

# INFORMAÇÃO E REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR À SAÚDE

---

*Clóvis Ricardo Montenegro de Lima*

Rio de Janeiro, 2005

 **e-papers**



*Tese apresentada em 31 de março de 2005  
no Programa de Pós-Graduação em Ciê-  
ncia da Informação do Instituto Brasileiro  
de Informação em Ciência e Tecnologia /  
Escola de Comunicação da Universidade  
Federal do Rio de Janeiro como pré-requi-  
sito para obtenção do Título de Doutor.  
Aprovada com grau “A”.*



*Para Rose Marie Santini.*

*Aos meus pais Clóvis (em memória) e  
Regina, aos meus irmãos Cássio Renato,  
Carlos Rogério e Célia Regina e aos meus  
filhos Carlos Eduardo e Nicolas Heráclito.*



*“Transmutando-se, repousa”.*

Fragmento 63 de Heráclito, Século IV a.C.



*Aos professores Dra. Gilda Olinto (Orientadora), Dr. Geraldo Amadel Lobato Franco, Dr. Manoel Gonçalves Rodrigues, Dra. Maria Cynésia Medeiros de Barros Torres, Dra. Rosali Fernandez de Souza, Dr. Geraldo Prado, Dra. Maria Nélida Gonzalez de Gomes, membros das bancas de qualificação e examinadora.*

*Aos professores, funcionários e alunos do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia e da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro.*

*Aos amigos e colegas da Agência Nacional de Saúde Suplementar.*

*Aos colegas professores das Faculdades São José e da Universidade Cândido Mendes.*

*Às amigas e aos amigos de diferentes tempos e lugares, especialmente a Zuleide Figueiredo Patrício e Rafaela Duarte de Liz.*

© Clóvis Ricardo M. de Lima/E-papers Serviços Editoriais Ltda., 2005.  
Todos os direitos reservados à Clóvis Ricardo M. de Lima/E-papers  
Serviços Editoriais Ltda. É proibida a reprodução ou transmissão desta  
obra, ou parte dela, por qualquer meio, sem a prévia autorização dos  
editores.

Impresso no Brasil.

1<sup>a</sup> edição em junho de 2005.

ISBN 85-7650-036-1

*Projeto gráfico, diagramação e Capa*

Lívia Krykhtine

*Revisão*

Helô Castro

Elisa Sankuevitz

Esta publicação encontra-se à venda no *site* da  
E-papers Serviços Editoriais.

<http://www.e-papers.com.br>

E-papers Serviços Editoriais Ltda.

Rua Mariz e Barros, 72, sala 202

Praça da Bandeira – Rio de Janeiro

CEP: 20.270-006

Rio de Janeiro – Brasil

Lima, Clóvis Ricardo Montenegro de  
Informação e Regulação da Assistência Suplementar à Saúde /  
Clóvis Ricardo Montenegro de Lima. Rio de Janeiro: E-Papers  
Serviços Editoriais, 2005. 1<sup>a</sup> edição.  
110 pág.

1. Serviços de Saúde Suplementar 2. Características do  
Mercado de Saúde Complementar  
I. Título

CDD 658.83

# SUMÁRIO

---

- 13 INTRODUÇÃO
- 17 INFORMAÇÃO E DEMOCRACIA
- 29 ASSIMETRIA DE INFORMAÇÕES E REGULAÇÃO DE MERCADOS
- 35 TEORIAS E FUNDAMENTOS DA REGULAÇÃO PÚBLICA DE MERCADOS
- 41 O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL
- 49 OS MARCOS DA REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL
- 55 A AÇÃO CRÍTICA DOS CONSUMIDORES DE SAÚDE SUPLEMENTAR
- 63 AS NORMAS DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR
- 77 A INFORMAÇÃO COMO FERRAMENTA REGULADORA DE MERCADOS
- 89 CONSIDERAÇÕES FINAIS
- 97 REFERÊNCIAS



# INTRODUÇÃO

---

Este trabalho resulta da investigação e da reflexão a partir dos conceitos de informação, regulação e democracia no contexto da regulação da assistência suplementar à saúde no Brasil. A descrição do mercado e do processo de regulação realizados pode permitir que seja evidenciada a relevância da informação como ferramenta reguladora.

