



Simone Gomes Pereira

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**FATORES DETERMINANTES DA ESCOLHA ENTRE
PLANOS DE SAÚDE E PLANOS ASSISTENCIAIS:
um estudo sobre tomada de decisão em saúde suplementar**

Orientador: Prof. Dr. Agnaldo Antonio dos Santos

Naviraí-MS

2026



FATORES DETERMINANTES DA ESCOLHA ENTRE PLANOS DE SAÚDE E PLANOS ASSISTENCIAIS: um estudo sobre tomada de decisão em saúde suplementar

Simone Gomes Pereira

RESUMO

Aborda-se o cenário da saúde suplementar no Brasil, focando na dualidade entre planos de saúde regulamentados pela ANS e planos assistenciais (cartões de descontos). O objetivo geral consistiu em identificar os fatores determinantes na tomada de decisão dos beneficiários entre essas modalidades em Naviraí-MS. A metodologia caracterizou-se como uma pesquisa exploratória e quantitativa, com coleta de dados via questionários estruturados. Os resultados indicam a preponderância do fator econômico, sendo o baixo custo da mensalidade o principal atrativo dos planos assistenciais para 46,7% dos usuários. Verificou-se que a deficiência percebida no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente a morosidade em consultas especializadas, impulsiona a busca pelo setor privado em ambos os grupos. Enquanto o plano assistencial é procurado pela agilidade ambulatorial, o plano de saúde é selecionado pela segurança em procedimentos de alta complexidade e internações, fator viabilizado majoritariamente por benefícios corporativos (60,7%). Conclui-se que os planos assistenciais ocupam uma lacuna de mercado para a população de baixa renda, evidenciando a necessidade de maior discussão sobre a tutela jurídica desses usuários e a criação de modelos de negócio que equilibrem acessibilidade e segurança assistencial.

Palavras-chave: Saúde Suplementar; Tomada de Decisão; Planos de Saúde; Planos Assistenciais; Acesso à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) elaborou, em 2025, uma retrospectiva sobre a saúde suplementar, e apontou que a “saúde suplementar manteve seu crescimento de forma contínua, encerrando 2025 com 53,3 milhões de beneficiários em planos de assistência médica em outubro (cerca de 1,4 milhão) a mais que em outubro de 2024) [...]” (ANS, 2025). Esse crescimento sugere que uma parte significativa da população tem considerado diferentes opções de cobertura médica e não se limitando exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Contudo, esse movimento não implica no abandono do sistema estatal, mas sim em uma estratégia de dupla cobertura, onde o usuário utiliza o setor privado para demandas de baixa complexidade, enquanto continua dependente da infraestrutura robusta do Sistema Único de Saúde (SUS) para serviços de alta complexidade e vigilância sanitária

A assistência à saúde no Brasil estrutura-se através de um modelo dual, composto pelo SUS, de caráter universal, e pela Saúde Suplementar, operada pela iniciativa privada. No entanto, observa-se na prática uma recorrente confusão sobre o papel do setor privado. Por tratar-se de uma relação contratual onde há a prevalência da vontade das partes, o beneficiário frequentemente nutre a expectativa de que o plano de saúde atue como um substituto integral do sistema público (Ferreira, 2022). “Nas palavras do autor Mauricio Ceschin ‘O consumidor do plano de saúde entende que a saúde suplementar substitui o SUS, que ela é substitutiva, e não suplementar’ (Ferreira, 2022, p. 6).

Com base no Art. 199 da Constituição Federal (Brasil, 1988) e a Lei 8.080 (Brasil, 1990), a prestação de serviços privados à saúde é livre à iniciativa privada, no entanto, embora o setor particular ofereça uma alternativa de acesso, ele não fragmenta a premissa de que o SUS é um sistema único e, legalmente, os planos de saúde e a iniciativa privada fazem parte deste ecossistema de forma específica. Assim, a gestão e o financiamento realizados diretamente pelo Estado são denominados tecnicamente como Setor Público ou Rede Própria, enquanto as empresas privadas compõem os braços complementar e suplementar do Sistema (Ferreira, 2022).

Os produtos disponíveis no mercado dividem-se, fundamentalmente, entre planos de saúde regulamentados e modalidades de cartões de descontos, as quais apresentam disparidades críticas na oferta de serviços. Os planos de saúde, regulamentados pela ANS, são classificados como suplementares, pois representam uma alternativa completa de acesso à

assistência médica privada, garantindo atendimentos hospitalares e ambulatoriais. Já os planos assistenciais têm como foco oferecer suporte essencial em situações específicas, como transporte em ambulância, assistência funerária e descontos em consultas, exames ou internações médicas.

Segundo o artigo 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 — que regulamenta o setor de saúde suplementar no Brasil — o Plano Privado de Saúde é definido como a “prestação continuada de serviços ou a cobertura de custos assistenciais, com preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado” (Brasil, 1998, art. 1º). Seu objetivo é garantir assistência à saúde sem limite financeiro, permitindo ao beneficiário acessar profissionais e serviços de saúde livremente escolhidos, sejam eles integrantes ou não de uma rede credenciada, contratada ou referenciada.

Essa assistência, oferecida pelas operadoras de plano de saúde, pode incluir serviços médicos, hospitalares e odontológicos. O custeio pode ser integral ou parcial, realizado pela operadora contratada, por meio de reembolso ou pagamento direto ao prestador, conforme a modalidade contratada e as necessidades do consumidor.

A escolha entre um plano assistencial e um plano de saúde envolve diversos fatores, como a cobertura oferecida, os custos envolvidos, a frequência de utilização dos serviços médicos, os valores pessoais e o nível de proteção desejado. No entanto, promover a saúde de forma universal no Brasil é um desafio que exige o comprometimento da rede pública, dos profissionais da área e das empresas que prestam serviços de cuidado e proteção à população. Isso porque atender às necessidades físicas, emocionais e sociais das pessoas requer uma abordagem ampla e integrada.

Para isso, são necessárias estratégias inovadoras e incentivos por parte dos profissionais e das empresas do setor, que devem considerar as realidades locais e buscar garantir acesso, qualidade e cuidado integral à população.

Embora os serviços privados atuem como um complemento aos SUS atendendo uma parcela significativa da população, ainda existem muitas pessoas desassistidas, seja por limitações financeiras, falta de informação ou dificuldade de acesso. Cada tipo de plano atende a necessidades distintas, sendo fundamental compreender suas características para realizar uma escolha consciente e adequada.

O que se pretende nesta pesquisa é identificar quais fatores influenciam a escolha de um beneficiário entre um plano assistencial e um plano de saúde. Nesse contexto, torna-se compreensível as particularidades de cada modalidade, considerando suas coberturas,

acessibilidade e finalidades específicas. Cada tipo de plano oferece respostas distintas às demandas da população e pode representar soluções complementares, especialmente para grupos em situação de vulnerabilidade social.

Para fundamentar a busca por respostas ao problema proposto, faz-se necessário o aprofundamento teórico sobre as bases que sustentam o sistema de saúde brasileiro e suas extensões, bem como a análise da coexistência entre a esfera pública e o setor suplementar, que configuram a dinâmica do atendimento à saúde no país. Diante disso, o capítulo seguinte apresenta uma revisão da literatura focada na estrutura da saúde suplementar e na conceituação das diferentes modalidades de assistência. Essa fundamentação é importante para compreender não apenas o arcabouço legal que rege o setor, mas também os elementos teóricos que interferem na constituição dos modelos assistenciais, permitindo, posteriormente, uma análise crítica dos dados coletados em campo sob a luz das teorias vigentes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo dedica-se à fundamentação teórica que sustenta a análise da saúde suplementar no Brasil, estabelecendo a base conceitual necessária para a compreensão dos fatores de escolha entre as diferentes modalidades assistenciais. Para tanto, serão abordados o histórico e a regulação do setor, as distinções estruturais entre os planos de saúde tradicionais e os planos assistenciais, bem como os aspectos socioeconômicos que influenciam o comportamento do consumidor nesse mercado. Essa revisão permite situar o problema de pesquisa em um contexto acadêmico e legal, fornecendo os subsídios para a interpretação dos dados que serão apresentados nas etapas subsequentes deste estudo.

2.1 SETOR SUPLEMENTAR COMO EXTENSÃO DO SISTEMA ÚNICO

A Constituição Federal (Brasil, 1988), carta magna do ordenamento jurídico brasileiro, apresenta um conjunto de direitos fundamentais, dentre eles o direito à saúde. A forma de se garantir e promover a saúde está disposta no Art. 199 da Constituição Federal (Brasil, 1988) e na Lei 8.080 (Brasil, 1990).

As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (Brasil, 1988, art.199).

O parágrafo 1 do art. 199 da Constituição Federal (Brasil,1988) “evidencia a preexistência à Carta do papel desempenhado pelo setor privado no sistema de saúde brasileiro e antecipa as dificuldades jurídicas e de governabilidade que o SUS terá para definir o lugar dos planos privados no sistema público de saúde” (Gerschman, 2008 p. 1445).

Destaca-se que as empresas particulares ajudam a atender a população, contudo o SUS continua sendo a base de tudo. A Saúde Suplementar funciona como uma extensão, um 'adicional' e não como uma troca. Isso fica claro quando olhamos para serviços que os planos não fazem, como as vacinas para toda a população e o controle dos transplantes, que são tarefas exclusivas da rede pública (Ferreira, 2022).

Nesse contexto o cenário assistencial brasileiro é estruturado sob uma lógica dual, de um lado, o Sistema Único de Saúde (SUS) consolida o direito universal à saúde; de outro, o mercado suplementar, gerido pela iniciativa privada, oferece coberturas por meio de planos e seguros (Ferreira, 2022).

Dentre os estudos que envolvem discussões sobre a configuração do sistema de saúde brasileiro, podemos citar Ferla (2010, *apud* Cardoso et al., 2017) que postula que o sistema de saúde brasileiro, único em termos de definição legal, de valores gerais de configuração e de organização participativa da tomada de decisões, é misto no sentido de estruturas e funções que compõem o componente assistencial (Cardoso *et al.*, 2017).

