

**A REGULAÇÃO DO MERCADO DE ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR NO BRASIL E A
GARANTIA DA ATENÇÃO À SAÚDE**

**THE REGULATION OF THE MARKET OF SUPPLEMENTAL HEALTHCARE IN BRAZIL
AND GUARANTEE OF THE CARE**

Deborah Carvalho Malta

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Emerson Elias Merhy

Túlio Batista Franco

Alzira de Oliveira Jorge

Mônica Aparecida Costa

¹ Médica, Doutora em Saúde Coletiva (Administração e Planejamento), Professora Adjunta da Escola de Enfermagem/UFMG. Rua Alfredo Balena 190, sala 519. EE/UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais.

dcmalta@ufmg.br

² Médico, Doutor em Saúde Pública, Professor do DPMPS/FCM/UNICAMP e do Programa Integrado de Saúde Coletiva da PUC/Campinas. cecilioluiz@uol.com.br

³ Médico, Doutor em Saúde Pública, Professor Livre Docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP. emerhy@fcm.unicamp.br

⁴ Psicólogo, Doutorando em Saúde Pública/FCM/UNICAMP. tuliofranco@uol.com.br

⁵ Médica, Doutora em Saúde Coletiva/ FCM/UNICAMP. Sanitarista do Hospital das Clínicas/UFMG.

⁶Médica, Especialista em Medicina social. Sanitarista do Hospital das Clínicas/UFMG.

Resumo - O trabalho atual discute o mercado de assistência suplementar no Brasil, ou o mercado de planos e seguros e saúde, realizando uma revisão das suas principais características: cobertura, abrangência geográfica, financiamento, operadoras existentes, dentre outras. Essa caracterização possibilita maior aproximação do objeto estudado, possibilitando aprofundar a discussão da regulação pública. A regulamentação do setor tem como base a Lei 9656/98 e a Lei 9661/2000, que estabelecem o papel do Estado frente a esse mercado e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. O atual trabalho discute os avanços dessas medidas e os seus limites. Propõe-se mapear a integralidade da assistência pelo acompanhamento da linha do cuidado, evitando-se assim a sua fragmentação. Cada usuário deverá ser acompanhado segundo determinado projeto terapêutico instituído, comandado por um processo de trabalho cuidador, e não por uma lógica "indutora de consumo". Esse mecanismo visa assegurar a qualidade da assistência prestada.

Palavras chaves: Saúde Suplementar, Planos e Seguros Saúde, Regulação Pública, Integralidade da Assistência, Linha do Cuidado

Abstract -The present work looks the market of supplemental healthcare assistance in Brazil, or the market of healthcare plans and insurance by reviewing its main features: Coverage, geographic prevalence, funding, existing service providers, among others. Such a methodology allows a better approach to the focus of this study thus enabling a more in-depth discussion of governmental regulation. The regulation of this sector has its legal basis on the constitutional articles 9656/98 and 9661/2000, which lay the foundation for the role of the state as a regulator of this market as well for the creation of the National Agency for Supplemental Healthcare Assistance. This study discusses the advances achieved by these measures and its boundaries. These measures intend to serve as a "map" of the integrality of the assistance provided by following the continuum care. The would be monitored according to a established course of therapeutic plan, led by a process of service provision and not by a logic bent on frivolous consumption (of service). This mechanism allows the state to employ regulating parameters and criteria for the control the quality of the care provided.

Key Word - supplemental healthcare, healthcare plans and insurance, governmental regulation, integrality assistance, continuum care

Contribuição do texto

O trabalho discute o mercado de assistência suplementar no Brasil revisando suas principais características, as bases da regulação pública e da integralidade da assistência à saúde.

Introdução

Nas últimas décadas ocorreram inúmeros avanços relativos às políticas setoriais públicas, em especial no setor saúde no Brasil. O movimento da "Reforma Sanitária" constituiu-se em um movimento político em torno da remodelação do sistema de atenção à saúde, tendo a compreensão da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. Este movimento aglutinou diversos atores sociais, formando uma ampla coalizão política em torno de princípios que sustentavam a criação do Sistema Único de Saúde e que resultaram no arcabouço jurídico da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde - 8080, de 1990, que definiram as diretrizes de universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

A política de saúde no Brasil seguiu, nos anos 80, uma trajetória paradoxal: de um lado, a concepção universalizante, de outro, obedecendo às tendências estruturais organizadas pelo projeto neoliberal, concretizaram-se práticas caracterizadas pela exclusão social e redução de verbas públicas. Em função dos baixos investimentos em saúde e conseqüente queda da qualidade dos serviços, ocorreu uma progressiva migração dos setores médios para os planos e seguros privados (Malta, 2001).

A expansão da Assistência Suplementar nas últimas décadas foi significativa, estimando-se segundo os dados da PNAD/98, em 38,7 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que corresponde a 24,5% da população do País (IBGE, 2000). Esses números expressam as profundas alterações que a prestação dos serviços de saúde vem sofrendo, colocando na agenda governamental a necessidade do estabelecimento de um ordenamento jurídico legal para o setor, que incorpore a regulamentação desse mercado privado e a definição das suas responsabilidades. Essa regulamentação iniciou-se em 1998, mediante a Lei 9656/98 e aprofundou-se com a Lei 9661/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar, mas, ainda existe um grande percurso na sua

consolidação (Brasil, 1998; Brasil, 2000a). Convive-se com uma grande heterogeneidade nos padrões de qualidade do setor, fragmentação e descontinuidade da atenção, que comprometem a efetividade e a eficiência do sistema como um todo, atingindo as redes de cuidados básicos, especializados e hospitalares, que atendem a clientela de planos de saúde.

A chamada “assistência médica supletiva” adquire inúmeros formatos na prestação da assistência e esses inúmeros aspectos devem ser melhor conhecidos. O atual trabalho procura abrir o debate sobre os diferentes Modelos Assistenciais praticados na Saúde Suplementar, visando o maior conhecimento do setor e orientação da ação regulatória do Estado.

Características dos segmentos da Assistência Suplementar

A Assistência Suplementar é composta pelos segmentos das autogestões, medicinas de grupo, seguradoras e cooperativas.

Denomina-se “autogestão” os planos próprios patrocinados ou não pelas empresas empregadoras, constituindo o subsegmento não comercial do mercado de planos e seguros. As autogestões totalizam cerca de 300 empresas e aproximadamente 4,7 milhões de beneficiários. O grupo é heterogêneo, incluindo as grandes indústrias de transformação (Volkswagen), entidades sindicais, empresas públicas, até empresas com pequeno número de associados. Cerca de 50% é administrada por instituições sindicais ou entidades jurídicas paralelas às empresas empregadoras, como as caixas de assistência, caixas de previdência e entidades fechadas de previdência. Integram sua administração, representantes dos trabalhadores e patronais. Percentual significativo é administrado por departamentos de benefícios/recursos humanos da própria empresa (Ciefas, 2000; Bahia 2001).

O subsegmento comercial compreende as cooperativas de trabalho médico – UNIMED’S e cooperativas odontológicas, as empresas de medicina de grupo (incluindo as filantrópicas) e as seguradoras.

As seguradoras, vinculadas ou não a bancos, representam a modalidade empresarial mais recente no mercado de assistência médica suplementar, com 16% do contingente de pessoas cobertas através de planos privados de saúde. Esse segmento utiliza-se da lógica atuarial para o cálculo das prestações dos planos e realiza uma seleção de riscos mais rigorosa, dado que se referenciam na lógica securitária (Bahia, 2001).