O objetivo principal desta investigação é mostrar a informação como elemento estratégico no processo de regulação do mercado. A descrição detalhada das normas e do uso da informação no mercado de saúde suplementar funcionam como argumento sobre o qual se discute e se reflete o lugar e a potência desta ferramenta.

O mercado de saúde suplementar no Brasil, atualmente, compreende 2.200 operadoras privadas trabalhando para mais 38 milhões de beneficiários, mobilizando mais de 25 bilhões de reais em 2003, milhares de prestadores de serviços e centenas de milhares de profissionais de saúde.

Este trabalho está organizado em duas partes complementares. A primeira revisa seletivamente e discute conceitos e teorias dos agentes econômicos e da regulação de mercados, concluindo com uma discussão reflexiva sobre informação e regulação. A segunda descreve e discute o mercado de saúde suplementar e o processo de regulação desse mercado.

A sociedade atual vive profundas mudanças nos modos de produção e de reprodução das suas relações, configu-

rando uma formação histórica que tem sido denominada “Sociedade da Informação”. Esta nova formação traz consigo imensas possibilidades e desafios, incluindo a redução das desigualdades sociais e econômicas.

Assume-se como pressuposto básico, que orienta este trabalho, que a informação é condição para a democracia, especialmente para a efetiva participação dos cidadãos nos processos de decisão. A Sociedade da Informação é uma época de novas formas de articulação e de defesa de interesses difusos, quando a aproximação proporcionada pelas tecnologias digitais e pela internet podem ampliar as possibilidades de ação coletiva.

As redes sociais são o espaço de novos vínculos e associações, onde podem ser discutidos e negociados interesses. É neste espaço que se inscrevem condições de possibilidade de uma comunidade de comunicação ideal. A opção ética de discussão orientada para o entendimento pode ser procedimento para a ação socialmente responsável.

A primeira parte deste trabalho descreve e discute as principais teorias e fundamentos da regulação de mercados, considerando duas vertentes conceituais: as teorias do interesse público e as teorias econômicas da regulação. As teorias do interesse público referem-se à regulação como procedimento de defesa do interesse geral contra as falhas do mercado.

As teorias econômicas da regulação consideram que há captura do regulador por parte de setores interessados do mercado regulado. Assim, a regulação sempre apresenta elementos de defesa de interesses privados específicos. Nesta parte do trabalho são mencionados os principais conceitos dos autores da denominada Escola de Chicago.

Uma das principais contribuições das teorias econômicas de regulação diz respeito à descrição e discussão das características do mercado, entre elas a assimetria de informações dos agentes econômicos. É esta assimetria, as diferenças entre as informações dos agentes econômicos, uma das principais demandas de regulação dos mercados, inclusive do setor de saúde suplementar.

A construção de agências reguladoras autônomas tem se mostrado um desafio para a sociedade, especialmente para os agentes econômicos. Os consumidores são os primeiros a dizer que se está longe de uma ação eficaz na regulação do mercado de saúde suplementar.

A segunda parte desse trabalho se inicia com uma descrição das principais características do mercado de saúde suplementar no Brasil. São reunidas informações sobre o volume de recursos financeiros mobilizados pelas operadoras, as qualidades dos diferentes segmentos de operadoras e as distribuições dos beneficiários de planos de saúde.

Essa descrição se beneficia do próprio processo de regulação desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a partir da sua criação, pois, antes não havia informação precisa e confiável sobre as principais características do mercado.

O senso comum identifica os consumidores como a parte mais frágil nos mercados no que diz respeito às informações relevantes para a tomada de decisão. Entretanto, a insuficiência de informações por parte dos consumidores não significa que estes não têm capacidade para agir na defesa dos seus interesses econômicos. O que se observa, aliás, é uma forte articulação e ação de organizações de defesa dos interesses dos consumidores a partir dos anos 90.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar vem produzindo desde a sua criação uma grande quantidade de regulamentos para regulação do mercado, incluindo normas específicas sobre a informação em saúde suplementar. É feita busca e seleção entre estas normas publicadas da ANS, selecionando e descrevendo aquelas relacionadas à informação.

É importante mencionar que muitas resoluções da diretoria colegiada da ANS estão republicadas mais de uma vez, retificando ou mudando o conteúdo das normas reguladoras. Estas mudanças também ocorrem nas resoluções sobre os sistemas de informações.