Há na assistência, à presença de três subsistemas:

- a) um subsistema público, responsável por prover o componente público do sistema de serviços de saúde destinado a toda a população,
- b) um subsistema suplementar, responsável por prover a parte do sistema de serviços privados operada por meio de planos e seguros privados de saúde e
- c) um subsistema privado absoluto, que mantém ações e serviços para a parcela da população que compra diretamente esses serviços. (Cardoso *et al.*, 2017, p. 112).

Santos, Santos e Borges explicam que o setor público e o privado se misturam na hora de atender o paciente. Isso acontece porque o SUS não usa apenas seus próprios hospitais; ele também contrata hospitais e clínicas particulares (os chamados conveniados) para realizar consultas, exames e cirurgias. Essa parceria é a primeira forma de união entre o que é público e o que é privado no Brasil (Cardoso *et al.*, 2017).

Uma segunda maneira de união entre o público e o privado ocorre quando um mesmo prestador de serviço atende a dois públicos diferentes ao mesmo tempo. Isso acontece

com hospitais particulares que, além de atenderem clientes de planos de saúde, também vendem parte de sua capacidade de atendimento para o SUS. Essa “superposição” faz com que a estrutura privada sirva, simultaneamente, ao mercado e ao Estado (Cardoso *et al.*, 2017).

A terceira modalidade de imbricamento envolve o fluxo financeiro direto entre indivíduos e o setor privado, além do uso da rede pública por pacientes particulares. De um lado, há o segmento de consumo direto (pagamento particular); de outro, observa-se a compra de serviços de alta complexidade dentro de instituições públicas, como hospitais universitários. Nesses casos, convênios ou pacientes particulares pagam para utilizar a excelência técnica de hospitais do SUS, integrando mais uma vez as esferas pública e privada (Cardoso *et al.*, 2017).

Santos, Santos e Borges também identificam o imbricamento público-privado no campo do financiamento, manifestado por três mecanismos principais. Primeiramente, pelas renúncias fiscais concedidas a instituições privadas e a dedução de gastos com saúde no imposto de renda dos usuários. Em segundo lugar, pelo custeio de planos de saúde privados para servidores públicos por parte do Estado. Por fim, ocorre a utilização da rede do SUS por beneficiários de operadoras privadas sem o devido ressarcimento financeiro ao sistema público, gerando um subsídio indireto ao setor suplementar (Cardoso *et al.*, 2017).

No âmbito dos subsídios estatais, o gasto tributário compreende os recursos que o ente público abdica de arrecadar em função de desonerações fiscais. Tais mecanismos operam tanto como incentivos financeiros para operadoras e prestadores filantrópicos quanto como indutores da demanda por planos privados, visto que as despesas provenientes desses serviços são dedutíveis da base de cálculo do imposto de renda, tanto para pessoas físicas quanto jurídicas (Santos; Ugá; Porto, 2008).

Visando equilibrar essa dinâmica tributária com o mecanismo de regulação e preservação dos recursos públicos, destaca-se também o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), previsto no Art. 32 da Lei nº 9.656 (Brasil, 1998), que estabelece que os valores gastos com procedimentos realizados no SUS em pacientes cobertos por planos privados de saúde devem ser devolvidos ao Sistema pelas operadoras, desde que o serviço prestado esteja previsto no contrato (Aguilar; Souza, 2018).

Logo o ressarcimento ao SUS é de suma importância, pois visa ao controle do mercado, evita o enriquecimento sem causa das operadoras, protege os consumidores de práticas abusivas por parte dos planos de saúde e previne o descumprimento dos contratos celebrados por parte das operadoras.

Em termos práticos, o sistema de saúde brasileiro é configurado como um arranjo híbrido, onde as esferas pública e privada não atuam de forma isolada (Cardoso *et al.*, 2017). A saúde suplementar enquanto parte integrante deste sistema, não deve ser vista como um setor isolado. Ela precisa fazer parte de uma estratégia de regulação mais ampla e estar presente, de forma constante, nos debates dos conselhos e órgãos de controle social. Somente assim é possível garantir que as decisões sobre as políticas de saúde considerem o impacto do setor privado no sistema como um todo, priorizando sempre o interesse público (Cardoso *et al.*, 2017).

Entende-se que a natureza comercial dos planos de saúde prioriza o retorno financeiro em detrimento do compromisso com a proteção social universal. Enquanto o modelo público busca desonerar o cidadão da responsabilidade total sobre seus cuidados de saúde, o setor suplementar transfere essa responsabilidade para a esfera privada, tratando o acesso assistencial como uma mercadoria regulada pelo lucro, e não como um direito social básico (Cardoso *et al.*, 2017).

Considerando esse cenário de interdependência entre o público e o privado, o tópico a seguir descreve as características fundamentais do mercado de planos de saúde no Brasil.

2.2 PLANOS DE SAÚDE

No Brasil, o setor de planos de saúde é classificado como suplementar, uma vez que representa uma alternativa privada de acesso à assistência médica. Essa opção é oferecida aos cidadãos mesmo diante da obrigatoriedade da contribuição para a seguridade social, que garante o direito ao atendimento pelo sistema público (Bahia, 2001, *apud* Pietrobon; Prado; Caetano, 2008).

Na Lei nº 9656/1998 (Brasil, 1998) que dispõe sobre os planos e seguros privados de saúde, descreve no art. 1 as características dos planos como:

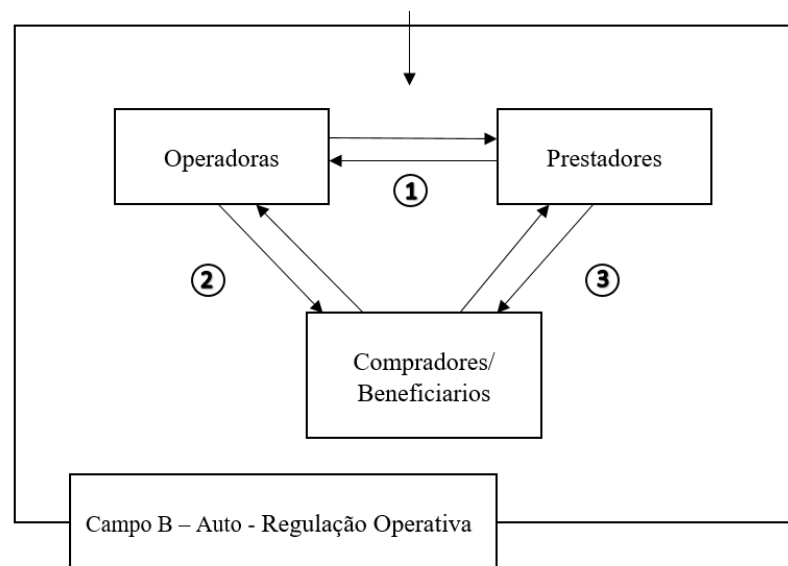
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais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

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos (Brasil, 1998).

Conforme ilustrado na Figura 1, a estrutura da saúde suplementar no Brasil pode ser compreendida por três componentes principais que atuam de forma interdependente: as operadoras de planos de saúde são responsáveis por oferecer e gerenciar os planos, assegurando que os atendimentos contratados sejam devidamente cobertos. Os beneficiários, por sua vez, são os indivíduos que aderem a esses planos com o objetivo de obter acesso a cuidados médicos e demais serviços de saúde. Já os prestadores de serviços são os profissionais e instituições de saúde credenciadas pelas operadoras, encarregados de realizar os atendimentos, como consultas, exames, internações e procedimentos diversos, garantindo a efetividade da assistência contratada.

Figura 1: Distribuição de Serviços no Setor de Saúde Suplementar.



Fonte: Adaptado de Pietrobon, Prado e Caetano (2008).

Dessa forma, a assistência à saúde suplementar opera por meio da interação entre diferentes agentes, viabilizando o acesso dos beneficiários a uma rede credenciada de atendimento médico. Compreender essa dinâmica é fundamental para avaliar as necessidades da população e o papel de cada modalidade dentro do sistema de saúde suplementar. Os planos privados de saúde podem ser contratados individual ou coletivamente. O contrato individual é assinado entre um indivíduo e uma operadora para a assistência do titular do plano e de seus dependentes, enquanto que o contrato coletivo é o assinado entre uma pessoa jurídica e a operadora para a assistência dos empregados, funcionários e dependentes, sejam ativos ou inativos, ou de sindicalizados e associados da pessoa jurídica contratante. Os contratos coletivos podem ser empresariais ou por adesão; nos primeiros, o ingresso é automático no ato da vinculação do usuário à pessoa jurídica contratante, no segundo tipo, a adesão é opcional.

Segundo Cirico, Resner e Rached (2019) o mercado de saúde suplementar apresenta características específicas que o diferenciam de outros setores. Entre elas, destaca-se a ausência de autonomia do consumidor para decidir o momento exato em que utilizará o serviço contratado, uma vez que a demanda por assistência médica é, em grande parte, imprevisível. Além disso, há uma assimetria de informações entre o consumidor e o prestador de serviço, agravada pela constante evolução do conhecimento sobre práticas de saúde e pelo rápido avanço tecnológico no setor

Outro aspecto relevante é o risco moral, que se refere à mudança de comportamento do segurado ao saber que não precisará arcar com o custo total do atendimento, o que pode levar ao uso excessivo ou inadequado dos serviços. Soma-se a isso a seleção adversa, caracterizada pela tendência do sistema em atrair indivíduos com maior risco de utilização, e a seleção de risco, que consiste nas barreiras impostas pelas operadoras à entrada de novos segurados, com o objetivo de evitar a inclusão de pessoas com alto risco de demanda por serviços de saúde.

Para evitar o uso excessivo dos serviços de saúde, costuma-se adotar mecanismos que fazem o usuário dividir parte dos custos do atendimento, como principais instrumentos a franquia, o limite de gastos, o copagamento e o cosseguro.

Diante da volatilidade do mercado de saúde suplementar e da necessidade de impedir que as próprias empresas decidam unilateralmente quais atendimentos devem ou não ser garantidos aos seus usuários (Cirico; Resner; Rached, 2019), foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no ano 2000 Sua área de ação compreendia um mercado já em funcionamento, que se expandiu desordenadamente, constituído por diversos tipos de planos e

de operadoras que atendiam a uma grande variedade de interesses e nichos de mercado. Trata-se de uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que asseguram a assistência suplementar à saúde, além disso dentre as múltiplas atribuições da ANS, destaca-se o seu papel em assegurar que as operadoras cumpram o rol de procedimentos, garantindo que o beneficiário tenha acesso à saúde contratada (Pietrobon; Prado; Caetano, 2008).