As cooperativas de trabalho médico, as UNIMED’S possuem 25% dos clientes de planos de saúde e se organizaram, a partir da iniciativa de médicos, com a argumentação da ameaça de perda da autonomia da prática médica e da mercantilização da medicina.

As medicinas de grupo, constituídas inicialmente por grupos médicos aliados ao empresariado paulista, são atualmente responsáveis por quase 40% dos beneficiários da assistência médica supletiva. Esse segmento se organizou em torno de proprietários/acionistas de hospitais, criando redes de serviços e credenciando hospitais e laboratórios, dado que existia um comprador de serviços que lhes garantia um mercado seguro. O surgimento do setor deu-se a partir de meados da década de 1960, com o denominado convênio-empresa entre a empresa empregadora e a empresa médica (medicina de grupo), estimulados pela Previdência Social, que repassava subsídios per capita pelo serviço prestado, prática essa que foi decisiva no empresariamento da medicina (Médici, 1992).

A extensão do mercado da Assistência Suplementar

Apresentaremos uma breve descrição sobre a extensão da Assistência Suplementar no Brasil, no que se refere à cobertura, abrangência geográfica, número de operadoras, dentre outros, possibilitando maior aproximação do objeto estudado. Apesar do grande número de fontes consultadas, torna-se muitas vezes difícil comparar as informações, pois os dados encontram-se dispersos e nem sempre existem dados da mesma fonte para todos os anos. Os dados das fontes oficiais (Ministério da Saúde e IBGE), são ainda limitados na abrangência e apresentam descontinuidade temporal. A maioria dos estudos e pesquisas acadêmicas sobre a Saúde Suplementar trabalham com dados secundários. Mesmo diante dessas limitações iremos utilizar as fontes existentes, os dados de literatura, as fontes oficiais (Agencia Nacional de Saúde Suplementar - ANS) e os sites das operadoras.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, do IBGE, tem por finalidade a produção de informações básicas para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do País. A PNAD em 1998 pesquisou morbidade percebida, acesso e utilização de serviços de saúde, cobertura por plano de saúde e os gastos com saúde. Foi então estimado em 38,7 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, correspondendo a 24,5% da população do País, cobertura menor que nos países europeus e nos Estados Unidos (que é da ordem de 84%). Destes 75% estavam vinculados a planos de saúde privados (operadoras comerciais e empresas de auto-gestão) e 25% estavam vinculados a planos de instituto ou instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar (IBGE, 2000).

A cobertura de planos de saúde é expressivamente maior nas áreas urbanas (29,2%), do que nas áreas rurais (5,8%). A cobertura é maior entre aqueles que avaliam seu estado de saúde como muito bom e

bom (25,9%), reduzindo para 14,5% entre aqueles que avaliam seu estado de saúde como ruim e muito ruim. Aqueles com renda familiar inferior a 1 salário mínimo (SM), tem cobertura de planos de saúde de apenas 2,6%, aumentando com o crescimento da renda, até atingir 76% de cobertura entre aqueles que recebem 20 SM e mais (IBGE, 2000).

Cerca de 60% dos planos de saúde no País são pagos pelo empregador do titular, de forma integral (13,2%) ou parcial (46,0%). A modalidade de contrato mais frequente é abrangente e inclui serviços ambulatoriais, hospitalares e exames diagnósticos e terapêuticos. O co-pagamento é uma prática observada em 20% dos planos de saúde do País (IBGE, 2000).

O IBGE concluiu que os planos de saúde atuam no sistema de saúde brasileiro introduzindo mais um elemento de geração de desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços, na medida em que cobrem uma parcela seleta da população brasileira na qual predominam: pessoas de maior renda familiar, inseridas em determinados ramos de atividade do mercado de trabalho e que avaliam seu estado de saúde como muito bom ou bom (IBGE, 2000).

Outras fontes na caracterização da Saúde Suplementar

O Cadastro de Beneficiários da ANS, é de preenchimento obrigatório por parte das operadoras e em abril de 2002, contabilizava 32,7 milhões de beneficiários, distribuídos da seguinte forma: Medicina de Grupo (33,6%), Cooperativa Médica (25,0%), Autogestão (14,6%), Seguradora (16,2%), Odontologia de Grupo (5,3%), Filantropia (2,7%). O cadastro contabiliza ainda 13 seguradoras, 627 Empresas de Medicina de Grupo, 102 Filantrópicas, 285 Autogestões, 315 Cooperativas Médicas, 148 Cooperativas odontológicas, 284 Odontologias de Grupo e 1 Administradora (BRASIL, 2002a) (**Tabela 1**).

O Cadastro da ANS não inclui os beneficiários vinculados aos sistemas de Previdência Pública Estadual, por não serem incluídos na obrigatoriedade da Lei 9656/98, quanto à apresentação do cadastro à ANS e também não inclui, eventualmente, operadoras que obtiveram liminares na justiça, desobrigando-as do fornecimento de seus dados cadastrais.

A ABRAMGE estima que o mercado de planos de saúde compreenda cerca de 41 milhões de clientes, divergindo dos dados oficiais. Cabe esclarecer que a ABRAMGE trabalha com estimativas e não com cadastro real (ABRAMGE, 2002).

Os dados do cadastro mostram a concentração dos beneficiários em grandes operadoras: são 752 operadoras com até 2000 beneficiários, ou 1,58% e 54 operadoras somam mais de 17 milhões, ou 52% dos beneficiários (**Tabela 2**).

A maioria das empresas de medicina de grupo e UNIMED'S são de pequeno porte (menos de 100.000 beneficiários) e com coberturas mais localizadas. Ao contrário, as seguradoras possuem planos com mais de 100.000 beneficiários e concentrados em um pequeno número de empresas.

A distribuição geográfica mostra uma concentração de operadoras e beneficiários nas regiões Sudeste (60,8%) e Sul (17,2%), em função do maior poder aquisitivo da população e da existência de numerosas indústrias e empresas, contratantes de planos coletivos. A região Norte detém o menor percentual de operadoras (2,8%).

Os estados com maior cobertura são, por ordem decrescente: São Paulo (40,6%), Distrito Federal (30,9%), Rio de Janeiro (29,2%), Espírito Santo (20,6%), Minas Gerais (18,7%) e as coberturas menores que 4% são observadas nos estados: Acre, Tocantins, Maranhão, Roraima e Sergipe (**Tabela 3**) (Brasil, 2002a).

A implantação da regulação pública na Assistência Suplementar

O debate sobre o tema da regulação na Assistência Suplementar é ainda muito incipiente no país. A Lei 9.656/98 introduziu novas pautas no mercado como: a ampliação de cobertura assistencial, o ressarcimento ao SUS, o registro das operadoras, o acompanhamento de preços pelo governo, a obrigatoriedade da comprovação de solvência, reservas, técnicas, a permissão para a atuação de empresas de capital estrangeiro, dentre outras.

Segundo Bahia (2001), existem divergências quando se discute qual é o objeto e a intensidade dessa regulação. Para alguns, a regulamentação visa corrigir/atenuar as falhas do mercado com relação à assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviços. A regulação deveria então atuar minimizando a seleção de riscos, por parte das empresas de planos, que preferem propiciar cobertura aos riscos “lucrativos” e por parte de clientes, que tendem a adquirir seguros/planos, em razão de já apresentarem alguma manifestação do problema de saúde pré-existente.

