Cerca de 130 beneficiários de planos de saúde de autogestão de diversas categorias profissionais estiveram reunidos nesta sexta-feira (28), no Centro Cultural de Brasília, durante o III Seminário de Autogestão em Saúde da Anapar.

Na abertura, o presidente da Anapar, Marcel Barros, e a diretora de Saúde Suplementar, Caroline Heidner, destacaram o crescimento do tema dentro da associação e o papel estratégico da autogestão na garantia de saúde de qualidade para trabalhadores ativos e aposentados.

Regulação em evolução: diálogo, sustentabilidade e mutualismo – A diretora interina de Gestão da ANS, Carla de Figueiredo Soares, destacou que a participação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no seminário representa uma oportunidade fundamental para ouvir diretamente os desafios vivenciados pelas autogestões. Segundo ela, eventos como esse “fazem a diferença na vida das pessoas”, pois permitem que os reguladores voltem ao trabalho com maior compreensão das realidades que suas decisões impactam.

Carla relembrou que a saúde suplementar brasileira nasceu das caixas de assistência aos trabalhadores, o que torna as autogestões o embrião do setor, muito antes da existência de regras específicas. Ela explicou que, durante décadas, essa atividade funcionou sem regulação detalhada e apenas em 1998 a Lei nº 9.656 estabeleceu um marco regulatório. Dois anos depois, surgiu a ANS e, com ela, a necessidade de normas que diferenciassem as autogestões dos modelos comerciais. A Consu 5 foi o primeiro instrumento regulatório a tratar do tema, ainda de forma bastante incipiente.

O grande salto veio em 2006, com a RN nº 137, da qual participou desde a construção, como servidora pública recém-ingressa na Agência. Ela ressaltou que a norma foi um avanço essencial, trazendo diretrizes mínimas sobre governança, regras operacionais e participação dos beneficiários. Porém, ao longo de quase 20 anos, tornou-se claro que a regulação precisava ser revista, diante das transformações do setor.

Carla apresentou os fundamentos que levaram à criação da **RN nº 649/2025**, aprovada recentemente e que entra em vigor em 1º de julho de 2026. Entre os fatores analisados pela ANS, destacou:

- **Carteiras mais envelhecidas**, com maior utilização dos serviços
- **Baixa rotatividade** e forte vínculo profissional dos beneficiários
- **Custo crescente** decorrente de novas tecnologias e aumento da longevidade
- **Necessidade de ampliar o mutualismo** para garantir sustentabilidade

Ela lembrou que as autogestões concentram a maior proporção de beneficiários com expectativa de vida centenária na saúde suplementar. Ao mesmo tempo, utilizam mais o sistema, não por desperdício, mas pelo seu perfil epidemiológico. Por isso, era preciso criar mecanismos para oxigenar as carteiras, sem descaracterizar o modelo fechado.

Entre os principais aprimoramentos da RN 649, Carla destacou:

- Maior possibilidade de **ampliação da massa**, incluindo toda a cadeia produtiva das patrocinadoras
- Regras atualizadas para **governança prudencial e solvência**
- Diretrizes para **sustentabilidade financeira e atuarial**
- Fortalecimento da visão de **cuidado integral e paciente no centro**

Ela explicou que permitir que empresas do entorno da categoria original integrem a autogestão é fundamental para o equilíbrio econômico, já que antiga exigência de segmentação por área poderia fragmentar o setor e "contaminar o mutualismo", criando planos pequenos e mais frágeis.

Carla reforçou que a RN 649 não encerra o processo, e sim inaugura um novo ciclo regulatório. A ANS realizará avaliação de resultado regulatório após a entrada em vigor, para acompanhar riscos, corrigir eventuais rotas e avançar sempre que necessário. Ela defendeu uma regulação dinâmica, responsiva e centrada no paciente, alinhada às políticas públicas de saúde e ao princípio da integralidade do cuidado.

Por fim, colocou a ANS à disposição do setor para esclarecimentos e propôs a realização de workshops técnicos, possivelmente virtuais, para alcançar mais representantes e permitir que todas as dúvidas sobre a implementação da norma sejam tratadas antes de julho. "A defesa do interesse público e o acesso oportuno ao cuidado são a razão de existir da regulação", concluiu.