A informação pode ser, ela mesma, uma ferramenta na regulação dos mercados, inclusive no mercado de saúde suplementar. Se a assimetria de informações requer regulação,

os procedimentos de produção, a intermediação e o uso de informações podem reduzir as desigualdades entre os agentes do mercado de saúde suplementar.

# INFORMAÇÃO E DEMOCRACIA

---

No final do século XX ocorrem globalmente mudanças históricas que desmantelam muitas configurações sociais que marcam a Modernidade. Houve mudanças nos regulamentos econômicos e sociais, a reestruturação de formas organizacionais, a quebra de representações e as expectativas. Há, atualmente, uma maior incerteza em relação ao futuro e um enfraquecimento dos vínculos e das solidariedades.

Os processos de produção da informação e do conhecimento também mudam. Ganha maior dimensão a produção de informação e de conhecimento intensivos, de produtos personalizados e de signos e imagens, em contraposição a produção de bens materiais padronizados. As características da sociedade industrial perdem força para a flexibilização globalizada das formas de organização social.

A convergência de mudanças sociais e tecnológicas produz também mudança nas relações de produção econômica e de conhecimento. O processo social de desenvolvimento científico e tecnológico tem implicações culturais e políticas cumulativas, que mudam as formas de discutir, produzir e organizar informação, enfim, de agir e de representar a sociedade.

Castells (2001), observa que cada modo de desenvolvimento é definido pelo elemento fundamental à promoção da produtividade no processo de produção. No modo de desenvolvimento industrial, a principal fonte de produtividade se encontra na introdução de novas fontes de energia e na capa-

cidade de descentralização do uso de energia ao longo dos processos de produção e de circulação. Na Sociedade da Informação a fonte de produtividade se encontra na tecnologia de geração de conhecimentos, de processamento da informação e de comunicação de símbolos.

O conhecimento e a informação são elementos cruciais em todos os modos de desenvolvimento, visto que o processo de produção sempre está baseado em algum grau de conhecimento e no processamento de informação. O que é específico do modo informacional de desenvolvimento é a ação dos conhecimentos sobre os próprios conhecimentos como principal fonte de produtividade. O processamento de informação é focalizado na melhoria da tecnologia do processamento da informação como fonte de produtividade, em um ciclo de interação entre as fontes de conhecimentos tecnológicos e a aplicação da tecnologia para melhorar a geração de conhecimento e o processamento de informação (CASTELLS, 2001).

Cada modo de desenvolvimento tem um princípio de desempenho estruturado que funciona como base para a organização dos processos tecnológicos. A Sociedade Industrial é orientada para o crescimento da economia e a maximização da produção. A Sociedade da Informação visa o desenvolvimento tecnológico, ou seja, a acumulação de conhecimento com maiores níveis de complexidade nos processamentos de informação.

O elemento essencial para a construção da Sociedade da Informação no Brasil, conforme Miranda (2000), é a implantação de uma sólida plataforma de telecomunicações, na qual possam difundir-se e florescer as aplicações em áreas de alto conteúdo e de retorno social. Requer a instalação e fortalecimento de adequada infra-estrutura de escolas, bibliotecas e laboratórios, a fim de que uma nova geração de brasileiros se prepare para o futuro.

As formas de ação do Estado com relação aos elementos estruturais da Sociedade da Informação são cruciais, destaca Miranda (2000), uma vez que suas políticas podem traçar o horizonte e definir os modos de interação entre pessoas, organizações e instituições públicas e privadas. O desenvolvi-

mento da Sociedade da Informação requer um esforço nacional para aumentar, por um lado, a penetrabilidade da Internet e, por outro, o volume de conteúdos brasileiros.

Miranda (2000) ressalta também a importância do processo de seleção de conteúdos e dos níveis de qualidade relativa que é objeto de análise e controle por parte dos sistemas intermediários de informação, mediante instrumentos adequados nas etapas de formação de estoques, processamento técnico e disseminação. A melhor difusão e uso de conteúdos pela sociedade dependem da normalização e do tratamento parametrizado.

A Sociedade da Informação se desenvolve através da operação de conteúdos sobre a infra-estrutura de conectividade. Miranda (2000) afirma que o fenômeno que melhor caracteriza o funcionamento em rede é a convergência progressiva que ocorre entre produtores, intermediários e usuários em torno de recursos, produtos e serviços de informação afins.

