

O CAMPO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Marcelo Milano Falcão Vieira¹

Paulo Ferreira Vilarinho²

Resumo

O presente estudo tem por objetivo analisar o atual desenho do campo da saúde suplementar no Brasil, à luz da teoria institucional, tendo por base informações de natureza documental e de um conjunto de 32 entrevistas com as principais entidades públicas e privadas representativas do campo, obtidas no período entre os anos de 2000 e 2003, cujos dados, tratados qualitativamente, favoreceram o entendimento dos fenômenos do campo a partir da ótica dos seus principais atores, os quais são identificados juntamente com os respectivos objetivos estratégicos, além dos recursos de poder utilizados para alcançá-los ou mantê-los, segundo a abordagem institucional de DiMaggio e Powell. O estudo demonstra que o campo apresenta uma estrutura isomórfica com elevado grau de interação e um sistema de crenças e valores definido, que se consolidaram ao longo do tempo, no bojo de um conjunto de ações do Estado voltado à sistematização do provimento de serviços de saúde à população brasileira, principalmente a partir da década de 1950, culminando na formação de um sistema privado de serviços de saúde dotado de uma hierarquia de valores próprios, dentre os quais o símbolo da saúde sobressai como um valor que prevalece sobre os de natureza econômica. Ao final, o estudo apresenta uma visão dos principais fatores histórico-institucionais e agentes que contribuíram para a formação do campo da saúde suplementar, tal como se apresenta nos dias atuais.

Palavras-chave: Saúde suplementar. Campo organizacional. Abordagem institucional.

Abstract

The aim of the present study is to analyze the current design of the private health market in Brazil according to the theoretical basis of the Institutional Theory. The research data were collected through documents and a total of 32 non structured interviews with the public and private representative entities in the field, from the period of 2001 to 2003, involving qualitative analysis, so as to understand the phenomena from the actors' perspective. The research identifies the various players that integrate the market and their evident strategic goals, besides of the power resources used to reach them, according to DiMaggio and Powell's view. The study demonstrates that the field has an isomorphic structure with strong internal interaction and a well defined system of beliefs and values that have become consolidated over a long period of time, within the context of a series of State actions directed towards the systematization of health services available to the Brazilian

¹ PhD. em Administração pela University of Edinburgh, Escócia. Professor da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (EBAPE/FGV). Fundação Getúlio Vargas, Praia de Botafogo, 190, 5º andar, CEP: 22253-900, Rio de Janeiro – RJ, mmfv@fgv.br.

² Mestre em Gestão Empresarial pela Fundação Getúlio Vargas (EBAPE/FGV), advogado e engenheiro pela UERJ. Rua Almirante Cochrane, 236, apt. 304, Tijuca, CEP: 20550-040, Rio de Janeiro – RJ, pvilarinho@aol.com. Artigo recebido em: 30/06/2004. Aceito em: 02/03/05.

population, mainly dating from the 50s, culminating in the formation of a private system of health services, endowed with a hierarchy of its own values, among which the health symbol predominates over that of an economic nature. Finally, the study presents a vision of the chief historical-institutional factors and agents that have contributed to the formation of the private health field, as it appears currently in Brazil.

Key words: Private health. Organizational field. Institutional approach.

1 INTRODUÇÃO

A teoria econômica clássica tradicionalmente analisa o fenômeno da competitividade entre as organizações com fundamento na lógica instrumental da eficiência, derivada da escolha racional dos recursos requeridos pelo sistema produtivo, no raciocínio de que estas conformariam espaços atomizados de unidades coletivas de ação no mercado, o qual, por sua vez, atuaria como regulador do sistema (FERGUSON, 1989).

Entretanto, sob uma perspectiva sociológica, as organizações podem igualmente ser definidas como sistemas de ação social, contendo estruturas adaptativas que enfatizam as dimensões normativas e de personalidade de grupo (SELZNICK, 1996). Neste sentido, pesquisas empíricas atestam a tendência histórica das organizações, em sociedades pós-industriais, a se integrarem de modo segmentário, demonstrando um elevado grau de homogeneidade quanto à forma estrutural, à semelhança de procedimentos e sujeição a determinadas normas culturais, conformando subsistemas funcional e estruturalmente determinados por uma lógica de sobrevivência comum ao ambiente ao qual pertencem.

Desse modo, a abordagem institucional, que deriva da teoria das organizações, enfatiza a influência de componentes exógenos de legitimidade como um caráter legitimador de regras, mitos e crenças que moldam a realidade social e por meio do qual as organizações tendem a agregar valor e significado social às suas atividades.

Conceitualmente, entende-se por institucionalização o processo pelo qual, ao longo do tempo, as organizações tornam-se altamente organizadas, sistematizadas e estabilizadas, no sentido de adquirirem legitimidade, constituindo valores que se integram aos requisitos técnicos necessários à execução das suas tarefas, adquiridos pela gradativa absorção de sistemas de procedimentos e controles normativos de natureza macrossocial e não a sistemas comportamentais definidos em escala micro, ou localizados em uma organização concreta (SELZNICK, 1948). Esta característica faz com que surjam distinções entre o conjunto de

organizações técnicas e o das que se institucionalizaram, as quais buscam alcançar um conceito de valorização preocupando-se não só com a própria manutenção mas, também, com o fim em si mesmas. Ou seja, a perspectiva institucional focaliza a motivação e o *modus faciendi* das organizações, sejam públicas ou privadas, que procuram legitimar suas estruturas e processos organizacionais tanto em relação aos seus membros como em relação ao ambiente em que atuam, visando a uma maior probabilidade de sobrevivência com base no suporte social e a aprovação dos parceiros externos integrantes do seu ambiente institucional, acarretando que, com o tempo, venham a desaparecer como unidades distintas dotadas de objetivos próprios (MEYER; ROWAN, 1977).

A natureza da atividade de cada organização determina o maior ou menor grau de importância dos ambientes, técnico ou institucional, na formulação das suas estratégias de ação. Indústrias tendem a modelar-se mais pelos ambientes técnicos, posto que o controle destes é realizado sobre os resultados em termos de quantidade e qualidade dos bens produzidos (PERROW, 1985), enquanto, por exemplo, os hospitais precisam considerar, fortemente, os ambientes institucionais, na medida em que o controle sobre o ambiente focaliza o aspecto das estruturas e práticas na adequação da forma organizacional às pressões sociais; por outro lado, em uma situação intermediária, se situaria o setor bancário que aparenta sofrer pressões ambientais de caráter técnico e institucional em igual intensidade (MACHADO DA SILVA; FONSECA; FERNANDES, 1999).

As organizações, na medida em que se encontram inseridas em ambientes constituídos por regras, crenças e valores, criados e consolidados por meio de processos de interação social, têm a sua sobrevivência decorrente da capacidade de alinhamento às orientações coletivamente compartilhadas, cuja permanente sustentação contribui para o êxito das estratégias implementadas e, conseqüentemente, do pleno funcionamento interno do campo. As organizações igualmente competem pelo alcance da legitimidade institucional, fator que contribui para que suas práticas sejam cada vez mais homogêneas ou isomórficas (MEYER; ROWAN, 1977).

O isomorfismo decorre basicamente da interferência de mecanismos de coerção, mimetismo e normativos, cuja combinação acarreta a construção de uma ordem institucional que regula qualquer tentativa de manipulação pela organização das circunstâncias ambientais no transcorrer do tempo (MEYER; ROWAN, 1977).

Sendo o exposto, o presente estudo pretende aplicar os conceitos da teoria institucional na análise do ambiente da assistência suplementar à saúde focalizando a estrutura dos atores que o integram, assim como a perspectiva dos efeitos adversos resultante do conflito de interesses entre a lógica de mercado e os direitos sociais de especial relevância.

No Brasil, a percepção, pelo governo federal, de que o ambiente de ampla liberdade de mercado dos serviços privados de saúde pode ter concorrido para a formação de oligopólios, pelos fortes indícios de cartelização do setor, com prejuízos para outros segmentos da economia e sendo um perigoso fator de desequilíbrio no tecido social do país, ensejou a criação de uma entidade reguladora, que se manteria relativamente equidistante do poder federal, das empresas concessionárias, das classes profissionais e dos consumidores dos planos de saúde, visando constituir uma zona de equilíbrio entre as forças desiguais de tão distintos interesses.

