



Monica da Silva Abreu Simões Silva

**Saúde Suplementar no Brasil: um balanço
a partir da literatura técnico-científica
nacional no período 2001-2013**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da PUC-Rio como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientador: Prof. Marcio Eduardo Brotto

Rio de Janeiro
Julho de 2014



Monica da Silva Abreu Simões Silva

**Saúde Suplementar no Brasil: um balanço
a partir da literatura técnico-científica
nacional no período 2001-2013**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social do Centro de Ciências Sociais da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof. Marcio Eduardo Brotto

Orientador

Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

Profa. Inez Terezinha Stampa

PUC-Rio

Profa. Mônica de Castro Maia Senna

UFF

Profa. Mônica Herz

Vice-Decana de Pós-Graduação do
Centro de Ciências Sociais – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 28 de julho de 2014

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, do autor e do orientador.

Monica da Silva Abreu Simões Silva

Graduou-se em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense – UFF, em 1997. Especializou-se em Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes pela Universidade de São Paulo – USP, e em Gênero e Saúde pela Universidade Federal Fluminense – UFF. Trabalhou como assistente social na Prefeitura Municipal de Resende, na Fundação Confiar em 1998-2001, na Prefeitura Municipal de Niterói no Hospital Orêncio de Freitas, em 2001-2006, na Prefeitura Municipal de São Gonçalo no Conselho Tutelar de Alcântara, em 2000-2006, na Prefeitura Municipal de Duque de Caxias – Secretaria de Ação Social em 2005-2006, e na UFF no Hospital Universitário Antônio em 2005-2006. Trabalha, desde julho de 2006, como assistente social no Gabinete da Presidente da Petrobras – Petróleo Brasileiro S/A.

Ficha Catalográfica

Silva, Monica da Silva Abreu Simões

Saúde suplementar no Brasil : um balanço a partir da literatura técnico-científica nacional no período 2001-2013 / Monica da Silva Abreu Simões Silva ; orientador: Márcio Eduardo Brotto. – 2014.

179 f. : il. (color.) ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2014.

Inclui bibliografia.

1. Serviço social – Teses. 2. Assistência a saúde. 3. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 4. Regulação. 5. Saúde suplementar. I. Brotto, Márcio Eduardo. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Serviço Social. III. Título.

CDD: 361

Desistir.... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça.

Cora Coralina

Chico e Sofia este trabalho é dedicado a vocês.

Agradecimentos

A Deus, sem a Sua magnífica presença em minha vida nada disso seria possível. Obrigada pelo consolo, pelo amor e pela confiança Pai Eterno e Misericordioso.

A Francisco ou simplesmente Chico, meu companheiro, amigo, confidente e amor da minha vida. Obrigada por me incentivar e estar ao meu lado em mais este desafio.

Ao meu poço de sabedoria – Sofia – obrigada por apoiar a mamãe neste momento, e não permitir que eu desistisse, além de me lembrar sempre de salvar o arquivo com o trabalho, entre outras coisitas mais. Te amo filha. Você nem imagina o quanto é especial. Nada vale a pena se não for para te ver feliz!

Ao meu querido pai Oswaldo e minha mãe Amélia. Obrigada pela educação, pelo amor e pelas orientações.

À querida Keila Cabral, meu exemplo de profissional e de estudante, graças ao seu incentivo estou aqui.

Aos meus queridos amigos do Mestrado, Ana Paula Jordão, Ana Carolina Azevedo, Grazielle Felício, Joyce Ferreira, Keila Garcia, Keiza Nunes, Leandro Duarte, Maria Inês Ribeiro, Michelle da Costa, Rachel Oliveira, Rejane Farias, Vanderlei Rocha e Vanessa Pontes. Juntos fomos não somente mais uma turma, mas a melhor turma do Mestrado em Serviço Social da PUC-Rio. Sem vocês não teria concluído este Mestrado, obrigada pelos papos, pelas dicas e por existirem. Como sempre digo amo vocês e já estou com saudades!

Aos meus sogros Francisco e Luiza.

Ao meu querido amigo Fábio Araújo, você foi embora tão cedo e deixou tanta saudade.... Obrigada amigo, você sabe o quanto me ajudou!

À minha querida e eterna professora Maria Auxiliadora ou simplesmente Dora, você é maravilhosa. Obrigada por me ajudar a entrar e permanecer no Mestrado.

À professora Mônica Senna, nossos destinos sempre acabam se cruzando, mesmo quando tento fugir da UFF. Obrigada pela serenidade e por compartilhar seu conhecimento. A profissional que sou hoje tem a sua marca.

Ao professor Márcio Brotto por ter aceitado o grande desafio de ser o orientador desta dissertação.

A todos os meus queridos amigos que pacientemente conviveram com a minha ausência ao longo dos últimos 30 meses. Obrigada!

Resumo

Silva, Monica da Silva Abreu Simões; Brotto, Marcio Eduardo. **Saúde Suplementar no Brasil: um balanço a partir da literatura técnico-científica nacional no período 2001-2013**. Rio de Janeiro, 2014, 179 p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O presente estudo tem como objeto central o sistema de saúde suplementar brasileiro, introduzido legalmente no país, a partir da Constituição de 1988. A constituição de 1988, a primeira pós-ditadura militar, introduziu a saúde como direito de todos e dever do Estado, porém também possibilitou a regulamentação, de modo complementar, do segmento privado de saúde - que já atuava no país há vários séculos. A institucionalização da relação público e privado na saúde representou a transferência de riscos para instituições privadas, com o objetivo de diminuir o ônus do Estado. A pretensão deste estudo é adensar a discussão sobre saúde suplementar, ao realizar investigações acerca das produções acadêmicas desenvolvidas sobre o tema e os principais eixos estabelecidos nestas discussões, como: regulação do segmento privado; programas de promoção e prevenção; análise da qualidade das operadoras, entre outros. A análise do material, objetiva verificar se a discussão predominante (das produções) vincula-se a debates sobre as questões endógenas ao setor ou sobre o modelo híbrido de assistência à saúde no Brasil. Metodologicamente o estudo divide-se em três eixos: um primeiro, de pesquisa sobre a formação do sistema de saúde brasileiro com destaque para ações privadas em saúde; o segundo que concentra exame sobre a construção do mercado privado de saúde e os caminhos percorridos para a regulamentação do setor; e o terceiro que realiza a análise das produções de Mestrado e Doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP; das Universidades Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, Federal Fluminense - UFF e da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC-RIO; bem como, dos artigos publicados no Portal da Pesquisa da

Biblioteca Virtual de Saúde do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde e do Scientific Electronic Library Online – SciELO.

Palavras-chaves

Assistência a Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar; Regulação; Saúde Suplementar.

Abstract

Silva, Monica da Silva Abreu Simões; Brotto, Marcio Eduardo (Advisor). **Brazilian Supplementary Health System: an overview of the national scientific and technical literature in the period 2001-2013.** Rio de Janeiro, 2014, 179 p. MSc. Dissertation – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The present study aims to examine the Brazilian Supplementary Health System introduced legally by the 1988 Constitution, the first one after the military dictatorship, that introduced health as people's right and an obligation of the state, but also introduced the regulatory policy of the private health care system, which already existed in Brazil for several years. This regulation represented the transfer of risks from the public to the private institutions, reducing the health burden of the state. So, this study aims to improving the discussion about supplementary health system through the research of academic productions about private health care system and their main issues. This study is divided in three parts: at first, an analysis of the Brazilian healthcare system particularly the private actions; secondly, the examination of the construction of private supplementary health system and its regulamentation and third, the analysis of the MSc and PhD production from Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP; Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, Universidade Federal Fluminense –UFF, and Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC-RIO as well as the articles published in the Portal da Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde and Scientific Electronic Library Online – SCIELO.

Keywords

Health care; National Health Agency; Regulation; Health Supplements.

Sumário

	Introdução	19
1.	Considerações sobre o Sistema de Saúde Brasileiro	26
1.1.	Assistência à Saúde – caminhos e construções	30
1.1.1.	Século XVIII e Século XIX	30
1.1.2.	A Intervenção do Estado na Saúde: 1930 a 1964	34
1.1.3.	A Política de Saúde na ditadura militar: modelo de privilegiamento do produtor privado	38
1.1.4.	A Política de Saúde nas décadas de 1980 1990: construção e obstáculos do Projeto de Reforma Sanitária	44
1.2.	Planos de saúde e o mercado individual	53
2.	Saúde Suplementar	56
2.1.	Caminhos da privatização da saúde	56
2.2.	O processo de regulamentação da saúde suplementar e o novo papel do Estado	60
2.2.1.	Atores da regulamentação da saúde	63
2.2.2.	O papel do Estado na privatização da saúde	67
2.2.3.	Agências reguladoras	69
2.3.	Agência Nacional de Saúde Suplementar	73
2.3.1.	Atribuições da ANS	78
2.3.2.	Produção normativa da ANS e qualidade em saúde suplementar	81
2.3.3.	Caracterização do mercado de serviços privados de saúde	88
2.3.4.	Operadoras de Saúde e funcionamento	92

3.	Produções acadêmicas em Saúde Suplementar: um balanço investigativo	99
3.1.	Dissertações e Teses	103
3.1.1.	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP	107
3.1.2.	Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ	120
3.1.3.	Universidade Federal Fluminense - UFF	126
3.1.4.	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC-Rio	130
3.2.	Artigos Científicos	135
3.2.1.	Portal BVS	140
3.2.2.	SCIELO	152
4.	Considerações Finais	165
5.	Referências Bibliográficas	173

Lista de Quadros

Quadro 1-	Estrutura Organizacional e atribuições de cada área	75
Quadro 2-	Unidades da ANS e atribuições	77
Quadro 3-	Normas vigentes publicadas pela ANS segundo o tipo (2000-2012)	81
Quadro 4-	Operadoras de Saúde acreditadas	84
Quadro 5-	Operadoras com maior índice de reclamações de acordo com o seu porte	85
Quadro 6-	Prazos para atendimento por serviços de saúde	86
Quadro 7-	Índice de reajuste anual autorizado para planos de saúde individuais ou familiares contratados a partir de janeiro de 1999	89
Quadro 8-	Períodos de Carência por serviços de saúde	91
Quadro 9-	Operadoras em atividade por porte, segundo modalidade (Brasil -dezembro/2013)	98
Quadro 10-	Dissertações e Teses por Universidade	103
Quadro 11-	Dissertações e Teses por ano	104
Quadro 12-	Produções ENSP	109
Quadro 13-	Produções ENSP por ano	110
Quadro 14-	Resumo Produções em Saúde Suplementar – ENSP	110
Quadro 15-	Número de beneficiários nos planos odontológicos	119
Quadro 16-	Dissertações e Teses UERJ	122
Quadro 17-	Produções UERJ por ano	122

Quadro 18-	Resumo Produções em Saúde Suplementar – UERJ	122
Quadro 19-	Produções UFF por ano	127
Quadro 20-	Resumo das produções em saúde suplementar – UFF	129
Quadro 21-	Produções PUC – São Paulo por ano	132
Quadro 22-	Resumo Produções em Saúde Suplementar PUC – São Paulo	132
Quadro 23-	Beneficiários de Plano de Saúde por faixa etária	135
Quadro 24-	Publicações de artigos científicos por ano	136
Quadro 25-	Artigos científicos por instituição	137
Quadro 26-	Resumo artigos Portal BVS	141
Quadro 27-	Produções de artigos do Portal BVS por instituição	151
Quadro 28-	Artigos Portal BVS por ano	152
Quadro 29-	Resumo artigos SCIELO	153
Quadro 30-	Artigos por instituição	163
Quadro 31-	Artigos por ano	164

Lista de Siglas

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AMB	Associação Médica Brasileira
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANEEL	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	Agência Nacional do Petróleo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASSETANS	Associação dos Servidores de trabalhadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CASSI	Caixa de Assistência dos funcionários do Banco do Brasil
CCBM	Centro de Ciências Biológicas e Medicina
CCS	Centro de Ciências Sociais
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CEH	Centro de Educação e Humanidade
CEPESC	Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva
CFM	Conselhos Federal de Medicina
CGEE	Centro de Gestão e Estudos Estratégicos
CID	Classificação Internacional de doenças
CIEFAS	Comitê de Integração de Entidade Assistencial a Saúde
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CONASP	Conselho Nacional de Segurança Pública

CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CRM	Conselho Regional de Medicina
CTC	Centro Técnico Científico
CTCH	Centro de Teologia e Ciências Humanas
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
CTPS	Carteira de Trabalho e Previdência Social
DESAS	Departamento de Saúde Suplementar
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FBH	Federação Brasileira de Hospitais – FBH
FENASEG	Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social
FUNABEM	Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor
GEAP	Fundação de Seguridade Social
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC	Instituto de Defesa do Consumidor
IDSS	Índice de Desempenho em Saúde Suplementar
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social

IPASE	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Servidores do Estado
IR	Índice de Reclamações
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NEPAD	Núcleo de Pesquisa e Atenção ao Uso de Drogas
NESA	Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente
NIP	Notificação de Intermediação Preliminar
NOBs	Norma Operacional Básica
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PCV	Pesquisa de Condições de Vida
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PUC-Rio	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
PUC-São Paulo	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
QS	Quacquarelli Symonds University Rankings
QUALISS	Programa de monitoramento da qualidade dos prestadores de serviços na saúde suplementar
RN	Resolução Normativa
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TISS	Troca de Informações em Saúde Suplementar
UEG	Universidade do Estado da Guanabara
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UNIMED	Cooperativa de Trabalho Médico
URJ	Universidade do Rio de Janeiro
US	Unidade de Serviço
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

Sonhe com o que você quiser. Vá para onde você queira ir. Seja o que você quer ser, porque você possui apenas uma vida e nela só temos uma chance de fazer aquilo que queremos. Tenha felicidade bastante para fazê-la doce. Dificuldades para fazê-la forte. Tristeza para fazê-la humana. E esperança suficiente para fazê-la feliz.

As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas. Elas sabem fazer o melhor das oportunidades que aparecem em seus caminhos. A felicidade aparece para aqueles que choram. Para aqueles que se machucam. Para aqueles que buscam e tentam sempre. E para aqueles que reconhecem a importância das pessoas que passam por suas vidas.

“O Sonho” de Clarice Lispecto

Introdução

O presente trabalho pretende investigar a produção acadêmica sobre saúde suplementar, especialmente no que diz respeito aos eixos de discussão adotados nos materiais selecionados na pesquisa, a fim de contribuir, se possível, para o adensamento da pesquisa sobre o tema proposto. O interesse nesta discussão está relacionado à trajetória profissional da investigadora, que desde a graduação exercia atividades profissionais em uma operadora de saúde¹, detentora de experiência já como Assistente Social ao trabalhar em uma empresa de atenção domiciliar² na qual prestava serviços a diferentes planos de saúde e posteriormente, passou a exercer suas atividades em uma empresa de energia na área de assistência à saúde.

Os anos trabalhados na prestação de serviços a operadoras de saúde, compreenderam o período pré e pós-regulamentação dos planos de saúde. Durante esse período a investigadora passou pela promulgação da lei específica do setor; pela criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; pela adaptação dos contratos já vigentes as novas regras criadas; pelos problemas diários enfrentados pelos usuários de planos de saúde, entre tantas outras questões. Esse cenário contribuiu para que houvesse a percepção da ambigüidade proporcionada pelos planos de saúde, uma vez que os usuários exclusivos do Sistema Único de Saúde - SUS desejavam viver a experiência de possuir um plano, na expectativa de que quando necessário seriam prontamente atendidos de forma cordial e qualificada; já àqueles que possuíam assistência médica privada esperavam que sua operadora de saúde não lhes negasse atendimento quando precisassem.

¹ Operadora de 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 (Inciso II do artigo 1º Lei 9656/98 -Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

² Atenção Domiciliar - "modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde" Caderno de Atenção Domiciliar – Ministério da Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_1_vol_1_a_ad_e_o_sus_final.pdf. Acesso em 18 de abril de 2014.

Como Assistente Social em uma empresa de energia de economia mista³, foi possível que a investigadora vivenciasse outros dilemas, como o das contradições de ser empregada e concomitantemente usuária da assistência médica (sobre a qual desenvolvia suas atividades profissionais); as novas alterações pertinentes a regulamentação dos planos de saúde; a implantação do padrão TISS - Troca de Informação em Saúde Suplementar⁴, que organizou e padronizou as informações trocadas entre prestadores de serviços e operadoras por meio das guias de atendimento; a implementação da avaliação de desempenho⁵ das operadoras de saúde, através da criação do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS; e a criação das ouvidorias⁶ específicas para os planos.

A operadora de saúde da sociedade de economia mista era gerenciada através do modelo de autogestão⁷, foi criada por decisão da diretoria, na década de 70 do século passado, ao considerar as demandas dos múltiplos atores, a saber, empregados, empresa, e Estado, e posteriormente passou a ser disciplinada em acordo coletivo de trabalho - ACT. Essa operadora por autogestão atendeu em 2013 a mais de 300 mil beneficiários entre aposentados, dependentes, pensionistas e empregados, sendo patrocinada parcialmente pela companhia e pelos empregados e aposentados.

³ Sociedade de economia mista - Sociedade criada pela administração pública, junto com pessoas ou entidades de direito privado, para exercer fins de interesse público. Disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/topicos/296750/sociedade-de-economia-mista>. Acesso em 16 de junho de 2014.

⁴ Com a instituição do padrão TISS, a partir de 2005 todas as operadoras passaram a ser obrigadas a adotar o mesmo modelo de guias de atendimento. No novo modelo de guia consta o número da operadora na ANS, bem como o número daquela guia de atendimento. Disponível em www.ans.gov.br. Acesso em 11 de maio de 2014.

⁵ Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS calculado a partir de indicadores definidos pela própria Agência. Esses indicadores são agregados em quatro dimensões, sendo que cada uma possui um peso diferente na formação do IDSS: 40% para a dimensão Atenção à Saúde, 20% para a dimensão Econômico-financeira, 20% para a dimensão Estrutura e Operação e 20% para a dimensão Satisfação do Beneficiário. Disponível em www.ans.gov.br. Acesso em 11 de maio de 2014.

⁶ A Resolução Normativa nº 323 da ANS, que obrigou a criação de ouvidorias pelas operadoras, foi publicada em 4 de abril de 2013. A partir dessa data, ficou determinado o prazo de 180 dias para a implementação das ouvidorias nas operadoras de grande porte. Disponível em www.ans.gov.br. Acesso em 11 de maio de 2014.

⁷ Autogestão: entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos. (ANS, 2013). Disponível em www.ans.gov.br.

Todos estes elementos serviram de estímulo à reflexão e ao estudo do segmento privado de saúde, bem como seus desdobramentos junto à gestão dos planos de saúde. Cumpre ressaltar que a Constituição Federal de 1988 representou avanço significativo no que tange ao reconhecimento da saúde como um direito fundamental dos brasileiros. Ao instituir o SUS, foram estabelecidos, entre outros princípios, a universalidade da cobertura e do atendimento, assim como a isonomia no acesso aos serviços de saúde. A Carta Magna também estabeleceu as bases para a regulação do mix público e privado do sistema de saúde brasileiro, composto pelo sistema público, com serviços financiados e prestados pelo Estado, e pelo sistema privado financiado diretamente pelo consumidor ou pelas empresas empregadoras.

A partir do final da década de 1980 e início dos anos de 1990, ocorreu o crescimento da demanda pela assistência suplementar, principalmente, devido à universalidade proposta pelo SUS, que levou à expansão da clientela do sistema público, além dos estímulos do Estado através de renúncias fiscais na dedução do imposto de renda e de incentivos financeiros às operadoras. Outro fator que mereceu destaque na expansão da saúde suplementar diz respeito à construção coletiva de que o sistema privado ofereceria resolução rápida e eficiente aos agravos de saúde da população.

Simultaneamente à evolução do segmento suplementar da saúde, cresceram também ações na Justiça para pleitear reparação de danos causados pela má qualidade ou pela ausência de atendimento aos usuários da assistência privada à saúde, tornando-se recorrentes as reclamações nas mais diferentes instâncias de defesa do consumidor contra os planos de saúde, especialmente no que diz respeito aos aumentos abusivos de mensalidade; negativas de atendimento; rescisões contratuais unilaterais, entre tantos outros. Para tentar resolver os conflitos entre operadoras e usuários de planos de saúde, era adotado o Código de Defesa do Consumidor (CDC), dada a ausência de legislação específica até 1998.

A pressão exercida no Estado, pelos usuários dos planos, pelas associações de defesa dos consumidores, pelos profissionais da saúde e por outros atores, a fim de que fosse realizada fiscalização efetiva das operadoras de saúde, acabou por inserir a

saúde privada na agenda política do governo e após alguns anos de discussões e negociações com diferentes personagens, em 1998, foi promulgada a Lei nº. 9.656/98, e seu aprofundamento dois anos mais tarde, com a Lei nº. 9.661/2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A partir de 1999 quando a Lei nº. 9.656/98 entrou em vigor, os contratos de planos e seguros de saúde passaram a ser classificados como contratos antigos (anteriores a janeiro de 1999) e contratos novos (firmados já sob a vigência da nova legislação). Foi garantida aos usuários, portadores de contratos antigos, a portabilidade para os contratos novos já estabelecidos de acordo com a nova lei, porém, aqueles que não desejaram ou não puderam realizar esta migração, em função do reajuste das mensalidades dada a ampliação de coberturas que a nova lei garantiu, tiveram o direito de manter o seu contrato antigo.

Em dezembro de 2001, o total de beneficiários inscritos nas operadoras de saúde era de 31.727.080, sendo que 12.153.066 referentes aos contratos novos e 19.574.014, referente aos contratos antigos. Em dezembro de 2013, ou seja, 12 anos após o início do mapeamento do setor, os dados foram sensivelmente diferentes, considerando que em 2013 eram 50.270.398 inscritos como beneficiários dos planos de saúde, sendo 44.174. 836 nos contratos novos, e 6.095.562 em contratos não adaptados a nova lei. Cabe destacar que os dados apresentados são relativos ao número absoluto de beneficiários, ao levar em consideração os de adesão individual ou coletiva.

A ANS foi criada por meio da Medida Provisória nº. 1.928/99, convertida na Lei nº. 9.961/2000, vinculada ao Ministério da Saúde, após disputa entre esse Ministério e o da Fazenda, no que diz respeito a que órgão a nova agência estaria vinculada e principalmente sobre que direcionamento a mesma teria, se um encaminhamento econômico ou assistencial. Foi instituída com objetivo principal de defesa dos interesses dos usuários dos planos e a regulação das operadoras de saúde, além de autonomia política, administrativa e financeira.

Vale destacar que, embora a regulação dos planos privados de saúde no Brasil tenha representado um grande avanço, resultado da mobilização da sociedade, ainda existem questões a serem enfrentadas, como o fato da diretoria colegiada da ANS ser escolhida por indicação do governo, o que nem sempre garante autonomia das ações da agência, com a indicação de membros ligados aos interesses das operadoras de saúde, o que resulta em conflito de interesses; e a resistência das operadoras em seguirem as orientações normativas emanadas pela agência, o que ainda hoje significa a demora na prestação do atendimento, a negativa de autorização de procedimentos, sem a devida informação acerca do motivo da recusa, limitação de número de procedimentos, entre tantos outros que invadem cotidianamente as salas de audiência e de conciliação dos Fóruns brasileiros.

Diante do exposto, partimos para a elaboração desta dissertação com o objetivo de conhecermos a produção acadêmica sobre saúde suplementar, a partir dos seus eixos de debate, ao partir do pressuposto de que os materiais diriam respeito, em geral, a questões da própria operacionalização do segmento privado e não da articulação do setor privado com o público. Muito se sabe sobre as supostas mazelas do SUS que são frequentemente veiculadas na mídia, e dos problemas dos planos de saúde, que não de maneira ostensiva como no caso do SUS, também são destacados nos meios de comunicação, porém necessitávamos mais do que evidências superficiais sobre o nosso objeto de pesquisa, por isso a importância de investigarmos a produção bibliográfica sobre o tema para compreendermos o que se fala sobre a saúde suplementar e a partir de que perspectiva esse discurso ocorre.

Para realização da pesquisa escolhemos quatro universidades situadas no Estado do Rio de Janeiro e classificadas pelo Quacquarelli Symonds University Rankings - QS⁸ nas cinquenta primeiras posições da avaliação, a saber, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ; Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC-Rio; Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ; e a

⁸ Organização internacional de pesquisa educacional que avalia o desempenho de instituições de ensino médio, superior e pós-graduação.

Universidade Federal Fluminense – UFF , bem como da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP.

A partir da nossa hipótese de pesquisa foi realizada análise da produção dos cursos de Mestrado e Doutorado das instituições selecionadas e disponíveis em ambiente virtual, sobre saúde suplementar, bem como dos artigos publicados na Biblioteca Virtual de Saúde BIREME⁹ - Portal da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS e na Scientific Electronic Library Online- Scielo. Vale destacar que não houve corte temporal na pesquisa, tendo em vista o fato do tema ser recente na história do país.

Para efeitos didáticos, o trabalho será estruturado da seguinte forma: o primeiro capítulo apresenta elementos que contribuíram para a construção do atual modelo de sistema de saúde brasileiro, especialmente aqueles relacionados a potencialização do caráter privado da saúde, com passagem pelas constituições nacionais e suas contribuições ou retrocessos para a saúde pública brasileira. O segundo capítulo apresenta um panorama dos caminhos percorridos para a construção do atual modelo de saúde suplementar, com abordagem de como os governos brasileiros trataram a questão da saúde privada e especialmente os incentivos oferecidos ao longo dos anos para solidificação do setor e aponta alguns elementos fundamentais para a construção da regulamentação do setor e os principais atores envolvidos na regulação, chegando até a criação da ANS , sua estrutura, seus avanços e desafios no disciplinamento do setor.

O terceiro e último capítulo apresenta dados da investigação realizada a partir das dissertações e teses e dos artigos científicos e os relaciona com o cenário político brasileiro e o momento histórico da saúde suplementar. Apesar do volume de material identificado na investigação, cabe destacar que ainda é restrito o volume de produções de saúde suplementar, devido ao seu impacto na sociedade brasileira com a cobertura de cerca de 25% da população, e principalmente quando comparado ao

⁹ BIREME - É o nome centro pertencente à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que, por sua vez, é o escritório da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o continente americano, sendo atualmente definido como Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, que melhor reflete seus objetivos e funções.

número de publicações que abordam o SUS e suas interfaces. Desta forma, acredita-se que este trabalho pode vir auxiliar no adensamento da produção sobre saúde suplementar, bem como apontar os principais eixos de debate da discussão do tema, porém sem a pretensão de esgotar a investigação sobre temática tão contraditória e ambivalente.

1

Considerações sobre o Sistema de Saúde Brasileiro

Desde o século XVIII a economia de mercado tem gerado demandas relacionadas com a sobrevivência daqueles que não conseguem suprir suas necessidades, em função da falta de recursos financeiros para tal, por isso, passam a depender de ações governamentais, o que na saúde corresponde à produção de bens e serviços públicos. (Dabashi; Júnior; Silva, 2012).

No caso da saúde, a busca de cuidados médicos não ocorre somente em função da necessidade de assistência. Conforme destacam Pinheiro e Escosteguy (2002), a utilização dos serviços de saúde é conseqüência de diversas determinações que explicam as variações entre grupos sociais ou entre áreas. Uma população de uma localidade específica pode demandar serviços de forma diferenciada, dependendo de fatores relacionados à cultura local ou à própria ausência/existência e de serviços.

A assistência à saúde no Brasil, assim como nos demais países da América do Sul, foi construída tendo como princípio a cura de doenças, a partir de uma lógica biológica, focada no controle de epidemias, pautada no saber médico e construída com base no conhecimento multiprofissional e multicausal.(Temporão, 2012).

Até o final da década de 1980, as políticas de saúde no Brasil inseriam-se no modelo residual e meritocrático. Essas políticas não contemplavam toda a população, estavam vinculadas à previdência, onde somente podiam ser atendidos aqueles trabalhadores que possuíam a Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS e estavam, conseqüentemente, vinculados ao Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. Para os que não se enquadravam neste perfil, restava a caridade, ou pagamento pelos serviços de saúde, quando possível. (Dabashi; Júnior; Silva, 2012).

No âmbito constitucional, o direito à saúde no Brasil passou por uma longa trajetória sem incentivos. A Constituição de 1824¹⁰, a primeira do país, não abordava a temática da saúde, assim como a Carta de 1891¹¹. Já a Carta Magna de 1934¹², promulgada no Governo Vargas, revelou a preocupação com o direito sanitário, com a proposição de medidas legislativas e administrativas para a diminuição da mortalidade infantil e de higiene social, em um enfoque de combate a doenças, para evitar os prejuízos econômicos que a falta de cuidados poderiam causar. Nesse documento já havia a referência às três esferas de governo como responsáveis pelo combate as doenças. (Vial & Kolling, 2012).

A Constituição de 1937¹³ disciplinou a competência do governo federal para legislar sobre as normas de defesa da saúde, com enfoque na saúde das crianças,

¹⁰ A Constituição de 1824, foi a primeira do país, sendo outorgada por D. Pedro I de forma autoritária, mas com cunhos liberais e conservadores. O novo texto da Constituição previa quatro poderes: **Poder Legislativo; Poder Executivo; Poder Judiciário e Poder Moderador**. Disponível em <http://www.historiabrasileira.com/brasil-imperio/constituicao-de-1824/>. Consulta em 24 de maio de 2014.

¹¹ A primeira Constituição republicana brasileira, resultante do movimento político-militar que derrubou o Império em 1889, inspirou-se na organização política norte-americana. Foi introduzido o sistema de governo presidencialista. O presidente da República, chefe do Poder Executivo, passou a ser eleito pelo voto direto para um mandato de quatro anos, sem direito à reeleição. Tinham direito a voto todos os homens alfabetizados maiores de 21 anos. <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos20/CrisePolitica/Constituicao1891>. Acesso em 24 de maio de 2014.

¹² A Constituição brasileira de 1934 amalgamou os princípios liberais, corporativistas e autoritários. O governo de Getúlio Vargas fomentou a centralização do poder. Instituiu o voto obrigatório para maiores de 18 anos; disciplinou o voto feminino; nacionalizou as riquezas do subsolo e quedas d'água no país; e criou a Justiça do Trabalho. Com relação às Leis Trabalhistas podemos salientar a criação da jornada de 8 horas diárias, repouso semanal obrigatório, férias remuneradas, indenização para trabalhadores sem justa causa, assistência médica e dentária, assistência remunerada a trabalhadoras grávidas. Proibiu o trabalho infantil e a diferença de salário para um mesmo trabalho, por motivo de idade, sexo, nacionalidade ou estado civil e reviu uma lei especial para regulamentar o trabalho agrícola e as relações no campo. Disponível em http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=artigos_leitura_pdf&artigo_id=4037. Acesso em 24 de maio de 2014.

¹³ Constituição de 1937 atendeu aos interesses de grupos políticos dominantes para a consolidação do domínio destas classes. De conteúdo eminentemente centralizador, condicionou ao chefe do Executivo a delegação dos interventores, os quais, por seu turno, escolhiam os representantes municipais. Possibilitou que o Presidente da República interferisse nas decisões do Judiciário, e ainda restringiu os direitos individuais e desconstitucionalizou o instituto da ação popular e o mandado de segurança. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=artigos_leitura_pdf&artigo_id=4037. Acesso em 24 de maio de 2014.

porém não estabeleceu os mecanismos para a implementação de tais medidas. Já a Constituição de 1946¹⁴ não fez qualquer referência à temática da saúde.

O texto constitucional de 1967¹⁵ criou os planos nacionais de educação e saúde e garantiu aos trabalhadores a higiene, a segurança no trabalho, a assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva. Apresentou caráter inovador quando propôs que os municípios deveriam aplicar seis por cento do valor que lhes era repassado pelo governo federal aos programas de saúde, porém ainda sim mantinha foco no tratamento de doenças e não na promoção da saúde. (Vial & Kolling, 2012). Vale destacar que, durante a década citada, o país vivia já sob o regime militar e o ano de 1968 foi marcado pelo endurecimento da repressão com a promulgação do Ato Institucional nº5 (AI 5¹⁶). Desta forma, o caráter inovador desta Carta era mais uma das estratégias do governo repressor para controle da sociedade.

A primeira Constituição, pós-ditadura militar, promulgada em 1988, ganhou quase que imediatamente o apelido de **constituição cidadã**, por ser considerada a mais completa entre as constituições brasileiras, com destaque para os vários aspectos

¹⁴ Após a queda de Vargas e da Ditadura foi eleita a Assembléia Constituinte e promulgada a Constituição dos Estados Unidos do Brasil em 1946, sendo claramente inspirada pelos parâmetros estabelecidos sob a égide da Constituição de 1934, os quais haviam sido eliminados em 1937. Estabeleceu a igualdade de todos perante a lei; a inviolabilidade do sigilo de correspondência; a inviolabilidade da casa como asilo do indivíduo; a prisão só em flagrante delito ou por ordem escrita de autoridade competente e a garantia ampla de defesa do acusado. a Constituição do Brasil de 1946 foi eminentemente um progresso para a democracia e para os direitos fundamentais do cidadão brasileiro, considerada por muitos como avançada para época. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=artigos_leitura_pdf&artigo_id=4037. Acesso em 24 de maio de 2014.

¹⁵ Constituição Brasileira de 1967 foi aprovada pelo Congresso Nacional o qual fora transformado em Assembléia Constituinte através do Ato Institucional n. 4, sendo atribuída a prerrogativa de poder constituinte originário. Os membros da oposição foram banidos e a Carta Constitucional foi organizada sob pressão e encomenda dos militares, os quais preconizavam legalizar e institucionalizar o regime ditatorial militar. A Constituição aumentou os poderes da União e do Poder Executivo em conflito com os interesses dos demais Poderes; suspendeu os direitos políticos e individuais; estabeleceu a eleição indireta para Presidente da República; instituiu-se a pena de morte para crimes de segurança nacional; aniquilou a autonomia dos Municípios; autorizou para expropriação. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=artigos_leitura_pdf&artigo_id=4037. Acesso em 24 de maio de 2014.

¹⁶ O AI 5 fechou do Congresso Nacional; cassou os mandatos eletivos; suspendeu os direitos políticos e liberdades individuais; proibiu as manifestações públicas; ao Poder Executivo foi dada a prerrogativa de legislar sobre todos os temas. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=artigos_leitura_pdf&artigo_id=4037. Acesso em 24 de maio de 2014.

que garantiam o acesso à cidadania. Uma das suas grandes inovações foi a introdução da saúde como direito. Conforme destaca Magalhães, (2012) diversas citações podem ser extraídas do texto constitucional acerca dos serviços de saúde, mas desde o artigo 6º a saúde foi definida como um direito social, descrito a seguir com destaques:

Art 6º: **São direitos sociais** a educação, **a saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, **na forma desta Constituição**. (Artigo 6º, Constituição Federal, 1988).

A responsabilidade em garantir o direito social à saúde à população brasileira foi estabelecida no artigo 23 que atribuiu às três esferas do governo a competência para a garantia do direito à saúde. “É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.” (Artigo 23, Constituição Federal, 1988).

O artigo 194 da Constituição Federal também ratificou a competência comum às três esferas do governo em relação à prestação das ações e serviços de saúde. “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (Artigo 194, Constituição Federal, 1988).

1.1. Assistência à Saúde – caminhos e construções

1.1.1. Século XVIII e Século XIX

A assistência à saúde dos trabalhadores, com a expansão da industrialização nos países desenvolvidos, tornou-se assumida pelo Estado, aliada ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. A conquista de alguns direitos pelos trabalhadores teve como mediador o Estado em sua atribuição de manutenção da ordem social capitalista. (Bravo, 2001).

As raízes históricas da saúde pública acompanham a evolução da sociedade brasileira. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. (Bravo, 2001).

No início do século XX o acesso à saúde estava limitado a um restrito segmento de pessoas com poder aquisitivo para contratação de médicos particulares, normalmente nos grandes centros urbanos, enquanto grande parte da população permanecia à margem da assistência médica, e contava com um escasso número de entidades filantrópicas e hospitais públicos, como as Santas Casas e as Ligas que constituíam iniciativas sociais sob a coordenação da igreja ou de pessoas preocupadas com a saúde pública, como o médico sanitarista Oswaldo Cruz, a Fundação Rockefeller¹⁷, a Escola de Higiene e Saúde Pública de São Paulo, entre outros. Não é

¹⁷ Fundação Rockefeller - Foi criada em 1913, no contexto da remodelação dos códigos sanitários internacionais vivenciada no início do século XX, com o objetivo de implantar medidas sanitárias uniformes no continente americano, consolidou-se nessa época uma ampla rede de organizações internacionais, cujo financiamento provinha, em sua maior parte, dos Estados Unidos. Chegou ao Brasil em 1916. Disponível em <http://basearch.coc.fiocruz.br/index.php/fundacao-rockefeller-fundo-2;isad>. Acesso em 24 de maio de 2014.

por acaso que a expectativa de vida do brasileiro, nas décadas de 1910 e 1920, girava em torno de menos de 40 anos. Em 1904 foi instituída a “Reforma Oswaldo Cruz”, que criou o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção, com responsabilidade de combate à malária e à peste no Rio de Janeiro. Foi criada ainda a Diretoria Geral de Saúde Pública, que era destinada a atender aos problemas de saúde da capital do país e prosseguir na defesa sanitária dos portos brasileiros. (Vilarinho, 2004).

Na década de 1920, as preocupações com a saúde pública no Brasil apresentavam-se relacionadas, em grande parte, aos interesses da economia cafeeira, que transformara o país em um dos principais fornecedores de matérias-primas ao mercado mundial. O café tinha ampliado o mercado interno, promovido o desenvolvimento ferroviário, alicerçado a rede bancária e fornecido as bases para o crescimento industrial. Simultaneamente a este processo ocorreu urbanização crescente, advinda de imigrantes, especialmente italianos e portugueses, como mão-de-obra para as indústrias, já que possuíam grande experiência neste setor, que era muito desenvolvido na Europa. Esses operários no Brasil, à época, não possuíam quaisquer garantias trabalhistas, tais como: férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria. Em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917¹⁸ e outra em 1919¹⁹ (Vilarinho, 2004).

¹⁸ A Greve Geral de 1917 foi o primeiro grande movimento grevista da história sindical brasileira. Teve início na cidade de São Paulo nas fábricas têxteis, guiada inicialmente pela ideologia anarquista.. A grande vitória do movimento grevista foi o reconhecimento por parte dos patrões da necessidade de considerar, ao menos em parte, as necessidades dos empregados. Mesmo assim, alguns movimentos permaneceram espalhados pelo Brasil até 1919. Disponível em: <http://www.historiabrasileira.com/brasil-republica/greve-geral-de-1917/> . Acesso de maio de 2014.

¹⁹ Greve Geral de 1919: Inspirados pela Greve Geral de 1917 e pela Insurreição Operária 1918 no Rio, as organizações operárias baianas organizaram uma grande greve geral, coordenada pelo *Comitê Central de Greve*, que paralisou os serviços, a produção e circulação de mercadorias da capital até o recôncavo. Disponível em: <http://www.historiabrasileira.com/brasil-republica/greve-geral-de-1919/> . Acesso de maio de 2014

Com o crescimento progressivo dos núcleos urbanos, houve a incidência de inúmeras doenças, inclusive a da gripe espanhola²⁰ que atingiu o Rio de Janeiro em 1918 e problemas de saneamento em geral. Este cenário proporcionou que as condições precárias de saúde no Brasil tiveram repercussão internacional, sendo denunciadas na imprensa a ineficiência dos serviços públicos brasileiros, além da distorção das informações oficiais sobre a situação vivida pela a população. (Vilarinho, 2004).