Uma das contribuições mais relevantes da Internet é permitir que qualquer usuário venha a ser produtor, intermediário e usuário de conteúdos. O alcance dos conteúdos é universal, resguardadas as barreiras lingüísticas e tecnológicas do processo de difusão. É por meio da operação de redes de conteúdos de forma generalizada que a sociedade atual vai se mover para a Sociedade da Informação (MIRANDA, 2000).

A Internet inclui as pessoas não somente como receptores passivos, mas também como agentes ativos e determinantes, livres para escolherem o conteúdo, interagirem com ele, independentemente do espaço e do tempo em que se localizam o usuário e os conteúdos. A Internet enriqueceu o papel do usuário, do cidadão, dotando-o com o potencial e a capacidade de produtor e intermediário de conteúdos (MIRANDA, 2000).

Werthein (2000) observa que o olhar sobre a experiência concreta das sociedades da informação permite revelar como a reestruturação do modo de produção econômica e a difusão das novas tecnologias da informação mediadas pelo Estado estão interagindo com as forças sociais e gerando processos de transformação.

A construção da Sociedade da Informação se dá em ritmo acelerado e atinge níveis díspares nas diferentes sociedades. Werthein (2000) aponta que as desigualdades de renda e de desenvolvimento reproduzem-se na Sociedade da Informação. Enquanto no mundo industrializado a informatização dos processos sociais ainda tem que incorporar alguns segmentos sociais e minorias excluídas, na grande maioria dos países em desenvolvimento, vastos setores engrossam a fatia dos que estão longe de se integrar. Este fato constitui um desafio ético para a construção da Sociedade da Informação, desafio que só a ação da sociedade pode superar.

As tecnologias e as relações de produção difundem-se por todas as relações e estruturas sociais, penetrando nas relações de poder e nas experiências, e produzindo mudanças. O modo de desenvolvimento modela todas as esferas de comportamento social, inclusive a comunicação simbólica. Há uma íntima relação entre cultura e forças produtivas. Castells (2001) afirma que se deve esperar novas formas históricas de interação, controle e transformação social.

A formação de redes sociais ganha vida nova atualmente, transformando-se em redes de informações potencializadas pelas novas tecnologias de informação e comunicação. As redes têm vantagens extraordinárias como ferramentas de organização em virtude da flexibilidade e adaptabilidade que lhe são inerentes, características essenciais para se sobreviver e prosperar num ambiente em rápida mutação, como é o caso nas sociedades atuais (CASTELLS, 2001).

As redes sociais são uma forma específica de ligação entre grupos de pessoas. Entretanto, os laços que formam uma rede social não precisam necessariamente ser compostos por indivíduos: os laços podem ser outros, mais amplos, formados por outras unidades sociais. Uma rede é um conjunto de nós interconectados (BARNES, 1987).

Barnes (1987) afirma que o conceito de rede social é apropriado em situações em que grupos persistentes, como partidos ou facções, não estão formados, bem como em situações em que as pessoas são continuamente requisitadas a escolher sobre quem procurar para obter liderança, ajuda,

informação e orientação. Assim, o conceito de rede social ajuda a identificar quem são os líderes e quem são seus seguidores, ou demonstrar que não há padrão persistente de liderança.

Os laços pessoais formados nas migrações, vizinhanças, alocações temporárias e comunidades, examinadas a partir das estruturas e processos organizados em rede, ordenam e integram as atividades urbanas. A própria cidade pode ser vista como uma rede de redes. É a organização da vida urbana em redes que promove a diversidade como uma forma de força e não de caos – é esta diversidade que torna possível a existência de redes de estruturas sociais complexas e amplamente ramificadas (CRAVEN, WELLMAN, 1974).

As redes proliferaram em todos os domínios da economia e da sociedade, tomando o lugar das corporações verticalmente organizadas e das burocracias centralizadas. Contudo, apesar de suas vantagens em termos de flexibilidade, as redes tradicionalmente sempre precisam lidar com um grande problema, em contraste com hierarquias centralizadas: elas apresentam considerável dificuldade em coordenar funções, em concentrar recursos em metas específicas e em realizar uma dada tarefa dependendo do tamanho e da complexidade da rede (MORGAN, 1996).

Rovere (2003) observa, que as redes “sociais” apresentam níveis de vínculos em ordem crescente de aprofundamento. Quanto maior o nível do vínculo, maior o capital social da rede. Capital social é entendido como noção oriunda da economia que o interpreta como preditor do desenvolvimento econômico. Quanto maior a qualidade do vínculo entre as pessoas, maior a possibilidade de promoção do desenvolvimento econômico e social de um território. As redes mais preparadas para enfrentar conflito são as que possuem muita circulação colateral, onde a mediação pode ser exercida por quem se relaciona com os dois “nós” que entram em conflito.