Entretanto, é inegável que, a par dos elementos racionais, coexiste uma forte influência de componentes simbólicos modeladores do *modus operandi* das organizações que integram o setor, consolidados em sistemas homogêneos de crenças e valores culturais, construídos socialmente ao longo de um histórico de interações no ambiente da política brasileira de saúde.

Reportando-se, porém, ao espectro do *continuum* dos setores societais (MEYER; ROWAN, 1977), o ambiente da saúde suplementar se insere, de modo mais adequado, no conceito de campo, pela tendência das organizações que o integram a se institucionalizarem, na medida que adotam regras, desenvolvem competências e assumem padrões de comportamento similares e próprios do campo (SELZNICK, 1996).

Esta percepção deriva da gradativa formação de estruturas autônomas e homólogas, com alto grau de coesão interna, tendentes a um modelo isomórfico que privilegia os valores e os mitos presentes nos respectivos contextos institucionais, legitimando-os e privilegiando-os sobre os da eficiência técnico-empresarial (DIMAGGIO; POWELL, 1983), caracterizando fatores que não se ajustam necessariamente ao conceito de 'setor', no contexto do presente estudo, posto que este deriva da visão das organizações como economias singulares inseridas em setores industriais (SELZNICK, 1948), que estrutura o controle social dos resultados por regras de transformação inconscientes que condicionam o comportamento dos sujeitos, interpretando os níveis de interação, interna e externa como fluxos e intercâmbios de natureza técnica.

Desse modo, as lacunas do modelo estruturalista são atendidas pela teoria institucional ao agregar sistemas de crenças, valores culturais, símbolos, mitos e normas que se institucionalizaram nos contextos das organizações expandindo, assim, o conceito de ambiente organizacional posto que os elementos simbólicos detêm o poder de transformar o ambiente, evoluindo de uma visão generalista para um enfoque simbólico, entendendo-se por símbolos as palavras, gestos, imagens ou objetos que carregam um significado particular que é reconhecido somente pelos que compartilham a mesma cultura, conforme Carvalho, Vieira e Lopes (2001). Ou seja, da mesma forma que o ciúme, a raiva, o altruísmo e o amor identificam mitos que interpretam e explicam as ações dos indivíduos, os mitos dos médicos, dos contadores e dos trabalhadores da linha de produção explicam as atividades organizacionais às quais pertencem, de acordo com Meyer e Rowan (1977).

Há que se ressaltar, por outro lado, a impossibilidade de se definir as instituições garantindo uma representação correta dos seus específicos interesses, na medida em que injustiças, desigualdades e conflitos não são, necessariamente, reflexos dos fenômenos de dominação, mas freqüentemente representam o produto da interdependência entre os agentes sociais e a impossibilidade de se definir a melhor organização da interdependência.

2 MÉTODO

A metodologia aplicada no presente estudo compreendeu um levantamento histórico identificando os fatos relevantes no processo de formação e estruturação do campo, assim como os mitos e crenças relativos ao componente simbólico, a par das práticas gerenciais que se consolidaram, traduzidas nas declarações e ações administrativas dos principais atores que operam a sua organização. A análise quantitativa identificou, por processos de comparação e medidas de associação, os padrões existentes entre as organizações que integram o campo, com base em dados das entidades representantes do conjunto de cerca de 2.700 operadoras de planos de saúde, distribuídas por uma gama de segmentação formada por administradoras, medicinas de grupo, cooperativas médicas e odontológicas, entidades filantrópicas, as seguradoras especializadas em saúde, as odontologias de grupo e as autogestões.

A abordagem qualitativa aprofundou o conhecimento das relações sociais que levaram à configuração atual do campo, segundo o modelo de DiMaggio e Powell (1983), no sentido de que o conceito envolve, na sua fase constitutiva, atores que determinam, de modo direto ou

indireto, processos e estruturas vigentes em um dado momento histórico. Para tal, foram realizadas, no período entre 2000 e 2003, um conjunto de 32 entrevistas em profundidade com representantes do poder público responsável pela regulação e controle da prestação de serviços de assistência à saúde, além de entidades de classe e de mercado, cujas opiniões foram fundamentais no entendimento das relações internas no campo.

O estudo analisa, subsidiariamente, a influência de outros tipos de entidades como o Poder Judiciário em paralelo às que também integram o campo, como a ANS, as instituições de defesa do consumidor, caso do PROCON e IDEC, e de classe profissional, como o Conselho Federal de Medicina. Na análise de conteúdo das entrevistas e discursos foi aplicada a técnica interpretativa para a identificação das várias dimensões envolvidas no campo.

3 OS FATORES HISTÓRICOS RELEVANTES PARA A FORMAÇÃO DO CAMPO

O estudo entende que os fatores históricos que efetivamente contribuíram para a formação do campo da saúde suplementar foram os seguintes:

a) o advento de industrialização do país, a partir dos anos de 1950, no governo de Juscelino Kubitschek, com a institucionalização do parque produtivo por meio de corporações estrangeiras que contrataram assistência privada para seus empregados, à semelhança de suas matrizes, com vistas à garantia da produtividade de suas operações, incentivando a sua propagação a outros setores organizados de trabalho, como de algumas classes de servidores públicos, estimulando, desse modo, a formação das primeiras organizações voltadas à prestação de serviços privados de saúde;

b) o Decreto-lei nº 200, instituído pelo governo militar de 1964, que viabilizou, em termos constitucionais, a contratação de empresas médicas para a implementação de programas e projetos de responsabilidade do Estado, estimulando o empresariamento da medicina em face da preferência do governo pela contratação de convênios com empresas médicas, fomentando, com recursos públicos, o crescimento do parque privado de prestação de serviços de assistência à saúde;

c) a recessão econômica dos anos de 1980, surgida no bojo da crise do petróleo de 1978, que acarretou a retração nos pagamentos dos convênios com empresas médicas, dando margem a que as organizações médicas, já consolidadas financeira e estruturalmente, passassem a fornecer diretamente seus serviços a indivíduos ou empresas;

d) o advento da Constituição Federal de 1988, que definiu a saúde como um direito universal da cidadania e dever do Estado, configurando um novo ator, de elevadíssima carga simbólica, representado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, ao qual coube a gestão de uma política una e integrada de saúde; descentralizou o financiamento da prestação dos serviços médicos; e favoreceu que as empresas médicas também passassem a vender serviços à rede pública de assistência à saúde; e

e) a reforma do aparelho administrativo do Estado, formulada e implementada nos anos de 1990, que resultou na regulação do campo, pela Lei nº 9.656, além da institucionalização da ANS, pela Lei nº 9.961, instrumentos representativos da intervenção direta do Estado no meio privado de assistência à saúde, com vistas à garantia do equilíbrio e solvência econômica do mercado e dos direitos dos consumidores de planos privados de saúde, afetando o ponto de equilíbrio das forças atuantes no campo.

4 OS ATORES INTEGRANTES DO ATUAL DESENHO DO CAMPO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Quanto aos atores, a pesquisa considera que o seguinte conjunto é responsável pelo atual desenho do campo da saúde suplementar:

a) Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que tem o papel de regular o campo, com base nos recursos de poder auferidos pela legislação, a estrutura operacional de fiscalização com abrangência nacional, a independência administrativa e financeira, propiciada pelo sistema de mandato dos seus diretores e a captação de taxa das operadoras de planos de saúde, para suporte às suas atividades;

b) as operadoras de planos privados de saúde, que têm o papel de estruturar a prestação sistêmica dos serviços de saúde, contratando redes de assistência para o atendimento aos seus clientes, contratantes destes serviços. O poder deste ator reside na estrutura organizacional de que dispõem, ampla e presente em toda a Federação, assim como no poderio econômico que viabiliza a eficácia de ações de *lobby* no Poder Legislativo;

c) os prestadores de serviço de assistência à saúde, que englobam a classe médica, as clínicas e hospitais de diagnóstico-terapêuticos, efetivando a prestação dos atendimentos aos detentores de planos de saúde, posteriormente remunerados pelas operadoras. Os recursos de poder deste ator estão na sua organização, na forma de conselhos e associações; na bancada formada por donos de clínicas e hospitais no Poder Legislativo; e nos códigos de caráter ético, que brandem contra as operadoras e médicos contratados por estas; e

d) os consumidores de planos de saúde, que contratam e utilizam os serviços de saúde, os quais, na defesa dos seus interesses, ainda não se estruturaram em sociedades civis para enfrentamento de questões lesivas aos seus direitos, mas que contam com recursos de poder advindos de entidades externas, como o Poder Judiciário, o Poder Executivo – na figura dos PROCON – e sociedades civis, de caráter privado, como o IDEC, que atuam, cada qual na sua esfera de competência, no sentido de salvaguardar direitos prescritos no Código de Defesa do Consumidor e na Lei nº 9.656, que dispõe sobre os planos privados de saúde.

