

Produção acadêmica sobre Saúde Suplementar no Brasil de 2000 a 2010: revisão crítica e investigação sobre a articulação entre o público e o privado.

RESUMO

O presente trabalho é composto por dois artigos que tratam das características da produção acadêmica vinculada ao descritor “saúde suplementar” no Brasil de 2000 a 2010. O primeiro traça uma visão panorâmica sobre as publicações, analisando o material coletado segundo uma matriz composta pelos seguintes elementos: ano de publicação, vinculação institucional do autor principal, localização geográfica da instituição e campo disciplinar referido. Em seguida, com base no conteúdo dos resumos, são destacadas as temáticas mais prevalentes, as emergentes e as ausentes, buscando responder à seguinte pergunta: Se, e em que medida, a prática discursiva dos autores (re) produz uma visão que naturaliza a atual dinâmica de compra e venda de serviços de assistência à saúde por meio de planos e seguros ou assume uma visão crítica sobre esse fenômeno. O segundo artigo seleciona um subconjunto de 20 textos que nomeadamente abordam a questão da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde para análise do seu conteúdo, considerando os referenciais teóricos, os conceitos e as linhas argumentativas. Os resultados apontam, por um lado, aumento contínuo na produção acadêmica sobre saúde suplementar no período pesquisado. O conteúdo desse material assume uma tônica que recai sobre a operação das empresas de planos de saúde e sua agência reguladora setorial, naturalizando-se uma visão de mercado onde a dinâmica de comércio de planos de saúde é tomada como algo dado, inevitável ou independente de julgamentos éticos e opções políticas. Por outro lado, a análise do conteúdo dos textos selecionados no segundo artigo aponta a existência de uma crítica ao atual formato de articulação entre o público e o privado, fundamentada na Medicina Social e nas bases teóricas que instruíram o surgimento do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ao lado de contribuições que, apoiadas em teorias econômicas liberais, tomam os aspectos econômicos em seu sentido estrito como foco da discussão sobre saúde suplementar.

APRESENTAÇÃO

Esse trabalho assume a forma de dois artigos de revisão ligados por uma linha de investigação sobre as características da produção acadêmica vinculada ao tema da saúde suplementar no Brasil.

O primeiro artigo traça uma visão panorâmica da literatura produzida entre 2000 e 2010, no período posterior à criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Busca identificar suas características a partir da análise do material coletado em relação a uma matriz que identifica: ano de publicação, vinculação institucional do autor principal, localização geográfica da instituição e campo disciplinar referido. Investiga o conteúdo dos resumos selecionados, identificando as temáticas, as lacunas e a emergência de novas questões.

O segundo artigo destaca um subconjunto do material analisado na primeira revisão que, nomeadamente, está relacionado com o tema da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde. Faz, então, uma análise em profundidade sobre os conceitos e os referenciais utilizados em suas estratégias argumentativas. Nesse caso, é possível que algumas contribuições relevantes não tenham obedecido ao critério de inclusão, porém consideramos que a amostra selecionada permitiu uma discussão substantiva.

Ambos os artigos possuem um elemento em comum na sua concepção: assumem que a prática teórica ligada ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que remete à estrutura social, em última instância, a conformação do sistema de saúde, continua válida em seus pressupostos e é adequada para a abordagem da complexidade inerente aos objetos que, como a assistência à saúde, incorporam elementos das dimensões econômicas e sociais no mesmo campo de relações.

A escolha da temática da articulação público/privada para o segundo artigo não foi apriorística nem aleatória. Impôs-se ao longo do processo de pesquisa, e representou um esforço para o entendimento da complexidade inerente a toda zona de fronteira, território que não aceita o uso de definições simplificadas. As metáforas utilizadas por

alguns autores, como referência ao universo da saúde suplementar, ilustram bem a situação: “teias e tramas”, “luzes e sombras”, “mosaico”.

O texto utiliza a expressão “articulação público/privada” sugerida como tema no II Seminário Latinoamericano de Política Sanitária, promovido pela Associação Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) ainda em 1993, no México, em vez da expressão “mescla (*mix*) público/privada” utilizada por agências internacionais como a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e pelo Banco Mundial (BM). Entendemos que a ideia de mescla não permite uma distinção, mas promove a equiparação de dois elementos dotados de qualidades específicas. Além disso, entendemos que a realidade dos países periféricos ao núcleo central do capitalismo solicita ferramenta conceitual mais ajustada à sua complexidade, uma ferramenta que sirva para revelar nuances e reduzir nebulosidades.

Assim, o propósito dessa investigação é, em primeiro lugar, permitir uma apropriação do conteúdo das contribuições sobre o tema para qualificar a crítica e, em segundo, contribuir para uma reflexão ao interior da área de Políticas, Planejamento & Gestão no campo da Saúde Coletiva, sobre uma temática que mostra sinais claros de amadurecimento e consistência em sua produção.

ARTIGO I

Saúde Suplementar no Brasil: revisão crítica da literatura de 2000 a 2010.

Palavras-chave: saúde suplementar, revisão crítica, zeladoria de mercado.

RESUMO

Revisão crítica da literatura sobre saúde suplementar no Brasil de 2000 a 2010 realizada a partir das bases SciELO e Banco de Teses da CAPES/CNPq com os descritores: “saúde suplementar”, “planos de saúde”, “seguro saúde” e “mercado de saúde”. Na base *Web of Science* foi utilizado o descritor “*private health insurance*” para investigação do *estado da arte*. Foram selecionados 270 textos entre teses de doutorado, dissertações de mestrado acadêmico e artigos publicados em periódicos indexados para análise. Utilizou-se uma matriz composta pelos seguintes elementos: ano de publicação, vinculação institucional do autor principal, localização geográfica da instituição e campo disciplinar referido. Além disso, foram identificados os objetivos, os métodos e os resultados de acordo com os resumos dos textos. Os resultados apontam um aumento significativo e contínuo na produção acadêmica sobre saúde suplementar no período pesquisado. Em geral, o conteúdo desse material tem como tônica a perspectiva das empresas de planos de saúde e de sua agência reguladora setorial, naturalizando-se uma visão de mercado na assistência, onde a dinâmica e a expansão no comércio de planos é tomada como algo dado, não passível de discussão.

INTRODUÇÃO

A expansão do capitalismo industrial no período pós II Guerra Mundial teve impacto importante na economia do Brasil com a instalação de grandes empresas transnacionais, na região sudeste do país, em torno de centros urbanos como São Paulo.

O sistema de saúde também passou por grandes transformações, a partir da década de 1950, com o desenvolvimento da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, gerando um novo perfil de demandas no consumo de bens e produtos de saúde. Da mesma forma, a rede de prestadores de assistência à saúde foi pressionada em direção a uma maior expansão¹.

Após o golpe militar de 1964, o novo governo fez uma clara opção pela expansão da rede de assistência por meio do estímulo a empresas médicas conveniadas ao sistema público. Ao mesmo tempo, as iniciativas inovadoras de prestação de assistência a trabalhadores da indústria por meio do pré-pagamento de planos de saúde, que haviam florescido no final dos anos 1950, foram indiretamente favorecidas por essa política. Desenvolveu-se, assim, uma rede de prestadores privados, ligados simultaneamente ao sistema público e ao comércio de planos de saúde².

Entre as décadas de 1980 e 1990, quando foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), já havia uma estrutura importante de empresas ligadas ao comércio de planos que atuavam sem nenhum tipo de regulação estatal. Contudo, denúncias de negação de atendimento a pacientes gestantes de risco, idosos e HIV-positivos por essas empresas, repercutiram no noticiário, deram grande visibilidade à temática da saúde suplementar naquele momento e, ao lado de outros fatores, acabaram por desencadear o processo que levou à edição da Lei Federal nº 9.656/98 relativa aos planos de saúde³.

Também a produção acadêmica sobre as empresas de planos e seguros de saúde ganha maior consistência a partir da década de 1980. Um importante referencial, hoje clássico, repleto de evidências empíricas, pode ser relacionado com a caracterização das políticas de saúde no Brasil durante o período da ditadura militar^{4, 5, 6, 1, 2, 7}. Esse referencial, direta ou indiretamente, abordou a participação de empresas privadas no sistema assistencial, dentro de uma visão que articulava as dimensões econômicas e sociais gerais com a organização da assistência à saúde, considerando, inclusive, a participação das empresas médicas de pré-pagamento.

O novo Código de Defesa do Consumidor (CDC/Lei nº 8078 de 11 de setembro de 1990), a Lei nº 9.656/98 – que trata da atuação das empresas de planos de saúde – e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2000, entretanto, contribuíram para dar maior especificidade ao trato da temática da venda de planos de saúde, possivelmente com reflexos na produção acadêmica relativa ao assunto.

Tais referências legais, ao tangenciarem a questão do comércio de planos e seguros de saúde sob um viés de relações de consumo, práticas de mercado e regulação econômica estrita, possivelmente contribuíram para agregar uma prática teórica e discursiva igualmente impregnada de um viés especializado na literatura acadêmica, diferente daquele observado nas referências clássicas citadas acima.

Na literatura científica internacional, Atherly⁸ publicou um primeiro trabalho de revisão sistemática sobre saúde suplementar com um conjunto de 118 artigos do período de 1973 a 1999 nos Estados Unidos, buscando descrever o crescimento dos planos de saúde, seu modelo regulatório e sua relação com o programa público *Medicare*. Na Inglaterra, Mossialos & Thomson⁹ revisaram o impacto de políticas públicas sobre o desenvolvimento do mercado de seguros privados de saúde na União Europeia. No Brasil, foram publicados trabalhos que descreveram a evolução do campo privado da saúde, incluindo a saúde suplementar¹⁰, e revisaram a literatura sobre regulação¹¹. Um trabalho¹² revisou a produção acadêmica em relação às ações de promoção de saúde desenvolvidas pelo setor de saúde suplementar, com 18 textos publicados entre 1998 e 2008. Todavia, não existe registro de revisão que busque caracterizar o panorama das publicações especializadas sobre saúde suplementar no Brasil na fase de vigência da regulação pública.

Assim como a dinâmica de comercialização de planos de saúde no Brasil guarda especificidades que não autorizam uma transposição direta das descrições referentes aos países europeus e aos Estados Unidos¹³, também a produção acadêmica local solicita uma descrição que revele suas especificidades e tendências.

Nessa perspectiva, o presente estudo pretende contribuir para a compreensão das características gerais da produção acadêmica sobre saúde suplementar no Brasil, de 2000 a 2010, analisando o material publicado de forma sistematizada, identificando os autores, sua vinculação institucional, o ano de publicação, o campo disciplinar ao qual

se vinculam e os temas predominantes, emergentes ou ausentes. Além disso, o artigo busca responder à seguinte questão: Se, e em que medida, a prática discursiva dos autores (re)produz uma visão que naturaliza a atual dinâmica de compra e venda de serviços de assistência à saúde por meio de planos e seguros ou assume uma visão crítica sobre esse fenômeno, em linha com os fundamentos teóricos do Movimento Sanitário.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão sistemática sobre saúde suplementar no Brasil a partir do marco normativo/temporal da lei nº 9.656/98 e da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Foram revisados os estudos publicados sobre esse tema entre 2000 e 2010, a partir das seguintes bases de dados: banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), *Scientific Electronic Library on Line* (SciELO) e *Web of Science*.

A escolha dessas bases permitiu o acesso a resumos e textos integrais de teses de doutorado e dissertações de mestrado acadêmico produzidas em instituições de ensino e pesquisa do Brasil, além de artigos publicados no Brasil e no exterior em periódicos indexados, caracterizando um conjunto de textos com formato acadêmico bem definido (artigos em periódicos, teses e dissertações de mestrado acadêmico). Os artigos em periódicos foram considerados como um grupo homogêneo.

A busca no banco de teses da CAPES/CNPq foi feita por palavras-chave, usando sucessivamente os seguintes descritores: “saúde suplementar”, “planos de saúde”, “seguro saúde” e “mercado de saúde” para o período de 2000 a 2009. O ano de 2010 não estava disponível no momento do encerramento do trabalho (julho de 2011). A busca limitou-se às dissertações de mestrado acadêmico e às teses de doutorado, excluindo-se os trabalhos de conclusão de mestrado profissionalizante.

Na base SciELO, a pesquisa foi realizada com os mesmos descritores utilizados para a base CAPES/CNPq, na busca por artigos publicados em periódicos indexados no período de 2000 a 2010.

Para a *Web of Science*, foi utilizado o descritor *private health insurance* na busca por artigos publicados em língua inglesa, sem intervalo de tempo definido. A busca priorizou os artigos de revisão e, entre esses, aqueles com maior número de citações para exploração do estado da arte.

As buscas permitiram a identificação de 4700 títulos. Em um primeiro nível de análise, foi feita a leitura dos títulos desses trabalhos, o que permitiu a exclusão das repetições e a seleção dos textos efetivamente relacionados, com o objeto “saúde suplementar no Brasil”, excluindo-se títulos referentes a “suplemento alimentar”, planos de saúde de secretarias estaduais ou municipais e mercado de produtos de saúde (medicamentos e equipamentos).

Em um segundo nível de análise, cada um dos 270 textos selecionados foi categorizado de acordo com uma matriz, composta dos seguintes elementos: ano de publicação, vinculação institucional do autor principal, localização geográfica da instituição e campo disciplinar referido.

A disposição do material em uma sequência definida por ano de publicação permitiu o estudo das frequências de publicações ao longo de uma série histórica.

O registro da vinculação institucional e localização geográfica possibilitaram a identificação das instituições e das regiões do país mais envolvidas com o tema.

Os campos disciplinares foram identificados, no caso das teses e dissertações (179 textos), com base no registro feito pelos autores em campo específico no banco de teses da CAPES/CNPq ou, quando não havia esse registro, com base na denominação do programa de pós-graduação ao qual estava vinculado o autor do trabalho. No caso dos artigos (91 textos), foram consideradas as referências explícitas a campos disciplinares constantes nos títulos e palavras-chave ou, quando não havia essa referência, foram inferidas a partir da leitura do resumo. Essa estratégia permitiu saber o leque de disciplinas acadêmicas referidas, interessadas na temática.

Em um terceiro nível de análise, foram identificados os objetivos, os métodos e os resultados com base nos resumos dos textos. Nem sempre explícitos, a identificação exigiu, algumas vezes, um trabalho de interpretação. De todo modo, essas três categorias foram utilizadas para caracterizar o conteúdo dos textos e possibilitaram a

identificação das temáticas mais prevalentes, das lacunas e dos temas emergentes nesse universo de produção acadêmica.

Os conteúdos, inferidos a partir dos objetivos, dos métodos e dos resultados, foram coligidos para análise com base na seguinte série temática, construída a partir da leitura dos resumos dos textos:

(1) práticas administrativas – esta temática reúne os textos de diversos campos disciplinares que tratam da administração do negócio das empresas de planos de saúde, sob variados aspectos, tendo em comum o propósito de contribuir para as boas práticas administrativas ou com subsídios para decisões dos gestores das empresas;

(2) legislação – agrupa os textos que tratam da legislação específica dos planos de saúde no que se refere ao direito do consumidor ou à norma constitucional da saúde como direito de cidadania, ao lado da liberdade da iniciativa privada no provimento da assistência;

(3) políticas de saúde – esta temática engloba textos que, embora centrados na questão dos planos privados, tratam de aspectos gerais de políticas de saúde. Deste grupo, foram destacados três subgrupos:

(3.1) regulação – reúne os textos que tratam da discussão sobre regulação pública da assistência à saúde, em especial, a regulação dos planos de saúde;

(3.2) informação – reúne textos que tratam da gerência de informações sobre a atuação dos prestadores de serviços e sobre os clientes dos planos;

(3.3) articulação público/privada – reúne os textos que abordam, especificamente, a articulação entre o setor público e o setor privado na assistência à saúde.

(4) demanda – reúne textos que procuram descrever as características da demanda por planos de saúde sob qualquer aspecto;

(5) oferta – reúne textos que buscam caracterizar a oferta de assistência em saúde suplementar sob qualquer aspecto;

(6) relações de trabalho – reúne textos que tratam das relações de trabalho, de modelos de organização de trabalho dos prestadores e da relação de sindicatos com os planos de saúde;

(7) odontologia – dadas as particularidades da área (rápida expansão e grande lucratividade), foi conveniente criar um grupo temático próprio para agrupar os textos que tratam de planos de odontologia;

(8) assistência aos idosos – dado o envelhecimento da população e seu impacto nos custos da assistência à saúde, cresceu, recentemente, o número de textos que tratam da assistência aos idosos, o que justificou a definição dessa temática específica;

(9) revisão – reúne textos de revisão da literatura.