Rovere observa que as redes sociais podem se organizar de modo formal ou informal, dependendo das variações nos papéis de seus participantes. Em uma rede social formal, os papéis de cada membro são definidos e não são estabeleci-

dos ao acaso, mas também não são produzidos diretamente por categorias como classe, grupos salariais ou ocupacionais.

Existem comportamentos esperados de todo indivíduo que ocupa uma posição social particular dentro de um sistema de relacionamento. No caso de uma rede informal, os papéis se estabelecem e se modificam de acordo com o padrão de relações sociais com (e entre) as pessoas envolvidas dentro dos nós tecidos no interior da rede e ao seu redor. O conceito de redes sociais se confunde com os de alianças interpessoais e de organização informal das pessoas dentro das organizações formais ou dispersas dentro da sociedade (MORGAN, 1996).

Uma das formas privilegiadas de operação das redes sociais é no acesso e na disseminação de informações. Morgan (1996), afirma que o requisito para as redes sociais é que exista uma base para alguma troca para benefício mútuo. A criação de coalizões de sucesso requer que se reconheça que a moeda de construção da coalizão é a da dependência mútua e da troca.

Coalizões, alianças e redes construídas podem permanecer informais e em certo grau invisíveis. Algumas vezes, as redes podem até ser construídas mediante trocas institucionalizadas e virem a se tornar permanentes. As redes podem ser fechadas ou ampliar-se para incluir pessoas fora dela. As pessoas podem participar de múltiplas redes sociais, ocupando papel relevante em umas, e marginal em outras. O grau de cooperação com a rede e o tipo de exercício de poder, varia de acordo com o padrão de dependência mútua sobre o qual a aliança é construída (MORGAN, 1996).

As redes sociais ocupam papel relevante na configuração da cultura, especialmente, pela criação e legitimação de valores e atitudes. As alianças e coalizões podem efetivamente formar subculturas, ao estabelecerem formas particulares de relação de forças. O poder informal exercido por pessoas a partir das redes sociais pode criar como exemplo paradigmático a figura da eminência parda (BARNES, 1987).

As redes sociais interferem nos modos de exercício de poder, entre os quais se destaca o controle das contra-organi-

zações, bem como o controle do conhecimento e da informação e do simbolismo e administração do significado (MORGAN, 1996). Isto quer dizer que um dos modos relevantes de intervenção das redes sociais é na comunicação e nas trocas simbólicas.

Chauí (1993) afirma que seja qual for o estatuto econômico e a posição dentro de um sistema global de dependências sociais, as pessoas participam da vida social em proporção ao volume e à qualidade das informações que possuem, mas, especialmente, em função de sua possibilidade de aproveitá-las e, sobretudo, de sua possibilidade de nelas intervir como produtor de saber.

Quando se pensa a informação, é fundamental observar o seu caráter perspectivo nas sociedades atuais. A informação está sempre inscrita numa configuração histórica de relações conflituosas entre interesses diferentes. A informação expressa interações entre pessoas ou grupos no contexto histórico, quando são desiguais as condições de produção, intermediação e uso. A desigualdade nos processos de comunicação produz e reproduz características importantes da subjetividade sempre atualizada.

Gonzalez de Gomez (2002) comenta que os padrões de infra-estrutura de informação produzem nas redes um primeiro plano de zoneamento discursivo, dentro do qual são facilitadas *certas* relações e ocorrências semânticas, enquanto outras são dificultadas. Pensar nas consequências da escolha de um sistema Windows ou Lynnx em uma grande rede de comunicação computadorizada são exemplos do caráter regulador dos padrões tecnológicos, que interferem como micropolíticas tácitas sobre os processos de informação e de comunicação.

A convergência tecnológica vem eliminando os limites entre os meios de comunicação, tornando-os solidários em termos operacionais, e erodindo as tradicionais relações que mantinham entre si e com seus usuários. A tecnologia digital torna possível o uso de uma linguagem comum: tudo pode ser transformado em dígitos e distribuído por fios telefônicos, fibras ópticas e satélites ou ainda por via de um meio físico de gravação,

como uma fita magnética ou um disco. A digitalização torna o conteúdo totalmente plástico, isto é, qualquer mensagem, som ou imagem pode ser editada, mudando de qualquer coisa para qualquer coisa (MIRANDA, 2000).