Instituída pela Lei nº 9.961 (Brasil, 2000), a ANS tem como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. Para isso, regula as operadoras do setor, inclusive no que diz respeito às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país (Brasil, 2000). Em outras palavras, a ANS é a entidade encarregada de fiscalizar e regulamentar as empresas de planos de saúde, podendo aplicar sanções — como advertências — em casos de descumprimento das diretrizes estabelecidas.

Segundo Cirico, Resner e Rached (2019), entre as atribuições da ANS estão: propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) para a regulação do setor; estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e cobertura para os serviços oferecidos pelas operadoras, sejam próprios ou de terceiros; definir normas para o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS); normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes; segmentar as operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde conforme suas especificidades, inclusive decidindo sobre sub segmentações previstas na Lei nº 9.656 (Brasil, 1998).

Além disso, cabe à ANS autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos, conforme diretrizes fixadas conjuntamente pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde; expedir normas e padrões para o envio de informações econômico-financeiras pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes; fiscalizar as atividades das operadoras e garantir o cumprimento das normas que regem seu funcionamento; e articular-se com os órgãos de defesa do consumidor, assegurando a eficácia na proteção dos usuários dos serviços privados de assistência à saúde, conforme previsto na Lei nº 8.078 (Brasil, 1990).

Essas competências estão distribuídas entre cinco diretorias, cada uma com responsabilidades específicas. São elas: Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras;

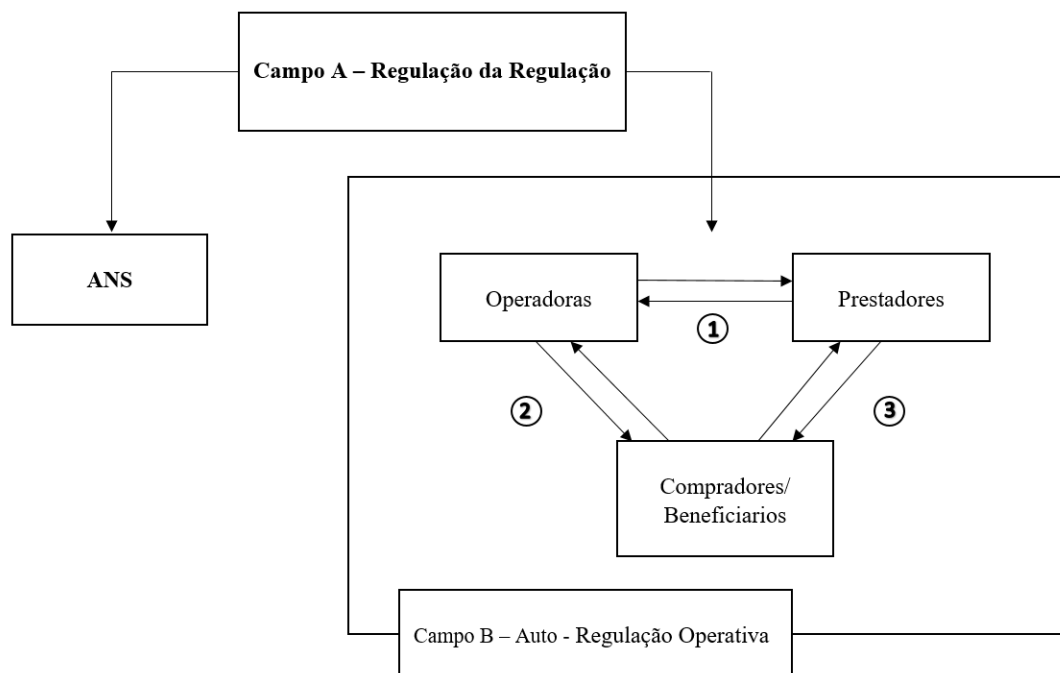
Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos; Diretoria de Fiscalização; Diretoria de Desenvolvimento Setorial; e Diretoria de Gestão (Pietrobon; Prado; Caetano, 2008).

A regulamentação da saúde suplementar no Brasil tem como objetivo central garantir a proteção dos consumidores e organizar de forma eficiente o setor. Conforme Brasil (2003), essa regulamentação busca assegurar aos usuários de planos privados de assistência à saúde uma cobertura assistencial integral, além de regular as condições de acesso aos serviços. Também visa definir e controlar os critérios de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que atuam no setor, bem como implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras que assegurem a continuidade dos serviços contratados.

Outro aspecto importante é promover transparência e garantir a integração do setor de saúde suplementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo o ressarcimento dos gastos gerados por usuários de planos privados no sistema público. A regulamentação ainda se propõe a estabelecer mecanismos de controle da abusividade de preços praticados pelas operadoras e a definir o sistema de normatização, fiscalização e regulação do setor.

Complementando essa perspectiva, Pietrobon, Prado e Caetano (2008) apresentam, por meio da Figura 2 — uma ampliação conceitual da Figura 1 — dois campos distintos de regulamentação. O primeiro, denominado campo A, refere-se à macrorregulação, realizada por meio da legislação específica que rege o setor. O segundo, campo B, diz respeito à autorregulação, exercida pelos próprios atores do sistema — operadoras, prestadores de serviços e beneficiários — que, juntos, constituem o mercado de seguros de saúde privados propriamente dito.

Figura 2: Campos de Regulação no Setor de Saúde Suplementar



Fonte: Cecilio *et al.* (2005), *apud* Pietrobon, Prado, Caetano (2008, p. 778).

Diante desse cenário regulado, mas que ainda apresenta barreiras para grande parte da população, surgem outras formas de assistência que se posicionam entre o SUS e os planos tradicionais e torna-se relevante analisar as modalidades alternativas que surgem como resposta às lacunas de custo e acesso deste setor.

2.3 PLANOS ASSISTENCIAIS

A ausência de regulação pela ANS é o que define a principal diferença entre os cartões de desconto e os planos de saúde tradicionais. De acordo com os autores Salvatori e Ventura (2012) e Santos, Malta, Merhy (2008, *apud* Fontenelle *et al.*, 2017, p. 02):

O que os cartões de desconto oferecem, mediante mensalidades de baixo custo, são descontos em serviços de instituições ou profissionais conveniados, esses descontos não se aplicam a procedimentos de alto custo, como internações hospitalares ou cirurgias, porque os cartões de desconto não são obrigados a uma lista mínima de procedimentos. Isso acontece porque, apesar de competirem com os planos de saúde pelo mesmo mercado, os cartões de desconto não são regulados pela ANS.

Existem diversas variações terminológicas: modelo assistencial, modalidades assistenciais ou modelos tecnológicos, modos de produzir saúde, modelos assistenciais, modelo técnico ou tecno-assistencial, modelo técnico-assistencial, modos de intervenção,

modelos de atenção ou modelos de cuidado (Fertonani *et al.*, 2015). Diante dessa “diversidade de denominações e de abordagens [torna-se] complexa a tarefa de conceituar o modelo assistencial” (Fertonani *et al.*, 2015, p. 1871), pois cada autor não somente traz uma terminologia diferente, mas também trata esse modelo de forma diferente, conforme o Quadro 1.

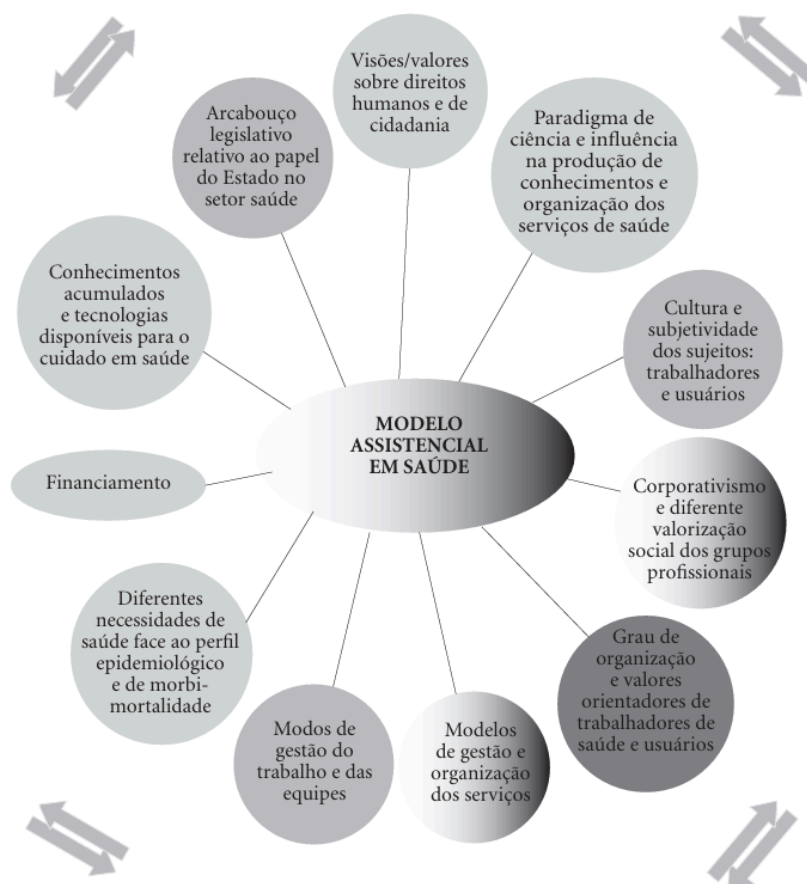
Quadro 1: Conceitos do plano assistencial de acordo com os autores.