As críticas produzidas dentre os diversos atores variam conforme a sua origem, inserção social e defesa dos interesses que representam. Nesse sentido, os órgãos de defesa dos consumidores, como o Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC), pontuam, por exemplo, a “armadilha aos idosos”, apontada como a permissão da adoção de preços diferenciados entre os mais jovens e mais velhos, e a permissão de não coberturas. Os órgãos de defesa do consumidor conjuntamente com as entidades médicas, questionam a não cobertura de todas as patologias, a autonomia na solicitação dos procedimentos, a remuneração dos profissionais, dentre outros. As cooperativas médicas questionam os prazos de adaptação às Leis, a obrigatoriedade e constitucionalidade do ressarcimento, as dificuldades impostas aos pequenos planos e empresas regionais, no que se refere às exigências de coberturas. As medicinas de grupo pontuam os prazos de adaptação às Leis, a ilegalidade quanto à retroatividade, as inúmeras exigências que levam ao

aumento dos custos dos produtos. As seguradoras criticam que o modelo criado tornou-se muito expandido com regras de difícil execução (Figueiredo, 2002).

Os embates sobre a regulamentação pública se estenderam para dentro do aparelho de estado, enquanto o Ministério da Fazenda defendia uma regulação governamental de menor intensidade através da SUSEP, onde o centro era a regulação econômica e financeira, o Ministério da Saúde defendia uma ação mais efetiva do Estado, colocando a regulação também no aspecto assistencial. O modelo da regulação bipartite, feita pela SUSEP e pelo MS se arrastou até a criação da ANS, através da Lei 9961/00, que definiu por um órgão regulador único, saindo vitoriosa a tese do Ministério da Saúde (Mesquita, 2002).

A ANS foi criada com autonomia orçamentária e decisória e assemelha-se às demais agências reguladoras quanto a estrutura organizacional e autonomia. Sua criação significou um importante passo na regulação do mercado, revelando diversos abusos das operadoras contra os clientes e ampliando o papel de regulação e controle da assistência.

Um grande avanço nos mecanismos de regulação constituiu-se na implantação do ressarcimento ao SUS, em 2000. Este foi concebido para desestimular o atendimento de clientes de planos de saúde em estabelecimentos da rede pública e privada conveniada. A cobrança tem se dado através de uma terceira tabela para a remuneração dos procedimentos, a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP), que foi concebida com valores intermediários entre os praticados pelas operadoras e pelo SUS (Brasil, 2000b). O ressarcimento ainda é polêmico entre as operadoras e ainda existem inúmeras dificuldades no processo de retorno do recurso desembolsado aos cofres públicos (Brasil, 2003).

O processo de regulação ainda é incipiente e torna-se necessário o enfrentamento de temas mais complexos e estruturantes como o desafio de entender a natureza dessa regulação, seus avanços e limites, a dimensão da organização do subsetor, o financiamento da oferta de serviços, as modalidades assistenciais, suas redes e a complexidade dessas relações.

A compreensão do Modelo Assistencial praticado só se faz na medida que entendemos o processo de regulação existente. Visando facilitar a compreensão da dimensão do processo regulatório, utilizamos um diagrama para facilitar a visualização da cartografia do campo regulatório da ANS, possibilitando o mapeamento dos campos de intervenção (**Figura 1**).

Designamos o **campo A** (regulação da regulação ou macroregulação), como o campo constituído, pela legislação e regulamentação (Legislativo, Executivo/ANS, CONSU - Conselho de Saúde Suplementar), ou seja, a Lei 9656/98 e 9.961/2000, as resoluções normativas, operacionais, instruções, dentre outras, ou seja, "*O braço do Estado que se projeta sobre o mercado*" (Brasil, 1998; Brasil, 2000a).

O **campo B** constitui o campo da auto-regulação ou regulação operativa, isto é, as formas de regulação que se estabelecem entre operadoras, prestadores e beneficiários. Sendo que no espaço relacional 1, ocorrem as relações entre operadoras e prestadores, o espaço relacional 2 é aquele onde se estabelecem as transações entre as operadoras e os beneficiários, o espaço relacional 3 marca o encontro dos beneficiários com os prestadores. (**Figura 1**).

Mapeando essas relações torna mais fácil a caracterização do espaço regulatório. Discutiremos as hipóteses do estudo, visando a compreensão do modelo regulatório e de assistência praticado.

As hipóteses do estudo

A regulação pública praticada atualmente na Saúde Suplementar tem ocorrido, em geral, a partir da premissa da regulação da saúde financeira das operadoras, ou seja, da capacidade de se estabelecer no mercado, honrando os compromissos na prestação da assistência à saúde dos seus beneficiários, conforme o que foi contratado, sob a perspectiva do direito dos consumidores. Esse modelo de regulação tem sido praticado nos diversos países, inclusive no Brasil, mesmo que timidamente e ele se refere à regulação no Campo A conforme o diagrama que adotamos.

Após a aprovação da Lei 9656/98, abriu-se uma disputa dentro do aparelho de estado, onde alguns setores defendem uma nova perspectiva no processo regulatório do Estado, entendendo uma nova atribuição no papel regulatório, ou seja, a regulação da produção do cuidado à saúde. Esses setores entendem que as operadoras podem ser gestoras da saúde dos seus beneficiários, ou não, e que essa prática precisa ser regulada pelo Estado, ampliando-se para o entendimento que se deve intervir também na regulação do cuidado à saúde, praticado pelas operadoras, intervindo também no campo B, ou regulação operativa. A regulação do Estado nesse nível deverá ser precedida por um processo de apreensão dessa dimensão, compreendendo como esses mecanismos assistenciais ocorrem no cotidiano. Existe um déficit de conhecimento e de ferramentas que possibilitem essa nova perspectiva de intervenção. O mercado tem atuado livremente, e uma nova prática do estado implica em se adquirir saberes e competências que subsidiem essa nova forma de operar.

Uma outra hipótese importante levantada é que, para fazer frente à Lei 9656/98, as operadoras e prestadores têm desenvolvido mecanismos micro-regulatórios 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 que dificultam a solicitação de alguns procedimentos, o co-

pagamento, fatores moderadores, dentre outros. Ainda há muito que se investigar para melhor compreensão desses mecanismos. A existência desses mecanismos de micro-regulação resultam na fragmentação do cuidado, que se tornam centrados na lógica da demanda e da oferta do que foi contratado e não na lógica da produção da saúde, do cuidado. O modo de operar a assistência passa a se tornar centrado na produção de atos desconexos, não articulados. Assim as operadoras trabalham, não com a produção da saúde, mas sim com a idéia de “evento/sinistralidade”. Assim a saúde torna-se para o mercado um produto e não um bem. 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 o cuidado à saúde.

Neste contexto, quando se avalia a hipótese de que as operadoras/prestadores na Saúde Suplementar podem ser gestores do cuidado e que isso pode ser regulado pelo estado, verifica-se que esta idéia não se sustenta a partir da atual configuração do mercado de saúde brasileiro e da prática regulatória vigente na Assistência Suplementar, que atua basicamente no espaço da macro-regulação. Para a viabilização desta nova perspectiva de regulação há que se repensar e intervir sobre as práticas assistenciais vigentes, instituindo uma nova forma de operar o processo regulatório, intervindo no campo B.

Isso implica, portanto, investigar essas relações, mapear como as operadoras estão impondo os seus mecanismos regulatórios ao mercado (gestão por pacote, glosas, auditorias), como os prestadores reagem à esses mecanismos, buscando maior eficiência, produzindo redução de custos, ampliando a competitividade entre si ou a sobrevivência no mercado. Estamos nos referindo a como entender o espaço relacional 1 (**Figura 1**).

