da Instituição, várias foram os motivos que fizeram que os servidores não passassem para a RN e se mantivessem na UNIMED:

Tabela 3 – Motivos para não adesão à RN

Cobertura Nacional	7
Bom atendimento	8
A RN esta pedindo muita documentação	1
Achava que teria que sair da Unimed	1
Não confia no dono da empresa vencedora	1
Possui mais prestadores de serviços	8
Estão limitando as consultas pela UNIMED, tem poucos dias disponíveis no mês para alguns médicos	3
Atende minhas necessidades	7
Uma das melhores em Uberaba (MG)	4
Maior cobertura de exames	1
Deveria ter débito em conta corrente	1
Esta acostumada	1
Custo elevado	1
Não respondeu	28

Fonte: elaborada pelo autor

Neste sub-item observamos que alguns pontos podem ser melhorados como a cobertura Nacional, pois a empresa RN tem como parceira fora de Uberaba a empresa ABRAMGE, a qual não tem atendimento em todo território Nacional como sua concorrente Unimed que cobre 83% do território Nacional (informações passadas pelo site Unimed.com.br e a bramge.com.br);

Quanto ao pedido de muitas documentações este fato ocorre pois o plano é regulamentado atendendo as exigências legais;

A empresa Unimed possui mais prestadores de serviços, faltou um trabalho mais detalhado da empresa vencedora no intuito de conseguir a adesão de mais médicos, que por sua vez não aceitaram em atender pela nova prestadora de serviços;

Observamos que quanto aos outros questionamentos, não tem fundamentação tratando de costumes já enraizados como também falta de informação sobre o plano.

**Tabela 4** – Informações obtidas através dos servidores que estão com o plano da RN

Financeiramente é melhor	10
Atende as necessidades	12
Foi o que estava disponível dentro da legalidade	19
O atendimento é bom	4
Os profissionais são de primeira linha	1
Existe diferença de tratamento entre as operadoras	1
Há na necessidade de aumentar o número de prestadores de serviço	20
A empresa tem que ter mais organização, mais clareza	3
Atendimento ruim na área administrativa	3
Atendimento ruim em casos de urgência e emergência	1
Recebe a contrapartida do governo	15
Os valores dos agregados são menores	3
Tem que ter maior cobertura nacional	6

Fonte: Elaborada pelo autor

O plano de saúde da RN financeiramente hoje é menor pois tem a contrapartida do governo o que diminuiu os custos inclusive dos exames e dos atendimentos em geral; Atende as necessidades pois esta regulamentado com uma cobertura maior do que os planos que a UFTM possuía; Não tinha outra opção pois foi a empresa vencedora e única participante na licitação(Pinheiro, 2010); O atendimento é padronizado; Os profissionais que estão na RN atendem também pela Unimed o que não acontece com os que estão na Unimed; Como a empresa venceu a licitação recentemente na UFTM tem-se a necessidade melhorar a prestação de serviços bem como aumentar o número de prestadores de serviços; Os valores praticados

são menores, a empresa Unimed abaixou os preços para fazer concorrência pela ASMED mas logo pediu a revisão dos preços o que foi negado pela Diretoria pois os valores seriam dobrados, atualmente a ASMED impetrou mandado de segurança e estão proibidos novas adesões(Fernandes, 2010); A cobertura Nacional tem que ser maior.

Foram descritas as opiniões de forma sintética, salientando as diferenças entre elas e o resultado onde destacamos quanto aos benefícios de se aderir ao novo plano na perspectiva dos servidores e da comissão.

### **5.1 Analisar os Resultados Alcançados e a Meta a Cumprir, Propondo Melhorias nas Futuras Adesões e Revisão do Processo de Negociação**

Entre os entrevistados colhemos as sugestões para melhoria do plano entre elas podemos destacar:

- 1) Aumentar a remuneração dos prestadores de serviços, profissionais da saúde e serviços de auxílio diagnóstico;
- 2) Diminuição do tempo de carência;
- 3) Todos deveriam receber a contrapartida do Governo;
- 4) Baixar os valores da tabela para os idosos;
- 5) Diminuir os valores de exames e de consultas;
- 6) Só deveria ter plano com cobertura total, com o valor total repassado pelo Governo;
- 7) Aumentar o número de prestadores de serviço;
- 8) Não ter diferença de tratamento entre as operadoras;
- 9) Melhorar os atendimentos na área administrativa;
- 10) Ter mais de uma opção de operadora;
- 11) Aumentar os agregados ao plano como pai e mãe com o repasse do Governo;
- 12) Deveria ter débito em conta corrente para os que não possuem desconto em contracheque para evitar inadimplência;
- 13) Os planos deveriam ter cobertura nacional;