Em uma tentativa de reversão do quadro de saúde do país, o então presidente Epitácio Pessoa, em 1919, nomeou Carlos Chagas para a então Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Um ano seguinte o DGSP passou a ser chamado Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), ligado ao Ministério da Justiça de Negócios Exteriores, através do Decreto-Lei nº 3.987. As competências do DNSP somente foram estabelecidas três anos depois, quando foi editado o Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923 que aprovou o seu regulamento. O DNSP visava à extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil. Posteriormente foram criados órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra, e as doenças venéreas. Porém, vale destacar que, a criação do DNSP estabeleceu o marco do entendimento da Saúde Pública como questão social. (Bravo, 2001).

Carlos Chagas centralizou as atividades do recém-criado DNSP, porém estabeleceu acordos com Estados e Municípios para ação de interiorização das ações do departamento na busca da erradicação das epidemias rurais, principalmente malária, ancilostomose e tripanossomíase americana, e criou em paralelo outro projeto para implementação de ações de higiene pública. Com apoio da Fundação Rockefeller, conseguiu ainda investir na qualificação de pessoal com a criação, em 1922, da Escola de Enfermagem Ana Nery; do curso de higiene e saúde pública da

²⁰ A gripe espanhola foi responsável pela morte de aproximadamente 1% de toda a população paulistana em 1918, estimada então em 523.196 habitantes. Disponível em: <http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao29/materia02/>. Acesso em 24 de maio de 2014.

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e do curso de higiene e saúde pública em 1925.

Em 1923 foi elaborado o primeiro Código Sanitário da União proposto por Carlos Chagas que permitia que o poder central interviesse nos serviços estaduais de saúde pública. Assim, o Nordeste tornou-se o principal alvo da ação federal e a Bahia, em particular, foi bastante afetada pelas políticas nacionais de saúde. A “Reforma Carlos Chagas” de 1923 ampliou as atividades de cooperação com Estados, para o atendimento à saúde por parte do poder central por meio da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural (Decreto nº 15.003, de 15/9/1921), constitui-se em mais uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional, ao considerar a crise política em curso²¹, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922. (Bravo, 2001).

Também como resposta aos movimentos operários do final da década anterior, em 1923 foi promulgada a Lei Eloy Chaves²² que se constitui na base do sistema previdenciário brasileiro, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões - CAPs para os empregados das empresas ferroviárias, inicialmente, que naquele período histórico representavam um dos ramos da economia mais importantes do país. Desta forma, o sistema de saúde brasileiro seguiu a trajetória de outros países latino-americanos (México, Chile, Argentina e Uruguai), com desenvolvimento a partir da previdência social. (Gama, 2003).

Após a promulgação da citada lei, outras empresas foram beneficiadas e seus empregados também passaram a ser segurados pelas CAPs. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e

²¹Durante a Primeira República, o Brasil foi controlado pela política do café-com-leite, que assegurava o revezamento, no governo federal, de representantes dos estados de São Paulo e Minas Gerais. Nas eleições presidenciais de 1922, porém, essa hegemonia foi contestada por grupos oligárquicos de outros estados. A insatisfação atingiu também as Forças Armadas, particularmente os jovens oficiais, chamados genericamente de tenentes. O conjunto desses movimentos ficou conhecido na historiografia brasileira como "movimento tenentista" ou simplesmente "tenentismo". Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/FatosImagens/RevoltasJulho>. Acesso em 24 de maio de 2014.

²² Decreto n 4.682 de 24 de janeiro de 1923, que cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados.

empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e compreendiam a assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Com a criação das CAPs podemos observar que houve forte elevação tanto em qualidade quanto em amplitude do grau de inclusão de segmentos da população até então sem acesso a sistemas de saúde, mesmo que esta ampliação tenha atendido somente a um grupo determinado de trabalhadores.

1.1.2. A Intervenção do Estado na Saúde: 1930 a 1964²³

A Revolução de 1930²⁴ criou o Ministério da Educação e Saúde Pública, que mantiveram os departamentos de controle de doenças e inauguraram ao mesmo tempo oficialmente a Previdência Social, definindo as bases operacionais do Estado. O então presidente Getúlio Vargas adotou o sistema de capitalização para a previdência, através da restrição dos gastos com saúde por segurado, mesmo com o crescimento da receita. Foram criados, dessa maneira, dois sistemas dentro do próprio Estado, o previdenciário e o de saúde pública, sendo este último apoiado pelas Santas Casas com a incorporação das Ligas e ampliação das suas estruturas.

Na Era Vargas entre 1930 e 1945, as políticas sociais não conseguiram promover a distribuição de renda. Em contradição à possibilidade concreta de participação da sociedade nas decisões do governo ocorreu a aliança entre o Estado e

²³ Nomenclatura adotada conforme texto Política de Saúde no Brasil de Maria Inês Souza Bravo publicado em 2001.

²⁴ Revolução de 30 - Foi um movimento de revolta armado, ocorrido no Brasil em 1930, que com um Golpe de Estado tornou Getúlio Vargas presidente. A constituição de 1891 foi revogada com objetivo de estabelecer de uma nova ordem constitucional, houve a dissolução do Congresso Nacional; intervenção federal em governos estaduais e alteração do cenário político. Disponível em http://www.historiadobrasil.net/brasil_republicano/revolucao_1930.htm. Acesso em 14 de janeiro de 2014.

o movimento sindical, em troca de acesso destes últimos ao aparato do governo, com a propiciação da chamada “cidadania regulada”²⁵, que excluiu os trabalhadores rurais e os ocupantes de profissões não reguladas do acesso à saúde, bem como da participação em instâncias decisórias do governo. (Dabashi; Júnior; Silva – 2012).

Ao longo do governo Vargas foram criados ainda os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), os quais estavam centralizados no governo federal, sob a égide do recém-criado Ministério do Trabalho e possuíam abrangência nacional. Os institutos possuíam estreita ligação com estrutura sindical corporativa, transformando a previdência em mais um instrumento de incorporação controlada, a fim de evitar os possíveis confrontos entre capital e trabalho. Sob o regime de capitalização, recolhiam contribuições de empregados e empregadores para realizar o provimento de benefícios ao seu grupo de trabalhadores.

Os IAPs mantinham a prerrogativa de vinculação dos trabalhadores por categoria profissional como as CAPs. Entre 1933 e 1945 foram criados sete IAPs (marítimos, industriários, transportadores de carga, bancários, comerciários, estiva e servidores do Estado). O IAP da estiva foi incorporado em 1945 ao dos transportadores de carga, o que reduziu para seis o número de institutos.

Os institutos absorveram a maioria das antigas CAPs, mas algumas delas sobreviveram até a década de 1960. A caixa de assistência dos funcionários do Banco do Brasil (Cassi), criada em 1944, continua em atividade até os dias atuais, porém sofreu várias reconfigurações para sua adaptação ao mercado de previdência e de saúde complementar. A assistência patronal para os servidores do Instituto de aposentadoria e pensões dos industriários, fundada em setembro de 1945, transformou-se anos depois em GEAP – Autogestão em Saúde, que se constituiu

²⁵ É um tipo de cidadania que se construiu no Brasil a partir de 1930 que estipulava regras e pré-requisitos para a aquisição dos direitos de cidadão. O Estado adotou medidas para viabilização da cidadania por meio de um conjunto de normas e valores políticos, organizando assim um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal. Ou seja, eram cidadãos aqueles que tinham qualquer ocupação reconhecida e definida na lei. A cidadania passou a ser referenciada tendo como base três elementos: a regulamentação da profissão; a associação compulsória a um sindicato e a carteira profissional de trabalho. Disponível em http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fglossario_Maria_Lucia_Werneck.pdf. Acesso em 15 de fevereiro de 2014.

como uma fundação de seguridade social para administração do benefício saúde e de previdência complementar dos servidores públicos vinculados aos órgãos patrocinadores da Fundação até os dias atuais.

Na segunda metade da década de 40 do século XX, ao levar em consideração o novo cenário de fim da segunda grande guerra mundial; expansão do capitalismo; estímulo ao crescimento industrial; e fim da ditadura Vargas, os trabalhadores dos IAPs e CAPs conseguiram o atendimento de algumas de suas reivindicações, como garantia de assistência à saúde aos aposentados e pensionistas, anteriormente restrita apenas aos segurados ativos; aumento do teto máximo de gastos na área de saúde, que em alguns IAPs passou de 8% para 12% da receita anual; e estrutura de assistência à saúde próprias dos institutos. Vale destacar que os benefícios conquistados pelas caixas e institutos variavam de acordo com o poder de barganha de cada um deles e sua expressão dentro do processo produtivo do país.

Ao longo da década de 50 do século passado, com o início da industrialização do país no governo de Juscelino Kubitschek, ocorreu a criação das grandes empresas estatais brasileiras, além do estabelecimento de muitas multinacionais. Para os trabalhadores dessas empresas foi criada uma política de benefícios diferenciados, com implicação na montagem de esquemas próprios de assistência médica hospitalar, em especial na região do ABC paulista²⁶. A Ford²⁷ desde 1950 havia implementado o seu programa de assistência médica, tornou-se referência para outras empresas, principalmente as estatais, que posteriormente viriam a criar sua própria assistência médica através da modalidade de autogestão em saúde.

Neste período temos também a estruturação de sistemas assistenciais destinados exclusivamente aos funcionários estaduais, não cobertos pela Previdência Social, configurando os serviços de saúde exclusivamente destinados a servidores públicos com regimes próprios de previdência. (Bahia, 2001).

²⁶ **ABC Paulista, Região do Grande ABC, ABC** ou ainda **ABCD** é uma região tradicionalmente industrial do estado de São Paulo, parte da Região Metropolitana de São Paulo, porém com identidade própria. A sigla vem das quatro cidades, que originalmente formavam a região, sendo: Santo André (A), São Bernardo do Campo (B) e São Caetano do Sul (C) - Diadema (D) é às vezes incluída na sigla

²⁷ Empresa automotiva fundada em 1903 nos Estados Unidos . Foi a primeira indústria automobilística a se instalar no Brasil, em 1919.

Vale destacar, que as CAPs e IAPs representaram ao longo das décadas de 40 e 50 do século XX quase que a única forma de assistência médica reservada a um grupo de trabalhadores vinculados a determinada categoria profissional, em um sistema excludente, em que parte dos trabalhadores formais de categorias menos organizadas; como a população de trabalhadores rurais; e o setor da economia informal dos grandes centros, estavam fora desta lógica de assistência e sujeita ao atendimento em estabelecimentos filantrópicos e Santas Casas. O Ministério da Saúde, naquela época, mantinha apenas alguns hospitais que tratavam de doenças transmissíveis, epidemias e atendimento psiquiátrico. (Unidas, 2005).

A iniciativa privada até a criação das CAPs e dos IAPs era exercida por médicos e outros profissionais de saúde de natureza liberal em seus consultórios através do pagamento direto das famílias que podiam optar por este tipo de pagamento. Esses profissionais também estavam nas Universidades e nas Santas Casas. As CAPs e especialmente os IAPs foram criados em um contexto mundial de impulso à tecnologia de saúde, com avanços nas cirurgias, exames complementares, e novos medicamentos como os antibióticos e o quimioterápicos para tuberculose. (Feitosa, 2012).

Para a manutenção desses novos custos em saúde foram necessários fontes de financiamento mais robustas, assim os então recém-criados empresários do ramo de saúde financiaram-se na contabilidade das CAPs e IAPs. De acordo com Feitosa (2012) nascia neste período a mercantilização da medicina, que transformou a saúde em uma mercadoria de troca, com incrível capacidade de renovação e a custos crescentes. Capitais saíam de outros negócios e migraram para a compra de ambulatórios, clínicas e hospitais.

Em 1954 foi instituído o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, que uniformizou a abrangência das atribuições e benefícios dos institutos. Em 1960 a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) veio regulamentar as formas de concessão e compra de serviços de saúde do setor privado; os convênios entre o Estado, empresas, instituições públicas e sindicatos para prestação de serviços de saúde; as formas de pagamento dos serviços comprados; o financiamento para

expansão de entidades beneficentes de saúde; o credenciamento de médicos; a livre escolha e as tabelas de honorários. (Bahia, 1999).

O golpe militar de 1964 trouxe juntamente com o processo de centralização política e econômica uma tentativa de compensação e de suavização de tensões sociais. Como uma das formas de legitimar o novo regime instituído e diante de um cenário de crise do sistema previdenciário e de saúde, houve a unificação de cinco dos seis IAPs existentes²⁸, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. A unificação proporcionou a extensão do atendimento a parcelas da sociedade antes não atendidas, como empregadas domésticas e população rural, além de trabalhadores autônomos, mas ao mesmo tempo impediu a participação dos trabalhadores no recém-criado instituto, como ocorria anteriormente nas CAPs e IAPs, mesmo que sob o controle direto dos sindicatos. (Gama, 2003).

1.1.3.

A Política de Saúde na ditadura militar: modelo de privilegiamento do produtor privado²⁹

A Ditadura Militar modificou o padrão anteriormente estabelecido das políticas sociais, especialmente a partir da exclusão da participação da sociedade no governo. Porém manteve a política de investimentos públicos pautados no atendimento a parte da sociedade com poder de compra. Entre 1963 e 1973 o desenvolvimento da economia aconteceu com concentração de renda e piora dos indicadores de cobertura das políticas sociais, especialmente no âmbito da saúde.

Diante do crescimento da clientela em busca de atendimento médico e a falta de estrutura dos antigos IAPs para prestar assistência, observou-se uma sobrecarga no

²⁸ O IPASE – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Servidores do Estado foi extinto mais tarde nos anos 80.

²⁹ Nomenclatura adotada conforme texto Política de Saúde no Brasil de Maria Inês Souza Bravo publicado em 2001.

sistema de saúde, que impossibilitava o atendimento adequado e de qualidade a todos os novos e antigos assistidos. Como forma de driblar as novas condições de atendimento, houve a ampliação da rede própria de assistência à saúde, além do incremento da contratação de uma rede de estabelecimentos privados, privilegiando a assistência individual e especializada em detrimento as ações de saúde coletiva. (Vianna, 1998).

Os primeiros trabalhos sobre o empresariamento da medicina faziam associação das mudanças na organização privada dos serviços de saúde às políticas previdenciárias do regime autoritário. O contexto repressivo, centralizador e estimulador da privatização de diversas atividades, inclusive as de cunho social foi marcado por um conjunto de políticas que ao invés de incorporarem novos segmentos aos benefícios previdenciários incitaram o surgimento de um segmento caracteristicamente capitalista no sistema de saúde brasileiro. (Bahia, 1999).

Nesse cenário, a Previdência tornou-se o maior comprador de serviços médicos do país. Ao subordinar a produção de atividades assistenciais à lógica da remuneração por produção, a Previdência impulsionou diversas modalidades de privatização da assistência médica, desde o incentivo ao produtor privado isolado (hospitais, laboratórios) até o surgimento de grupos de médicos que criaram empresas para a prestação de serviços a outras empresas. O balizador dos valores de remuneração dos procedimentos médico-hospitalares era o valor da unidade de serviço (US) do INPS. A normatização dos seguros-saúde através da Resolução 11 do Conselho Nacional de Seguros em 1976 legitimava esta prática. (Bahia, 1999).

Dessa forma, desde a década de 1960 já podemos observar no Brasil a formação de empresas médicas com características similares às do atual setor supletivo de assistência à saúde. Porém, até o final da década de 1970 essas empresas possuíam uma clientela ainda pequena e mantinham alto grau de dependência em relação ao sistema público, estando fortemente integradas ao modelo de assistência médico previdenciária vigente.

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, com a divisão em três institutos: Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS; Instituto Nacional de Previdência Social – INPS ; e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. O processo consolidou-se em 1976 com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e do seu instrumento financeiro, o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS).

Uma das expressões das políticas de privatização na área da saúde durante a ditadura foi o convênio-empresa³⁰, que pode ser traduzido como uma conquista política dos empresários e como forma de diminuir o *ônus* e *aliviar* o papel do Estado na provisão de serviços. Esses convênios eram estabelecidos em três instituições: uma empresa ou indústria; a previdência social e a empresa médica. (Bahia, 2001).

O convênio Inamps – empresa poderia ser estabelecido de duas formas, na primeira a empresa médica recebia da previdência um valor global pelo convênio, calculado com base no número de empregados da empresa ou indústria, passando a ser responsável integral pelo atendimento médico desse grupo de segurados, e na segunda o empregador contratava e pagava diretamente uma empresa médica, que ficava responsável pela assistência à saúde de seus funcionários e dependentes, o que torna cabível a previdência o ressarcimento de uma parte do investimento ao empregador, de acordo com o número de empregados. Este convênio legitimou uma nova forma de articulação público/privado. Estimulados pela demanda do setor produtivo e pelo próprio Estado, os grupos médicos ou se reestruturaram ou se criaram segundo uma perspectiva empresarial mais sólida. (Almeida, 1998).

No primeiro Congresso Brasileiro de Medicina de Grupo realizado em 1978 o objetivo principal era a discussão sobre o fortalecimento da parceria entre as empresas médicas e o Inamps. Alguns números apresentados nesse Congresso já demonstravam o crescimento do segmento privado da saúde. As empresas de

³⁰ O primeiro convênio-empresa foi assinado em 1964, com a Volkswagen, e a institucionalização dessa prática deu-se pelo do Decreto-Lei no 73, de 1966.

medicina de grupo já apresentavam 7,6 beneficiários, sendo 4,8 milhões oriundos de convênios-empresa intermediados pelo Inamps. (Bahia, 2001).

Uma das marcas das décadas de 1960 e 1970 foi a constituição de redes de serviços privados contratadas pelo Estado com regimes diferenciados de atendimento, segundo valores maiores ou menores de remuneração dos provedores de serviços, no âmbito da Previdência Social. Um mesmo hospital poderia destinar acomodações diferenciadas para trabalhadores urbanos e rurais; quartos particulares; e até mesmo acompanhamento de médicos escolhidos pelos clientes, desde que os valores fossem pagos “por fora” ou estivessem cobertos por esquemas assistenciais mais eficientes.(Bahia, 2001)

No início da década de 80 do século XX em uma conjuntura econômica e política marcada por crise fiscal do Estado; crise internacional do petróleo; deterioração da situação cambial; aceleração inflacionária e recessão; além do processo de redemocratização política do país, o sistema médico-previdenciário de assistência a saúde, baseado na mútua dependência dos setores público e privado, mostrou sinais de esgotamento, deixou assim de ser prioridade a prática do convênio Inamps – empresa.

Os tratamentos mais complexos e caros passaram a ser assumidos pelo Estado. O sistema ficou oneroso e o governo promoveu uma retirada do financiamento dos convênios já existentes. O setor privado passou a encontrar dificuldade para dar continuidade ao seu processo de acumulação, uma vez que diminuía a capacidade de absorção de sua produção por parte do Estado, antes seu principal comprador.

Os prestadores de serviço que antes integravam a rede conveniada e contratada do Inamps, que já tinham se modernizado, graças aos incentivos do próprio Estado, iniciaram um processo de desvinculação do sistema público e passaram a investir fortemente na assistência médico-hospitalar junto ao sistema privado de saúde, com estabelecimento de relações diretas de venda de seus serviços a empresas dos setores mais dinâmicos da economia e a consumidores individuais. (Bahia, 2001).

As empresas privadas de saúde passaram a absorver grande número de profissionais de saúde, clínicas e hospitais do setor privado, alterando-se o quadro a que antes estes prestadores estavam submetidos. Com o fortalecimento das empresas de saúde privada, houve o acirramento da luta do poder médico no Brasil, com a disputa entre os profissionais independentes e aqueles vinculados aos planos de saúde ou aos estabelecimentos privados. Tal disputa teve como pano de fundo a garantia da autonomia profissional, ao considerar que, uma vez associados aos serviços privados, esses profissionais passavam a estar subordinados as regras estabelecidas pela instituição.

Autores como Favaret; Oliveira (1990) e Mendes (1993) defendem a existência de uma relação entre o desfinanciamento do setor público de saúde, a queda da qualidade dos serviços prestados, e o crescimento do setor supletivo brasileiro, o que nos parece ser verdadeiro, ao considerar os elementos identificados nesta investigação e já apresentados.

Bahia (2001) assinala que na primeira metade da década de 1980, a quantidade de clientes de planos de saúde já se tornava expressiva, contabilizava 15 milhões de segurados segundo os registros da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e da Federação das Unimed's (não contabilizados os clientes de planos de entidades fechadas do tipo autogestão). Para a autora, já naquela década, as empresas de planos de saúde consolidaram-se como alternativas assistenciais para os trabalhadores especializados da região Sudeste.

Para a empresa que contratava assistência médica privada para seus empregados, o retorno das despesas com o pagamento deste tipo de auxílio ocorria em função da queda do absenteísmo, do controle sobre a força de trabalho e da valorização do vínculo com a empresa por parte dos trabalhadores, o que resultava em ganhos concretos de produtividade. Não podemos deixar de considerar que essas empresas contratantes agiam também pela pressão exercida pelas entidades sindicais, que passavam a demandar nas suas pautas de reivindicação a oferta de plano de saúde pelo empregador. (Bahia, 2001).

Os anos de repressão militar também proporcionaram o surgimento de movimentos sociais formados pela população em geral, bem como por profissionais da saúde, que buscavam o resgate de valores ligados à cidadania e especialmente àqueles relacionados com a saúde. O movimento de reforma sanitária forjado nesse contexto, juntamente com os demais movimentos, passaram a exercer pressão sobre o governo militar, que culminou com a inclusão em 1974 do setor social no II Plano Nacional de Desenvolvimento³¹ (PND) que criou entre outros programas, o PIS-Pasep³²; a política habitacional; ampliação de cobertura da previdência, entre outros.

Na Previdência Social houve alteração de sua estrutura organizacional para um desenho característico da seguridade social com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977; do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS); de instituições de assistência social como a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional para o

³¹ O II Plano Nacional de Desenvolvimento, também chamado II PND (1975 -1979), foi um plano econômico brasileiro, lançado no final de 1974. Foi instituído durante o governo do general Ernesto Geisel e tinha como finalidade estimular a produção de insumos básicos, bens de capital, alimentos e energia.

O II PND foi uma resposta à crise econômica decorrente do primeiro choque do petróleo, no fim do chamado "milagre econômico brasileiro". O plano firmou-se politicamente graças ao capital financeiro nacional e às oligarquias tradicionais. Entretanto, apesar dos investimentos feitos, o II PND não obteve o êxito que pretendia e a dívida externa do Brasil aumentou consideravelmente no período de vigência do Plano. Disponível em <http://fesppr.br/~camilo/COMEX%20-%20ECON-BRAS-CONTEMPORANEA%202012/CAP%2016%20EBC%2015052012.pdf>. Acesso em 14 de fevereiro de 2014.

³² O Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), mais conhecido pela sigla PIS/PASEP, são contribuições sociais de natureza tributária, devidas pelas pessoas jurídicas, com objetivo de financiar o pagamento do seguro-desemprego, abono e participação na receita dos órgãos e entidades para os trabalhadores públicos e privados.

O Programa de Integração Social (PIS), foi criado pela Lei Complementar nº 07 em 07 de setembro de 1970, e foi dirigido aos trabalhadores da iniciativa privada, já o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), nasceu voltado aos servidores públicos, instituído pela Lei Complementar nº 08 em 03 de dezembro de 1970. A partir de 25 de junho de 1974, as arrecadações relativas aos Programas do PIS e do PASEP, passaram a ser fontes geradoras de recursos para o BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico Social).

A unificação dos dois Programas aconteceu a partir de 1975, através da Lei Complementar nº 26, sendo que o patrimônio destes Programas são distintos, tendo como agentes operadores a Caixa Econômica Federal, gerenciando o PIS, e o Banco do Brasil S/A, o PASEP, além do BNDES, que é o encarregado da aplicação dos recursos do Fundo. Disponível em <http://www.fesppr.br/~erico/x%202009%20ASIG/x%202009-2TP%20-%20sala%20304/PIS.doc>. Acesso em 14 de fevereiro de 2014.

Bem-Estar do Menor (FUNABEM). Vale destacar que essa mudança estrutural não impediu a permanência de antigos problemas da saúde, como a centralização das decisões financeiras e operacionais, redes de atendimento não integradas, privatização dos serviços de saúde e dificuldade de acesso ao atendimento, mas ao contrário, em alguns casos, serviu para agudizar ainda mais essas questões, fomentando os movimentos que clamavam pela abertura democrática do país e por políticas sociais efetivas.

1.1.4.

A Política de Saúde nas décadas de 1980 1990: construção e obstáculos do Projeto de Reforma Sanitária³³

Com o fortalecimento dos movimentos sociais, em um contexto de abertura política gradual, ocorreu a continuidade das modificações institucionais na saúde, com a expansão da cobertura através do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) em 1979, a VII Conferência Nacional de Saúde em 1980 e criação do Conselho Nacional de Segurança Pública (CONASP) em 1982. A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 reafirmou a saúde como direito de cidadania, fato que motivou a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS no período de instalação da Assembléia Nacional Constituinte em 1987. (Dabashi; Júnior; Silva – 2012).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi considerada o ato político mais marcante do movimento de reforma sanitária. A Conferência estabeleceu os parâmetros para a Constituição de 1988 sobre os princípios do setor saúde, e estabeleceu, desta forma, as bases para um sistema de saúde progressista e inovador em detrimento à prática institucionalizada anteriormente. (Uema, 2012).

³³ Nomenclatura adaptada do texto Política de Saúde no Brasil de Maria Inês Souza Bravo publicado em 2001.

A reforma sanitária procurou conjugar a adoção de programas de prevenção e de acesso universal, a partir de uma nova lógica em que a saúde além de significar a mera ausência de doenças, envolvia também questões políticas, sociais e econômicas, não podendo o tema ser analisado sem levar em consideração as transformações históricas da sociedade. (Dabashi; Júnior; Silva – 2012).

A legitimidade social que hoje o SUS possui decorre da sua inserção na narrativa sanitária construída ao longo das lutas do setor, que envolveu e, ainda hoje, envolve diversos e organizados setores da sociedade. Conforme afirma Schawarcz (2011) para a compreensão de como se organiza a saúde no Brasil é necessário conhecer a sua história. O SUS é um projeto político e social conquistado pela sociedade através do “movimento da reforma Sanitária” que, desde o fim da década de 70 do século passado, constitui-se em elemento central do sistema de saúde.

Durante a redemocratização do país, no processo da Assembléia Constituinte, a plataforma conservadora dos grupos empresariais privados foi confrontada com a agenda reformista do movimento sanitário que congregava diferentes atores, como as caixas de assistência que ainda estavam em funcionamento e os próprios profissionais da saúde. Depois de muitas disputas prevaleceu a concepção da relevância pública da saúde para atender os anseios de grande parte da sociedade, sendo regulamentado o SUS, que assegura a saúde como direitos de todos e dever do Estado. Porém, ao mesmo tempo houve a abertura do mercado de saúde brasileiro à iniciativa privada. O rótulo do “privado complementar” passou a abrigar segmentos empresariais de distintas naturezas e competências. (Dabashi; Júnior; Silva – 2012).

O sistema de saúde brasileiro passou então a ser efetivamente constituído pelo *sistema público*, com serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público; e por um *sistema complementar*, que se acrescia ao SUS, quando da impossibilidade de atendimento na rede pública, através de contratos e convênios, ou ainda através de uma rede de serviços privados que não possuía vínculo com o SUS. (Pó, 2012).

Conforme já destacado, o direito à saúde nem sempre foi reconhecido como um direito fundamental³⁴ no Brasil. Os direitos fundamentais enquadram-se nos direitos de segunda geração, que surgiram por meio dos movimentos sociais do século XIX, quando o Estado assumiu um papel mais atuante, como assegurado dos direitos de igualdade. (Vial & Kolling, 2012).

A Constituição de 1988 consagrou direitos individuais e coletivos antes inéditos na sociedade brasileira e inaugurou um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social que universalizou os direitos sociais concebendo a Saúde, Assistência Social e Previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado. (Bravo, 2001).

Ao considerarmos esse breve relato, acerca da construção histórica do direito à saúde no Brasil, podemos afirmar que o SUS destaca-se entre as demais políticas sociais do país em razão da descentralização das funções administrativas e da prestação de serviços em todo o país, além do funcionamento contínuo de instâncias de cogestão nas esferas federais, estaduais e municipais pelos pactos promovidos entre os gestores. (Nogueira, 2012).

Torna-se necessário destacar que mesmo sendo considerada uma Constituição avançada, a Carta Magna de 1988 foi promulgada dentro de um contexto político que muitos autores denominam como crise estrutural do modo de produção e reprodução do capital. Crises que são consideradas inerentes ao modelo capitalista e alteram-se de acordo com os momentos históricos que ocorrem, porém guardam como reposta a necessidade de expansão do mercado consumidor de mercadorias e a capacidade de riqueza gerada pela exploração do trabalho humano. (Oliveira, 2005).

O SUS, sendo assim, foi criado em um contexto pouco favorável as causas sociais, considerando o cenário de reestruturação produtiva que assolava o país. Mesmo na Europa, onde países como Inglaterra e Suécia já tinham seus sistemas de saúde organizados em uma base de financiamento público estável e de acesso

³⁴ Entendam-se como direitos fundamentais como aqueles direitos indispensáveis à existência humana digna, ou seja direitos inerentes à existência humana, por mais óbvio que possa parecer. (Vial & Kolling, 2012, p. 188)

universal houve mudanças em direção a práticas de mercado diante das mudanças estruturais do capitalismo, conforme revelou análise da Organização Mundial de Saúde – OMS³⁵ a propósito do que se denominou reforma do sistema de saúde europeu.

A partir da crise do modo de produção capitalista, da década de 1970, a resposta à crise pautou-se em ações de ordem política e ideológica (modelo neoliberal) e de reordenamento da organização do capital (processo de reestruturação da produção e do trabalho) que colocou em cheque entre outras coisas o modelo interventor do Estado – Welfare State³⁶. Na produção observou-se a passagem do modelo de organização fordista³⁷ à adoção do arquétipo toyotista³⁸. Essa mudança proporcionou entre muitas outras coisas, diferenças nas formas de exploração da força de trabalho, o que levou a uma intensificação extrema na exploração dos trabalhadores. (Santos, 2012).

Dentro deste novo cenário do mundo do trabalho, temos o que é conhecido ideologicamente como a III Revolução Industrial, com a subsunção real do trabalho ao capital; adoção de um novo modelo tecnológico com base na microeletrônica; e a

³⁵ World Health Organization. European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1997.

³⁶ Constituído de um conjunto de regras e mecanismos que garantem ao cidadão benefícios básicos e que busca atenuar as dificuldades que afetam uma parcela dos habitantes. Seu eixo principal está focado no sistema de seguridade social, mas sistemas de educação e saúde também integram as políticas de bem-estar. Disponível em: http://www. SNAP.gov.br/downloads/ec43ea4fglossario_Maria_Lucia_Werneck.pdf. Acesso em 12 de março de 2014.

³⁷ Fordismo – e uma forma de organização da produção industrial que revolucionou o trabalho fabril durante o século XX, visando à maximização da produção e do lucro. Disponível em <http://www.brasilecola.com/geografia/taylorismo-fordismo.htm>. Acesso em 24 de maio de 2014.

³⁸ Toyotismo - é o modelo japonês de produção e implantado nas fábricas de automóveis Toyota, após o fim da Segunda Guerra Mundial. Na década de 70, em meio a uma crise de capital, o modelo Toyotista espalhou-se pelo mundo. A idéia principal era produzir somente o necessário, reduzindo os estoques (flexibilização da produção), produzindo em pequenos lotes, com a máxima qualidade, trocando a padronização pela diversificação e produtividade. As relações de trabalho também foram modificadas, pois agora o trabalhador deveria ser mais qualificado, participativo e polivalente, ou seja, deveria estar apto a trabalhar em mais de uma função.

As principais características do modelo toyotista são: Flexibilização da produção; Automatização; Just in time (produção de bens somente após a venda); Kanban (método para programar a produção); Team work (trabalho em equipe); e Controle de qualidade total. Disponível em: <http://www.infoescola.com/industria/toyotismo/>. Acesso em 24 de maio de 2014.

organização do trabalho adaptada as flutuações da produção, com flexibilização das relações trabalhistas através dos contratos temporários. (Santos, 2012).

As novas ações de ordem política e ideológica implementadas a partir da crise de 1970, foram difundidas mundialmente, sendo introduzidas em diversos países, inclusive no Brasil, em meados da década de 1980. A partir de 1990 são implantadas no Brasil políticas de ajuste monetário e fiscal, de acordo com as regras das agências financeiras internacionais. Vale destacar que, tais alterações ocorreram com déficit de quase uma década em relação aos países desenvolvidos e alguns países em desenvolvimento. Para o governo brasileiro esses ajustes foram considerados indispensáveis para a manutenção de superávits fiscais a serem destinados para o pagamento da dívida pública. (Andreazzi & Kornis, 2003).

A principal consequência dos ajustes monetários e fiscal realizados no Brasil foi a redução do orçamento para investimento e custeio das políticas sociais, especialmente para a saúde, que atingiu seu período mais agudo entre 1990 e 1994. Aliado ao declínio do investimento social, temos a liberalização do mercado interno e as reformas do Estado que impulsionaram a privatização de vários segmentos, além do estímulo ao crescimento de agentes privados em setores antes majoritariamente públicos. (Andreazzi & Kornis, 2003).

A função estatal de proteção do interesse público frente às estratégias econômicas dos agentes privados foi transferida no Brasil para as agências regulatórias, com base na concepção de um Estado regulador, mas não necessariamente prestador de serviços (Bahia; Sestelo; Souza, 2013).

A globalização, aqui compreendida como a tendência à internacionalização comercial, financeira e do próprio processo de produção, foi acompanhada por mudanças nas concepções anteriores acerca do papel do Estado e das políticas públicas. Na saúde os principais impactos da globalização foram sintetizadas por Andreazzi e Kornis, (2003) em: restrições à autonomia dos Estados Nacionais em questões financeiras, monetárias e fiscais; redução das contribuições compulsórias para a previdência social e redução dos orçamentos. A possibilidade de estabilidade

monetária dos países, especialmente naqueles em desenvolvimento e devedores junto a credores internacionais, era muito reduzida, somente transformando-se em tangível a partir de reformas fiscais para a contenção dos gastos que se traduziram especialmente no desfinanciamento dos serviços públicos.

No Brasil os resultados das reformas implementadas nos anos de 1990 foram péssimas, o crescimento do Produto Interno Bruto - PIB nessa década foi reduzido e duas recessões, uma durante o governo de Fernando Collor de Mello em 1992 e outra em 1998 com Fernando Henrique Cardoso, ainda marcaram o período. (Mattoso, 1999). Ainda de acordo o autor, excluindo o breve período de implantação do plano real em 1994, em que a queda da inflação e a importação maciça de produtos propiciaram melhor poder de compra da população mais pobre, a década de 1990, foi um período em que a renda ficou ainda mais concentrada, houve a redução do emprego formal e conseqüentemente o crescimento do subemprego. A taxa de desemprego triplicou em dez anos, passando de 3,0% em 1989 para 9,6% em 1999.

Os postos de trabalho restantes da década de 1990 tenderam a flexibilização, à alta rotatividade e a maior precariedade nos benefícios sociais. A balança comercial contabilizou déficit pela substituição da produção interna pelas importações. O controle da inflação através do aumento da taxa de juros provocou o disparo das dívidas pública externa e interna, restringindo ainda mais as possibilidades de financiamento do Estado. O crescimento do produto interno bruto de 1,9% ao ano foi o mais baixo de todo século XX. (Pochmann, 2001).

Dentro do cenário apontado de implantação do modelo neoliberal no Brasil, podemos observar que a política de saúde apresentou característica paradoxal nos anos de 1980 e 1990, pois de um lado temos a concretização da concepção universalizante com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e de outro, obedecendo às tendências estruturais organizadas pelo projeto neoliberal, concretizaram-se práticas caracterizadas pela exclusão social e redução de verbas públicas.

Mesmo diante deste cenário desolador, o SUS superou suas dificuldades iniciais de implementação e resistiu, transformando-se no maior e mais universal sistema público de saúde do mundo e ainda teve fôlego na década de 1990 para aprovar suas leis orgânicas. A lei 8.080³⁹ de 1990 definiu as competências comuns às três esferas de governo em seu artigo 15, alíneas I à XXI, conforme descrito: “A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:” (Artigo 15, Constituição Federal, 1988).

A Lei 8.142⁴⁰ veio ainda complementar a Lei 8.080, com a definição da participação da sociedade civil organizada por meio dos conselhos de saúde, constituídos como órgãos colegiados, permanentes deliberativos e fiscalizadores do SUS e, ainda, sobre os aspectos políticos, administrativos, econômicos e financeiros.

Almeida (1998) afirma que a universalização da assistência institucionalizada com a criação do SUS, numa conjuntura de restrições financeiras impostas pela política macroeconômica e de difusão de paradigmas de reforma setorial francamente antiestatizantes, amplificaram as condições para a segmentação de clientela e a extensão da cobertura pelos planos privados, seja pelas flutuações orçamentárias que condicionam a parcela que cabe ao setor saúde no orçamento da Seguridade Social, seja pelo conseqüente subfinanciamento da assistência médica e precarização do atendimento público, ou ainda pela dinâmica extrasetorial do mercado de trabalho.

Os avanços conquistados a partir da constituição do SUS são inegáveis, como: a expansão da atenção básica; a redução da mortalidade infantil; o controle de doenças, como paralisia infantil; as campanhas de vacinação; os programas como o de transplantes que em 2012 chegou ao atendimento de cerca 23 mil pacientes; o programa de acesso a medicamentos, com uma lista de mais de 810 itens; e o programa da saúde da família que atende a mais de cem milhões de pessoas. O SUS ainda realizou 3,2 bilhões de procedimentos ambulatoriais e 500 milhões de consultas

³⁹ Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

⁴⁰ Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

médicas e um milhão de internações por mês ao longo do ano de 2012. (Ministério da Saúde, 2012). Porém mesmo diante de números tão expressivos, vários obstáculos ainda necessitam ser superados para que este sistema efetivamente torne-se único.

Alguns desses obstáculos são: a gestão do sistema, como o aprimoramento das competências e responsabilidades pelas ações e serviços nos níveis federal, estadual e municipal; a discussão sobre metas e a constituição de indicadores de saúde; aperfeiçoamento do controle e de fiscalização do desempenho e não somente das despesas; o financiamento, pois atrelada a questão de má gestão e de corrupção existe o subfinanciamento da saúde ; a inovação tecnológica; o número de profissionais de saúde e sua fixação em regiões com a ausência de profissionais; entre outros. (Uema, 2012).

O envelhecimento crescente da população, com a ausência de redes de apoio social e de suporte à saúde de patologias crônicas, considerando que o sistema de saúde, mesmo após a implantação do SUS ainda possui a velha lógica do atendimento de urgência e emergência para patologias agudas; o crescimento da violência urbana, com o aumento dos acidentes de trânsito, com alto índice mortalidade e de incapacidades; o crescimento da obesidade, especialmente a infantil, em função da mudança do padrão de consumo alimentar proporcionado pelo desenvolvimento econômico dos últimos anos, com a ingestão de alimentos industrializados, entre outros, também constituem-se em desafios a serem superados pelo SUS. (Ministério da Saúde, 2012).

Outro grande obstáculo à efetiva universalização do SUS diz respeito ao financiamento, que está garantido na Constituição, como de responsabilidade das três esferas do governo, porém os governos federal, estadual e municipal são responsáveis por apenas 42% dos gastos com saúde no país, para atendimento há cerca de 150 milhões de pessoas que dependem exclusivamente do SUS, além de 47 milhões de pessoas que são beneficiários dos planos de saúde, mas que também podem utilizar o SUS. As famílias e instituições sem fins lucrativos respondem pelos 58% restantes, de acordo com dados de 2009, os mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE). Os gastos públicos em saúde representaram 3,6% do PIB, enquanto os gastos privados alcançaram 4,9%. (Abdalla, 2013).