Ainda no campo B (**Figura 1**), cabe também mapear o espaço relacional beneficiários–prestadores, ou o espaço relacional 2, principalmente considerando o micro espaço de encontro entre o usuário e a equipe de saúde, em especial, a relação médico-paciente. Cabe portanto compreender como os prestadores/médicos estão reagindo e instituindo outros mecanismos de microregulação, ou seja, atuando centrados no poder médico. Cabe indagar se essa relação busca se pautar pela produção da qualidade em saúde, pelo processo de informação do usuário/ beneficiário e de produção de sua autonomia, ou ao contrário, em função da pressão das operadoras, se a relação entre os prestadores/médicos e clientes tem-se pautado pela redução de custos, restrição de exames e procedimentos. Nesse espaço cabe indagar se essa relação pode se pautar por uma lógica mais “cuidadora”, mais relacional e “resolutiva”, ou por outro modelo relacional mais autoritário.

No espaço relacional 3 - beneficiários-operadoras, o debate central passa por temas como a seleção de riscos (barreiras à entrada dos segurados no sistema, excluindo os de alto risco), *risco moral* ou *moral hazard* (aumento da utilização de serviços pelos usuários, quando coberto), quebra da integralidade do cuidado por parte da operadora, não garantindo o cuidado contratado, e a busca da garantia de direito, por parte dos usuários (Almeida, 1998).

Constata-se um grande esforço regulatório da ANS na construção de uma agenda da regulação, concentrada no campo A, cabe ao Estado discutir também a atuação sobre o campo da regulação operativa, ou no campo B. Esse último constitui o centro de reflexão do atual trabalho, ou seja, como ampliar a compreensão sobre as questões que ocorrem no cotidiano dessas relações (Campo B), visando ampliar o olhar do Estado/ANS, para que estabeleça uma nova intervenção nesse espaço, atuando sobre o Modelo de Assistência praticado (**Figura 2**).

A importância desse mapeamento consiste na caracterização das tendências dos atores em cena, seus tensionamentos, e disputas, fundamentando uma nova intervenção do Estado. Pretende-se construir competência para exercer a regulação no campo da regulação operativa (que é fortemente auto-regulada), ou seja, atuar no espaço da micro-regulação do mercado de saúde. Esse campo se apresenta como um campo de disputas e negociações, configurando um território instável e em constantes deslocamentos (Cecílio, 2003). Implica aproximar-se do objeto em questão, e propiciar o diálogo com as hipóteses formuladas. Para esse percurso, iremos buscar discutir o conceito de Modelo Assistencial, o desenho da linha de cuidado.

Modelo Assistencial na assistência suplementar

Modelo assistencial consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda outros que suportam serviços que simplesmente atendem às demandas, aguardando os casos que chegam espontaneamente e aqueles que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda (Paim, 1999).

Autores como Merhy et al (1992) discutem a dimensão articulada dos saberes e da política na determinação da forma de organizar a assistência: "*Modelo Técnico Assistencial constitui-se na organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinado agrupamento social*" (Merhy et al, 1992).

Para efeito desse trabalho adotaremos a compreensão de Merhy et al (1992), assumindo que os modelos assistenciais incorporam uma dimensão articulada de saberes e tecnologias de grupos sociais que, apoiados na dimensão política, disputam como organizar a assistência.

No que se refere ao modelo de assistência na saúde suplementar há que se indagar sobre os mecanismos de acesso aos diferentes níveis de complexidade e a resolutividade dessas ações. Essas características são fundamentais na análise do modelo assistencial, remetendo-nos à conclusão da indissolubilidade da discussão da regulação e da assistência, na garantia do acesso à rede de serviços em todos os níveis. A ação cuidadora implica em mecanismos de responsabilização por parte da operadora e dos produtores de serviços, implica em cuidados específicos, em ação integral, na qual não ocorrem a interrupção e a segmentação do cuidado.

Visando aprofundar essas questões iremos discutir a "linha de cuidado", como mecanismo adequado para a análise do usuário no seu "percurso assistencial". Nesse desenho abordaremos inicialmente o processo de trabalho em saúde, a relação que ocorre no cotidiano envolvendo usuários e produtores de serviços, as disputas colocadas, as tensões. Dessa forma iremos buscar elementos que nos revelem com mais clareza a assistência prestada, as interações ocorridas entre o usuário, o prestador e a operadora.

O diagnóstico da crise estrutural do setor saúde e do esgotamento da forma de se produzir saúde, segundo as diretrizes biologicistas do ensino médico e os interesses de mercado, vem sendo discutido há décadas por diversos autores: Donangelo (1976), Campos (1992), Merhy (1992); Cecílio, (1994). Dentro do “modelo médico produtor de procedimentos”, ou Modelo Médico Hegemônico, a assistência à saúde se tornou algo extremamente sumário, centrado no ato prescritivo que produz o procedimento, não sendo consideradas as determinações do processo saúde-doença centradas nas condições sociais,

ambientais e relacionadas às subjetividades, valorizando apenas as questões biológicas. Outro problema do modelo atual está no seu custo, extremamente elevado, porque utiliza como insumos principais para a produção, recursos tecnológicos centrados em exames e medicamentos, como se estes tivessem um fim em si mesmo e fossem capazes de restabelecer a saúde por si só. São produzidos atos desconexos sem uma intervenção articulada e cuidadora, reduzindo-se a eficácia da assistência prestada.

Para se repensar novas modelagens assistenciais, assentadas em diretrizes com a integralidade do cuidado, há que se aprofundar o debate sob novos fundamentos teóricos, particularmente sobre a natureza do processo de trabalho, particularmente a sua micropolítica e a sua importância na compreensão da organização da assistência à saúde. Propostas alternativas de modelagem dos serviços de saúde buscam incorporar outros campos de saberes e práticas em saúde e configurar outras formas de organização da assistência anti-hegemônicas. Estas ações diferenciadas na produção da saúde operam tecnologias voltadas à produção do cuidado, apostam em novas relações entre trabalhadores e usuários, tentando construir um devir para os serviços de saúde, centrado nos usuários e suas necessidades e estabelecendo um contraponto à crise vivida pela saúde.

O trabalho em saúde possui especificidades que o diferenciam dos outros trabalhos, pois implica em um espaço relacional, envolvendo o usuário e o produtor. Mesmo com os atravessamentos das operadoras e administradoras, essa relação intercessora entre o cliente e o produtor de saúde se dá em ato, em cada encontro e produz momentos criativos, carregados de subjetividades que são determinantes no processo de recuperação da saúde.

Portanto, ao falar de modelo assistencial, a dimensão do processo de trabalho em saúde não pode ser de maneira alguma preterida, pois depende essencialmente do trabalho humano, vivo e em ato, sendo essa característica fundamental e insubstituível.

O consumo de ações de saúde difere do consumo de serviços em geral, pois não se operam escolhas livres no ato da decisão do consumo. O usuário não se porta como um consumidor comum diante da mercadoria, em função de ser desprovido de conhecimentos técnicos e por não deter as informações necessárias para a tomada de decisão sobre o que irá consumir. Não cabem as premissas comuns ao mercado, como a livre escolha e a concorrência. Muitas vezes o consumo em saúde é imposto por situações de urgência emergência, quando até a escolha do serviço e do profissional torna-se muitas vezes imposta por outros determinantes, como, por exemplo, a proximidade e a disponibilidade.