Ampliação da representatividade do setor – O advogado Celson Ricardo, especialista em regulação da saúde suplementar, resgatou o percurso histórico da regulação do setor. Embora os planos de saúde de autogestão existam há mais de 80 anos, somente passaram a ter uma regulamentação mais precisa a partir de 1998. Reconheceu o protagonismo das autogestões na criação do sistema suplementar no Brasil, reforçando a necessidade de que o setor tenha maior peso político e regulatório na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Em sua fala, defendeu que a Anapar deve ter assento na Câmara de Saúde Suplementar, para ampliar a presença das autogestões nos espaços de decisão que impactam diretamente seus beneficiários.

Ao analisar a nova Resolução Normativa nº 649/2025, Celson destacou que ela traz avanços estruturais, especialmente em dois pontos: multipatrocínio e governança. Segundo ele, a inclusão do multipatrocínio como modelo reconhecido elimina dúvidas históricas e possibilita a expansão sustentável das carteiras, com ingresso de novos grupos ligados à cadeia produtiva das patrocinadoras principais. No entanto, ressaltou que expansão só fará sentido se acompanhada de governança robusta e democrática.

Celson mencionou ainda a importância dos novos mecanismos de segregação econômica, financeira e atuarial, que tornam processos de entrada e saída de patrocinadores mais fluidos, trazendo segurança jurídica e regulatória. Ele afirmou que esse aperfeiçoamento pode facilitar agregação de novos grupos ao sistema, fortalecendo sua perenidade.

O palestrante propôs que a ANS avance em políticas favoráveis ao setor, incluindo incentivos que reconheçam a natureza solidária e sem fins lucrativos das autogestões. Para ele, entidades e patrocinadores deveriam ter benefícios fiscais para ampliar a oferta e manter a sustentabilidade dos planos de autogestão.

CDC não se aplica ao setor – O advogado Rodrigo Oliveira Salgado iniciou sua intervenção abordando uma inquietação recorrente entre participantes de planos de autogestão: a busca pela aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) quando enfrentam dificuldades para assegurar direitos. Ele reconheceu essa angústia, explicando que ela nasce da realidade de uma sociedade profundamente desigual, na qual as pessoas se apoiam na identidade de "consumidor" como forma de proteção mínima diante de relações econômicas e contratuais cada vez mais assimétricas. Segundo ele, a judicialização baseada no CDC acaba sendo vista como a tábua de salvação para combater práticas abusivas. Acesse aqui a apresentação: Inaplicabilidade do CDC

Rodrigo destacou, porém, que essa reação decorre da mercantilização da vida e dos direitos sociais. Ele defendeu que a saúde não pode ser tratada como commodity e que o desafio atual é recolocar esse debate no campo comunitário, como as autogestões fazem desde sua origem. Para explicar esse caminho histórico, o palestrante recuperou o surgimento dos sistemas de proteção social vinculados a iniciativas comunitárias e religiosas, como as organizações de apoio a viúvas na Escócia e o modelo solidário estabelecido na Alemanha por Bismarck no século XIX — ambos estruturados em contribuições coletivas para garantir cuidado em situações de vulnerabilidade.

O advogado afirmou que essa lógica comunitária é o DNA das autogestões: oferecer saúde de forma mutualista, para um grupo fechado de pessoas que contribuem para seu próprio cuidado ao longo da vida. Ele mencionou que essa característica distingue radicalmente os planos de autogestão dos planos privados comerciais, que operam como negócios destinados a gerar retorno financeiro para seus proprietários. Por isso, não há como enquadrar os usuários de autogestão como consumidores vulneráveis diante de um fornecedor com finalidade lucrativa. Na autogestão, os excedentes são reinvestidos no sistema e os próprios beneficiários podem — e devem — participar da gestão. Essa condição reduz a hipossuficiência que justifica a tutela do CDC nas relações de mercado.

Segundo ele, o CDC foi criado para corrigir desequilíbrios típicos da economia de consumo em massa, marcada pelos contratos de adesão padronizados, nos quais o comprador não tem qualquer poder de negociar cláusulas. Nesse contexto, o consumidor é estruturalmente vulnerável, o que justifica mecanismos protetivos como a inversão do ônus da prova em processos judiciais. No caso das autogestões, porém, a lógica é outra: trata-se de uma associação de pessoas para garantir um direito fundamental, e não de uma empresa que explora economicamente um mercado. Por isso, o CDC não se aplica ao setor — posição que já está consolidada na jurisprudência brasileira, especialmente a partir da Súmula 608 do STJ, que exclui expressamente as autogestões do âmbito de incidência do código.