Entretanto, sob uma perspectiva histórica mais ampla, o estudo aponta para outros atores, que, ao longo da história, contribuíram efetivamente para a construção do campo da saúde suplementar, tal como é entendido modernamente, como é o caso das seguintes entidades:

a) o governo federal, que, na busca pelo universalismo da atenção à saúde, fomentou, em diferentes ocasiões, o surgimento e a expansão do setor privado, prestador de serviços de saúde, quer seja pela contração das emergentes empresas médicas, quer seja pela abertura de linhas de financiamento subsidiados voltados ao seu crescimento estrutural, como foi no caso dos anos de 1920, da Lei Eloy Chaves e do Decreto nº 5.109, que expandiram a prestação de serviços médicos via contratação de terceiros; igualmente, à época do regime militar de 1964, por meio do Plano de Ação para a Previdência Social – PAP e do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS. No mesmo sentido, nos anos de 1990, com a reforma do aparelho administrativo do Estado, que redefiniu o seu papel de regulador, garantidor de direitos sociais e promotor da competitividade, segundo a visão de que o espaço público é mais amplo do que o estatal (MÉDICI, 2003a,b,c);

b) as corporações multinacionais estrangeiras, que, na época do início do processo de industrialização do país, anos de 1950, estimularam a formação das primeiras entidades médicas de prestação de serviços, financiando, com recursos próprios, a contratação de

médicos e a estrutura de atendimento interno nas fábricas, para provimento de assistência à saúde direta aos seus empregados, semeando um tipo de procedimento que se estendeu aos dias atuais, como é caso atual das autogestões e da prática de convênios e contratos de organizações privadas com empresas médicas (REIS, 2000);

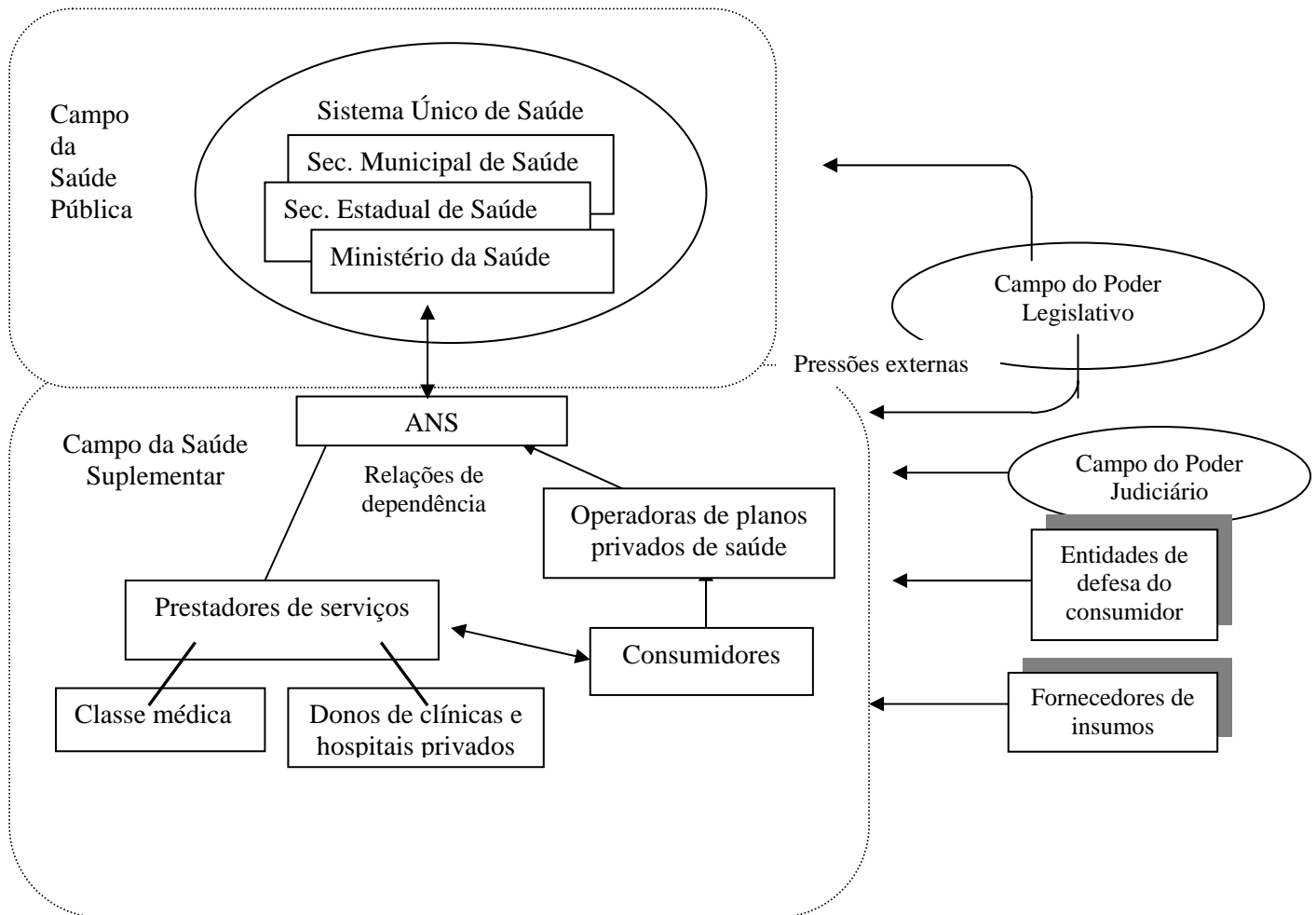
c) as próprias organizações de serviços médico-hospitalares, que souberam aproveitar com sucesso as fases de parceria com o Estado, e, quando esta se rompeu, nos anos de 1980, por conta da recessão macroeconômica que se estendeu ao longo da década, migraram sua estratégia, recursos gerenciais e a estrutura de atendimento para os consumidores privados, individuais e empresariais;

d) a classe médica, que percebendo a inexorabilidade da instituição das empresas prestadoras de serviços médicos, inúmeras provenientes do setor financeiro, que restringiu a atividade liberal dos médicos, soube se organizar, tanto na forma de operadoras de planos de saúde, como no caso das UNIMED, concorrendo no mercado em igualdade de condições, mas também no aperfeiçoamento de seus recursos de poder, contidos no fortalecimento da sua estrutura normativa e de representação, ou seja, das normas de conduta e da contratação do trabalho médico e os CFM e AMB, dentre outras (BAHIA, 2001).

O Diagrama 1 procura representar, de modo didático, o campo da saúde suplementar considerando as relações de poder existentes entre as posições que cada ator assume no campo, além das relações com outros ambientes de elevado conteúdo simbólico, dentre os quais sobressai o campo da saúde pública, que engloba o Sistema Único de Saúde, o campo do Poder Judiciário e o campo do Poder Legislativo, além de instituições formais como o Ministério da Saúde, entidades públicas e privadas de defesa de direitos dos consumidores e entidades fornecedoras de insumos médico-hospitalares.