Revisitaremos alguns conceitos que se tornam fundamentais para subsidiar os marcos teóricos desse trabalho, dentre eles, o do "*trabalho vivo*", que refere-se ao trabalho em ato, o trabalho criador; liberado pelos profissionais de saúde no momento do ato cuidado; o seu oposto, o "*trabalho morto*", que consiste no trabalho aprisionado e mecânico, comum nas linhas de produção, mas também pode estar presente na saúde quando comandado pelas "*tecnologias duras*" (equipamentos, exames) e "*leve-duras*" (saberes bem estruturados como a Clínica Médica, a Psicanálise, a Epidemiologia, os protocolos delas decorrentes). O desejável é que o *trabalho vivo* em saúde opere com as "*tecnologias leves*" (saberes que resultam na produção do cuidado em saúde), liberando assim o potencial transformador e qualificando a assistência (Merhy, 1997; Malta & Merhy, 2003).

Na saúde mesmo que o "*trabalho vivo*" seja "*capturado*" pelas tecnologias mais estruturadas, ou, *duras e leve-duras*, ou se estiver submetido ao controle empresarial, o "*espaço intercessor*" referente ao encontro entre o usuário e o profissional de saúde, abre possibilidades de mudanças e de atos criativos, sempre podendo ser recriado. Este encontro é singular e sempre opera em ato, tornando difícil capturar o "*trabalho vivo*". Este espaço relacional é sempre conflituoso, tenso, existindo diversas possibilidades de desdobramentos, tornando-se um momento especial, portador de forças "*instituintes*" (Merhy, 2002).

A potencialidade desse encontro pode ser entretanto "amordaçada", em função do modelo de assistência praticado e dos seus pressupostos; poderíamos afirmar que, na maioria das vezes os *espaços intercessores* são preenchidos pela "voz" do profissional de saúde e pela "mudez" do usuário. Esta relação em saúde deveria ser não "objetal", comandada pelo autoritarismo do profissional e baseada na "mudez" do usuário, mas do tipo "*interseção-partilhada*", ou seja, onde acontecessem trocas, compartilhamentos, seja pela ética do profissional, pela sua disponibilidade de liberação de saberes e atos cuidadores, seja pela busca do usuário em restabelecer sua autonomia. O espaço intercessor é o lugar que revela estas disputas das distintas forças e mesmo que se torne invadido pelas forças instituídas, as forças instituintes estarão sempre gerando "*ruídos*" em seu interior, até o momento em que esta lógica funcional é rompida (Merhy, 2002).

A compreensão da importância de se operar sobre o trabalho vivo, visando o seu controle e assim a reformulação do processo produtivo, já vêm de longa data. Desde o Século XIX, Taylor estudou a gerência científica e como expropriá-la do seu processo criativo, visando a maximização dos lucros, evoluiu com o *fordismo*, o *toyotismo*, *Total Quality Control* e outros. Recentemente nos EUA, desenvolveu-se por parte das administradoras de planos e seguros, uma intervenção sobre o processo de trabalho, visando a sua captura e o direcionamento para outras lógicas, não no sentido da sua publicização e do seu direcionamento para práticas em prol do usuário, ao contrário, a serviço do capital. Essa perspectiva significa um novo ciclo, uma nova captura do trabalho, onde novamente o capital percebe a importância do "*trabalho vivo*" e introduz mecanismos de regulação do mesmo, através da atenção gerenciada.

Segundo Iriart (2000), a atenção gerenciada se caracteriza pela organização de serviços de atenção à saúde sob o controle administrativo de grandes organismos privados, financiados pela captação de

usuários. Estes organismos intermediam a relação entre produtores de serviços e consumidores, e um ator fundamental é o capital financeiro.

A Atenção Gerenciada representa o controle do ato médico, operando a relação custo/efetividade, alterando a lógica de produção do cuidado. A Atenção Gerenciada não tem “*a priori*” uma preocupação com a produção do cuidado, do ponto de vista do atendimento às necessidades do usuário, mas uma ação reguladora externa, visando a redução de custos. O processo de trabalho permanece centrado no modelo de “produção de procedimentos”. Um elemento chave no processo de implantação da atenção gerenciada é a introdução de um “auditor”, ou administrador, que autoriza os procedimentos, guiado por protocolos técnico, que controlam os atos médicos, limitando-os de acordo com a eficiência pretendida do sistema. O auditor regulado o “cuidado”, segundo a lógica administrativa e metas de consumo/receitas (Franco, 2002).

Essa prática vem sendo reproduzida por operadoras de planos e administradoras não somente no mercado americano, mas são difundidas sem fronteiras, representando uma nova reconfiguração do capital, absorvendo estratégias que visem novo controle do setor.

Por isso repensar o processo de trabalho a partir da sua micropolítica, é tão vital para a Assistência Suplementar, podendo ser uma nova perspectiva na recriação de uma nova forma de atuar. Como criar novos formatos do trabalho em saúde, que se pautam pela resposta ao sofrimento dos usuários? Como buscar novas formas de prestação de assistência que possam dar proteção ou resolução aos problemas dos usuários? Como os modelos de assistência podem romper com a fragmentação e descompromisso hoje existentes? Como pactuar um modelo nos pressupostos de garantia do acesso, acolhimento aos clientes, responsabilização, estabelecimento de vínculo e integralidade da assistência? Como democratizar a relação

profissional e usuário? Seria possível criar espaços de acolhida às demandas e sugestões dos clientes na gestão do cuidado?

Torna-se um desafio construir novos referenciais, orientando a regulação a partir da ótica do usuário. Visando aprofundar essa reflexão iremos levantar a discussão das redes de cuidado e as suas implicações nessa nova modelagem.

As linhas de produção do cuidado como analisadoras do modelo assistencial

A linha do cuidado parte da premissa da produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e micro institucionais, em processos dinâmicos, as quais está associada a imagem de uma “Linha de Produção” voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades. A linha do cuidado pressupõe produtos, clientela e qualidade da assistência, sendo alimentada por recursos/insumos que expressam as tecnologias a serem consumidas durante o processo de assistência ao beneficiário, funcionando de forma sistêmica e operando vários serviços. Esta tem início na entrada do usuário, seja em serviços de urgência, consultórios ou clínicas da rede de operadora. A partir deste lugar de entrada, abre-se um percurso que se estende conforme as necessidades do beneficiário por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros (Merhy & Cecílio, 2003).

O fluxo pressupõe um nível de acompanhamento, ou de responsabilização da operadora/prestador cuidador por esse usuário. O consumo de "tecnologias duras" (exames, imagens, procedimentos), implicará no retorno ao "cuidador" que definirá sempre pela necessidade de novos procedimentos, ou pela instituição de determinada terapêutica. A figura do cuidador é central e pressupõe o uso intenso da "tecnologia leve" (saberes, capacidade de decisão do profissional). Este é um espaço relacional pleno de subjetividades, implicando no encontro entre o usuário e o cuidador. O caminhar pela linha de

cuidado pressupõe a existência de uma rede de serviços que suporte as ações necessárias, o projeto terapêutico adequado àquele usuário, que comandará o processo de trabalho e o acesso aos recursos disponíveis à assistência. Não se faz esse percurso de forma impessoal, mecânica, desvinculada de sentimentos e impressões.

Essa dimensão tem se deslocado no processo assistencial atual, centrado em procedimentos, atos desconexos e fragmentados, como que substituindo os mecanismos de responsabilização. A retomada de uma perspectiva de um projeto terapêutico adequado a cada usuário na sua singularidade, implica em um fluxo contínuo e monitorado pelos atores que figuram como “gestores do cuidado”, ou cuidadores.