Autores	Conceitos
Emerson Elias Merhy (2002)	Nomeia como “modelo tecnoassistencial” para designar um processo composto por “tecnologias do trabalho em saúde” e a assistência, como uma “tecnologia do cuidado” operada por três tipos de arranjos tecnológicos: tecnologias leves, leve-duras e duras.
Jairnilson Silva Paim (2003)	Nomeia como “modelos assistenciais”, “modelos de atenção” ou “modos de intervenção em saúde” para designar diferentes combinações tecnológicas com diferentes finalidades, como resolver problemas e atender necessidades de saúde, em determinada realidade e população adstrita (indivíduos, grupos, ou comunidades), organizar serviços de saúde ou intervir em situações, em função do perfil epidemiológico e da investigação dos danos e riscos à saúde.
<u>Gastão</u> Wagner de Souza Campos (1994)	Nomeia como “modelo assistencial”, “modelo tecnológico” ou “modalidade assistencial” e defende que esse modelo não deve ser entendido apenas como o desenho organizacional e técnico dos serviços, mas inclui o modo como são produzidas as ações assistenciais e como o Estado se organiza para dar conta deste processo.
Eugênio Vilaça Mendes (2012)	Nomeia como “os modelos de atenção à saúde” e designa como sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS (Redes de Atenção à Saúde), articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Fonte: Elaborada pela autora (2026), adaptado de Fertonani *et al.* (2015).

Diante dos conceitos dos autores sobre o modelo assistencial, todos se referem como “são organizados os serviços de saúde, como são realizadas as práticas, os valores que orientam o modo como a sociedade define saúde e os direitos dos seres humanos em relação à vida” (Fertonani *et al.*, 2015, p. 1872) contextualizadas de acordo com o contexto histórico-social, ou seja “no processo de configuração de um ‘modelo assistencial’ [há] vários elementos [que] interatuam entre si, influenciando a definição de diferentes práticas assistenciais, articuladas a diferentes contextos históricos e culturais” (Fertonani *et al.*, 2015, p. 1872), conforme demonstrada na Figura 3.

Figura 3: Elementos que interferem na constituição de um modelo assistencial, a partir das formulações de Campos, Paim e Pires



Fonte: Fertoni *et al.* (2015, p.1873).

Esses serviços são oferecidos por clínicas populares, empresas privadas ou entidades sem fins lucrativos, e consistem, em sua maioria, em uma mensalidade fixa de baixo custo que concede ao beneficiário o direito de realizar consultas, exames e procedimentos com valores reduzidos, mediante pagamento por procedimento realizado. A industrialização crescente levou à criação de empresas e esquemas próprios de assistência médico hospitalar, também motivada pelo empresariado e pela capitalização da medicina, que ocorreu por meio de financiamentos governamentais que fortaleceram o setor privado na prestação de serviços de saúde.

2.4 DIFERENÇAS E CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS DE SAÚDE E DOS PLANOS ASSISTENCIAIS

Diferentemente dos planos de saúde regulamentados pela Lei nº 9.656/1998, os planos assistenciais não oferecem cobertura obrigatória mínima, tampouco incluem serviços de urgência, emergência ou internação hospitalar. Além disso, não estão sujeitos à regulação da ANS, o que os exime das obrigações legais impostas às operadoras de saúde suplementar. Essa ausência de regulação implica em menor garantia de continuidade e qualidade dos serviços prestados, além de limitar os mecanismos de proteção ao consumidor.

Apesar da ausência de regulamentação específica, essas iniciativas vêm ganhando espaço no mercado, sobretudo entre a população de baixa renda, trabalhadores informais e indivíduos sem vínculo empregatício estável, que buscam alternativas viáveis diante das limitações do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos elevados custos dos planos tradicionais. Do ponto de vista do modelo de negócio, os planos assistenciais operam com custos fixos reduzidos, sustentando-se em parcerias com clínicas populares, médicos autônomos e laboratórios de pequeno porte. A principal fonte de receita provém da mensalidade paga pelos usuários e dos valores cobrados por cada atendimento, ainda que subsidiados. A proposta de valor desses serviços está centrada na acessibilidade, na ausência de período de carência e na simplicidade do acesso, o que os torna uma opção atrativa para quem busca atendimento rápido e pontual.

O funcionamento desses planos também se caracteriza por uma estrutura administrativa enxuta, apoiada predominantemente em ferramentas digitais, como plataformas online de agendamento e gestão de atendimentos, além de estratégias de marketing direcionadas a contextos locais. No entanto, a inexistência de regulamentação específica e a ausência de padronização nos contratos colocam os usuários em situação de vulnerabilidade jurídica. Essa fragilidade se manifesta especialmente em casos de recusa de atendimento, interrupção unilateral dos serviços ou encerramento das atividades por parte da empresa prestadora, sem garantias legais que assegurem a continuidade ou a reparação dos danos.

Embora não contem com amparo legal específico nem com reconhecimento formal por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os planos assistenciais vêm ganhando relevância crescente no contexto da saúde suplementar brasileira. Tal expansão evidencia a necessidade de investigação aprofundada sobre esses modelos, a fim de compreender os novos formatos de acesso à saúde que vêm se consolidando no país. Além disso, torna-se fundamental analisar os desafios que essas iniciativas impõem à regulação do setor, à proteção dos direitos dos consumidores e à sustentabilidade do sistema de saúde como um todo.

Com o intuito de facilitar a compreensão das principais distinções técnicas, legais e financeiras entre as modalidades discutidas nesta revisão, apresenta-se, a seguir, uma síntese comparativa. O Quadro 2 sistematiza as diferenças fundamentais entre os planos de saúde regulamentados e os planos assistenciais, evidenciando como a ausência de regulação e a limitação de coberturas influenciam diretamente na proposta de valor oferecida ao consumidor final.

Quadro 2: Diferenças entre Planos de Saúde e Planos Assistenciais

Critério de Comparação	Planos de Saúde (Regulamentados)	Planos Assistenciais (Cartões de Desconto)
Regulação	Fiscalizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).	Não possuem regulação pela ANS.
Base Legal	Lei nº 9.656/1998.	Sem amparo legal específico no setor de saúde.
Cobertura	Garantia de atendimentos hospitalares, ambulatoriais e cirúrgicos.	Foco em descontos em consultas, exames e farmácias; sem internação.
Prazos de Carência	Seguem prazos máximos definidos em lei.	Geralmente permitem utilização imediata após a contratação.
Forma de Pagamento	Mensalidade fixa para cobertura integral dos procedimentos previstos.	Mensalidade de baixo custo + pagamento reduzido por procedimento realizado.
Segurança Jurídica	Alta, devido à fiscalização e garantias assistenciais obrigatórias.	Baixa, com vulnerabilidade em casos de interrupção unilateral de serviços.

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

A literatura apresentada evidencia uma clara dicotomia no setor de saúde suplementar: de um lado, a segurança e o rigor dos planos regulamentados pela ANS e, de outro, a acessibilidade e a flexibilidade dos planos assistenciais. Compreendido esse arcabouço conceitual e as vulnerabilidades jurídicas e assistenciais inerentes a cada modelo, torna-se imperativo investigar como tais fatores operam na dinâmica de escolha dos consumidores locais. Para tanto, o próximo capítulo detalha os procedimentos metodológicos utilizados para coletar e analisar as percepções dos beneficiários no município de Naviraí-MS, permitindo o confronto entre a teoria aqui exposta e a realidade empírica observada.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo objetivou identificar os fatores que influenciam a escolha dos beneficiários entre planos de saúde e planos assistenciais. A metodologia adotada fundamentou-se na pesquisa exploratória que, conforme Lösch, Rambo, Ferreira (2023, p. 8), “é um tipo de pesquisa que visa compreender e explorar um fenômeno ou questão de interesse tendo como objetivo familiarizar - se com um assunto pouco conhecido ou pouco explorado”. Trata-se, portanto, de uma pesquisa de campo, de natureza quantitativa, com utilização do questionário *online* como instrumento de coleta.

Foram realizadas pesquisas em periódicos e revistas científicas na base de dados *on-line*, *Google Acadêmico* e *Scielo*, considerada fonte confiável para pesquisas. Para que as buscas fossem diretas ao tema relacionado a plano de saúde e plano assistencial de saúde, foram adotados alguns filtros: utilizou nas palavras chaves aspas e entre as palavras o sinal de adição, a data de publicação dos trabalhos sendo de 2008 até 2026, os trabalhos sendo de língua portuguesa e por fim, que esteja disponível para baixar em *PDF*.

Após a recolha bibliográfica, procedeu-se à triagem dos trabalhos mediante a análise de títulos, resumos e palavras-chave, selecionando aqueles alinhados ao foco da investigação. Subsequentemente, realizou-se a etapa de campo onde o instrumento de coleta foi um questionário estruturado, elaborado na plataforma *Google Forms*, composto por 33 perguntas fechadas (múltipla escolha e escala) separada em 5 seções: Consentimento e Triagem Inicial; Fatores específicos para usuários de Planos Assistenciais; Fatores específicos para usuários de Planos de Saúde; Motivações para quem não possui planos (exclusivos SUS ou particular); Perfil socioeconômico e percepção geral de clareza sobre os serviços.

O instrumento de coleta consistiu em um questionário estruturado com lógica de ramificação, o que permitiu coletar percepções específicas de acordo com o perfil de acesso do respondente (usuário de plano de saúde, assistencial ou exclusivo SUS). Foram utilizadas perguntas de múltipla escolha para identificação de fatores determinantes e escalas de importância para avaliar vantagens percebidas, além de questões sobre o perfil socioeconômico para fins de correlação dos dados. O Quadro 3 detalha a distribuição das 33 questões que compuseram o formulário, especificando o público-alvo de cada bloco, os temas investigados e a quantidade de perguntas por segmento, o que assegurou que o respondente fosse direcionado apenas aos tópicos pertinentes à sua realidade de acesso à saúde.