Por fim, em um quarto nível de análise, as expressões utilizadas pelos autores como sinonímia para “saúde suplementar” foram coligidas e dispostas em um quadro comparativo, o que permitiu observar se, de fato, há uma variedade significativa de termos em uso na definição do objeto “saúde suplementar”¹⁴ e, principalmente, estabelecer uma discussão sobre a relação entre esses elementos de prática discursiva e as evidências empíricas sobre as características do processo de comercialização de planos e seguros de saúde no Brasil em relação aos demais elementos do sistema de serviços de saúde¹⁵.

RESULTADOS

Foi selecionado um total de 270 textos entre artigos publicados em periódicos indexados, dissertações de mestrado acadêmico e teses de doutorado, relacionados ao tema “saúde suplementar no Brasil no período de 2000 a 2010”. As dissertações de mestrado representam metade dos textos encontrados, os artigos, um terço (33,7%) e os demais (16,3%) são teses de doutorado.

O quantitativo total de publicações, ao longo do período, apresenta uma tendência crescente até o ano de 2003 (passando de um total de sete textos em 2000 para vinte e sete em 2003), seguida por um período de estabilização (com variação entre 24 e 28 textos) até 2007. Em 2008, há um incremento acentuado no quantitativo total de publicações devido, principalmente, a artigos em periódicos (Figura 1). No ano de 2009, há uma diminuição no quantitativo total de publicações, porém, para um nível ainda

superior ao observado em 2003 (34 textos). Até julho de 2011, quando a busca foi encerrada, não há registro de teses e dissertações, referentes a 2010, no banco da CAPES/CNPq.

O número de dissertações publicadas aumenta de 2000 a 2003 e mantém uma relativa estabilidade até o final da série em 2009. O número de teses aumenta até o biênio 2002/2003, diminui em 2004 e retoma o patamar no período de 2005 a 2009, quando atinge o pico de publicações. São encontrados poucos artigos publicados até 2005. A partir de 2006, ocorre um aumento na publicação de artigos com um pico acentuado em 2008, seguido de uma redução em 2009 e 2010.

Os textos publicados relacionam-se com uma grande variedade de campos disciplinares ou campos de produção de conhecimento referidos, havendo, entretanto, alguns elementos mais prevalentes: Direito (15%); Saúde Coletiva (13%); Administração (9%); Políticas de Saúde (8%); Economia da Saúde (7%); Economia (7%); Saúde Pública (7%) e Administração em Saúde (6%). Outras denominações encontradas são: Ciências Contábeis; Engenharia de Produção; Economia Política; Ciências Sociais em Saúde e Administração Pública (3% cada). Além disso, em menor número, são encontrados também os seguintes campos disciplinares: Enfermagem; Epidemiologia; Demografia; Odontologia; Serviço Social; Ciência da Computação; Odontologia Preventiva; Medicina Preventiva; Comunicação; Economia Doméstica; Ciência da Informação; Gerontologia; Ergonomia; Engenharia Biomédica; Psicologia Social e Clínica Médica. O campo “interdisciplinar” é referido em duas publicações.

Considerando o campo disciplinar informado pelos autores, a segmentação alcança recortes bem específicos. A Administração, por exemplo, é referida como Administração em Saúde, Administração Pública, além de envolver textos de Ciências Contábeis (Administração Contábil e Atuarial) e Economia (Administração Financeira e análises de mercado). A Economia é referida como Economia da Saúde, Economia Política e Economia Doméstica. Ocorrem referências a textos de Engenharia de Produção, Engenharia Biomédica, Ciência da Computação e Ergonomia. Destaca-se, ainda, um grande número de textos da área de Direito, do campo da Saúde Coletiva, de Políticas de Saúde e de Saúde Pública.

Quando se agrupam os campos disciplinares referidos em conjuntos mais abrangentes, obtém-se o seguinte resultado (Figura 2): Saúde Coletiva (33%); Administração (21%); Economia (17%); Direito (15%); Medicina (6%); Engenharia (3%); Demografia (2%); Outros (3%).

A vinculação institucional do autor principal envolve uma variedade de unidades de ensino e pesquisa públicas e privadas, além de agências governamentais, associações de gestores públicos e operadoras de planos de saúde.

As instituições vinculadas ao maior número de publicações são as unidades públicas de ensino e pesquisa, ocorrendo ainda uma grande variedade de instituições com um pequeno número de publicações cada (Figura 3): ENSP-FIOCRUZ-RJ (14%); USP-SP (11%); UFRJ (9%); UFMG (7%); PUC-SP (7%); UERJ (5%); FGV-SP (4%); UFF-RJ (3%); UNICAMP-SP (3%); UNISINOS-RS (3%); UFPE (2%); UFPR (2%); UFRS (2%); UFSC (2%); IPEA-RJ (2%) e Outros (25%).

Quando agrupadas por critério de distribuição geográfica das instituições, os estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais destacam-se em volume de publicações.

Os grupos temáticos construídos, relacionados com o conteúdo (objetivos, métodos e resultados) dos resumos coletados, são dispostos aqui em números relativos: práticas administrativas (26,3%); legislação (14%); regulação (11%); relação público/privado (9,7%); demanda (9,3%); políticas de saúde (8,5%); oferta (8%); relações de trabalho (3,8%); odontologia (3,8%); informação (2,6%); assistência a idosos (2,2%) e revisão (0,8%).

Foram encontradas 29 diferentes expressões utilizadas como sinonímia para “saúde suplementar”, dispostas na tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Prática discursiva/sinonímia para saúde suplementar no Brasil.

Campo privado da saúde
Empresas médicas
Assistência médica suplementar
Assistência médica supletiva

Segmento seguro saúde
Mercado
Setor privado de saúde
Mercado de saúde suplementar
Planos e seguros privados de assistência à saúde
Setor de saúde suplementar
Segmento privado
Estratégias alternativas ao seguro social
Setor suplementar de saúde
Planos privados de assistência médica
Mercado de saúde privado
Mercado de saúde suplementar
Mercado de planos de saúde
Atividade securitária
Setor privado de serviços médicos
Sistema privado de saúde
Indústria de planos privados de assistência à saúde
Empresas de planos de saúde
Organizações gestoras do cuidado
Campo da produção da saúde
Segmento privado de planos de assistência à saúde
Iniciativa privada em saúde
Âmbito da saúde suplementar
Mercado de assistência à saúde
Perspectivas privadas no cuidado da saúde

DISCUSSÃO

O crescimento da quantidade de publicações ao longo do período ocorre de forma contínua, havendo um pico no ano de 2008 (Figura 1). Nesse ano, ocorre a publicação da edição temática de um importante periódico sobre a “saúde suplementar e o modelo assistencial brasileiro”, o que explica o aumento dos textos no formato de artigo. Em 2009 e 2010, o quantitativo de artigos retorna a um patamar superior ao observado no ano de 2006 (Figura 1).

As dissertações de mestrado acadêmico constituem o formato mais encontrado ao longo da série, com exceção de 2008, quando prevalecem os artigos. O crescimento do número de dissertações se dá de forma acentuada nos primeiros três anos (2000 a 2003), estimulado pelo interesse sobre a nova legislação relativa aos planos de saúde e sobre a agência de regulação recém-criada. Por outro lado, as teses de doutorado aparecem sempre em menor número, menos no biênio 2002-2003, quando ultrapassam os artigos. Se admitirmos que as dissertações podem dar origem a teses e artigos, esse fenômeno aponta para uma sustentabilidade no crescimento da produção ao longo do tempo e indica uma consolidação do interesse acadêmico sobre saúde suplementar.

É evidente, também, a relação entre o aumento do número de publicações e o marco normativo da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A temática dos planos de saúde, portanto, parece ter sido incorporada à agenda de discussão acadêmica sobre saúde, economia e sociedade, a partir de 2000, de forma definitiva.

A grande variedade de campos disciplinares das publicações sobre saúde suplementar demonstra as múltiplas áreas de interesse acadêmico na abordagem do objeto. Existem desde abordagens especializadas, como, por exemplo, a engenharia de produção, que aproxima a saúde suplementar da esfera da produção industrial e de uma lógica de lucratividade empresarial baseada em ampliação da escala de produção de serviços, até abordagens mais abrangentes, como os trabalhos do campo da saúde coletiva, passando por campos disciplinares tradicionais, relacionados com uma visão empresarial da atividade de prestação de serviços de saúde (administração e economia).

Entretanto, a baixa prevalência de estudos de caráter interdisciplinar pode explicar, como sugere Bahia¹⁶, a persistência de lacunas no conhecimento, não preenchidas por descrições parciais das diversas dimensões desse objeto.

Ao atribuir categorias disciplinares mais abrangentes ao elenco informado pelos autores, o destaque vai para o campo da Saúde Coletiva (que não significa necessariamente um viés interdisciplinar), seguido dos tradicionais campos da Administração, Economia e Direito (Figura 2).

De outra forma, analisando o conteúdo do material publicado, com base em seus objetivos, seus métodos e seus resultados e formando grupos temáticos com esse conjunto de dados, fica claro que a maioria (26,3%) dos textos trata de aspectos relacionados com a administração da saúde suplementar, na perspectiva das empresas gestoras e prestadoras de serviços.

A tabela 2 relaciona uma sequência de artigos selecionados como exemplos dessa vertente e mostra que os aspectos mais prevalentes são: análises de visão empresarial com relação ao planejamento estratégico de empresas¹⁷, desenvolvimento de metodologias de custeio¹⁸, análises de impacto da regulação pública em saúde sobre cooperativas médicas¹⁹, descrição de mecanismos de regulação de preços utilizados pelo órgão regulador²⁰, análises da influência das vantagens competitivas das empresas na fidelização de clientes de planos²¹, estudo das características dos clientes que produzem gastos elevados com saúde²², proposta de compartilhamento entre os setores público e privado com repasse dos clientes de alta complexidade para a rede pública²³, pesquisa de satisfação para usuários de planos de saúde de hospitais filantrópicos²⁴, utilização de modelo de estratégia de saúde da família em empresa de autogestão, visando redução de custos²⁵, aplicação de modelo de cuidado domiciliar como estratégia de redução de custo em cooperativa médica²⁶ e vantagens econômicas relacionadas com a verticalização da rede de prestadores²⁷.

Tabela 2: Administração da saúde suplementar, na perspectiva das empresas gestoras e prestadoras de serviços.

AUTOR/ANO	OBJETIVOS	MÉTODOS	RESULTADOS
NASCIMENTO, 2000 ¹⁷	Verificar de que modo os esquemas interpretativos dos dirigentes atuaram como mediadores do posicionamento estratégico de três	O método que caracteriza esta pesquisa é o estudo comparativo de casos, com uso de múltiplas fontes de evidência.	Utilização e importância da pressão coercitiva como estratégia de mudança na área de saúde; unidade entre ambiente

	organizações de assistência privada à saúde.		técnico e institucional; atuação do grupo de dirigentes como agentes externos dentro da sua própria organização.
COSTA, 2001 ¹⁸	Desenvolvimento de uma metodologia de custeio ABC para uma empresa de médio porte do setor de saúde.	Realiza-se primeiro uma revisão bibliográfica sobre o assunto. Depois, a empresa pesquisada é descrita, para logo em seguida desenvolver-se uma proposta de modelo ABC para implantação.	Ao final, discutem-se os pontos chave observados no decorrer do trabalho e apresentam-se sugestões para novas pesquisas.
ROQUETE, 2002 ¹⁹	Analisar impactos da regulamentação estatal na gestão de uma cooperativa médica.	Utilizou-se uma abordagem sistêmica de análise organizacional, que contemplou seis perspectivas, quais sejam, estratégica, estrutural, tecnológica, humana, cultural e política.	Os resultados demonstraram que os entrevistados têm consciência das forças ambientais desse novo contexto, às quais a cooperativa está exposta. Relataram que a organização respondeu às mudanças do ambiente de forma relativamente rápida, especialmente porque uma nova administração, com visão de gestão profissional, havia assumido a direção da cooperativa.
SALLAI, 2003 ²⁰	Visa descrever e analisar a política de regulação de preços adotada no setor de saúde suplementar brasileiro desde o início da regulação do setor, ocorrido	Foi realizada uma aplicação de análise envoltória dos dados para exemplificar uma estratégia do uso de <i>benchmarks</i> na regulação do setor.	Verificou-se aqui a utilidade da aplicação de algoritmos de classificação automática de unidades de produção para a determinação de

	em 1999.		paradigmas de desempenho. O aumento do número de variáveis não traz maior dificuldade ao cálculo. Já a interpretação dos resultados pode tornar-se mais complexa. Neste contexto, a abordagem probabilística, por ser mais resistente à influência de variações acidentais isoladas, pode ser mais apropriada.
LAZARINI, 2004 ²¹	Analisar a influência das vantagens competitivas na fidelização dos clientes das empresas de planos de saúde.	Foi feita uma pesquisa descritiva utilizando o método quantitativo, com base em uma amostra probabilística na cidade de São Paulo.	A agilidade, o atendimento e o preço foram os fatores que tiveram maior influência na fidelização dos clientes.
KANAMURA, 2005 ²²	Estudar as características das pessoas que produzem gastos elevados com saúde.	Tomou-se a população de um plano de saúde, identificou-se 1% dos casos que mais gastaram com assistência médico-hospitalar e analisou-se a distribuição por idade, sexo, natureza dos gastos, diagnósticos e o impacto no custo do plano.	Os resultados revelaram que a idade é importante fator associado ao gasto elevado, que materiais e medicamentos constituíram a maior fração do gasto e os diagnósticos associados mais frequentes foram doenças do aparelho circulatório e neoplasias malignas. A fração selecionada de 1% foi responsável por 36,2% da despesa e

			gastaram em média 56,3 vezes mais que os demais.
CORDEIRO FILHO, 2006 ²³	Propõe uma alternativa para o desenvolvimento da prestação de serviços de saúde no país. Trata-se do sistema de <i>capitation</i> , acoplado ao compartilhamento entre os setores público e privado. Esse sistema já funciona na área odontológica. Considera ainda as características das enfermidades que envolvem a alta complexidade, as quais podem representar grandes entraves para o desenvolvimento da saúde suplementar.	Foram efetuadas inúmeras reuniões e visitas a operadoras com perguntas básicas sobre o que se passa no mercado atual e suas possibilidades de mudança e solicitadas reflexões a respeito.	Com base nessas respostas e considerando alternativas de comercialização, desse plano diferenciado – o <i>capitation</i> – foi possível refletir sobre possibilidades de mudança na abrangência do mercado, concluindo-se que essa alternativa é viável e pode trazer grandes benefícios ao mercado de saúde suplementar, seu desenvolvimento e conseqüentemente à saúde dos brasileiros.
GERSCHMAN <i>et alii</i> , 2007 ²⁴	Identificar e analisar os argumentos e raciocínios que justificam a satisfação dos usuários de planos de saúde de hospitais filantrópicos.	Pesquisa qualitativa baseada em grupo focal.	A partir dos tipos de planos, foi possível avaliar a satisfação dos beneficiários com os diversos aspectos do serviço de saúde e identificar aqueles que mais contribuem para a satisfação dos usuários.
REIS, 2008 ²⁵	Identificar as possibilidades e os limites vivenciados pelos profissionais de saúde de nível superior na	Foram realizadas entrevistas com quatorze profissionais da saúde de nível superior que atuam	O modelo idealizado de atenção integral à saúde encontra suas bases nas ações de promoção da saúde,

	implementação da ESF (Estratégia de Saúde da família) nessa empresa de autogestão.	na ESF em uma empresa de autogestão do Sistema de Saúde Suplementar.	porém vinculadas sempre à prevenção de doenças, ao trabalho multidisciplinar, à lógica da diminuição dos custos do sistema, ao atendimento e abordagem familiar.
MARTINS <i>et alii</i> , 2009 ²⁶	Descrever e analisar a produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma cooperativa médica.	Estudo qualitativo que utilizou como instrumentos de coleta de dados a pesquisa bibliográfica, pesquisa documental principalmente no site da operadora e da Agência Nacional de Saúde Suplementar.	A análise dos dados revela a satisfação dos beneficiários com os resultados obtidos por meio do Programa de Atenção Domiciliar, a diminuição de custos para a cooperativa médica e transferência de gastos para a família. O modo de produção do cuidado sugere haver um processo de reestruturação produtiva em curso, considerando as importantes alterações nos processos de trabalho.
SOUZA, M. A. & SALVALAIO, D. 2010 ²⁷	Analisar os custos da rede própria de uma operadora brasileira de planos de saúde comparativamente com o preço cobrado pela rede credenciada,	Pesquisa nos relatórios gerenciais da empresa. O custo da rede própria foi calculado com base nas consultas médicas e odontológicas e nos	A opção da operadora pela verticalização do serviço apresenta vantagens econômicas para a empresa em relação à terceirização.

	visando a identificar se a opção estratégica da operadora em ter rede própria representou vantagem econômica.	exames diagnósticos e laboratoriais realizados em uma unidade representativa da operadora.	
--	---	--	--

Destaca-se também, em 14% dos textos, o tema da legislação sobre saúde suplementar, seja no aspecto relacionado com o Código de Defesa do Consumidor e suas implicações nas relações contratuais entre compradores e vendedores de planos de saúde²⁸, seja na discussão do princípio constitucional atribuído à livre iniciativa e seus reflexos na dinâmica de comercialização de pacotes de serviços²⁹.