Neste quadro, a Internet estaria atualmente em uma encruzilhada entre o desenvolvimento de experiências democráticas e inovadoras ou o fortalecimento de tendências monopolistas, sobrecodificadoras e de regulamentação, afirma Gonzalez de Gomez (2002). Assim, as motivações iniciais de dar publicidade de informações públicas teria dado lugar a uma preocupação maior com as estratégias de navegação e com o estilo de construção discursiva, em crescente mediatização da Internet.

Quando se afirma que existe uma relação entre informação e conhecimento e que estes elementos podem provocar transformações nas estruturas, se está afirmando com base na idéia de que o conhecimento sobre determinado assunto, em determinado momento, é representado por uma estrutura de conceitos ligados por suas relações, isto é, uma visão particular de mundo. A informação é um fenômeno social que envolve ações de atribuição e comunicação de sentido que podem provocar transformações nas estruturas pois geram conhecimento. O contexto histórico e social interfere nesses processos de emissão e de recepção das informações (BELKIN, 1976).

O processo de recepção da informação pode ser desdobrado em dois tempos: o primeiro é o acesso a informação e o segundo é a seleção de informação. O acesso ou consumo de informação não garante que devem acontecer usos ou transformações de estruturas sociais. Cada pessoa ou organização social faz suas escolhas baseadas em desejos, interesses e perspectivas.

A seleção de informações expressa a inter-relação entre a informação recebida e o contexto do receptor, bem como a sua compreensão do código usado. Assim, o receptor percebe, interpreta e comprehende a informação. Estes processos interferem nas escolhas de conteúdos. Pode, então, ocorrer convergência ou divergência entre informação recebida e receptor.

As possibilidades de transformações de estruturas por meio da informação se iniciam no processo de recepção. A primeira mudança está relacionada com a estrutura cognitiva do receptor. Uma vez selecionada, a informação produz mudança no nível de conhecimento do receptor. As pessoas podem ou não usar este conhecimento para intervir e produzir transformações no seu contexto histórico e social.

O processo de atribuição de valor às informações recebidas e selecionadas é também processo de atribuição de sentido. Este processo é ele mesmo a produção de uma outra informação. Assim, atribuir valor ou sentido depende dos contextos de recepção e de vida do receptor (BELKIN, 1976).

Quando se constrói a informação, procede-se de modo seletivo perante um cabedal por vezes transbordante de dados disponíveis, ou seja, selecionando o que é possível captar, sem falar que se prefere o que interessa. Como mostra a biologia, o aparato perceptor não capta tudo, mas o que é possível captar; os olhos não vêem tudo, mas o que conseguem ver. Ademais, entram em cena os interesses, mediante os quais a interpretação ganha foros claros de opção política (DEMO, 2000).

O homem comum vive em condições que interferem no seu referencial de interpretação e de uso das informações. Gonzalez de Gomez (2002) adverte que as ações de informação e de comunicação desenvolvidas conforme as estruturas funcionais e abstratas das semióticas do Estado, enquanto possuem e expressam suas próprias “ontologias” classificatórias de administração, tornam-se incomensuráveis entre si, nos espaços locais e cotidianos, colocando às vezes uma barreira a mais entre a necessidade dos cidadãos de adquirir cidadania e a disponibilidade e o acesso aos recursos públicos. Com freqüência, as fontes de informação do Estado e as demandas da sociedade não se cruzam.

Campello (2003) observa que um dos paradoxos de democracia nas sociedades atuais é que a convocação por mais participação direta das pessoas acarreta em tensão com sua realização pragmática em função da complexidade dos conhecimentos necessários para as decisões públicas. A participação nas decisões é reduzida ou fica restrita pelo processo

de delegação da compreensão: em função da complexidade do conhecimento necessário, os tomadores de decisão políticos podem delegar responsabilidades aos peritos técnicos.

A Sociedade da Informação é o tempo e o espaço no qual emergem e se intensificam discussões sobre as competências informacionais. É também um espaço de riscos, oportunidades e promessas. A competência informacional possibilita as pessoas tirarem vantagem das oportunidades inerentes a Sociedade da Informação globalizada (CAMPELLO, 2003).