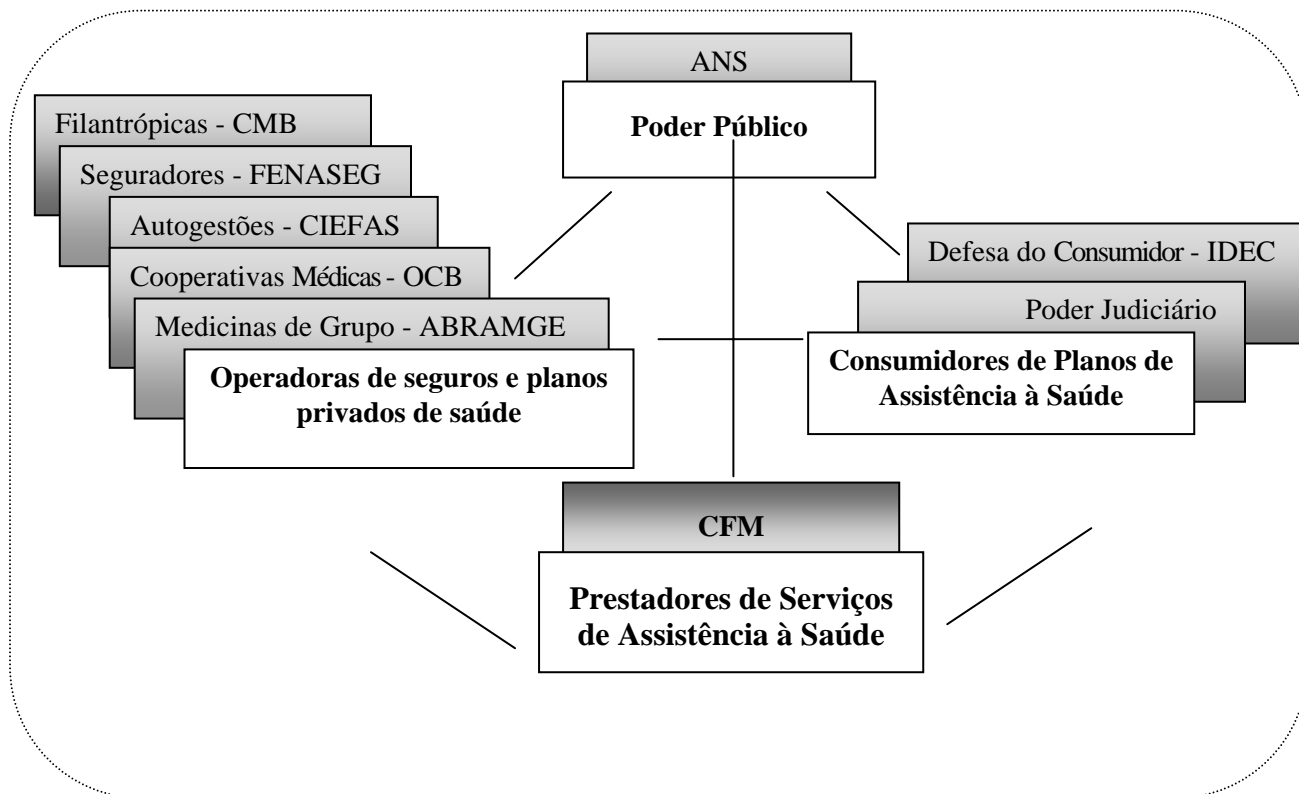
O campo da saúde suplementar compreende 2.723 organizações operadoras de planos privados de saúde, cerca de 3.650 prestadores de serviços – hospitais, excetuando-se clínicas de diagnóstico, consultórios e congêneres; um montante de 32.252 planos privados de saúde para um contingente em torno de 35 milhões de consumidores, movimentando um montante anual de R\$ 23 bilhões. É um mercado caracterizado por concentrações, verificando-se que o atendimento de 80% dos consumidores tem contratos com apenas 12% das operadoras; sendo que 95% destes clientes concentram-se na região Sudeste, principalmente nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, as quais, por si só, movimentam 60% de todo o mercado (BRASIL, 2002).

Diagrama 1: o campo da saúde suplementar



Neste entendimento, o campo da saúde suplementar no Brasil, na atual fase de configuração, é composto por atores que se fazem representar por entidades afins, as quais interagem, entre si, na defesa dos seus interesses, tal como representado no Diagrama 2.

Diagrama 2: As interações no campo da saúde suplementar



A segmentação das operadoras obedece a seguinte tipologia: as medicinas de grupo; as cooperativas médicas; as autogestões e as seguradoras, cada qual com regras específicas de organização e funcionamento, sendo que algumas, a exemplo das Santas Casas de Misericórdia, podem ter fins lucrativos ou não (BRASIL, 2002).

O ambiente de forças políticas que interagem no campo da saúde suplementar, com base nos recursos de poder dos atores que o constituem, assemelha-se a um sistema de *checks and balances*, tendendo a um equilíbrio por vezes instável, posto que as posições de poder se alteram em conformidade com as mudanças na política regulatória do campo ou do contexto macroeconômico do país, gerando sensíveis reflexos nas estratégias desenvolvidas pelos atores para conquistar – ou ao menos garantir – seus espaços de poder.

O poder público se faz representar pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que, por força da Lei nº 9.656, tem atuado na forma de um *poder moderador* no campo, procurando manter uma equidistância de interesses frente aos demais atores, inclusive quanto

ao Ministério da Saúde, ao qual é vinculada. O elo mais forte das interações no campo pertence ao eixo bipolar formado pela ANS e as operadoras de planos privados de saúde. A força da agência se dá pelo poder legal que dispõe para impor resoluções voltadas à garantia da solidez econômica às empresas de assistência médica, visando à solvência financeira do mercado em períodos recessivos; à padronização dos produtos a serem comercializados, para que não haja exclusões de renda, idade ou tipo de assistência ao consumidor de planos de saúde; além de intervir diretamente na própria gestão das empresas de assistência médico-hospitalar, tanto em caráter técnico preventivo como em regime de liquidação extrajudicial. A agência disciplina, também, os elos de ligação entre os campos da saúde suplementar e o da saúde pública, evitando que este seja explorado economicamente por aquele nos tratamentos dispendiosos.

Desse modo, a agência reguladora caracteriza um ator com valores que lhe são próprios e típicos de Estado, em conformidade com os ideais de justiça social – do tratamento desigual para desiguais, na medida de suas desigualdades – visando garantir o acesso das classes mais vulneráveis aos serviços privados de assistência à saúde. Normalmente, associa a imagem das operadoras à das organizações comerciais com interesses puramente lucrativos, afeitos a práticas gerenciais ilícitas que vulneram tanto os interesses sociais dos consumidores como a credibilidade do mercado da saúde suplementar, fatores relevantes que legitimaram a promulgação da Lei nº 9.656 e a constituição da ANS.

Em contrapartida, as operadoras de planos de saúde, englobando o segmento das medicinas de grupo, cooperativas médicas, autogestões, seguradoras e entidades filantrópicas, por meio de estruturas de representação bastante similares entre si, na forma de confederações nacionais, superintendências regionais ou escritórios locais, com atuação nos níveis federal, estadual e municipal, como no caso da ABRAMGE, CONAMGE, OCB, CIEFAS, FENASEG e CMB, que representam o ator exercendo pressão em todo o ambiente do campo, contra todos os demais, a julgar pelos dados da pesquisa e dos registros em periódicos, na medida em que interagem, com igual intensidade, contra os prestadores de serviço, os consumidores e, principalmente, contra o governo e a ANS.

As pressões das operadoras de planos de saúde se originam nas organizações de elevado porte empresarial, as quais praticamente se confundem com a figura deste ator, o que sugere uma forte tendência à oligopolização do mercado, posto que concentram 80 % do segmento consumidor em apenas 12% destas empresas. As operadoras mantêm um discurso

alinhado, não conflitivo entre si, identificando um ator com valores particulares baseados em princípios próprios de regulação.