A temática da regulação em saúde suplementar aparece em 11% dos textos desde o período imediatamente posterior à criação da agência reguladora em 2000³⁰ até 2009, com referência ao processo de captura do agente regulador pelos interesses do segmento regulado³¹. Em alguns textos, a palavra “regulamentação” aparece como sinônimo de “regulação” quando, de fato, a Lei 9.656/98 que trata dos planos e seguros de saúde, ainda carece de regulamentação que desenvolva e explicita os princípios gerais tratados na Lei.

Em ambos os casos, legislação e regulação, a recorrência da temática ao longo de todo o período pesquisado sinaliza a persistência de uma litigância nas relações contratuais que solicita a participação constante do Poder Judiciário (judicialização da saúde). Sinaliza também a ausência de uma regulamentação específica, de iniciativa do Poder Executivo, que possa esvanecer a nebulosidade da Lei nº 9.656/98 e das resoluções emanadas do órgão regulador.

O tema da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde (9,7%) e a discussão mais geral sobre políticas de Estado em saúde (8,5%) também aparecem com algum destaque quando considerados em conjunto. Nesse aspecto, o interesse dos autores transita pela descrição do processo de construção de políticas em abordagens históricas, com a identificação dos principais atores envolvidos, e das relações de poder

implícitas, e pela investigação dos elementos que transitam na fronteira entre as esferas pública e privada.

É comum, na literatura, o uso do conceito de mescla (*mix*) público-privada para tratar da interface que une/separa os dois polos dessa dicotomia. As agências internacionais como a Organização Panamericana de Saúde, a Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial utilizam e difundem essa ideia desde a década de 1980. A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) também adota o conceito de mescla em uma taxonomia dos sistemas de seguro privado proposta para os seus membros³².

Entretanto, há uma crítica à transposição direta desse conceito para a os sistemas de saúde dos países da América Latina, formulada na época do auge da expansão do processo de privatização resultante do modelo neoliberal (1980/1990), que ainda deve ser considerada³³. A crítica aponta que, falar de “mescla” (*mix*) implica em uma intenção velada de estabelecer certa igualdade e neutralidade entre as dimensões pública e privada do sistema de serviços de saúde, misturadas sem consideração aos aspectos qualitativos inerentes a cada uma das polaridades. O tema adotado pelo II Seminário Latinoamericano de Política Sanitária, promovido pela Associação Latinoamericana de Medicina Social, em 1993, foi: “Articulação público/privada dos sistemas de saúde na América Latina”, pretendendo criar espaço para determinar a complexidade e as especificidades na relação entre os serviços de assistência à saúde em países periféricos.

A descrição do caráter mais duplicado que suplementar da rede de serviços de saúde ligada às empresas de planos e seguros no Brasil¹⁵, revela que os clientes dessas empresas usam também os serviços do SUS naquilo que os convém, o que transforma, na prática, o atual modelo de regulação pública da assistência suplementar em uma figura de retórica.

Além disso, existe uma dinâmica concorrencial que opõe as expectativas de expansão do negócio da venda de planos e seguros à lógica sistêmica que reserva, em tese, um espaço apenas suplementar a essas empresas. A análise macroeconômica feita por Andreazzi³⁴, em 2002, sobre as relações entre o público e o privado na assistência à saúde nos anos 1990, apontava para um crescimento das empresas ligadas ao capital

financeiro e para uma perspectiva de choque mediato entre os interesses das empresas de planos e seguros de saúde e os de amplos setores organizados da sociedade.

Embora os prognósticos, então formulados³⁴, de que as seguradoras e autogestões teriam maior possibilidade de se manter no mercado do que as cooperativas e medicinas de grupo não tenham se confirmado, é inegável que a lógica financeira tornou-se dominante na estratégia corporativa de todas as empresas do setor, não importando a denominação que recebiam.

Quanto ao conflito de interesses (concorrência) entre os planos de expansão das empresas e a lógica sistêmica da saúde como direito de cidadania, trata-se de tema atual. Cabe investigar, considerando a complexidade e as peculiaridades do sistema de serviços de saúde nacional se, por exemplo, a capacidade instalada das empresas de prestação de serviços de saúde é capaz de acolher os clientes da classe média emergente ou será estabelecido um modelo de relação onde os gastos catastróficos ficarão por conta do sistema público, e as empresas ampliarão sua base de receita, garantindo atendimento apenas para as demandas de menor valor de custeio²³.

Merece registro a ocorrência de trabalhos que descrevem as características da demanda por planos de saúde (9,3%) e da oferta de serviços de assistência (8%). Além disso, como temas emergentes, podem ser apontados os relacionados com as mudanças no modelo de organização do trabalho dos prestadores de serviço e os que analisam o papel do movimento sindical na demanda por planos de saúde para os trabalhadores (3,8%).

Outros temas de interesse relacionam-se com os planos exclusivamente odontológicos (3,8%), com o registro e análise de informação em saúde suplementar (2,6%) e com a assistência a idosos (2,2%). A literatura aponta a extrema lucratividade relacionada com a comercialização de planos odontológicos e seu extraordinário crescimento diante da garantia de retorno do capital investido³⁵. Revela também que a gestão de informação em saúde é um desafio para organização da assistência, seja na perspectiva do gestor público que busque compreender as características da demanda e da oferta de serviços em seu território (incluindo aí os recursos imobilizados pelos prestadores de assistência aos clientes de planos de saúde), seja na perspectiva do administrador de empresas que vendem planos, ou de prestadoras conveniadas, para conhecer o perfil de demanda de sua clientela.

A mudança na estrutura etária, com o envelhecimento da população, entra como tema e elemento de pressão sobre os custos operacionais das empresas e do conjunto do Sistema de Saúde.

As lacunas observadas referem-se fundamentalmente à ausência de uma caracterização do conjunto da produção acadêmica por meio de trabalhos de revisão e de uma maior compreensão dos detalhes que relacionam as dimensões econômicas e sociais com a saúde por meio de abordagens interdisciplinares.

Dentro da grande variedade de instituições de ensino e pesquisa relacionadas com os autores principais das publicações, ocorre uma concentração de títulos em instituições públicas sediadas na região onde está a maior clientela de empresas que comercializam planos e seguros de saúde, especialmente nos estados de Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. A dispersão, entretanto, se dá por quase todo o país por meio de instituições particulares de ensino com um pequeno número de publicações cada, sem o estabelecimento de linhas de pesquisa mais elaboradas que atendam às especificidades regionais. A grande expansão das empresas de ensino universitário com cursos nas áreas de direito e administração poderia explicar esse fenômeno.

Há autores que guardam vinculação institucional com empresas de planos de saúde, com Secretarias Estaduais de Saúde, unidades de assistência e com outras instituições de fomento ao desenvolvimento econômico, como o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

A análise do quadro comparativo (Tabela 1) onde está disposta a sinonímia utilizada pelos autores para tratar da venda de planos e seguros de saúde guarda algumas características que merecem ser discutidas. A primeira delas é a grande variedade de denominações utilizadas para se referir ao mesmo objeto. A segunda é a falta de relação entre o significado atribuído e a evidência empírica existente para referenciar a descrição desse tipo de atividade¹⁵.

A denominação “assistência suplementar à saúde” foi, segundo Andreazzi³⁴, cunhada por elementos ligados ao empresariado para designar a parcela do setor privado que opera de modo exógeno às relações contratuais com o Sistema Único de Saúde. À época da criação da agência reguladora, o momento era de abertura de mercados, privatização de empresas públicas e estabelecimento de marcos regulatórios que garantissem a

segurança e previsibilidade do esquema de investimentos em curso. Simultaneamente, um sistema público de acesso universal se implantava como conquista de cidadania.

A complementaridade na assistência à saúde, como princípio, não é contraditória com a lógica do Sistema Único de Saúde. Ela reforça o sentido de unidade, ao agregar aspectos não essenciais, mantendo a subordinação ao interesse público como parâmetro de ordenamento dos recursos disponíveis. A retórica da complementaridade, entretanto, apropria-se da legitimidade inerente do Sistema de Seguridade Social, como conquista de cidadania, para validar uma dinâmica de comercialização de planos de saúde que, na prática, concorre e busca subordinar o interesse público à sua lógica de expansão como atividade empresarial lucrativa.

A palavra “mercado”, frequentemente associada à ideia de liberdade de escolha e estímulo à criatividade inerentes à livre concorrência, dificilmente poderia ser aplicada ao ambiente de comercialização de serviços de saúde quando se considera a relevância pública e a assimetria de informação entre os agentes envolvidos¹³.

As denominações “setor” ou “segmento” referem-se à dimensão econômica estrita relacionada com o negócio das empresas que vendem planos de saúde, portanto ligam-se apenas a um aspecto do objeto, enquanto “sistema privado” ou “subsistema” referem-se a uma lógica organizativa (sistêmica) de interrelação da parte com o todo que, na prática, não vigora na dinâmica do relacionamento entre os diversos componentes da rede de assistência à saúde no Brasil.

Enfim, a nebulosidade e as contradições presentes na prática discursiva podem ser convenientes para uma estratégia dissimulada de apropriação do espaço público por interesses privados. Para a estratégia de construção de um sistema de saúde pautado no interesse público, poucas palavras são necessárias para sua denominação: sistema, único e saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do material selecionado permite uma caracterização do conjunto das publicações sobre saúde suplementar do período marcado pela consolidação e expansão do esquema de compra e venda de planos e seguros de saúde desde a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Se a edição da Lei nº 9.656/98 e a criação da agência reguladora estabelecem parâmetros mínimos para o funcionamento das empresas de saúde suplementar, legitimando a consolidação dessa prática comercial, também a produção acadêmica relativa ao tema passa a dispor de um descritor mais específico que aglutina um rol de publicações, ligado, direta ou indiretamente, ao assunto. Da mesma forma, se o viés de regulação praticado assume uma visão de zeladoria de mercado, monitorando o regime de capitalização das empresas e estabelecendo regras de entrada e saída, contribuindo, assim, para a manutenção de sua saúde financeira (das empresas) e favorecendo a expansão do mercado, de forma análoga, a produção acadêmica expande-se e assume um aspecto fortemente identificado com o trato de questões administrativas específicas, relativas à expansão comercial de serviços assistenciais no formato “planos de saúde”.

Exemplo disso é identificado na produção específica sobre o tema emergente relacionado com os planos de odontologia. A extrema lucratividade das empresas que vendem os planos está relacionada com a baixa sinistralidade envolvida no processo. Se a cada 100 reais pagos pelo usuário, apenas 46 estão empenhados no custeio da assistência³⁶, isto significa um bom negócio para a empresa e um mau negócio para o pagador e possivelmente para o prestador também. Se, para efeito de regulação, aplica-se uma visão de zeladoria de mercado, trata-se apenas de um caso de bom prognóstico, porém se a regulação assume um viés mais amplo, relacionada com o planejamento estratégico do sistema de saúde, trata-se de questões de universalidade e equidade.

Na década de 1980, Cordeiro² já apontava o papel importante representado pelas empresas de pré-pagamento na apropriação privada dos meios de trabalho médico e na transformação da prática autônoma em trabalho assalariado. A produção mais recente aponta para novas mudanças no modelo de organização do trabalho de profissionais de saúde prestadores de serviço, promovidas por iniciativa dessas mesmas empresas. Não há novidade no vetor que fragiliza um polo das relações de trabalho como estratégia de acumulação de capital. Aqui a história se repete.

Do mesmo modo, as abordagens que preconizam a utilização de práticas preventivas, no âmbito da saúde suplementar como estratégias declaradas de redução de custo operacional ou como possível avanço na regulação da assistência na perspectiva da integralidade, mimetizam o dilema preventivista apontado por Arouca³⁷ e reatualizam a necessidade de radicalização na investigação dos determinantes de iniquidade no

sistema, proposta pela Reforma Sanitária Brasileira. Será possível realmente falar de integralidade a partir de uma lógica de funcionamento que segmenta a demanda aos serviços com base na capacidade de pagamento do cliente? De que maneira a pesquisa acadêmica sobre saúde suplementar poderia contribuir para o aprofundamento dessa discussão?

É preciso mapear as referências que têm balizado o tratamento do tema, identificando a natureza dos argumentos propostos e valorizando as abordagens capazes de integrar as dimensões econômicas e sociais gerais com as formas de organizar a atenção à saúde. Esta necessidade aumenta especialmente quando se transita sobre a linha tênue que delimita os elementos públicos e os privados em permanente contato na nebulosa interface conhecida como saúde suplementar no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. BRAGA, J. C. S. & PAULA, S. G. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. 1981. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 224 p.
2. CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. **As Empresas Médicas**: as transformações capitalistas da prática médica. 1984. Rio de Janeiro: Graal, 175 p.
3. MENICUCCI, T. M. G. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil**: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. 320 p.
4. DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976. 124 p.
5. MELLO, C. G. A irracionalidade da privatização da medicina previdenciária, **Saúde em Debate**, v. 3, p. 8-15, 1977.
6. POSSAS, C. A. **Saúde e Trabalho**: a crise da Previdência Social. Rio de Janeiro: GRAAL, 1981.
7. LUZ, M. T. **As Instituições Médicas no Brasil**: instituições e estratégias de hegemonia. 3ª Ed. Rio de Janeiro: GRAAL, 1986.
8. ATHERLY, A. *Supplemental Insurance: Medicare's Accidental Stepchild*. **MedCare Res. Rev.** v. 58, n. 2, p. 131-161, 2001.

9. MOSSIALOS, E.; THOMSON, S. M. S. *Voluntary healthinsurance in the European Union: A critical assessment. International Journal of Health Services*. V. 32, n. 1, p. 19-88, 2002.
10. SOUZA, M. A. O Campo Privado de saúde em Salvador: evolução a partir da década de 80. Dissertação de mestrado acadêmico. Salvador: ISC-UFBA. 2000.
11. PIETROBON, L.; PRADO, M. L. & CAETANO, J. C. Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **PHYSIS**, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.
12. ROSSI, A. L. B. N. As ações em saúde das operadoras de planos médicos e odontológicos no setor suplementar e as relações com a promoção de saúde dos seus beneficiários: revisão da literatura. Dissertação de mestrado acadêmico. Franca: Universidade de Franca. 2009.
13. BAHIA, L. & SCHEFFER, M. Planos e Seguros Privados de Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et alii* (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, cap. 14, p. 507-543.
14. SCHEFFER, M. & BAHIA, L. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: lacunas e perspectivas da regulamentação. In: HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C. & BARBOZA, R. (Org.), *O Público e o Privado na Saúde*. São Paulo: HUCITEC/OPAS/IDRC, 2005, p.127-168.
15. SANTOS, I. S. O *Mix* Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: ENSP-FIOCRUZ, 2009.
16. BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 13, n. 5, p.1385-1397, set/out 2008.
17. NASCIMENTO, M. R. Mudança ambiental e posicionamento estratégico: estudo comparativo de casos em empresas de assistência à saúde. Dissertação de mestrado acadêmico. Curitiba: UFPR – Administração, 2000.