A competência informacional pode ser expressa por habilidades cognitivas ou por pensamento crítico para sobreviver na Sociedade da Informação: habilidade de solucionar problemas, de aprender independentemente, de aprender ao longo de toda a vida, de aprender a aprender, de questionamento e de pensamento lógico (HATSCHBACH, 2002).

Se a Sociedade da Informação é o ambiente de abundância informacional, a tecnologia é o instrumento que permite lidar com o problema, potencializando o acesso à informação e conectando as pessoas aos produtos subjetivos. A tecnologia permite intensificar o acesso e o uso da informação. As mudanças produzidas por estas intensificações tecnológicas podem liberar o potencial humano (CASTELLS, 2001).

A fluência no uso da tecnologia é apenas um dos componentes de competência informacional. Essa fluência deve ser considerada como a estrutura intelectual para compreender, encontrar, organizar, avaliar, indexar, disseminar e usar informação, atividades que podem ser realizadas em parte através da tecnologia e em parte através de métodos de pesquisa sólidos, mas principalmente por meio do discernimento e do raciocínio (CAMPELLO, 2003).

Finalmente, cabe discutir a ética da comunicação nos termos estabelecidos por Habermas (1989), como forma de agir que pode ser pensada e usada pelas pessoas na nossa sociedade fortemente marcada pela globalização econômica e pela desigualdade social. A possibilidade da construção do entendimento pode e deve ser aprendida como modo de formação discursiva das solidariedades.

Habermas (1989) propõe o empreendimento intersubjetivo por intermédio da ética de discussão, que deriva da concepção construtivista da aprendizagem, na medida em que comprehende a formação discursiva da vontade como uma forma de reflexão do agir comunicativo e na medida em que exige, a passagem do agir estratégico para a ética da discussão, uma mudança das falas no espaço social.

A discussão prática acontece quando o modo de agir carece de fundamentação de natureza coletiva e os membros de uma sociedade têm de chegar a uma decisão comum. Eles têm de tentar se convencer mutuamente de que é do interesse de cada um que todos ajam assim. Neste processo cada um indica ao outro as razões por que ele pode querer que um modo de agir seja tornado socialmente obrigatório.

Cada pessoa tem de poder convencer-se de que a norma proposta é, na circunstância dada, igualmente boa para todos. A ética de discussão pode criar os argumentos que justificam e que legitimam os processos de decisão para a ação coletiva e os acordos práticos entre as pessoas.

O conteúdo utópico de uma “sociedade de comunicação ideal” não se reduz aos aspectos formais de uma intersubjetividade intacta (HABERMAS, 1989). O que se diserne normativamente são as condições necessárias para uma ação comunicativa cotidiana e para um processo de formação discursiva da vontade, que podem criar condições para que os próprios participantes realizem formas concretas de uma vida melhor e menos ameaçada.

A ética da discussão orienta que a norma só deve pretender validade quando todos os que possam ser envolvidos por ela cheguem ou possam chegar, enquanto participantes de uma discussão prática, a um acordo sobre a validade dessa norma. O princípio ético discursivo pressupõe que a escolha de normas pode ser fundamentada. A argumentação possibilita o acordo em discussões práticas sempre que as matérias possam ser regradas no interesse igual de todos os envolvidos (HABERMAS, 1989).

As argumentações servem, pois, para dirimir os conflitos de ação. Os conflitos no domínio das interações governadas

por normas remontam imediatamente a um acordo normativo perturbado. A reparação consiste em assegurar o reconhecimento intersubjetivo para uma pretensão de validade inicialmente controversa e em seguida resolvida ou, então, para uma nova pretensão de validade que vem substituir a primeira. Essa espécie de acordo expressa uma vontade comum.

As argumentações aparecem como processo de entendimento que são regulados de tal modo que proponentes e oponentes possam, em hipótese, e liberados da pressão da ação e da experiência, examinar as pretensões de validade que se tornam problemáticas. Nesse plano estão pressupostos pragmáticos de uma forma especial de interação: uma busca cooperativa do entendimento, organizado como uma competição.

Os sujeitos que agem de modo comunicativo, ao se entenderem uns com os outros no mundo, também se orientam por pretensões de validade normativas. Não existe forma de vida sociocultural que não esteja, pelo menos implicitamente, orientada para o prosseguimento do agir comunicativo com meios argumentativos – por mais rudimentar que tenha sido o desenvolvimento das formas de argumentação e por mais pobre que tenha sido a institucionalização dos processos discursivos de entendimento.