De acordo com os últimos dados do próprio Ministério da Saúde, relativos a 2010, os gastos federais com saúde representaram R\$ 63 bilhões. O Ministério afirma ainda que, o governo quase triplicou investimentos no setor entre 2002 e 2012, visto que o valor investido na saúde passou de R\$ 28,3 bilhões em 2002 para R\$ 95,9 bilhões em 2012. Para 2013, havia uma previsão de aumento para R\$ 99,3 bilhões, mesmo assim insuficientes para a dimensão do sistema de saúde brasileiro. (Abdalla, 2013).

Neste cenário de crescentes obstáculos a universalização do SUS, observa-se a hegemonia da lógica mercantil no setor saúde com o favorecimento a privatização do sistema, observado através do patrocínio ao complexo médico industrial privado, do mercado hospitalar e de planos de saúde; do empresariamento médico; da mercantilização do SUS, através da generalização ilegal do copagamento; da apropriação particular dos hospitais universitários; e da desigualdade de acesso ao SUS pela clientela da medicina privada. (Ocké-Reis, 2011).

Como destacam Elias e Dourado, (2011) o SUS consagrou uma nova política baseada na universalidade e na gratuidade, mas tem como contraponto uma cultura que estabeleceu toda a política anterior, que, desde a Lei Elói Chaves até a Constituição: “conformou uma relação Estado/saúde fundada na noção de seguro e no acesso contra pagamento dos serviços, marcando uma cultura da saúde mediada pelo mercado” (Elias; Dourado, 2011, p.112).

No que tange ao financiamento a saúde conquistou na metade dos anos de 1990, a fonte de recursos oriundos da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras - CPMF, porém cumpre destacar que nem toda a renda da contribuição foram destinados à saúde, grande parte acabou sendo reservada para formar o superávit primário. A injeção de dinheiro federal, mesmo pequena, proporcionou a evolução do novo Sistema Único de Saúde, todavia, no início da década de 2000 a

CPMF foi suspensa, deixando o SUS sem sua fonte de financiamento e fortalecendo ainda mais o marketing favorável aos planos de saúde.

1.2. Planos de saúde e o mercado individual

No Brasil, a demanda por atenção privada à saúde financiada de forma direta pelas famílias teve no início da década de 1980. Médici (1989), destaca que, em estudo efetuado pela Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, as fontes privadas representaram cerca 37,6% do total de gastos com saúde, sendo que 25,66% eram de pessoas físicas e 5,07% tinham origem em sistemas de empresas no início dos anos de 1980.

É necessário considerar que o crescimento do mercado de saúde suplementar não contava com dados estatísticos confiáveis que comprovassem o que de fato ocorria com o setor, sendo a primeira pesquisa de caráter populacional mais abrangente sobre o tema realizada em 1998 na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE que identificou 38,7 milhões de brasileiros com, ao menos, um plano de saúde, considerando que, existia a possibilidade de cobertura por um ou mais planos de saúde. (Andreazzi & Kornis, 2003).

O PNAD-IBGE 1998 identificou que a principal fonte de financiamento dos planos de saúde ainda era o empregador, cerca de 62,2% , o que reafirmava a centralidade das condições de reprodução material da vida, como a renda e o emprego, para a conformação do perfil da demanda por planos de saúde, porém alguns dados de 1990 indicam maior participação da renda dos indivíduos no pagamento dos planos de saúde. (Andreazzi & Kornis, 2003).

A Pesquisa de Condições de Vida (PCV)⁴¹ indicou que ao longo dos anos de 1990, não houve diferenças significativas na cobertura de planos de saúde dos indivíduos, mas apontou expressiva substituição da fonte pagadora que passou da empresa empregadora e, em menor escala, do sindicato para o próprio indivíduo. A participação relativa da empresa pagadora, passou de 64,6%, em 1994, para 45,9%, em 1998. (Andreazzi & Kornis, 2003).

No Rio de Janeiro, afirma Lobato (2000), em inquérito populacional desenvolvido pela Fundação Osvaldo Cruz - FIOCRUZ e Fundação Getúlio Vargas - FGV, no final dos anos de 1990, também foi verificado a centralidade da família como financiadora do gasto privado com saúde.

Embora o período de análise seja mais curto, dados da ABRAMGE também mostram certa tendência ao aumento dos clientes particulares no seu universo de beneficiários. Enquanto em 1997 esta participação era de 25%, em 2000 chegou a 28,7%, representando a carteira que obteve ganhos absolutos de vidas, ao inverso da carteira empresarial, estagnada.

A estagnação de cobertura assistencial por parte das empresas, pode ser atribuída as tendências estruturais do capitalismo que ao longo da década de 1990 imprimiu ao Brasil sua face mais cruel com a redução da mão-de-obra, a flexibilização do trabalho e ao mesmo tempo com a diminuição dos investimentos nos serviços públicos. Concomitante a expulsão dos trabalhadores do mercado de trabalho formal houve a pressão para sua entrada no mercado de consumo de serviços. Serviços estes que pela lógica de proteção social deveriam ser públicos, mas que no Brasil assumiram a característica privada.

Desde a década de 1980, a maioria dos países da América Latina vinha experimentando mudanças políticas, sociais e econômicas, que favoreceram transformações no campo de serviços de saúde, em particular o aumento da

⁴¹ Pesquisa realizada pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, ligada a Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional do Estado de São Paulo. Disponível em <http://www.seade.gov.br/index.php>. Acesso em 02 de março de 2014.

participação do setor privado (Tamez *et al.*, 1995). O papel do setor privado no financiamento das ações de saúde, bem como sua articulação com o setor público, tornou-se tema central no debate em saúde no mundo.

Em países desenvolvidos, com exceção dos EUA, o setor privado desempenha uma função complementar aos sistemas. No caso brasileiro observamos que o mercado brasileiro encontra-se claramente segmentado, entre o sistema público e o privado apresentando clientela quase exclusivas, determinadas por características de trabalho e renda, mesmo ao considerar que os beneficiários dos planos privados também são elegíveis ao atendimento no serviço público, sendo esta uma das características do nosso sistema de saúde. (Farias & Melamed, 2003).

Na comparação entre políticas de saúde suplementar da União Européia e do Brasil, identifica-se nos países da Europa a existência de um espaço bastante limitado e bem definido, em que os planos e seguros de saúde acomodam-se e relacionam-se com a estrutura e o funcionamento do Estado de bem-estar social. Já no Brasil, evidencia-se a vigência de uma política de estímulos à expansão dos planos de saúde de um lado e de outro lado uma mitigação do caráter público e universal do sistema de saúde que se configura, de fato, segmentado e focalizado nos aspectos menos rentáveis da atividade de provimento de serviços de saúde. (Uema, 2012).

2 **Saúde Suplementar**

2.1. **Caminhos da privatização da saúde**

A idéia de manutenção do trabalhador sadio fortaleceu-se ainda na revolução industrial, como uma das formas de oferecer respostas as demandas dos trabalhadores que estavam sujeitos às péssimas condições de trabalho nas fábricas da época. No início do século XIX já era possível verificar a presença do profissional médico dentro das empresas francesas, o que rapidamente espalhou-se por todo continente europeu e posteriormente para os demais países em expansão industrial.

No Brasil o movimento para o oferecimento de uma assistência à saúde diferenciada para os trabalhadores de algumas empresas, já podia ser observado no final do século XIX através do auxílio médico aos trabalhadores doentes e acidentados no interior das companhias, apesar dos primeiros relatos acerca da sistematização do serviço assistencial médico somente ocorrer a partir de 1923 com a decretação da Lei Eloy Chaves e conseqüentemente com a fundação das CAPs.

As oportunidades de exploração econômica da assistência à saúde surgiram no Brasil a partir de 1930 e tiveram o crescimento acelerado no final da década de 1950, quando o país iniciou o processo de industrialização com a instalação das fábricas na região do ABC Paulista. Nessa ocasião, as instituições hospitalares privadas consolidaram-se como as principais prestadoras de serviço à classe média emergente (ANS, 2013).

Com os impulsos ocorridos na década de 1940 na tecnologia de saúde foram necessárias fontes de financiamento maiores, tendo em vista, que os custos desse novo padrão de atenção à saúde aumentaram muito com os equipamentos,

instalações, operações e manutenção de tecnologia. Como o Estado não tinha recursos para o desenvolvimento de novas tecnologias e para a formação de quadros acabou por utilizar recursos das CAPs e IAPs, nascendo desta forma, a mercantilização da medicina, que transformou a assistência da saúde em uma mercadoria de troca, com uma enorme capacidade de inovação, e de superação a custos crescentes. (Feitosa, 2012).

Parte significativa da expansão do sistema privado de assistência médica foi financiada por fundo público, especialmente a partir da década de 1960, quando o dinheiro público foi utilizado para promover a expansão e incrementos dos serviços privados, através de contratos e convênios entre o Estado e prestadores de serviços de saúde, considerando a opção preferencial por terceirizar do governo, à época, ao invés de prestar diretamente atenção à saúde. (Gama, 2003).

Vianna (1998) definiu como *americanização do sistema de saúde*, a privatização dos serviços de serviços de saúde e a crescente desobrigação do setor público com esta política. Consolidou-se, desta maneira, um modelo assistencial, pelo qual o Estado, via Previdência Social, intermediava a compra de serviços, e fortalecia a prática médica curativa, individualizada, assistencialista e especializada.

O fetiche da mercadoria de saúde já havia conquistado as famílias ao longo dos anos 60 do século XX. A crise da Previdência Social e a ausência de políticas concretas do Ministério da Saúde deixaram espaço para que as empresas com algum capital, seguindo o modelo americano criassem seus próprios planos de saúde, nascia, desta forma, no final da supracitada década as empresas de Medicina de Grupo⁴².

A mercadoria de saúde tornou-se um desejo abstrato, como o que Marx disse sobre qualquer mercadoria: “é uma relação social definida entre os homens que assume, a seus olhos, a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas”. E mais a frente concluiu: “A isso dou o nome de fetichismo que adere aos produtos do

⁴² Medicinas de grupo - Medicina de grupo: operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos privados de saúde, excetuando-se as classificadas nas modalidades administradora, cooperativa médica, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/search/?searchword=medicina+de+grup&ordering=&searchphrase=all>. Acesso em 14 de janeiro de 2013.

trabalho, tão logo são produzidos como mercadorias, e que é, portanto inseparável da produção de mercadoria.” (Marx apud Feitosa, 2012, p. 47). O fetiche da saúde reforçou a separação de classes e criou atrativos para as pessoas de alto poder aquisitivo; mitos da beleza eterna; medicamentos para garantir a felicidade, sono e bom humor; e ambulâncias capazes de chegar em qualquer lugar a qualquer momento. A mídia veio a exercer um papel fundamental, e ainda hoje exerce, quando promoveu e promove notícias vendendo a salvação para os males da humanidade em grandes instituições de saúde e denegrindo o sistema público. (Feitosa, 2012).

Os profissionais de saúde, especialmente os médicos, percebendo que neste momento o Estado já não era mais o principal comprador de seus serviços, e sim as novas instituições privadas que extraíam o máximo de lucro do trabalho dos profissionais de saúde, acabou por estimular a formação das cooperativas médicas. A primeira cooperativa médica formada deu-se em Santos – SP, nascendo assim as Unimed’s⁴³. Nesse novo cenário, os bancos entraram nesta nova dinâmica de saúde oferecendo os seguros saúde às camadas mais favorecidas e as Santas Casas saíram da sua esfera de irmandade católica e aliadas a grupos médicos modificaram seu perfil entrando também no lucrativo ramo dos planos de saúde (Feitosa, 2012).

Tendo como pano de fundo o cenário delineado, foi forjado o mercado de planos de saúde, formado por uma superestrutura denominada complexo industrial da saúde, constituída pelos produtores da tecnologia de saúde (laboratórios farmacêuticos e fabricantes de equipamentos). Esse complexo possuía característica multinacional, com ações nas bolsas de valores internacionais, vinculada ao sistema financeiro mundial e com avidez nos lucros, sendo responsável pela criação de necessidades que eram impossíveis de serem incorporadas pelo Estado e conseqüentemente incapazes de serem disponibilizadas a toda população (Feitosa, 2012).

⁴³ UNIMED – foi criada inicialmente com a definição de União de Médicos, porém atualmente possui como definição Cooperativa de Trabalho Médico que presta serviços de assistência médica e hospitalar a 11 milhões de clientes que contam com o atendimento de 86.000 médicos em todo o Brasil. Cada um destes profissionais que presta serviço para a Unimed é um cooperado, ou seja, é um dos donos da cooperativa na qual trabalha. Este é o grande diferencial da empresa. Disponível em http://www.unimed.coop.br/pctr/index.jsp?cd_canal=54353&cd_secao=54336. Acesso 04 de fevereiro de 2014

Podemos afirmar que, até mais ou menos 1980, os planos de saúde estavam voltados principalmente para a população vinculada a uma empresa, porém a partir de então ocorreu o crescimento do mercado de clientes individuais de assistência médica (trabalhadores autônomos, profissionais liberais, aposentados, trabalhadores de empresas de pequeno porte, entre outros), o que propiciou a entrada dos bancos e seguradoras no mercado de saúde privado que já contavam na ocasião com as cooperativas médicas e com as empresas de assistência médica. (Feitosa, 2012).

O processo de reestruturação do mercado de assistência apoiou-se numa segmentação, na qual coube ao setor supletivo abarcar uma parcela substancial da clientela remanescente do antigo sistema de assistência médico-previdenciária, ou seja, trabalhadores situados no mercado formal de trabalho, sendo esse grupo, especialmente aqueles oriundos das camadas médios e superiores que as operadoras de planos de saúde concentraram sua clientela. (Farias & Melamed, 2003).

Ao contrário do que observamos durante as décadas compreendidas entre 1950 e 1970, em que a dinâmica das políticas públicas era o motor principal que gerava transformações no mercado privado de serviços de saúde, nos anos de 1990 sua dependência de fontes privadas cresceu. Para os serviços de saúde, este foi um período de desaceleração do conjunto dos estabelecimentos de saúde, tanto públicos como privados. Uma pequena parcela dos hospitais privados foi, inclusive, fechada, entre 1992 e 1999. Mesmo os estabelecimentos privados que não chegaram a esse extremo sofreram processo de reengenharia, comum naquele período de reestruturação produtiva e reduziram cerca de 10% da capacidade instalada existente em 1992. (Andreazzi & Kornis, 2003).

Este movimento de redução de leitos no setor privado pode ser atribuído tanto à redução do financiamento público para seu custeio, através da contenção de repasses do SUS para compra de serviços, mas também a todo um movimento de desospitalização de doenças crônicas, tais como as psiquiátricas. Os ajustes no número de estabelecimentos, leitos e a redução das médias de permanência observadas também refletiam mudanças nas técnicas de prestação de serviços hospitalares, seja de produto ou de processos. Tais mudanças foram incrementadas,

mundialmente, pela busca de redução de custos com atenção médica por parte de instituições públicas e também pelos seguros saúde, sejam eles privados ou públicos (Andreazzi & Kornis, 2003).

2.2.

O processo de regulamentação da saúde suplementar e o novo papel do Estado

Com o objetivo de regulamentar as relações existentes nesse setor da economia, o Decreto-Lei no 73/66⁴⁴ foi o primeiro instrumento para o disciplinamento da comercialização de planos e seguros de saúde. O Decreto deixou de fora empresas de medicina de grupo “não lucrativas” e também cooperativas médicas que operaram até o ano de 1998 sem nenhuma regulamentação.

O processo de regulamentação dos planos de saúde aconteceu em uma conjuntura internacional dominada pela globalização e internacionalização dos capitais com a criação da Organização Mundial do Comércio - OMC⁴⁵, em 1995, e liberalização do comércio mundial (Carvalho & Cecílio, 2007).

A expansão do setor suplementar de assistência à saúde foi acompanhada pelo aumento de distúrbios nas relações entre usuários e operadoras de planos de saúde, estando relacionadas, principalmente, as negativas de coberturas assistenciais (materiais, medicamentos, limitação quantitativa de procedimentos, limitação do tempo de internação, inclusive em Unidade de Terapia Intensiva - UTI), ao aumento

⁴⁴ Decreto-Lei n 73 de 21 de novembro de 1966 - Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0073.htm. Acesso em 09 de março de 2014.

⁴⁵ A Organização Mundial do Comércio (OMC) é o foro multilateral responsável pela regulamentação do comércio internacional. Seus diversos órgãos se reúnem regularmente para monitorar a implementação dos acordos em vigor, bem como a execução da política comercial dos países membros, negociar o acesso de novos participantes e acompanhar as atividades relacionadas com o processo de solução de controvérsia. O Brasil participa dos processos de consulta e negociação. Disponível em <http://www.agricultura.gov.br/internacional/organizacao-mundial-do-comercio-omc>. Acesso em 09 de março de 2014.

nos preços das mensalidades dos planos de saúde e à interrupção de atendimento. Podemos observar que passados 07 anos desta afirmação o cenário da saúde suplementar, mesmo considerando a evolução das atividades da ANS, ainda apresentam inúmeros conflitos entre usuários, prestadores e operadoras.

Em 1993, começaram a tramitar no Senado Federal, projetos acerca da regulamentação do setor, os quais tinham dois objetivos principais: o ressarcimento ao SUS e a ampliação de cobertura assistencial. Em 1997, foi formada uma comissão para tratar da regulamentação e, em 1998, foi promulgada a Lei no 9.656, como resposta ao clamor de alguns segmentos sociais pela regulamentação de um setor em crescente e desorientado crescimento. De imediato, a regulamentação trouxe alguns significativos avanços que se traduziam em obrigações para as empresas que atuavam como operadoras de planos de saúde. No mesmo ano de promulgação da Lei no 9.656, foi criado o Departamento de Saúde Suplementar (DESAS), no Ministério da Saúde, que se constitui na primeira etapa para a criação de um órgão com o objetivo de regular esse setor. (Albuquerque *et al.*, 2008).

Seguindo a proposta de reforma do Estado, em 2001, a Lei federal nº 9.961 criou a ANS, uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde. Essa mesma lei conferiu à ANS a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. (Brasil, 2000).

A ANS surgiu, portanto, para regular um mercado de planos privados de assistência à saúde que, até aquele momento, atuava sem qualquer intervenção do poder Estatal, e operava por mecanismos bastante frágeis, sobretudo, quanto ao nível de informação ao consumidor, e da ausência de regras para a entrada e saída de operadoras de planos de saúde no mercado. Além disso, os beneficiários ficavam totalmente entregues a cláusulas contratuais propostas e que na maioria das vezes eram abusivas, visto que, ao assinar o contrato, estavam automaticamente, de acordo

com cláusulas que excluíaam doenças e lesões preexistentes, enfermidades incuráveis e procedimentos de alta complexidade, entre outros. (Salvatori & Ventura, 2012).

A ANS, desde o início de sua atuação, fez valer um viés de regulação com ênfase no aspecto econômico/financeiro das operadoras de planos e seguros de saúde graças as características do seu processo de estruturação. Ao contrário de outras agências criadas para atuar sobre novos mercados (telecomunicações e energia elétrica, por exemplo) surgidos com o processo de privatização de empresas públicas, a ANS encontrou um setor já estruturado, em crescimento e com fortes ligações com o mercado financeiro. Embora a ANS esteja na esfera do Ministério da Saúde, a sua atuação guarda com o SUS uma interlocução precária, que se refere, principalmente, ao ressarcimento de despesas geradas por clientes de planos e seguros de saúde em hospitais da rede pública. (Sestelo, Souza, Bahia, 2013).

Para Montone (2001), os objetivos da regulação do mercado de saúde suplementar poderiam ser resumidos em:

- garantia de cobertura assistencial integral da população coberta por planos privados de assistência à saúde;
- definição e controle das condições de ingresso, operação e saída das operadoras e entidades que atuavam no setor;
- definição e implantação de mecanismos de garantias assistenciais e financeiras para a continuidade da prestação de serviços contratados pelos consumidores;
- estabelecimento de mecanismos de controle de preços abusivos das mensalidades;
- definição de um sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor de saúde suplementar;

- garantia de integração do setor de saúde suplementar ao SUS e o ressarcimento dos gastos de usuários de planos privados de assistência à saúde no sistema público, em particular dos gastos em internação.

2.2.1. Atores da regulamentação da saúde

Diferentes posicionamentos, embora contraditórios, convergiram para uma agenda de debates motivada pela necessidade de intervir sobre as relações selvagens de competição de um mercado emergente e autônomo, destituído dos pactos que estruturaram a expansão da assistência médica suplementar. Temas como o financiamento dos planos de saúde, os modelos já consolidados de empresariamento da assistência médica suplementar e, sobretudo, seus mecanismos e auto-regulação não foram atingidos pelos refletores do processo de regulamentação. (Bahia, 2001)

Bahia (2001), destaca a resistência explícita das empresas médicas e seguradoras às ampliações de cobertura e as ameaças de quebra das operadoras de menor porte face às exigências de demonstração de solvência. Neste processo o que se discutia eram as propostas acerca do peso da mão do Estado sobre o mercado. Os conflitos existentes entre os diferentes atores da regulação foram reinterpretados pelos ministros da Fazenda e da Saúde, que se tornaram defensores respectivamente: de uma regulação governamental de menor intensidade institucionalizada através da Superintendência de Seguros Privados - Susep⁴⁶ e da ação mais efetiva do Estado a ser protagonizada pelo Ministério da Saúde.

Outros temas como ressarcimento ao SUS; alteração do padrão de competição entre as operadoras com a abertura do segmento ao capital estrangeiro; regras

⁴⁶ A SUSEP é o órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. Autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda, foi criada pelo Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966. Disponível em: <http://www.susep.gov.br/menu/a-susep/apresentacao>. Acesso em 01 de maio de 2013.

econômico-financeiras voltadas à comprovação de reservas e capacidade de funcionamento; e o lócus institucional da regulamentação também foram alvo de acirradas disputas interburocráticas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Fazenda.

O debate em torno da elaboração da lei 9.656 teve o mérito de desvelar um elenco de abusos das operadoras contra os clientes e remeter devidamente à esfera pública as atribuições de regulação e controle da assistência intermediada pelas empresas de assistência médica suplementar. No entanto, não logrou elaborar proposições efetivas para a regulação das extensas interfaces público-privadas da gestão dos riscos à saúde. (Bahia, 2001).

Observa-se na construção do processo de regulação o recuo do governo no que se refere às ampliações de cobertura. Pressionado por grandes seguradoras e entidades de defesa do consumidor, o Ministério da Saúde desistiu da obrigatoriedade da adaptação dos contratos antigos às inclusões das coberturas previstas pela legislação, através da Medida Provisória 1908-17⁴⁷. As ameaças de elevação significativa dos valores das mensalidades diante das solicitações de ampliação de cobertura legitimaram, na prática, o direito do consumidor de “optar” por manter-se vinculado a um plano mais barato, com coberturas restritas. Dessa forma, ficou determinado que cada operadora de planos deveria oferecer ao beneficiário a opção de aderir a um novo contrato que incorporasse os benefícios assistenciais agregados pela legislação com devido ajuste de valor, devendo a oferta ser reiterada anualmente (Bahia, 2001).

A ampliação de coberturas e o estabelecimento de parâmetros mínimos na composição dos produtos comercializados fizeram com que os planos formatados, segundo à regulamentação, apresentassem custos e preços mais elevados do que os planos formatados e vendidos antes da vigência da lei 9.656/98. Esse fato levou a

⁴⁷ Medida Provisória No 1.908-17, de 27 de Agosto de 1999. Altera dispositivos da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1908-17.htm. Acesso em 09 de março de 2014.

maior parte dos beneficiários a não aderir aos novos contratos ofertados. O diretor técnico de uma das maiores empresas de Medicina de Grupo no Brasil, em 2002, declarou que a regulamentação provocou uma elevação de preços entre 7% e 40% no valor de mensalidades de planos oferecidos pela operadoras, dependendo do perfil dos produtos que estas já comercializavam. (Farias & Melamed, 2003).

O tema da regulamentação do setor supletivo da saúde penetrou a agenda política e mobilizou, de forma intensa, o conjunto de atores direta ou indiretamente envolvidos na produção, comercialização e consumo desses serviços de saúde, em meados da década de 1990. Àquela época, a dimensão alcançada por esse mercado já ultrapassava os 30 milhões

de beneficiários e problemas relacionados aos direitos dos consumidores/beneficiários tornavam-se cada vez mais notórios, ganhando atenção crescente nos meios de comunicação (Farias & Melamed, 2003).

O debate sobre a regulamentação do setor supletivo foi marcado pela dificuldade de

consenso frente aos de interesses conflitantes. Pode-se identificar alguns atores importantes na década de 1990 como: entidades de defesa dos consumidores, Instituto de Defesa do Consumidor - IDEC, Órgão de Proteção e Defesa do Consumidor-Procon, Ministério Público, Ministério da Saúde, Ministério da Fazenda, Poder Legislativo; entidades de representação das empresas do setor supletivo como: Associação Brasileira de Medicina de Grupo - Abramge, Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização - Fenaseg, Confederação das Unimed's do Brasil, Comitê de Integração de Entidade Assistencial a Saúde- Ciefas, Abraspe⁴⁸; entidades de representação de médicos, Associação Médica Brasileira – AMB, Conselhos Federal e Regional de Medicina; dos hospitais, Federação Brasileira de Hospitais – FBH; das operadoras de planos de saúde. (Farias & Melamed, 2003).

⁴⁸ Abraspe - é uma administradora de planos de saúde coletivos por adesão. Disponível em <http://www.abraspe.com.br/quem-somos.html>. Acesso em 27 de maio de 2014.

No Movimento de Defesa dos Usuários e Consumidores, foram atores fundamentais o IDEC e o PROCON-SP, que agiram para garantir o atendimento, por meio do acolhimento de queixas e promoção de ações judiciais, além de realizarem estudos sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde e o Fórum Nacional de Portadores de Patologia e Deficiências que apresentava as denúncias de exclusões e limitações ou falta de coberturas através de suas mobilizações e atuação cotidiana. (Carvalho & Cecílio, 2007).

As entidades médicas, desde a década de 1960, já se colocaram em defesa da autonomia profissional e contra a intermediação do trabalho médico. Em 1987, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro - CREMERJ aprovou a Resolução nº. 19/1987 que era dirigida às operadoras de medicina de grupo do Estado do Rio de Janeiro e tratava da autonomia profissional referente a meios diagnósticos, liberdade do paciente na escolha do médico e remuneração médica. Em 1993, o Conselho Federal de Medicina - CFM elaborou Resolução semelhante, de nº. 1.401, porém dirigida a todas as operadoras e com abrangência nacional, que foi suspensa por liminar concedida à Confederação das Misericórdias.

Os atores sociais envolvidos no processo de regulamentação, de acordo com Carvalho e Cecílio (2007), foram na verdade, “macroatores”, e representavam mais do que coletivos unificados por um só programa, na medida em que também exerciam o poder de disputas de interesses divergentes e inconciliáveis. O próprio Poder Executivo não se constituía em um ator homogêneo, tendo em seu interior atores que atuavam com lógicas diferentes, muitas vezes conflitantes, como o Ministério da Saúde e a equipe econômica da Fazenda.

Em pesquisa realizada por Carvalho e Cecílio, 2007, pode-se verificar que houve uma importante convergência entre as entidades médicas e as organizações de usuários e consumidores nos temas referentes à: necessidade de regulamentação; à subordinação do setor de saúde suplementar ao Ministério da Saúde; à garantia de cobertura dos procedimentos; a não exclusão de pacientes e de patologias; a não existência de carências e à defesa da autonomia profissional dos médicos. O poder Executivo na maioria das vezes aliou-se às operadoras de planos de saúde, em

particular às seguradoras. O governo federal, à época, tinha uma visão liberal de internacionalização da economia brasileira e dessa forma buscava proporcionar marcos regulatórios seguros para os agentes financeiros nacionais e internacionais, que, como já apresentado, se constitui em condição básica para o desenvolvimento do capitalismo e na pauperização da sociedade.

2.2.2. O papel do Estado na privatização da saúde

Entre as agências internacionais, há um certo consenso quanto a um papel genérico que o Estado deva desempenhar na área da saúde. Aceita-se a idéia de que os governos seriam responsáveis pela criação de instituições e que financiassem diretamente os serviços de saúde e a distribuição do risco. No entanto, a situação combinada em que o mercado e o governo atingem maior eficiência varia em função da forma como são financiadas essas instituições, assim como, em que circunstância ocorreu a provisão dos serviços. Os casos em que existe somente o seguro privado ou a provisão pública exclusiva de serviços, não são consideradas eficientes (Farias & Melamed, 2003).

Em grande parte dos casos, é a forma como o Estado está organizado para produzir os serviços de saúde que dá os contornos e a dimensão do setor privado. O segmento particular tende a emergir quando ocorre uma percepção coletiva de que o sistema público oferece serviços de baixa qualidade, não permite possibilidade de escolha do provedor ou por cobrir apenas alguns tipos de serviços. Em geral, o papel do seguro privado pode ser de três tipos, conforme apontam Farias e Melamed, (2003):

- cobertura de indivíduos que são inelegíveis ao seguro público. Nesse caso, o principal exemplo são os Estados Unidos onde apenas uma parte da população é elegível (idosos e pobres);
- cobertura de indivíduos que optam por retirar-se do programa de seguro público universal, por exemplo, a Alemanha;
- cobertura suplementar de serviços coexistindo com um sistema público universal, por exemplo, Reino Unido e Brasil.

A partir de 1990, com a criação do SUS, o setor supletivo brasileiro cresceu tornando-se parcialmente autônomo do financiamento estatal, uma vez que ainda hoje recebe constantes subsídios estatais. Graças a combinação público x privado brasileira, o setor privado de atenção à saúde desenvolveu-se a ponto de atingir fatia de mercado superior a que se constata, quer seja em países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE⁴⁹ ou no grupo de países mais pobres. (Farias & Melamed, 2003).

No Brasil os planos privados de saúde representam, sobretudo, uma alternativa de transferência de riscos para instituições privadas e não somente uma opção individual/familiar de consumo ou, em outros termos, um processo de “externalização” dos custos sociais consubstanciado em instituições, regras e normas de funcionamento, mediado necessariamente por unidades coletivas e legitimado por políticas públicas sejam estas de regulamentação ou de renúncia à intervenção. (Bahia, 2001).

⁴⁹ OCDE - é uma organização internacional e intergovernamental, fundada em 1961, na qual representantes se reúnem para trocar informações e alinhar políticas com o objetivo de potencializar seu crescimento econômico e colaborar com o desenvolvimento de todos os demais países membros. Alguns países membros são: Alemanha (1961); Austrália (1971); Áustria (1961); Bélgica (1961); Canadá (1961); Chile (2010); Coreia do Sul (1996); Dinamarca (1961); Espanha (1961); Estados Unidos (1961); França (1961); Grécia (1961); República Tcheca (1995); Suécia (1961); Suíça (1961); e Turquia (1961). Disponível em <http://www1.fazenda.gov.br/sain/pcn/PCN/ocde.asp>. Acesso em 12 de março de 2014.

2.2.3. Agências reguladoras

No final dos anos de 1980, paralelamente ao crescimento da demanda por atenção privada da saúde intermediada por seguros, o setor privado em saúde, no Brasil, já era caracterizado por grande heterogeneidade dos agentes econômicos, quanto às formas jurídicas, institucionais e de densidade de capital. A entrada de companhias seguradoras no mercado brasileiro, no final dos anos de 1970, mesmo que de forma ainda restrita, já sinalizava o interesse do grande capital financeiro na atenção privada à saúde. (Andreazzi & Kornis, 2003).

Como efeito da reestruturação produtiva introduzida no país, o aparelho do Estado brasileiro foi redesenhado. Além das privatizações de empresas produtivas, foram forjadas novas instituições com diferentes formas de funcionamento, com concentração de poder decisório na esfera federal através de medidas provisórias⁵⁰. A proteção estatal aos interesses dos cidadãos frente ao mercado foi transferida, em parte, para agências regulatórias. Essas agências, dotadas de maior autonomia administrativa e constituídas por um quadro estável de burocratas especializados, supostamente, tenderiam a exercer a função regulatória com maior eficiência normativa e independência política, assumindo o formato de autarquias. (Andreazzi & Kornis, 2003).

De acordo com Andreazzi e Kornis, 2003, as principais alterações no Estado brasileiro na execução das políticas de saúde, a partir de 1990 foram:

⁵⁰ Medida Provisória – São editadas pelo Presidente da República em casos de relevância e urgência, têm força de lei e vigência imediata. Perdem a eficácia se não convertidas em lei pelo Congresso Nacional em até sessenta dias, prorrogáveis por igual período. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/legislacao-1/medidas-provisorias#content>. Acesso em 09 de março de 2014.

- descentralização da execução de políticas sociais, porém com descompromisso financeiro da União, apesar desta não ser a proposta inicial do SUS;
- aumento da participação das instâncias descentralizadas de poder no financiamento da saúde;
- constituição de agências reguladoras voltadas ao controle indireto dos mercados. Na área de saúde foram criadas duas agências: de Vigilância Sanitária – ANVISA em 1997 e de Saúde Suplementar - ANS, em 1999;

Segundo Moraes (2002), a origem das Agências Reguladoras foi inglesa, por meio da criação pelo Parlamento, em 1834, de diversos organismos autônomos, com o objetivo de aplicação dos textos legais. Mais tarde, os Estados Unidos implementaram um modelo administrativo estatal baseado no modelo de agências reguladoras.

A base jurídico-administrativa dos Estados Unidos foi estruturada, desde o seu início, pelo intervencionismo indireto do Estado por meio da atuação do poder normativo, mediador e fiscalizatório das agências reguladoras, com o objetivo de mediar interesses do setor, propor diretrizes públicas, tutelar e proteger interesses dos segmentos sem recursos. (Ventura, 2004).

O modelo institucional regulatório brasileiro foi fortemente influenciado pelo modelo norte-americano, com inspiração, também, na experiência britânica pós privatização, em formato e operacionalização. Com o objetivo de que esse novo modelo permitisse um sistema de procedimentos destinados a garantir sua transparência e a possibilidade de ampla manifestação e defesa das partes atingidas. (Salvatori & Ventura, 2012).

De acordo Salomão Filho (2001), o termo regulação refere-se à intervenção do Estado na atividade econômica, por meio da concessão do serviço público ou do exercício do poder de polícia. Portanto, a regulação está ligada a idéia de atividade

intervencionista do Estado, assim as agências reguladoras no Brasil surgiram em um contexto de desestatização e de reforma do Estado nos dois mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). A privatização crescente poderia trazer prejuízos ao Estado, caso não fosse possível o monitoramento e o controle das principais atividades econômicas privatizadas.

A proposta de reforma do Estado Brasileiro apresentada pelo governo federal baseava-se em quatro pilares: fiscal, previdenciário, administrativo e patrimonial. A criação de um órgão independente, e não um departamento subordinado à administração direta foi apresentado como uma inovação institucional, vinculando-se especialmente às reformas nas dimensões administrativa e patrimonial, para regular serviços públicos recém-liberalizados ou privatizado. Foi assim que, em 1996, foi criada a Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL; em 1997, a Agência Nacional de Telecomunicações - ANATEL e a Agência Nacional do Petróleo - ANP; e, em 2000, a ANS, todas por meio de leis federais. (Nunes; Ribeiro; Peixoto, 2007).

O projeto de criação de um órgão com independência hierárquica, sob o modelo de agência reguladora tinha o principal objetivo de afastar a interferência política das decisões técnicas oriundas desses órgãos, mediante decisões tomadas por um colegiado de cinco diretores com mandatos fixos e não coincidentes, além de produzir eficiência macroeconômica pela indução e regulação da concorrência em áreas de monopólios. Vale destacar que, a escolha do colegiado de diretores obedecia e ainda obedece a critérios político-partidários, o que invariavelmente pode comprometer profundamente o processo regulatório. (Ventura, 2004).

Andreazzi e Kornis, (2003), resumem as características principais das agências reguladoras como:

- autonomia administrativa e financeira, relacionando-se com o Executivo através de contratos de gestão, para contrapor-se às críticas prévias do engessamento do aparelho de Estado;
- “insulamento burocrático”, caracterizado pela impossibilidade de demissão dos diretores da agência por motivos de mudança de governo, o

que lhes propiciaria, pelo modelo, independência e racionalidade decisória;

- o envolvimento do consumidor, através da acessibilidade da informações e das audiências públicas, além da e a incorporação dirigida pela agência, de membros da sociedade civil envolvidos com o setor a regular.

Dessa forma, as agências reguladoras, para o Estado foram instituídas para combater as falhas de mercado, como a seleção adversa, o risco moral, a assimetria de informação entre agentes econômicos e as externalidades negativas provenientes das relações econômicas entre agentes e, por conseguinte, para assegurar a competitividade de setores da economia, além de universalizar serviços e promover interesses dos consumidores. (Peltzman, 2004; Posner, 2004). Não podemos deixar de destacar que as agências reguladoras não conseguiram efetivar a garantia de direito dos consumidores, como podemos verificar em uma simples análise superficial nos jornais diários, quando verificamos que os cidadãos brasileiros são cotidianamente vilipendiados em seus direitos, com ações pouco efetivas por parte das agências, como os escândalos do leite tratados pela ANVISA, o caos da telefonia acompanhados pela ANATEL, e os apagões elétricos sob auditoria da ANEEL, para citarmos apenas alguns.

As agências reguladoras apesar de configurarem-se, também, como espaços de mediação de conflitos entre os atores componentes do mercado regulado, buscando solucionar situações em que haja interesses regulados divergentes, ainda necessitam de uma longa caminhada no sentido de atuarem de maneira ética e transparente durante todo o processo, a partir da compreensão que a sociedade brasileira representa o elo mais fraco frente às multinacionais que atuam nos diferentes segmentos privados no Brasil.

O poder normativo de uma agência reguladora é oriundo de sua atividade regulatória, uma vez que, no cumprimento legal de editar regras para o setor regulado, o faz por meio de normativos setoriais (resoluções e instruções normativas).

Ao propor e executar políticas públicas referentes aos seus respectivos setores, as agências reguladoras ultrapassam os limites da regulação. Seu poder normativo é questionado por diferentes atores, fundamentalmente, porque as normas expedidas pelas Agências não são elaboradas por representantes democraticamente eleitos pelo povo e, dessa forma, não possuem a representatividade necessária para serem válidas. (Ventura, 2004).

2.3. Agência Nacional de Saúde Suplementar

Considerando as mudanças ocorridas no sistema de proteção social brasileiro ocorridas ao longo das décadas de 1990 e de 2000, o Estado passou então a agregar novo papel na saúde, agora como regulador da assistência à saúde prestada por meio de empresas privadas. (Salvatori & Ventura, 2012). A regulação⁵¹ do sistema de saúde suplementar foi apontada pelos organismos internacionais como uma das funções básicas do novo Estado reformado, que deveria retirar-se do financiamento e da provisão de serviços. Nesse novo contexto, foi criada a ANS depois de quase 60 anos sem qualquer regulação estatal dos planos de saúde. (Banco Mundial, 1993).

A ANS é conduzida por diretoria colegiada, composta por até cinco diretores com mandatos não coincidentes. Os diretores recebem um mandato de três anos, com possibilidade de prorrogação por mais três anos. O diretor-presidente é escolhido entre os membros da Diretoria Colegiada pelo Presidente da República, e acumula as funções de diretor-geral da Agência, presidente da Diretoria Colegiada, presidente da Câmara de Saúde Suplementar e secretário-executivo do Conselho de Saúde

⁵¹ Regulação - De forma simplificada, a regulação pode ser entendida como um conjunto de medidas e ações do Governo que envolvem a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>. Acesso em 14 de março de 2014.

Suplementar. A Diretoria Colegiada deve reger a ANS de acordo com um contrato de gestão, assinado a cada ano com o Ministério da Saúde.