A análise da linha de cuidado possibilita mapear os recursos disponíveis nos diversos segmentos da saúde, avaliar as tecnologias utilizadas para assistir ao beneficiário, quanto ao tipo, fluxos, mecanismos de regulação, tentativas de negação de acesso, utilização dos recursos das clínicas especializadas, vigilância à saúde, promoção e os ruídos produzidos.

Ao analisar o caminho do usuário na linha, pode-se verificar se este fluxo está centrado no campo de necessidades dos usuários, determinado pelo suposto projeto terapêutico que lhe é indicado, a sua acessibilidade aos serviços, comodidade, segurança no atendimento, acompanhamento, tratamento, orientação e promoção, ou ao contrário, se ocorre a fragmentação ou interrupção da assistência.

O esperado é um “caminhar” na rede de serviços, que seja seguro, sem obstáculos, pois isto garantirá a qualidade da assistência. A “linha de produção do cuidado” não se encerra no momento em que é estabelecido o projeto terapêutico, ela deve continuar no acompanhamento deste usuário para garantir a integralidade do cuidado, conforme fluxograma (**Figura 2**).

Cada etapa deste fluxograma configura um micro-processo de trabalho específico, determinado pelos atos de cada produtor de serviços/profissional de saúde envolvido. Cada micro-unidade produtiva (consultório médico, laboratório e outras) fornece insumos umas às outras. Os processos existentes em cada etapa, estarão integrados ou não, dependendo do modelo em curso.

A seguir citamos alguns fatores que podem romper ou fragmentar a linha de cuidado:

- a) A ausência das práticas de promoção e prevenção pode ser determinante do estímulo à entrada na rede de serviços. Exemplos simples como a prática de vacinação em idosos, a criação de grupos de acompanhamentos de hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes e puericultura, poderiam vincular clientelas específicas e evitar consumos desnecessários de serviços. Enquanto essa prática não for assentada em responsabilidade concreta da operadora, muitas ações mais complexas e desnecessárias serão praticadas. Muitas vezes essa ação tem sido substituída por peças de marketing, anúncios nos *sites* das operadoras, mas não uma prática efetiva.
- b) Deficiência da rede de serviços (insuficiência do apoio diagnóstico terapêutico), inexistência de ofertas específicas (alta complexidade, exames não cobertos, carências) e outros. Pode-se interrogar, por exemplo, se a rede de serviços oferecida pela operadora é insuficiente seja pelo número, seja pelas especialidades e ou complexidade disponíveis. Neste caso, o usuário, frente a sua necessidade, não encontra resposta na rede disponibilizada pela operadora. O mais comum é, no momento da adesão ao plano da operadora, ser apresentada uma suposta rede credenciada e no momento da necessidade essa rede não se encontra efetivamente à sua disposição.
- c) A segmentação dos planos (plano hospitalar, plano ambulatorial, plano obstétrico, plano odontológico), ou a contratação de um plano com cobertura limitada. A segmentação por si só pressupõe a interrupção da linha do cuidado, pois os planos segmentados resultam no parcelamento

do cuidado. No plano ambulatorial, as consultas de urgência, mesmo quando necessárias, não são seguidas da internação, tornando novamente o usuário responsável por encontrar a solução para seus problemas.

- d) Atitudes de desresponsabilização do cuidador (não vinculação, saber insuficiente, negação ou cerceamento de uso de tecnologias adequadas, retardo ou não fechamento do diagnóstico, não oferta de mecanismo de acolhida às demandas agudas). Esse aspecto resulta na fragmentação da assistência, pois a mesma está centrada na execução de procedimentos. Não existe um cuidador, o que resulta na repetição de procedimentos desnecessários, tornando a atenção mais onerosa e ineficiente.
- e) Atitudes de cerceamento ao acesso por parte da operadora. A regulação do cuidado por parte da operadora está centrada no processo restritivo, existindo inúmeros passos e autorizações para o acesso ao cuidado (call center adiando as entradas - fila de espera, limites de exames, limites de diárias de UTI, restrição a retornos). Baseados numa falsa lógica de racionalidade, estão colocadas restrições quantitativas e qualitativas à procedimentos, bem como o não atendimento a patologias específicas. Outra forma de restrição constitui-se no não acesso à tecnologias específicas como próteses e procedimentos de alta complexidade e custo.
- f) Prestador com falta de insumos, perda de exames, qualidade questionável na prestação de assistência. Essa interrupção ocorre quando a rede própria e ou contratada pela operadora, devido à política de contenção de custos, apresenta um nível de qualidade que não responde pelas necessidades de atenção do usuário. Faltam mecanismos racionais na escolha de prestadores, como seleção por critérios de eficiência, mecanismos de avaliação da qualidade do serviço prestado ou monitoramento de indicadores de avaliação da satisfação dos usuários.

Para evitar a fragmentação do cuidado dever-se-ia operar em outro formato do modelo assistencial, comandado por um processo de trabalho cuidador, que oriente esse percurso. Quando isso não existe o usuário faz o seu próprio caminho pelas redes de serviços, induzindo consumo de procedimentos. Essa prática é altamente perversa, podendo levar à erros diagnósticos, acessos negados, procedimentos mais onerosos e na não efetividade do cuidado. Muitas vezes só o usuário consegue recuperar a história da sua peregrinação, sendo o seu próprio "fio condutor".

O grande desafio consiste em restabelecer uma nova prática, centradas no estímulo à promoção da saúde, prevenção, referenciada no vínculo e na responsabilização. A própria operadora poderia estimular a prática da vinculação a cuidadores, mapeando certos grupos de risco (idosos, diabéticos, hipertensos), ou certos ciclos de vida (gestantes, menores de 1 ano) e estimulando os usuários a se vincularem a "cuidadores". Estes últimos teriam usuários cadastrados e fariam acompanhamento sistemático, com retornos programados, definindo projetos terapêuticos adequados a cada situação, estimulando a participação em grupos educativos, o acompanhamento e monitoramento desses usuários com algum risco diferenciado. No caso da gestante de alto risco implicaria também na definição de centros de referência ao parto; no caso das crianças menores de 1 ano, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, avaliação do uso das vacinas, alimentação, pronto atendimento às intercorrências; no caso dos hipertensos e idosos, o acompanhamento da medicação de uso contínuo, a garantia do atendimento aos casos agudos, enfim, a garantia da continuidade do processo, o contato quando o retorno não foi cumprido, a informação sobre as intercorrências, possíveis internações e de todo o processo assistencial.

A linha de cuidado pode ser acompanhada e monitorada, tomando-se situações traçadoras, como marcadoras dos eventos "atípicos". O evento sentinela constitui-se em evento não esperado e cuja detecção serve de alerta para determinado fato sob observação (Pereira, 2000). A monitorização das

linhas de cuidado na Assistência Suplementar poderá ser iniciada a partir das informações existentes no Sistema de Informação de Produtos (SIP), no Sistema de Informação de Nascidos (SINASC) e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Algumas ocorrências podem ser tratadas como "evento sentinela", por exemplo, o óbito infantil, ou materno, levantando-se por operadora os óbitos ocorridos e desencadeando um processo investigativo das suas causas. Os comitês de óbito infantil e materno, são uma realidade no país, investigando as causas de óbito (Brasil, 2002b).

Trabalhar com dados epidemiológicos na avaliação desses estabelecimentos, não é uma prática na Assistência Suplementar, não existe sistematização de avaliação da qualidade do desempenho dos estabelecimentos da rede conveniada. Coloca-se então o desafio de implantar um sistema de informação baseado em informações individuais, que possibilite capturar dados de forma contínua, avaliação de série histórica, comparando o desempenho dos prestadores, o surgimento de agravos inusitados que necessitam de acompanhamento, a notificação obrigatória, enfim subsidiando a tomada de decisão. Essa discussão deve ser enfrentada pelo Ministério da Saúde e ANS, visando a implantação das bases de dados similares ao SUS, com registros individualizados de todos os pacientes internados, ou o Sistema de Informação Hospitalar da Saúde Suplementar.