As entrevistas realizadas foram importantes no sentido de trazer informações com embasamento para futuras negociações, no entanto realizamos setenta pesquisas em razão do pouco tempo que dispúnhamos, aliado a burocracia com as documentações para a aprovação

da pesquisa no comitê de ética da UFTM, e a lentidão para análise dos processos pendentes, a comissão analisa os processos somente as sexta-feira o que faz que os processos demorem meses para análise e posterior aprovação, visto que na Universidade Federal do Rio Grande do Sul não existe esta exigência de passar a pesquisa pelo comitê por tratar-se de um trabalho na área de administração, ouve uma demora de um mês da autora para dar entrada no processo por deduzir que este procedimento fosse padrão ente as Universidades Federais, e mais um mês para que conseguíssemos atender as exigências do processo, pois a única servidora com experiência na área estava afastada e sua substituta não atendeu de modo a sanar as dúvidas administrativas, sendo o caso resolvido com a intervenção da Professora Rosária de Moraes do curso de negociação coletiva, foram telefonemas e e-mail até a solução do caso.

No momento das entrevistas observamos que de acordo com o ambiente de trabalho existem opções parecidas, ou seja, muitos servidores que atuam diretamente na área da saúde em contato com os médicos não aderiram ao plano, mostrando uma cultura que já esta enraizada de achar que a única empresa que atende as suas exigências é a UNIMED, não querendo informações de empresa vencedora, outros servidores que não atuam na