Cabe destacar que a proposta de colegiado na condução da direção das ANS não representa a garantia para autonomia e eficiência no tratamento das demandas que a agência recebe. Temos como exemplo o caso ocorrido em 2013, quando houve a nomeação de um ex-advogado de uma operadora de saúde, como diretor da ANS, sendo que o mesmo já ocupava o cargo de diretor adjunto na agência concomitante a sua atividade na operadora. Essa nomeação resultou em denúncia à Comissão de Ética Pública da Presidência da República, pelo fato do, até então, ainda candidato a diretor ter omitido suas atividades anteriores na operadora de saúde na sabatina junto ao Senado Federal que precede a nomeação de diretores para as agências reguladoras. Vale destacar que era de conhecimento geral que este candidato estava ligado aos interesses das operadoras de saúde. Com o apoio de diversas entidades de proteção ao consumidor a nomeação foi suspensa, mas sem garantias concretas que fatos como esse não voltem a ocorrer.

Em função de fatos como o destacado acima, no início do ano de 2014 os servidores de carreira da ANS e demais trabalhadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar, reunidos na Associação dos Servidores de trabalhadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ASSETANS, juntamente com associações de outras agências, apresentaram proposta para que a ocupação dos cargos da Diretoria Colegiada fosse realizada a partir de uma lista tríplice, formada pelo nome de funcionários concursados da própria agência e escolhidos democraticamente através do voto pelos demais funcionários da instituição.

A proposta da ASSETANS foi apresentada em um momento em que o governo federal tomou iniciativas explícitas de apoio ao setor privado de planos de saúde, por meio do fomento a operadoras de planos privados com o repasse de recursos públicos para a construção de hospitais privados com fins lucrativos e também sendo favorável à participação de capital estrangeiro em hospitais brasileiros. Essas medidas constituíram-se em ameaça concreta à consolidação do SUS.

Para facilitar a compreensão do funcionamento organizacional da ANS no Quadro 1 temos a apresentação da estrutura da agência.

Quadro 1⁵² – Estrutura Organizacional e atribuições de cada área

UNIDADE	PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES
Diretoria Colegiada	Administrar a ANS; desenvolver seu planejamento estratégico e operacional; editar normas; cumprir e fazer cumprir a legislação da saúde suplementar; propor ao ministro da Saúde as políticas, diretrizes gerais e legislação da saúde suplementar; divulgar relatórios sobre suas atividades; julgar, em grau de recurso, as decisões dos diretores, mediante provocação; propor ao ministro da Saúde as políticas diretrizes gerais e normas da saúde suplementar; encaminhar demonstrativos contábeis aos órgãos competentes; propor Contrato de Gestão e relatórios gerenciais ao Ministério da Saúde.
Presidência	Supervisionar o funcionamento geral e representar legalmente a ANS; presidir as reuniões da Diretoria Colegiada, cumprindo e fazendo cumprir as decisões dela; ordenar despesas e praticar atos de gestão de recursos orçamentários e financeiros; presidir a Câmara de Saúde Suplementar; encaminhar ao Ministério da Saúde relatórios periódicos aprovados pela DICOL; assinar contratos, convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos legais necessários para alcançar os objetivos da ANS; e instaurar comissão de inquérito.
Secretaria Geral	Planejar, coordenar e supervisionar o planejamento e acompanhamento de atividades e do Contrato de Gestão, organizar, coordenar e controlar a instalação, instauração, tramitação e conclusão dos processos de inquérito administrativo.
Diretoria de Desenvolvimento Setorial	Desenvolver a integração de informações e o ressarcimento das operadoras ao SUS; planejar, coordenar, administrar e divulgar a informação corporativa, incentivar a melhoria da qualidade dos serviços de assistência à saúde dos planos de saúde; organizar e analisar as medidas de Vigilância da Saúde no setor de planos de saúde; articular a ANS com organismos nacionais, internacionais ou multilaterais para cooperação técnica e financeira com o objetivo de aprimorar o setor; planejar, produzir, analisar e divulgar informações dos sistemas e bases de dados da ANS para desenvolver relatórios técnicos e gerenciais e estudos sobre o setor de planos de saúde
Diretoria de Gestão	Propor, promover e supervisionar a execução do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar; propor, planejar, coordenar e supervisionar a política da qualidade na gestão e da gestão do conhecimento da ANS; planejar, organizar, coordenar e supervisionar a contratação e execução de estudos e pesquisa de interesse da ANS; coordenar e fomentar os projetos de pesquisa, através de cooperação técnica-científica nacional e internacional, no âmbito da saúde suplementar.
Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras	Orientar as operadoras de planos de saúde sobre: constituição, organização e funcionamento, qualificação, acreditação, contabilidade, estatística e dados atuariais sobre reservas e provisões, critérios de constituição de garantias econômico-financeiras, parâmetros de capital e patrimônio líquido, criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros, recuperação financeira, regimes especiais de direção fiscal e liquidação extrajudicial; outorgar e cancelar o registro e a autorização de funcionamento; autorizar cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário; planejar e coordenar qualificação e acreditação das operadoras de planos de saúde; inabilitar o exercício de cargos diretivos.
Diretoria de Fiscalização	Promover a articulação com o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC); realizar a fiscalização da assistência suplementar à saúde; promover ações educativas para o consumo no setor de planos de saúde e a integração com órgãos e entidades integrantes do SNDC e da sociedade civil organizada; gerenciar a Central de Relacionamento, inclusive o Disque-ANS, para receber, analisar e encaminhar respostas a

⁵² Quadro resumido pela investigadora, a partir de quadro da ANS – 2014.

	consultas e denúncias; instaurar e conduzir o processo administrativo de apuração de infrações e aplicação de sanções por descumprimento da legislação de saúde suplementar; promover a mediação ativa dos interesses para produzir consenso na solução de casos de conflito.
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos	Regulamentar, habilitar, qualificar e acompanhar produtos ou planos de saúde; acompanhar a evolução dos preços dos planos de saúde, prestadores de serviços de saúde e insumos; certificar produtos das operadoras; estudar, normatizar e monitorar, nos planos de saúde: reajustes e revisões de preços, serviços de saúde, concessão, manutenção e cancelamento do registro dos produtos, doenças e lesões pré-existentes e aspectos assistenciais (modelos assistenciais, garantias de acesso e cobertura de procedimentos, carências para acesso e portabilidade); indicar características gerais dos contratos de planos de saúde; elaborar e propor rol de procedimentos e eventos em saúde, a lista mínima de coberturas obrigatórias pelos planos de saúde; estabelecer parâmetros e propor orientações sobre promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças; elaborar e publicar anuário e guias de produtos; desenvolver e manter, em conjunto com áreas específicas, sistemas de informações de dados econômico-financeiros e assistenciais; constituir e coordenar grupos técnicos ou câmaras técnicas; elaborar e propor critérios de incorporação de tecnologias em saúde; sugerir indicadores para avaliar, monitorar e divulgar o perfil de organização e a produção de ações e serviços pelas operadoras de planos de saúde; elaborar e propor critérios de migração e adaptação de contratos celebrados antes de 1º de janeiro de 1999; supervisionar a alienação de carteira das operadoras de planos de saúde; autorizar alienação e transferência das carteiras de planos de saúde das operadoras; promover visitas técnicas para acompanhar e verificar informações; propor diretrizes para instauração de direção técnica e alienação de carteira; elaborar e propor critérios de incorporação de tecnologias em saúde adotadas pelas operadoras de planos de saúde; recuperação assistencial apresentados ou executados pelas operadoras de planos de saúde.

Fonte: ANS, 2014.

Além da estrutura apontada a ANS conta ainda com Unidades (Quadro 2⁵³) que apesar de não integram a estrutura hierárquica da ANS, compõem sua estrutura organizacional e contribuem para a execução das atividades previstas da agência:

⁵³ Quadro elaborado pela investigadora a partir das informações da ANS.

Quadro 2- Unidades da ANS e atribuições

<p><u>Ouvidoria</u></p>	<p>Acompanhar e avaliar a atuação da ANS, recomendando correções necessárias ao aprimoramento; produzir relatórios com apreciações críticas sobre a atuação da ANS, encaminhando-os, em especial, à DICOL, ao Ministério da Saúde e a outros órgãos dos Poderes Executivo e Legislativo, disponibilizando esses relatórios para conhecimento geral, inclusive na página da ANS, na internet; ouvir reclamações de qualquer cidadão relativas a infrações às normas de saúde suplementar; receber denúncias de violações de direitos individuais ou coletivos de atos legais relacionados à saúde suplementar, bem como qualquer ato de improbidade administrativa, praticados por agentes ou servidores públicos vinculados às atividades da ANS; receber demandas dos agentes sujeitos ou não à regulação da ANS; promover a apuração das demandas recebidas e recomendar a adoção das providências necessárias.</p>
<p><u>Auditoria Interna:</u></p>	<p>Elaborar e executar o Plano Anual de Auditoria Interna; acompanhar e avaliar metas dos Planos Plurianuais; examinar a elaboração do Contrato de Gestão assinado com a Administração Pública Federal ou outro instrumento de acompanhamento que venha a ser adotado, analisando periodicamente os resultados alcançados e as metas pactuadas.</p>
<p><u>Corregedoria</u></p>	<p>Fiscalizar a legalidade das atividades dos agentes públicos da ANS; apurar irregularidades administrativas cometidas por agentes públicos no exercício de cargo ou função na ANS; divulgar, esclarecer, capacitar e treinar agentes públicos em exercício de cargo ou função na ANS sobre as normas de caráter disciplinar; instaurar procedimentos investigativos e processos disciplinares.</p>
<p><u>Procuradoria federal junto a ANS</u></p>	<p>Representar a ANS em juízo ou fora dele; dar consultoria e assessoria jurídicas à Diretoria Colegiada e aos diretores; analisar e opinar sobre assuntos jurídicos, bem como examinar previamente as normas legais a serem editadas pela ANS.</p>
<p><u>Comissão de Ética</u></p>	<p>Atuar como instância consultiva de dirigentes e agentes públicos da ANS; aplicar o Código de Ética da ANS e o Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal.</p>
<p><u>Câmara de Saúde Suplementar</u></p>	<p>É um órgão de participação institucionalizada da sociedade na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de caráter permanente e consultivo, que tem por finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas discussões. Suas competências são: acompanhar a elaboração de políticas no âmbito da saúde suplementar; discutir, analisar e sugerir medidas que possam melhorar as relações entre os diversos segmentos que compõem o setor; colaborar para as discussões e para os resultados das câmaras técnicas; indicar representantes para compor grupos técnicos temáticos, sugeridos pela Diretoria Colegiada.</p>

2.3.1. Atribuições da ANS

A ANS possui, dentre suas competências legais relativas à assistência à saúde, a elaboração do rol de procedimentos⁵⁴, a fixação de critérios para procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços às operadoras, o estabelecimento de parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura assistenciais, o estabelecimento de critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos de saúde, a fiscalização das atividades das operadoras, o controle e a avaliação dos aspectos relacionados à garantia de acesso, à manutenção e à qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras, a avaliação da capacidade técnico-operacional das operadoras para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área de abrangência geográfica e o zelo pela qualidade dos serviços de assistência à saúde suplementar (Brasil, 2000).

Dentre as atribuições da ANS destacam-se: o poder conciliatório e fiscalizatório. A primeira competência está relacionada à mediação ativa dos interesses das operadoras de planos de saúde, beneficiários, prestadores e Estado, com o objetivo, quase sempre, de viabilizar o atendimento do beneficiário de plano de saúde. Após a denúncia formalizada à Agência pelo beneficiário acerca da negativa de cobertura, a operadora tem cinco dias para se manifestar à ANS quanto ao denunciado. Se o procedimento for de cobertura obrigatória e a operadora realizar a cobertura a demanda é arquivada, motivada pelo cumprimento dos requisitos do instituto da reparação voluntária e eficaz. Caso a operadora não cubra o procedimento, a demanda transforma-se em um processo administrativo fiscalizatório, que poderá culminar em multa à operadora. (Ventura 2004).

⁵⁴ O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a listagem mínima obrigatória de exames, consultas, cirurgias e demais procedimentos que os planos de saúde devem oferecer aos consumidores. O rol é destinado aos beneficiários de planos novos (contratados a partir de 1º de janeiro de 1999) ou adaptados à lei. Disponível em www.ans.gov.br

A segunda competência da ANS objetiva verificar o cumprimento da legislação setorial, o que, em última instância, de acordo com Ventura (2004), está diretamente relacionado com os interesses da sociedade. Quando uma demanda transforma-se em processo administrativo, a agência deverá proceder os ritos legais do devido processo administrativo, com apuração da denúncia, comprovação da infração e autuação da operadora, por meio da capitulação da conduta infringida. Como consequência, a ANS pode aplicar sanções (advertências ou multas) contra os administrados que violem o ordenamento vigente. Nesse caso, tem-se um processo administrativo sancionador que, para ser legal, deve respeitar os princípios do direito ao contraditório e da ampla defesa.

Apesar da permanência de inúmeros problemas no cenário do mercado dos planos de saúde, a publicação da Lei no 9.656, de 1998 e a criação da ANS acarretaram importantes transformações positivas nesse setor. Alguns autores apontam que a regulamentação trouxe muitas regras para a constituição das operadoras, sendo necessário o cumprimento de certas exigências, como constituição de reservas financeiras, registro de produtos e inscrição nos conselhos profissionais. Dessa forma, pode-se dizer que a ANS começou um movimento de saneamento do mercado, colocou barreiras à entrada de novas operadoras, o que resultou na permanência e na entrada de operadoras mais sólidas, com maiores condições econômicas de arcar com os custos da assistência suplementar à saúde. Ao mesmo tempo, sob essa mesma lógica de saneamento, a ANS procedeu à liquidação de inúmeras operadoras que não se adequaram às novas diretrizes do setor. Em alguns casos, as próprias operadoras solicitaram o cancelamento de seus registros. (Santos; Malta; Merhy, 2008).

Vale destacar que a cada três meses a ANS divulga as suspensões preventivas e reativações de planos de saúde, como resultado das reclamações de consumidores que tiveram os prazos para consultas, exames e cirurgias descumpridos ou, então, coberturas indevidamente negadas. Em maio de 2014 foi anunciada pela ANS a suspensão da comercialização de 161 planos de saúde aplicada a 36 operadoras em todo o país.

Outros avanços que podem agregados a criação da ANS são: obrigatoriedade do atendimento a todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças – CID e de cobertura de todos os procedimentos do rol de procedimentos editado pela ANS; a proibição de exclusão de qualquer tipo de doença; e atendimento integral durante a internação, incluindo materiais e todos os procedimentos necessários (desde que constantes em contrato ou no rol de procedimentos), sem limitação de dias de internação ou de quantidade de procedimentos.

O surgimento do rol de procedimentos, mais do que a ampliação das coberturas ofertadas pelas operadoras de planos de saúde, significou uma possibilidade de mudança do paradigma de atenção à saúde praticado na saúde suplementar, uma vez que abarcou alternativas terapêuticas, como o trabalho multidisciplinar, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, além de se constituir um instrumento para a regulação da incorporação tecnológica na saúde suplementar (Santos; Malta; Merhy, 2008).

Outro ponto de destaque à criação da agência foi a implantação da portabilidade de carências, normatizada pela RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que trouxe uma grande oportunidade aos beneficiários de planos de saúde de contratação individual/familiar e coletiva por adesão, firmados após a Lei no 9.656, de 1998, de migrarem para outra operadora sem o cumprimento de novos períodos de carência na época de contratação de novo plano de saúde, na mesma ou em outra operadora (Brasil, 2009).

Não obstante a regulação dos últimos 16 anos com a apresentação de inequívocos avanços, o esforço regulatório deve concentrar-se daqui para frente na resolução de desafios que ainda se fazem presentes. Nessa seara, devem ser lembrados alguns aspectos importantes, como o monitoramento da qualidade da assistência prestada pelas operadoras de planos de saúde; a renúncia fiscal; a operação de empresas como operadoras de planos de saúde sem o registro na ANS e a adoção de alguns mecanismos nocivos de regulação assistencial pelas operadoras de planos de saúde.

2.3.2. Produção normativa da ANS e qualidade em saúde suplementar

As principais fontes de elaboração de normas no âmbito da ANS são as cinco diretorias. As espécies normativas têm abrangência e papéis diferentes e vão desde comunicados públicos ao mercado e seus agentes, despachos, chegando às resoluções normativas como repercussão em todo o mercado.

Desde sua fundação até maio de 2012, ANS publicou 1.965 atos, considerando todos os tipos normativos, sendo que 1.780 estavam em vigência em dezembro de 2013. Os atos vigentes constituem um total de 1.608 normativas, dizem respeito da organização e da operação da agência; das relações entre a ANS e as operadoras; da implementação de decisões da ANS; da criação de normas para o funcionamento do mercado. Cabe destacar que a quantidade de atos publicados é maior, tendo em vista a inclusão dos que foram revogados. (Feitosa, 2012).

Quadro 3- Normas vigentes publicadas pela ANS segundo o tipo (2000-2012)

Tipo de Norma	Quantidade
Instrução Normativa	108
Instrução Normativa Conjunta (IN)	02
Resolução da Diretoria Colegiada (RDC)	61
Resolução Especial (RE)	18
Resolução Normativa (RN)	219
Resolução Operacional (RO)	1.200
Total	1.608

Fonte: Feitosa, 2013.

Os temas das normas concentram-se em operadoras, planos, fiscalização e ANS. As normas para operadoras são compostas de 98 sobre aspectos econômico-financeiros e 91 sobre manutenção e registro. As resoluções operacionais são atos específicos para uma determinada operadora, tais como medidas de regimes especiais, liquidação de carteiras e assim por diante.

Observa-se crescente preocupação com a qualidade das operadoras em funcionamento, tendo em vista que, dos atos publicados, cinco normas tinham como objetivo instituir parâmetros de qualificação para o mercado de planos privados de saúde. As primeiras normas de qualidade elaboradas antes de 2011 mantinham um caráter mais ligado aos princípios da reforma sanitária, com o estabelecimento de indicadores de desempenho, já aquelas elaboradas após 2011 possuem caráter voltado para o mercado e com o objetivo de estímulo a uma imagem positiva do mercado de planos privados. (Feitosa, 2012).

A Resolução Normativa – RN nº 139 de 2006 instituiu o programa de qualificação da saúde suplementar e tinha como objetivo lançar as bases para a construção de um mercado privado baseado nos pilares do SUS de produção da saúde centrada na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Seus propósitos estavam associados ao direito à saúde, como: o funcionamento das operadoras como gestoras de saúde e dos prestadores como produtores de cuidados de saúde; o desenvolvimento da consciência sanitária dos beneficiários e o aprimoramento da capacidade regulatória da ANS (Feitosa, 2012).

Dentro da lógica da qualidade foi criado o IDSS para o controle da qualidade dos serviços prestados pelas operadoras, medido anualmente, como um dos componentes do programa de qualificação das operadoras de saúde. Esse índice avalia aspectos como a assistência, a situação econômico-financeira das empresas, sua estrutura e a satisfação do beneficiário, num total de 33 indicadores.

Em 2011 o índice foi modificado, gerando redução das dimensões de atenção à saúde e econômico financeira e ampliando o peso da dimensão de estrutura e operação e da satisfação do beneficiário. A dimensão do beneficiário passou a ser calculada com base numa pesquisa de satisfação do beneficiário com a sua operadora. Vale destacar que foi aberta a possibilidade de a própria operadora contratar uma empresa para realizar essa pesquisa. (Feitosa, 2012)

Segundo a ANS, a pesquisa de satisfação mostra uma atenção maior por parte das operadoras às exigências que lhes têm sido impostas. Na última pesquisa de 2013

participaram 89 operadoras de médio e grande porte (que atendem a mais de 20 mil beneficiários), o que corresponde a 25% do mercado de saúde suplementar no Brasil.

No período compreendido entre 2009 e 2013, observa-se diminuição no número de operadoras ativas, avaliadas pelo IDSS e um aumento no número de beneficiários. No segmento médico-hospitalar, o percentual de operadoras situadas nas duas melhores faixas do IDSS manteve o equilíbrio em relação ao ano anterior, dando continuidade à evolução com o aumento de 17,2%, em 2009 para 63,5%, em 2013 de operadoras bem avaliadas. Em relação às duas faixas de pior avaliação, houve uma redução de 53,6% para 11% no mesmo período (ANS, 2013).

Em 2011, foram publicadas mais três resoluções com o foco em qualidade: a RN nº 267 cujo programa de divulgação da qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar institui; a RN nº 275 que criou o programa de monitoramento da qualidade dos prestadores de serviços na saúde suplementar – QUALISS e a RN nº 277 que estabeleceu o Programa de Acreditação das Operadoras de Planos Privados de Saúde (Feitosa, 2012)

Quanto aos seus fins, sabe-se que a RN nº 267, através da divulgação da sua qualidade, objetivava a melhoria da escolha dos prestadores, a RN nº 275, a criação de indicadores para avaliação da qualidade dos prestadores de serviço, a fim de ampliar a capacidade de escolha dos beneficiários e, por último, a RN nº 277 propunha certificar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde, de acordo com a avaliação feita por entidades de acreditação homologadas e obrigatoriamente habilitadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO) (Feitosa, 2012).

Essa emissão de certidão de acreditação leva em consideração diversos pontos, como a administração, a estrutura e a operação dos serviços de saúde oferecidos pela operadora; assim como, o desempenho da rede de profissionais e de estabelecimentos de saúde conveniados e o nível de satisfação dos beneficiários. De acordo com a ANS, ela pode ser conferida em 3 níveis, a saber:

- **Nível I:** operadoras de planos de saúde avaliadas entre 90 (noventa) e 100 (cem) pontos;
- **Nível II:** operadoras de planos de saúde avaliadas entre 80 (oitenta) e 89 (oitenta e nove) pontos;
- **Nível III:** operadoras de planos de saúde avaliadas entre 70 (setenta) e 79 (setenta e nove) pontos.

Tendo em vista, tais julgamentos, no ano de 2013, três empresas foram acreditadas, uma para cada nível apontado, conforme indica quadro 4.

Quadro 4- Operadoras de Saúde acreditadas

Operadora de Planos de Saúde	Nível da Acreditação	Prazo de validade da Certidão
Unimed Belo Horizonte – Cooperativa de Trabalho Médico	Nível I	4 anos (A partir de 24/02/2014)
Bradesco Saúde S.A.	Nível I	3 anos (A partir de 23/05/2012)
Unimed São José do Rio Preto – Cooperativa de Trabalho Médico	Nível III	3 anos (A partir de 25/11/2013)

Ainda com foco na melhoria da qualidade dos serviços, em 2012, a ANS implantou o Índice de Reclamações - IR, construído a partir do número de reclamações atendidas pela agência, através do Disque ANS, correio eletrônico, correspondência ou presencialmente em um dos seus núcleos de Atendimento. Em 2013, por exemplo, foram registradas 6.605 reclamações na ANS. Todavia, a implementação desse recurso e esse grande número de queixas permitiu a comparação da atuação das operadoras do ponto de vista do consumidor.

O IR define-se de acordo com a relação entre a média de reclamações dos beneficiários de planos privados de saúde contra uma operadora com registro ativo na ANS nos últimos seis meses, e a média do número de beneficiários desta operadora no mesmo período. Esse Índice é calculado e apresentado para grupos de operadoras

segundo o porte (pequeno – até 20 mil beneficiários, médio – de 20 a 100 mil beneficiários e grande – acima de 100 mil beneficiários) e para cada operadora individualmente. Os dados também ficam disponíveis no site da ANS para visualização dos consumidores.

Do grupo de empresas apresentado como sendo responsáveis pelo maior volume de reclamações junto à ANS, merece destaque as empresas de Grande Porte as quais trazem o nome de duas cooperativas médicas, que em sua gênese foram criadas em função da necessidade de autonomia do trabalho médico e do privilegiamento do cuidado ao paciente em detrimento à lógica do capital imposta pelos outros modelos de operadoras de saúde. A inclusão de cooperativas em uma lista de maior volume de reclamações aponta para o fato de que a assistência ao paciente não se constitui como uma prioridade, prevalecendo a lógica de controle de gastos e conseqüente aumento de lucros. Chama atenção, ainda, a inclusão nesta relação de empresas as que operam pela modalidade de autogestão que tem como princípio a solidariedade e a isonomia de ações, mas que assim como as cooperativas, apontam para uma mudança de curso em busca do lucro.

Quadro 5- Operadoras com maior índice de reclamações de acordo com o seu porte

Ranking	Grande Porte	Médio Porte	Pequeno Porte
1	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO	SOSAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR LTDA	SERMEDE SERVIÇO MÉDICO E DENTÁRIO LTDA.
2	CAMED OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA	UNIMED FEDERAÇÃO INTERFEDERATIVA DAS COOPERATIVAS MÉDICAS DO CENTRO- OESTE E TOCANTINS	MADRE THEODORA ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR LTDA.
3	UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	SAÚDE MEDICOL S/A.	ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE DE LONDRINA
4	CASA DE SAÚDE SÃO BERNARDO S/A	SMS - ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	UNIMED GUARARAPES COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA
5	GREEN LINE SISTEMA DE SAÚDE S.A	LAM OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE S/C	UNIMED CENTRO OESTE PAULISTA -

		LTDA.	FEDERAÇÃO INTRAFEDERATIVA DAS COOPERATIVAS MÉDICAS
6	GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA	COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DE SÃO LUÍS LTDA. - UNIMED DE SÃO LUÍS	PREVENT SENIOR CORPORATE OPERADORA DE SAÚDE LTDA.
7	FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE	UNIMED DAS ESTÂNCIAS PAULISTAS OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE, SOCIEDADE COOPERATIVA	MEDLINE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA
8	AMICO SAÚDE LTDA	SOMEL - SOCIEDADE PARA MEDICINA LESTE LTDA.	PLANO DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE DOS SERVIDORES DO PODER JUDICIÁRIO
9	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	EXCELSIOR MED S/A	CLINICA MARECHAL RONDON LTDA ME
10	GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE	ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS CLASSES LABORIOSAS	ATEMDE - ATENDIMENTOS MÉDICOS DE EMPRESAS LTDA.

Fonte: ANS - 2014

No ano de 2011, em um contexto de várias reclamações dos beneficiários com relação às dificuldades de agendamento de atendimento médico, a ANS publicou uma resolução estabelecendo os prazos para garantia de atendimento, conforme quadro 6, em uma tentativa de assegurar a boa condição dos serviços prestados pelas operadoras.

Quadro 6- Prazos para atendimento por serviços de saúde

SERVIÇOS	PRAZO MÁXIMO DE ATENDIMENTO (EM DIAS ÚTEIS)
Consulta básica – pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)

Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regimento hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

Fonte: ANS – 2014.

Vale destacar que para ser atendido dentro dos prazos estabelecidos pela ANS, o beneficiário deverá ter cumprido os períodos de carência previstos em seu contrato, a partir de então, será, então, atendido por qualquer profissional da rede conveniada ao plano, na especialidade necessária. Já as operadoras para cumprir o prazo estabelecido, devem seguir os critérios de dias e garantir o profissional para o atendimento, caso não haja esse profissional ou estabelecimento da rede conveniada disponível no período, a operadora do plano de saúde deve indicá-los mesmo fora da rede conveniada do plano.

Em mais uma tentativa de qualificação do mercado de planos de saúde, em dezembro de 2013, foi instituída a RN nº 343, que revogou a RN nº 226/2010 e aperfeiçoou a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP); a qual, por sua vez, passou a incluir outros assuntos na notificação, além da cobertura assistencial, desde que o consumidor seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de mediação. Para eficiência desse procedimento, o sistema eletrônico da ANS permite que as operadoras sejam notificadas quanto à existência de uma NIP. O prazo máximo para a resolução da demanda apresentada é de até 5 (cinco) dias úteis no caso da NIP assistencial e de até 10 dias úteis para a NIP não assistencial. (ANS, 2014).

2.3.3. Caracterização do mercado de serviços privados de saúde

A natureza mercantil-contratual das relações entre consumidor e operadora de plano de saúde é o que caracteriza o mercado de serviços privados da área, ele pode – o plano de saúde – ocorrer de maneira direta com a compra pelo usuário de um plano em operadora de saúde; através da intermediação de terceiros, como empresas, entidades de classes, sindicatos, entre outros; ou ainda, autogerido por empresas empregadoras, públicas ou privadas. Delineando, desta forma, o setor com o objetivo de atender demandas específicas de uma clientela restrita. (Almeida, 1998).

Diante desse aspecto, vejamos a definição dos planos de saúde, segundo o inciso I do artigo 1º da Lei 9.656/98 como:

... 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. (Lei 9656/98)

Sobre a contratação desses planos, sabemos que quando ela ocorre diretamente junto a um plano de saúde, o valor da mensalidade a ser paga é calculado atuarialmente, segundo a análise do risco do indivíduo e de seus dependentes, a qual leva em consideração sexo, idade, patologia preexistente, etc. Contudo, tais parâmetros não são claros para o usuário, por isso, se observa que a agência reguladora do setor vem investindo em orientações acerca dos direitos e deveres dos clientes no momento da contratação de um plano. Porém, mesmo com tais instrumentos, este novo cliente não dispõe do mesmo arcabouço técnico que os gestores da empresa e da própria ANS para discutir, principalmente, as cláusulas relativas aos reajustes de mensalidades e as exclusões de cobertura.

A ANS não se abstém quanto a esse último aspecto, e define, anualmente, o índice autorizado para reajuste dos planos médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica contratados posteriormente à Lei nº 9656/98, conforme quadro 7. No caso dos planos individuais antigos de cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica, que são aqueles contratados anteriormente a 1999, existe uma liminar concedida pelo Supremo Tribunal Federal (ADIN 1931-8 de 03 de setembro de 2003) que permite às operadoras aplicarem a regra de reajuste estabelecida no contrato assinado entre a pessoa física e a operadora. Portanto, essa alteração específica não depende de autorização prévia da ANS. Mas caso a sua regra prevista no contrato não seja clara, o reajuste anual deve estar limitado ao máximo estipulado pela ANS ou por meio da celebração de Termo de Compromisso com a Agência, e neste caso há necessidade de autorização prévia.

Quadro 7 - Índice de reajuste anual autorizado para planos de saúde individuais ou familiares contratados a partir de janeiro de 1999

Ano	Reajustes
2013	9,04%
2012	7,93%
2011	7,69%
2010	6,73%
2009	6,76%
2008	5,48%
2007	5,76%
2006	8,89%
2005	11,69%
2004	11,75%
2003	9,27%
2002	7,69%
2001	8,71%

Fonte: ANS – 2014.

Os planos individuais, resultantes do acionamento de estratégias de proteção familiar, estão vinculados aos segmentos de trabalhadores autônomos, trabalhadores do mercado formal, aposentados, donas de casa e crianças que não acessam coberturas nem como titulares e nem como dependentes dos planos das empresas empregadoras/entidades sindicais. Identificam-se pelo menos dois subgrupos de clientes desse tipo de plano: os vinculados aos planos mais caros, os quais são adquiridos por trabalhadores que se encontram no setor informal, mas que ocupam

vagas “externalizadas” pelas grandes empresas através da terceirização, subcontratação de mão de obra especializada. Já o segundo subgrupo é integrado por trabalhadores não especializados que adquirem planos mais baratos. (Feitosa, 2012).

No caso de uma contratação coletiva, o valor do pré-pagamento é único para toda a população de empregados e dependentes, sendo que o cálculo atuarial da cota pré-paga representa a média do risco coletivo daquela população. O seu financiamento é feito ou diretamente pela empresa, considerando-o integralmente como custo operacional, ou de forma partilhada com os empregados, variável em cada caso, e com valores diferentes para distintos segmentos de funcionários na mesma empresa.

As empresas que administram seus próprios planos utilizam o sistema de pós-pagamento, no qual o valor mensal corresponde a um rateio dos gastos com saúde no mês anterior, e que será pago pela população de empregados coberta pelo plano. Também aqui, as formas de financiamento variam da cobertura integral pela empresa aos valores rateados e negociados entre empregados e empregador.

Os planos coletivos, assim como os individuais, são regulados pela ANS e pela Lei 9.656/98, porém o reajuste dos primeiros não é definido pela agência, uma vez que o índice é determinado a partir da negociação entre a pessoa jurídica contratante (empresa, sindicato, associação) e a operadora de plano de saúde. Todavia, deve ser comunicado a ANS em no máximo até 30 dias após o aumento do preço. As demais regras e operações para os planos coletivos são as mesmas que as dos planos individuais, como, por exemplo, a cobertura assistencial obrigatória – rol de procedimentos e eventos em saúde.

Quanto à época de contratação dos planos, temos os antigos, anteriores à Lei 9.656/1998, ou novos, posteriores a ela. Atualmente, a quantidade de vínculos aos planos posteriores à lei supera o número de beneficiários vinculados aos antigos. Essa hegemonia dos planos posteriores traz a possibilidade de redução dos conflitos judiciais e extrajudiciais, ao mesmo tempo em que fornece um campo de atuação mais seguro para a ANS, ocasionando maior possibilidade de eficiência regulatória.

Isso porque os direitos diferenciados dos beneficiários de planos novos e antigos são causas recorrentes de controvérsia no âmbito administrativo e judicial, dificultando a atividade regulatória da ANS no que diz respeito aos planos antigos. (ANS, 2014)

Vale destacar que um ano após a vigência da lei 9.656/98, ou seja, a partir de dezembro de 1999, a adaptação de todos os contratos de planos privados de assistência à saúde passou a ser obrigatória por parte das operadoras, que deveriam, então, oferecer esta opção aos clientes. À vista disso, foi proibida a comercialização de planos com cobertura inferior ao do Plano de Referência, seguindo-se a segmentação proposta pela própria lei, estipulada em plano ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia e odontológico. Conforme evidencia Montone (2002), os contratos firmados antes da promulgação da lei - e não convertidos - não possuem as garantias contempladas por ela.

A ANS estabeleceu também o período de carência necessário para o beneficiário iniciar a utilização do plano de saúde a partir da contratação, conforme aponta o quadro 8.

Quadro 8- Períodos de carência por serviços de saúde

Situação	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde ⁵⁵
Casos de urgência, acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional, e emergência, risco imediato à vida ou lesões irreparáveis.	24 horas
Partos a termo, excluídos os partos prematuros	300 dias
Doenças e lesões preexistentes (quando contratou o plano de saúde, a pessoa já sabia possuir) ⁵⁶	24 meses
Demais situações	180 dias

Fonte: ANS – 2014.

⁵⁵ Esses são limites de tempo máximos. Isso quer dizer que a operadora de planos de saúde pode exigir um tempo de carência menor que o previsto na legislação.

⁵⁶ Para as doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas patologias que o cliente já possuía antes de assinar o contrato com o plano de saúde, o consumidor tem cobertura parcial temporária até cumprir dois anos de carência. Durante esse período, ele não tem direito à cobertura para procedimentos de alta complexidade (como exames mais caros – Tomografia Computadorizada, Ressonância Nuclear Magnética, Caterismo, Histeroscopia, entre outros), leitos de alta tecnologia - CTI e UTI - , e cirurgias decorrentes dessas doenças. Entretanto, se o paciente decidir ser atendido nesses casos, mesmo sem ter aguardado ainda o tempo estabelecido, ele poderá escolher pagar um valor adicional para ter acesso a esses atendimentos – isso se chama *agravo*.

2.3.4. Operadoras de saúde e funcionamento

As operadoras de saúde são caracterizadas como uma pessoa jurídica que operam os planos de saúde e constituem parte significativa do mercado de serviços privados de saúde no Brasil, isso, por sua vez, torna o país o segundo maior mercado de saúde privado do mundo (Bahia, 2013).

Elas podem e são classificadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – nas seguintes modalidades:

- **Administradora de planos:** empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora; não possuem beneficiários; não assumem o risco decorrente da operação desses planos; e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.
- **Administradora de benefícios:** pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde.
- **Autogestão:** entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos.
- **Cooperativa médica:** operadora que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei 5.764, de 16 de

dezembro de 1971⁵⁷, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde.

- **Cooperativa odontológica:** operadora que se constitui em associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por odontólogos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde, exclusivamente, odontológicos.
- **Medicina de grupo:** operadora a qual se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos privados de saúde, excetuando-se as classificadas nas modalidades administradora, cooperativa médica, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde.
- **Odontologia de grupo:** operadora a qual se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos odontológicos.
- **Filantropia:** operadora a qual se constitui em entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de saúde e que tenha obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).
- **Seguradora especializada em saúde:** empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializa ou opera seguro os quais preveja a garantia de assistência à saúde, estando sujeita ao disposto na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001⁵⁸, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro.

⁵⁷Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971 - Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências.

⁵⁸ Lei nº 10185, de 12 de fevereiro de 2001 - Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

As empresas de assistência suplementar ofertam/comercializam planos bastante diferenciados quanto à composição de provedores de serviços, e homogêneos em relação aos procedimentos cobertos. As coberturas e exclusões são, quase sempre, semelhantes aos diversos tipos de planos existente de uma mesma empresa, o que varia é a possibilidade de acesso às inúmeras redes de serviços que se organizam para atender segmentos de clientes de planos de saúde coletivos e individuais de acordo com o padrão econômico do plano.

Os planos ainda apresentam distinções quanto à possibilidade de escolha do médico e tipo de acomodações em hospitais. Identificam-se três níveis de planos/seguros: 1) os voltados para o atendimento dos executivos e clientes individuais com alto poder aquisitivo, os quais têm além da possibilidade de reembolso de atendimentos médicos realizados com profissionais não credenciados, a utilização de quartos particulares em hospitais privados de excelência; 2) aqueles destinados aos níveis gerenciais intermediários cuja permissão há para internação em quartos particulares de hospitais e que em sua maioria não prevêem reembolso ou o desestimulam. Esses ainda indicam o atendimento ambulatorial através da rede credenciada ou própria da operadora de planos/seguros; 3) os que abrangem o maior contingente de clientes e restringem a cobertura a uma rede credenciada específica, centros médicos ambulatoriais das operadoras com acomodações em enfermarias de hospitais “mais simples” ou a um único provedor.

A “excelência” ou a “simplicidade” dos provedores de serviços se traduzem através de valores de remuneração extremamente diferenciados. Os tetos de reembolso de consultas médicas calculadas como múltiplos da tabela da AMB e os honorários médicos correspondentes à internação de um paciente de plano VIP podem ser 6 a 8 vezes maiores do que o previsto para o de um plano básico. Da mesma forma, os valores médios das internações hospitalares, sem apreciar os honorários médicos, considerando estabelecimentos, no Rio de Janeiro, com o mesmo perfil assistencial variam entre R\$ 200,00 e R\$1.500,00 (Bahia, 2001).

Graças aos controles administrativos, os planos de saúde conseguem impedir o deslocamento de clientes de determinada categoria de plano para os profissionais

e/ou hospitais não credenciados para o seu especificamente. Por exemplo: os clientes de um plano especial podem não estar cobertos para internação em um centro de tratamento intensivo - CTI de um hospital, o qual está credenciado somente para internações clínicas; será negada, então, a internação de um paciente vinculado a um plano básico em um hospital credenciado que não tenha vaga na enfermaria, ainda que o mesmo disponha de leitos ociosos em quartos particulares. (Bahia, 2001).

Na prática, poucas cidades brasileiras possuem os três tipos de coberturas e suas correspondentes redes. Em outros municípios, com clientes de planos de saúde, as coberturas disponíveis correspondem aos planos básico e especial, e os valores de remuneração dos médicos são duas vezes maiores para os pacientes internados em quartos particulares do que os destinados aos hospitalizados em enfermarias. (Bahia, 2001).