Quadro 3: Estrutura e distribuição das questões do formulário de pesquisa

Seção	Alvo da Seção	Descrição do Conteúdo	Nº de Questões
1	Filtro Inicial	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e pergunta de triagem sobre o acesso à saúde.	02
2	Plano Assistencial	Motivações de escolha, vantagens percebidas, clareza sobre limitações de cobertura e NPS do serviço.	12
3	Plano de Saúde	Fatores determinantes (segurança), influência da marca/reputação, rede de atendimento e NPS.	11
4	Exclusivo SUS	Motivos para a não contratação de serviços privados e disposição para contratação futura.	03
5	Perfil e Percepção	Dados sociodemográficos (idade, gênero, renda) e nível de clareza sobre a diferença entre os modelos.	05
Total			33

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

O instrumento de pesquisa foi estruturado em quatro eixos temáticos que conectam os dados coletados à fundamentação teórica

Quadro 4: Estruturação do instrumento de coleta de dados, relação entre fundamentação teórica e autores base

Grupo de Perguntas	Autor Base	Trecho Temático no TCC
Acesso (1-5)	Merhy (2002) e Paim (2003)	Modelos tecnoassistenciais e tecnologias de saúde.
Preço (11-15)	Cirico et al. (2019)	Fatores econômicos e Risco Moral.
Limitações (21-23)	Salvatori e Ventura (2012)	Distinção entre planos de saúde e cartões de desconto.
Soberania (26-33)	Santos et al. (2008)	Dualidade e deficiências do setor público.

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

A técnica de amostragem foi por conveniência (ou não probabilística), devido à facilidade de acesso aos respondentes. O público-alvo (amostra) do questionário foram

usuários de serviços de saúde privados e pessoas comuns que não tem acesso a planos de saúde e nenhum benefício à saúde privada na cidade de Naviraí, utilizando apenas o SUS como opção. O *link* da pesquisa foi distribuído via redes sociais e *Whatsapp*, garantindo o anonimato dos participantes e o cumprimento dos preceitos éticos. Após a etapa de recolha, os dados serão exportados para uma folha de cálculo e submetidos a um processo de limpeza para eliminar respostas incompletas ou duplicadas.

A análise será realizada por meio da estatística descritiva, técnica que permite sintetizar e descrever as principais características do conjunto de dados de forma organizada. Para as variáveis quantitativas e escalas de importância, serão calculadas frequências absolutas e relativas, além de medidas de tendência central, visando identificar os padrões de comportamento e as preferências dos beneficiários em Naviraí-MS.

A visualização dos resultados será feita através da elaboração de gráficos (setores e barras) e tabelas, criados com o auxílio do *software Microsoft Excel*. Estes recursos visuais serão fundamentais para realizar o confronto entre os achados empíricos e a base teórica discutida na revisão da literatura, permitindo uma análise crítica sobre os fatores de decisão. Por fim, os dados serão interpretados de modo a responder ao problema de investigação e validar os objetivos geral e específicos estabelecidos para este estudo.

4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Nesta seção da pesquisa são descritos e analisados os dados das respostas obtidas do questionário sobre os fatores que moldam a escolha do consumidor entre as modalidades assistenciais e os planos de saúde regulamentados.

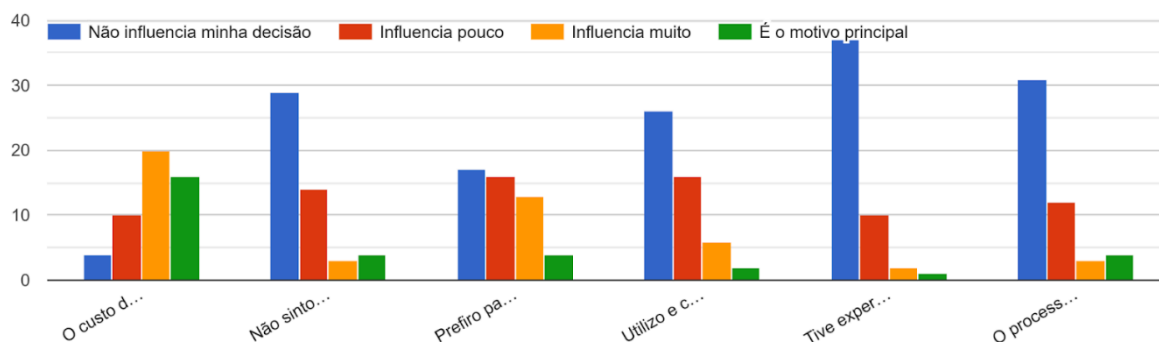
O questionário foi aplicado entre os dias 01 a 07 de fevereiro, alcançando um total de 96 respostas, sendo 96,9% de concordância formal no TCLE e, por fim, os dados obtidos foram tabulados e analisados.

Dos respondentes ao questionário, 55,2% utilizam exclusivamente o SUS ou pagam particular, enquanto 27,1% possuem plano de saúde completo e 8,3% possui plano assistencial. Destaca-se que o percentual dos respondentes que não possuem planos contratados, somente utiliza o SUS e/ou paga integralmente o particular.

O público majoritariamente jovem (74% entre 18 e 29 anos) e feminino (75%) e maior fatia (32,3%) possui renda familiar entre R\$ 2.000 e R\$ 4.000.

Ao analisar por que os respondentes não possuem um plano de saúde, observa-se que o alto custo é o fator determinante, conforme ilustrado na Gráfico 1. Em contrapartida, motivos como a falta de necessidade, a preferência por consultas particulares, a confiança no SUS, experiências negativas anteriores ou a burocracia no fechamento do contrato não apresentaram influência significativa na decisão.

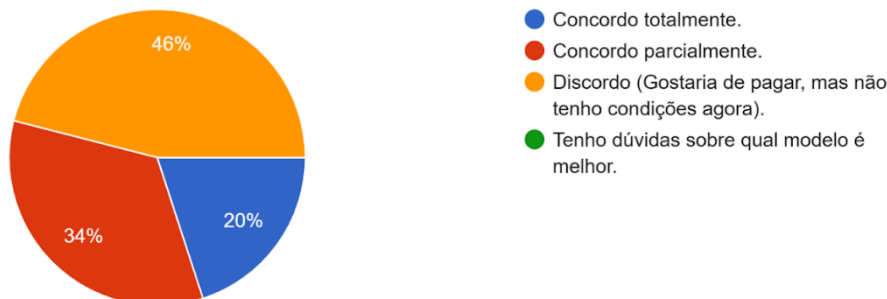
Gráfico 1: Principais motivos para não possuir um plano de saúde ou assistencial.



Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Em consonância, observa-se no Gráfico 2, que os respondentes que não tem plano gostaria de contratar um plano privado de saúde, porém não se encaixa no quadro orçamentário pessoal, evidenciando o elevado custo para contratar um plano.

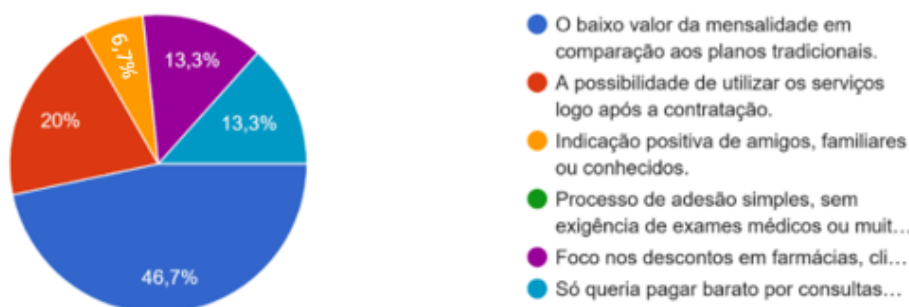
Gráfico 2: Usuário prefere economizar por conta própria para pagar médicos apenas quando necessário do que pagar uma mensalidade fixa e não usar



Fonte: elaborada pela autora (2026).

O fator decisivo para 46,7% dos usuários de planos assistenciais para escolherem esse plano, invés do plano de saúde completo, foi o baixo valor da mensalidade. Outros fatores decisivos foram a utilização imediata dos serviços após a contratação (20%), custo reduzido de consultas e exames e o foco em descontos (farmácias e clínicas), ambos com 13,3% cada, conforme mostrado no Gráfico 3.

Gráfico 3: Motivos para escolher o Plano Assistencial/cartão desconto em vez de um Plano de Saúde completo



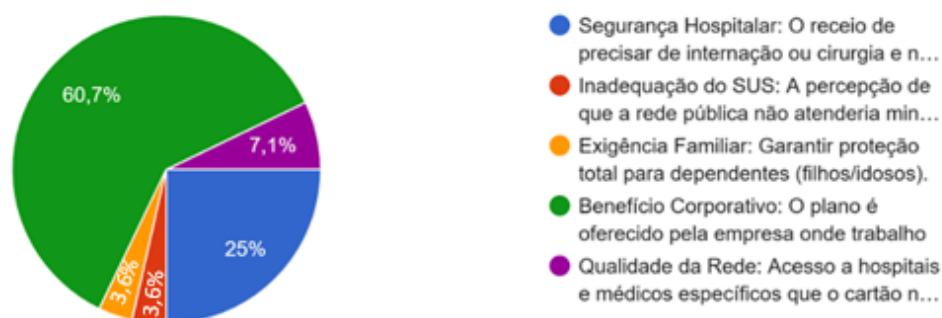
Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Nesse cenário, o fator econômico emerge como o principal divisor de água, para o usuário desta modalidade, o valor da mensalidade é o determinante da escolha. Tal evidência demonstra que o plano assistencial não estabelece uma concorrência direta com o plano de saúde regulamentado em termos de cobertura assistencial, mas sim uma disputa dentro do orçamento doméstico do consumidor.

A decisão, portanto, configura-se como uma escolha por exclusão, diante da impossibilidade financeira de acessar a cobertura hospitalar integral, o consumidor contrata a alternativa que se adequa às suas limitações financeiras para não permanecer em estado de dependência absoluta da rede pública.

Em contraste, o vínculo empregatício aparece como um fator de influência quando se trata dos respondentes que possuem o plano de saúde, sendo 60,7% o detêm via benefício corporativo. Isso sugere que a escolha individual é, muitas vezes, substituída pela oportunidade de acesso facilitado pela empresa, conforme mostrado no Gráfico 4.