área administrativa e não tem parentesco com médicos aderiram ao plano sem maiores problemas, outros permaneceram na o médico que atende a anos a família não fez convenio com a empresa RN. Situações como esta demonstram que somente uma legislação mais específica melhoraria a concorrência na área de planos de saúde, como solicitar dos prestadores de serviços uma justificativa formalizada da não realização de convênios com operadores diferentes, situações como esta caracteriza um monopólio na área de saúde um complicador para a livre concorrência no mercado.

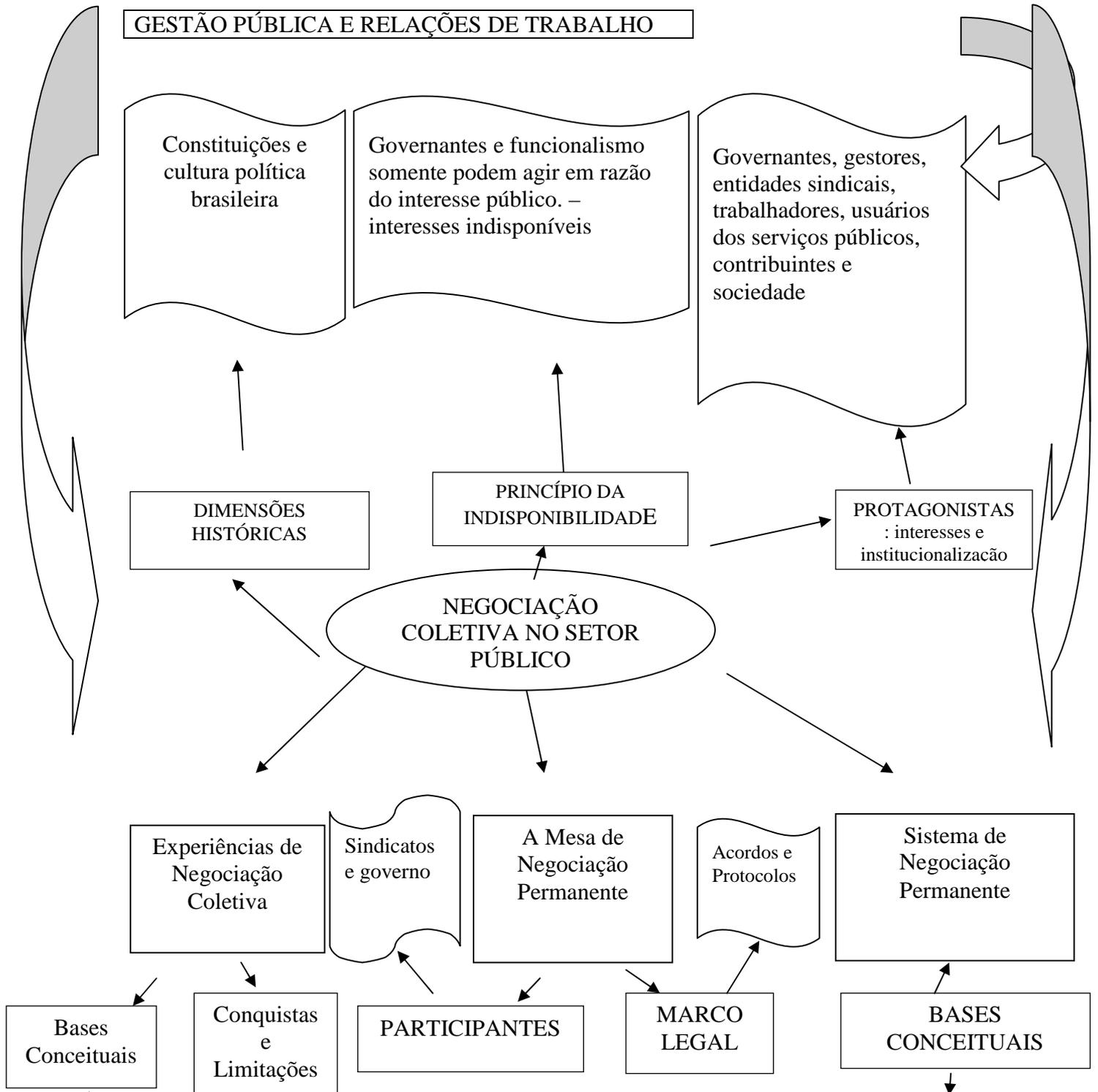
Neste último tópico foram levantadas as contribuições dos usuários sendo que as aspirações se aplicam para os usuários das duas operadoras, aumento de salários dos prestadores de serviços, diminuição do tempo de carência dos planos, mas em um item ouve um anseio maior em que o Governo deveria repassar o valor da contrapartida para todos, deixando aos servidores a escolha do seu plano, partindo deste preposto entendemos que independe mente da modalidade escolhida pelo órgão, convênio, contrato, autogestão teremos sempre este problema a que se rever estes procedimentos, a modalidade ressarcimento de despesa pode ser uma opção deixando a cargo do servidor a escolha da operadora, no entanto teríamos que uma entidade para negociar os preços com as operadoras pois quanto maior o número de adesões ao plano menor é o valor cobrado, além do valor, o suporte de pessoal especializado na área de planos é necessário para dar suporte aos servidores em suas dúvidas diárias.