Cumprе ressaltar que determinadas empresas empregadoras de grande porte, como algumas estatais e multinacionais, adotam como política de recursos um único plano de saúde, em geral tipo especial ou executivo, para todos os níveis hierárquicos. Essas coberturas são propiciadas diretamente pela empresa empregadora ou por empresas especializadas na comercialização de planos de saúde. Tais alternativas representam respectivamente opções de retenção/transferência dos riscos de despesas médicas-hospitalares. Os planos próprios das empresas empregadoras, denominados de autogestão, constituem o subsegmento não comercial do mercado de planos e seguros na opção de retenção de riscos, enquanto que a transferência dos riscos assistenciais para empresas médicas (cooperativas de trabalho médico – Unimed's, empresas de medicina de grupo e seguradoras), contratada por pessoas jurídicas ou físicas, conforme o subsegmento comercial da assistência médica suplementar. (Bahia, 2001).

A pressão dos altos custos da tecnologia médica e a alta dos preços dos planos têm afastado amplos segmentos da classe média ou reduzido a qualidade dos serviços prestados. Isso significa que vem ocorrendo um retorno ao modelo elitista de privilégios, desenhado para restritos grupos de pessoas com sólidos recursos ou que estejam hierarquicamente bem posicionadas em organizações de grande porte,

financiadoras de planos executivos compatíveis com os altos da moderna e sofisticada tecnologia médica.(Bahia, 2013).

A grande questão do modelo assistencial da saúde suplementar, conforme aponta Feitosa (2012), reside no fato do pagamento por procedimento. Esse modelo foi um dos causadores do fracasso do INAMPS, na década de 70 do século XX. Pois, eles criam uma tensão de que quanto mais procedimentos realizados, mais lucro, independente dos benefícios ou malefícios ao paciente. O marketing dos planos de saúde baseia-se na tecnologia de saúde e não no resultado efetivo em saúde, como podemos observar em um breve olhar para as propagandas dos planos nessa área.

A lógica a qual gera renda e lucro no sistema suplementar está calcada nos insumos de saúde (produtos, equipamentos e instalações) e aos serviços profissionais e de hotelaria, e a plataforma que sustenta o lucro e proporciona as oportunidades de renda é a tecnologia. Salientamos ainda que essa plataforma de sustentação de lucros é formada e operada pelos agenciadores de planos (corretoras de planos de saúde); operadoras de planos privados de saúde e os prestadores privados de saúde. (Feitosa, 2012).

Segundo Ana Amélia Camarano, pesquisadora do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), estima-se que em 2020 existirão cerca de 28 milhões de idosos, com idade acima de 60 anos; uma massa de aposentados fora do mercado e dos planos de saúde coletivos, e, muito provavelmente, sem condições econômicas para sustentar os preços dos futuros planos individuais de saúde, e que ficará à margem da assistência médico-hospitalar privada. Procurarão refúgio no SUS e configurarão um novo formato de excluídos sociais dos serviços de saúde. Tornado claro que já passamos do momento de lutarmos em conjunto para o estabelecimento efetivo do SUS a todos os cidadãos, conforme previsto em lei.

Para satisfazer as exigências impostas pela lei 9.656/98 com a inclusão de novos procedimentos e, conseqüentemente, com o aumento do custo operacional, as operadoras e prestadores têm desenvolvido mecanismos de controle para sobreviver ao mercado e à regulação da ANS. Alguns desses mecanismos são conhecidos, como

a instituição de protocolos, de mecanismos de referência e fluxos os quais dificultam a solicitação de alguns procedimentos, o co-pagamento, fatores moderadores, dentre outros.

A existência desses mecanismos de controle resulta na fragmentação do cuidado, o qual se torna centrado na lógica da demanda e da oferta do que foi contratado e não na lógica da produção da saúde e do cuidado. Mesmo quando se investe em atividades de promoção e prevenção, esse componente entra mais como produto de marketing do que como diretriz do modelo assistencial, visando de fato ao cuidado à saúde. (Malta, Cecílio, Merhy, Franco, Jorge, Costa , 2004).

Tratando-se do setor concorrencial, as operadoras estão pulverizadas, apresentando uma quantidade menor de usuários, nas cidades de menor porte. Em algumas experiências, pequenas operadoras associam-se, organizando a cobertura de sua clientela até determinado nível de complexidade tecnológica. Os doentes mais graves, então, são previamente, em via de regra, encaminhados a prestadores credenciados em que já tenham ocorrido negociações acerca dos valores a serem adotados.

Em dezembro de 2013, dados da ANS apontam que na ocasião existiam 1.469 operadoras com registros ativos na agência, atendendo a 50.270.398 beneficiários distribuídos nas diferentes modalidades de operadoras, segundo apontam o Quadro 9.

Quadro 9 - Operadoras em atividade por porte, segundo modalidade (Brasil - dezembro/2013)

Modalidade da operadora	Total
Total	1.469
Administradora de benefícios	107
Autogestão	207
Cooperativa médica	319
Cooperativa odontológica	118
Filantropia	78
Medicina de grupo	353
Odontologia de grupo	275
Seguradora especializada em saúde	12

Fontes: CADOP/ANS/MS - 12/2013 e SIB/ANS/MS - 12/2013.

A região do país com o maior número de beneficiários é a região sudeste com 31.970.858 inscritos em planos de saúde, sendo 18.920.562 somente no Estado de São Paulo, considerando inclusive a concentração de empresas na região citada. Na região norte, o Estado do Pará apresenta a maior número de inscritos, com 802.154 beneficiários em um total de 1.832.933; no nordeste, a Bahia possui 1.620.237 inscritos em um total de 6.821.885 da região; na região sul, temos 6.746.896 beneficiários, sendo 2.670.406 no Rio Grande do Sul e por último a região centro-oeste que concentra 2.885.505, sendo 1.026.025 de Goiás.

3

Produções acadêmicas em Saúde Suplementar: um balanço investigativo

Consideramos que um objeto de estudo é construído não apenas pelo desafio intelectual, ou estimulado por um processo de aprendizagem, pelo convívio acadêmico ou participação em debates especializados, mas, principalmente, a partir de experiências pessoais as quais, embora não estejam diretamente associadas à vida acadêmica, podem oferecer um amplo e fértil campo de problematizações. Nesta dissertação, realizar uma análise da saúde suplementar no Brasil, esteve, assim, associada à busca de qualificar uma experiência profissional. A pouca visibilidade da discussão do tema na graduação e na pós - graduação ao invés de repelir a escolha deste objeto, ao contrário, potencializou a sua seleção como centro desta discussão.

A experiência profissional desenvolvida logo após a conclusão da graduação em Serviço Social, como primeira assistente social em empresa de atenção domiciliar⁵⁹ que, à época, prestava serviços as maiores operadoras de planos de saúde do Rio de Janeiro, imprimiu preocupações com o modelo adotado pelo Brasil de sistema de saúde, e despertou o interesse em aprofundar os estudos sobre a saúde suplementar; os quais inicialmente foram abordados pelo viés da assistência em domicílio em uma especialização em Gênero e Saúde. Posteriormente, a aprovação em concurso público para uma empresa de energia e a locação na área de assistência médica aos empregados, dependentes e aposentados da referida companhia, fizeram

⁵⁹ Atenção Domiciliar - “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde” Caderno de Atenção Domiciliar – Ministério da Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_1_vol_1_a_ad_e_o_sus_final.pdf. Acesso em 18 de abril de 2014.

emergir outras indagações sobre o sistema de saúde brasileiro, especialmente sobre seu caráter híbrido.

Desta forma, a partir das questões identificadas em nossa trajetória profissional dentro da saúde suplementar, foi iniciada a presente dissertação, mesmo com a certeza dos potenciais obstáculos a serem enfrentados na abordagem do tema. A proposta primeira da investigação tinha como objetivo a realização de análise do modelo adotado por uma operadora de autogestão em saúde, onde a investigadora realizava suas atividades profissionais, sobre a ótica dos seus trabalhadores. Todavia, considerando as dificuldades que surgiram desde o início do curso de mestrado, quanto às barreiras para localização de professor que aceitasse a proposta de orientação sobre o tema; as pressões gerenciais para o direcionamento desta pesquisa, dada a reestruturação organizacional da empresa, até os apontamentos realizados pela banca de qualificação do projeto da pesquisa, optou-se pela adequação desse objeto primário de estudo.

Cumpramos destacar que, além dos impedimentos anteriormente expostos, nos confrontamos ainda com a pouca visibilidade de material acadêmico acerca da saúde suplementar no que diz respeito à discussão do sistema dual⁶⁰ de assistência à saúde, e também devido a multiplicidade de eixos de debate os quais acabam por fragmentar a discussão do tema. A partir da hipótese de falta de perceptibilidade da discussão acadêmica acerca da duplicidade de cobertura de assistência à saúde, e da fragmentação dos eixos de discussão, identificamos nosso novo objeto de investigação como sendo a pesquisa bibliográfica das produções acadêmicas sobre saúde suplementar, acreditando que ela poderá contribuir para ampliação do debate quanto tema.

Para nos certificarmos acerca da hipótese apresentada, optamos pela análise da produção acadêmica oriunda dos cursos de Mestrado e Doutorado de Universidades, previamente selecionadas e disponíveis em ambiente virtual; e de

⁶⁰ Sistema Dual - Formato institucional baseado na articulação entre o sistema público e o sistema privado, que coexistem, configurando, portanto, diferenciadamente questões referentes a acesso, financiamento e produção de serviços.

artigos científicos, de bases definidas, sem delimitação de tempo, mas que tivessem o termo “saúde suplementar” como uma de suas palavras chave.

No que tange as publicações das Universidades, selecionamos inicialmente a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), que como escola de saúde pública conta com importantes discussões no campo da saúde suplementar, as quais, por sua vez, são utilizadas por diversos autores que discutem o assunto. Ressaltamos também que essa escola se constitui como a maior de saúde pública da América do Sul e a única de âmbito federal no Brasil, e ainda, foi dela que saíram os principais projetos os quais possibilitaram a construção e implantação do SUS, estabelecido, em 1988, pela nova constituição brasileira.

Para a escolha das demais instituições que seriam objeto desta análise, foi adotado o ranking divulgado em maio de 2014 pelo Quacquarelli Symonds University Rankings - QS⁶¹, o qual identificou as melhores Universidades da América Latina em um universo de 395 instituições. Na pesquisa desenvolvida pela QS, foram classificadas 300 Universidades a partir dos seguintes critérios: reputação acadêmica; reputação dos graduados no mercado de trabalho; número de alunos por professor na sala de aula; quantidade de publicação por professores; número de citações por publicação; proporção de professores com doutorado e a presença digital da instituição.

Vinte e um países latino-americanos foram representados nas 300 instituições selecionadas no ranking. O Brasil possui 78 universidades participantes na pesquisa, sendo que destas, 17 foram classificadas entre as 50 melhores entidades de ensino de 2014. Após o Brasil, temos o México com 46 instituições, Colômbia com 41, 34 da Argentina e 30 do Chile.

Das primeiras 50 universidades do ranking, selecionamos as quatro instituições de ensino localizadas no Estado do Rio de Janeiro, de forma a delimitarmos geograficamente nosso objeto de investigação. As Universidades

⁶¹ Organização internacional de pesquisa educacional que avalia o desempenho de instituições de ensino médio, superior e pós-graduação.

selecionadas foram: Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, quarta melhor instituição do ranking; Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC-Rio, com a décima oitava colocação e primeira instituição particular no ranking do Brasil; Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, trigésima quarta do ranking; e a Universidade Federal Fluminense - UFF com a quadragésima nona colocação.

No processo de levantamento das produções acadêmicas foi verificado que a UERJ e a UFF possuíam ferramenta de pesquisa do seu banco de dissertações e teses disponível através de Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. A Biblioteca Digital integra o Consórcio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) nacional, coordenado pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), o que inicialmente acreditamos facilitar nossa busca, entretanto, isto não se confirmou, uma vez que no momento da realização da pesquisa a partir da palavra composta “saúde complementar”, na ferramenta digital disponibilizada, o resultado obtido nos ofereceu todos os trabalhos que apresentavam as duas palavras de maneira independente, exigindo assim, a análise do conjunto de documentos para identificação do que cada um deles apresentava em correlação ao tema investigado.

Na Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, não foi possível realizarmos a pesquisa, considerando que o sistema integrado de busca aos acervos das bibliotecas e centros de documentação da instituição que incluía livros, arquivos multimídia, teses e dissertações, periódicos, partituras, material museológico e demais documentos estava indisponível para consultas durante o período da nossa busca, ocorrida entre 20 de maio a 30 de junho de 2014.

A busca efetivada na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC Rio identificou em sua biblioteca virtual, através do termo de busca “saúde suplementar”, todos os trabalhos disponíveis no acervo e não somente as dissertações e teses produzidas pela própria Universidade. Na análise do material disponível não foi localizada nenhuma produção da PUC Rio que tangenciasse a discussão acerca da saúde suplementar. Porém, foram reconhecidas produções da PUC – São Paulo, e por acreditarmos que a inclusão do referido material não contaminaria o resultado final da investigação em curso, foi concedido o acréscimo deste material à análise.

No que tange a análise de artigos produzidos sobre saúde suplementar, buscou se identificar se os materiais selecionados também traziam, em geral, a mesma conotação das dissertações e teses sobre o tema, com abordagem fragmentada acerca de diferentes discussões intrínsecas a própria operacionalização da saúde suplementar, sem contextualização da análise dentro do cenário brasileiro de saúde.

Optou-se pela pesquisa desses artigos no Portal BVS, o qual reúne informações de saúde de diferentes partes do mundo; e na Scielo biblioteca eletrônica que abrange uma vasta coleção de periódicos científicos brasileiros. Ainda sobre esse último acervo digital - Scielo -, sabe-se que ele é o resultado de um projeto de pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, em parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde - BIREME.

3.1. Dissertações e Teses

Na investigação empreendida nas quatro Universidades selecionadas e na Escola Nacional de Saúde Pública foram identificadas 58 produções entre os anos de 1991 e 2013, sendo 51 trabalhos de Mestrado e sete de Doutorado, distribuídas por Universidade conforme quadro 10:

Quadro 10- Dissertações e Teses por Universidade

	ENSP	UERJ	UFF	PUC	Total
Mestrado	31	06	07	07	51
Doutorado	04	02	-	01	07
Total	35	08	07	08	58

Observa-se que a diferença entre as produções de Mestrado e Doutorado pode ser atribuída à disparidade de profundidade e inovação exigida por cada um dos cursos. De acordo com estudo publicado em abril de 2013 pelo Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE)⁶², o número de títulos de mestrado concedidos no Brasil cresceu, em média, 11% ao ano. Além disso, em 14 anos, a quantidade de novos mestres quase quadruplicou, passando de 10.389 em 1996, para 38.800 em 2009, o que representou um crescimento de 273,5%.

A publicação *Mestres 2012: Demografia da Base Técnico-Científica Brasileira*⁶³ no período 1996-2009 apontou que os cursos de Mestrado apresentaram as seguintes taxas de crescimento por região, a saber, Nordeste - 179%; Sul - 184%; Centro-Oeste - 233%; Norte - 341%, o Sudeste que tradicionalmente possuía o maior número de cursos, ficou com média inferior a nacional de 126%, com crescimento de 82%.

De acordo ainda com a publicação, o aumento do número de mestres no país é resultado de políticas adotadas pela expansão da pós-graduação, com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Capes, aliado ao fenômeno do crescimento significativo da oferta de cursos pelas universidades particulares. Em 1996, estas instituições foram responsáveis por apenas 13,3% dos títulos de mestrado, em 2009, elas já respondiam por 22,4% do total.

O quadro 11 demonstra a evolução ao longo dos anos das publicações de Mestrado e Doutorado sobre Saúde Suplementar nas instituições investigadas.

Quadro 11- Dissertações e Teses por ano

ANO	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2006	2005	2004	2003	2002	1999	1998	1991
Publicações	02	05	08	04	04	01	05	02	18	04	01	01	01	01

⁶² Disponível em <http://www.brasil.gov.br/educacao/2013/04/numero-de-brasileiros-com-titulos-de-mestrado-cresce-11-ao-ano-no-pais>. Acesso em 10 de junho de 2014.

⁶³ Disponível em <http://www.brasil.gov.br/educacao/2013/04/numero-de-brasileiros-com-titulos-de-mestrado-cresce-11-ao-ano-no-pais>. Acesso em 10 de junho de 2014

Na pesquisa, portanto, foi possível verificar que o número de produções da ENSP é maior do que o número de todo material identificado nas quatro universidades pesquisadas, o que pode ser atribuída à especificidade da instituição na investigação de questões relativas à saúde pública.

O primeiro trabalho acadêmico identificado foi da própria ENSP no ano de 1991, desenvolvido ainda em um cenário de ausência de regulamentação do sistema privado de saúde e de crise política no interior do governo, com o então Presidente Fernando Collor de Mello - que logo após assumir o governo anunciou plano econômico de combate à inflação, alinhado as políticas de reforma do Estado, que confiscou provisoriamente contas de poupança, contas correntes e outras aplicações financeiras. Em seu programa de reforma do Estado extinguiu órgãos públicos, além de promover a privatização de inúmeras empresas públicas. Apesar das promessas de desenvolvimento do país, o Brasil enfrentou período de recessão econômica, com a queda da produção industrial do país, a expansão do desemprego e a redução do PIB de 453 bilhões de dólares, em 1989, para 433 bilhões em 1990.

Devido aos inúmeros escândalos de seu governo, o Presidente Fernando Collor de Mello foi afastado do cargo no início do ano de 1992, renunciando posteriormente. Itamar Franco, que era vice - presidente, assumiu o governo brasileiro entre 1992 e 1994 e, nesse período, implantou o Plano Real, com o seu ministro da economia Fernando Henrique Cardoso, o qual viria a se tornar presidente do país depois.

Entre os anos de 1991 e 1997, não foi possível identificar nenhuma produção em saúde suplementar nas bases consultadas, sendo os próximos trabalhos encontrados datados de 1998 e 1999. No ano de 1998, quando o país já estava sob o governo de Fernando Henrique Cardoso - que governou o país por dois mandatos consecutivos de 1995 a 1998 e de 1999 a 2002 -, o principal destaque foi Plano Real iniciado ao longo do seu governo anterior, além de ter lançado as políticas sociais de transferência de renda. Durante esse período, foram realizadas várias iniciativas de controle do mercado privado de assistência à saúde, culminando com a promulgação da lei de regulamentação dos planos de saúde em 1998. (Prates; Cunha; Lélis, 2011).

Após 1999, todavia, se observa uma nova parada nas produções acadêmicas, sendo retomadas em 2002, já com a ANS em funcionamento e adotando as primeiras iniciativas no sentido de mapeamento do mercado privado de saúde com a publicação de normas para o fornecimento de informações do cadastro de beneficiários e para o acompanhamento do ingresso de consumidores nos planos de saúde comercializados naquele momento. Além da criação das regras para a Declaração de Saúde, documento vinculado aos contratos de planos de saúde no qual o consumidor informava as doenças ou lesões pré-existentes, que saiba ser portador, no momento da contratação do plano. A partir do ano de 2002, se nota a frequência de produções sobre saúde suplementar até 2013, com exceção do ano de 2007 quando não foi identificado nenhum trabalho sobre saúde suplementar.

O cenário externo desfavorável que caracterizou a maior parte do período de 1999-2002 foi substituído por um ambiente profícuo no âmbito das finanças e do comércio mundial no período 2003-2007. Vale ressaltar que no ano de 2008, contudo, o aprofundamento da crise financeira internacional impactou a estabilidade econômica experimentada no Brasil. (Prates; Cunha; Lélis, 2011). Após crescer 4,7%, em média, durante o período de 2004 a 2007 e se expandir em 5,2% em 2008, o PIB brasileiro, em 2009, caiu 0,3% em relação ao ano anterior. (IBGE, 2010).

Outro presidente importante foi Luiz Inácio Lula da Silva, eleito por dois mandatos entre os anos de 2003 e 2010. O seu governo foi marcado por políticas sociais de transferência de renda, visando a redução da pobreza, o combate à fome e a erradicação da miséria no Brasil.

Na saúde suplementar, durante o governo Lula e início do governo Dilma Rousseff (sua correligionária e sucessora na presidência), temos importantes fatos, como a Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde (CPI dos planos de saúde), da qual resultaram propostas de aperfeiçoamento da regulação; a criação do Programa Parceiros da Cidadania, que abriu um canal de relacionamento com a sociedade civil organizada; o lançamento do Índice de Reclamações no portal da ANS; a criação do Caderno de Informação de beneficiários, operadoras e planos – Dados do Setor, posteriormente, expandidos, transformando-se, em 2006, no

Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos; o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) na área de Saúde, o Mais Saúde, que definiu como metas para a saúde suplementar a Portabilidade de Carências, Acreditação, Revisão do Processo de Ressarcimento ao SUS, Fundo Garantidor e Diretrizes Clínicas; a implementação da portabilidade de carências no mercado de saúde suplementar, entre tantas outras já destacadas ao longo desta investigação.

3.1.1.

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP

A ENSP⁶⁴ atua na capacitação e na formação de recursos humanos para o SUS e para o sistema de ciência e tecnologia; na produção científica e tecnológica; e na prestação de serviços de referência no campo da saúde pública. Por ser a única escola de saúde pública do país, mantém cooperações técnicas em todos os Estados e Municípios Brasileiros, e com várias instituições nacionais e internacionais atuantes em diversos campos da saúde.

Por sua tradição acadêmica e por fazer parte do cenário de construção do conceito brasileiro de saúde, desde 1954, seus profissionais são considerados atores da política de saúde do país. Já formou aproximadamente 1.010 alunos de mestrado acadêmico, sendo 37 estrangeiros, e 296 de doutorado, sendo 34 estrangeiros.

Verifica-se ampla produção acadêmica dos profissionais oriundos de seus quadros acerca da saúde suplementar, o que revela a compreensão deste segmento da saúde não poder ser considerado como algo isolado do sistema de saúde brasileiro, mas, ao contrário, parte significativa do todo, que atende cerca de 25% da população brasileira, em um quadro de cobertura duplicada, uma vez que também estão resguardados pelo SUS.

⁶⁴ Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/>. Acesso em 30 de abril de 2014.

Em pesquisa realizada no seu acervo bibliográfico foi possível identificar produções de outras universidades, e através do termo saúde suplementar foram encontrados 58 trabalhos, sendo 34 produções da própria Escola. A primeira produção em saúde suplementar constatada nesta investigação foi da ENSP com a dissertação de Mestrado da professora associada da UFRJ Lígia Bahia⁶⁵. Suas produções foram largamente utilizadas na elaboração desta dissertação, além de ser citada em muitos artigos sobre o setor.

Lígia Bahia, em seu mestrado em Saúde Pública, concluído em 1991, quando o Brasil sofria os impactos da reforma do Estado e do desinvestimento nas políticas públicas, realizou estudo exploratório sobre os serviços de saúde do Brasil da década de 1980, antes da regulamentação governamental da saúde privada. Porém, o mercado já apresentava sinais evidentes de falhas na prestação de serviços de saúde, e vários segmentos da sociedade já falavam sobre a necessidade de regulação do setor. Realçamos ainda que a situação sócio-econômica do Brasil na entrada dos anos 1980 refletia a herança da ditadura militar com um modelo político ideológico pautado no controle e repressão.

A década de 1980 se caracterizou por várias mudanças tanto de ordem social, com a abertura política, quanto econômica devido à crise financeira do país, com algumas transformações no campo da saúde no Brasil, conforme destacado no Capítulo I deste trabalho. Constituindo campo fértil para a mobilização popular em prol de maior atenção do Estado para com as questões sociais, principalmente a saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde conquistou a incorporação de várias de suas proposições na Assembleia Constituinte, culminando a criação do SUS e, especialmente, o rompimento com o modelo curativo de atenção à saúde.

⁶⁵ Lígia Bahia - Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1980), mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1990) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1999). Atualmente é professora associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro. . Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Políticas de Saúde Planejamento, principalmente nos seguintes temas: sistemas de proteção social e saúde, relações entre o público privado no sistema de saúde brasileiro, mercado de planos e seguros de saúde, financiamento público e privado, regulamentação dos planos de saúde. Disponível em :<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?metodo=apresentar&id=K4784162J5>. Acesso em 15 de junho de 2014.

Lígia Bahia, em sua tese de doutorado de 1999 - Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil abordou o mercado de planos e seguros no Brasil, a partir do pressuposto de que os planos e seguros privados de saúde integrariam o sistema de proteção social brasileiro, em seu caráter dual público e privado.

Na década de 1990, as questões relacionadas aos planos de saúde tornaram-se ainda mais cadentes na sociedade brasileira, como abordado no Capítulo II, pois, houve inúmeras e frequentes denúncias de usuários acerca dos aumentos abusivos de preços, restrição para admissão de beneficiários aos planos, além da tradicional negativa de autorização de procedimentos. Fazendo com que diferentes atores da sociedade compusessem a onda de solicitações para normatização do setor, dentro deste quadro, destacamos que, especialmente, a partir da segunda metade da referida década, foram observadas ações por parte do Estado no sentido de disciplinar este mercado (mesmo diante de forte resistência das operadoras), como, por exemplo, a promulgação da Lei nº 9.656 cuja regulamentação do setor criou, além da criação do DESAS que poderia ser descrito como o embrião da ANS, criada na década seguinte.

As produções realizadas pela ENSP, no período de 1991 a 2012, se encontram classificadas conforme Quadro 12 e distribuídas ao longo dos anos como aponta o Quadro 13.

Quadro 12- Produções ENSP

ENSP	
Total de Produções	35
Doutorado	04
Mestrado	31

Quadro 13 - Produções ENSP por ano

Ano	Quantidade de produções
2012	01
2011	04
2010	02
2009	02
2004	18
2003	04
2002	01
1999	01
1998	01
1991	01

Os resumo das dissertações e teses selecionadas na investigação se encontram no Quadro 14.

Quadro 14 - Resumo produções em saúde suplementar - ENSP

Título	Autor	Tipo de documento	Ano	Resumo
Políticas governamentais e planos privados de assistência odontológica no Brasil	Cristine Vieira	Tese Doutorado	2012	A tese analisa a atenção de saúde bucal dependente da política governamental no Brasil.
Negativas de cobertura pelas operadoras de planos de saúde: análise das denúncias de beneficiários encaminhadas a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Jeane Regina de Oliveira Machado	Dissertação de Mestrado	2011	O objetivo dessa pesquisa é analisar as negativas de cobertura praticada pelas operadoras, do ponto de vista do item negado (procedimentos, medicamentos, próteses, órteses e materiais especiais).
Sistema de comunicação de internação hospitalar: avaliação da qualidade das informações	Plauto Ricardo de Sa Benevides.	Dissertação de Mestrado	2011	Este estudo visa explorar o Sistema de Comunicação de Internação Hospitalar (CIH) propondo critérios para avaliação da qualidade dos dados, com o objetivo de sinalizar a existência dos aspectos limitantes, e contribuir para a melhoria da qualidade dos dados dessa importante fonte de informação.

Utilização de serviços do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde	Celina Maria Ferro de Oliveira	Dissertação de Mestrado	2011	A presente pesquisa tem como objeto analisar a utilização de serviços de saúde financiados pelo Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde e pretende contribuir para o debate sobre o mix público-privado no sistema de saúde brasileiro
Dinâmica de construção de relações sociais: estudo dos valores sociais no contexto da saúde suplementar no Brasil	Paulo Ferreira Vilarinho.	Tese de Doutorado	2011	O presente estudo tem por objetivo analisar a evolução dos fatores históricos que ensejaram a formação do atual desenho do setor de saúde suplementar no Brasil, tendo por principal base teórica a proposição da estruturação de Anthony Giddens.
As análises econômicas na incorporação de tecnologias em saúde: reflexões sobre a experiência brasileira	Vania Cristina Canuto Santos,	Dissertação de Mestrado	2010	Nas últimas décadas, os gastos crescentes no setor saúde vêm preocupando diversos países, em especial, aqueles cuja atenção à saúde é garantida pelo setor público, o presente estudo tem como objetivo avaliar os impactos econômicos da incorporação de novas tecnológicas.
Análise do quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde e entidades vinculadas nos anos 2000	Luciane Galdino Alberto.	Dissertação de Mestrado	2010	Este estudo analisa a situação do quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde e entidades vinculadas a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) _ no período de 2000 a 2008, segundo algumas variáveis selecionadas, com destaque para o tipo de vínculo desses trabalhadores.
Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de assistência privada à saúde: avaliação das ações de uma empresa de autogestão na prevenção de doenças cardiovasculares	Danielle Conte Alves	Dissertação de Mestrado	2009	O presente trabalho tem como objetivo explorar a associação entre a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares e a utilização de serviços de saúde, além dos correspondentes custos na atenção à saúde dos beneficiários de uma operadora de plano de saúde, a Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI).
O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada	Isabela Soares Santos	Dissertação de Mestrado	2009	Objetiva analisar o mix público-privado no sistema de saúde brasileiro, seus efeitos na desigualdade de uso, financiamento e oferta de serviços de saúde e o modelo de regulação vigente.
O modelo de agência reguladora e a ANS: construção do regime regulatório na saúde suplementar	Maria Thereza Carolina de Souza Gouveia	Dissertação de Mestrado	2004	Este estudo visa desenvolver uma análise sobre o regime regulatório brasileiro, com enfoque sobre o mercado operador de planos privados de assistência à saúde e o papel da Agência Nacional.
A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil: barreiras a	Angela Maria Araujo,	Dissertação de Mestrado	2004	A presente dissertação tem como objetivos estudar os instrumentos regulatórios mais utilizados para a intervenção do Estado na regulação da atividade econômica, concentrando-

entrada e a saída de operadoras de planos privados de assistência a saúde				se na instituição de barreiras a entrada e a saída das operadoras de planos privados de assistência à saúde no mercado de saúde suplementar e demonstrar a adequação das operadoras a legislação vigente
Bioética na incorporação de procedimentos, um olhar exploratório na saúde suplementar	Liliana Maria Planel Lugarinho	Dissertação de Mestrado	2004	Esta dissertação analisa, na visão da Bioética, distintos critérios de avaliação de tecnologias em saúde.
Perfil das operadoras cujo único prestador e o hospital próprio	Maria Letícia dos Santos Mendes	Dissertação de Mestrado	2004	Este trabalho traça o perfil de 80 operadoras registradas na Agência Nacional de Saúde (ANS) que tem o hospital próprio como único prestador.
O ressarcimento ao SUS: análise do perfil de utilização do sistema único de saúde segundo período da contratação dos planos	Maria Angela Nogueira Scatena	Dissertação de Mestrado	2004	O estudo aborda o perfil dos usuários do SUS que possuem planos de saúde.
Adaptação das operadoras de planos de saúde de pequeno porte ao plano de contas padrão da ANS	Olavo Ribeiro Salles	Mestrado	2004	O objetivo deste estudo é verificar eventuais problemas de adaptação das operadoras de pequeno porte ao Plano de Contas Padrão da ANS, visando permitir ao órgão receber informação contábil de melhor qualidade.
Estudo econômico-financeiro da Agência Nacional de Saúde Suplementar para o equilíbrio da função de órgão regulador	Rosena Maria Bastos de Melo	Mestrado	2004	Este estudo teve como objetivo geral analisar o processo orçamentário da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, pretendendo conhecer sua limitação de receitas e a expansão de seus gastos na tentativa de avaliar sua autonomia financeira - inerente a todo órgão regulador, face ao cumprimento de suas metas estabelecidas no contrato de gestão.
Estudo para elaboração do manual de procedimentos do diretor fiscal de operadoras de plano de saúde para regimes especiais	Cezar Melo Araújo.	Mestrado	2004	
Contrato de gestão: uma das formas de controle das agências reguladoras pelo governo	Márcia Regina Ungarette,	Mestrado	2004	Este trabalho constitui um esforço para a compreensão do contrato de gestão como um instrumento válido de acompanhamento e avaliação do desempenho das agências reguladoras.
O regime jurídico da taxa de saúde suplementar	Edivaldo Homobono Santa Brigida,	Mestrado	2004	Esta dissertação tem como escopo analisar a adequação ao ordenamento constitucional vigente do regime jurídico da Taxa de Saúde Suplementar (TSS), instituída pelo art. 18 da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, cujo fato gerador e o poder de polícia atribuído legalmente a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Autorização de funcionamento: importância para o mercado de saúde suplementar	Helio Jayme Martins Froes Cruz	Mestrado	2004	A proposta deste trabalho consiste em demonstrar o quanto o instituto da autorização de funcionamento pode se tornar uma importante ferramenta regulatória capaz de induzir o mercado de saúde suplementar a ser competitivo, transparente e estável, contribuindo para o desenvolvimento sustentável do setor.
Análise da estrutura econômica da saúde suplementar: em busca de uma estrutura eficiente de mercado.	Carlos Alexandre Lima Nogueira	Mestrado	2004	O objetivo deste estudo é analisar a estrutura patrimonial e financeira das operadoras a partir dos portes definidos na regulação.
Construção das bases técnicas e metodológicas para o desenvolvimento de um plano estratégico de gestão de recursos humanos para regulação em saúde suplementar	Ines Regina Ferreira	Mestrado	2004	Esta dissertação se constitui de estudo empírico sobre a organização dos processos de trabalho de uma agência reguladora, e sua vinculação com uma proposta de gestão de desenvolvimento de recursos humanos dos agentes reguladores.
Cobertura e utilização de serviços de saúde suplementar no Estado de São Paulo, ano de 2002.	Marizelia Leão Moreira	Mestrado	2004	Este estudo promoveu a análise da assistência hospitalar financiada por convênios e informada ao Ministério da Saúde através do Comunicado de Internações Hospitalares (CIH), no Estado de São Paulo para o ano de 2002.
Saúde Suplementar no Brasil: Um estudo a Dinâmica Industrial pós-regulamentação	Samara Rachel Vieira Nitao	Mestrado	2004	Este trabalho tem como objetivo analisar as mudanças introduzidas pela regulação, utilizando a técnica de análise das indústrias descrita por Porte.
Gerência de assistência a saúde no setor de saúde suplementar: uma experiência	Mario Luiz Cardoso de Araújo	Mestrado	2004	Trata o presente trabalho de revisar os conceitos de promoção à saúde e saúde ocupacional à luz de sua crucial importância no desenvolvimento de ações de prevenção em saúde no âmbito do mercado privado de oferta de serviços de saúde.
Um estudo sobre parâmetros para a oferta de serviços de saúde: dimensionamento nos planos de assistência à saúde	Luzia Lamosa Arantes	Mestrado	2004	Este trabalho analisa parâmetros para o dimensionamento de serviços, de equipamentos e de profissionais na atenção a saúde.
Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura do mercado de saúde suplementar	Luciana Souza da Silveira	Mestrado	2004	Este trabalho tem como objetivo mostrar que a implementação de medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde pode conceber modelos mais compatíveis com as necessidades de bem-estar dos beneficiários de planos privados de assistência a saúde, além de apontar saídas para o reordenamento da situação econômico-financeiro das empresas operadoras desses planos.
As operadoras de planos de privados	Eduardo Jorge	Mestrado	2003	Este trabalho tem como objetivo analisar as principais estratégias competitivas utilizadas

de assistência à saúde no marco do novo modelo de regulação	Araújo Duarte			pelas operadoras de planos privados de assistência médica no município do Rio de Janeiro após o surgimento da ANS.
Modelo organizacional da UNIMED: estudo de caso sobre medicina suplementar	Cristina Maria Rabelais Duarte	Mestrado	2003	O objetivo do presente trabalho foi avaliar as características do modelo organizacional da Unimed e delinear algumas tendências e perspectivas frente aos novos padrões de regulação vigentes a partir do início deste século.
A assistência médica suplementar no Paraná, estudo de caso: convênio empresa-Unimed na região de Ponta Grossa	Elisabete Aparecida Antunes do Nascimento	Mestrado	2003	Este estudo, objetivando estudar a atenção médica suplementar focalizando sua atuação no Estado do Paraná, pesquisa os convênios firmados por duas indústrias de Ponta Grossa (Paraná) com a operadora de assistência médica suplementar – Unimed.
Caracterização da autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar	Anete Maria Gama	Mestrado	2003	Este trabalho se constitui num esforço para compreensão da autogestão como programas de assistência médica e hospitalar disponibilizado nos moldes de plano de saúde
Texto e argumento, palco e bastidor. Artefatos na implementação das políticas regulatórias	Leda Maria de Vargas Rebello	Doutorado	2002	Essa tese busca descrever o processo de implementação das políticas regulatórias no setor da saúde suplementar a partir do novo modelo regulatório na administração federal pública brasileira.
Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil	Ligia Bahia	Doutorado	1999	Este trabalho examina o mercado de planos e seguros no Brasil, procurando ressaltar mudanças nas relações público-privado que o estruturam.
A experiência psicanalítica: algumas questões a partir do ambulatório público de saúde dos trabalhadores	Clarice Padilla Gatto	Mestrado	1998	A experiência psicanalítica tomada a partir de alguns pontos emergentes no dia-a-dia do ambulatório público especializado em saúde dos trabalhadores,.
Oferta e produção de serviços de saúde no Brasil na década de 80: um estudo exploratório	Ligia Bahia	Mestrado	1991	Este trabalho consiste numa reflexão analítica sobre a universalização dos serviços de assistência médico-hospitalar no Brasil na década de 80, processo que se dá através de uma reestratificação do perfil das clientela e da expansão de empresas médicas.

A partir da análise dos trabalhos da ENSP, salientamos que, na década de 1990, três produções foram realizadas, porém duas delas, já destacadas anteriormente, correspondem aos trabalhos de Lígia Bahia. Saltando para o ano de 2002, temos somente uma tese de doutorado, já com o mercado de saúde suplementar regulado e com a agência reguladora do setor criada, o qual abordou exatamente o processo de implementação da agenda regulatória.

No ano de 2003, dois trabalhos realizaram análise de estudos de caso da Unimed ⁶⁶, à luz da regulação. Vale destacar que, conforme abordado no Capítulo II, a Unimed foi criada pelos médicos que se sentiam vilipendiados em seu direito de exercer a medicina, dada a pressão exercida pelos planos de saúde para o controle de custos e disciplinamento dos atendimentos, com estabelecimento de tempo máximo para as consultas, por exemplo. Com o desenvolvimento do mercado, a Unimed adotou uma lógica semelhante a de gestão dos demais planos de saúde, com os mesmos critérios para negativa de procedimentos, auditoria hospitalar, entre outros, os quais estão sujeitos à regulamentação, como as demais operadoras.

A Unimed guarda como diferença, em relação aos demais planos de saúde, o processo de trabalho dos médicos, tendo em vista que esses não são credenciados ao plano, como nas demais operadoras, mas cooperados, isso mais do que uma diferença semântica, proporciona que sejam incorporados a rede credenciada da cooperativa ⁶⁷ pelo pagamento da sua adesão, e não pela análise do seu currículo, ou pela capacidade de absorção de credenciados em determinada região. A entrada na cooperativa ainda garante aos profissionais o direito a voto nas assembleias para a escolha do presidente da cooperativa.

A outra produção de 2003, de Anete Maria Gama, também realizou estudo de caso, mas com foco na modalidade de autogestão, a qual é definida pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS ⁶⁸ (2005, p.55), como:

⁶⁶ A Unimed é o maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo e também a maior rede de assistência médica do Brasil, presente em 83% do território nacional. O Sistema nasceu com a fundação da Unimed Santos (SP) pelo Dr. Edmundo Castilho, em 1967, e hoje é composto por 353 cooperativas médicas, que prestam assistência para mais de 19 milhões de clientes em todo País. Disponível em http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=49094. Acesso em 14 de junho de 2014

⁶⁷ Cooperativas – forma de organização do cooperativismo que é um movimento, filosofia de vida e modelo socioeconômico capaz de unir desenvolvimento econômico e bem-estar social. Seus referenciais fundamentais são: participação democrática, solidariedade, independência e autonomia. Estas diferenças fazem do cooperativismo a alternativa socioeconômica que leva ao sucesso com equilíbrio e justiça entre os participantes.