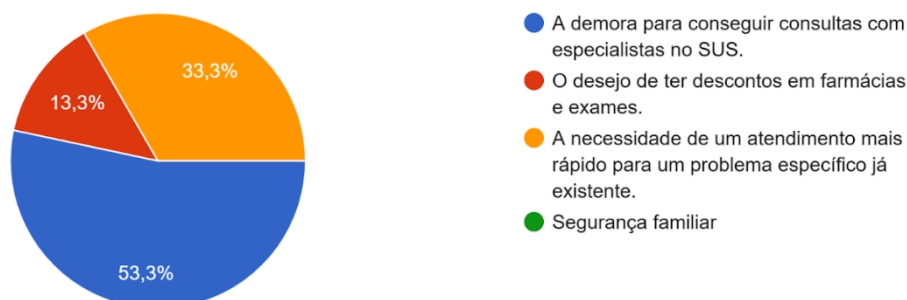
Gráfico 4: Fator determinante para escolher um Plano de Saúde completo (com hospital) em vez de um Cartão de Descontos (mais barato)



Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Quanto à motivação imediata para a contratação do plano assistencial, os dados do Gráfico 5 revelam uma forte relação com as limitações do sistema público: 53,3% dos usuários recorreram ao plano devido à demora para conseguir especialistas no SUS, enquanto 33,3% buscaram agilidade para resolver um problema de saúde já existente e 13,3% contrataram pelo descontos em farmácias credenciadas e exames.

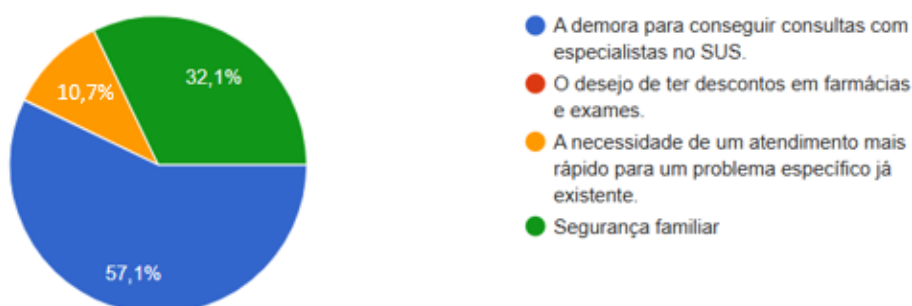
Gráfico 5: A “dor” ou necessidade de buscar Plano Assistencial em vez de continuar apenas no SUS



Fonte: Elaborado pela autora (2026).

A motivação imediata para a contratação do plano de saúde, ilustrada na Gráfico 6, os dados revelam uma forte relação com as limitações do sistema público, de forma semelhante à motivação para a contratação do plano assistencial. Observa-se que 57,1% dos usuários recorreram ao plano devido à demora para conseguir especialistas no SUS, enquanto 32,1% buscaram segurança familiar e 10,7% foram por causa da necessidade de atendimento rápido para um problema existente.

Gráfico 6: A principal “dor” ou necessidade que te fez buscar o plano de saúde em vez de continuar apenas no SUS



Fonte: Elaborado pela autora (2026).

No que tange às vantagens na contratação do plano assistencial, os usuários categorizam o preço mais acessível, contrato sem fidelidade longa e sem burocracia, liberdade de pagar apenas quando usar a consulta, desconto em farmácias e comércios e a inclusão da assistência funerária com baixo custo como fatores importantes e os benefícios extras como nada importante, conforme no Gráfico 7.

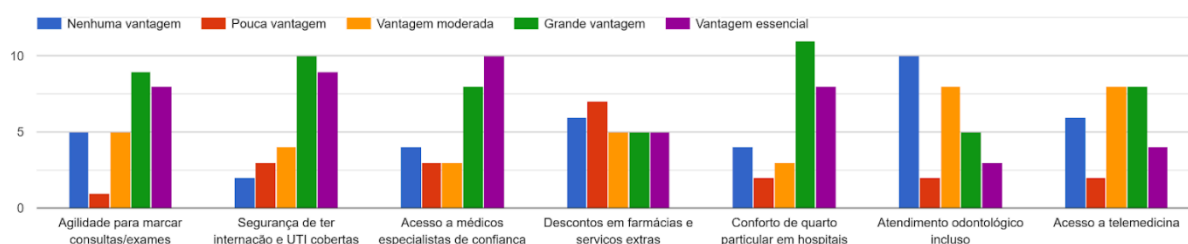
Gráfico 7: O que foi considerado como vantagem quando contratou o plano assistencial



Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Já as vantagens na contratação do plano de saúde, os usuários categorizam o acesso a médicos especialistas de confiança como vantagem especial, o conforto de quarto particular em hospitais, segurança de ter internação e UTI cobertas e a agilidade para marcar consultas/exames como grande vantagem e o acesso a telemedicina empata na vantagem moderada e grande vantagem, conforme o Gráfico 8.

Gráfico 8: Fatores que representam uma vantagem no uso do Plano de Saúde



Fonte: Elaborada pela autora (2026).

O Gráfico 8 demonstra que os fatores mais valorizados pelos respondentes no uso do plano de saúde são aqueles relacionados à segurança e à qualidade da assistência, como cobertura de internação e UTI, conforto em quarto particular e acesso a médicos especialistas de confiança, predominando as avaliações de Grande vantagem é Vantagem essencial. Por outro lado, benefícios como descontos em farmácias e serviços extras foram considerados menos relevantes, concentrando-se entre “Pouca” e “Vantagem moderada”. Assim, conclui-se que a percepção de vantagem está principalmente associada à segurança, confiança e qualidade do atendimento médico.

A análise da dinâmica dos planos assistenciais revela que a decisão de contratação é impulsionada por fatores econômicos e pela busca por agilidade, com 46,7% dos usuários apontando o baixo custo da mensalidade e 20% a possibilidade de uso imediato como

motivadores principais. Esse cenário é agravado pela percepção de ineficiência do setor público, visto que a demora no atendimento por especialistas no SUS motiva a migração de 53,3% dos respondentes para essa modalidade. Nota-se, contudo, um comportamento consciente quanto às limitações contratuais: embora 60% dos beneficiários declarem ter clareza sobre a ausência de cobertura para internações em UTI, observa-se uma dependência residual do sistema público, para o qual 46,7% dos usuários ainda recorreriam em situações de emergência grave.

No que tange à dinâmica dos planos de saúde completos, os resultados evidenciam que o acesso a essa modalidade é fortemente mediado pelo mercado de trabalho, visto que o benefício corporativo surge como o principal impulsionador para 60,7% dos beneficiários. Quanto às vantagens percebidas, nota-se que o valor atribuído a esse modelo está centrado na previsibilidade e na proteção contra eventos de alta complexidade, sendo a segurança da cobertura de internações em UTI e o acesso a especialistas de confiança os fatores mais valorizados. Essa percepção de segurança reflete-se em um elevado índice de fidelidade: 82,1% dos respondentes afirmam que não substituiriam o plano completo por um cartão de descontos, mesmo diante de mensalidades mais baratas. A justificativa para essa retenção reside na garantia de agilidade para procedimentos cirúrgicos e hospitalares, elementos que, na visão dos usuários, os planos assistenciais não conseguem suprir.

Ao analisar a percepção dos indivíduos que não possuem vínculo com serviços privados, identifica-se que a barreira econômica é o entrave, sendo o elevado custo das mensalidades o fator de maior influência na decisão de não contratar um plano. Essa resistência financeira, contudo, é fragilizada diante da iminência de riscos à saúde: os dados revelam que 39,1% dos respondentes passariam a contratar um serviço caso apresentassem um problema de saúde que exigisse acompanhamento constante. Esse comportamento sinaliza uma visão reativa do consumidor, que percebe o plano de saúde menos como um investimento preventivo e mais como um recurso emergencial para mitigar gastos elevados com tratamentos crônicos ou de longa duração.

Com o intuito de consolidar as evidências encontradas na etapa de campo, o Quadro 4 sistematiza os principais fatores que regem a tomada de decisão dos consumidores em Naviraí-MS. A organização das variáveis em categorias econômicas, assistenciais e estruturais permite uma visão holística sobre as motivações de cada perfil de usuário, evidenciando os pontos de convergência e as distinções fundamentais entre a busca por

segurança hospitalar nos planos regulamentados e a demanda por agilidade ambulatorial nos modelos assistenciais.

Quadro 5: Fatores determinantes na escolha entre Planos de Saúde e Assistenciais.

Categoria	Fator Identificado	Impacto e Dados da Pesquisa
Econômica	Baixo custo da mensalidade	Motivo decisivo para 46,7% dos usuários de planos assistenciais (escolha por exclusão).
	Vínculo Corporativo	Principal impulsionador para 60,7% dos detentores de planos de saúde completos.
	Barreira de Preço	Fator impeditivo para a contratação por parte de quem utiliza exclusivamente o SUS.
Assistencial	Deficiência do SUS	A demora por especialistas impulsiona a busca pelo privado (53,3% no assistencial e 57,1% no plano de saúde).
	Segurança vs. Agilidade	Planos de saúde visam segurança (internação/UTI); Assistenciais visam agilidade ambulatorial.
	Gatilho de Doença	A necessidade de resolver um problema imediato motiva a contratação em ambos os grupos.
Estrutural	Uso Imediato	A ausência de carência é vantagem decisiva para 20% dos usuários de planos assistenciais.
	Benefícios Extras	Descontos em farmácias e assistência funerária agregam valor ao modelo assistencial.
	Qualidade e Confiança	Médicos especialistas e conforto hospitalar são os pilares de manutenção do plano de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora (2026) com base nos dados da pesquisa.

Em face do exposto, a análise dos dados permite inferir que a escolha entre as modalidades de assistência privada em Naviraí-MS é pautada por uma hierarquia de necessidades e limitações financeiras. Enquanto o plano de saúde regulamentado é percebido como um investimento em segurança hospitalar e proteção contra eventos catastróficos, o plano assistencial consolida-se como uma alternativa pragmática para contornar a morosidade do sistema público em demandas ambulatoriais de baixo custo. A sistematização desses fatores no Quadro 4 evidencia que, embora existam diferenças técnicas substanciais entre os modelos, ambos prosperam sobre a lacuna de agilidade do setor público, revelando um mercado de saúde suplementar altamente fragmentado e dependente do poder aquisitivo e do vínculo empregatício dos beneficiários. Tal cenário reforça a relevância de se discutir a

proteção jurídica e a qualidade dos serviços prestados, temas que serão sintetizados na seção de conclusões deste estudo.