18. COSTA, A. Desenvolvimento de uma metodologia de custeio ABC para uma empresa de médio porte do setor saúde: um estudo de caso. Dissertação de mestrado acadêmico. Rio de Janeiro: UFRJ – Administração, 2001.
19. ROQUETE, F. F. Impactos da regulamentação estatal na gestão organizacional: o caso de uma cooperativa médica Unimed no estado de Minas Gerais. Dissertação de mestrado acadêmico. Belo Horizonte: UFMG – Faculdade de Ciências econômicas, 2002.
20. SALLAI, A. L. Análise da evolução do mercado de saúde suplementar brasileiro. Dissertação de mestrado acadêmico. Niterói: UFF – Engenharia de produção, 2003. 21.
21. LAZARINI, L. C. Vantagem competitiva e fidelização do cliente na área da saúde. Dissertação de mestrado acadêmico. São Paulo: MACKENZIE – Administração de empresas, 2004.
22. KANAMURA, A. H. Gastos elevados na assistência médico-hospitalar de um plano de saúde. Dissertação de mestrado acadêmico. São Paulo: USP – Medicina, 2005.
23. CORDEIRO FILHO, A. Desenvolvimento das pequenas e médias empresas do setor de serviços na saúde suplementar. Dissertação de mestrado acadêmico. São Paulo: PUC – Administração, 2006.
24. GERSCHMAN, S. *et alii*. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (2):487-500, 2007.
25. REIS, M. L. Estratégia de saúde da família no sistema de saúde suplementar: convergências e contradições de uma nova proposta. Dissertação de mestrado acadêmico. São Paulo: USP – Enfermagem, 2008.
26. MARTINS, A. A. *et alii*. A produção do cuidado no programa de atenção domiciliar de uma cooperativa médica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [2]: 457-474, 2009.
27. SOUZA, M. A.; SALVALAIO, D. Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde. **Rev Panam Salud Publica** 28(4), 2010.

28. RODRIGUES, F. G. A boa fé objetiva e sua efetiva aplicabilidade nos contratos de planos de saúde. Dissertação de mestrado acadêmico. Campos: Faculdade de Direito de Campos, 2004.
29. SILVA, J. L. T. A iniciativa privada e a saúde suplementar. Dissertação de mestrado acadêmico. São Paulo: MACKENZIE – Direito, 2004.
30. RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. & SILVA, P. L. B. Política de saúde no Brasil e estratégia regulatória em ambiente de mudanças tecnológicas. **Interface – comunicação, saúde, educação**, 6 (fev):61-84,2000.
31. FARIAS, S. F. Interesses estruturais na regulação da assistência médico-hospitalar do SUS. Tese de doutorado. Recife: FIOCRUZ, 2009.
32. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Private Health Insurance in OECD Countries*. **OECD Health Working Papers**, 15, 2004.
33. EIBENSCHUTZ, C. (Org.) **Política de Saúde**: o público e o privado. 1995, Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 312p.
34. ANDREAZZI, M. F. S. Teias e tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: UERJ – IMS, 2002.
35. VIEIRA, C.; COSTA, N. R. Estratégia profissional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (5): 1579-1588, 2008.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Tabela 19. Disponível em: [HTTP://www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br). Acesso em 24 de agosto de 2011.
37. AROUCA, Sérgio. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 2003. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 268 p.

FIGURAS

Figura 1: Quantitativo da produção acadêmica sobre Saúde Suplementar no Brasil de 2000 a 2010 (números absolutos).

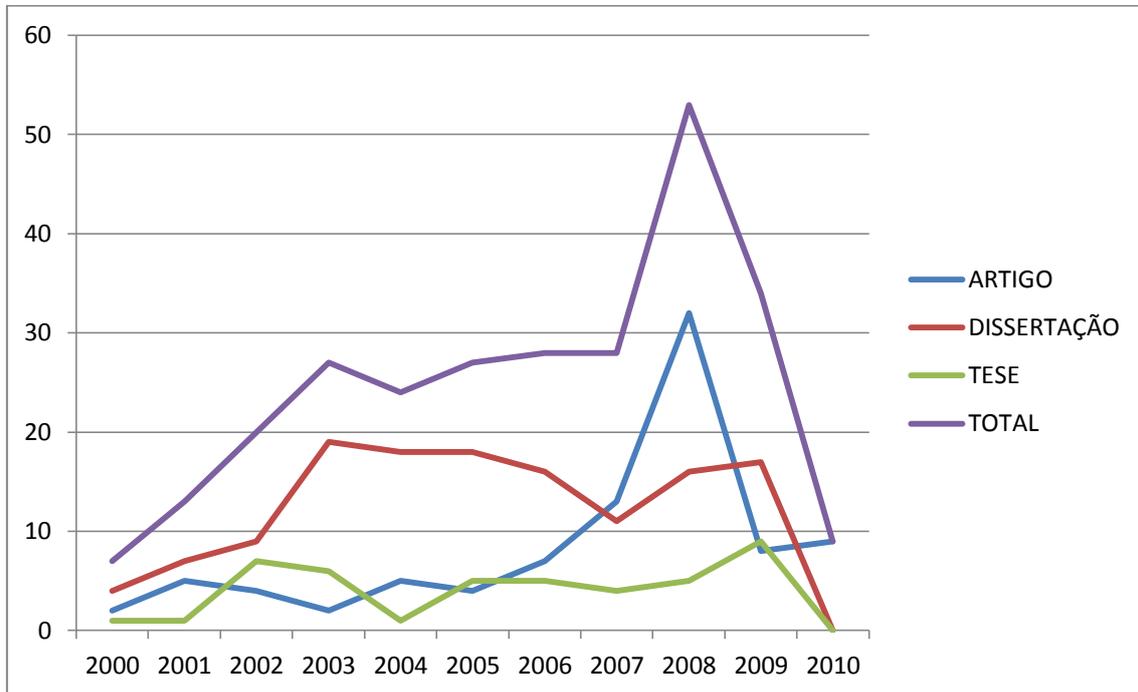


Figura 2: Campos disciplinares referidos (números relativos).

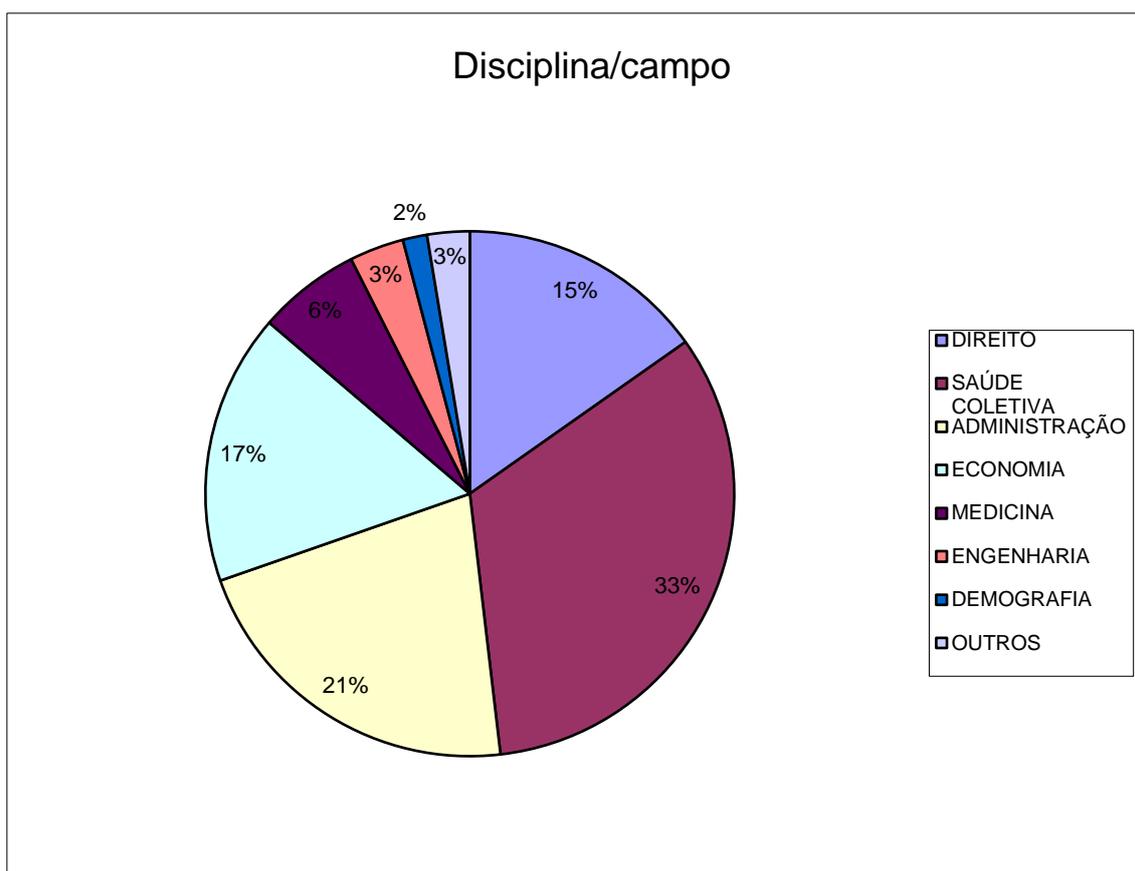
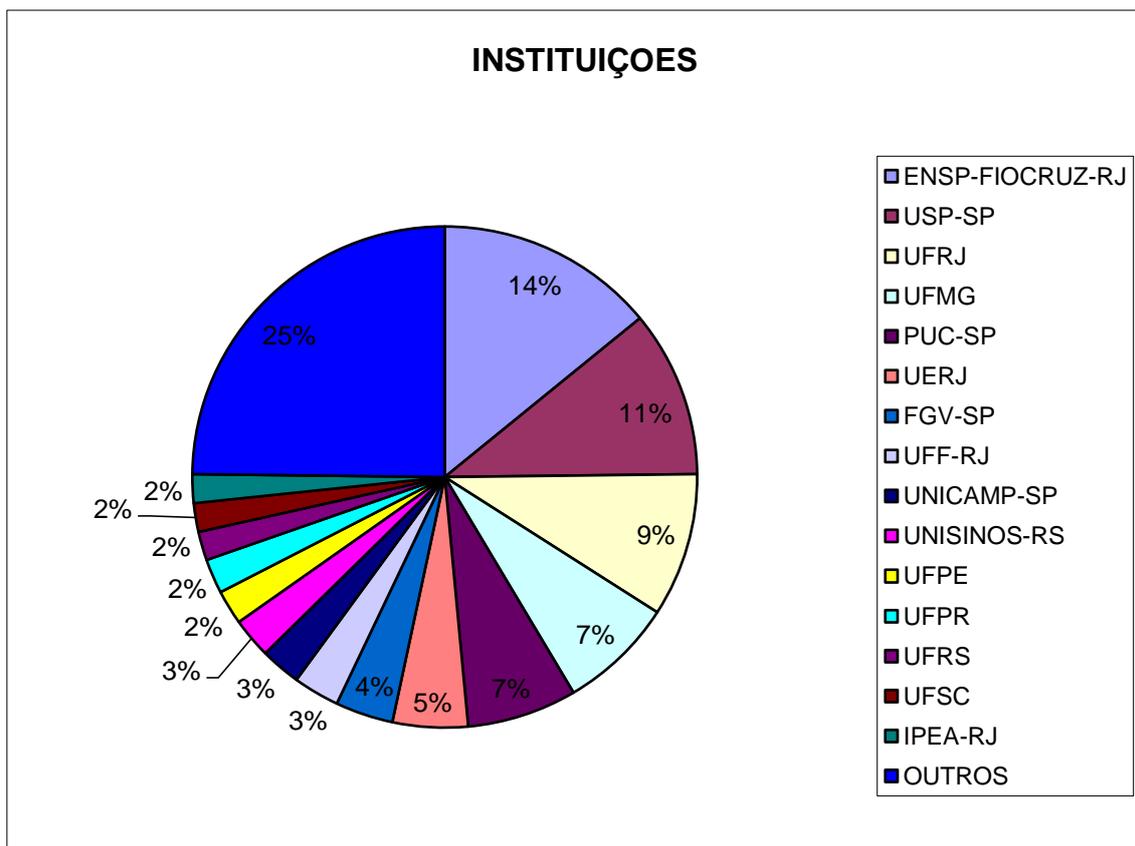


Figura 3: Vinculação institucional dos autores (números relativos).



ARTIGO II

Saúde Suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde

Palavras-chave: Saúde suplementar, articulação público/privada, assistência à saúde, prática discursiva.

RESUMO

Esse artigo parte de uma revisão de 270 textos sobre saúde suplementar no Brasil entre 2000 e 2010 e seleciona um subconjunto de 20 textos que nomeadamente abordam a questão da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde. A análise do seu conteúdo, considerando os referenciais teóricos, os conceitos e linhas argumentativas predominantes, apontou a existência de uma crítica ao atual *modus operandi* da articulação entre o público e o privado, fundamentada na Medicina Social e nas bases teóricas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ao lado de contribuições que, apoiadas em teorias econômicas liberais, tomam os aspectos econômicos em seu sentido estrito como foco da discussão sobre saúde suplementar.

INTRODUÇÃO

A articulação entre as dimensões pública e privada é considerada um tema estratégico para a gestão do sistema de saúde no Brasil¹ e diversos autores têm elaborado contribuições relevantes para a sua abordagem na atual conjuntura^{2,3,4,5,6}, estabelecendo, no campo acadêmico, a partir de diferentes referenciais teóricos, uma interessante discussão sobre a saúde suplementar.

Essa discussão tem se beneficiado de aportes da Saúde Coletiva^{7,8,3}. Entendida como campo de saberes e práticas, inclusive de *prática teórica*⁹, a Saúde Coletiva constituiu-se fundamentalmente *a partir da análise das relações entre a medicina como prática social e a estrutura das sociedades concretas onde ela se desenvolve*¹⁰. Na década de 1980, ainda antes da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e do surgimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), importantes contribuições nesse campo relacionavam as dimensões econômicas e sociais com a saúde. Nessa perspectiva, Braga & Paula¹¹ avaliaram o comportamento do sistema de atenção à saúde no Brasil, desde os anos 1930, a partir de dois pontos complementares: a influência da estrutura produtiva do país sobre a conformação do setor de atenção à saúde e o movimento do capital no interior do setor. Eles consideraram, em sua avaliação, *o desempenho do sistema de atenção à saúde como “locus” de acumulação de capital, de valorização de capital, de transformação técnica e social do processo de trabalho médico e ainda como local político-ideológico de regulação pelo Estado de uma dimensão importante da vida das populações* (p. 39)¹¹.

De forma convergente, Cordeiro⁷, utilizando o conceito de “complexo médico-empresarial da saúde”, buscou entender as transformações da prática médica no Brasil, examinando o aumento da afluência do capital industrial e financeiro para o setor, a concentração empresarial dos meios de trabalho médico e a transformação da prática autônoma em trabalho assalariado. Identificou as empresas de medicina de grupo, que vendiam pacotes de serviços de assistência a trabalhadores, como elementos importantes na dinâmica de mudanças nos processos de relações de trabalho em curso e investigou, detalhadamente, o desempenho dessas empresas no estado do Rio de Janeiro a partir de dados primários, construídos sobre análise documental e entrevistas com informantes-chave.

No que se refere ao estudo das transformações da prática médica no Brasil, Arouca¹² é referência citada pelos autores mencionados acima quando afirma que a Medicina Preventiva, como disciplina acadêmica, longe de constituir uma prática concreta de mudança na articulação da medicina com o modo de produção capitalista, contribuiu, em última instância, para a manutenção do *statu quo* nessa articulação. Funcionou como “disciplina tampão”, desvinculada de uma prática teórica que possibilitasse a produção de conhecimento sobre as reais determinações da crise do setor e, além disso, mostrou-se impermeável a uma prática política que levasse a mudanças. Fleury¹³ identifica no trabalho de Arouca¹² o fundamento para uma teoria do Movimento Sanitário que, na década de 1980, buscava, por meio da articulação entre prática teórica e prática política, preencher essa lacuna, desencadeando o processo sociohistórico conhecido como Reforma Sanitária Brasileira.

Dentro de uma visão reformista, a instituição, no Brasil, do Sistema Único de Saúde (SUS) entre as décadas de 1980 e 1990, ocorreu, porém, em um cenário de viés ideológico neoliberal que propugnava a ampliação das relações comerciais na prestação de serviços, inclusive relativos à saúde, e uma redução no papel do Estado como provedor direto desses serviços¹⁴. A visão neoliberal aparece na literatura acadêmica sobre saúde suplementar por meio da produção de autores estadunidenses¹⁵ e tem reflexos no Brasil¹⁶, caracterizando uma tentativa de manejo através da atenção gerenciada, (*managed care*) para lidar com a explosão de custos em saúde por meio de expedientes como co-participação do usuário no financiamento e restrição do acesso a determinados procedimentos. Essa literatura, ao contrário daquela que constitui o fundamento do Movimento Sanitário Brasileiro, não aborda os determinantes estruturais da situação.