⁶⁸ A UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, é uma entidade associativa sem fins lucrativos, representante do segmento de autogestão no Brasil, que compreende um universo de mais de cinco milhões de beneficiários atendidos por programas de assistência à saúde e administrada pelas instituições filiadas. A entidade atua por meio de 27 Superintendências Estaduais que congregam mais de 140 instituições, cujas atividades desenvolvem-se sob rígidos princípios de

O modelo em que a própria organização administra o programa de assistência à saúde dos seus empregados e dependentes. O objetivo é proteger e promover a saúde dos beneficiários, com recursos e serviços credenciados, mediante convênios, ou de livre-escolha, por meio de reembolso. Ambos os tipos dispensam a contratação das empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas, seguradoras, entre outras, eliminando os custos com o processo de intermediação.

Essa produção de Gama (2003) foi um das primeiras leituras alcançadas nesta investigação, considerando, como já citado, que inicialmente nossa dissertação tinha como foco a realização de uma análise institucional de uma operadora de autogestão. A autora, além de discutir o modelo de autogestão, realizou análise de como este modelo diferenciado de assistência à saúde serviu de parâmetro para a regulamentação do setor suplementar, atuando, dessa forma, como colaboradora do processo de regulamentação. E também estudou sobre a trajetória de constituição do plano de autogestão para funcionários de uma fundação do governo federal, FioSaúde⁶⁹, abordando questões relativas à gestão do plano, a eletividade dos participantes, estrutura jurídica e institucional, financiamento e relacionamento com os prestadores de serviço.

A última produção, do ano de 2003, tem como foco analisar as operadoras de saúde à luz da nova regulamentação do setor.

Já no ano de 2004, foram identificados 18 dissertações de mestrado, cinco destes trabalhos se centralizaram na investigação sobre a própria ANS, a partir de óticas diferenciadas, como contrato de gestão, utilizado, consoante ao Capítulo II,

ética, solidariedade e cooperação. Disponível em http://www.unidas.org.br/institucional/inst_apresentacao.php. Acesso em 03/02/2013.

⁶⁹ A FioSaúde surgiu com o nome de *FioPrev Saúde* no dia 5 de agosto de 1991 - com o objetivo de acolher à demanda dos servidores da Fiocruz, oferecendo uma alternativa de atendimento médico e hospitalar de qualidade. No princípio, era administrado externamente por uma empresa especializada que cuidava não só do plano dos servidores da Fiocruz, mas também de planos de várias empresas. Diante da necessidade de se controlar de perto a qualidade do atendimento prestado a administração do FioSaúde, foi passada para a responsabilidade do Instituto Oswaldo Cruz de Seguridade Social – FioPrev. Em 2011, foi colocado em prática o projeto de ter a administração do plano de saúde sem vinculação ao FioPrev, através da criação da Caixa de Assistência Oswaldo Cruz - FioSaúde - a entidade que atualmente administra o plano de saúde. Disponível em: <http://www.fiosaude.org.br/historia>. Acesso em 07 de junho de 2014.

para contratação dos quadros da diretoria colegiada, em uma tentativa de evitar a influência política nas decisões da agência; a construção do manual de procedimentos da Diretoria Financeira; a formação dos quadros técnicos da agência, à época, recém criada no ano de 2000; e os recursos econômicos da agência. Os demais trabalhos elaborados seguem a linha do estudo de caso e dos impactos da regulamentação do setor de saúde suplementar nas operadoras de saúde.

Observa-se um hiato de cinco anos na produção sobre saúde suplementar na ENSP. Todavia, a ausência de produções não significou que o mercado de saúde suplementar estivesse adormecido, ao contrário, identificamos importantes questões e modificações no período, como o lançamento do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, com a avaliação da qualidade das operadoras e o desempenho institucional da ANS; criação do padrão TISS - Troca de Informação em Saúde Suplementar, o qual organizou e padronizou as informações trocadas entre prestadores de serviços e operadoras por meio das guias de atendimento utilizadas pelos planos de saúde; além da implantação do conceito de promoção da saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar.(ANS, 2014).

Em 2009, temos apenas dois trabalhos, sendo um deles estudo de caso sobre a Cassi, a mais antiga empresa de autogestão fundada em 1944, no que tange ao programa de promoção e prevenção à saúde de doenças cardiovasculares, avaliando a relação custo e benefício da implantação deste programa. E o de Isabela Souza Santos cuja relação público e privado na saúde abordou, e também foi utilizado na construção da presente investigação por apresentar contextualização do crescimento do mercado privado em saúde no Brasil e nos oferecer elementos para a discussão do tema.

No ano de 2010, temos duas dissertações de Mestrado, uma delas abordando o crescimento dos custos em saúde, especialmente no que diz respeito à incorporação de novas tecnologias, considerando que, no ano de 2008, após ampla discussão entre diferentes atores do setor de saúde suplementar, passou a vigorar nova versão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Assegurando ao consumidor mais de 100 novas coberturas, tais como consultas multiprofissionais, procedimentos

contraceptivos, transplantes autólogos, entre outras. (ANS, 2014). A incorporação de novos procedimentos é sempre destacada pelas operadoras de saúde como o grande vilão dos custos do setor, sendo aproveitado como argumento para o reajuste de mensalidade dos planos individuais e coletivos.

Já outra dissertação abordou o quadro de trabalhadores da ANS, assim como de outras agências reguladoras, especialmente no que diz respeito ao vínculo empregatício que possuíam no período de 2000 a 2008, considerando a implantação do modelo regulação por agências no Brasil, a partir da segunda metade da década de 1990, com a reforma do Estado, conforme abordado no Capítulo II. Isso ainda merece destaque porque mesmo tendo iniciado suas atividades no ano de 2000, somente em 2005, foi realizado o primeiro concurso público da ANS, até então a agência funcionava com empregados cedidos especialmente do Ministério da Saúde, a quem está vinculada, e com empregados terceirizados.

Em 2011, observamos quatro trabalhos, um deles possuía como objeto de pesquisa as negativas de cobertura dos planos de saúde encaminhadas à ANS, considerando que no ano de 2010, foi criado o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar – NIP, com a finalidade de tentar solucionar os conflitos entre consumidores e operadoras de planos privados de saúde, nas situações de negativa de cobertura informadas pelos consumidores à ANS. (ANS, 2014). O Outro trabalho abordou o Sistema de Comunicação de Internação Hospitalar (CIH)⁷⁰ propondo critérios para avaliação da qualidade dos dados, com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade dos dados dessa importante fonte de informação.

⁷⁰ Estabelecido pela Portaria nº 221/GM, de 24 de março de 1999 imputando a obrigatoriedade de todas as unidades hospitalares situadas no território nacional, públicas e privadas, integrantes ou não do SUS, passarem a informar ao Ministério da Saúde, por intermédio do gestor local do SUS (Secretaria Estadual de Saúde/SES ou Secretaria Municipal de Saúde/SMS), a ocorrência de todos os eventos de internação hospitalar, independente da fonte de remuneração dos serviços prestados. A Portaria Nº 1.171, de 19 de maio de 2011 alterou a denominação de Comunicação de Internação Hospitalar (CIH) para Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA). Disponível em :<http://ciha.datasus.gov.br/CIHA/index.php?area=02>. Acesso em 09 de junho de 2014.

O terceiro trabalho, realizado no ano de 2011, teve como fim o estudo sobre a utilização de serviços de saúde do SUS por beneficiários de planos de saúde. Sobre isso e com a Lei nº 9.656/1998, foi criado o ressarcimento ao SUS, objetivando a criação da obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde de restituir as despesas do SUS no eventual atendimento aos seus beneficiários. Os valores a serem ressarcidos não podem ser inferiores aos praticados pelo SUS, e tampouco superiores aos praticados pelas operadoras de planos privados de atenção à saúde. Porém, os valores devidos podem ser parcelados em até 60 vezes, por meio do Requerimento de Parcelamento de Débito (RPD), a partir da constituição e da confissão da dívida. O último trabalho do ano de 2011 analisou como ocorreu a configuração do setor de saúde suplementar.

A produção final da ENSP é do ano de 2012 e abordou a atenção de saúde bucal brasileira e sua relação com os planos odontológicos existentes no país. A assistência odontológica pode ou não estar incluída nos planos de assistência médica ou se constituir em um plano exclusivamente odontológico. De acordo com dados da ANS, referentes ao ano de 2013, o panorama dos planos exclusivamente odontológicos está descrito no Quadro 15.

Quadro 15- Número de beneficiários nos planos odontológicos

Planos exclusivamente odontológicos	Total de Beneficiários
Total geral	20.740.761
Individual ou Familiar	3.705.012
Coletivo Empresarial	14.963.906
Coletivo por adesão	1.876.903
Coletivo não identificado	105.486
Não Informado	89.454

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 12/2013.

3.1.2. Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ ⁷¹

Com mais de 60 anos, a UERJ, nascida Universidade do Distrito Federal, teve seu nome alterado inicialmente para Universidade do Rio de Janeiro (URJ), na década de 1950, logo depois em 1961, com a mudança da capital do país para Brasília, passou a se chamar Universidade do Estado da Guanabara (UEG) e finalmente, em 1975, ganhou o nome definitivo de Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

A UERJ oferece 32 cursos de graduação e 54 Programas de Pós-graduação stricto sensu credenciados pela CAPES, com 48 cursos de mestrado acadêmico, 38 cursos de doutorado e 5 mestrados profissionais; e aproximadamente 100 cursos de pós-graduação lato sensu em diversas áreas do conhecimento.

As Unidades Acadêmicas - Faculdades, Institutos, Serviços, Núcleos - estão distribuídas em quatro centros setoriais, a saber, Biomédico, Ciências Sociais, Educação e Humanidades e o de Tecnologia e Ciências.

O Centro Biomédico reúne as Faculdades de Ciências Médicas, de Enfermagem, de Odontologia; Institutos de Biologia, de Medicina Social - IMS e de Nutrição; e unidades docente-assistenciais : Hospital Universitário Pedro Ernesto, Policlínica Piquet Carneiro e dois núcleos temáticos – o de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) e o de Pesquisa e Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD). Das faculdades e institutos congregados ao Centro Biomédico merece destaque o Instituto de Medicina Social, que possui como objetivo aprofundar e sistematizar reflexões sobre as questões de saúde. Em nossa pesquisa, o IMS revelou maior número de produções da UERJ, manifestando, assim como na ENSP, a preocupação com o segmento de saúde suplementar dentro da discussão de saúde coletiva no país.

O Mestrado em Saúde Coletiva, nessa instituição, teve início em 1987, como uma ampliação do Mestrado em Medicina Social. Já em 1991, foi criado o Doutorado

⁷¹ Disponível em: <<http://www.uerj.br/>>. Acesso em: 30 mar. 2014.

em Saúde Coletiva. Posteriormente, foi fundado o Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC), com o alvo de difundir a produção de conhecimento científico e promover maior cooperação entre o IMS e outras instituições. O centro de Ciências Sociais congrega as Faculdades de Administração e Finanças, Ciências Econômicas, Direito, Serviço Social, e o Instituto de Filosofia e Ciências Humanas que engloba os cursos de História, Filosofia, e Ciências Sociais. O CEH - Centro de Educação e Humanidades reúne as Faculdades, de Comunicação Social, de Educação, de Educação da Baixada Fluminense, de Formação de Professores; e os Institutos de Aplicação Fernando Rodrigues da Silveira – CAp-UERJ ; de Artes, de Educação Física e Desportos, de Letras, de Psicologia, e Multidisciplinar de Formação Humana com Tecnologias.

Na busca pela biblioteca digital⁷² da UERJ foi identificado somente um documento com o filtro saúde suplementar, de título: Análise de custo de um programa de prevenção de internação para idosos no ambiente da saúde suplementar, da autora Kylza Aquino Estrella de Souza e defendido no ano de 2008. Essa tese realizou uma análise de custo de um programa de prevenção de internação hospitalar para idosos, no ambiente da saúde suplementar. O programa avaliado era voltado para idosos considerados de risco, e isso era medido de acordo com um questionário que ponderava a probabilidade de risco de internação hospitalar.

Em busca aleatória com termos correlacionados ao debate da saúde suplementar como: sistema de saúde, planos de saúde, seguros saúde, foram filtrados 806 trabalhos, nos quais reconhecemos oito documentos os quais apresentavam discussão acerca da Saúde Suplementar, distribuídos entre dissertações e teses, conforme Quadro 16, e por ano, no Quadro 17.

⁷² Disponível em: <<http://www.bdtd.uerj.br/>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

Quadro 16 - Dissertações e Teses - UERJ

UERJ	
Total de Produções	08
Doutorado	02
Mestrado	06

Quadro 17- Produções UERJ por ano

Ano	Quantidade de produções
2013	02
2012	01
2011	02
2010	02
2006	01

Encontram-se no Quando 18, as dissertações e teses encontradas no acervo digital da UERJ:

Quadro 18- Resumo das produções em saúde suplementar da UERJ

Título	Autor	Tipo de documento	Área	Ano	Resumo
Os caminhos da avaliação de desempenho do setor saúde no Brasil: os dois lados do mesmo sistema de saúde	Danielle Furtado de Oliveira	Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva	Instituto de Medicina Social Saúde Coletiva	2013	Esta revisão de literatura é fruto de indagações sobre a mudança na postura do Estado brasileiro no que concerne à avaliação na atualidade. A temática desta pesquisa é a inserção da ferramenta da avaliação de desempenho da saúde no Brasil.
Procedimentos utilizados pela Auditoria Interna para detecção de fraudes: estudo de caso em uma empresa privada operadora de planos de saúde	Soraya Soares Guimarães	Dissertação de Mestrado	Centro de Ciências Sociais Faculdade de Administração e Finanças	2013	A presente pesquisa objetiva verificar se os procedimentos utilizados pela Auditoria Interna na detecção de fraudes em uma empresa privada operadora de planos de saúde permitiram a coleta de evidências confiáveis e suficientes para suportar as conclusões dos auditores sobre os fatos reportados nos relatórios de

					auditoria interna.
A mercantilização na saúde e a hegemonia do capital financeiro	Rodrigo de Oliveira Ribeiro	Dissertação de Mestrado	Centro de Ciências Sociais Faculdade de Serviço Social	2012	A presente dissertação analisa como a lógica do capital penetrou na saúde como resultado da necessidade de expansão das forças produtivas.
As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das mudanças do papel do Estado	João Boaventura Branco de Matos	Tese de Doutorado	Instituto de Medicina Social Saúde Coletiva	2011	Esta tese analisa a trajetória, os desafios e as perspectivas da regulação em saúde suplementar, contextualizados num ambiente de grandes transformações do papel dos Estados nacionais e das relações entre a Economia e a Política no âmbito mundial e no Brasil.
O acesso aos exames de alta complexidade nos planos de saúde privados na perspectiva dos usuários*	Nádia Regina da Silva Pinto	Dissertação de Mestrado	Centro Biomédico Faculdade de Enfermagem	2011	A dissertação trata do acesso aos serviços de alta complexidade, particularmente os exames diagnósticos e complementares, estudado entre usuários de planos de saúde privados que buscam atendimento e diagnóstico especializado
Análise da eficiência técnica das operadoras de planos de saúde com a utilização da análise envoltória de dados	Paula de Almeida Hashimoto **	Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva	Instituto de Medicina Social Saúde Coletiva	2010	Esta dissertação tem como objetivo a análise da eficiência técnica das operadoras de planos de saúde vis-à-vis a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no período de 2003 a 2008
Encarando um mundo instável e incerto: experiências regulatórias face aos riscos relativos aos seguros saúde	Pedro Paulo Salles Dias Filho	Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva	Instituto de Medicina Social	2010	O foco deste trabalho é o estudo dos amortecedores automáticos para contornar crises em sistemas de seguro privado em saúde, com vistas a proteger os consumidores de planos e seguros saúde das incertezas.
A relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: repensando o papel do Estado.	Maria Helena Leal Castro	Tese de Doutorado em Saúde Coletiva	Instituto de Medicina Social	2006	Este estudo analisa o papel do Estado no contexto do Sistema de Saúde Brasileiro, sob a ótica das relações público/privadas, usando como contraponto experiências internacionais, particularmente as reformas ocorridas nos países cêntricos.

Dos oito trabalhos encontrados em nossa busca, seis deles são do Centro Biomédico, cinco, produções do Instituto de Medicina Social e um da Faculdade de

Enfermagem. Os outros dois trabalhos são do Centro de Ciências Sociais, em que um é da Faculdade de Serviço Social e outro da Faculdade de Administração e Finanças.

As produções da UERJ sobre saúde suplementar tiveram início no ano de 2006, quando podem ser observados alguns avanços no que diz respeito a regulamentação dos planos de saúde, como a garantia de assistência aos beneficiários de operadoras com problema econômico-financeiro; a Reparação Voluntária e Eficaz, que possibilitou a ação reparatória dos danos ou prejuízos causados pela conduta de uma operadora antes da lavratura do auto de infração. O primeiro trabalho discutiu a relação público e privado na constituição do Sistema de Saúde Brasileiro em sua característica de cobertura dual à população.

Entre o ano de 2006 e 2010, tivemos um hiato de produções, semelhante a detectada nos trabalhos da ENSP, entre os anos de 2005 e 2009. No período compreendido entre 2005 e 2010, temos no cenário político interno, o governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003 e 2010), na economia, dados do Banco Central, informou que o ingresso de investimentos estrangeiros diretos no país somaram US\$ 34,6 bilhões em todo ano de 2007, o que representou crescimento de 84,3% frente ao ano de 2006. Contudo, já no ano de 2008, se observou um aprofundamento da crise financeira internacional que também atingiu o Brasil, alterando o quadro da economia brasileira.

Duas produções foram identificadas, no ano de 2010, e possuíam semelhança em seus objetivos. Ambas investigaram a proteção dos beneficiários de planos de saúde, a primeira pela ótica do contorno das crises das operadoras de saúde e outra pela ótica da qualidade do atendimento prestado pelos planos de saúde aos beneficiários. A ANS, em 2010, para a garantia de informações atualizadas do setor, definiu novos prazos para o envio dos dados assistenciais para a agência por parte das operadoras, com auditoria semestral destas por auditor independente e registrado na Comissão de Valores Mobiliários – CVM. Além de estabelecer a obrigatoriedade de negociação dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços, de forma a garantir a solvência das empresas e o atendimento aos beneficiários, minimizando os casos de suspensão do

atendimento por parte dos prestadores de serviços às operadoras, sem informação prévia aos usuários do plano.

Já em 2011, dois trabalhos foram concretizados, um deles apresentou análise histórica da evolução da regulação em saúde suplementar em âmbito mundial e nacional, e o outro analisou o acesso aos exames de alta complexidade no setor. Vale ressaltar que mesmo em uma ambiente regulado, à época, ainda podia ser observado negativas de autorização para os exames de alta complexidade⁷³, a ANS, portanto, foi levada a revisar, mais uma vez, o rol de procedimentos definido inicialmente pela Resolução de Conselho de Saúde Suplementar - Consu 10/98, apesar de também revisado pela resolução de Diretoria Colegiada nos anos de 2001, 2004, 2008 e 2010.

No ano de 2012, houve somente um trabalho da Faculdade de Serviço Social, apresentando uma análise acerca da transformação da saúde como mais um dos instrumentos de expansão das forças produtivas do sistema capitalista. O autor identificou que o desenvolvimento da saúde teve como um dos seus objetivos atender a lógica da expansão do capital, com a introdução de novas tecnologias as quais antes de oferecer conforto e soluções aos seus pacientes, criaram a competição entre aqueles que poderiam ter acesso a todos os serviços de saúde através dos planos e os excluídos desta lógica mercadológica. Portanto, sujeitos ao sistema universal de saúde. Destacamos ainda: este foi o único trabalho do Serviço Social sobre o tema da pesquisa, apesar de reconhecermos a existência e a importância das intervenções do Serviço Social na saúde suplementar, seja no âmbito das operadoras de saúde como, também, nos serviços privados de saúde e, em especial, nas autogestões.

Dois trabalhos foram encontrados no ano de 2013, um destacou a implementação da ferramenta de avaliação de desempenho da saúde suplementar, considerando, conforme já abordado no Capítulo II, que, no ano de 2011, foram instituídas, pela ANS, as Resoluções Normativas com estímulo à qualidade da atenção à saúde prestada por operadoras e prestadores de serviços de saúde. E a outra

⁷³ Exames de Alta Complexidade - exemplos mais comuns: tomografia computadorizada, a ressonância magnética, a hemodiálise, a quimioterapia, e o cateterismo cardíaco.

produção, da Faculdade de Administração e Finanças, abordou os procedimentos de auditoria das operadoras de saúde para a identificação de fraudes.

Sobre esse assunto e de acordo com estimativas da Abrange em 2012⁷⁴, aproximadamente 20% das despesas de atendimento em operadoras de planos de saúde foram representadas por fraudes, as quais poderiam ser enquadradas em duas modalidades: de rede credenciada e de pacientes. As fraudes de rede credenciada foram observadas nos pedidos de exames excessivos e desnecessários; retornos cobrados como novas consultas; serviços com códigos diferentes do procedimento efetuado; internações por tempo excessivo; internações em UTI's desnecessárias; além de materiais de alto custo superfaturados e medicamentos genéricos cobrados como medicamentos de marca. Já as fraudes praticadas por pacientes foram identificadas quando houve falsidade nas informações prestadas no momento da aquisição do plano; ou mesmo quando o paciente forneceu sua credencial para outra pessoa que não pertencia ao convênio. Em relação a este último tipo de fraude, estimativas da Abrange apontaram para uma redução de 3,5% no custo dos planos de saúde com a adoção de medidas para inibir essa prática, como os sistemas de identificação biométrica, já realizada por algumas operadoras.

3.1.3. Universidade Federal Fluminense - UFF

A UFF⁷⁵ foi criada com o nome de Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UFERJ em 1960, assim como a UERJ, porém, a partir da integração de faculdades no município de Niterói, em 1965, recebeu o nome atual Universidade Federal Fluminense. Atualmente, dispõe de 94 cursos de graduação (90 presenciais e

⁷⁴ Disponível em:

<http://www.abrange.com.br/imagens/banco/file/6dicasparaprevenirfraudescontraplanosdesade.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2014.

⁷⁵ Disponível em: <http://www.uff.br/?q=uff/institui%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 09 jun. 2014.

quatro à distância), 76 programas de pós-graduação stricto sensu, sendo 45 mestrados e 31 doutorados, 161 cursos de pós-graduação lato sensu, 115 cursos de extensão e cinco mestrados profissionais, espalhados por Niterói e 13 municípios do interior do Estado do Rio de Janeiro. A universidade tem também um núcleo experimental em Iguaba Grande e uma fazenda-escola em Cachoeiras de Macacu. Conta com 32 unidades de ensino, quatro polos no interior, 27 polos de educação à distância (EAD) e uma unidade avançada em Oriximiná, no Estado do Pará.

Na investigação feita em sua biblioteca virtual⁷⁶, foram identificados 492 trabalhos, após analisados, esse número reduzido a sete dissertações de Mestrado relacionadas ao tema em tela, em que quatro deles eram oriundas da Escola de Engenharia do Mestrado em Engenharia de Produção, um ligado ao Instituto de Saúde da Comunidade do Mestrado em Saúde Coletiva e outros dois, na área de Enfermagem e Odontologia, produzidos pela Faculdade de Enfermagem e Odontologia, respectivamente. Não foi detectada nenhuma tese de Doutorado no acervo digital da UFF sobre saúde suplementar. O material coletado se encontra distribuído, por ano, no Quadro 19.

Quadro 19- Produções UFF por ano

Ano	Quantidade de produções
2012	03
2011	02
2008	01
2005	01

Analisou-se que as produções em saúde suplementar tiveram início a partir do ano de 2005. Tal como identificado na ENSP, na UERJ ou na UFF, igualmente houve uma lacuna no desenvolvimento de produções entre os anos de 2005 e 2008, o que

⁷⁶ Pesquisa realizada no site http://www.bdtd.ndc.uff.br/tde_busca/. Acesso em: 12 abr. 2014.

pode ser explicado também pela passagem da euforia inicial observada nas produções realizadas logo após a criação da agência reguladora do setor, no ano de 2000.

O Mestrado em Engenharia da Produção possui como objetivo principal capacitar os profissionais em gestão de tecnologia; inovação do trabalho; estratégia; finanças e logística, para a formulação de modelos de gestão empresarial e estudos de cadeias logísticas de suprimentos. A saber, a Engenharia de Produção é o ramo da engenharia que se dedica à concepção, melhoria e implementação de sistemas que envolvem pessoas, materiais, informações, equipamentos e energia. Sua gênese encontra-se alocada na indústria metal-mecânica, especialmente, ao longo da segunda Revolução Industrial⁷⁷. Dentro do seu escopo de atuação não causa estranhamento a abordagem da saúde suplementar, especialmente, a análise dos custos das operadoras na comparação com a qualidade dos serviços prestados aos usuários e a avaliação do risco de capital das operadas dada a regulamentação do setor.

No que diz respeito à produção do mestrado em saúde coletiva, ele segue a linha, já destacada na ENSP e na UERJ, de discussão do sistema dual de atenção à saúde no Brasil. Seu curso de Saúde Coletiva teve sua primeira turma em 2008, tendo como um dos seus objetivos desenvolver a reflexão crítica sobre o campo da Saúde Coletiva, apreciando sua multiplicidade de objetos e de abordagens teóricas e metodológicas.

O trabalho proveniente da Escola de Enfermagem compôs estudo de caso para avaliação de instituição acreditada da rede pública do Estado do Rio de Janeiro, em uma perspectiva de construção coletiva da melhoria de gestão da qualidade, tal qual implementado pela ANS para as operadoras de saúde. E o da Faculdade de Odontologia, abordou o programa de promoção à prevenção da saúde bucal realizado por uma operadora de saúde, à luz das novas regras da ANS, que

⁷⁷ A Revolução Industrial teve início no século XVIII, na Inglaterra, com a mecanização dos sistemas de produção. A burguesia industrial, ávida por maiores lucros, menores custos e produção acelerada, buscou alternativas para melhorar a produção de mercadorias. Disponível em <http://www.suapesquisa.com/industrial/>. Acesso em 16 de junho de 2014.

objetivavam o fortalecimento da indução da adoção de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças pelas operadoras, realizada através da Instrução Normativa Conjunta DIPRO e DIOPE IN N° 01 de 2008.

As produções da UFF se encontram no Quadro 20.

Quadro 20- Resumo das produções em saúde suplementar da UFF

Título	Autor	Tipo de documento	Área	Ano	Resumo
Contextualizando as práticas de promoção e prevenção em saúde no campo da saúde suplementar: observações pela ótica da integralidade	Thiago Enrico Massi Werneck	Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva	Medicina Saúde Coletiva	2012	Este estudo analisa algumas práticas de cuidado, bem como algumas características da política de regulação da assistência à saúde suplementar no que diz respeito a algumas mudanças recentes no modelo assistencial praticado no setor.
Um Estudo Comparativo Entre Modalidades de Assistência À Saúde Suplementar: Estudo de Caso Em Uma Autarquia Federal do Setor Nuclear	Mirtes Nunes de Marins	Mestre em Sistemas de Gestão	Engenharia de Produção	2012	Este estudo propõe identificar uma operadora de saúde suplementar satisfatória em relação aos critérios de economicidade para a Autarquia Federal, proporcionando a necessária tranquilidade nos quesitos saúde e bem-estar, e tendo como beneficiários os seus servidores e dependentes.
Avaliação de Desempenho com Foco nas Competências: Percepção dos Funcionários de Uma Operadora de Saúde	Cláudia Maria Pereira Faria	Mestre em Sistemas de Gestão	Engenharia de Produção	2012	Analisa-se aqui as avaliações de desempenho aplicadas nos empregados de uma operadora de Saúde.
O processo de acreditação: estudo sobre a construção coletiva da melhoria da gestão da qualidade em saúde	Mônica Simões da Motta Duarte	Dissertação de Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde	Enfermagem	2011	Caracterizar uma instituição de saúde acreditada da rede pública do Estado do Rio de Janeiro e descrever os caminhos percorridos por esta instituição para ser acreditada e discutir os benefícios institucionais obtidos

					por esta instituição de saúde acreditada são os centros dessa discussão.
Promoção da saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar: um estudo de caso em saúde bucal sob a perspectiva da integralidade	Michelle Mello de Souza Rangel	Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva	Odontologia	2011	O presente estudo tem por objetivo analisar um programa para promoção e prevenção em saúde bucal, desenvolvido por uma operadora de planos privados de saúde, compreendendo e analisando a potencialidade do programa enquanto um dispositivo para a reestruturação do modo de produção do cuidado em saúde bucal.
O capital baseado em risco: uma abordagem para operadoras de planos de saúde	Renata Gasparello de Almeida	Mestre em Engenharia de Produção	Engenharia de Produção	2008	Objetivo deste é de analisar o risco do capital na gestão de planos de saúde.
Análise do Setor de Planos de Saúde: Um Estudo de Caso com Operadoras o Rio De Janeiro	José Luciano Costa Pacheco	Mestre em Sistema de Gestão	Engenharia de Produção	2005	Este estudo mostra, a partir da análise do processo de regulamentação dos planos de saúde, iniciado com a aprovação da lei 9656/98, no segundo semestre de 1998, análises realizadas nos períodos pré-regulamentação, de 1994 a 1998, e pós-regulamentação, de 1999 a 2004.

3.1.4.

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC-Rio

A PUC – Rio⁷⁸ foi fundada em 1940 através de decreto presidencial, porém ainda sob o nome de Faculdades Católicas, o qual autorizou a instalação do curso de bacharelado na Faculdade de Direito e sete cursos na Faculdade de Filosofia, a saber, Filosofia, Letras, Letras Neo-Latinas, Letras Anglo-Germânicas, Geografia e História, Ciências Sociais e Pedagogia. Em 1942, com a mobilização do Brasil para

⁷⁸ Disponível em <http://nucleodememoria.vrac.puc-rio.br/site/>. Acesso em 09 de junho de 2014.

entrada na segunda guerra mundial (1939-1945), as Faculdades Católicas, juntamente com a Escola Ana Nery, organizaram um curso de enfermagem destinado exclusivamente às alunas do sexo feminino, sobretudo para a prestação dos cuidados aos soldados feridos em combate.

Em 1946, através de novo decreto presidencial, as Faculdades Católicas foram transformadas em Universidade, reunindo as Faculdades de Filosofia, Direito, Serviço Social, além do Instituto Social. No ano seguinte, através de outro decreto, a Sagrada Congregação dos Seminários e Universidades elevou a Universidade Católica à categoria de Universidade Pontifícia.

A PUC – Rio conta com quatro Centros, divididos em Departamentos. Os Centros existentes são: CCS - Centro de Ciências Sociais, CTC - Centro Técnico Científico, CTCH - Centro de Teologia e Ciências Humanas, CCBM - Centro de Ciências Biológicas e Medicina. O Departamento de Serviço Social que proporcionou o desenvolvimento desta pesquisa pertence ao Centro de Ciências Sociais, tendo o seu curso de Mestrado inaugurado no ano de 1972.

Na biblioteca virtual da Puc - Rio⁷⁹ identificamos 59 trabalhos com referência ao termo saúde suplementar, porém nenhum deles elaborados pela própria Universidade. A partir do material identificado em nossa pesquisa o qual acenava com produções das mais diferentes Universidades, optamos por analisar os trabalhos oriundos da Puc - São Paulo e disponíveis no acervo bibliográfico digital da Puc-Rio.

Foram elencadas oito produções, sendo somente uma tese de Doutorado. Dos trabalhos identificados, três são da área do Direito, dois da Gerontologia, um da área de Administração e um de Ciências Contábeis e Finanças, distribuídos por ano no Quadro 21.

⁷⁹ Pesquisa realizada no site <http://www.dbd.puc-rio.br/> em 15 abr. 2014.

Quadro 21- Produções PUC-São Paulo por ano

Ano	Quantidade de produções
2009	02
2006	04
2005	01
Não identificado	01

O resumo das produções da PUC-São Paulo segue no Quadro 22.

Quadro 22- Resumo das Produções em Saúde Suplementar da PUC-São Paulo

Título	Autor	Tipo de documento	Área	Ano	Resumo
Atuação do Ministério Público e da Agência Nacional de Saúde em face dos planos de saúde coletivos	Giovane Serra Azul Guimarães	Dissertação de Mestrado	Direito	2009	Visa demonstrar que os contratos de planos de saúde e que apresentam relevância social para atuação do Ministério Público.
E a vida, como vai?: avaliação da qualidade de vida de um grupo de idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis vinculados a um programa de promoção da saúde	Maria Elisa Gonzalez Manso	Dissertação de Mestrado	Gerontologia	2009	O objetivo geral de avaliar a qualidade de vida de um grupo de idosos, todos portadores de doenças crônico-degenerativas e vinculados a um programa de promoção da saúde patrocinado por uma operadora de planos de saúde.
Desenvolvimento das Pequenas e médias empresas do setor de serviços na saúde suplementar	Antonio Cordeiro Filho	Dissertação de Mestrado	Administração	2006	O presente estudo propõe uma alternativa para o desenvolvimento da prestação de serviços de saúde no país.
A Saúde dos Idosos: Os planos de saúde e a ANS	Maria Dusovina Rovina Castro Pereira	Dissertação de Mestrado	Gerontologia	2006	Este trabalho teve por objetivo a Investigação do papel da ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar - como agente de regulação e regulamentação de assistência à saúde dos usuários idosos,

					pelas operadoras de planos privados de saúde.
A iniciativa privada em saúde e a Constituição de 1988	Rodrigo Alberto Correia da Silva	Dissertação de Mestrado	Direito	2006	O trabalho analisa o controle de preços de medicamentos e de planos de saúde realizados no Brasil, respectivamente pela Câmara de Medicamentos e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.
Gestão de custos: um estudo em empresas de medicina de grupo	Rogério Guedes Costa	Dissertação de Mestrado	Ciências Contábeis e Finanças	2006	O presente trabalho tem como objetivo principal investigar como as empresas de Medicina de Grupo utilizam a Gestão Estratégica de Custos enquanto ferramenta de gerenciamento e suporte a Tomada de Decisão. A pesquisa foi realizada na região metropolitana de São Paulo, com 13 empresas privadas de saúde suplementar.
A saúde suplementar à luz da constituição	Marily Diniz do Amaral Chaves	Tese de Doutorado	Direito	2005	Esta tese propõe-se a delinear o regime constitucional da saúde suplementar. Para tanto, abordamos o direito social à saúde no contexto do Estado Social, em uma perspectiva de evolução dos direitos fundamentais.
The health plans and human persons dignity	Ivan Carneiro Castanheiro	Dissertação de Mestrado	Direito	Sem informações.	A dissertação visa abordar, de maneira ampla, sistemática e prática, a disciplina dos planos e seguro-saúde.

As quatro produções identificadas da área de Direito apontam a discussão da saúde suplementar, a partir do próprio direito de acesso à saúde suplementar, conforme descrito no texto Constitucional, quando estabelece que o sistema privado de saúde complementar o SUS. A título de exemplo, Scheffer, 2013, em pesquisa realizada no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo em 2009 e 2010, acerca do crescimento da judicialização da saúde, identificou 782 decisões judiciais, média de

32 denúncias mês, relacionadas à negação de coberturas assistenciais, especialmente para tratamento de câncer e doenças cardiovasculares.

O trabalho da área de Administração investigou as operadoras de médio e pequeno porte, o que representou inovação, considerando que grande parte das produções abordaram as grandes operadoras, com mais de 100 mil beneficiários, as quais possuíam ampla estrutura organizacional e vasta rede credenciada. Mas que em grande parte dos casos estavam localizadas nos centros urbanos, deixando o atendimento no interior do país para as operadoras de pequeno e médio porte; sem que houvesse um real dimensionamento sobre como ocorre a gestão dos custos nestas empresas e, principalmente, como se ocorria a prestação de assistência á saúde aos seus clientes, já que nos dados disponíveis pela ANS, não foi possível identificar análise entre o porte da operadora de saúde e a cobertura geográfica da mesma.

Embora, a ampliação da faixa etária da população venha crescendo gradativamente ao longo dos anos, o reconhecimento acadêmico da Gerontologia como área de conhecimento é ainda recente. Fundado em 1997, o Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC/SP teve suas primeiras dissertações defendidas no ano 2000, porém, desde 1986, questões relativas ao processo de envelhecimento e à velhice já vinham sendo discutidas na PUC/SP, especialmente pelo Departamento de Serviço Social.

Os dois trabalhos desenvolvidos pelo Programa de Gerontologia apresentaram como objetivos: avaliar a qualidade de vida de idosos participantes de Programa de Promoção e Prevenção à Saúde desenvolvido por uma operadora de saúde, e o papel desempenhado pela ANS na regulamentação de assistência à saúde de beneficiários idosos. Vale destacar que a ANS possui como uma de suas finalidades realizar a garantia de aquisição e acesso aos serviços dos planos de saúde aos idosos.

Em caso de identificação de plano de saúde que impeça ou adote mecanismos de restrições de acesso aos idosos ao seu plano, a ANS pode aplicar multa de cinquenta mil reais, por cada infração verificada. Porém, ainda hoje, identificamos situações de exclusão de idosos, não somente no âmbito da saúde privada, mas como

também na pública, quando dificulta o acesso aos serviços de saúde, ou quando não disponibiliza programas de Promoção e Prevenção. Conforme podemos observar nos dados da ANS, Quadro 23, a partir dos 60 anos, temos a redução de beneficiários dos planos de saúde, considerando a saída do mercado de trabalho e o alto custo para manutenção e contratação de um plano de adesão individual.

Quadro 23- Beneficiários de planos de saúde por faixa etária

Tipo de contratação do plano e faixas etárias	Total		
	Total	Feminino	Masculino
Total (1)	50.270.398	26.504.454	23.765.944
0 a 9 anos	6.776.771	3.320.684	3.456.087
10 a 19 anos	6.081.400	3.032.922	3.048.478
20 a 29 anos	9.238.838	4.829.026	4.409.812
30 a 39 anos	10.148.111	5.367.760	4.780.351
40 a 49 anos	7.072.741	3.724.934	3.347.807
50 a 59 anos	5.282.782	2.841.661	2.441.121
60 a 69 anos	3.018.493	1.714.067	1.304.426
70 a 79 anos	1.682.511	1.025.497	657.014
80 anos e mais	965.346	646.205	319.141

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2013 - Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2014.

3.2. Artigos Científicos

A publicação de artigos nas bases selecionadas teve início a partir de 2001, período coincidente com o início das atividades da ANS, bem como com os trabalhos acadêmicos, com exceção das publicações da Escola Nacional de Saúde Pública, os quais, por sua vez, tiveram início em 1991. O Quadro 24 apresenta a produção de artigos por ano.

Quadro 24- Publicações de artigos científicos por ano

Ano da Publicação	Quantidade de publicações
2013	06
2012	07
2011	05
2010	05
2009	19
2008	20
2007	08
2004	04
2003	01
2002	02
2001	02

Os anos de 2008 e 2009 foram o de maior produção de artigos sobre o tema investigado, mas ainda assim muito baixo se compararmos com o universo de brasileiros atendidos pelos planos de saúde e os problemas enfrentados nesta relação com as operadoras de saúde. Observamos que, no período citado, a agência reguladora do setor adotou medidas importantes na garantia do direito aos consumidores de planos de saúde.

Algumas das importantes medidas implementadas pela ANS nestes dois anos foram: portabilidade de carências de um plano para outro, garantindo aos usuários a possibilidade de mudar de operadora sem a necessidade de cumprimento de novas carências; campanha pelo parto normal, que possui relação direta com a produção de artigos neste sentido; elaboração de diretrizes clínicas, particularmente, voltadas para a assistência na saúde suplementar brasileira; estabelecimento de novas regras para os programas de promoção e prevenção à saúde. Vale destacar que os programas de promoção e prevenção são considerados pela ANS como fundamentais para garantia da sustentabilidade do setor. Em abril de 2014, havia 1.161 programas de Promoção e Prevenção cadastrados na ANS, abrangendo mais de 1,3 milhão de beneficiários.