Considerando a revisão do processo de negociação do plano de saúde, observamos que os respectivos órgãos representativos não conseguiram trabalhar de forma consensual, gerando conflitos e perdas para os servidores, fato este retratado por Wanderley (1998), que coloca a negociação como um jogo de poder onde ocorrem influências recíprocas. Destaca como necessário estabelecer o balanço de poder entre as partes e saber usar, da melhor forma possível. Assim, conhecer as fontes de poder é o ponto de partida.

Entre as formas de poder temos o poder pessoal e o poder externo, destacamos o poder externo que no caso se concretizou com a ASMED, entrando no processo de negociação e interferindo na decisão da comissão e da assembléia que referendou os seus atos.

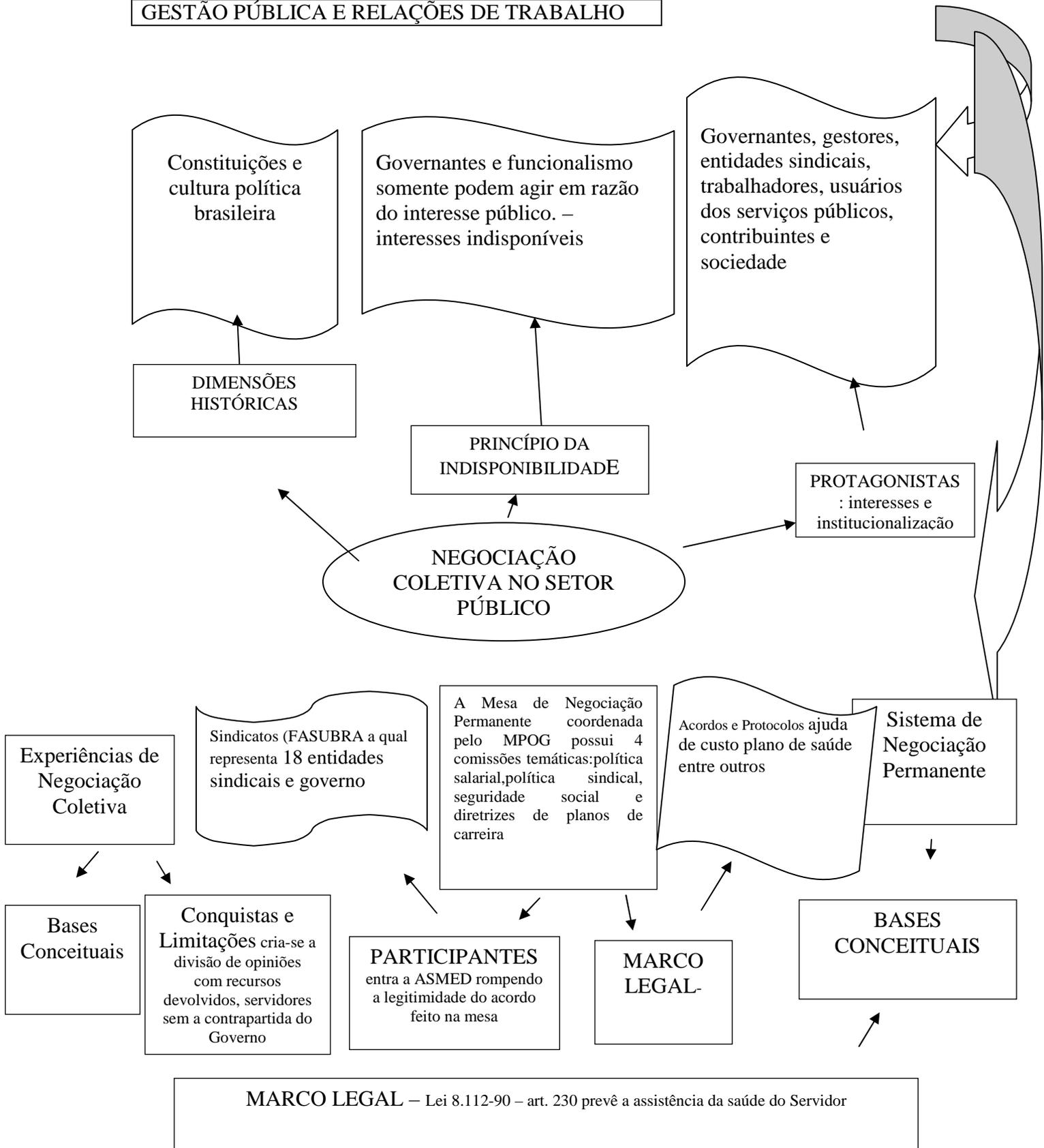
Dias (2009), relacionamentos e associações. Os relacionamentos e associações, quando bem trabalhados e positivos, são uma força muito útil para o bom desfecho de uma negociação. Caso contrário, podem trazer fragilidade e vulnerabilidade. Esses relacionamentos e associações às vezes implicam outros negociadores, ou parceiros que não estão na mesa de negociação e nossa própria equipe. Uma equipe pode transformar-se num verdadeiro desastre. Exemplificando tal informação utilizaremos modelo da apostila dos mapas conceituais do curso de negociação coletiva da UFRGS, primeiramente a disciplina negociação I.