Nessa conjuntura, mesmo na Europa, onde países como Inglaterra e Suécia já tinham seus sistemas de saúde organizados em uma base de financiamento público estável e acesso universal, houve mudanças em direção a práticas de mercado. A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio de sua representação regional europeia, publicou em 1997¹⁷ uma análise sobre as estratégias em curso, a propósito do que denomina de “Reforma do Sistema de Saúde Europeu”. Entre os temas que percorreram as diversas estratégias dessa reforma, estava a mudança dos papéis atribuídos ao Estado e às relações de mercado dentro dos sistemas de saúde. A visão tradicional da dicotomia “Estado *x* mercado” foi substituída pela ideia de mescla (*mix*) público/privada,

acompanhada de mudanças micropolíticas, como a introdução de contratos de gestão dentro de organizações públicas¹⁷.

A função estatal de proteção do interesse público frente às estratégias econômicas dos agentes privados foi progressivamente transferida, na Europa e também no Brasil, para agências regulatórias, como parte da concepção de um Estado regulador, mas não necessariamente provedor de serviços¹⁸. Essas agências, dotadas de maior autonomia administrativa e constituídas por um quadro estável de burocratas especializados, supostamente, tenderiam a exercer a função regulatória com maior eficiência normativa e independência política, assumindo o formato de autarquias sob regime especial. Na área da saúde, foram criadas, no Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)¹⁹.

Esta última, desde o início de sua atuação em 2000, fez valer um viés de estrita regulação econômica sobre as operadoras de planos e seguros de saúde e, oito anos após a sua criação, a despeito de uma retórica em contrário, ainda se mostrava pouco efetivo o processo de regulação da assistência à saúde dos clientes de planos²⁰. A ênfase na regulação estritamente econômico-financeira guarda relação com as peculiaridades encontradas no processo de estruturação desse órgão regulador. Ao contrário de outras agências criadas para atuar sobre novos mercados (telecomunicações e energia elétrica, por exemplo) surgidos com o processo de privatização de empresas públicas, a Agência Nacional de Saúde Suplementar encontrou um setor já estruturado, em crescimento e com fortes ligações com o mercado financeiro²¹. Embora a ANS esteja na esfera do Ministério da Saúde, a sua atuação guarda com o Sistema Único de Saúde (SUS) uma única interface formal, que se refere ao ressarcimento de despesas geradas por clientes de planos e seguros de saúde em hospitais da rede pública.

Tal mecanismo de ressarcimento, em si mesmo estritamente econômico, além de não prover compensações pecuniárias efetivas é, como salienta Menicucci⁴, um potente indicador da precariedade da regulação assistencial, pois revela que, na prática, a rede pública tende a funcionar como um suporte complementar aos planos e seguros privados de saúde em um sistema “dual”. De outra forma, Santos⁶, utilizando o conceito de mescla (*mix*) público/privada, refere-se ao sistema de serviços de saúde do Brasil como um sistema que promove uma cobertura “duplicada” apenas para a parcela da

população que compra planos de saúde, sem que a regulação pública atue efetivamente sobre este fenômeno.

Embora a Agência Nacional de Saúde Suplementar não seja o marco de origem da dinâmica de compra e venda de planos e seguros de saúde, sua criação pode ter produzido algum impacto sobre a prática teórica relativa a essa atividade. Mais especificamente, a atuação da Agência, com sua ênfase no controle econômico-financeiro das empresas, de certo modo, parece se refletir na produção acadêmica, que, com poucas exceções, se afasta da tradição crítica que destacava as relações entre a saúde e a estrutura social.

De fato, depois dos trabalhos pioneiros de Braga & Paula¹¹ e de Cordeiro⁷, a produção acadêmica crítica refluí e, ainda no período imediatamente anterior à aprovação da lei nº 9.656 de 1998, toma corpo uma prática discursiva que adota o termo *assistência médica supletiva*²² para tratar das empresas médicas que vendiam planos de pré-pagamento. O conjunto das empresas passa a ser tratado, alternativamente, como “setor” (da economia) ou como “subsistema privado” (do Sistema de Saúde), indicando uma separação entre análises de caráter estritamente econômico e outras de caráter político. Configura-se, assim, uma trilha diversa da que percorria a literatura caudatária da matriz teórica do movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Trata-se, portanto, a atual saúde suplementar, de um objeto que ainda requer investigação sobre os conceitos utilizados na sua construção e sobre os referenciais teóricos utilizados em sua abordagem, em especial no que se refere à extensa interface público/privada que articula a estrutura social e econômica às políticas de Estado em saúde.

Os conceitos que permitem a definição de um objeto de reflexão são elaborados dentro de uma prática teórica, socialmente determinada. Embora subordinada às práticas sociais mais amplas, a prática teórica tem um papel fundamental na constituição de ideologias. No caso específico dos estudos sobre a saúde suplementar, a opção pela não problematização da questão fundamental da compra e venda de serviços acaba contribuindo para a sua naturalização, o que, em última instância, pode representar o abandono do projeto de um sistema *único* de saúde, público e com acesso universal. Assim, sabendo-se que, dentro do conjunto da produção acadêmica especializada, existem trabalhos que, nomeadamente, tratam da articulação entre as dimensões pública

e privada na assistência²³, cabe investigar o seu conteúdo, na perspectiva de evidenciar o caráter crítico ou naturalizador da sua visão sobre a articulação público-privada na assistência à saúde.

Dessa forma, considerando a literatura sobre saúde suplementar no Brasil como *locus* privilegiado de prática teórica para a construção de ideologias relacionadas com a atenção à saúde, o presente artigo procura identificar e analisar, a partir de uma revisão de textos publicados entre 2000 e 2010, os conceitos, os referenciais teóricos e os argumentos utilizados para tratar da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão sistemática sobre saúde suplementar no Brasil, a partir do marco normativo/temporal da lei nº 9.656/98 e da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de estudos publicados entre 2000 e 2010, disponíveis nas seguintes bases de dados: Banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), *Scientific Electronic Library on Line (SciELO)* e *Web of Science*.

Nessas bases, foi possível o acesso a resumos e textos integrais de teses de doutorado e dissertações de mestrado acadêmico, produzidas em instituições de ensino e pesquisa do Brasil, além dos artigos publicados em periódicos indexados, caracterizando um conjunto de textos com formato acadêmico bem definido.

A busca no banco de teses da Capes foi feita por palavras-chave, usando sucessivamente os seguintes descritores: “saúde suplementar”, “planos de saúde”, “seguro saúde” e “mercado de saúde” para o período de 2000 a 2009. O ano de 2010 não estava disponível no momento do encerramento do trabalho (julho de 2011). A busca se limitou às dissertações de mestrado acadêmico e às teses de doutorado, excluindo-se os trabalhos de conclusão de mestrados profissionalizantes. Do total, retiveram-se as 44 teses e as 135 dissertações, cujos títulos contemplavam a temática da saúde suplementar no Brasil.

Na base SciELO, a busca por artigos publicados em periódicos indexados, no período de 2000 a 2010, foi realizada com os mesmos descritores utilizados na busca de teses e

dissertações. Todos os 91 artigos encontrados, com títulos referentes à saúde suplementar no Brasil, foram analisados.

Na base *Web of Science*, foram utilizados, simultaneamente, os descritores *private health insurance* e *Brazil*, sem intervalo de tempo definido. Nesse caso, foram identificados 52 artigos, e os que tratavam da saúde suplementar no Brasil já haviam sido identificados na base SciELO.

Desse conjunto de 270 textos, foram selecionados, com base nos resumos, aqueles que, em seus objetivos, métodos ou resultados, apresentavam pelo menos uma das seguintes expressões: “público-privada”, “público e privado”, “público-privado” ou “público/privado”. Com isso, identificou-se um subconjunto de 25 textos que delimitam o foco específico em nosso objeto de investigação: a articulação entre as dimensões pública e privada da assistência. Esses textos foram analisados na íntegra, buscando-se identificar, através dos conceitos, dos referenciais teóricos e das linhas argumentativas, as perspectivas críticas ou naturalizadoras adotadas por seus autores.

RESULTADOS

Dos vinte e cinco trabalhos selecionados para leitura do texto integral, eliminamos cinco textos: as teses de Andreazzi²⁴, Acirole²⁵ e Santos²⁶, que tem seu conteúdo contemplado em artigos dos mesmos autores^{27,28,20}, o artigo de Conill & Ugá²⁹ que é um editorial de apresentação de edição temática sobre saúde suplementar e a dissertação de Oliveira³⁰ que é um trabalho de pesquisa epidemiológica com uma população de beneficiários de plano de saúde.

Assim, os trabalhos selecionados são relacionados na tabela 1, abaixo:

Tabela 1: Seleção de trabalhos sobre articulação público/privada.

AUTOR/ANO	OBJETIVOS	RESULTADOS
ANDREAZZI & KORNIS, 2003 ²⁷ . Artigo em periódico indexado - deriva da tese intitulada <i>Teias e tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro na década de 90</i> (Andreazzi,	Descrever a heterogeneidade do setor privado em saúde e sua relação com o Estado.	O financiamento integral do plano de saúde pelo empregador tem sido substituído por formas em que há participação financeira parcial ou total do indivíduo segurado, ainda que este conte com uma pessoa jurídica intermediando o contrato de seguro./ A “assistência suplementar em saúde” foi uma denominação empregada pelo mercado para

<p>2002²⁴). Análise macroeconômica dos anos 90, ensaio de economia política aplicada à relação Estado/setor privado em saúde.</p>		<p>designar a parcela do setor privado de saúde que opera de modo exógeno às relações contratuais com o SUS./ as soluções que respeitem os interesses atuais das operadoras de planos e seguros de saúde tenderão a se chocar com amplos setores organizados da sociedade.</p>
<p>BAHIA, 2001³¹ Artigo em periódico indexado – Revisão da literatura, descrição e análise de dados de fontes oficiais/entrevistas.</p>	<p>Examinar a interface público-privada do mercado de planos/questionar sobre a relação de autonomia/dependência entre empresas médicas e SUS.</p>	<p>Sugere a necessidade de ampliar a agenda de debates e pesquisa sobre o mosaico público/privado na saúde</p>
<p>BAHIA, 2005³² Artigo em periódico indexado baseado em análise documental.</p>	<p>Sistematizar matrizes interpretativas sobre o sistema de saúde brasileiro e avançar com hipóteses sobre o aspecto da relação entre o público e o privado a partir de análise das agendas dos principais fóruns de debate sobre políticas públicas de saúde.</p>	<p>Conclui-se que as tensões, conflitos e proposições, sobre o considerado componente público do sistema de saúde, estão direcionadas a arenas específicas de debate. Paralelamente renovam-se e constituem-se outros fóruns de negociação sobre o componente privado. Portanto, a segmentação das demandas reflete-se, de maneira quase automática, no âmbito setorial, na definição de “pautas especializadas” – ou no público ou no privado.</p>
<p>BARBOSA, 2010³³ Artigo em periódico indexado com discussão baseada em dados coletados em unidades de assistência à saúde e em um modelo de reforma administrativa gerencial. Refere-se ao papel do esquema de comercialização de planos de saúde nesse processo.</p>	<p>Discutir a gestão das relações de trabalho no contexto das novas formas de relação público/privado no setor saúde.</p>	<p>Esta modalidade de gestão remete ao novo paradigma proposto pela reforma administrativa gerencial, que sugere o esgotamento do modelo burocrático para promover adequação da administração pública às transformações decorrentes da nova etapa de internacionalização da economia e seus desdobramentos do mundo do trabalho, bem como aos novos padrões de exigência de desempenho do setor público.</p>
<p>CASTRO, 2006³⁴ Tese – IMS/UERJ.</p>	<p>Analisar o papel do Estado no contexto do Sistema de Saúde Brasileiro, sob a ótica das relações público/privadas,</p>	<p>As principais conclusões se referem à constatação de que a permissividade do Estado no avanço e apropriação privada de recursos e espaços públicos, ou ainda na ampliação da mercadorização da</p>

	usando como contraponto experiências internacionais, particularmente as reformas ocorridas nos países centrais.	saúde, dificulta a concretização do conceito de universalidade no atendimento à assistência à saúde. Finalmente, o estudo delinea o conflito de interesses dos atores envolvidos no sistema, que dificulta a capacidade de governança do Estado Brasileiro, mas aponta para a necessidade de revisão das bases da relação Estado versus Mercado e a re-definição da sociedade quanto ao tamanho que deseja dar à iniciativa privada no âmbito da saúde.
CORDEIRO FILHO, 2006 ³⁵ Dissertação de mestrado em Administração de Empresas na PUC – SP.	Propor uma alternativa para o desenvolvimento da prestação de serviços de saúde no país, por meio do compartilhamento entre os setores público e privado e tendo como objetivo a expansão do mercado de venda de planos de saúde no país.	Com base nessas respostas e considerando alternativas de comercialização, desse plano diferenciado – o <i>capitation</i> – foi possível refletir sobre possibilidades de mudança na abrangência do mercado, concluindo-se que essa alternativa é viável e pode trazer grandes benefícios ao mercado de saúde suplementar, seu desenvolvimento e conseqüentemente à saúde dos brasileiros.
COSTA, 2002 ³⁶ Artigo em periódico indexado elaborado a partir de dissertação de mestrado em Ciência Política na UFF (COSTA, 2000).	Refletir sobre os caminhos da reforma da saúde no Brasil contemporâneo, percebida como parte integrante de um conjunto de reformas mais amplas que afetam a economia e o Estado brasileiro.	Há dois eixos básicos de discussão: o primeiro trata da análise das políticas públicas implementadas na Nova República, especialmente a partir da Constituição de 1988, com destaque para o governo FHC e a gestão José Serra como ministro da saúde, quando foi criada a ANS, órgão de regulação do mercado privado de saúde. Este, ou mais especificamente o segmento de seguro-saúde, constitui o centro do segundo eixo de discussão. A definição dos seguros como atividade financeira transforma as empresas desse setor em investidores institucionais de peso, envolvidos com o processo de globalização financeira do capitalismo mundial.
DURO <i>et alii</i> , 2008 ³⁷ Artigo em periódico indexado. Estudo	Avaliar o desempenho do rastreamento do perfil lipídico conforme financiamento da	A cobertura geral foi 73,0% (IC 95%: 70,8;75,2) e o foco 67,2% (IC 95%: 64,7;69,3). O setor público teve, em relação ao

<p>transversal de base populacional com amostragem em múltiplos estágios. Foram calculados: cobertura, foco, erros de rastreamento, sub-rastreamento e razão de rastreamento.</p>	<p>consulta médica- setores público e privado.</p>	<p>privado/convênio, menor cobertura (65,2% <i>versus</i> 82,2%; $p < 0,001$), foco maior (74,7% <i>versus</i> 62,3%; $p < 0,001$), sobre-rastreamento menor (33,1% <i>versus</i> 56,4%; $p < 0,0001$) e sub-rastreamento maior (34,8% <i>versus</i> 17,8%; $p < 0,0001$). A razão de rastreamento foi maior no setor público (1,97) que no privado/convênio (1,46). A avaliação da adequação da solicitação do perfil lipídico na população pode fornecer informações importantes sobre o cumprimento de protocolos de rastreamento e acompanhamento das dislipidemias em diferentes sistemas de saúde e, dentro de um mesmo sistema, com formas diferentes de financiamento. Avaliações desse tipo proporcionam oportunidade de diagnosticar desigualdades e planejar ações que garantam maior equidade no cuidado.</p>
<p>GERSCHMAN, 2008³⁸ Artigo em periódico indexado baseado em análise comparativa de políticas públicas.</p>	<p>Analisar a política de saúde suplementar nos anos recentes, no Brasil e em países europeus.</p>	<p>Indagaram-se especialmente: os convênios e contratos do setor público com o privado, as atribuições dos planos privados no sistema de saúde, a produção, capacidade instalada e financiamento dos setores público e privado e, por último, a regulação e ressarcimento dos planos privados ao SUS.</p>
<p>GOMES, 2004³⁹ Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – UFRJ</p>	<p>Realizar uma análise do processo de debate e das conclusões da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para apurar as irregularidades cometidas pelos planos de saúde no ano de 2003, identificando os temas predominantes e os posicionamentos de empresários, entidades da sociedade civil e parlamentares em uma arena legislativa específica.</p>	<p>Aprofundou-se a reflexão sobre os processos de mediação de interesses do setor saúde no âmbito do legislativo, compreendendo a trajetória das políticas de saúde e as questões individuais envolvidas, além de perceber o imbricamento da relação público e privado. Finalmente, a presença de empresários médicos no cenário político, que também se vinculam tanto ao SUS quanto às operadoras, configura a complexidade e a dinâmica de funcionamento do sistema de saúde no país.</p>