Conclusão

O Estado inscreve suas políticas de proteção social, respondendo às principais necessidades/finalidades em saúde, colocadas por aquela sociedade, definindo sua forma de prestação de assistência, seu papel enquanto ordenador das políticas públicas e privadas, regulando o setor como um todo. O Estado Brasileiro e a Constituição Federal definem suas intencionalidades, e seus princípios, materializados através do Sistema Único de Saúde, que se propõe universal, integral e equânime. Ao setor privado

cabe organizar-se de forma complementar ao público. Por isso, o estudo de modelos assistenciais em Saúde Suplementar não é desvinculado do entendimento global do funcionamento do SUS. A compreensão e a regulação da assistência supletiva, deve considerar as experiências e modelagens produzidas no público, com o objetivo de compará-las e assim estabelecer novos conhecimentos.

A atuação do Estado na Saúde suplementar tem como marco a aprovação da Lei 9656/98, que estabeleceu um novo patamar no processo de regulação, entretanto há que se aprofundar a natureza dessa regulação visando garantir a assistência à saúde e a produção do cuidado. Coloca-se o desafio de entender como se estruturam os Modelos Assistenciais vigentes na Saúde Suplementar, identificando o modo como as operadoras de planos de saúde vem se organizando para a oferta dos serviços de saúde, de forma a garantir a assistência com qualidade aos seus usuários, responsabilizando-se pelo seu processo saúde/doença.

O modelo comumente praticado na saúde suplementar consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação e com inúmeras queixas dos usuários. Para a superação desse cenário impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde. Nesse sentido discutimos a importância de abordar a assistência de forma integrada, articulando-se todos os passos na produção do cuidado e no restabelecimento da saúde.

Propõe-se mapear a integralidade da assistência pelo acompanhamento da linha do cuidado, evitando-se assim a sua fragmentação. Cada usuário deverá ser acompanhado segundo determinado projeto terapêutico instituído, comandado por um processo de trabalho cuidador, e não por uma lógica "indutora de consumo".

Torna-se um desafio para a Saúde Suplementar incorporar em seu processo assistencial os debates colocados no processo de trabalho, estabelecendo novas vertentes analíticas para avaliar a eficácia e a efetividade do seu papel na prestação de atenção à saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar deverá discutir novos mecanismos de macro e especialmente de micro-regulação e apontar para o estabelecimento de novos formatos de intervenção.

Sobretudo a Assistência Suplementar deve trabalhar sob o prisma da prevenção, da promoção, estimulando essa prática em todos os seus prestadores, não enquanto marketing da operadora, mas como prática cotidiana de fato incorporada.

Esses pontos deveriam se tomar novos referenciais e diretrizes do modelo assistencial na saúde suplementar, visando a garantia do acesso aos cuidados necessários, o vínculo, a responsabilização para com o usuário e a integralidade da assistência e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, C. “O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar”. Brasília: IPEA, 1998.

ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo. Informe de Imprensa; São Paulo. www.abramge.com.br , 2002.

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

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Cadastro de beneficiários, Rio de Janeiro, abril de 2002a.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Relatórios para gestores. Nacional. Cadastro de Beneficiários. DIDES. Janeiro, 2003.

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

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

BRASIL. **Lei 9656**. Dispõe sobre os Planos de Assistência à Saúde. Brasília, 1998.

BRASIL. **Lei 9661**. Dispõe sobre a criação da ANS. 2000a.

BRASIL. Manual de ressarcimento ao SUS. Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Os Comitês de Prevenção à Morte Infantil e Materna.

www.saude.gov.br. Acessado em fevereiro de 2002b.

CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública e a defesa da vida**. HUCITEC. São Paulo: 1992.

CECÍLIO, L.C.O. (org.); Inventando a Mudança na Saúde; Hucitec, São Paulo, 1994.

CECÍLIO, L.C.O. Relatório parcial da pesquisa “Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil”. ANS/DIPRO/GGTAP. Maio de 2003.

CIEFAS. Pesquisa Nacional sobre Saúde nas Empresas. São Paulo, 2000.

DONANGELO, M.C., *Saúde e Sociedade*, Duas Cidades, São Paulo, 1976.

FIGUEIREDO, L.F. O Processo de Regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde. In: ANS/DIPRO/

GGTAP. Oficina. **Imaginando e Operando a Gestão da Assistência no Âmbito da Saúde**

Suplementar: Textos de Apoio. Rio de Janeiro: ANS, janeiro de 2002.

FRANCO, T.B. Relatório parcial do projeto de pesquisa “**Estudo e Desenvolvimento de Modelo de Garantias Assistenciais para ANS**”. ANS/DIPRO/GGTAP. Maio de 2003.

FRANCO, T.B.; Trabalho e Transição Tecnológica na Saúde; Projeto para Qualificação à Tese de Doutorado. FCM. UNICAMP, Campinas, 2002.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 1998**. Ministério do Planejamento. Brasil. Rio de Janeiro, 2000.

IRIART, A.C.; Atenção Gerenciada: Instituinte a Reforma Neoliberal. Tese (Doutorado). DMPS/FCM/UNICAMP. Campinas, São Paulo, 2000.

MALTA, D.C. & MERHY, EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde, revendo alguns conceitos. Revista Mineira de Enfermagem, 7 (1):61-66, jan./jul. 2003.

MALTA, D.C. Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996. **Tese (Doutorado)**, FCM/ UNICAMP, Campinas, 2001.

MÉDICI, A.C.. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. **Revista Administração Pública**. Rio de Janeiro: 26(2): 79-115. Abr/jun de 1992.

MERHY E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. & Onocko, R.(orgs). **Agir em Saúde. Um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

MERHY, E.E. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O., NOGUEIRA, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida. **Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde**. Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. Vol. 1. Brasília, 1992.

MERHY, E.E.& CECÍLIO, L.C.O. A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Mimeo**. Campinas: UNICAMP, 2003.

MESQUITA, MAF. A regulamentação da assistência da Saúde Suplementar: legislação e contexto institucional. In: **Regulação e Saúde**. Estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. ANS. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2002.

PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. In: **Rouquayrol & Almeida. Epidemiologia & Saúde**. 5ª Edição. MEDSI, Rio de Janeiro, 489 – 503, 1999.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia Teoria e prática, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2000.