As operadoras exercem os recursos de poder, resultantes do poder econômico e da estrutura organizacional que possuem, contra a ANS, de várias maneiras: impetrando ações diretas de inconstitucionalidade junto ao Supremo Tribunal Federal-STF contra resoluções relativas a reajuste de preços – com êxito; na concepção de novos formatos de público consumidor, para escapar do alcance da Lei nº 9.656, restrita aos planos individuais e familiares, como é o caso da crescente consolidação dos planos corporativos, modalidade não amparada pela atual legislação; no *lobby* junto ao Poder Legislativo, visando atenuar os rigores e a amplitude da lei, como nos inúmeros substitutivos ao projeto da Lei nº 9.656, que resultaram na redução das faixas de idade para elevação nos preço dos planos de saúde; na barganha junto à sociedade e governo, enfatizando a perspectiva de deixarem sem cobertura milhares de beneficiários de planos privados de saúde, caso sejam restringidos nas margens de lucro ou sofram intervenção pelo Estado, remetendo-os à esfera do SUS; e, na pressão orquestrada sistematicamente contra a ANS, quer seja no Conselho de Saúde Suplementar, em seminários ou na mídia, sempre associando o sistema público de saúde aos símbolos da ineficiência administrativa, lentidão e má qualidade de atendimento.

Contra os prestadores de serviço, as operadoras procuram reduzir o poder médico, assalariando-os, restringindo sua autonomia quanto à escolha de procedimentos médicos e no relacionamento com os clientes de planos de saúde, usando a estratégia do descredenciamento de profissionais junto às redes de assistência, a redução de honorários e glosas das faturas de pagamento pelos serviços prestados. O ator, no plano do simbólico, procura associar a figura do médico ao velado interesse financeiro, fragilizando a imagem de agente humanitário, altruísta, que cura e salva vidas. A estratégia contra os prestadores também se dá na forma de *lobby* junto ao governo e à própria ANS, que chegou a acatar a tese do “médico triador”, que filtra os pedidos de exames de diagnóstico-terapêuticos, reduzindo o seu volume e barateando o sistema de custos, constante na Medida Provisória nº 2.177-43, mas que não logrou êxito, face à fortíssima reação dos prestadores e consumidores, sendo retirada da pauta de votação no Congresso, em menos de uma semana de promulgada.

A reação dos prestadores contra as operadoras é igualmente forte, atuando, por meio do Conselho Federal de Medicina e da Associação Médica Brasileira, com recursos de poder consistentes, na medida em que atacam os médicos vinculados às empresas médicas com base

nos códigos de conduta e em processos de ética médica, resultando em uma estratégia eficaz posto que a prática, assim como a comercialização, da medicina não pode prescindir do profissional de medicina, subordinando, indiretamente, as operadoras à pressão da classe médica, como ocorre atualmente no caso da Resolução CFM nº 1.642 responsável por inúmeros processos éticos contra médicos empregados das operadoras. No campo do simbólico, os prestadores associam as operadoras à figura do capitalista de cartola e fraque, interessado tão-somente nos lucros advindos da prestação de serviços de saúde, insensíveis ao seu componente social. Os prestadores têm buscado a adesão dos consumidores, procurando demonstrar, igualmente recorrendo ao simbolismo, que as agruras destes têm origem nas operadoras, um inimigo comum de ambos os atores, como no caso da imagem veiculada na mídia: “Planos de saúde. Enfiar a faca em você e tiram o sangue do médico!”.

No eixo entre operadoras e consumidores, a interação é igualmente conflituosa, via de regra por questões relacionadas com os preços dos planos de saúde e a exclusão de atendimentos, por motivação econômica. Uma das estratégias desenvolvidas contra os consumidores é o de restringi-los quanto à frequência de exames diagnóstico- terapêuticos, com argumentação calcada em simbolismos, como é o caso da sua vinculação à imagem do desperdício propiciado por pessoas hipocondríacas que ocupam suas vidas, principalmente após a aposentadoria, com sucessivas visitas aos médicos, alimentando um ciclo periódico de gastos, posto que plano de saúde é obrigado a encampar todas suas despesas, não percebendo que encarecem o sistema como um todo e que, em última instância, são os responsáveis pelos sucessivos aumentos dos preços dos planos de saúde. Em contrapartida, os consumidores, por intermédio de seus representantes, públicos e privados, como o Poder Judiciário, os PROCON e o IDEC, e com base nos recursos de poder constituídos pelo Código de Defesa do Consumidor e a Lei nº 9.656, reagem na forma de denúncias junto ao órgão regulador e na promoção de ações judiciais, com pedidos de liminares, normalmente atendidos, consolidando uma forte jurisprudência sobre o aspecto da exclusão de atendimento, de modo favorável ao consumidor, obrigando as operadoras ao pagamento dos serviços médicos.

6 ANÁLISE INSTITUCIONAL DOS ATORES DO CAMPO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

6.1 As operadoras de planos privados de saúde

A análise institucional das operadoras de planos privados de saúde, de caráter não-filantrópico, se baseia em aspectos formais como: o padrão de estrutura organizacional das entidades que o integram, normalmente segundo o formato de federações e confederações, com até três níveis de subordinação ético-normativa, o que demonstra ser isomórfico, de acordo com o entendimento de DiMaggio e Powell (1983), posto que, via de regra, contém unidades similares de suporte jurídico – para defesa nas lides impetradas por prestadores de serviços e consumidores e nas ações judiciais promovidas contra a ANS; comunicação social – para o tratamento da imagem das entidades junto ao público, prestadores de serviços e fornecedores; e assuntos político-institucionais, que tratam do interesse estratégico das entidades, principalmente junto às esferas de Governo, de modo a potencializar diferentes abordagens no enfrentamento às ações do campo contrárias aos seus interesses.

Os principais interesses e recursos de poder das Operadoras de Planos de Saúde encontram-se apresentados no Quadro 1.

Ator	Objetivos e interesses	Papéis	Recursos e fontes de poder
As operadoras de planos privados de saúde – não filantrópicas	- Não intervenção do Estado - Mercado interno fechado - Desempenho e crescimento econômico	- Supressor das deficiências do Estado no provimento de serviços de saúde à população	- Poderio econômico - Lobby junto ao Poder Legislativo - Estrutura organizacional presente nos três níveis da Federação

Quadro 1: As operadoras de planos privados de saúde

O jogo de interesses do ator no campo, com base na crença dos valores, pode ser identificado no intenso combate promovido pelas operadoras contra a Lei nº 9.656/98, entendida, por algumas entidades, como inconstitucional, sendo objeto de duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade – ADIn, promovidas pelas operadoras junto ao Supremo Tribunal Federal-STF, com pedido de liminar aceito, inclusive.

A seguir alguns exemplos de conflitos contra a ANS e os consumidores:

Desde 1998, quase sete milhões de usuários saíram do sistema privado (...). A maior dor de cabeça das operadoras hoje se refere às liminares

judiciais. A questão é que os consumidores têm recorrido à Justiça ao arrepio dos contratos jurídicos perfeitos assinados antes da Lei nº 9.656, segundo José Fernando Rossi, In: CAARJ (2002);

Supostos benefícios aos consumidores se consubstanciarão em enormes e irremediáveis golpes contra a sociedade, para Frederico Barbosa, In: Informe ABRAMGE (2000).

6.2 As entidades filantrópicas

A análise deste ator, com base na estrutura de federações e confederação, que o integra, demonstra que o mesmo é igualmente isomórfico, no conceito de DiMaggio e Powell (1983), apresentando unidades semelhantes de assessoramento jurídico para a garantia do *status quo* na política de saúde, tais como benefícios fiscais, expedição de registros de filantropia e declarações de utilidade pública. No mesmo sentido, estruturas de comunicação social, assuntos político-institucionais e administrativos, que tratam a imagem da entidade junto ao público e, principalmente, o acompanhamento de assuntos que envolvam as relações com os órgãos gestores do SUS, nas instâncias do poder público federal, estadual e municipal, enfatizando *a vigilância permanente sobre os valores devidos aos hospitais filantrópicos, pela prestação de serviços de saúde.*

O jogo de interesses no campo, com base nos valores, pode ser identificado no intenso combate promovido pelas Santas Casas contra a Lei nº 9.732/98, regulamentada pelo Decreto 3.048/99, conhecida como lei da filantropia, vista como uma tentativa de aumento da arrecadação tributária pela cobrança de contribuições ao INSS às entidades filantrópicas. Segundo Victor Siaulys, empresário presidente da entidade filantrópica Lara Mara, “o lucro espiritual que acarreta o benefício compartilhado é superior ao faturamento, a sociedade somos nós; não queremos mais governo e mais lei, queremos ação, empresário é líder, somos os fatores de mudança.”