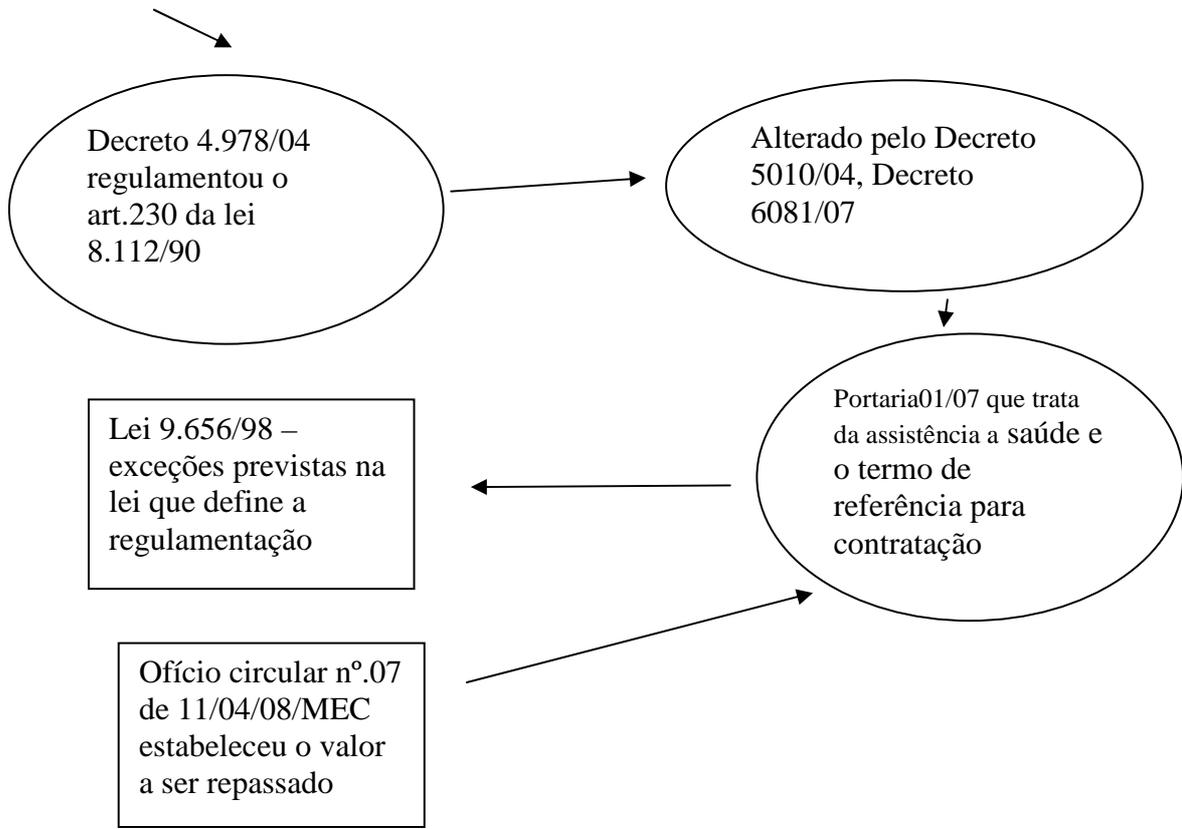
## MAPA CONCEITUAL – NEGOCIAÇÃO II



a) o reconhecimento da legitimidade dos interesses e dos conflitos; b) a garantia de amplo espaço de liberdade e de autonomia das partes para a explicitação dos conflitos; c) a normatização de procedimentos para a defesa de pleitos e debates de propostas; d) o caráter permanente e a eficácia do processo; e) a instituição de mecanismos, tais como a organização nos locais de trabalho, o acesso a informações e a publicidade para promover maior equilíbrio de correlação de forças; f) a possibilidade de mediação pactuada; g) a participação dos diversos protagonistas.

GESTÃO PÚBLICA E RELAÇÕES DE TRABALHO



**REGULAMENTAÇÃO PELOS ATOS NORMATIVOS**

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Trabalho de término de curso nos traz uma grande ansiedade e expectativas sobre qual tema iríamos abordar. Foram apresentados sete temas a escolher, quais estratégias que poderíamos utilizar, qual o método de pesquisa qualitativa, quantitativa ou qualitativa-quantitativa. O TCC imita a vida, pois em nossa larga trajetória neste mundo percorremos várias estradas, várias rotas até encontrarmos o nosso caminho.

O tema escolhido foi, “o rompimento de acordo em negociação coletiva no setor público e a forma de negociação”, com relação ao plano de saúde da UFTM.

Temos duas vertentes: a escolha da modalidade, qual sejam: contrato, convênio, autogestão e ressarcimento. O convênio dispensa a licitação, portanto se a opção fosse esta o grupo decidiria qual operadora de autogestão seria a conveniada. O ressarcimento poderia ser realizado desde que o plano fosse regulamentado o que não coadunaria com a realidade da maioria dos servidores que mantinham o plano não regulamentado; e autogestão dependeria de estudo específico e um período mínimo de 18 meses para implantação, além de comprometimentos com a legislação como reserva técnica. No caso o recurso já estava disponível e inclusive o do ano de 2007 já havia voltado para os cofres públicos.

A Comissão entendeu o seguinte:

- Como era urgente a definição para usufruto do benefício;
- Como os servidores tinham plano com operadora de plano de saúde;
- Como todas as tentativas para usufruir do benefício no plano atual foram em vão;
- Para "tomar posse" efetiva do benefício era mister regulamentar o plano;
- Como o nível de saúde suplementar escolhido pelos servidores da UFTM era operadora de plano de saúde (Unimed Uberaba Ltda), para continuar no mesmo nível a opção mais adequada seria Contrato com operadoras que não poderia ser realizado sem o processo de licitação.

O CEFET de Uberaba que participou da Licitação juntamente com a UFTM fez um contrato à parte com a Unimed, não optando pela empresa RN que ganhou a licitação visto que a empresa que estava operando na Instituição a mais de 20 anos é líder no mercado, possui vários cooperados, e a empresa RN por ser nova não possui a metade dos médicos disponíveis. A modalidade adota pela CEFT foi a de ressarcimento de despesa.