Tabela 1 Distribuição de beneficiários da saúde suplementar por segmento, Brasil 2002

Faixa de Beneficiários	Beneficiários ativos	Beneficiários %	Operadoras	%
Medicina de Grupo	11.011.768	33,6	627	35,3
Cooperativa Médica	8.209.697	25,0	315	17,7
Autogestão	4.782.943	14,6	285	16,0
Odontologia de Grupo	1.728.578	5,3	284	16,0
Coop. Odontológica	823.061	2,5	148	8,3
Administradora	32	0	1	0,06
Seguradora	5.288.272	16,2	13	0,7
Filantropia	883.868	2,7	102	5,7
Total	32.728.219	100,0	1.775	100

Fonte: Cadastro de Beneficiários - abril de 2002 (BRASIL, 2002a)

Tabela 2 Distribuição das faixas de beneficiários por operadoras, Brasil 2002

Faixa de Beneficiários	Operadoras	%	Beneficiários	%
Até 2000	752	42,3	518.456	1,6
2001 a 10000	563	31,7	2.726.616	8,3
10001 a 20000	191	10,8	2.753.995	8,4
20001 a 50000	143	8,0	4.451.271	13,6
50001 a 100000	72	4,0	5.126.007	15,6
100001 a 500000	47	2,6	9.712.987	29,7
Acima de 500000	7	0,4	7.438.887	22,7
Total	1775	100	32.728.219	100,0

Fonte: Cadastro de Beneficiários - abril de 2002 (BRASIL, 2002a)

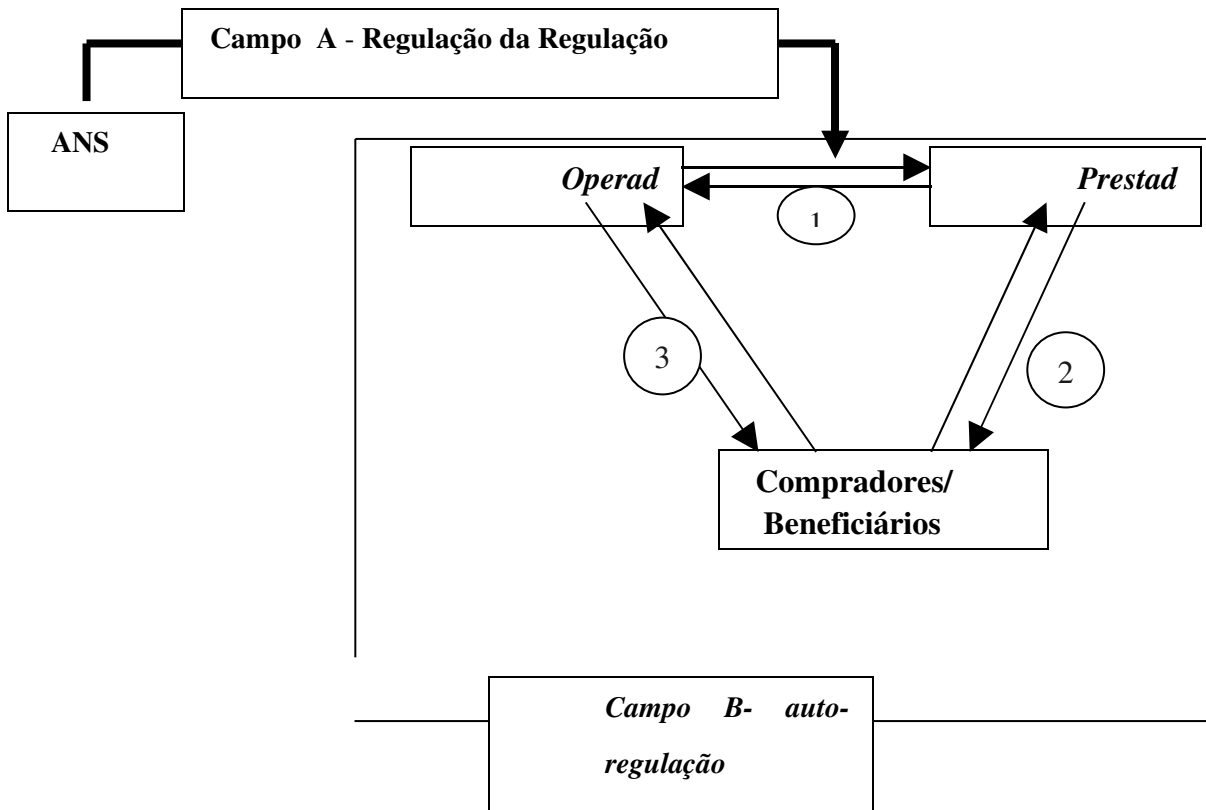
Tabela 3 Distribuição dos beneficiários da assistência suplementar por estado e cobertura populacional, Brasil 2002

UF	Beneficiários ativos	População	%	UF	Beneficiários ativos	População	%
SP	15.042.346	37.032.403	40,6	PB	266.665	3.443.825	7,7
DF	633.960	2051.146	30,9	MT	190.675	2.504.353	7,6
RJ	4.200.755	14.391.282	29,2	BA	984.225	13.070.353	7,5
ES	639.144	3.097.232	20,6	AP	27.118	477.032	5,7
MG	3.343.065	17.891.494	18,7	AL	150.545	2.822.621	5,3
PR	1.622.386	9.563.458	17,0	PA	316.492	6.192.307	5,1
SC	827.529	5.356.360	15,4	RR	16.088	324.397	5,0
RS	1.181.134	10.187.798	11,6	PI	112.770	2.843.278	4,0
PE	876.828	7.918.344	11,1	SE	66.682	1.784.475	3,7
CE	809.424	7.430.661	10,9	RO	50.002	1.379.787	3,6
AM	296.463	2.812.557	10,5	MA	168.271	5.651.475	3,0
MS	202.392	2.078.001	9,7	TO	31.930	1.157.098	2,8

RN	254.700	2.776.782	9.2	AC	13.790	557.526	2.5
GO	402.840	5.003.228	8.1				
				Brasil	32.728.219	169.799.170	19.3

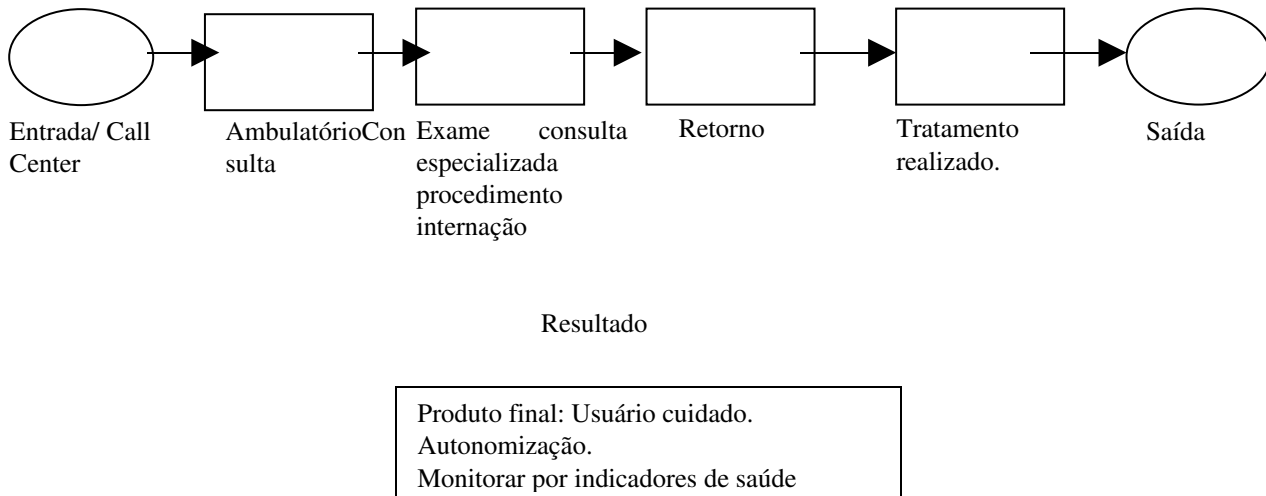
Fonte: Cadastro de Beneficiários abril de 2002 (BRASIL, 2002a)

Figura 1 A cartografia do campo regulatório da ANS



Fonte: Cecílio (2003)

Figura 2 - Fluxograma da Linha de Produção do Cuidado em Saúde



Fonte: Franco (2003), modificado.