Rodrigo enfatizou que não se trata de perda de direitos, mas de preservar um modelo que garante controle social e governança direta aos beneficiários. Ele alertou para o risco de tentar equiparar planos comunitários a produtos comerciais, pois isso fortalece a lógica de mercado que ameaça sistemas solidários em todo o mundo. Ao final, defendeu que a proteção e o futuro da autogestão dependem da consciência política de trabalhadores e aposentados, reforçando que soluções individuais não darão conta dos desafios sociais e econômicos contemporâneos: grandes conglomerados financeiros, concentração da cadeia de saúde, transição demográfica e crises sobrepostas. Nesse sentido, afirmou que a autogestão é parte da resposta, porque preserva solidariedade, pertencimento e acesso coletivo ao cuidado — valores que o mercado tende a expulsar quando age apenas sob a lógica do lucro.

Retirada de patrocínio: ameaça urgente aos direitos – Edvaldo Pereira da Silva, diretor de Relações com os Beneficiários da Cemig Saúde, alertou que, se as centrais sindicais, federações e associações não assumirem essa pauta como prioridade, os planos de autogestão vão desaparecer. Segundo ele, estamos em um momento de transição regulatória, com a RN 137 trazendo avanços, mas longe de ser a solução definitiva para os problemas que o setor enfrenta. Acesse aqui a apresentação: Queda dos patrocínios

Edvaldo foi taxativo ao afirmar que beneficiários não deixam seus planos de autogestão por escolha. O principal motivo é econômico: falta dinheiro. Autogestões, segundo ele, são melhores que o SUS e que os planos privados tradicionais, mas a população não consegue mais pagar por elas.

Ele também afirmou que é preciso considerar duas realidades diferentes no país: antes e depois da ascensão da extrema direita, período que classificou como marcado pelo desrespeito a acordos e compromissos. Para exemplificar, citou o caso da Cemig, onde acordos garantiram plano de saúde vitalício em troca de salários e benefícios menores. Hoje, no entanto, patrocinadoras questionam os acordos, judicializam e protelam decisões até que o beneficiário adoeça e perca condições de lutar.

Segundo Edvaldo, os reajustes abusivos se tornaram instrumento de expulsão de beneficiários. Reclamações à ANS não trazem respostas e ações judiciais não resultam em liminares. Enquanto isso, aumentos de 60% ou 80% são aplicados de imediato, inviabilizando a permanência dos assistidos.

Ele criticou a participação meramente figurativa de representantes dos trabalhadores na gestão das operadoras. Disse que o modelo atual não garante acesso a informações, nem poder de decisão; a recente regulamentação, embora exija participação mínima, não assegura paridade.

Denunciou propostas absurdas, como a atribuição de “meio voto” aos representantes eleitos.

Reforçou que o desconhecimento ainda é grande, inclusive entre beneficiários de autogestão que não sabem que seus planos pertencem a esse modelo. Por isso, defendeu ampliar a organização e a formação das categorias, ressaltando o papel nacional da Anapar na articulação desse esforço.

Ao apresentar dados da ANS sobre a estagnação da autogestão em cerca de 4,5 milhões de beneficiários, enquanto o mercado cresce acima de 8%, chamou atenção para três fatores que pressionaram o setor: queda de renda dos aposentados, substituição gradual da cobrança proporcional por valores per capita — mais injustos — e o progressivo desmonte dos subsídios patronais.

Edvaldo lembrou, ainda, que as privatizações romperam a solidariedade geracional dos planos, reduzindo a entrada de jovens e aumentando custos para os mais velhos. E alertou para a perda quase silenciosa de benefícios e isenções fiscais durante a reforma tributária, por falta de mobilização.

Para ele, discutir apenas aspectos regulatórios não será suficiente. É preciso encarar o debate sobre financiamento da saúde suplementar no Brasil, garantir presença paritária na gestão e cobrar a responsabilidade social das empresas pelas doenças e sequelas decorrentes das atividades laborais.

Edvaldo também chamou atenção para a falta de fiscalização sobre condutas abusivas praticadas por profissionais e prestadores de saúde, especialmente em procedimentos de alto custo, como cirurgias robóticas, que vêm endividando famílias e explorando momentos de fragilidade dos pacientes.

Encerrando sua intervenção, reforçou que plano de saúde não é avaliado na consulta ou no exame simples, mas no tratamento caro que garante a vida. Disse que o setor da autogestão está perdendo força “de goleada” e que, sem organização coletiva, as empresas continuarão impondo retrocessos. E concluiu com um alerta: as mudanças na Lei 9.656/98 podem ser a última chance real de proteger o modelo. Se não houver luta, as autogestões vão desaparecer: não por falta de demanda, mas por falta de defesa.