A Empresa Unimed esta no mercado há vários anos, é uma cooperativa, ou seja, é uma união de médicos, observa-se que não houve da parte destes uma adesão significativa para prestar serviços pela a nova empresa RN Metropolitan por ser uma concorrente no mercado, por

outro lado a empresa particular RN, fez com que alguns servidores passassem a ver a nova empresa com mais cautela, pois acharam que a UFTM poderia estar a um passo de ser privatizada.

A concorrência é salutar para o mercado, pois diminui os custos dos insumos e serviços, e a vinda da empresa RN fez com que os planos de saúde saíssem com um preço bem menor do que era praticado no mercado, mas mesmo sendo este um ponto importante para que houvesse maior adesão por parte dos servidores, foi para alguns visto como mais um motivo para não adesão, pois achavam que a empresa não iria conseguir permanecer em funcionamento por muito tempo, devido ao baixo valor ofertado na licitação bem menor do que o praticado no mercado na época.

A escolha de um plano de saúde é muito pessoal cada um tem uma preferência, uns querem a empresa X o outro Y, as necessidades de cada um definem a escolha do plano, as sugestões apresentadas para melhoria dos planos de saúde dependem de um conjunto de medidas que devem ser feitas em parcerias honestas, desprendidas de interesses particulares, onde a coletividade e o bom atendimento devem imperar em busca de um atendimento que venha a suprir os anseios dos usuários do plano de saúde.

As operadoras dos planos necessitam de uma boa reserva financeira, pessoal qualificado, investimentos para um constante aperfeiçoamento dos serviços prestados a população por sua vez estão cada vez mais exigentes, mas nem sempre conhecedores de seus direitos, em muitos casos levantados observamos que os servidores não sabiam sequer fazer os cálculos dos benefícios e muito menos qual a cobertura do plano, outros desconheciam que o governo faz o repasse mensalmente para os que aderirem ao plano.

Com base nas informações passadas observamos que poderíamos ter duas opções de contratos com empresas diferentes, sendo que o repasse do auxílio para os servidores fosse feito diretamente no contracheque, o que já está sendo providenciado pelo MPOG, ficando a cargo do servidor o pagamento do auxílio, para viabilização de duas opções de empresas vencedoras. Há a necessidade de alteração na legislação, seja qual for a modalidade escolhida somente poderá ter um empresa contratada o que continuará a trazer impasse para os servidores.

Recebemos em meu Departamento, em vinte e nove de outubro sexta-feira pela manhã um ofício-Circular da Pró-reitoria de Recursos Humanos nos informando que foi editada a Portaria Normativa nº 5, da SRH/MP, de 11 de outubro de 2010, a qual estende a todos servidores que não fizeram a opção pelo plano licitado e contratado de receber pelo ressarcimento de despesa, esta alteração fará que os recursos sejam utilizados por todos os

servidores que aderirem a um plano de saúde, o que foi sugerido em meu trabalho, ficando no meu entendimento uma abertura para que a Associação possa entrar com seu contrato, estendendo a todos os interessados, o que trará benefícios tanto para a ASMED quanto para os servidores.

Em suma, a Comissão de Estudos sobre a Assistência a Saúde Suplementar do Servidor Ativo, Inativo, seus Dependentes e Pensionistas realizou um bom trabalho apresentando as propostas à assembléia. No entanto, essa comissão não imaginava que a adesão por parte dos servidores à empresa vencedora da licitação seria tão baixa. Ocorreu ainda uma elaboração de um plano de emergência onde a Associação dos Servidores fechou contrato com outra empresa.

Temos na UFTM, no quadro de servidores uma divisão com pessoal treinado, com qualificações técnicas suficientes para administrar na área da saúde suplementar, sendo assim o modelo ideal para administração e fiscalização do contrato.

Há de se ter um trabalho mais detalhado para podermos repassar aos servidores, um a um, todas as informações sobre o plano de saúde, direitos estabelecidos por lei, os quais neste trabalho observou-se que os servidores não conhecem adequadamente ou não se interessam como deviam por eles.