As Santas Casas também centram esforços contra o Decreto nº 2.536/98, que limita a manutenção de certificados de filantropia aos hospitais que, pelo menos, reservarem 60% de sua capacidade instalada ao SUS, restringindo o seu direcionamento à iniciativa privada, fonte de receita externa para estes hospitais.

A aplicação do referido dispositivo legal implicou que inúmeros hospitais filantrópicos tivessem seus certificados cassados, posto que não comprovaram se os valores não recolhidos ao fisco estariam sendo devolvidos à sociedade no âmbito da saúde. No caso, embora houvesse forte coesão interna contra o decreto, aconteceram importantes dissonâncias, como a de Ermírio de Moraes, diretor do Hospital Beneficência Portuguesa, que atende a 62% do SUS: “... É duro, é difícil, mas é um sacrifício que eu faço com prazer, porque estou ajudando os menos favorecidos.”

Em relação à regulação do mercado de saúde suplementar, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, este ator avalia que a lei e o conjunto de normas administrativas são excessivamente rigorosos, o que deverá alijar um elevado número de pequenas operadoras do mercado, congestionando ainda mais o SUS; por outro lado, poderá depurá-lo das empresas irregulares, que operam isoladas em uma quase clandestinidade. Defende a integração, equilibrada e rápida, do mercado, padronizando os produtos comercializados, os direitos e obrigações de operadoras e consumidores.

A principal fonte de poder, identificada neste ator, é o carisma advindo do caráter histórico de filantropia associada à atividade caritativa, valor típico de legitimidade social, que o habilita a garantir uma posição política favorável e perene junto ao Governo, na medida em que atua em parceria com este nas estratégias de assistência à saúde para a maioria pobre da população.

Os principais interesses e recursos de poder das Santas Casas de Misericórdia encontram-se apresentados no Quadro 2.

Ator	Fundação	Objetivos e interesses	Papéis	Recursos e fontes de poder
As entidades filantrópicas - Santas Casas de Misericórdia	1543	<ul style="list-style-type: none"> - Legitimação social no contexto da saúde - Participação no repasse de recursos federais - Manutenção de benefícios fiscais 	<ul style="list-style-type: none"> - Articulação política nas esferas de governo federal, estadual e municipal para manter posição nos programas de assistência à saúde pública - Assistência aos 	<ul style="list-style-type: none"> - Tradição de filantropia e caridade - Organização em federações estaduais e uma confederação nacional - Presença em 15 UF do país

			excluídos sociais	
--	--	--	-------------------	--

Quadro 2: As Santas Casas de Misericórdia

6.3 Os prestadores de serviços de saúde

A análise do ator, tendo em conta a estrutura de conselhos, federal e regionais, associações médicas e sindicatos, que o integra, sinaliza para um isomorfismo, no conceito de DiMaggio e Powell (1983), posto que mantém inúmeras similaridades organizacionais e uma harmonia de conceitos, que respaldam, inclusive, a aplicação de sanções sobre médicos que compartilhem dos interesses econômicos das operadoras de planos privados de saúde.

O jogo de interesses no campo, com base na crença dos valores, pode ser identificado no contínuo combate às operadoras de planos de saúde, assim como na fortíssima pressão contra inúmeras normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, logrando quase sempre êxito, como no rumoroso caso da tentativa de institucionalização, por meio da Medida Provisória nº 2.177-43, da figura do *gatekeeper*, importada do sistema de saúde norte-americano *Managed Care*, cuja função equivaleria ao do médico generalista que norteia os pacientes para especialistas, mas que foi interpretado como mais um instrumento de restrição da livre autonomia do médico e paciente, na tentativa de mera redução nos custos das operadoras nos exames de diagnósticos e terapêuticos.

Os principais interesses e recursos de poder dos prestadores de serviço encontram-se apresentados no Quadro 3.

Ator	Objetivos e interesses	Papéis	Recursos e fontes de poder
A classe médica	- Legitimação social no contexto da saúde - Participação no repasse de recursos públicos - Manutenção de benefícios fiscais	- Articulação política nas esferas de governo visando a interesses no âmbito do campo da saúde suplementar e pública - Provimento da assistência à saúde da população, no âmbito público e privado	- Código de conduta ética - Organização em associações, conselhos e federação, com poderes para cassar registros profissionais - Bancada no Poder Legislativo

Quadro 3: Os prestadores de serviços de assistência à saúde

A seguir, alguns exemplos de crítica à citada MP nº 2.177-43, expressa nos depoimentos de vários médicos, inclusive do presidente da Associação Médica Brasileira – AMB, Eleudes Paiva:

[...] a medida provisória em vigor favorece escancaradamente as empresas de planos de saúde em detrimento dos consumidores;

[...] o processo de transição dos contratos antigos para as novas normas, por exemplo, deixa a maior parte dos consumidores à mercê das empresas de planos de saúde;

[...] restará ao cliente aceitar as condições impostas pela empresa ou cair na vala comum do SUS. Se aceitar, ele sairá da frigideira para o fogo, pois o critério de livre escolha do médico e do hospital torna-se uma ficção a partir da criação da “rede hierarquizada”, que delega à empresa a escolha do médico-seletor – na MP consta o neologismo “triador” – um clínico geral que dirá se existe ou não necessidade de consulta a um especialista, (...) à semelhança do que é empregado nas empresas de saúde dos Estados Unidos. Aqui, os seletores recebiam cotas diárias de internação e atendimento especializado – com as conseqüências que se pode imaginar para a imagem do sistema e o estado de saúde dos segurados.

A principal fonte de poder, identificada neste ator, ainda é o carisma advindo do caráter histórico da medicina, como um atenuador das mazelas advindas das doenças que afligem a humanidade, valor típico de legitimidade social, mas, também, e principalmente, a capacidade de afetar o equilíbrio interno das operadoras, atingindo-as no seu núcleo orgânico médico por meio da possibilidade concreta, e isto tem sido freqüente, de aplicação de sanções e cassação de registros de integrantes da classe assalariada que tem “passado” para o lado oposto daquele dos interesses dos liberais.

6.3 Os consumidores de planos de saúde

Os interesses no campo, com base na crença do valor da saúde, como um direito fundamental da população, podem ser identificados na articulação de ações entre PROCON, IDEC e Poder Judiciário, no sentido de imprimir energia no controle do campo, inclusive sobre a ANS – como na rumorosa instalação da CPI dos planos de saúde, em 2003, entendida como um ator igualmente vulnerável às pressões econômicas que integram o campo, assim

como no contínuo combate promovido às operadoras de planos de saúde logrando, via de regra, êxito, no bojo da política social do governo federal, sob a gestão do Partido dos Trabalhadores. Os principais interesses e recursos de poder dos consumidores de planos privados de saúde encontram-se apresentados no Quadro 4.

Ator	Objetivos e interesses	Papéis	Recursos e fontes de poder
O consumidor de serviços de saúde	-Legitimação do direito à assistência privada à saúde com qualidade e a preço justo, no contexto brasileiro - Influência na formulação legal e no controle do campo	- Articulação política nas esferas do Judiciário e do Legislativo - Controle da assistência à saúde da população, no âmbito privado, mediando a sua exploração econômica	- Legitimidade social da saúde como um bem de todos - Constituição Federal/1988 - Código de Defesa do Consumidor - Tribunal de Justiça - PROCON - IDEC

Quadro 4: Os consumidores de serviços de assistência à saúde

6.4 O órgão regulador

Os interesses deste ator no campo da saúde suplementar, com base na crença do valor da saúde como um direito fundamental da população factível de coexistência equilibrada com o ambiente de liberdade de mercado, podem ser identificados nas ações de articulação com representantes de diversos interesses, em Câmaras de Saúde, visando à constituição de um ambiente equidistante, no qual interaja o lucro, das sociedades comerciais, sem descurar dos anseios vitais da população. Por vezes, o delicado e instável ponto de convergência de pressões se aproxima de uma dada posição, fazendo crer em tendenciosidades no sistema; porém, ao longo do tempo, notam-se inversões, demonstrando o dinamismo e a alternância das forças presentes no campo.