Inflação médica: desmontando o “conto da carochinha” – No segundo painel da tarde, Caroline Heidner, diretora de Saúde Suplementar da Anapar, fez uma apresentação provocadora sobre o uso indevido da chamada “inflação médica” para justificar reajustes abusivos de planos de saúde. Acesse aqui a apresentação: Inflação médica

Ela começou explicando como funcionam índices como IPCA e INPC, calculados pelo IBGE com metodologia reconhecida e cesta de produtos fixa, comparando sempre o mesmo item no mesmo lugar para medir preço com rigor estatístico.

E então fez o contraste: “O que chamam de inflação médica não é inflação coisa nenhuma.” Caroline detalhou que o índice utilizado como referência pelo mercado é, na verdade, a Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH), calculada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). “Eles não são o IBGE. O IESS é mantido por quem? Por quem lucra com os aumentos, o que configura conflito de interesse”, ressaltou.

Ela alertou que o cálculo considera apenas 10% dos beneficiários, todos planos individuais, com dinâmica totalmente diferente dos planos coletivos de autogestão. “Nunca foi calculado com base nos nossos planos. Pode até ser próximo. Pode, eventualmente, ser próximo. Mas não é.”

Além disso, o índice inclui frequência de utilização, o que — por conceito — **não** pode ser chamado de inflação. “Se eu compro um quilo de feijão hoje e cinco amanhã, isso é frequência, não é preço. Só isso já impediria chamar esse número de inflação.”

Caroline exibiu manchetes de jornais que mostram inconsistência nos argumentos, que ora culpam o envelhecimento da população, ora os custos dos tratamentos com tecnologia de ponta. “Não era envelhecimento o problema? Então por que, em 2023, jovens de 0 a 18 anos tiveram custo subindo 32%, e os 59+ só 7,8%?”

Caroline afirmou que o índice serve muito mais a um projeto de aceitação social do aumento do que a um retrato fiel da realidade dos planos. “É criar pressão na sociedade e sobre a ANS. E no fim, quem paga a conta é o trabalhador.”

Mobilização dos beneficiários – A economista do Dieese, Mariel Angeli, apresentou um diagnóstico amplo do setor de saúde suplementar, destacando o papel essencial das autogestões para garantir cuidado digno aos trabalhadores ao longo de toda a vida. Acesse aqui a apresentação: Dieese

Ela iniciou lembrando que o Dieese existe para defender o bem-estar dos trabalhadores e que os planos de autogestão, administrados com a participação de empregados e aposentados, são uma das expressões mais concretas dessa missão.

Mariel chamou atenção para um fenômeno estrutural que precisa ser visto de forma positiva, o fato de estarmos vivendo mais, e criticou a narrativa que trata o envelhecimento como problema, reforçando que as novas gerações envelhecem com melhor saúde, mais autonomia e maior expectativa de vida após a aposentadoria. E é justamente nesse contexto que a saúde suplementar passa a ter papel ainda mais relevante.

Apresentando dados oficiais da ANS e do Datasus, Mariel contextualizou os 53 milhões de beneficiários de planos de saúde no país, dos quais a grande maioria em planos coletivos empresariais, ligados ao mundo do trabalho. “As empresas de autogestão concentram mais de 1,2 milhão de beneficiários só na administração pública. Na indústria, mais de 1 milhão. Isso mostra a importância desses planos para categorias com melhores condições de trabalho e direitos.”

Mariel alertou para a rápida concentração de poder no mercado de saúde, com grandes grupos comprando laboratórios, hospitais e serviços. Esse cenário, segundo ela, afeta diretamente as autogestões, que precisam negociar rede e contratos com conglomerados cada vez maiores.

“Nós precisamos de um SUS forte. Mas também precisamos de planos que funcionem. As autogestões são uma referência do que a saúde suplementar pode oferecer: qualidade, solidariedade e respeito ao usuário”, concluiu.

O encontro consolidou a autogestão como um modelo de saúde baseado na solidariedade, na democracia interna e na sustentabilidade, que deve ser ampliado e protegido. A Anapar reforçou seu compromisso com o diálogo regulatório e o fortalecimento da representação dos beneficiários para garantir cuidado com qualidade, sem fins lucrativos e com participação social.

Fonte: Anapar, em 28.11.2025