<p>IBANHES <i>et alii</i>, 2007⁴⁰ Artigo em periódico indexado elaborado a partir de entrevistas com secretários estadual e municipal de saúde, membros do Conselho Municipal de Saúde de SP e funcionários do governo ligados ao SUS.</p>	<p>Discute o relacionamento entre o setor público e o privado no âmbito do SUS. Utiliza a categoria “governança” para identificar estratégias de manejo da relação entre o público e o privado com vistas ao objetivo de maior equidade em saúde.</p>	<p>Há mecanismos e instrumentos de regulação utilizados nos municípios para serviços estatais. Para o setor complementar e suplementar a ação regulatória, neste nível de gestão, praticamente inexistem. Os espaços de poder institucionais são inúmeros e reconhecidos como lugares para encaminhamento de demandas mais do que fóruns de pactuação. Apesar dos avanços, a governança se apresentou como de tipo formalista. O debate da regulação na relação público/privado mostrou-se necessário para avanços na gestão do sistema.</p>
<p>LIMA <i>et alii</i>, 2007⁴¹ Artigo em periódico indexado, compara estrutura gerencial de uma amostra de dois grupos de hospitais a partir de matriz com seis dimensões de análise.</p>	<p>Descrever o desempenho gerencial de hospitais filantrópicos com operadoras de planos de saúde em comparação com o conjunto dos hospitais filantrópicos no Brasil.</p>	<p>Foram identificados resultados mais positivos para o conjunto de hospitais com operadoras próprias de planos de saúde em todas as dimensões gerenciais comparadas. Em particular, destacaram-se as dimensões econômico-financeira e de tecnologia de informações, nas quais mais de 50% dos hospitais com operadoras apresentaram quase todas as condições consideradas. O setor hospitalar filantrópico é importante na prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde. Os desafios para a sua manutenção e desenvolvimento impõem encontrar alternativas. O fomento de uma parceria público-privado neste segmento, por meio da operação de planos próprios ou prestação de serviços a outros planos de saúde convivendo com o SUS, constitui um campo que merece uma análise mais aprofundada.</p>
<p>MENICUCCI, 2003⁴ Tese em Ciências Sociais – UFMG</p>	<p>Constrói uma interpretação para a configuração institucional da assistência à saúde no Brasil, caracterizada pela coexistência de um segmento público e outro privado, cada um com formas</p>	<p>O estudo indica que no caso brasileiro a expansão da assistência privada se explica por fatores internos relacionados à própria trajetória da política de saúde, na qual o <i>timing</i> da privatização foi muito anterior ao movimento de reforma do Estado e conviveu com a expansão da assistência pública.</p>

	diferenciadas de acesso.	
PEREIRA, 2004 ⁴² Dissertação do Programa de Pós-graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa-MG.	Caracterizar e analisar a situação e implicações do sistema de saúde público e privado da cidade de Viçosa-MG, sobre a realidade cotidiana de seus beneficiários, especificamente sobre a economia do sistema familiar.	A análise dos resultados indicou que o serviço público de saúde encontra-se distante de seus princípios de universalidade, quais sejam: equidade e integralidade, legitimando, com isso, a lógica assistencial do setor privado, que, além de não se sustentar com a produção à saúde e do cuidado, apresenta-se segmentado, à medida que não cobre uma parcela da população local, ou seja, de maior grau de instrução, maior renda e inserida em determinadas atividades ocupacionais. Sugere-se que sejam reavaliadas as intermediações entre público e privado, pautadas por uma dimensão mais cuidadora, mais relacional e resolutiva.
SANTOS, F. P.; MALTA & MERHY, 2008 ²⁰ Artigo publicado em periódico indexado a partir de dados da ANS e baseado em uma matriz de três eixos: estrutura e operação do setor, regulação econômica e regulação assistencial. Decorre da tese de Santos ²⁶ publicada em 2006.	Analisar alguns resultados da regulação produzida na saúde suplementar no período de 2000 a 2006.	Conclui-se que a regulação implementada trouxe avanços importantes nas três dimensões analisadas, destacando-se a maior solidez das operadoras e o crescimento do setor no período analisado, com aumento de cerca de 30% no número de beneficiários. A regulação assistencial foi uma inovação no período e se revelou apropriada no sentido da indução de novas práticas assistenciais, valorizando a promoção e a prevenção, bem como a introdução de mecanismos de avaliação de qualidade (projeto de qualificação). Ainda há que avançar na discussão da relação público/privado, nas mudanças do modelo assistencial, superando a fragmentação da linha do cuidado e garantindo-se a sua integralidade e as práticas de promoção e prevenção, assim como no aprimoramento dos aspectos concorrenciais do setor.
SANTOS, I. S.; UGÁ & PORTO, 2008 ⁴³ Artigo publicado em	Analisar a mescla (<i>mix</i>) público-privada do sistema de saúde brasileiro a partir da	As desigualdades verificadas no sistema de saúde brasileiro ocorrem num sistema de saúde em que o financiamento público ao SUS é

<p>periódico indexado, com análise quantitativa baseada em dados secundários provenientes de bases de dados oficiais.</p>	<p>oferta, utilização e financiamento dos serviços de saúde.</p>	<p>minoritário e existem grandes subsídios públicos para o setor privado.</p>
<p>SANTOS, I.S., 2000⁴⁴ Dissertação de mestrado em Saúde Pública – ENSP – FIOCRUZ.</p>	<p>Visa situar os setores público e privado de assistência à saúde no contexto de Reforma do Estado e do aumento do mercado de trabalho informal, durante a década de 1990.</p>	<p>O estudo realizado divide-se em três grandes eixos. Um primeiro de pesquisa bibliográfica, portanto mais teórico, sobre as políticas de assistência à saúde do trabalhador, que inclui, ainda uma recuperação dos acontecimentos históricos das políticas de saúde do trabalhador no Brasil como base para a compreensão dos atuais instrumentos de regulação desse setor, bem como os atores e instituições envolvidos; o segundo concentra uma pesquisa de campo, onde se observa e analisa como a assistência à saúde é proporcionada, na prática, ao trabalhador, em três casos considerados significativos: três grandes empresas do ABC paulista. O terceiro e último grande eixo concerne à relação entre o presente modelo de saúde brasileiro e a discussão anterior, visando a situar os setores público e privado de assistência à saúde no contexto de Reforma do Estado e de aumento do mercado de trabalho informal, pelo qual o país vem passando desde a década de 1990.</p>
<p>SANTOS, I. S. 2009⁶ Tese de Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública na ENSP – FIOCRUZ.</p>	<p>Objetiva analisar a mescla (<i>mix</i>) público-privada no sistema de saúde brasileiro, seus efeitos na desigualdade de uso, financiamento e oferta de serviços de saúde e o modelo de regulação vigente.</p>	<p>As evidências identificadas em estudos internacionais acerca da cobertura duplicada mostram que este arranjo está associado a desigualdades próprias deste tipo de <i>mix</i> e é prejudicial ao sistema de saúde como um todo. O mesmo ocorre no sistema brasileiro, onde o aspecto negativo da dualidade de nosso <i>mix</i> público-privado se deve não à cobertura de serviços além-SUS (suplementar), mas à que concorre com o SUS (duplicada). A</p>

		<p>análise da regulação brasileira leva a autora a concluir que esta aprofunda a duplicação da cobertura e contribui para a manutenção da segmentação do sistema de saúde e da sociedade brasileiros, privilegiando a elite e o mercado de bens e serviços privados de saúde, além de operar como ferramenta para o Estado continuar subsidiando a existência do segmento de saúde suplementar no país. A nossa regulação se distancia do caminho escolhido pelos países com cobertura duplicada que é de fortalecer o sistema público como a principal forma de proteção social aos riscos à saúde.</p>
<p>SILVA, 2007⁴⁵ Tese de Doutorado em Direito do Estado – PUC-SP.</p>	<p>Descrever e discutir as modificações introduzidas no processo de construção do SUS e apontar contradições entre a norma constitucional e seus princípios com a realidade factual observada.</p>	<p>Os estudos realizados sinalizam para a mudança das diretrizes centrais do SUS, além da concreta redução da esfera pública no âmbito do Sistema. Há um visível e progressivo afastamento entre a realidade do SUS e sua expressão no ordenamento jurídico. Se, de um lado, não houve, no plano teórico, uma ruptura da estrutura normativa constitucional, por outro ocorreu um claro redirecionamento da política pública de saúde universalizante, integral e equânime, consubstanciando séria ameaça de um definitivo rompimento com os fundamentos estruturantes da política pública de saúde.</p>
<p>ACIOLE, 2006²⁸ Artigo publicado em periódico indexado com base em análise histórico/crítica feita a partir das dimensões econômicas e políticas relacionadas com os conceitos de público e de privado.</p>	<p>Descortinar as diferenças entre os conceitos de público e de privado e a interpenetração entre ambos.</p>	<p>Ao resgatar a construção da babel de significados e sentidos com que são adjetivados os dois termos, conclui-se haver mais uma relação de interpenetração entre ambos do que a tendência dicotômica e de oposição em que comumente os colocamos.</p>

Treze trabalhos utilizam conceitos, referências ou argumentos relacionados com as contribuições da Reforma Sanitária Brasileira, da Medicina Social e da Economia Política da Saúde, para tratar da articulação entre o público e o privado na assistência prestada pelas empresas de planos e seguros de saúde^{27, 31, 32, 34, 38, 39, 40, 4, 20, 43, 44, 6, 28}.

Santos⁴⁴ utiliza o conceito de acumulação privada de capital e referências teóricas ligadas àquelas do Movimento Sanitário, para fazer a crítica ao modelo de incorporação de tecnologia na assistência (que favorece a acumulação privada de capital): “*É consenso dizer que esse modelo teria desembocado numa cultura da prática médico-hospitalar voltada ao lucro ao privilegiar o produtor privado dos serviços de saúde. Teria, inclusive, incentivado a forma de prestação de serviços organizada em empresas médicas (LUZ, 1979, BAHIA, 1999, OLIVEIRA et alii, 1986, MENDES, 1993) (p. 90)*”. Cita autores de economia política da saúde, admitindo a existência de uma complexidade na articulação entre as dimensões pública e privada da assistência à saúde: “*Tanto FAVARET & OLIVEIRA (1990), como MENDES (1993), defendem a existência de uma relação entre o desfinanciamento do setor público de saúde, a queda da qualidade dos serviços prestados, e o crescimento do setor supletivo brasileiro. Entretanto, BAHIA (1991) considera que essa relação tem que ser avaliada de forma mais criteriosa. A crise dos serviços públicos não seria tão genérica, apesar dos indícios na queda da sua qualidade, já que na década de 80 houve uma expansão na oferta de serviços ambulatoriais públicos (p. 15)*”.

Bahia³¹ utiliza-se de conceitos como gestão dos riscos sociais entre Estado, mercado e famílias e adota uma referência que trata de estratégias de proteção social em sociedades pós-industriais para discussão sobre a natureza dos riscos cobertos pela rede assistencial: “*Para tanto se recorre a reflexões como as de Esping-Andersen (1999) sobre a importância do poder de mobilização política e ampliação da esfera pública para a “desindividualização” e “desfamiliarização” da carga de riscos. Um risco considerado individual pode se transformar em social e vice-versa. Os distintos modelos de proteção social resultam de diferentes composições da gestão dos riscos sociais entre Estado, mercado e famílias. A institucionalização dos riscos, especialmente os que envolvem pessoas, ainda quando gerida por agentes privados, é revestida, obrigatoriamente, por um envoltório social (p. 330)*”.

O trabalho de Andreazzi & Kornis²⁷ procura extrair uma análise da heterogeneidade do setor privado, caracterizando sua demanda, a oferta de serviços e suas inter-relações, no cenário de mudanças macroeconômicas dos anos 1990. Tendo como base o conceito de acumulação de capital, suas referências situam-se também no campo da economia política, quando se detém na dinâmica de capitalização no interior da assistência à saúde: *“Entendeu-se, aqui, que o eixo que permitiria a identificação mais precisa da estratificação social existente no setor privado em saúde e seus respectivos interesses materiais e formas de organização, assim como dos correspondentes posicionamentos de seus distintos agentes, em face das políticas públicas, seria o processo de acumulação de capital”* (p.158).

Gomes³⁹ analisa as notas taquigráficas da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre o comércio de planos de saúde no Brasil que ocorreu em 2003 no Congresso Nacional, identificando o perfil dos membros da CPI e sua vinculação com o tema “saúde”. Os temas debatidos são agrupados em seis categorias: Políticas de saúde, Jurídico/Legal, Regulação, Financiamento, Recursos Humanos e Ética. O acúmulo de capital (e poder) é o conceito central de suas análises e as referências são aquelas adotadas pelo Movimento Sanitário, utilizadas na abordagem do fenômeno da capitalização das empresas privadas de saúde com recursos públicos: *“Apesar do aparente paradoxo, autores como Cordeiro (2001) ilustram que o processo de privatização da saúde vem ocorrendo com o patrocínio do Estado. Fleury (1995) e Urbano (2003) reiteram esta afirmação, quando dizem que a partir da década de 60 grandes investimentos foram feitos pelo Estado na construção e modernização dos hospitais privados e na compra de equipamentos de alta tecnologia, em detrimento dos hospitais e serviços próprios”* (p.22). Ou ainda: *“Para Cordeiro (1984), as bases do apoio estatal às empresas médicas se consolidaram no momento da unificação e da centralização da Previdência Social no INPS, a partir de 1967, onde as fortes relações patrimonialistas entre o setor público e o privado ficam definitivamente institucionalizadas”* (p.30).

A tese de Castro³⁴ utiliza os conceitos e referenciais teóricos keynesianos para analisar o papel historicamente desempenhado pelo Estado na gênese de sistemas de proteção social de cunho universalista na Europa e, além disso, fundamenta, na abordagem de Esping-Andersen, a visão que busca resgatar a análise dos fenômenos sociais em uma perspectiva conjunta de economia e política: *“A proposta de realizar um trabalho*

enfocando a relação entre o público e o privado no setor saúde, encontra respaldo na literatura mais recente, que busca resgatar a análise dos fenômenos sociais, sob uma perspectiva conjunta da economia e da política, entendendo as questões e instituições para além de conformações estanques e atemporais, como aponta Esping-Andersen” (p. 16).

Nos resultados apontados acima, e no trabalho de Gerschman³⁸, ainda que nem sempre de forma explícita, pode-se assinalar também a presença, como elemento transversal na abordagem da articulação entre o público e o privado, do conceito de regulação pública em saúde tomado como: *“um conjunto de políticas formuladas para obter resultados superiores do ponto de vista social nas relações internas às estruturas de governo e em sua relação com agentes no mercado”*¹⁹ (p. 63).

Aciole²⁸ discute o significado da tradicional antinomia entre os conceitos de “público” e “privado” em especial no campo da Saúde Coletiva. O autor utiliza um referencial marxista para evidenciar a relação dialética entre os elementos dessa polaridade e tratar da complexidade da articulação que une/separa os dois termos: *“O revelador dos vínculos político-econômicos entre público e privado, dados pelo modo de produção capitalista, é Karl Marx (1996), que os ampliou e foi além dos limites que Adam Smith e David Ricardo haviam alcançado”* (p.14), e: *“Em sua crítica a Marx, Arendt (1999) aponta o viés evolucionista que o fez tomar a sociedade moderna como superior em relação às que lhe antecederam, no nível elementar da questão da propriedade, que estabelece a separação entre público e privado”* (p.15).

Meniccuci⁴ constrói uma interpretação original sobre a configuração institucional da assistência à saúde no Brasil, a partir de uma reconstituição histórica da trajetória das políticas públicas setoriais: *“o objetivo aqui pretendido consistiu em produzir uma interpretação do modelo dual de assistência que se consolidou no país, o qual, embora desafie a racionalidade técnica, encontra explicação nas políticas de saúde anteriores e nos processos políticos por elas engendrados”* (p. 20). Utiliza conceitos teóricos neoinstitucionalistas para argumentar sobre a persistência de políticas que favoreceram a segmentação no acesso à assistência pela capacidade de pagamento simultaneamente à definição constitucional clara com relação ao acesso universal por direito de cidadania: *“Essa explicação é constituída a partir dos argumentos gerais e pressupostos da abordagem neo-institucionalista, particularmente a vertente do novo institucionalismo*

histórico, aplicados à análise de políticas públicas e à compreensão de reformas a partir da consideração de fatores de ordem institucional, particularmente o efeito dos modelos de políticas na estruturação de atores e interesses” (p. 21).