**TABELA I**  
**NOVOS VALORES REPASSADOS PELO GOVERNO**

<b>F A I X A S</b>		<b>VALORES</b>
<b>Por remuneração (R\$ 1,00)</b>	<b>POR IDADE</b>	<b>PER CAPITA</b>
		<b>(R\$ 1,00)</b>
<b>0000 – 1.499</b>	<b>00 – 18</b>	<b>106</b>
	<b>19 – 28</b>	<b>111</b>
	<b>29 – 43</b>	<b>117</b>
	<b>44 - 58</b>	<b>123</b>
	<b>59 OU +</b>	<b>129</b>
<b>1.500 – 1.999</b>	<b>00 – 18</b>	<b>101</b>
	<b>19 – 28</b>	<b>106</b>
	<b>29 – 43</b>	<b>111</b>
	<b>44 - 58</b>	<b>117</b>
	<b>59 OU +</b>	<b>123</b>
<b>2.000 – 2.499</b>	<b>00 – 18</b>	<b>96</b>
	<b>19 – 28</b>	<b>101</b>
	<b>29 – 43</b>	<b>106</b>
	<b>44 - 58</b>	<b>111</b>
	<b>59 OU +</b>	<b>117</b>
<b>2.500 – 2.999</b>	<b>00 – 18</b>	<b>92</b>
	<b>19 – 28</b>	<b>96</b>
	<b>29 – 43</b>	<b>101</b>
	<b>44 - 58</b>	<b>106</b>
	<b>59 OU +</b>	<b>111</b>
<b>3.000 – 3.999</b>	<b>00 – 18</b>	<b>87</b>
	<b>19 – 28</b>	<b>92</b>
	<b>29 – 43</b>	<b>96</b>
	<b>44 - 58</b>	<b>101</b>
	<b>59 OU +</b>	<b>106</b>
<b>4.000 – 5.499</b>	<b>00 – 18</b>	<b>79</b>
	<b>19 – 28</b>	<b>81</b>
	<b>29 – 43</b>	<b>83</b>
	<b>44 - 58</b>	<b>84</b>
	<b>59 OU +</b>	<b>86</b>
<b>5.500 – 7.499</b>	<b>00 – 18</b>	<b>76</b>
	<b>19 – 28</b>	<b>77</b>
	<b>29 – 43</b>	<b>79</b>
	<b>44 - 58</b>	<b>80</b>
	<b>59 OU +</b>	<b>82</b>
<b>7.500 OU +</b>	<b>00 – 18</b>	<b>72</b>
	<b>19 – 28</b>	<b>73</b>
	<b>29 – 43</b>	<b>75</b>
	<b>44 - 58</b>	<b>76</b>
	<b>59 OU +</b>	<b>78</b>

Tabela de reajuste/SRH/MP

Em comparação com os valores reajustados da operadora contratada, tabela abaixo observou que se o servidor fizer adesão ao plano básico em enfermaria com co-participação e com o

pagamento a parte dos serviços praticados fica praticável, porém se optarmos pelo plano total em apartamento o valor repassado não atende as expectativas dos servidores, de acordo com a pesquisa realizada estes em unanimidade acham que o governo deveria fazer o repasse integral de um plano completo, pois veria atender nas horas em que houvesse a necessidade de sua utilização.

**TABELA II**

<b>PLANOS</b>	<b>CUSTO TOTAL</b>	<b>CO-PARTICIPAÇÃO</b>
BÁSICO ENFERMARIA	R\$ 111,25	40% LIMITADA A R\$75,00
BÁSICO APARTAMENTO	R\$ 155,75	40 % LIMITADA A R\$ 75,00
TOTAL ENFERMARIA	R\$ 177,78	SEM CO-PARTICIPAÇÃO
TOTAL APARTAMENTO	R\$ 248,88	SEM CO-PARTICIPAÇÃO
ODONTOLÓGICO	R\$ 11,90	SEM CO-PARTICIPAÇÃO

Valores atualizados da empresa RN Metropolitan

## REFERÊNCIAS

STOLL, L. **Relatório do encontro de Recursos Humanos, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.** 2009.

SUSSEKIND, op.cit.,1193. 2005.

SÁ, M. H. **Negociação coletiva de Trabalho.** São Paulo. Ltr, 2002, p.37.

MARTINS, S. **Direito do Trabalho.**18.ed. São Paulo:Atlas,2003,p.761.

LUIS R. K.; MELODY C. S. P. **Apostila curso de Pós-graduação Negociação Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.**

SILVA, A C.; Procópio, Marta. DEFCUL **Estudo de caso, compreender descrevendo.**2004/2005.

Godoy, A. S. **Introdução à pesquisa Qualitativa e suas possibilidades.** São Paulo, 1995.

LOBOS, J. **Processo de Negociação Coletiva.** 1988.

LOPES, F. D. **Apostila curso de Pós-graduação Negociação Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, DISCIPLINAS Negociação coletiva II e III.** Porto Alegre, 2009.

BRASIL. **Lei 9.961**, de 28 janeiro de 2000.

BRASIL. **Decreto 4.044**, de 06 dezembro de 2001.

BRASIL. **Lei 8112**, de 11 de dezembro de 1990.

BRASIL.**Lei 8.666**, de 21 de junho de 1993.