A distribuição por instituição encontra-se no Quadro 25.

Quadro 25- Artigos científicos por instituição

Instituição	Número de Publicações	Instituição	Número de Publicações
Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ⁸⁰	28	Dix Amico	01
Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP	20	Escola Nacional de Ciências Estatísticas	01
Organização Pan-Americana da Saúde OPAS	10	Faculdades Integradas do Brasil	01
Universidade de São Paulo - USP	07	Grupo Hospitalar Conceição	01
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	06	Hospital Albert Einstein	01
Secretaria Estadual de Saúde do RJ	05	Hospital da Unimed PB	01
Universidade Federal Fluminense - UFF	05	Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia	01
Universidade Federal de Santa Catarina -UFSC	05	Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de SP	01
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG	04	Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul	01
Fundação Getúlio Vargas - FGV	03	Instituto Fernandes Figueira - Fiocruz	01
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE	03	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA	01
Ministério da Saúde	03	Pontificia Universidade Católica de Campinas	01
Universidade Estadual de Campinas - Unicamp	03	Secretaria de Administração da Bahia	01
Universidade Estadual de Maringá	03	Secretaria Municipal do Rio de Janeiro	01
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ	03	Secretaria Nacional de Desenvolvimento Social	01
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP	03	Tribunal Regional do Trabalho da Bahia - TRT BA	01
Governo Federal	02	Universidade Federal do Espírito Santo -UFES	01
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	02	Universidade Brasília - UNB	01
Universidade Federal do Acre	02	Unimed	01
Universidade Federal do Pará	02	Universidade Metropolitana de Santos -UNIMES	01
Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS	02	Universidade Católica de Pelotas	01
Universidade Planalto Catarinense	02	Universidade de Caxias do Sul	01
Escola de Administração de Empresas de São Paulo	01	Universidade de Caxias Do Sul	01
Hospital Bandeirantes SP	01	Universidade Presbiteriana Mackenzie	01
Universidade Federal da Bahia- UFBA	01		

Os artigos da SCIELO e do Portal BVS consultados abordaram temas semelhantes dentro da saúde suplementar. Os principais eixos de discussão identificados no material foram:

- programas de promoção e prevenção à saúde implementados pelas operadoras, nos mais diferentes enfoques, porém merecem destaque àqueles destinados a população idosa, e consumidora de grande parte dos recursos dos planos de saúde;
- os impactos da regulação na operacionalização das empresas de saúde, especialmente, no que tange a ampliação de cobertura de procedimentos, o estabelecimento de percentuais de reajuste das mensalidades e a impossibilidade de aumentos por faixa etária acima dos 59 anos no planos de adesão individual;
- análises comparativas da relação custo x benefício entre a realização de procedimentos de alto custo no SUS e no segmento privados;
- e qualidade do atendimento prestado pelos serviços credenciados aos planos.

Vale lembrar que os temas destacados estão na agenda do dia daqueles que trabalham com saúde no Brasil e em grande parte do mundo, considerando os impactos do crescimento da população idosa, da incorporação de novas tecnologias aos tratamentos de saúde e do aumento dos custos de procedimentos médicos para a manutenção de um atendimento de qualidade aos usuários dos serviços de saúde.

Outros temas presentes nas discussões dizem respeito à análise financeira dos planos, a cobertura odontológica e, em última instância, à articulação do público e do privado no sistema de saúde brasileiro. Esses achados coadunam com a hipótese apresentada inicialmente de que a discussão sobre saúde suplementar no Brasil ainda se encontra fragmentada e alicerçada nas questões endógenas ao próprio sistema privado de saúde.

⁸⁰ Conforme apontado no item anterior, as publicações da ANS possuem o caráter de além tornarem público as ações da agência.

As Universidades lideram na produção científica, o que não poderia ser diferente, dado o seu papel relevante no campo da pesquisa na sociedade. Porém, observamos outros atores da saúde pública, especialmente, as secretarias municipais e estaduais de saúde, também articuladas nesta discussão, uma vez que somos todos atingidos pelo atual sistema de saúde existente no Brasil e da contínua migração, em situações específicas, de pacientes da saúde suplementar para o SUS.

As migrações de pacientes dos planos de saúde para o SUS, em geral, ocorrem nos casos de adoecimentos mais graves, como câncer e cardiopatias, quando o paciente já tem um diagnóstico, mas não consegue a autorização necessária para dar início ao tratamento. Ou ainda, quando o usuário recebe a autorização para realização do exame ou da cirurgia, mas é direcionado para um hospital específico, onde não poderá ser tratado pelo médico de sua confiança. Nestes casos, esse encaminhamento ao SUS é realizado muitas vezes pelo próprio profissional o qual atende na rede privada, mas que também detém matrícula nas unidades públicas, e efetiva a intermediação nestas situações. Observa-se que apesar das mazelas amplamente alardeadas pelos meios de comunicação, o SUS ainda possui reconhecidamente os melhores tratamentos nos casos de transplantes e doenças crônicas.

Considerando a cobertura universal do SUS, não há problemas nesta migração de um sistema para outro, porém vale questionar, primeiro, a dupla cobertura feita pelo Estado através do SUS e através dos subsídios diretos e indiretos proporcionados ao setor privado, e em segundo, a responsabilidade dos planos de saúde que nos momentos mais graves se omitem de suas obrigações contratuais, sem que observemos punições concretas e efetivas do poder público.

Outra questão importante a ser considerada diz respeito ao próprio sistema de ressarcimento ao SUS, o qual apesar de estabelecido em lei, não funciona de maneira efetiva para grande parte dos planos de saúde. Para que o ressarcimento ao SUS seja executado, a ANS identifica os pacientes atendidos pelo sistema público e cruza as informações desse paciente com o banco de dados da agência reguladora, cujo cadastro de usuários é abastecido pelos planos de saúde. A partir da identificação de um usuário com plano o qual tenha sido atendido pelo SUS, a ANS notifica a

operadora sobre os recursos que devem ser ressarcidos e cobra a devolução a qual, inclusive, pode demorar alguns anos.

Caso as operadoras não paguem, são encaminhadas para a inscrição em dívida ativa da ANS e ao cadastro informativo de créditos não quitados do setor público federal, não conseguindo obter certidão negativa de débitos perante às instituições. (ANS, 2014).

Dada a dificuldade de ressarcimento ao SUS, a ANS vem intensificando ações as quais possibilitem o retorno aos cofres públicos das despesas realizadas por pacientes com planos de saúde, somente entre janeiro e abril de 2014, a ANS encaminhou à dívida ativa R\$ 63,18 milhões, quatro vezes mais em comparação aos primeiros quatro meses do ano passado. Atualmente, são 472 operadoras em atuação inscritas em dívida ativa da ANS em função do ressarcimento ao SUS. O valor total atualizado em cobrança judicial é de R\$ 560,40 milhões. O ressarcimento ao SUS foi de R\$ 91,15 milhões no mesmo período citado acima, o que equivale à metade do que foi ressarcido ao longo de todo o ano de 2013, R\$ 183,24 milhões. (ANS, 2014).

3.2.1. Portal BVS

No Portal de Pesquisa da BVS⁸¹, foram identificados 53 trabalhos com o filtro saúde suplementar. Para a manutenção do mesmo padrão metodológico adotado no que diz respeito as produções acadêmicas, selecionamos como filtros adicionais trabalhos que se referiam ao Brasil e àqueles escritos em Português.

⁸¹ Pesquisa realizada no site: <http://bvshalud.org/> em 12 de abril de 2014.

Das 53 produções, 11 eram dissertações ou teses e foram desconsideradas de nossa análise, tendo em vista o nosso objetivo de investigar os artigos científicos feitos sobre o tema, restando 42 artigos.

Identificamos no universo de 42 artigos que 27 deles, ou seja, 64 %, eram referentes a produções da própria agência reguladora de saúde suplementar, sendo dez delas, realizadas em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS.

A parceria da ANS com outros órgãos foi estabelecida em 2005 quando houve a criação pela agência reguladora da Rede de Centros Colaboradores através de convênios com centros de pesquisa e pesquisadores dedicados à saúde suplementar. Em 2009, foi lançado o estudo sobre a Regulação e modelos assistências na saúde suplementar⁸², resultado da parceria entre ANS, Ministério da Saúde e OPAS/OMS, a publicação reuniu a produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS de 2006 a 2008, tendo originado oito artigos identificados no Portal.

Quadro 26- Resumo artigos Portal BVS

Título	Referências Bibliográficas	Ano	Instituição	RESUMO	Autor
1 -Ações de Prevenção de Riscos e Doenças no Setor Suplementar	Rev. Min. Enferm.;16(4): 564-571, out./dez., 2012	2012	Escola de Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG	O objetivo desta pesquisa foi descrever o perfil dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e desenvolvidos por 29 operadoras de planos privados de saúde de Belo Horizonte-MG.	Adriano Marçal Pimenta; Carlos Henrique Campos Castanheira; Francisco Carlos Félix Lana; Deborah Carvalho Malta
2-A Agência Nacional de Saúde e a política de saúde mental no contexto do	Saúde Soc; 21(1): 115-128, jan.-mar. 2012. .	2012	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.	O presente estudo trata das políticas de saúde mental conduzidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -	Rachel Torres Salvatori,; Carla A Arena

⁸² Disponível em:

http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=518&Itemid=1. Acesso em: 10 jun. 2014.

sistema complementar de assistência à saúde: avanços e desafios				ANS, no cenário da assistência dispensada pelos planos privados de assistência à saúde. E também da assistência à saúde mental nos normativos emanados pela Agência.	Ventura,
3-O papel necessário da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços	Physis (Rio J.); 22(2): 463-467, abr.-jun. 2012.	2012	Departamento Administração e Planejamento, Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz.	Este artigo trata do papel regulatório que caberia à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) desempenhar.	Silvia Gerschman; Maria Alicia D Ugá; Margareth Portela; Sheyla Maria Lemos Lima
4 -5ª edição do “ANS Informação”, publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar	ANS Informação 2010 / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Ano 1	2010	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS		ANS
5-Utilização de serviços de saúde, morbidade referida e cobertura por planos privados de saúde no Brasil: uma análise a partir da PNAD 2008	Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos; (12/2010): 9-27, dez. 2010. ilus, tab, graf.	2010	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	O objetivo do artigo é descrever o perfil de morbidade referida e de utilização de serviços de saúde por pessoas cobertas e não-cobertas por planos privados de assistência médica no Brasil, utilizando os dados do Suplemento Saúde da PNAD 2008	ANS
6-Houve mudanças no perfil das operadoras de planos de saúde após a criação da ANS? Um estudo exploratório	Rio de Janeiro; Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil); jan. 2010. 42,III p. graf.(ANS. Textos para Discussão, 1).	2010	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS Este texto é uma versão adaptada do trabalho apresentado ao Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio	Este trabalho descreve o perfil das operadoras que tiveram seus registros junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar cancelados, e das operadoras que permaneceram atuando no mercado.	Viviane dos Santos Pereira
7-Carta de serviços	ANS	2010	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	Dispõe sobre a simplificação do atendimento público prestado ao cidadão	ANS
8-Regulação da saúde suplementar e estrutura etária dos beneficiários	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA.	2010	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA	O artigo expõe as mudanças das regras de reajuste das contraprestações por faixas etárias, assim como	Matheus Stivali

				as mudanças demográficas observadas entre 1998 e 2008.	
9-Análise do quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde e entidades vinculadas nos anos 2000	Rio de Janeiro; s.n; 2010. 165 p. tab, graf, ilus.	2010	* Artigo elaborado a partir da pesquisa Reforma do Estado e Setor Saúde, Relatório (Nepp/Unicamp; Ensp/Fiocruz; UfPe), financiada pela Capes/Finep/Cnpq e do relatório elaborado para a Cooperação Brasil-Reino Unido. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, ENSP/Fiocruz. Núcleo de Estudos em Políticas Públicas, Nepp, Universidade Estadual de Campinas, Unicamp.	Este estudo analisa a situação do quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde e entidades vinculadas – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – no período de 2000 a 2008, segundo algumas variáveis selecionadas, com destaque para o tipo de vínculo desses trabalhadores.	Luciane Galdino Alberto
10-Estrutura do mercado de planos individuais de assistência médica	Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos; (09/2010): 9-20, set. 2009. tab, graf.	2009	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	O artigo procura caracterizar o mercado de planos individuais de assistência médica.	ANS
11-O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil	Cad Saúde Pública; 25(2): 279-290, fev. 2009. graf, tab	2009	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Laboratório de Economia Política da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.	O objetivo do estudo foi analisar recursos de decisões judiciais que concederam ou não o pedido liminar da antecipação da tutela solicitado pelo consumidor de plano de saúde, julgados nos Tribunais de Justiça do Rio de Janeiro e de São Paulo.	Danielle Conte Alves; Ligia Bahia; André Feijó Barroso
12-Política de Saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas	Interface comun. saúde educ; 4(6): 61-85, fev. 2000. ilus, tab	2009	Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo CRuz	O artigo discute as políticas regulatórias em curso que envolvem tanto o mercado expresso pelo setor de saúde suplementar como as relações entre a	José Mendes Ribeiro; Nilson do Rosário Costa; Pedro Luís Barros Silva.

				administração pública e os prestadores de serviço junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).	
13-Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório	Rio de Janeiro; ANS; 2009. 80 p.	2009	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS		ANS
14-Itinerários terapêuticos na saúde suplementar e dinâmica de relações na área de cardiologia no interior do Estado de São Paulo		2009	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	O principal objetivo deste trabalho foi descrever e analisar o(s) modelo(s) assistencial(ais) e a dinâmica de atores no mercado de saúde suplementar nos municípios de Campinas e São Carlos.	Geovani Gurgel Aciole; Everton Soeiro, José Maurício de Oliveira
15-Integralidade e saúde suplementar: uma experiência de pesquisa interdisciplinar e colaborativa	In. Pereira, Rosemary Corrêa; Silvestre, Rosa Maria. Regulação e modelos assistenciais em suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS. Brasília, DF,	2009	Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar		Roseni Pinheiro; Aluisio Gomes da Silva Junior
16-Saúde e a Educação da saúde	In. Pereira, Rosemary Corrêa; Silvestre, Rosa Maria. Regulação e modelos assistenciais em suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS. Brasília, DF,	2009	Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar		Ricardo Burg Ceccim; Alcindo Antônio Ferla; Luiz Fernando Bilibio; Teresa Borgert Armani; Lúcia Inês Schaedler; Maurício Morais; Naiane Melissa Dartora Santos
17-Regulação e modelos assistenciais em	In. Pereira, Rosemary Corrêa; Silvestre,	2009	Organização Pan-Americana da Saúde; Agência		Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira;

saúde complementar	Rosa Maria. Regulação e modelos assistenciais em suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS. Brasília, DF,		Nacional de Saúde Suplementar		Alcindo Antonio Ferla; Luis Felipe Pinto; Marta Batista.
18-Atenção domiciliar na saúde complementar	In. Pereira, Rosemary Corrêa; Silvestre, Rosa Maria. Regulação e modelos assistenciais em suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS. Brasília, DF,	2009	Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar		Túlio Batista Franco; Emerson Elias Merhy; André Amorim Martins
19-Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para sua redução	In. Pereira, Rosemary Corrêa; Silvestre, Rosa Maria. Regulação e modelos assistenciais em suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS. Brasília, DF,	2009	Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar		Maria do Carmo Leal; Silvana Granado Nogueira Gama; Sonia Duarte Azevedo Bittencourt; Mariza Miranda Theme Filha; Marcos Augusto Bastos Dias; Rosa Maria Soares Madeira Domingues.
20-Estudo dos prestadores hospitalares frente às práticas de regulação das operadoras de planos de saúde	In. Pereira, Rosemary Corrêa; Silvestre, Rosa Maria. Regulação e modelos assistenciais em suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da	2009	Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar		Sandra Costa Fonseca; Penha Maria Mendes da Rocha; Ana Paula Esteves Pereira; Arthur Schilithz; Maria Alicia D. Ugá ; Sheyla

	ANS. Brasília, DF,				Lemos Lima; Margareth Portela; Miguel Murat Vasconcellos; Silvia Gerschman
21-O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo de itinerários terapêuticos na região Sul	In. Pereira, Rosemary Corrêa; Silvestre, Rosa Maria. Regulação e modelos assistenciais em suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS. Brasília, DF,	2009	Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar		Eleonor Conill; Denise Pires; Maristela Chitto Sisson; Maria Conceição de Oliveira; Antonio Fernando Boing; Hosanna Pattrig Fertonani; Ricardo Burg Ceccim; Carmen Kalinowski; Fernanda Peixoto Córdova; Cintia da Silva Mazur.
22-Desafios atuais decorrentes do envelhecimento populacional: a assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso		2009	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	O propósito deste estudo foi identificar e analisar a atenção dada ao idoso no âmbito do sistema de saúde suplementar.	ANS
23-Modelo tecno-assistencial do mercado supletivo, seus atores e a qualidade da assistência na região metropolitana de São Paulo: cardiologia e oncologia		2009	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	Descrever e avaliar o modelo tecno-assistencial e a dinâmica de atores no mercado de saúde suplementar na área de cardiologia e oncologia na região metropolitana de São Paulo em 2006	Denise Schout; Ana Maria Malik; Roberto de Queiroz Padilha; Aline R Andriolo; Marly Kawahara
24-Políticas de cuidado da saúde suplementar na região Norte do	Organização Pan-Americana da Saúde; Agência	2009	Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Saúde		OPAS ANS

Brasil: evidências a partir da análise do cenário regional	Nacional de Saúde Suplementar (Brasil), 2009. p.13-41		Suplementar		
25- A informação em saúde suplementar: dez anos de construção	Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos; (06/2008): 29-38, jun. 2008	2008	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	Busca-se descrever os principais aspectos da construção do conjunto de informações em saúde suplementar desde um período anterior à Lei dos Planos de Saúde até os dias atuais.	ANS
26-Planos individuais e planos coletivos: um olhar sobre suas características e especificidades	Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos; (09/2008): 19-32, set. 2008. .	2008	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	A proposta do artigo é analisar as características do mercado de planos privados de assistência médica em seus tipos de contratação: individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão.	ANS
27-O mercado de planos privados de assistência médica no Brasil: alguns fatores relacionados à demanda no período de março de 2002 a dezembro de 2007	Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos; (06/2008): 17-27, jun. 2008.	2008	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	Identificar fatores que possam explicar o comportamento da demanda por planos privados de assistência médica no país é o objetivo deste trabalho.	ANS
28-Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar	Ciência e saúde coletiva; 13(5): 1567-1578, set.-out. 2008. graf	2008	EducaSaúde - Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Graduação em Medicina, Escola de Saúde, Universidade Católica de Pelotas.	O artigo é um estrato de uma pesquisa sobre os imaginários presentes na formação dos profissionais de saúde relativamente à regulação e ao exercício da profissão.	Ricardo Burg Ceccim; Teresa Borgert Armani; Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira, Bilibio; Luiz Fernando; Moraes, Maurício; Santos, Naiane Dartora.

			Curso de Graduação em Medicina, Escola de Saúde, Universidade Católica de Pelotas. Curso de Graduação em Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade de Caxias do Sul		
29-A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados	Ciência e saúde de coletiva; 13(5): 1463-1475, set.-out. 2008. graf, tab	2008	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	O artigo analisa alguns resultados da regulação produzida na saúde suplementar no último período, em especial de 2000 a 2006.	Fausto Pereira dos Santos; Deborah Carvalho Malta; Emerson Elias Merhy
30-Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor	Physis (Rio J.); 18(4): 767-783, 2008. ilus.	2008	Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina	Este artigo procurou contextualizar a saúde suplementar no Brasil, bem como a estruturação e a regulação do setor, utilizando uma análise da literatura e uma visão crítica sobre o assunto.	Louise Pietrobon; Martha Lenise do Prado; João Carlos Caetano
31-Brasil: fortalecendo a governança para o crescimento	Brasília, DF; Brasil. Presidência da República. Casa Civil; 2008. 351 p.	2008	Governo Federal	Este trabalho analisa os desafios de se fortalecer a governança regulatória no Brasil que promovam o crescimento econômico com estruturas regulatórias apropriadas em setores de infraestrutura básica.	
32- Setor de seguro-saúde privado	In. Organization for Economic Co-operation and Development; Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Brasil: fortalecendo a governança para o crescimento. Brasília, DF, Brasil. Presidência da República. Casa Civil, 2008. p.113-146.	2008	Organization for Economic Co-operation and Development; Brasil. Presidência da República. Casa Civil.		
33-Previsão de crescimento do mercado de saúde	Caderno de informação da saúde	2007	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	Cobertura de Serviços Privados de Saúde/tendências Planos	ANS

suplementar com base na modelagem ARIMA	suplementar: beneficiários, operadoras e planos; (12/2007): 21-30, dez. 2007. .			de Pré-Pagamento em Saúde/tendências Saúde Suplementar Brasil	
34-A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas	Cad Saude Publica; 23(9): 2167-2177, set. 2007. tab	2007	Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, Brasil. Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo	O artigo reconstrói a disputa travada entre os principais atores sociais interessados diretamente no processo de regulamentação da saúde suplementar no Brasil, no período imediatamente anterior a edição da Lei nº. 9.656/98.	Eurípedes Balsanufó Carvalho; Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
35-A intervenção do poder judiciário no setor de saúde suplementar - tutelas antecipadas como instrumento de garantia da assistência à saúde no Brasil	Divulg. saúde debate; (37): 44-60, jan. 2007. tab	2007	Este trabalho se baseia na dissertação de mestrado apresentada por Maria Hildete Souza ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC), da Universidade Federal do Rio de Janeiro.	O objetivo deste estudo foi investigar e contextualizar algumas relações conflituosas no mercado de planos e seguros de saúde, sob a ótica de soluções judiciais singulares para estes conflitos de interesse .	Maria Hildete S. C. Souza; Maria Lúcia W. Vianna ; Mário Scheffer; Andrea Salazar; Karina Grou.
36- Desenvolvimento de modelos de garantias assistenciais e os mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de saúde na Região Norte	Belém; UFPA; 2007. 190 p. Faculdade de Medicina	2007	Universidade Federal do Pará; Universidade Federal do Acre		Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
37-Mercado de saúde suplementar na região Centro-Oeste		2007	ANS ; Universidade Federal do Acre; Universidade Federal do Pará Relatório de pesquisa apresentado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como produto final do Projeto “Desenvolvimento de Modelos de Garantias Assistenciais e os	Este texto sintetiza os principais resultados da pesquisa "Mercado de saúde suplementar na região Centro-Oeste" realizada pela FLACSO em 2007, no âmbito do Programa de Centros Colaboradores da ANS. Trata-se de estudo exploratório que tem como objetivos a caracterização desse mercado na região e a identificação das estratégias e mecanismos	Maria Elisabeth Diniz Barros; Marta Rovey de Souza; Luciana da Silva Teixeira; Edson Tamaki.

			Mecanismos de Regulação Adotados Pelas Operadoras de Planos de Saúde na Região Norte”.	de microrregulação adotados pelas operadoras de planos de saúde da região.	
38-O modelo de agência reguladora e a ANS: construção do regime regulatório na saúde suplementar	Rio de Janeiro; s.n; 2004. 160 p. tab, graf.	2004	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	Este estudo visa desenvolver uma análise sobre o regime regulatório brasileiro com enfoque sobre o mercado operador de planos privados de assistência à saúde e o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS como ente regulador	Maria Thereza Carolina de Souza Gouveia.
39-Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar 2003	Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro; MS; 2004. 461 p. mapas, tab, graf.(Regulação e Saúde, v. 3, tomo 1).	2004	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS		ANS
40-O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil *	Saúde debate; 26(60): 71-81, jan.-abr. 2002.	2002	Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz Medicina	O artigo estuda a regulamentação da assistência médica suplementar no Brasil, analisa a Lei nº 9656/98 e a ação de instituições que produzem normas para o funcionamento dos planos e seguros de saúde.	Anete Maria Gama; Carlos Otávio Ocke Reis; Isabela Soares Santos; Ligia Bahia
41-Dimensão e estrutura econômica da assistência médica suplementar no Brasil	In. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação e Estrutura, Evolução e Perspectivas de Assistência Médica Suplementar. Rio de Janeiro, Brasil. Ministério da Saúde, 2002. p.37-67, tab	2002	Agência Nacional de Saúde Suplementar.		George Edward Kornis; Rosângela Caetano

42-Integração do setor de saúde suplementar ao sistema de saúde brasileiro: 3 anos da lei 9.656	Rio de Janeiro; ANS; 2001. 35 p. ilus	2001	Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar		Januário Montone
--	---------------------------------------	------	---	--	------------------

Quadro 27- Produção de artigos do Portal BVS por instituição

Instituição	Número de Publicações
Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	27
Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS	10
Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP	05
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	02
Governo Federal	02
Universidade Federal do Pará	02
Universidade Federal do Acre	02
Universidade de São Paulo - USP	01
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS	01
Instituto de Pesquisas Aplicadas - IPEA	01
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP	01
Universidade Católica de Pelotas	01
Universidade de Caxias Do Sul	01
Universidade Federal de Minas Gerais	01
Universidade Federal de Santa Catarina	01

Conforme já apontado, o maior volume de artigos é oriundo da própria ANS e se enquadram na categoria de periódicos da agência, que são inclusive disponibilizados no próprio site da ANS e apresentam dados do setor como número de beneficiários, operadoras e planos de saúde; a evolução dos aspectos econômico, financeiro e patrimonial das operadoras de planos de saúde; dados econômico-financeiros anuais das operadoras de planos de saúde por regiões do país e modalidade de operadora entre outros.

A ANS é seguida pela ENSP, considerando que os artigos publicados da OPAS foram realizados em coautoria com a própria ANS. A quantidade de artigos da ENSP confirma o que já havia sido identificado anteriormente, na comparação das produções acadêmicas da Escola em detrimento as demais Universidades estudadas,

de que a discussão de saúde suplementar não está dissociada das análises de saúde coletiva, dado o nosso sistema híbrido de saúde.

Quanto ao ano das publicações dos artigos, podemos perceber que a produção dos mesmos coincide com o início das atividades da agência reguladora do setor, conforme demonstra Quadro 28.

Quadro 28- Artigos Portal BVS por ano

Ano da Publicação	Quantidade de Publicações
2012	03
2010	06
2009	15
2008	09
2007	05
2004	02
2002	02
2001	01

3.2.2. SCIELO

A SCIELO é o resultado de um projeto de pesquisa da FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em parceria com a BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, e conta com o apoio do CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Durante a pesquisa nesse ambiente, com o filtro saúde suplementar, foram identificados 49 trabalhos no SCIELO⁸³, porém quatro deles também aparecem no filtro de pesquisa da BVS. A grande diferença do material disponível nesta base em

⁸³ Pesquisa realizada no site: <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/> em 12 de abril de 2014.

detrimento a anterior se constitui no fato de contar somente com artigos, não estando presentes outros materiais.

Quadro 29- Resumo artigo Scielo

Título	Referência Bibliográfica	Ano	Instituição	Resumo	Autor
1 - Indicadores de gastos com serviços médicos no setor de saúde suplementar no Brasil	Rev. bras. estud. popul. vol.30 supl.0 São Paulo 2013	2013	Departamento de Economia, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Departamento de Contabilidade e Atuária, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo – USP, Departamento de Contabilidade e Atuária, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo – USP	O objetivo desse artigo é construir indicadores de gasto com consultas, exames e internações no setor de saúde suplementar, considerando os registros administrativos de uma operadora de autogestão do Estado de São Paulo, Brasil, para 2009..	Mônica Viegas Andrade; Ana Carolina Maia; Cristina Guimarães Rodrigues
2 - Implante por cateter de bioprótese valvular aórtica para tratamento de estenose valvar aórtica grave em pacientes inoperáveis sob perspectiva da saúde suplementar - análise de custo-efetividade	Rev. Bras. Cardiol. Invasiva vol.21 no.3 São Paulo 2013	2013	Hospital Unimed João Pessoa. Evidências - Credibilidade Científica. Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Hospital Israelita Albert Einstein. Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.	O objetivo foi realizar uma análise de custo-efetividade da implementação do TAVI no Sistema de Saúde Suplementar brasileiro.	Marcelo Cartaxo Queiroga; Alvaro Mitsunori Nishikawa ¹ ; Luciano Morganti Paladini; Pedro Alves Lemos Neto; Fabio Sândoli Brito Júnior; Rogério Sarmento-Leite; Christiane Bueno; Otávio Augusto C. Clark; J. Antonio Marin-Neto; J. Eduardo Sousa
3 –Perspectiva bioética do modelo de assistência suplementar no Brasil	Rev. Bioét. vol.21 no.2 Brasília maio/ago. 2013	2013	Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, São Paulo/SP	Este artigo apresenta os resultados de estudo voltados aos planos e seguros privados de saúde, denominado de assistência suplementar, regulamentados no Brasil há mais de uma década para solucionar conflitos na prestação de serviços..	Regina Parizi
4 - Odontologia e Saúde	Ciênc. saúde coletiva	2013	Departamento de	Neste artigo, se	Daniela

Suplementar: marco regulatório, políticas de promoção da saúde e qualidade da atenção	vol.18 no.2 Rio de Janeiro fev. 2013		Odontologia, Centro de Ciências da Saúde (CCS), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).	discute as especificidades do setor odontológico no que se refere às políticas de promoção da saúde e qualidade da atenção à saúde, propostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).	Garbin; Gianina Salton Mattevi; Daniela Lemos Carcereri; João Carlos Caetano
5 -Os usuários e a transição tecnológica no setor de saúde suplementar: estudo de caso de uma operadora de plano de saúde	Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.1 Rio de Janeiro jan. 2013	2013	Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Universidade Metropolitana de Santos (Unimes)	O artigo apresenta os resultados de investigação realizada junto a usuários do case management, programa desenvolvido por uma empresa de medicina de grupo para o cuidado de pacientes vivendo situação de alta vulnerabilidade.	Consuelo Sampaio Meneses; Luiz Carlos de Oliveira Cecilio; Rosemarie Andrezza; Eliane Cardoso de Araújo; Aloísio Punhagui Cuginotti ¹ ; Ademar Arthur Chioro dos Reis ¹
6 - Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde⁸⁴	Cad. Saúde Pública vol.29 no.5 Rio de Janeiro maio 2013	2013	Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil. Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região, Salvador, Brasil. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil	Neste artigo se faz uma revisão de 270 textos sobre saúde suplementar, publicados entre 2000 e 2010, e selecionados 17 que abordam a questão da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde..	José Antonio de Freitas Sestelo; Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza; Lígia Bahia
7 -A saúde suplementar em perspectiva bioética	Rev. Assoc. Med. Bras. vol.59 no.6 São Paulo nov./dez. 2013	2012	Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo	Descrever e analisar, mediante a perspectiva da Bioética de Intervenção, os contextos legais, institucionais e éticos, os conflitos e a regulamentação da saúde suplementar no Brasil, desde a aprovação da lei em 1998 até 2010.	Regina Ribeiro Parizi Carvalho,; Paulo Antônio de Carvalho Fortes; Volnei Garrafa
8- Resultados da intervenção coronária percutânea de pacientes tratados pelo sistema único de saúde e pela saúde suplementar	Rev. Bras. Cardiol. Invasiva vol.20 no.4 São Paulo out./dez. 2012	2012	Hospital Bandeirantes. São Paulo, SP, Brasil.	Aqui se analisou os principais sistemas de custeio da saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde suplementar (SS), têm características peculiares e abrangem a quase totalidade dos pacientes encaminhados para intervenção coronária	Fabio Peixoto Ganassin; Marcelo José de Carvalho Cantarelli; Hélio José Castello Jr; Rosaly Gonçalves; Silvío Gioppato; João Batista de Freitas Guimarães;

⁸⁴ Autora Lígia Bahia - dissertação de mestrado e tese de doutorado pela ENSP.

				percutânea (ICP). Buscamos saber as diferenças populacionais e os resultados hospitalares da intervenção coronária percutânea - ICP entre os pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde suplementar (SS).	Evandro Karlo Pracchia Ribeiro; Marcelo Mendes Farinazzo, Leonardo dos Santos Coelho; Roberto Simões de Almeida; Julio Cesar Francisco Vardi; Leonardo Cao Cambra de Almeida; Patrícia Teixeira da Silva
9 - A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde* UTILIZADO	Organ. Soc. vol.19 no.62 Salvador jul./set. 2012	2012	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP.	Trata-se de um trabalho com objetivo de apresentar os principais resultados alcançados pela regulação dos planos de saúde exercida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar,.	Rachel Torres Salvatori, Carla A. Arena Ventura.
10 - Cobertura da Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA) utilizando os partos registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, Brasil, 2006 a 2009	Cad. Saúde Pública vol.28 no.5 Rio de Janeiro maio 2012	2012	Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro.Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.. Coordenação Geral de Disseminação de Informações em Saúde, Ministério da Saúde	Este estudo analisou a cobertura da Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA) CIHA nas Unidades da Federação (UF), tomando como padrão os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do período de 2006 a 2009.	Rejane Sobrino Pinheiro; Juliana Romualdo do Nascimento da Silva; Cláudia Risso de Araujo Lima; Cláudia Medina Coeli
11 - A atenção pré-natal na ótica de um grupo de mulheres usuárias do subsetor suplementar	Rev. Gaúcha Enferm. (Online) vol.32 no.1 Porto Alegre mar. 2011	2011	Hospital Fêmina do Grupo Hospitalar Conceição, Escola de Enfermagem da UFRGS, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde,.	Este estudo, de abordagem qualitativa, se destinou a conhecer a percepção de mulheres que vivenciaram a Atenção Pré-Natal (APN) no contexto do Subsetor Suplementar (SS) sobre a qualidade desta atenção e expectativas.	Micheli Regina Etges; Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira; Fernanda Peixoto Cordova
12- Vertical integration in service industries: an exploratory study at the healthcare industry in São Paulo	Prod. [online]. 2011, vol.21, n.1, pp. 0-0. Epub 04-Mar-2011. ISSN 0103-6513.	2011	EAESP – USP		Gustavo M. de Albuquerque; Maria Tereza Leme Fleury, André Leme Fleury
13 - Estudo dos modelos assistenciais praticados por operadoras de planos privados de saúde	Physis vol.21 no.4 Rio de Janeiro out./dez. 2011	2011	Universidade Federal de Minas Gerais, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.	Este estudo pretendeu identificar a adoção, pelas operadoras, de modelos assistenciais que busquem a	Rosiene Maria de Freitas; Mariângela Leal Cherchiglia;

				integralidade do cuidado, a partir da indução pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).,	Francisco Carlos Félix Lana; Deborah Carvalho Malta; Eli Iola Gurgel Andrade
14 - Transição tecnológica em uma operadora de plano de saúde: o olhar do usuário	Physis vol.21 no.1 Rio de Janeiro 2011	2011	Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP.	O presente estudo teve como centro caracterizar como os usuários percebem e se posicionam em relação à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) por uma operadora do tipo autogestão.	Aloísio Punhagui Cuginotti
15 -Desempenho financeiro e satisfação do consumidor das operadoras de saúde suplementar no Brasil.	Cad. Saúde Pública [online]. 2011, vol.27, n.11, pp. 2175-2187	2011	Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, Universidade Presbiteriana Mackenzie,	Este artigo analisa a situação financeira das operadoras de saúde suplementar no Brasil, de acordo com a modalidade de gestão	Rafael Felipe SCHIOZER,; Cristiana Checchia e, Richard SAITO
16 -Fatores de risco para cesárea segundo tipo de serviço	Rev. Saúde Pública [online]. 2010, vol.44, n.1, pp. 80-89. ISSN 0034-8910. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000100009 .	2010		Analisa-se aqui a taxa de cesárea e fatores associados à sua ocorrência segundo serviço de saúde utilizado, público ou privado.	Raúl Andrés Mendoza - Sassi
17 - A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira	Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.10 no.2 Recife abr./jun. 2010	2010	Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Centro Universitário Metodista do Sul, Escola de Saúde das Faculdades Integradas do Brasil (UNIBRASIL)- PR.	Este estudo é um recorte de uma pesquisa multicêntrica realizada em três capitais da Região Sul do Brasil que focaliza as experiências de usuárias da rede suplementar, buscando contribuir na compreensão da influência da assistência profissional na escolha do tipo de parto realizado neste segmento	Denise Pires; Hosanna Patrig Fertonani; Eleonor Minho Conill; Thaís Alves Matos; Fernanda Peixoto Cordova; Cíntia da Silva Mazur
18 - Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil	Interface (Botucatu) vol.15 no.36 Botucatu jan./mar. 2011 Epub 17-Dez-2010	2010	Serviço de Saúde Pública, Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Universidade do Planalto Catarinense. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, UFSC. Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá	O estudo trata da satisfação das pessoas nos itinerários percorridos quanto a utilização de serviços de saúde públicos e privados em três capitais do sul do Brasil em face de situações de saúde-doença-cuidados.	Maristela Chitto Sisson; Maria Conceição de Oliveir ² ; Eleonor Minho Conill; Denise Pires; Antonio Fernando Boing; Hosanna Patrig Fertonani
19 - Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil	Cad. Saúde Pública vol.26 no.2 Rio de Janeiro fev. 2010	2010	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Escola Nacional	Este trabalho objetivou caracterizar os prestadores de serviços hospitalares no setor de saúde	Margareth Crisóstomo Portela; Sheyla Maria Lemos Lima; Maria

			de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro	suplementar, uma vez que o conhecimento sobre tais prestadores ainda é incipiente, particularmente em relação à estrutura e à qualidade assistencial.	Alícia Dominguez Ugá; Silvia Gerschman; Maurício Teixeira Leite de Vasconcellos
20- A percepção da captura política da saúde suplementar no Brasil⁸⁵	Cad. EBAPE.BR vol.8 no.4 Rio de Janeiro dez. 2010	2010	ENSP/FIOCRUZ e EBAPE/FGV	O estudo analisa a relação público-privado do sistema de saúde suplementar no Brasil à luz da teoria institucional. Avaliando as ações e as estratégias percebidas dos principais atores portadores de interesse no sentido da dominação do poder público.	Paulo Ferreira Vilarinho
21- Sobrevida de mulheres tratadas por câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro.	Rev. Saúde Pública [online]. 2009, vol.43, n.3, pp. 481-489. ISSN 0034-8910. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000300012 .	2009	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca	Avalia a associação entre sobrevida de mulheres com câncer de mama e estrutura práticas observadas nos estabelecimentos de assistência oncológica.)	Claudia, Portela Brito,, Margareth Crisóstomo, MauricioTeixeira Leite de Vasconcellos
22 -Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados.	Rev. Saúde Pública [online]. 2009, vol.43, n.5, pp. 832-838. Epub 18-Set-2009. ISSN 0034-8910. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000053	2009	Departamento de Administração e Planejamento. Escola Nacional de Saúde Pública.	Analisa os mecanismos de microrregulação aplicados pelas operadoras de planos de saúde nas práticas de gestão da clínica e de qualificação assistencial em hospitais prestadores de serviços	Maria Alicia Domínguez Ugá; Miguel Murat Vasconcellos; Sheyla Maria Lemos Lima; Margareth Crisóstomo Portela; Silvia Gerschman
23 - Detecção do risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar	Cad. Saúde Pública vol.25 no.3 Rio de Janeiro mar. 2009	2009	Dix-Amico Saúde, Rio de Janeiro, Brasil. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Hospital Estadual Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, Brasil. Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.	O objetivo do artigo é apresentar uma proposta de hierarquização da demanda de idosos em sistema de saúde complementar, com base no uso de instrumento de detecção do risco de internação hospitalar.	Kylza Estrella; Claudia E. F. Oliveira; Anne A. Sant'Anna Célia Pereira Caldas
24 - Controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 nos serviços público e privado de Saúde	Arq Bras Endocrinol Metab vol.53 no.6 São Paulo ago. 2009	2009	Faculdade de Medicina, Universidade de Caxias do Sul (UCS), Rio Grande do Sul, RS	A pretensão é comparar o tratamento de pacientes diabéticos tipo 2 provenientes de uma clínica privada aos pacientes atendidos no sistema público de Saúde.	Daniel Panarotto; Henrique de Araújo Vianna Träsel; Michele Salibe de Oliveira; Lívia Brancher Gravina; Alisson Roberto Teles
25- Características demográficas dos idosos	Rev. Saúde Pública, Jun 2008, vol.42, no.3,	2008	Universidade Aberta da Terceira Idade.	Analisa aspectos da cobertura da	Renato Peixoto Vera; Célia