5 CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivo identificar os fatores que influenciam a tomada de decisão dos beneficiários entre a contratação de planos de saúde regulamentados e planos assistenciais (cartões de desconto) em Naviraí-MS. Ao término desta pesquisa, considera-se que o objetivo foi plenamente alcançado, uma vez que se mapearam as motivações financeiras e assistenciais que direcionam cada perfil de consumidor.

O fator econômico apresenta-se como principal fator para tomada de decisão. O baixo custo da mensalidade foi o principal atrativo para 46,7% dos utilizadores de planos assistenciais confirmarem a tese de Cirico, Resner e Rached (2019) sobre a sensibilidade do consumidor ao preço. O estudo demonstra que o "risco moral" é aqui invertido: o usuário não consome mais por ter cobertura, mas sim, restringe a sua cobertura ao que pode pagar mensalmente, aceitando a exclusão de serviços hospitalares em troca de viabilidade financeira.

No que tange aos aspectos de atração, os dados validam os conceitos de Merhy (2002) e Paim (2003) sobre a valorização das "tecnologias leves". A busca por agilidade e facilidade de agendamento indica que o setor privado em Naviraí não está a vender necessariamente alta complexidade médica, mas sim agilidade logística. O plano assistencial preenche o hiato entre a universalidade demorada do sistema público e a exclusividade dispendiosa dos planos regulados pela Lei nº 9.656/1998, funcionando como uma "ponte de acesso" para consultas e exames básicos.

Outro ponto crítico identificado é o paradoxo da segurança jurídica. Embora autores como Salvatori e Ventura (2012) e Pietrobon et al. (2008) enfatizem a vulnerabilidade dos contratos não regulados pela ANS, a pesquisa revela que o usuário possui ciência da ausência de cobertura para cirurgias e internamentos, mas opta por manter o vínculo. Isto sugere que, para a realidade socioeconômica da amostra estudada (predominantemente de rendas baixas), a proteção contra eventos trágicos é um valor secundário face à urgência do alívio de indisposições quotidianas, evidenciando uma falha na proteção social do mercado de saúde.

Estes resultados servem para auxiliar gestores de saúde e empresas do setor a compreenderem melhor as lacunas do mercado. Eles mostram que existe uma demanda reprimida por serviços de saúde que fiquem no "meio-termo" entre o SUS e os planos de saúde de alto custo, evidenciando a necessidade de novos modelos de negócio ou políticas públicas que facilitem o acesso ao cuidado especializado.

Por fim, a pesquisa reafirma a teoria de Santos, Malta e Merhy (2008) sobre a interdependência dos sistemas. O crescimento dos planos assistenciais não é uma negação do SUS, mas um sintoma da sua morosidade do sistema público. O grupo estudado em Naviraí utiliza o setor privado para contornar filas de espera em especialidades, mas mantém a dependência do sistema público para os cuidados de alta complexidade que o seu plano privado não cobre.

Conclui-se, portanto, que a saúde suplementar local opera de forma fragmentada, funcionando como um paliativo de acesso que não substitui a necessidade de um sistema público robusto e eficiente.

Este trabalho apresenta limitações quanto à abrangência dos dados, uma vez que o tamanho da amostra não permite estender as conclusões para todo o município de Naviraí. Considerando que a gestão da saúde e a aplicação de recursos no SUS variam conforme a localidade, os resultados refletem apenas a realidade do grupo estudado, e não o panorama municipal completo.

Sugerem-se para futuras pesquisas estudos que analisem o impacto da proliferação dos planos assistenciais na sustentabilidade financeira das operadoras tradicionais, bem como investigações qualitativas sobre o nível de satisfação real dos usuários com o atendimento final recebido nas clínicas parceiras desses planos assistenciais.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Retrospectiva da ANS sobre a saúde suplementar em 2025**. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/retrospectiva-da-ans-sobre-a-saude-suplementar-em-2025>. Acesso em: 02 fev 2026.
- AGUIAR, Jessica; SOUZA, Luis Eugênio de. Ressarcimento ao SUS: uma análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde por portadores de planos de saúde. **Divulgação em saúde para debate**, Bahia, v. 00, n. 58, p. 86-100, Jul 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/29855>. Acesso em: 10 fev 2026.
- BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm . Acesso em: 08 mai 2025.
- BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm . Acesso em: 10 mai 2025.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 10 jan 2026.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008**. Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?g. Acesso em: 08 mai 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2003. (Série Documentos, n. 4). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/serie_ans4.pdf. Acesso em: 22 jan 2026.
- CARVALHO, Regina Ribeiro Parizi; FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; GARRAFA, Volnei. A saúde suplementar em perspectiva bioética. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 600 - 606, Jun 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.06.017>. Acesso em: 20 abr 2025.
- CARDOSO, Marcia Roberta de Oliveira et al. O Mix Público e Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Coexistência em Evidência. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 107-118, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/170053>. Acesso em: 20 fev 2026.
- CIRIO, Priscila Freitas; RESNER, Aparecida Ribeiro; RACHED, Chennyfer Dobbins. Os impactos da judicialização na saúde suplementar. **Revista Gestão em Foco**, Amparo, v. 00, n. 11, p. 56 - 71, 2019. Disponível em:



005_OS-IMPACTOS-DA-JUDICIALIZAÇÃO-NA-SAÚDE-SUPLEMENTAR.pdf. Acesso em: 09 de mai de 2025.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira et al. Cobertura por plano de saúde ou cartão de desconto: inquérito domiciliar na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, n. 10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00141515>. Acesso em: 16 fev 2026.

FERREIRA, Rafaela Martins. **Judiciária da saúde suplementar**: A insegurança jurídica do setor em decorrência das determinações judiciais de concessão de atendimento. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito/Relações Internacionais pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais) FAJS do Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF. 2022. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/16486>. Acesso em: 10 fev 2026.

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência e saúde coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869 - 1878, Jun 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acesso em: 05 abr 2025.

GERSCHMAN, Silvia. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1441-1451, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v13n5/10.pdf>. Acesso em: 10 fev 2026.

LIMA JUNIOR, Ivo Aurelio; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Sheyla Maria Lemos. A regulação assistencial da saúde suplementar no Brasil entre 2000 e 2018. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 40, n. 12, p. 18, Ago 2024 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT023524>. Acesso em: 28 mar 2025.

LÖSCH, S.; RAMBO, C.A.; FERREIRA, J.de L. A pesquisa exploratória na abordagem qualitativa em educação. **Revista Ibero - Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 18, n. 00, p. 8, Dez 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.21723/riace.v18i00.17958>. Acesso em: 02 fev 2026.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767–783, Ago 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>. Acesso em: 07 abr 2025.

POHL, Hildegard Hedwig et al. Qualidade de vida: impactos de um programa de promoção da saúde do setor de saúde suplementar. **Ciência da saúde coletiva**, v. 26, n. 2, p. 3599 - 3608, Nov 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.20552019> . Acesso em: 21 abr 2025.

SALLES, Olavo Ribeiro. **Adaptação das operadoras de planos de saúde de pequeno porte ao plano de contas padrão da ANS**. 2004. 128 f. Dissertação (Mestrado em saúde pública) - Escola Nacional de saúde pública - ENSP, Rio de Janeiro, RJ, 2004. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4789>. Acesso em: 25 abr 2025.

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços

de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2008.v13n5/1431-1440/pt>. Acesso em: 10 fev 2026.

APÊNDICE - QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

Olá!

Este questionário integra a pesquisa de TCC em Administração (UFMS) da aluna Simone Gomes Pereira e busca compreender o que motiva a escolha entre planos de saúde e assistenciais.

Sua participação é voluntária, anônima e confidencial. O preenchimento leva cerca de 5 minutos e os dados serão usados apenas para fins acadêmicos.

Agradecemos sua colaboração!

Consentimento (obrigatório)

Concorda em participar de forma anônima, podendo desistir a qualquer momento?

- ☐ Sim, concordo.
- ☐ Não concordo.

Atualmente, como você acessa serviços de saúde privada na sua cidade ou estado?

- ☐ Possuo Plano Assistencial / Cartão de Descontos (cobre apenas consultas e exames com preços reduzidos, sem internação).
- ☐ Possuo Plano de Saúde completo (cobre consultas, exames, internação, cirurgia).
- ☐ Não possuo nenhum dos dois (uso SUS ou pago particular integral).

PLANO ASSISTENCIAL DE SAÚDE

1. Qual foi o motivo principal para escolher o Plano Assistencial/ Cartão de Desconto em vez de um Plano de Saúde completo?

- ☐ O baixo valor da mensalidade em comparação aos planos tradicionais.
- ☐ A possibilidade de utilizar os serviços logo após a contratação.
- ☐ Indicação positiva de amigos, familiares ou conhecidos.
- ☐ Processo de adesão simples, sem exigência de exames médicos ou muita burocracia.
- ☐ Foco nos descontos em farmácias, clínicas odontológicas e exames, além das consultas.

☐ Só queria pagar barato por consultas e exames.

2. Avalie o que você considerou como VANTAGEM quando contratou o Plano Assistencial.

1. Preço muito mais acessível.

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Decisivo

2. Menos burocracia e papelada.

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Decisivo

3. Liberdade de pagar apenas quando usar a consulta.

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Decisivo

4. Sem contratos de fidelidade longos.

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Decisivo

5. Descontos em farmácias e comércios.

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Decisivo

6. A inclusão da assistência funerária com baixo custo.

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Decisivo

7. Benefícios extras (sorteios).

☐ Nada importante ☐ Pouco importante ☐ Importante ☐ Muito importante ☐ Decisivo

3. Qual foi a principal “dor” ou necessidade que te fez buscar o Plano Assistencial em vez de continuar apenas no SUS?

☐ A demora para conseguir consultas com especialistas no SUS.

☐ O desejo de ter descontos em farmácias e exames.

☐ A necessidade de um atendimento mais rápido para um problema específico já existente.

☐ Segurança familiar.

☐ Outro:

4. Ao utilizar o Cartão de Descontos, você sente que ele facilita o acesso a consultar e exames que você não conseguiria pagar pelo preço particular total?

☐ Sim, ele é essencial para eu conseguir pagar os médicos exames entre outros.