Diferente dos resultados apontados acima, outros sete trabalhos adotam, de forma explícita ou implícita, referências relacionadas com os campos do Direito, da Ciência Política e da Economia (teorias liberais e social-democratas) que fundamentam as práticas de mercado e as bases da reforma do aparelho do Estado introduzida no Brasil nos anos 1990^{33, 35, 36, 41, 42, 45}. Ou ainda, assumem a existência de dois sistemas de financiamento estanques para a assistência: um público e o outro privado³⁷.

Em Silva⁴⁵, o foco do trabalho é a discussão sobre o descompasso entre a norma jurídica constitucional relativa à saúde como direito de cidadania e a realidade fática do sistema de saúde do Brasil, que reflete, desde os anos 1990, um viés privatista com políticas públicas focalizadas em parcelas específicas e empobrecidas da população: *“Trata-se de uma reflexão crítica acerca das transformações pelas quais passa o sistema público de saúde no Brasil, motivadas, em larga medida, por um cenário de profundas mudanças econômicas e políticas do Estado brasileiro e acentuadas no período que sucedeu à promulgação da Constituição Federal vigente sob o influxo das diretrizes do processo de globalização econômica” (p. 12).* Ou ainda: *“Ao contrário do que seria correto supor, a ideia não é aumentar os gastos com a assistência à saúde com as camadas mais desprotegidas da população, por não ter que compartilhar o orçamento da saúde com aqueles que optam pela medicina suplementar, mas reduzir os gastos públicos” (p. 313).* Nesse caso, ao transitar pelo campo do Direito do Estado, a autora contrapõe a referência do texto constitucional com os determinantes macroeconômicos implicados na elaboração de políticas de Estado em saúde.

O texto de Costa³⁶ tem um caráter descritivo, relacionado com o processo de descentralização, com o financiamento e com a regulação da assistência à saúde no Brasil na década de 1990: *“Dentre as políticas citadas pelo Banco Mundial, a descentralização ganhou acentuado destaque, em virtude da convergência de interesses e orientações entre o tripé formado pelas instituições estrangeiras, os órgãos governamentais e o movimento sanitarista (p. 51)”*. É um texto que tem como eixo a análise política de um período histórico e procura identificar os principais movimentos no jogo de poder ligado ao setor saúde em um cenário onde a visão macroeconômica

neoliberal dominava e subordinava os direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal ao ajuste fiscal traçado como diretriz de governo: “*Nas palavras de Bresser Pereira (1997), um dos mentores intelectuais do governo, a curto prazo, a reforma do Estado tenciona reduzir a dimensão do Estado e permitir o ajuste fiscal (Bresser Pereira apud DINIZ, 2000, p. 53). É evidente que essa perspectiva demarca as políticas sociais, que ficam, portanto, numa posição secundária, até marginal, em relação à política macroeconômica (p. 67)*”.

Barbosa³³ faz uma análise comparativa entre dois modelos de gestão de hospitais públicos no estado de São Paulo e relaciona a gestão de recursos humanos em saúde com a produtividade na execução de serviços de assistência à saúde. Assume como referência a visão de reforma gerencialista do Plano Diretor da Reforma Administrativa do Aparelho do Estado e apresenta dados empíricos relacionados com eficiência e produtividade nas duas unidades hospitalares estudadas: “*Importante ressaltar que regras para flexibilização das relações de trabalho na administração pública já encontram respaldo na legislação (Emenda Constitucional nº 19), podendo ser adotadas também para AD (administração direta). O espaço para uma maior apropriação da experiência proporcionada pelas OSS (Organizações Sociais de Saúde) tem condicionantes de ordem legal, que envolvem a própria existência destas figuras jurídicas e formas cristalizadas de relações de trabalho na AD, com forte substrato cultural e ideológico resistente a mudanças na forma prevalente de gestão das relações de trabalho no setor público*” (p. 2505).

Pereira⁴² apresenta os resultados de um inquérito populacional realizado no município de Viçosa-MG com beneficiários de planos de saúde e usuários do sistema público de assistência que não possuem vinculação com empresas de planos de saúde. Faz comentários sobre políticas de assistência à saúde com foco em seus impactos sobre a economia familiar, citando como referências documentos das organizações empresariais de planos de saúde, ao compor uma argumentação sobre o modelo de política de Estado voltada para o fortalecimento de empresas de prestação de serviços na assistência à saúde baseado em uma visão de economia liberal: “*A ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo) tem buscado dos órgãos federais alternativas para baratear os custos dos planos de saúde, por meio da subsegmentação dos planos. Tal alternativa significa permitir que os consumidores paguem somente por aquilo de que necessitam e que o SUS não os satisfaz, (...), ou seja, procedimentos que são executados*

satisfatoriamente pelo SUS não tem necessidade de o consumidor pagar novamente, o que diminuiria o valor da mensalidade. Pressupõe-se que o consumidor deve ter liberdade para escolher o que quer pagar e o quanto quer gastar pelo serviço de saúde” (p. 34).

Assim como Pereira⁴², Duro *et alii*³⁷ adotam uma metodologia que separa em conjuntos estanques clientes de planos de saúde e usuários do sistema público, nesse caso utilizando referências de autores do Canadá e Estados Unidos, países onde não ocorre a cobertura duplicada encontrada no Brasil.

Cordeiro Filho³⁵ propõe uma estratégia de capitalização para as operadoras a partir da eliminação do ônus do custeio da alta complexidade na assistência à saúde e transferência desse risco para as contas públicas. Ao mesmo tempo, identifica na perspectiva de expansão da base de clientes de baixa renda, viabilizada pelo barateamento do valor das prestações, um fator de manutenção do ciclo virtuoso de capitalização dessas empresas. Embora não sejam apresentados elementos de fundamentação teórica para a proposta, o texto traz uma série de depoimentos colhidos entre empresários ligados às operadoras de planos e seguros de saúde, e utiliza conceitos da teoria econômica de livre mercado na venda de serviços de saúde. Quando se refere ao sistema de saúde como um todo e ao papel do Estado na regulação pública da oferta de serviços de saúde, utiliza como tipo ideal o modelo estadunidense de proteção focalizada para grupos sociais específicos, com critérios de inclusão, e predominância de relações liberais de contrato entre compradores e vendedores de pacotes de serviço como tônica do sistema: *“Considerando tal situação técnica e de custos, torna-se viável compartilhar os riscos das situações de alta complexidade entre o governo – via ANS, Sistema Único de Saúde (SUS) e Ministério da Saúde – e operadoras, no sentido de diminuir as possibilidades de perdas financeiras das pequenas empresas que trabalham com saúde e com isso criar mais empregos, aumentar o volume de impostos e principalmente – a médio prazo – desafogar o SUS” (p. 17).*

O trabalho de Lima⁴¹ parte de uma base empírica, com dados descritivos sobre o universo de hospitais filantrópicos no Brasil, discriminando aqueles que operam planos próprios de saúde dos demais. As referências citadas na linha argumentativa remetem ao sistema de serviços de saúde dos Estados Unidos e ao fortalecimento econômico dos hospitais filantrópicos: *“Também ganham destaque... (na literatura revisada) ... questões*

relativas à sua sustentabilidade financeira, à extensão em que isenções tributárias usufruídas justificam os serviços prestados, bem como à sua capacidade de conjugar a perspectiva de realizar negócios com o exercício da sua função social” (p. 122).

DISCUSSÃO

Pode-se identificar um grupo de trabalhos que assumem uma visão crítica da articulação entre o público e o privado, mesmo após a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar em 2000. A crítica aqui é entendida como a visão que não toma a atual configuração dessa articulação como algo dado ou não passível de questionamento, mas sim como contingência, fruto de um processo histórico e, portanto, passível de modificação e de novos arranjos, criados pelo movimento político em sua relação dinâmica com a economia e a sociedade.

No interior dessa discussão crítica, existe uma variedade de ferramentas conceituais desenvolvidas como elementos de prática teórica ou como estratégia de aproximação a um objeto de estudo dotado de notável complexidade.

As metáforas utilizadas por alguns autores para caracterizar a articulação público-privada ilustram bem um cenário de relações complexas e não claramente explicitadas: “teias e tramas”²⁴, “luzes e sombras”³¹ são duas das mais significativas.

A complexidade do campo relacional que constitui a articulação público/privada, nesse caso, reside na grande quantidade de atores e na multiplicidade de interesses envolvidos no financiamento e na alocação de recursos para a assistência à saúde. Empresas prestadoras, operadoras de planos de saúde, agenciadoras e intermediários na relação de compra e venda de pacotes de serviços estabelecem uma teia de relações entre si, o mercado financeiro e o Estado, que requer um grande esforço de investigação teórica e empírica para sua caracterização.

Dentro de uma visão crítica, portanto, a persistente nebulosidade sob a qual se estabeleceu essa rede complexa de relações constitui um desafio à pesquisa acadêmica sobre saúde suplementar³¹. Mais do que isso, constitui um obstáculo ao planejamento das ações de assistência à saúde, porque instaura uma dinâmica de articulação fragmentada e pouco transparente, propícia à apropriação privada do espaço público³².

É possível perceber também uma linha de continuidade entre o nicho de discussão crítica na saúde suplementar posterior ao advento do marco regulatório e as referências teóricas e políticas adotadas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, quando se estabeleceu uma clara ligação entre a questão sanitária e suas dimensões econômicas e políticas, com ênfase nas peculiaridades dos países da periferia do sistema econômico dominante.

Tanto quanto antes, a investigação sobre o processo de acumulação setorial de capital²⁷ parece ser uma trilha promissora para a diminuição da nebulosidade, com a identificação mais precisa da estratificação social existente no setor privado em saúde, seus respectivos interesses materiais e formas de organização, assim como dos correspondentes posicionamentos de seus distintos agentes, em face das políticas de Estado.

De outra forma, a investigação sobre os fenômenos de aprisionamento⁴ (*lock-in*), representados pela inibição nas mudanças de trajetória no processo de elaboração de políticas setoriais consolidadas em padrões de comportamento e decisões recorrentes, acrescenta uma estratégia igualmente interessante à pesquisa sobre a construção de políticas. Sem negar que a conjuntura internacional nas décadas de 1980 e 1990 era de crise fiscal dos Estados e de disseminação de políticas neoliberais, com ênfase na abertura dos mercados de serviços para empreendedores privados e privatização de empresas estatais (o que seria um obstáculo ao adequado financiamento público do Sistema Único de Saúde), é possível trabalhar com o argumento de que as bases históricas privatistas no provimento da assistência, desenvolvidas desde a década de 1960, acabaram por determinar a persistência renovada de uma política favorável às empresas de planos e seguros de saúde de forma contraditória à lógica do sistema público universal.

Esse argumento remete à discussão sobre o papel do Estado ao lidar com o conflito de interesses entre os atores envolvidos no sistema. A diminuição da capacidade de governança do Estado brasileiro^{34,40} sugere a necessidade de revisão das bases da relação Estado/mercado: deveria se discutir, antes, o tamanho que se deseja conferir à iniciativa privada no âmbito da assistência à saúde ao invés de focar o debate no tamanho que se deseja dar ao Estado nessa equação³⁴. Trata-se de uma mudança importante de perspectiva. No primeiro caso, o Estado, baseado na visão republicana,

traça os limites de conveniência para os elementos de mercado na prestação da assistência à saúde. No segundo caso, é o mercado quem traça os limites de atuação para o Estado, transformado em elemento de conveniência quando legitima e normatiza práticas dissociadas do interesse público em saúde.

A denominação “assistência suplementar em saúde” foi utilizada por agentes do mercado, nos anos 1990, para designar a parcela do setor privado que operava de modo exógeno às relações contratuais com o Sistema Único de Saúde²⁷. Com isso, instaurou-se uma retórica que compatibilizava a visão da saúde como bem de relevância pública e direito de cidadania com a dinâmica de compra e venda de planos e seguros de saúde. O termo “suplementar” compôs, claramente, uma estratégia retórica que apresentava o comércio privado de planos como elemento conceitualmente convergente a um sistema público, dotado de legitimidade política e institucional. Na prática, entretanto, o polo privado contrapunha-se ao SUS com uma estratégia operacional concorrencial, típica da visão de mercado⁴⁴.

Embora oficialmente denominada de suplementar ao sistema público, o modelo de articulação entre as empresas de planos e seguros e a rede de serviços de saúde do Sistema Único baseia-se, em grande parte, na duplicidade⁶ e superposição da oferta de serviços pelos prestadores públicos e privados. Dois fenômenos são a expressão mais concreta dessa situação: a dupla porta de entrada em hospitais públicos com a correspondente segregação da clientela que não detém a posse de planos de saúde, e a figura do ressarcimento das despesas realizadas por clientes de planos em hospitais públicos. Essa última, vale reafirmar, além de não promover resultados pecuniários efetivos, é, na verdade, um potente indicador da precariedade da regulação assistencial praticada⁴.

Para entender a origem do conceito de sistema duplicado, assim como o significado do termo “suplementar” como relativo a “*serviços adicionais e não cobertos pelo esquema público*”⁴⁶ é importante percorrer a trajetória de desenvolvimento do conceito de mescla (*mix*) público/privada no interior de organizações multilaterais de fomento.

A visão sobre o caráter duplicado da articulação entre o público e o privado no sistema de saúde baseia-se no modelo de taxonomia de sistemas de seguros privados utilizado pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)⁴⁶. Essa organização foi criada no período pós-guerra, como órgão de fomento ao

desenvolvimento econômico dos países da Europa Ocidental e do Atlântico Norte e atualmente expande sua esfera de influência sobre países do hemisfério sul como o Chile.

O foco no desenvolvimento econômico e na padronização de estruturas de cooperação que possibilitem o intercâmbio de mercadorias e serviços entre os países membros define o viés dos elementos conceituais veiculados por essa organização. O conceito de mescla (*mix*) público/privada, por exemplo, carrega uma visão que toma sem distinções qualitativas os elementos públicos e os privados do sistema de serviços de saúde para compor um cenário, onde cada país elabora um esquema próprio para a sua população.

Em 1993, a Associação Latino Americana de Medicina Social (ALAMES) publicou uma crítica⁴⁷ à transposição direta para a América Latina de conceitos elaborados e utilizados por organizações multilaterais, como o Banco Mundial (BM), dominadas pelos países do núcleo do sistema econômico. Em lugar de mescla (*mix*) público/privada, propôs o uso do conceito de “articulação público/privada”, mais adequado para a investigação da trama que articula elementos públicos e privados – que são, de fato, qualitativamente distintos – no sistema de serviços de saúde de países periféricos.

Ademais, a ideia de “articulação” é coerente com os fundamentos teóricos da Medicina Social e da Reforma Sanitária Brasileira, ao colocar o foco na interface entre os processos econômicos e sociais no campo da saúde. Permite, portanto, escapar da armadilha conceitual que subordina todos os aspectos da vida social à lógica da acumulação do capital.

Essa, *de facto*, tem sido a tônica da ação regulatória aplicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar sobre a dinâmica do comércio de planos de saúde. Mesmo quando assume uma retórica de regulação do processo assistencial praticado pelos prestadores, a precariedade de sua base de dados, alimentada pelas operadoras²⁰, estabelece um limite intransponível a esse tipo de iniciativa. Da mesma forma, dá-se a incorporação espúria do princípio da integralidade das ações assistenciais quando praticadas por prestadores ligados às empresas de planos de saúde que, baseados em uma estrutura duplicada, operam dentro de uma lógica concorrencial ao Sistema Único de Saúde.

Assim, a crítica ao atual modelo de regulação da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde aponta para a ideia de que o esforço regulatório mais efetivo seria aquele voltado à revisão das interferências indesejáveis da dinâmica de compra e venda de planos de saúde sobre o conjunto do sistema⁶. Ou seja, não se trata simplesmente de uma mescla (*mix*) público/privada de recursos assistenciais usados indistintamente para o atendimento das necessidades da população, mas de uma situação onde se articulam elementos dotados de lógicas contraditórias que devem ser compreendidas e explicitadas para que assim se possa instaurar um regime regulatório que contribua para fortalecer o caráter público e a unicidade do sistema de saúde, limitando a participação do setor privado à prestação de serviços, efetivamente, suplementares.