Os principais interesses e recursos de poder da ANS encontram-se apresentados na Quadro 5.

Ator	Fundação	Objetivos e interesses	Papéis	Recursos e fontes de poder
O órgão regulador dos serviços de saúde – ANS	2000	-Equilibrar, econômica e socialmente, a prestação de serviços privados de saúde à população, em harmonia com o sistema de saúde público;	- Regular as atividades do campo, na forma de resoluções normativas e propostas de lei - Regular a exploração econômica do campo, dentro da égide da liberdade de mercado, mas preservando os interesses sociais - Articular, com os principais atores do campo, políticas de interesse comum - Intervir no equilíbrio financeiro dos sistemas do SUS e privado, de modo a preservar as respectivas competências	- A capacidade de legislar na sua esfera de competência - O sistema de mandato de 03 anos dos seus diretores -Recursos financeiros próprios - A infra-estrutura físico-funcional própria

Quadro 5 O órgão regulador dos serviços de assistência à saúde

7 AS INTERAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

O ambiente de interações no campo pode ser observado, de modo integrado, na matriz de impactos de pressões entre os atores, Quadro 6, que permite perceber que o elo mais intenso de interação, de caráter fortemente conflituoso, pertence ao pólo formado pelo governo/ANS e operadoras de planos de saúde, o que se poderia esperar como normal nos tempos atuais, em face da reação gerada com a recente implantação do órgão regulador, interveniente em operações, até então livres de intervenção governamental, das operadoras.

A comunhão de interesses entre consumidores e prestadores, ambos efetuando ações contra as operadoras, é percebida no gráfico comparativo entre pressões. Da mesma forma, a falta de sintonia das diretrizes políticas nas diversas áreas de saúde também pode ser percebida no tênue alinhamento entre ANS e governo, positivo, mas fraco, demonstrando que a agência ainda carece de tempo para ser internalizada politicamente na esfera governamental.

A ANS, frente aos demais atores do campo, sofre pressões dos mais variados matizes, evidenciando todo um potencial de ansiedade e expectativas para que esta atue em conformidade com os inúmeros e diversificados interesses do campo.

8 OS MITOS E CRENÇAS DO CAMPO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Dentre os mitos, valores e crenças institucionalizadas no campo, correlacionados com a posição dos atores no campo, sobressai o conceito da saúde como um valor prevalente sobre os demais, afeto a uma categoria de direito inerente à sobrevida do homem, constituindo-se como um dos fundamentos da República, na forma de cláusula pétreia no artigo 5º da Constituição Federal, demonstrando que, na hipótese de um possível conflito de valores, como entre contratos de natureza econômica e a manutenção da vida, esta prevalecerá, afastando o mito contido na clássica regra do *pacta sunt servanda*, do direito contratual romano.

O valor da caridade também é muito visível no campo, principalmente nas entidades filantrópicas, como nas Santas Casas de Misericórdia, as quais, mesmo quando comercializam planos de saúde, têm o poder de assegurar tratamento diferenciado nos benefícios fiscais. Entretanto, quando ameaçadas nestes interesses, reagem com a mesma intensidade das sociedades comerciais que operam serviços de assistência à saúde.

O mito da ineficiência administrativa do Estado, em contraponto ao da eficiência da iniciativa privada, é fortemente explorado pelas operadoras de planos de saúde contra a ação da ANS, embora seus efeitos sejam igualmente minimizados pela crença popular da insensibilidade do capitalismo inerente às empresas operadoras a questões de cunho social.

O campo, como um todo, sofre influências de natureza ideológica desde sua formação, alternando influências de cunho social, quando se aproxima do modelo do *welfare state*, e de fases de liberalização econômica. No Quadro 6 apresentam-se os posicionamentos ideológicos externalizados nas entrevistas pelos atores do campo.

Os dados demonstraram que o paradigma de um ambiente social equilibrado, no qual os interesses econômicos convivem a par do provimento saudável de serviços de saúde à sociedade, sem a impositiva ação do Estado, ainda está por vir, o que caracteriza um campo não maduro em termos de conscientização das organizações privadas quanto à necessidade de legitimação social como um mecanismo de competitividade.

No tocante à institucionalização das organizações que integram o campo, o estudo demonstra que estes se organizam na forma de estruturas bastante similares entre si, excetuando o caso dos consumidores de planos de saúde, que ainda dependem de órgãos de governo e algumas poucas entidades privadas, representativas dos seus interesses. Entretanto, no tocante às operadoras, os prestadores de serviço e a própria ANS, existe uma clara homologia entre modelos organizacionais, mostrando que o campo, em sua maior parte, na presente fase, é isomórfico, nos termos de DiMaggio e Powell (1983), parecendo encontrar-se consolidado, após um processo evolutivo de constituição.

Categories de Grupos	Racionalismo Econômico	Justiça Social	Intervencionismo de Estado
Poder e Dominação	<i>Controle</i>	Welfare state	<i>Intervenção</i>
	<i>Organização</i>	<i>Garantia de direitos</i>	<i>Aumento da carga fiscal</i>
	<i>Concorrência imperfeita</i>	<i>Concorrência perfeita</i>	<i>Combate à ilicitude</i>
	<i>Restrição de direitos</i>	<i>Inclusão social</i>	<i>Eficiência administrativa</i>
	<i>Práticas ilícitas</i>		
Autopreservação	<i>Lucro e progresso econômico</i>	<i>Aumento de custos</i>	<i>Prevenção</i>
	<i>Corporativismo</i>	<i>Solidariedade</i>	<i>Intermediação</i>
Idealismo	<i>Elitização social</i>	<i>Liberdade</i>	<i>Universalização do tratamento social</i>
	<i>Oligopolização</i>	<i>Utopismo</i>	<i>Não-intervenção</i>

Quadro 6: Matriz de categorização de caráter ideológico

Quanto aos fatores motivadores da sua formação, o estudo evidencia que, no Brasil, a gênese do campo da saúde suplementar foi estimulada pelo Estado sob um ambiente de pressões da classe médica contra o Governo e as organizações empresariais; no primeiro caso, quanto à redução da demanda de serviços particulares em face dos investimentos governamentais em hospitais e o assalariamento advindo de empregos públicos, e, no segundo, pela perda de poder derivada da falta de autonomia de trabalho e do controle sobre honorários médicos, fatores que, no seu conjunto, contribuíram para o esvaziamento da atividade liberal dos profissionais de medicina.

O estudo sugere que, no Brasil, ocorreu uma alternância entre modelos ideológicos de assistência à saúde, estimulada sempre, direta ou indiretamente, por fortes ações de financiamento por parte do Estado, dos quais sobressai a visão de disseminação igualitária do acesso à saúde pela sociedade, em contraponto às políticas liberais, que permitiam este acesso de modo diferenciado, segundo faixas de renda e postos de trabalho, privilegiando segmentos organizados da população, como os funcionários públicos e os empregados em empresas de grande porte. Pode-se identificar uma seqüência de ciclos entre os dois modelos: em períodos anteriores ao primeiro quarto do século XX, o acesso à saúde ficou limitado a um número restrito de pessoas dotadas de poder aquisitivo para contratar médicos particulares, normalmente nos grandes centros urbanos, enquanto a extensa maioria da população simplesmente permanecia à margem da assistência médica contando apenas com o escasso número de entidades filantrópicas e hospitais públicos. Não é por acaso que a expectativa de vida do brasileiro, nos anos de 1920, era de menos de 40 anos. Houve uma tentativa de mudança neste sistema com o surgimento da Previdência Social, em 1923, e a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, que contrastou com o liberalismo anteriormente dominante, em função do forte estímulo em favor do assistencialismo de massa, quando, no bojo da centralização previdenciária, deu-se uma substancial elevação, tanto em qualidade quanto em amplitude, do grau de inclusão de segmentos da população, até então fora do acesso a sistemas de saúde. Este progresso foi bastante mitigado na era Vargas, entre os anos 1930 a 1945, ao adotar o sistema de capitalização para a Previdência, que restringiu fortemente os gastos com saúde por segurado, não obstante o volumoso crescimento da receita. Por outro lado, restaurada a democracia, o governo de Dutra, entre 1945 e 1950, buscou resgatar os antigos ideais da década de 1920, eliminando as contingências financeiras do regime anterior (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Com a industrialização do país, nos anos de 1950, o sistema universalista, fraco, porém ainda vigente, arrefeceu pela força de um renovado sistema de privilégios diferenciados, promovido pelas corporações multinacionais, órgãos e empresas estatais, que patrocinaram a institucionalização de ambientes fechados de assistência à saúde, imprimindo um salto de qualidade nos tratamentos e na tecnologia aplicada, inatingível, entretanto, para todo um contingente de trabalhadores do meio rural e urbano, que não pertencesse a empresas com poder financeiro ou político forte o suficiente para desenvolver sistemas similares.