⁸⁵ Autor com tese de doutorado pela ENSP.

vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil.	p.497-502. ISSN 0034-8910		Universidade do Estado do Rio de Janeiro Departamento de Economia da Saúde. Universidade Federal de São Paulo. Escola Nacional de Saúde Pública.	população idosa pelos planos de assistência médica na saúde suplementar e a caracterização sociodemográfica desses beneficiários.	Pereira Caldas; Denizar Vianna Araújo; Rosana Kuschnir; Walter Mendes
26 - Aspectos clínico-econômicos da quimioterapia adjuvante no câncer de mama HER-2 positivo	Rev. Assoc. Med. Bras. v.54 n.6 São Paulo nov./dez. 2008	2008	Trabalho realizado pela Coordenação de Assistência à Saúde (PLANSERV), Secretaria de Administração do Estado da Bahia, Salvador, BA	Aqui se avalia o impacto clínico e os custos do tratamento adjuvante para câncer de mama com superexpressão do receptor 2 do Fator de Crescimento Epidérmico (HER-2).	
27- Utilização de diretrizes clínicas em cardiologia na saúde suplementar no Brasil	Rev. Assoc. Med. Bras. v.54 n.5 São Paulo set./out. 2008	2008	Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz	Apresentam-se resultados da área cardiovascular de um estudo nacional sobre a utilização de diretrizes clínicas na saúde suplementar.	Claudia Caminha Escosteguy; Margareth Crisóstomo Portela; Sheyla Maria Lemos Lima; Vanja Maria Bessa Ferreira; Maurício Teixeira Leite de Vasconcellos; Cláudia Brito
28 - Fatores associados ao uso de diretrizes clínicas em operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços hospitalares no campo da Saúde Suplementar no Brasil	Ciênc. saúde coletiva v.13 n.5 Rio de Janeiro set./out. 2008	2008	Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	Este artigo objetiva identificar fatores associados ao uso de diretrizes clínicas, segundo percepção de dirigentes respondentes, em operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços hospitalares no campo da saúde suplementar no Brasil	Margareth Crisóstomo Portela; Sheyla Maria Lemos Lima; Maurício Teixeira Leite de Vasconcellos ¹ ; Claudia Caminha Escosteguy; Vanja Maria Bessa Ferreira; Miguel Murat Vasconcellos; Cláudia Brito
29 - Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do Estado do Rio de Janeiro	Ciênc. saúde coletiva v.13 n.5 Rio de Janeiro set./out. 2008	2008	Departamento de Obstetrícia, Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Universidade Federal Fluminense. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	O objetivo deste estudo foi descrever as características socioeconômicas, demográficas, culturais e reprodutivas de puérperas e os determinantes da decisão por parto cesáreo em duas unidades do sistema de saúde suplementar do Estado do Rio de Janeiro.	Marcos Augusto Bastos Dias; Rosa Maria Soares Madeira Domingue; Ana Paula Esteves Pereira; Sandra Costa Fonseca; Silvana Granado Nogueira da Gama; Mariza Miranda Theme Filha; Sonia Duarte Azevedo Bittencourt; Penha Maria

					Mendes da Rocha; Arthur Orlando Correa Schilithz; Maria do Carmo Leal
30 - Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva	Ciênc. saúde coletiva v.13 n.5 Rio de Janeiro set./out. 2008	2008	Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade, UFF. Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro	Este estudo discute o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) na saúde suplementar, utilizando o caso de uma operadora de medicina de grupo, sediada no Rio de Janeiro.	Túlio Batista Franco; Emerson Elias Merhy
31 - O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro	Ciênc. saúde coletiva v.13 n.5 Rio de Janeiro set./out. 2008	2008	Departamento de Medicina Preventiva, Unimed. Universidade Federal de Santa Catarina. Serviço de Saúde Pública, Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina. Universidade do Planalto Catarinense. Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá	O trabalho analisou a experiência de saúde-doença-cuidados referida por usuários do segmento suplementar com situações ou necessidades de saúde nas áreas de cuidado cardiovascular, oncológico, saúde mental e obstétrico, no município de Florianópolis, capital de Santa Catarina.	Eleonor Minho Conill; Denise Pires; Maristela Chitto Sisson; Maria Conceição de Oliveira; Antonio Fernando Boing; Hosanna Pattrig Fertonani
32 - Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade	Ciênc. saúde coletiva v.13 n.5 Rio de Janeiro set./out. 2008	2008	Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade, UFF.	Este trabalho identifica aspectos de integralidade nas propostas de avaliação de assistência à saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no Brasil, e do National Commitee for Quality Assurance (NCQA), nos Estados Unidos.	Alufisio Gomes da Silva Junior; Marcia Guimarães de Mello Alves; Monica Tereza Machado Mascarenhas; Valeria Marinho Nascimento Silva; Luis Cláudio de Carvalho
33- Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil*	Ciênc. saúde coletiva v.13 n.5 Rio de Janeiro set./out. 2008	2008	Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Centro de Estudos Sociais Aplicados, Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense. Secretaria Nacional de Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro	O objetivo do estudo é analisar o modo como, no Brasil, operadoras de planos e seguros de saúde, serviços hospitalares e médicos organizam o acesso aos serviços de saúde, e que mecanismos utilizam para economia de custos e de decisões comum de controle de custos.	José Mendes Ribeiro, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, Jeni Vaitzman, Luís Otávio Farias, Maurício Vasconcellos, Eliane Hollanda, Carla Pacheco Teixeira,
34 - Diretrizes clínicas e outras práticas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial em operadoras de planos de	Cad. Saúde Pública v.24 n.2 Rio de Janeiro fev. 2008	2008	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Secretaria Estadual de	Este estudo objetivou caracterizar a implementação de diretrizes clínicas e outros instrumentos e	Margareth Crisóstomo Portela; Sheyla Maria Lemos Lima; Vanja

saúde sob a perspectiva dos seus dirigentes, no Brasil			Saúde do Rio de Janeiro. Hospital dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro.	práticas de melhoria da qualidade nas operadoras de planos de saúde no Brasil.	Maria Bessa Ferreira; Claudia Caminha Escosteguy; Cláudia Brito; Maurício Teixeira Leite de Vasconcellos
35 - A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro ⁸⁶	Ciênc. saúde coletiva v.13 n.5 Rio de Janeiro set./out. 2008	2008	Agência Nacional de Saúde Suplementar.	O artigo tem por objetivo descrever a situação do mercado de planos privados de assistência médica no Brasil, no período de 2000 a 2006.	Ceres Albuquerque; Márcia Franke Piovesan; Isabela Soares Santos; Ana Cristina Marques Martins; Artur Lourenço Fonseca; Daniel Sasson; Kelly de Almeida Simões
36 - Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil	Rev. Saúde Pública, Fev 2007, vol.41, no.1, p.116-123. ISSN 0034-8910	2007	Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.	Aqui se descreve o desempenho gerencial de hospitais filantrópicos com operadoras de planos de saúde em comparação com o conjunto de hospitais filantrópicos no Brasil.	Sheyla Maria Lemos Lima; Margareth C Portela; Maria Alicia Dominguez Ugá; Pedro Ribeiro Barbosa; Silvia Gerschman; Miguel Murat Vasconcellos
37 - O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS	Ciênc. saúde coletiva v.12 n.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2007	2007	Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde-GVsaúde	O presente estudo discute as implicações desse modelo no relacionamento entre operadoras de saúde e hospitais, a partir de consultas realizadas com dezoito gestores de operadoras a respeito do uso na gestão hospitalar de indicadores de desempenho compatíveis com os adotados pelo PQSS	Álvaro Escrivão Junior; Marcos Fumio Koyama
38 - A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas	Texto 40 - BVS	2007			
39 - Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais	Ciênc. saúde coletiva v.9 n.2 Rio de Janeiro abr./jun. 2004	2004	Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem/ UFMG. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de	O atual trabalho discute os avanços e limites da regulação pública da saúde suplementar e propõe mapear a integralidade da	Deborah Carvalho Malta; Luiz Carlos de Oliveira Cecílio; Emerson Elias

⁸⁶ Isabela Soares Santos - autora com dissertação de mestrado pela ENSP.

			Ciências Médicas da Unicamp e Programa Integrado de Saúde Coletiva da PUC-Campinas. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Hospital das Clínicas/UFMG	assistência pelo acompanhamento da linha do cuidado.	Merhy; Túlio Batista Franco; Alzira de Oliveira Jorge; Mônica Aparecida Costa
40- As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores	Ciênc. saúde coletiva v.9 n.3 Rio de Janeiro jul./set. 2004	2004	Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Coordenadoria de Tecnologia em Saúde, Assistência Farmacêutica e Assistência Diagnóstica. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz	A partir de revisão bibliográfica e dados do Datasus, IBGE e agências internacionais, são discutidas segmentações e especializações na oferta de serviços de saúde no Brasil	Maria Angélica Borges dos Santos; Silvia Gerschman
41 - Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil	Ciênc. saúde coletiva v.8 n.2 Rio de Janeiro 2003	2003	Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Ciências Sociais. Fiocruz	O artigo analisa a dimensão e segmentação do mercado supletivo de assistência à saúde no Brasil e o perfil dos seus segurados	Luís Otávio Farias; Clarice Melamed
42 - Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar	Ciênc. saúde coletiva v.6 n.2 São Paulo 2001	2001	Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública,	O artigo discute a adesão aos planos de saúde entre indivíduos de camadas populares.	Luís Otávio Farias
Aparece no BVS Texto 4 do BVS 43- A Agência Nacional de Saúde e a política de saúde mental no contexto do sistema suplementar de assistência à saúde: avanços e desafios.	Saúde Soc; 21(1): 115-128, jan.-mar. 2012. .	2012	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.	O presente estudo trata das políticas de saúde mental conduzidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no cenário da assistência dispensada pelos planos privados de assistência à saúde. à assistência à saúde mental nos normativos emanados pela Agência.	Rachel Torres Salvatori,; Carla A Arena Ventura,
44 -A percepção dos usuários sobre a oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças: o caso de uma operadora de autogestão	Physis vol.21 no.2 Rio de Janeiro 2011	2011	Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Universidade Federal Fluminense (UFF); Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Cruz. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Este é um estudo de caráter qualitativo que objetiva analisar esses programas em uma operadora de autogestão, com o intuito de compreender se eles produzem dispositivos biopolíticos.	Paula de Souza Silva Freitas; Talita Dourado Schwartz; Carlos Dimas Martins Ribeiro; Tulio Batista Franco; Ethel Leonor Nóia Maciel; Rita de Cassia Duarte Lima
APARECE NO BVS 35	Physis (Rio J.); 18(4):	2008	Odontologia da	Este artigo procurou	Louise

45 - Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor	767-783, 2008. ilus.		Universidade Federal de Santa Catarina	contextualizar a saúde suplementar no Brasil, bem como a estruturação e a regulação do setor, utilizando uma análise da literatura e uma visão crítica sobre o assunto.	Pietrobon; Martha Lenise do Prado; João Carlos Caetano
46 - Regulação da saúde suplementar e estrutura etária dos beneficiários	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA.	2010	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA	O artigo expõe as mudanças das regras de reajuste das contraprestações por faixas etárias assim como as mudanças demográficas observadas entre 1998 e 2008.	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA.
APARECE NO BVS – TEXTO 33 47 - Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar	Ciência e saúde coletiva; 13(5): 1567-1578, set.-out. 2008. graf	2008	EducaSaúde - Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Graduação em Medicina, Escola de Saúde, Universidade Católica de Pelotas. Curso de Graduação em Medicina, Escola de Saúde, Universidade Católica de Pelotas. Curso de Graduação em Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade de Caxias do Sul	O artigo é um estrato de uma pesquisa sobre os imaginários presentes na formação dos profissionais de saúde relativamente à regulação e ao exercício da profissão.	Ricardo Burg Ceccim; Teresa Borgert Armani; Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira, Bilibio; Luiz Fernando; Moraes, Maurício; Santos, Naiane Dartora.
APARECE NO BVS 34 48 - A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados	Ciência e saúde de coletiva; 13(5): 1463-1475, set.-out. 2008. graf, tab	2008	Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	O artigo analisa alguns resultados da regulação produzida na saúde suplementar no último período, em especial de 2000 a 2006.	Fausto Pereira dos Santos; Deborah Carvalho Malta; Emerson Elias Merhy

O quadro 30 abaixo identifica, por instituição, o número de artigos publicados na SCIELO:

Quadro 30- Artigos por instituição

Instituição	Número de Publicações	Instituição	Número de Publicações
ENSP	15	ANS	01
USP	06	Dix Amico ⁸⁷	01
Secretaria Estadual de Saúde do RJ	05	Hospital Albert Einstein	01
Universidade Federal Fluminense - UFF	05	Hospital da Unimed PB	01
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	04	Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia	01
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC	04	Instituto de Cardiologia do RS	01
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE	03	Instituto Fernandes Figueira - Fiocruz	01
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ	03	Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Puc Campinas	01
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG	03	Secretaria de Administração da Bahia	01
Universidade Estadual de Maringá	03	Secretaria Municipal do Rio de Janeiro	01
Universidade Federal de São Paulo -UNIFESP	03	Secretaria Nacional de Desenvolvimento Social	01
Ministério da Saúde	03	Universidade Federal do Espírito Santo – UFES	01
Fundação Getúlio Vargas - FGV	03	Unimed	01
Universidade Estadual de Campinas - Unicamp	02	Universidade de Caxias do Sul	01
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	02	Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de SP	01
Universidade Planalto Catariense	02	Universidade de Brasília - UNB	01
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS	01	Grupo Hospitalar Conceição	01
Escola de Administração de Empresas de São Paulo	01	Faculdades Integradas do Brasil	01
Universidade Presbiteriana Mackenzie	01	Escola Nacional de Ciências Estatísticas	01
Hospital Bandeirantes SP	01	Universidade Metropolitana de Santos –UNIMES	01
Universidade Federal da Bahia – UFBA	01	Tribunal Regional do Trabalho da Bahia – TRT BA	01

⁸⁷ Dix Amico – Empresa do Grupo Amil, que a partir de março de 2014 passou a utilizar o sistema operacional da Amil, sendo agora um dos modelos de planos que se caracteriza com uma opção popular aos planos da empresa.

Quadro 31- Artigos por ano

Ano da Publicação	Quantidade de publicações
2013	6
2012	4
2011	5
2010	5
2009	4
2008	11
2007	3
2004	2
2003	1
2001	1

4 Considerações Finais

Ao longo deste trabalho de investigação sobre os materiais acadêmicos produzidos sobre a saúde suplementar, foi possível reconhecer que todas as produções realizavam sua abordagem a partir da ótica das operadoras de saúde, não sendo capaz de identificar nenhuma produção que abordasse a relação direta entre usuário e prestador de serviços sem a intermediação dos planos de saúde. Acredita-se que isto ocorra em função dos caminhos percorridos na regulamentação do setor, tendo em vista que as leis aprovadas e discutidas, ao longo desta pesquisa, diziam respeito aos planos de saúde e a sua agência reguladora, que apesar de receber o nome de agência nacional de saúde suplementar, foi criada com o objetivo de disciplinar somente os planos de saúde.

Dadas as características de tal pesquisa, não cabe a discussão dos motivos desta limitação legal no disciplinamento do setor privado de saúde, mas cumpre destacar que esta ainda é uma das lacunas existentes no campo, considerando que a saúde suplementar não está circunscrita somente aos planos de saúde, em função da existência das relações entre usuários e prestadores diretamente na contratação de serviços. Resta, desta forma, o questionamento sobre a quem esses usuários devem recorrer quando se sentirem lesados em seus direitos? Estaria ele submetido a uma mera relação de consumo? Estas são indagações que ficarão como um dos produtos desta pesquisa.

No que diz respeito aos principais eixos estabelecidos nas produções pesquisadas, notamos que, em geral, discutem questões endógenas ao próprio sistema de saúde privado, como regulação do setor; as negativas de cobertura das operadoras de saúde; programas de promoção e prevenção; análise da qualidade das operadoras; os planos de cobertura odontológica; a própria estrutura da ANS, entre outros.

Na discussão sobre regulação dos planos de saúde, pode-se afirmar que os eixos preponderantes foram aqueles relacionados à: solvência econômica das operadoras; autorização de funcionamento; adaptação à lei; utilização dos serviços médicos e fraudes. As negativas de cobertura apesar de estarem incluídas na regulação do setor merecem destaque especial, dada à frequência que ocorrem, como podemos verificar na divulgação do nono ciclo de monitoramento da garantia de atendimento realizado pela ANS em maio de 2014, quando foram realizadas as suspensões da comercialização de 161 planos de saúde de 36 operadoras em todo o país, especialmente em função da não cobertura de procedimentos. Desde 2011, quando foi criado, o programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento já suspendeu preventivamente 868 planos de 113 operadoras. (ANS, 2014).

Ainda em função das negativas de atendimento, em 2013, foi publicada pela ANS a RN nº 319, que obrigou as operadoras de planos de saúde a fazerem a comunicação por escrito, sempre que o beneficiário solicitar, através de linguagem clara, do motivo da negativa. Somente no ano de 2012, a ANS recebeu 57.509 reclamações referentes a não autorização de procedimentos, o que aponta para as dificuldades enfrentadas na relação com os planos de saúde dos usuários.

Os programas de promoção e prevenção à saúde também são objeto de várias produções, o seu fortalecimento junto à saúde suplementar indica, quem sabe, uma tentativa de mudança no padrão da assistência à saúde privada do país, que tradicionalmente vem privilegiando as ações de cunho curativo em detrimento às ações preventivas e de promoção. O SUS possui experiências importantes neste sentido, e observamos a aproximação do segmento privado nesta discussão. Não podemos deixar de destacar que este interesse na promoção e prevenção indica também uma preocupação existente com o crescente envelhecimento populacional; o aumento do número de partos prematuros; a obesidade infantil; e com o uso de tabaco, álcool e outras drogas as quais acarretam o conseqüente aumento dos custos dos planos de saúde e a diminuição da margem de lucros.

Daqui a alguns meses estaremos novamente nas urnas escolhendo os nossos governantes em esfera federal e estadual, porém, o cenário que confrontamos nos impulsiona a reflexão sobre os caminhos a serem seguidos pelo país, e no âmbito da nossa discussão, que destino estará reservado ao sistema de saúde brasileiro.

Em pesquisa do Instituto Datafolha⁸⁸, nos dias 02 e 03 de abril de 2014, foi constatado que um em cada quatro brasileiros (25%) desaprova o governo atual, e as justificativas mais apontadas para isso recaem sobre a área da saúde, mencionada por 31% deste grupo. Não cabe aqui a análise de como a pesquisa foi realizada e, particularmente, em que momento a mesma foi aplicada, considerando os últimos episódios de corrupção em empresas estatais e a briga eleitoral em curso. O que nos importa, na verdade, é buscar minimamente compreender o ocorrido no sistema de saúde brasileiro e, sobretudo, no sistema privado, esforço este o qual, a partir do material pesquisado e analisado, nos remete a algumas outras questões.

Apesar do nosso sistema ser universal, o país aplica em saúde 9% do PIB⁸⁹, a despesa de consumo das famílias com bens e serviços de saúde em 2009 chegou a 4,8% do PIB, ou seja, R\$ 157 bilhões, e a despesa da administração pública com esses bens e serviços foi de mais de R\$ 123 bilhões (3,8% do PIB). Em comparação com países como França que destina 11,7% do seu PIB para a saúde, Alemanha 11,5%, Reino Unido 9,6%, Estados Unidos 17,6%, podemos constatar o quadro brasileiro como longe do ideal, principalmente se considerarmos que nos países citados a saúde também apresenta diversos problemas. Então, o que dizer sobre o Brasil que possui uma política de saúde de vanguarda, mas não consegue resolver problemas clássicos, como a distribuição de recursos e o acesso da população de maneira equânime. Nos principais países europeus, 70% dos gastos com saúde são oriundos do Estado, no Brasil somente 42% vem dos cofres do governo e 58% é

⁸⁸ Pesquisa Datafolha disponível em: <http://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2014/04/1436992-maioria-acredita-que-existe-corrupcao-na-petrobras.shtml>. Acesso em 07 de abril de 2014. Foram realizadas 2.637 entrevistas em 162 municípios brasileiros por amostragem estratificada por sexo e idade com sorteio aleatório dos entrevistados com 16 anos ou mais.

⁸⁹ Pesquisa Conta-satélite de saúde, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgada em 2012 e disponível em 2012. [Http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000007243701162012372418823437.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000007243701162012372418823437.pdf). Acesso em 06 de fevereiro de 2014.

subsidiado por nós cidadãos e pelas empresas, que são responsáveis por grande parte dos beneficiários dos planos de saúde.

Diante do desfinanciamento do SUS e da mídia negativa construída ao longo dos anos contra o Inamps, INPS e SUS, ter um plano de saúde tornou-se praticamente uma aspiração da população, juntamente com o sonho da casa própria e do filho estudando em uma faculdade. Assim ao longo dos últimos cinco anos, dez milhões de brasileiros conquistaram o “direito” a “carteririnha do plano de saúde”, principalmente a partir do aquecimento da economia nacional com a geração de empregos, que possibilitou a entrada no mercado de trabalho formal de uma massa de trabalhadores a qual foi picada pela mosca azul dos benefícios das empresas, especialmente o plano de saúde.

Quem possui o tão sonhado plano de saúde acredita que quando necessário irá receber o atendimento que merece e principalmente que precisa, porém a realidade não se mostra tão favorável, tendo em vista as negativas de cobertura de atendimento e as restrições de rede credenciada. Quando esse impacto ocorre, o caminho normalmente percorrido pelos pacientes e por suas famílias é da sala do médico para a sala do advogado, conforme apontam alguns trabalhos destacados no III Capítulo que nos informam sobre o crescimento da judicialização da saúde.

O avanço da medicina com a introdução contínua de novas tecnologias, ao mesmo tempo, em que possibilitou a sobrevivência dos pacientes, também introduziu a possibilidade de morte simbólica de uma família, que não raras vezes, diante da não cobertura de procedimentos pelos planos de saúde e as dificuldades de acesso ao SUS, acabam abrindo mão de seus bens materiais para subsidiar um tratamento de saúde, o qual nem sempre possibilita o resultado esperado. Vale ressaltar que mesmo se desfazendo de todos os seus bens materiais, em alguns casos, não é possível cobrir todas as despesas de uma internação hospitalar em CTI, por exemplo.

O oncologista Hagop Kantarjian⁹⁰ da Universidade do Texas afirmou em entrevista⁹¹: “Matar o paciente financeiramente também é desrespeitar o juramento de Hipócrates”, sendo que para ele, esse um dos principais dilemas éticos enfrentados pelos profissionais da saúde nos dias atuais. Hipócrates é considerado o pai da medicina ocidental, e é atribuído a ele o juramento amplamente utilizado pelos médicos, conforme descrito com destaques abaixo:

“Prometo que, ao exercer a arte de curar, mostrar-me-ei sempre fiel aos preceitos da honestidade, da caridade e da ciência.

Penetrando no interior dos lares, meus olhos serão cegos, minha língua calará os segredos que me forem revelados, o que terei como preceito de honra.

Nunca me servirei da minha profissão para corromper os costumes ou favorecer o crime.

Se eu cumprir este juramento com fidelidade, goze eu para sempre a minha vida e a minha arte com boa reputação entre os homens; se o infringir ou dele afastar-me, suceda-me o contrário”.

Em 2012, Hagop Kantarjian e outros médicos publicaram um manifesto contra o alto custo das novas drogas oncológicas na revista *Blood* da Sociedade Americana de Hematologia. Com a ameaça dos profissionais em deixar de recomendar aos hospitais a adoção das drogas mais recentes de altíssimo custo, alguns fabricantes reduziram os preços dos novos medicamentos, porém, várias questões surgem, como: Até quando a redução nos custos será mantida? E no Brasil onde está o movimento dos profissionais de saúde?

As denúncias como as apontadas pelo oncologista e tantas outras que são confrontadas em nosso dia a dia profissional sinalizam para o fato de que as premissas assinaladas pelos economistas e especialistas de mercado, as quais indicavam que a saúde poderia obedecer a mesma lógica da cadeia produtiva do mercado em geral, em que todos supostamente levariam vantagem e lucrariam, eram

⁹⁰ Médico oncologista com especialização em Hematologia. Professor do Departamento de Leucemia da Divisão de Oncologia da Universidade do Texas.

⁹¹ Fonte: *Época*, 10/05/14, por Cristiane Segatto

equivocadas, pela única, básica e óbvia diferença de estarmos falando e lidando com pessoas, sujeitas de direito e não com simples indicadores. Diante disso, verificamos uma disputa existente na cadeia produtiva da saúde no segmento privado, entre hospitais, planos de saúde e prestadores de serviços em saúde que não resultam em nenhuma instância na melhoria da qualidade da prestação dos serviços aos pacientes.

Os planos de saúde reclamam que os prestadores de serviços cobram mais do que de fato é realizado/empregado no tratamento de um paciente e os prestadores, por sua vez, alegam que são obrigados a “florear” as contas em virtude da falta de reajuste na tabela de procedimentos e nas constantes glosas dos planos de saúde. Contudo, quem sofre os impactos desta celeuma é o beneficiário a qual se vê obrigado a percorrer caminhos tortuosos em busca de atendimento, em função ou da restrição da rede credenciada ou da burocracia para autorização de procedimentos de alta complexidade e cirurgias; chegando até mesmo a negação de procedimentos solicitados.

Hoje, o Brasil possui cerca de 4.081 hospitais privados, e são somente 2.615 sem fins lucrativos, abaixo do número necessário de acordo com especialistas do setor. Eles ainda apresentam o problema de possuírem como foco a doença e não a saúde, ou a prevenção, assim quanto mais à situação de um paciente se agrava, melhor é para o hospital, aumentando a sua possibilidade de lucro. O sistema privado remunera a doença, os planos de saúde, em sua grande maioria, com exceção daqueles com modelo de autogestão, pagam aos prestadores pelo modelo de “conta aberta”. Ou seja, para cada paciente, mesmo que com o perfil semelhante, são geradas faturas diferentes, o que cria um arsenal de documentos e de profissionais necessários para gerir este fluxo, por parte dos planos cresce o número de auditores as quais são responsáveis por analisar cada conta e autorizar, ou não, seu pagamento. E por parte dos prestadores, especialmente os hospitais, cresce o número de faturistas, - até mais do que profissionais que atuam diretamente na assistência aos pacientes, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outros -, para tentar gerir os custos.

Trabalhando em assistência médica é comum presenciarmos situações de solicitações com duplicidade de procedimentos médicos, de forma a engordar o valor

a ser pago aos profissionais e aos hospitais, deixando o paciente em absoluto desconforto, tendo em vista que, usualmente, se acredita no pedido do procedimento devido ele ser de fato necessário. De outra parte, temos os profissionais que trabalham na área de autorização das operadoras de saúde: médicos e enfermeiros, que apesar de identificarem uma solicitação equivocada, podendo causar inclusive danos ao paciente, se omitem em conversar com o profissional solicitante e com o próprio paciente e familiar sobre os riscos daquele requerimento e até mesmo de outras possibilidades de tratamento, alegando questões éticas. Limitando-se a negar o procedimento sem esclarecer quais os elementos que conformaram à negativa.

Diante destas considerações, cabe retornar à questão introdutória deste trabalho: conhecermos as produções sobre saúde suplementar a partir dos seus eixos de debate, partindo do pressuposto de que os materiais diriam respeito, em geral, às questões da própria operacionalização do segmento privado e não da articulação do setor privado com o público, o que se mostrou como verdadeiro ao observamos que poucas publicações investigam as questões prementes da saúde suplementar no Brasil. Apesar da regulação ter, um pouco, de vinte anos, já possuímos elementos suficientes para discussão sobre modelo de saúde adotado no Brasil, e retroalimentado por nós como atores sociais. Os estudos de casos são primordiais para o conhecimento da realidade, mas as análises e as proposições para alteração do cenário do sistema privado, que já demonstrou em todas as suas facetas o objetivo único e exclusivo do lucro, tornam-se urgentes. Faz-se ainda necessário que as discussões sobre a saúde suplementar invadam outras áreas do conhecimento e não se centrem, como notado na pesquisa, nas áreas de ciências da saúde.

Para finalizar, ressaltamos a afirmação de Cohn et alli (1991: 160) apud Bahia, (1999) a qual é bastante pertinente as discussões aqui abordadas e travadas: “para instituir a equidade na saúde não basta distribuir mais adequadamente os serviços, mas a sua conformação em um direito. Para tal é preciso perscrutar a distribuição e as possibilidades de proteção contra os riscos à saúde e contrapor às estéreis polêmicas de um Estado mínimo *versus* estatização, alternativas que

viabilizem o discernimento do público e do privado, para que possam se estabelecer democraticamente regras claras de convivência.”

5

Referências bibliográficas

ABDALA, V. **Brasil gasta apenas metade do necessário para que o Sistema Único de Saúde garanta acesso universal.** Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/07/0617.html#more>>. Acesso em: 02 jul. 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em: <www.ans.gov.br>.

ALBUQUERQUE, C. et al. **A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p. 1421-1430, 2008.

ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil:** panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Texto para Discussão nº 599, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília - DF: 1998. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

ANDREAZZI, M. F. S. Mercado de saúde suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: MONTONE, J; Werneck, A. (Orgs.). **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003.** v. 3. Tomo1. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2004. p. 121-146.

ANDREAZZI, M. F. S.; KORNIS, G. E. M. Transformações e Desafios da Atenção Privada em Saúde no Brasil nos Anos 90. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13 (1), p.157 –191. 2003.

BAHIA, L. **De cara limpa.** Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/de-cara-limpa>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

BAHIA, L.; SOUZA, L. E. P. F. de; SESTELO, J. A. F. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 29(5):851-866, mai, 2013.

BAHIA, L.; ANTUNES, L. R.; CUNHA, T. C. A.; MARTINS, W. S. N. **Planos de Saúde no Brasil: origens e trajetórias**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Leps/Ministério da Saúde; 2005.

_____. **O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós regulamentação**. In: ANS. Diretoria de normas e habilitação dos produtos. Oficina DIPRO/GGTAP. Imaginando e Operando a Gestão da Assistência no Âmbito da Saúde Suplementar: Textos de Apoio. Rio de Janeiro: ANS, janeiro de 2002.

_____. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência e saúde coletiva**; 6(2), p. 329-339. 2001.

_____. **Medidas e padrões das relações público-privada: seguros e planos de saúde no Brasil**. 1999. Tese - Escola de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (RJ).

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993: investindo em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório**. Rio de Janeiro-RJ, 2009.

_____. **Lei nº 10. 185**, de 12 de fevereiro de 2001. Diário Oficial União. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Brasília- DF, 2000.

_____. **Medida Provisória nº 1.928, de 25 de Novembro de 1999**. Diário Oficial União. Brasília, 1999.

_____. **Lei 9656 3 de junho de 1998**. Diário Oficial União. Brasília, 1998.

_____. Lei 8080. **Lei Orgânica da Saúde**. Diário Oficial União. Brasília, 1990.

_____. Lei 8078. **Código de Defesa do Consumidor**. Diário Oficial União, 1990.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Capítulo da Saúde, Brasília, 1988.

_____. **Lei 64435**. Diário Oficial União. Brasília, 1977.

_____. **Lei Nº 5.764**. Diário Oficial União. Brasília, 1971.

_____. **DECRETO-LEI Nº 73**. Diário Oficial União. Brasília, 1966.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. Versão revista e ampliada dos artigos: “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CARVALHO, E. B.; CECÍLIO, L. C. de O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(9):2167-2177, set, 2007.

CECÍLIO, L. C. O; MALTA, D. C.; MERHY, E. E. **O mercado de Assistência Suplementar no Brasil e o papel da regulação pública na garantia da atenção à saúde de seus beneficiários**. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-02.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 12.

DABASHI, B.F; JÚNIOR, N. B.; SILVA. S. F. O pacto federativo na saúde e a gestão descentralizada: uma oportunidade estratégica de promover avanços no Sistema Único de Saúde. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes 2011, p.101 – 114.

ELIAS, P. E. M.; DOURADO, D. de A. Sistema de saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil. In: IBÑES, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D'Ángelo (Org.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FARIAS, L. O; MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 8 (2), p. 585-598, 2003.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, J. O. **A universalização excludente**: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. Planejamento e Políticas públicas 3, p. 139-162, junho, IPEA. 1990.

FEITOSA, J. do V. P. A equidade do SUS e o mercado de planos privados de saúde no ambiente regulado pelo Estado. In: **Produção Normativa em saúde**: políticas setoriais e regulação. Brasília, Senado Federal, Subsecretária de Edições Técnicas, 2012.

FREITAS, R. M.; CHERCHIGLIA, M. L.; LANA, F. C. F.; MALTA, D. C.; ANDRADE, E. I. G. Estudo dos modelos assistenciais praticados por operadoras de planos privados de saúde. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [4], p. 1561-1577. Futura, 2000.

FRIGOTTO, G. **Educação e a crise do capitalismo real**. São Paulo: Cortez, 1996.

GAMA, A. M. **Caracterização da Autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde**. Fiocruz, 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Dissertacoes_Caracterizacao_da_Autogestao.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA**. Estudo de 2000 a 2011. Brasília (DF); 2010.

MAGALHÃES, D. F. de. A normatização do SUS na ótica municipalista. In: **Produção Normativa em saúde**: políticas setoriais e regulação. Brasília, Senado Federal, Subsecretária de Edições Técnicas, 2012.

MALTA, D. C. et al. **Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais**. Ciência & Saúde Coletiva, 9(2):433-444, 2004.

MATTOSO, J. **O Brasil Desempregado**. 2ª ed, São Paulo, Perseu Abramo, 1999

MEDICI, A. C. **Incentivos governamentais ao setor privado no Brasil**. Relatórios Técnicos. Rio de Janeiro: ENCE/IBGE. 1991

MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. SP.RJ.: Hucitec/Abrasco. 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Salud em Brasil. In: GIOVANELLA, L.; FEO, O.; FARIA, M.; TOBAR, S. (Orgs.). **Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad**, Rio de Janeiro: ISAGS, 2012, p. 229-296.

MONTONE, J. **Integração do Setor de Saúde Suplementar ao Sistema de Saúde Brasileiro**. Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro. 2001.

MORAES, A. de (Org.). **Agências reguladoras**. São Paulo: Atlas, 2002.

NOGUEIRA, R. P. **O Desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerencia das unidades assistenciais**. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro:Cebes 2011, p.101 – 114.

NUNES, E.; RIBEIRO, L. M.; PEIXOTO, V. Agências reguladoras no Brasil. In: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. (Org.). **Sistema político brasileiro: uma introdução**. São Paulo: Editora Unesp, 2007. p. 183-206.

OLIVEIRA, E. A. O Atual estágio de acumulação capitalista: destruição criativa ou criação destrutiva? **Revista Serviço Social e Sociedade**. Ano XXVI, nº 82. Cortez, 2005.

PELTZMAN, S. A teoria econômica da regulação depois de uma década de desregulação. In: MATTOS, P. (Coord.). **Regulação econômica e democracia: o debate norte-americano**. São Paulo: Editora 34, 2004. p. 81-130.

PINHEIRO, R. S.; ESCOSTEGUY, C. C. Epidemiologia e serviços de saúde. In: **Epidemiologia**. MEDRONHO. R. A. (Editor). São Paulo: Editora Atheneu, 1ª edição, p.361-369. 2002.

PÓ, M. V. **Institucionalidade e desafios da regulação na área de saúde no Brasil**. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011, p. 220- 243.

POCHMANN, M. Globalização e emprego. In: ARBIX, G. A. T.; ZILBOVICIUS, M.; ABRAMOVAY, R. (Orgs.). **Razões e ficções do desenvolvimento**. São Paulo: UNESP/EDUSP, 2001.

POSNER, R. A. Teorias da regulação econômica. In: MATTOS, P. (Coord.). **Regulação econômica e democracia: o debate norte-americano**. São Paulo: Editora 34, 2004. p. 49-80.

PRATES, D. M.; CUNHA, M. A.; LÉLIS, C. T. M. O Brasil e a Crise Financeira Global: Avaliando os Canais de transmissão nas contas externas. **Rev. Econ. Contemp.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 62-91, jan-abr/2011.

REIS, C. O. O. **SUS: o desafio de ser único**. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. de C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes 2011, p.101-114.

SALOMÃO FILHO, C. **Regulação da atividade econômica: princípios e fundamentos jurídicos**. Malheiros, São Paulo, 2001.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: Onze Anos de Regulação dos Planos de Saúde. **A revista Organizações & Sociedade (O&S)**. Salvador, v.19 - n.62, p. 471-487, Julho/Setembro – 2012.

SANTOS, F. P. dos; MALTA, D. C.; MERHY, E. E. **A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p. 1463-1475, 2008.

SANTOS, I. S. **Planos privados de assistência à saúde no mundo do trabalho**. 2000. Tese - Escola de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (RJ).

SANTOS, P. R. F. **A intensificação da exploração da força de trabalho**. *O Social em Questão*. Rio de Janeiro: PUC – Rio. Ano XIV, n. 25 e 26, p. 137-156.

SCHAWARCZ, L. M. **Introdução à coleção**. In: *História do Brasil nação: 1808-2010*. Rio de Janeiro: Fundacion Mapfre, 2011.

SCHEFFER, M. **Coberturas Assistenciais Negadas pelos Planos e Seguros de Saúde em Ações Julgadas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo**. *R. Dir. sanit.* São Paulo, v. 14, n. 1, p. 122-132, mar./jun. 2013

TAMEZ, S. et. al. **Lo público y lo privado; las aseguradoras y la atención médica em Mexico**. *Cadernos de Saúde Pública* 11(4):579-587. 1995.

TEMPORÃO, J. G. Sistemas Universales de Salud en el Mundo en Transformación. In: GIOVANELLA, L.; FEO, O.; FARIA, M.; TOBAR, S. (Orgs.). **Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad**, Rio de Janeiro: ISAGS, 2012, p.13-20.

UEMA, J. K. O espírito das Leis na Saúde: Democrático e Descentralizado. A base da legitimidade. In: **Produção Normativa em saúde: políticas setoriais e regulação**. Brasília, Senado Federal, Subsecretária de Edições Técnicas, 2012.

UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Disponível em: <www.unidas.org.br>.

_____. **Autogestão em saúde no Brasil 1980 – 2005**: História da organização e consolidação do setor. São Paulo: Unidas, 2005.

VENTURA, C. A. A. **As Agências Reguladoras e seu papel na reestruturação do setor de telecomunicações**: um estudo comparado da Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) - Brasil e da Federal Communications Commission (FCC) - EUA. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

VIAL, S. R. M.; KOLLING. G. Emenda 29: Do Sistema Médico ao Sistema da Saúde. In: **Produção Normativa em saúde: políticas setoriais e regulação**. Brasília, Senado Federal, Subsecretária de Edições Técnicas, 2012.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. IUPERJ, Universidade Candido Mendes. Revan, 1998.

VILARINHO, P. F. **O campo da saúde suplementar no Brasil à luz da teoria do poder simbólico de Pierre Bourdieu**. Cadernos EBAPE.BR, v. II, n. 3 – Dezembro 2004.