Entre os trabalhos revisados, aqueles que utilizam conceitos referenciados por teorias liberais ou social-democratas no campo da economia ou da administração assumem de forma naturalizada as práticas de mercado na prestação da assistência à saúde. Isso significa tomar o modelo atual de regulação da articulação entre o público e o privado na saúde suplementar como algo que não pode, não precisa ou não deve ser mudado e, conseqüentemente, não se deter em considerações sobre as alternativas possíveis a esse modelo³⁷.

Sob esse prisma, o foco passa a ser, por exemplo, a ampliação da oferta de serviços de saúde como estratégia para fortalecimento econômico de empresas que vendem planos de saúde³⁵ ou o crescimento dos planos próprios de hospitais beneficiados com isenção fiscal⁴¹.

No primeiro caso, o argumento é de que a expansão da base de oferta de planos de saúde ambulatoriais a preços populares e o compartilhamento dos riscos financeiros da alta complexidade com o Estado seriam elementos necessários para o fortalecimento das pequenas e médias empresas do setor, gerando aumento na oferta de empregos e de arrecadação para o Estado, ou seja, um ciclo virtuoso de benefícios econômicos, coroado com a prestação de serviços de saúde de qualidade diferenciada, característica dos prestadores privados, e ainda com o alívio dessa demanda sobre o sistema público. A falácia desse argumento se revela, apesar da habitual estratégia de dissimulação baseada em uma retórica conceitualmente convergente ao sistema público, na disputa prática e feroz pelas fontes públicas de financiamento.

No caso da ideia de estímulo aos planos próprios dos hospitais filantrópicos, o argumento parte de uma constatação empírica básica: esse tipo de unidade prestadora compõe uma parcela importante dos leitos do país e, especialmente em pequenas cidades do interior, é, muitas vezes, a única opção de internação para pessoas adoecidas. Dito isso, o seu desenvolvimento transita por duas dimensões distintas de argumentação.

Em primeiro lugar, descreve as peculiaridades de um universo específico de prestadores de serviço de saúde que é beneficiado por incentivos fiscais e pela amortização de parte de seus investimentos por meio de financiamentos públicos proporcionados pela oferta concomitante de serviços ao Sistema Único de Saúde. Faz essa descrição com um foco na estrutura gerencial, portanto no aspecto administrativo dessas organizações, e associa o desenvolvimento desses elementos a uma melhor perspectiva de desenvolvimento e sustentabilidade econômica.

Em segundo lugar, transita pela relação desse universo de prestadores de serviços de saúde com o conjunto do sistema destes serviços. Refere-se, portanto, às instâncias reguladoras e formuladoras de políticas de saúde e sugere a conveniência do estabelecimento de estratégias adicionais de incentivos ao desenvolvimento econômico dos hospitais filantrópicos por meio de sua inserção no mercado de saúde suplementar⁴¹. Nesse caso, o claro favorecimento da parcela da população detentora de planos vendidos pelos hospitais em relação à população usuária em geral não é considerado relevante.

COMENTÁRIOS FINAIS

A estratégia de seleção do material analisado partiu de um universo de 270 textos sobre saúde suplementar no Brasil no período posterior à criação da agência regulatória e identificou 20 trabalhos vinculados à questão da articulação entre o público e o privado no sistema de saúde para exame do seu conteúdo.

Destaca-se, nesse material, a existência de uma discussão crítica sobre o modelo de regulação praticado pela agência e sua relação com referências teóricas que estabelecem uma articulação entre as dimensões econômicas e sociais e a questão da atenção à saúde.

É possível identificar uma série de conceitos e estratégias argumentativas no interior dessa discussão que, em conjunto, apontam para as contradições inerentes ao fenômeno da apropriação privada do espaço público no sistema de saúde e questionam o papel do Estado no estabelecimento de limites adequados a esse processo e à preservação do interesse do conjunto da população.

Para avançar nessa discussão e valorizá-la como elemento ativo de um processo de transformação social, cabe reatualizar os fundamentos da Reforma Sanitária Brasileira na articulação entre a prática teórica e a prática política. Uma sólida base empírica capaz de lidar com a nebulosidade e a dissimulação, analisada a partir de uma base teórica adequada ao grau de complexidade inerente à zona de fronteira da articulação entre o público e o privado na assistência à saúde, precisa estar também articulada com uma prática política qualificada para resultar em mudança.

A voga que tomava a “medicina preventiva” como aperfeiçoamento da prática médica e fazia sua transposição naturalizada para a realidade brasileira foi apropriadamente criticada por Arouca¹², na década de 1970, com ampla repercussão. Hoje, há outras estratégias “tampão” em voga a solicitar o esforço de prática teórica e prática política para que não seja tomado como natural o que tem sido produto de uma bem sucedida estratégia de dominação historicamente construída.

REFERÊNCIAS

1. SANTOS, N. R. & AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão pública e relação público privada na saúde**. 2011, Rio de Janeiro: CEBES, 300p.
2. ACIOLE, G. G. **A Saúde no Brasil**: cartografia do público e do privado. 2006, São Paulo: HUCITEC/Campinas: SINDMED, 357p.
3. BAHIA, L. *A Démarche* do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal, 1988-2008. In: __. **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde, contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008, cap. 4, p.123-185.
4. MENICUCCI, T. M. G. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil**: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. 320 p.

5. OCKÉ-REIS, C. O. **SUS**: o desafio de ser único. *in*: SANTOS, N. R. & AMARANTE, P. D. C. (Org.) **Gestão pública e relação público privada na saúde**. 2011, Rio de Janeiro: CEBES, p. 101-114.
6. SANTOS, I. S. O *Mix* Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: ENSP-FIOCRUZ, 2009.
7. CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. **As Empresas Médicas**: as transformações capitalistas da prática médica. 1984. Rio de Janeiro: Graal, 175 p.
8. MEDICI, A. C. A Medicina de Grupo no Brasil. 1991, Rio de Janeiro: OPAS.
9. PAIM, J. S. Do “dilema preventivista” à saúde coletiva. *In*: AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 154.
10. DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976. 124 p.
11. BRAGA, J. C. S. & PAULA, S. G. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. 1981. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 224 p.
12. AROUCA, Sérgio. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 2003. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 268 p.
13. FLEURY, S. Para uma Teoria do Movimento Sanitário. *in*: AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
14. MARQUES, R. M. & MENDES, A. SUS e Seguridade Social: em busca do elo perdido. **Saúde e Sociedade**. V. 14, n. 2, p. 39-49, 2005.
15. MILLER, R. H. & LUFT, H. S. *Managed care plan performance since 1980 – a literature analysis*. **JAMA**. v. 271, n.19, p. 1512-1519, 1994.

16. LISBOA, M. B. & ANDRADE, M. V. Sistema privado de seguro-saúde: Lições do caso americano. *Ensaios econômicos*; 382. 2000. Rio de Janeiro: FGV, EPGE, 2010. p.1-31.
17. *WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Regional Office for Europe. European Health Care Reform: analysis of current strategies. Copenhagen: WHO, 1997. 304 p.*
18. BRESSER PEREIRA, L. C. Sociedade civil: sua democratização para a reforma do Estado. *In: BRESSER PEREIRA, L. C.; WILHEIM, J; SOLA, L. (Org.) Sociedade e Estado em transformação. São Paulo-Brasília: UNESP-ENAP, 1999, p. 23-65.*
19. RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. & SILVA, P. L. B. Políticas de saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 4, n. 6, p. 61-84, 2000.
20. SANTOS, F. P.; MALTA, D. C. & MERHY, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n. 5, p. 1463-1475, 2008.
21. BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 13, n. 5, p. 1385-1397, set/out 2008.
22. SILVA, L. M. V. *et alii*. Algumas características do setor privado de saúde de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 4, p. 701-709, 1997.
23. SESTELO, J. & SOUZA, L. E. Saúde Suplementar no Brasil: revisão crítica da literatura de 2000 a 2010. (texto não publicado).
24. ANDREAZZI, M. F. S. Teias e tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2002.
25. ACIOLE, G. G. A saúde no Brasil: entre o Estado e o mercado. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP. Campinas. 2003.
26. SANTOS, F. P. A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde suplementar. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP. Campinas. 2006.

27. ANDREAZZI, M. F. S. & KORNIS, G. E. M. Transformações e Desafios da Atenção Privada em Saúde no Brasil nos Anos 90. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13(1):157-191, 2003.
28. ACIOLE, G. G. Uma abordagem da antinomia ‘público x privado’: descortinando relações para a saúde coletiva. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 10, n. 19, p. 7-24, jan/jun 2006.
29. CONILL, E. M. & UGÁ, M. A. D. A saúde suplementar no Brasil: dinâmica, práticas e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 13, n. 5, p. 1382, set/out 2008.
30. OLIVEIRA, D. S. Análise epidemiológica de pacientes submetidos à prótese de quadril – avaliação do banco de dados de uma operadora de saúde do estado do Paraná. Dissertação de mestrado. Programa de pós-graduação em Tecnologia em Saúde. PUC-PR. Curitiba. 2009.
31. BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6 (2): 329-339, 2001.
32. BAHIA, L. Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado. **Saúde e Sociedade**. v. 14, n. 2, p. 9-30, maio-ago 2005.
33. BARBOSA, N. B. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público *versus* privado na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (5): 2497-2506, 2010.
34. CASTRO, M. H. L. A relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: repensando o papel do Estado. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006.
35. CORDEIRO FILHO, A. Desenvolvimento das pequenas e médias empresas do setor de serviços na saúde suplementar. Dissertação de mestrado em administração de empresas. São Paulo: PUC, 2006.
36. COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de sociologia e política**. n. 18: 49-71, jun. 2002.

37. DURO, L. N. *et alii*. Desempenho da solicitação do perfil lipídico entre os setores público e privado. **Rev. Saúde Pública**. 42 (1): 82-8. 2008.
38. GERSCHMAN, S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (5): 1441-1451, 2008.
39. GOMES, M. M. G. A Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva/NESC, 2004.
40. IBANHES, L. C. *et alii*. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 (3): 575-584, mar, 2007.
41. LIMA, S. M. L. *et alii*. Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 2007; 41 (1): 116-23.
42. PEREIRA, J. C. Assistência pública e privada à saúde e suas implicações na economia familiar. Dissertação de mestrado. Programa de pós-graduação em economia doméstica. Universidade Federal de Viçosa. 2004.
43. SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D. & PORTO, S. M. O *mix* público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (5): 1431-1440, 2008.
44. SANTOS, I. S. Planos privados de assistência à saúde no mundo do trabalho. Dissertação de mestrado. ENSP-FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2000.
45. SILVA, B. M. P. O Sistema Único de Saúde: o descompasso entre a realidade normativa e a realidade fática. Tese de doutorado em Direito do Estado. PUC-SP. São Paulo. 2007.
46. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Private Health Insurance in OECD Countries. OECD Health Working Papers, 15, 2004. p. 18.

47. EIBENSCHUTZ, C. (Org.) Política de Saúde: o público e o privado. 1995, Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 312p.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dois artigos apresentados, em conjunto, discutem as características da produção acadêmica sobre saúde suplementar no Brasil no período posterior à criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e à edição da legislação federal específica sobre planos e seguros de saúde. Trata-se, portanto, de uma investigação sobre o que se produz no universo acadêmico, na forma de artigos, teses de doutorado e dissertações de mestrado com a marca do descritor “saúde suplementar”.

A primeira constatação é que existe, de fato, um quantitativo importante de textos ligados a esse descritor e que vem ocorrendo um aumento contínuo no número de publicações ao longo do período estudado. Esse fato pode ser entendido também como um indicador de que a prática do comércio de planos de saúde, como fenômeno social, cresce e adquire relevância.

O que se constata em seguida é que existe um claro viés no conjunto dessa produção, onde prevalece uma visão pragmática que naturaliza a existência de tal volume de comércio e não assume uma visão crítica que possibilite discutir os determinantes dessa situação. São textos especializados, por exemplo, nas áreas de administração de empresas, economia e direito comercial que instruem gestores de empresas de planos de saúde no trato das questões do universo da assistência à saúde, tomado como um mercado de compra e venda de serviços.

Podemos dizer que existe, também, uma relação de analogia entre as características de conteúdo do material analisado e a visão de zeladoria de mercado praticada pela agência reguladora desde a sua criação em 2000, ou seja, são duas faces da mesma moeda: aquela que se usa para comprar serviços de saúde. Esse achado, entretanto, embora útil para entender a tônica do material é, na verdade, uma simplificação formulada como uma primeira aproximação.

É possível identificar uma enorme variedade de abordagens interessantes e, em especial, destacar um nicho onde subsiste uma discussão que assume um caráter crítico sobre a expansão de práticas comerciais na prestação de serviços de relevância pública como a saúde.

Esse outro achado merece destaque porque se refere a uma vertente da discussão maior sobre a articulação entre as dimensões pública e privada na assistência à saúde e remete a uma base de referências, hoje clássicas, ligadas à Medicina Social e à Reforma Sanitária Brasileira.

Assim, o segundo artigo se detém na análise do conteúdo de uma amostra de textos que, explicitamente, tratam da articulação entre o público e o privado na assistência para entender de que forma se dá esta discussão, quais são suas referências, seus conceitos e argumentos.

No ano 2000, já era possível vislumbrar a contradição essencial relacionada com a necessidade de regulação estatal da dinâmica de compra e venda de planos de saúde. A solução encontrada, então, envolvia o risco de perda do sentido original de unidade do sistema ao deslocar essa tarefa para uma instância que não dialoga com seus diversos níveis de gestão, a ANS. Em 2010, se aponta que a tendência à expansão ilimitada desse comércio se configura na primeira e principal falha na regulação, porque ameaça subverter o princípio da saúde como direito de cidadania. Regular de verdade aqui seria, em outras palavras, deter, estabelecer limites ao processo de apropriação privada do espaço público na assistência à saúde de forma que se atenha aos aspectos de fato suplementares a um sistema integral e efetivo.

Assim, no que se refere à literatura acadêmica, é possível dizer que reflete ou mimetiza a realidade da prática regulatória. Nesse sentido, na perspectiva da saúde como direito de cidadania, impõe-se a crítica ao fenômeno.

A criação da ANS instituiu uma retórica que toma sua legitimidade de empréstimo ao Sistema Único de Saúde (SUS). Quando, no final dos anos 1990, agentes do mercado cunharam a expressão “assistência suplementar em saúde” para designar a parcela do setor privado de saúde que operava de modo exógeno às relações contratuais com o sistema público, ficava implícito que não poderia haver conflito entre a gestão do SUS e um elemento que lhe é suplementar. Parece, então, não ser possível vislumbrar nenhuma contradição, no plano do discurso, entre o SUS e a assistência suplementar.

Entretanto, ao percorrermos o conjunto das publicações, em busca da sinonímia utilizada com referência à denominação oficial, encontramos 29 diferentes expressões, algumas contraditórias entre si. Da mesma forma, ao percorrermos o conteúdo da amostra de textos relacionados com a articulação entre o público e o privado na saúde, observamos que muitos autores consideram a expansão da oferta de planos de saúde como elemento contraditório e concorrencial ao princípio da saúde como direito de cidadania representado pelo SUS.

Não faltam, portanto, contradições, nem nebulosidades na construção do objeto “saúde suplementar”. O que se observa, no universo da literatura acadêmica, é o reflexo do que se observa de forma empírica na regulação da assistência à saúde e, ao mesmo tempo, a reafirmação de uma matriz discursiva pautada na dissimulação.

Ao apontar tal fenômeno, procuramos demonstrar que o nicho de produção acadêmica de viés crítico possui elementos empíricos robustos e substrato teórico adequado para tratar da articulação entre o público e o privado na saúde suplementar, de forma a instruir a ação política comprometida com o princípio da saúde como direito de cidadania.

Assim, para concluir e melhor caracterizar o ponto de origem do trabalho representado por esses dois artigos, reafirmamos a disposição apontada no texto de apresentação de que a primeira opção política a fazer se refere à denominação do objeto com o qual desejamos nos relacionar. O Sistema Único de Saúde já encerra em sua denominação o conceito sobre o qual podemos construir uma prática política extensiva a vários outros níveis de atuação além da retórica. Entretanto, uma retórica coerente e extensiva é também, ela mesma, um poderoso instrumento de ação política no processo de construção de uma sociedade mais justa e democrática.