O golpe militar de 1964 trouxe, no bojo de um processo de centralização política e econômica, uma continuidade da tendência assistencialista, como mecanismo de compensação de política social e de suavização de tensões sociais, almejando alcançar legitimidade para o regime, implementado por sólidos investimentos em hospitais públicos e credenciamento de entidades privadas, privilegiando a assistência individual e especializada sobre as medidas de saúde pública de interesse coletivo. Nesta fase ocorreu o substancial financiamento, com recursos públicos, do parque empresarial da medicina, identificando o início do seu progresso econômico. Entretanto, mesmo enfatizando a visão política da ampliação do acesso à saúde às diversas camadas da sociedade, por conta de fatores econômicos internacionais, como a crise do petróleo que alavancou a dívida externa do país, e a falta de infra-estrutura hospitalar, o objetivo universalista do modelo não se completou, ficando aquém do planejado, tendo, porém, o mérito de ampliar a inclusão social no sistema de saúde, na medida em que vários segmentos da classe média lograram acessar a saúde privada, em função da adesão de um maior número de empresas ao sistema de credenciamento de serviços de saúde

Presentemente, com o alastramento do sistema de planos de saúde, cujos altos custos e preços têm afastado amplos segmentos da classe média do seu acesso e reduzido a qualidade dos serviços prestados, assiste-se ao retorno do modelo elitista, de privilégios, voltados às restritas pessoas que dispõem de elevados recursos próprios ou pertencem a níveis hierárquicos elevados em organizações que financiem planos individuais que atendam aos custos da moderna tecnologia e sofisticação dos exames diagnóstico-terapêuticos. A proliferação de planos coletivos evidencia a escassez de recursos da população nos planos individuais e familiares, fazendo com que seja postergado um problema social de elevadas proporções, posto que os planos coletivos existem na medida em que as pessoas encontram-se empregadas. Ana Amélia Camarano, pesquisadora do IPEA, estima que em 2020 existam cerca de 28 milhões de idosos, com idade acima de 60 anos, caracterizando um contingente de aposentados fora do mercado e dos planos de saúde coletivos, e, muito provavelmente, sem condições econômicas para financiar os planos individuais de saúde. Ou seja, uma população equivalente, aos dias de hoje, à população economicamente ativa – PEA, à margem da assistência médico-hospitalar, configurando uma futura geração de excluídos sociais dos serviços de saúde.

9 CONCLUSÕES

A pesquisa demonstrou que os atores do campo se organizam na forma de estruturas bastante similares entre si, excetuando o caso dos consumidores de planos de saúde que ainda dependem de outras entidades para a representação de seus interesses. Quanto às operadoras, prestadores de serviço e a própria ANS, existe uma forte homologia entre modelos organizacionais, mostrando que o campo, em sua maior parte e na presente fase, é isomórfico, nos termos de DiMaggio e Powell (1983), parecendo encontrar-se consolidado e estabilizado, após um processo evolutivo de transformação.

Com relação às pressões internas, o estudo avalia que, em meio a um delicado ambiente de pós-regulação, as operadoras e a ANS representam o pólo centralizador da maioria das interações no campo. As operadoras, como ator social do campo, apresentam-se como o mais controvertido dos agentes, recebendo pressões de praticamente todos os demais, com igual intensidade de força e sentido. A julgar pela pesquisa, os prestadores são aliados dos consumidores, não oferecendo pressões entre si, o que não é o caso da ANS, que, neste particular, parece aderir, por vezes, aos interesses das operadoras. Há que ressaltar, porém, que um dos objetivos estratégicos da agência é a garantia da solvência do mercado, para que este mantenha o sistema privado em operação. Esta aparente ambigüidade de ações, por parte da agência, é responsável pelas fortes críticas de consumidores e prestadores de serviço, que buscam orientar a força da legislação contra seu mais visível oponente, representado pelas operadoras de planos de saúde.

O campo, como um todo, sofre influências de natureza ideológica desde sua formação, alternando influências de cunho social, quando se aproxima do modelo do *welfare state*, e de fases de liberalização econômica, cuja perspectiva futura aponta para uma crescente posição hegemônica do parque privado, em virtude da sintomática escassez de recursos por parte do Estado. Entretanto, é possível que, em uma síntese hegeliana, a austeridade e insensibilidade características do racionalismo econômico sejam mitigadas pela pressão psicológica das forças sociais, como exemplificado pelas atuais empresas de autogestão, as quais, sem descuidar da finalidade lucrativa de suas atividades, têm investido fortes recursos próprios na assistência de seus empregados, em um movimento que tende a disseminar, representando uma verdadeira parceria entre mercado e o governo, o que poderá reverter a expectativa de crise do sistema de saúde privada, a julgar as projeções da expansão demográfica da população idosa, como descrito anteriormente.

REFERÊNCIAS

- BAHIA, L. **O mercado dos planos e seguros de saúde no Brasil**: tendências pós-regulamentação. Campinas: Ed. UNICAMP, 2001.
- BRASIL. ANS. Disponível em <[http:// www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) >. Acesso em out. 2002.
- CARVALHO, C., VIEIRA, M.M. e LOPES, F.D. Contribuições da perspectiva institucional para análise das organizações. 24, Encontro Nacional de Pós-Graduação em Administração, **Anais...** .Foz do Iguaçu, 1999.
- DIMAGGIO, P.J. , POWELL, W.W.. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. **American Sociological Review**. vol. 48, p.147-160, April, 1983.
- FERGUSON, C.E. **Microeconomia**. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1989.
- MACHADO DA SILVA, C., FONSECA, V. S. da, FERNANDES, B. H. Da R.. Mudança e estratégia nas organizações: perspectivas cognitivas e institucional. In: VIEIRA, M. M. F. ; OLIVEIRA, L. M. B. de (Orgs). **Administração Contemporânea**. São Paulo: Atlas, 1999.
- MÉDICI, A.C. Evolução da estrutura do sistema de saúde. Disponível em: <<http://www.mre.gov.br/cdbrazil/itamaraty>. >. Acesso em 06 fev.2003a.
- _____. Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em < [http:// www.datasus.gov.br/tabnet](http://www.datasus.gov.br/tabnet) >. Acesso em 06 fev. 2003b.
- _____. Sistemas privados de medicina supletiva. Disponível em < <http://www.mre.gov.br/cdbrazil/itamaraty> >. Acesso em 06 fev. 2003c.
- MEYER, J., ROWAN, B.. Institutionalized organizations: formal structures as myth and ceremony. Chicago: **American Journal of Sociology**. v. 83, n. 2, p. 340-363, 1977.
- OLIVEIRA, J., TEIXEIRA, F.. **(Im) previdência social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.
- PERROW, C. Overboard with myth and symbols. Chicago: **American Journal of Sociology**. vol.91, 151-155, Jul. 1985.
- SELZNICK, P.. Foundations of the theory of organization. California: **American Sociological Review**. vol. 13, 25-35, Feb. of 1948.
- _____. Institutionalism “Old” and “New”. **Califórnia: Administrative Science Quarterly**, vol. 41, p.270-277, 1996.

VIEIRA, M. M.; MISOCZKY, M. C. Instituições e poder: explorando a possibilidade de transferências conceituais. 25, Encontro Nacional de Pós-Graduação em Administração Campinas: **Anais...**, 2001.