BRASIL.**Lei 8.745**,de 09 de dezembro de 1993.

BRASIL.**Lei 9.656**, de 03 de junho de 1998.

BRASIL. **Decreto 4.978**, de 03 de fevereiro de 2004.

BRASIL. **Decreto 5010**, de 09 de março de 2004.

BRASIL. **Lei 11.302**, de 10 de maio 2006.

BRASIL. **Portaria SRH/MP** de 27 de dezembro de 2007.

BRASIL. **Decreto 7.063**, de 13 de janeiro de 2010.

BRASIL. **Portaria nº 05**, de 11 de outubro de 2010.

## ANEXO I - PARECER DA COMISSÃO APRESENTADO EM ASSEMBLEIA

Diante do exposto, a Comissão considera e destaca os seguintes pontos a serem observados na decisão final sobre o tema.

A legislação em vigor considera:

- a) a modalidade "ressarcimento parcial" por suas especificidades, é de grande complexidade no que tange à sua operacionalização;
- b) a modalidade "serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade". Esta modalidade no nosso entendimento precisaria ser elaborada na UFTM observando-se os altos custos da saúde atualmente.
- c) modalidade de Convênio com operadoras de auto gestão. No caso da GEAP, a única que nos apresentou uma proposta, consideramos:

Um pouco obscura na nossa realidade tendo em vista uma rede limitada (em seu contexto atual) e em seus critérios de ampliação.

A co-participação nas internações como fator de aumento no valor mensal da contribuição do participante

E, valor de contribuição para agregados acima de 59 anos elevado.

Considerando que a autogestão não tem fins lucrativos, percebemos que a arrecadação da GEAP será mais elevada que os valores ofertados pelas operadoras de planos de saúde consultadas. Exemplo:

Plano	Valor total
Geap Referência – 3,58 da remuneração e R\$ 50,00 per capta repassados pela patrocinadora	R\$ 437.035,29
Geap Essencial – 5,2 da remuneração + R\$ 50,00 per capta repassados pela patrocinadora	R\$ 526.982,54

Assim sendo, a Comissão considera que a opção mais indicada é a modalidade "contrato" com operadoras de Planos de Saúde disponíveis no mercado e que atendam rigorosamente à legislação.

## ANEXO II



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG  
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: O Plano de Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

#### TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo cujo título é O Plano de Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é coletar dados para o trabalho de término de conclusão de curso, e caso você participe, será necessário responder perguntas sobre a forma como foi negociado o plano de saúde da UFTM com o preenchimento de um questionário, envolvendo também o consentimento de observar seu ambiente de trabalho. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu trabalho. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Os resultados deste estudo poderão ser publicados, mas seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto:

---



---



---

Eu, (*nome do voluntário*), li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu trabalho. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba, ...../...../.....

---

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

---

Documento de identidade

---

Assinatura do pesquisador responsável

---

Assinatura do pesquisador orientador

**Telefone de contato dos pesquisadores:** Orientador: Fernando Dias Lopes (051) 33083725 e Pesquisadora: Elizabete Quaiotti (034) 91052036.

EM CASO DE DÚVIDA EM RELAÇÃO A ESSE DOCUMENTO, VOCÊ PODE ENTRAR EM CONTATO COM O COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, PELO TELEFONE 3318-5854.

## APENDICE A - QUESTIONÁRIO DOS SERVIDORES

- 1 – Qual o seu plano de saúde(operadora)?
- 2 – Por qual motivo você escolheu esta operadora?
- 3 – Você está satisfeito com sua escolha? Por quê?
- 4 – Você usufrui o benefício oferecido pela União para a saúde suplementar? Por quê?
- 5 – Na sua opinião qual a melhor modalidade para utilização dos recursos da saúde suplementar: convênio, contrato, serviço prestado diretamente pelo órgão ou auxílio de caráter indenizatório (ressarcimento)?
- 6 – Na sua opinião, o que poderia ser mudado/negociado no plano de saúde para atendimento de suas necessidades?
- 7 – Você participou ou tem informações da forma como foi negociado o plano de saúde (assembleia, comissão, reuniões)?

## **APENDICE B - QUESTIONÁRIO DA COMISSÃO**

- 1) Quais critérios nortearam a formação da comissão?
- 2) Como se deu o processo de definição das opções de benefício?
- 3) Como foi a participação dos representantes dos trabalhadores e da administração no processo de negociação?
- 4) Quais as principais diferenças entre as opções disponíveis de benefício?
- 5) Qual a percepção dos servidores com relação às quatro modalidades?
- 6) Qual a percepção dos servidores com relação à opção vencedora?