☐ Ajuda, mas eu conseguiria pagar o particular mesmo sem o cartão.

☐ Não vejo economia, pois os preços são parecidos com o particular.

5. Você consideraria substituir seu plano assistencial por um Plano de Saúde completo?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

6. Qual o motivo para a resposta da pergunta 5?

7. Se o Plano de Saúde completo não exigisse carência (espera para usar) você teria optado por ele mesmo sendo mais caro?

- ☐ Sim, a carência foi o que me fez desistir do plano de saúde.
- ☐ Não, o preço continua sendo o maior obstáculo.

8. Você tem clareza de que em caso de acidente grave ou doença que exija UTI, este serviço NÃO pagará sua internação?

- ☐ Sim, tenho total clareza desse risco.
- ☐ Tenho dúvidas sobre o que o plano cobre em casos de urgência.
- ☐ Não, eu acreditava que ele cobria casos de emergência hospitalar.

9. Caso você precisa de uma cirurgia de emergencia hoje, qual seria sua estratégia principal?

- ☐ Recorrer imediatamente ao SUS (Rede Pública)
- ☐ Pagar o valor integral de forma particular (recursos próprios/empréstimo).
- ☐ Recorreria ao plano e verificaria uma possibilidade de desconto em materiais ou hospitais
- ☐ Não sei como reagiria nessa situação.

10. No momento da contratação, o fato de o cartao de descontos NÃO cobrir cirurgias e internações, mas ainda ter desconto em materiais entre outros influenciou sua decisão?

- ☐ Sim. Fiquei inseguro, mas o preço baixo compensou o risco
- ☐ Sim. Só contratei porque sei que posso contar com o SUS para emergências.
- ☐ Não. Eu nem sabia que o cartão não cobria cirurgias.
- ☐ Não. No momento, eu só precisava de consultas e exames rápidos.

11. Saber exatamente quanto vai pagar no mês influenciou sua escolha?

☐ 1 – Fator principal ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 – Não influenciou em nada.

12. Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar este modelo de Cartão de Desconto/Plano Assistência para um amigo ou familiar?

☐ 0 – Não recomendaria de jeito nenhum ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 – Recomendaria fortemente.

PLANOS DE SAUDE

1. Qual foi o fator determinante para você escolher um Plano de Saúde completo (com hospital) em vez de um Cartão de desconto (mais barato)?

- ☐ Segurança Hospitalar: O receio de precisar de internação ou cirurgia e não ter cobertura.
- ☐ Inadequação do SUS: A percepção de que a rede pública não atenderia minhas necessidades em casos graves.
- ☐ Exigência Familiar: Garantir proteção total para dependentes (filhos/idosos).
- ☐ Benefício Corporativo: O plano é oferecido pela empresa onde trabalho.
- ☐ Qualidade da Rede: Acesso a hospitais e médicos específicos que o cartão não oferece.

2. Sobre o periodo de carência (tempo de espera), como isso afetou sua decisão?

- ☐ Aceitei esperar os prazos de carência para ter a garantia da cobertura completa depois.
- ☐ Tive que pagar mais caro por um plano com "carência zero" ou reduzida.
- ☐ A carência quase me fez desistir, mas a segurança hospitalar falou mais alto.

3. A inclusão do Plano Odontológico no seu pacote de saude foi um fator relevante para sua escolha?

- ☐ Sim. Ajudou na decisão, mas o foco principal era o médico/hospitalar.
- ☐ Sim. Foi um dos motivos principais para eu contratar este plano.
- ☐ Não. Eu contrataria o plano mesmo se não tivesse a parte odontológica.
- ☐ Não. Meu plano atual não possui cobertura odontológica inclusa.

4. O quanto a presença física de uma unidade de atendimento ou escritório da empresa em Navirai/Região influenciou sua escolha?

☐ 1 – Não influenciou ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 – Foi essencial para confiar.

5. Qual foi o peso da reputação da empresa (ex.: Unimed, Bradesco, Cassems, Hapvida) na sua escolha?

- ☐ Totalmente. Só contratei por ser uma marca conhecida e confiável.
- ☐ Muito. O nome da empresa me deu a segurança necessária para assinar o contrato.
- ☐ Parcialmente. A marca é importante, mas o preço e a rede de médicos pesaram mais.
- ☐ Pouco. Conhecia a marca, mas não foi o fator principal.
- ☐ Nada. Não me importo com o nome da empresa, apenas com o serviço prestado.

6. Avalie o quanto cada fator abaixo representa uma vantagem para você no uso do Plano de Saúde.

1. Agilidade para marcar consultas/exames.

☐ Nenhuma vantagem ☐ Pouca vantagem ☐ Vantagem moderada ☐ Grande vantagem ☐ Vantagem essencial

2. Segurança de ter internação e UTI cobertas.

☐ Nenhuma vantagem ☐ Pouca vantagem ☐ Vantagem moderada ☐ Grande vantagem ☐ Vantagem essencial

3. Acesso a médicos especialistas de confiança.

☐ Nenhuma vantagem ☐ Pouca vantagem ☐ Vantagem moderada ☐ Grande vantagem ☐ Vantagem essencial

4. Descontos em farmácias e serviços extras.

☐ Nenhuma vantagem ☐ Pouca vantagem ☐ Vantagem moderada ☐ Grande vantagem ☐ Vantagem essencial

5. Conforto de quarto particular em hospitais.

☐ Nenhuma vantagem ☐ Pouca vantagem ☐ Vantagem moderada ☐ Grande vantagem ☐ Vantagem essencial

6. Atendimento odontológico incluso.

☐ Nenhuma vantagem ☐ Pouca vantagem ☐ Vantagem moderada ☐ Grande vantagem ☐ Vantagem essencial

7. Acesso a telemedicina.

☐ Nenhuma vantagem ☐ Pouca vantagem ☐ Vantagem moderada ☐ Grande vantagem ☐ Vantagem essencial

7. Qual foi a principal “dor” ou necessidade que te fez buscar o Plano de Saúde em vez de continuar apenas no SUS?

- ☐ A demora para conseguir consultas com especialistas no SUS.
- ☐ O desejo de ter descontos em farmácias e exames.
- ☐ A necessidade de um atendimento mais rápido para um problema específico já existente.
- ☐ Segurança familiar.

8. Você trocaria seu Plano de Saúde atual por um Cartão Assistencial com mensalidade mais barata focado em descontos para consultas e exames, mas sem cobertura para internações e cirurgias?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

9. Qual o motivo para a resposta da pergunta 8?

10. Saber exatamente quanto vai pagar no mês influenciou sua escolha?

- ☐ 1 – Fator principal ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 – Não influenciou em nada.

11. Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar este modelo de Plano de Saúde para um amigo ou familiar?

- ☐ 0 – Não recomendaria de jeito nenhum ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 – Recomendaria fortemente.

SEM PLANO/SUS

1. Qual o principal motivo para você não possuir um Plano de Saúde ou um Cartão Assistencial atualmente?

- 1. O custo das mensalidades é muito alto.
 - ☐ Não influencia minha decisão ☐ Influencia pouco ☐ Influencia muito ☐ É o motivo principal
- 2. Não sinto necessidade.

☐ Não influencia minha decisão ☐ Influencia pouco ☐ Influencia muito ☐ É o motivo principal

3. Prefiro pagar consultas particulares apenas quando preciso.

☐ Não influencia minha decisão ☐ Influencia pouco ☐ Influencia muito ☐ É o motivo principal

4. Utilizo e confio exclusivamente o SUS.

☐ Não influencia minha decisão ☐ Influencia pouco ☐ Influencia muito ☐ É o motivo principal

5. Tive experiências negativas com planos no passado.

☐ Não influencia minha decisão ☐ Influencia pouco ☐ Influencia muito ☐ É o motivo principal

6. O processo de contratação é muito burocrático e confuso.

☐ Não influencia minha decisão ☐ Influencia pouco ☐ Influencia muito ☐ É o motivo principal

2. O que faria você contratar um serviço de saúde (Plano Completo ou Cartão Assistencial) nos próximos meses?

☐ Se eu tivesse um problema de saúde que exigisse acompanhamento constante.

☐ Uma redução drástica nos preços das mensalidades.

☐ Se o contrato não exigisse tempo de carência (podendo usar logo após pagar).

☐ Se eu tivesse dependentes (filhos ou idosos) sob minha responsabilidade.

☐ Se a empresa onde trabalho oferecesse o benefício com desconto em folha.

3. Você concorda com a afirmação: “Prefiro economiza por conta própria para pagar médicos apenas quando necessário do que pagar uma mensalidade fixa e não usar.”?

☐ Concordo totalmente.

☐ Concordo parcialmente.

☐ Discordo (Gostaria de pagar, mas não tenho condições agora).

☐ Tenho dúvidas sobre qual modelo é melhor.

PERGUNTAS GERAIS E PERFIL

1. Qual sua faixa etária?

☐ 18 a 29 anos



- ☐ 30 a 49 anos
- ☐ 50 a 64 anos
- ☐ 65 anos ou mais

2. Qual seu gênero?

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Prefiro não informar
- ☐ Outro:

3. Qual o seu nível de escolaridade?

- ☐ Ensino Fundamental ou Médio
- ☐ Ensino Superior Incompleto/Cursando
- ☐ Ensino Superior Completo
- ☐ Pós-graduação (Especialização, Mestrado ou Doutorado)

4. Qual sua renda familiar mensal?

- ☐ Abaixo de R\$ 1.000,00
- ☐ Entre R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00
- ☐ Entre R\$ 2.000,00 a R\$ 4.000,00
- ☐ Entre R\$ 4.000,00 a R\$ 6.000,00
- ☐ Acima de R\$ 6.000,00
- ☐ Prefiro não informar

5. Para você, as diferenças entre o que um “Cartão Assistencial” e “Plano de Saúde” oferecem (especialmente sobre internações e cirurgias) são claras?

- ☐ Sim, entendo que o plano assistencial dá apenas descontos e o Plano de Saúde é para o uso hospitalar completo.
- ☐ Tenho uma noção básica, mas não sei exatamente onde termina o direito de um e começa o do outro.
- ☐ Não é claro para mim; acredito que ambos deveriam cobrir emergências hospitalares.