A ética possibilita e expressa uma aprendizagem. O conceito de autonomia desloca o conceito da capacidade de agir “responsavelmente”. A responsabilidade torna-se um caso especial de imputabilidade: a orientação de agir em função de um acordo representado de maneira universal e motivado racionalmente – age moralmente quem age com discernimento.

Afirmando que o volume de conteúdos operados por um país pode determinar o seu desenvolvimento econômico e social, Miranda (2000) aconselha que organizações de pesquisa científica, tecnologia, educação e saúde operem a geração e a comunicação de conhecimento, a educação a distância e a promoção da saúde, de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros e o aumento do capital social.

# ASSIMETRIA DE INFORMAÇÕES E REGULAÇÃO DE MERCADOS

---

Os agentes econômicos são os indivíduos, grupos de indivíduos ou organismos que constituem, do ponto de vista dos movimentos econômicos, os centros de decisão e de ações fundamentais. A teoria econômica do principal-agente busca analisar determinados tipos de relações hierárquicas entre agentes econômicos.

Esta teoria é particularmente importante para o estudo da regulação, pois, a relação da agência reguladora com as empresas contém as características de uma relação principal-agente, o que sugere que este modelo geral pode ser usado para entender as formas particulares de regulação na vida real. O modelo é ainda mais pertinente porque as outras relações entre os participantes do processo também detêm estas características (PEREIRA FILHO, 2004).

O modelo de “relação” principal-agente é útil para salientar o que determina a escolha de determinadas estruturas regulatórias e determinados tipos de comportamento. O modelo principal-agente é relevante para analisar qualquer relação onde existem as seguintes condições: 1) Delegação de uma tarefa por um agente econômico a outro; 2) Informação assimétrica; 3) Relação imperfeita entre o esforço colocado e o resultado do esforço; 4) Custo de monitoração alto; 5) Objetivos não alinhados (MULLER, 1997).

O agente possui certas informações sobre si mesmo ou sobre a tarefa que o principal não possui. Por exemplo, o agente

sabe quanto esforço coloca para cumprir a tarefa. Já o principal não observa o esforço colocado e sim o resultado deste esforço. O principal não tem como monitorar a baixo custo a performance do agente para poder observar o nível de esforço colocado (PEREIRA FILHO, 2004).

A relação principal-agente acontece entre paciente e médico, segurado e seguradora, dono de terra e meeiro, patroa e empregada doméstica, eleitor e eleito, passageiro e taxista. A relação principal-agente é mutuamente vantajosa se puder ser estruturada de forma a contornar os problemas inerentes a este intercâmbio. Em geral, existe um contrato entre as partes, que determina qual a tarefa a ser executada e como será a sua remuneração. Este contrato pode ser tanto um contrato formal por escrito e com validade jurídica, quanto um contrato tácito.

Por isso, o principal como o agente são economicamente racionais, ambos entendem os incentivos enfrentados por um e outro. O principal sabe que o agente tem motivos para agir de modo oportunista e que ele assim vai agir se lhe for dado espaço. Sendo assim, existe a possibilidade de que muitas relações, que podem ser vantajosas para os dois lados, deixem de se realizar devido à incapacidade de ambos os lados estabelecerem um contrato que seja capaz de mitigar os incentivos oportunistas do agente (MULLER, 1997).

O principal reconhece a vantagem que é poder delegar a tarefa a um agente, pagando uma remuneração por isto, mas sabendo dos problemas de informação associados a tal relação, opta por não estabelecê-la. De fato, tal perda se dá em muitos casos, porém, em outros, ambos os lados têm um incentivo de buscar uma forma de estruturar o contrato, de forma a alinhar os incentivos de ambos os lados e com isso permitir que a relação ocorra sem o perigo do comportamento oportunista por parte do agente (PEREIRA FILHO, 2004).

A utilidade do modelo principal-agente está justamente em salientar que as formas de relação entre os agentes econômicos são estruturadas de maneira muito particular como meio de contornar os problemas de informação. Isto é, na vida real freqüentemente se observam contratos sendo estabelecidos

entre agentes econômicos que em vez de simplesmente especificar qual a tarefa e quanto vai ser pago pelo cumprimento, incluem formas mais complicadas de pagamento ou determinadas condições a serem observadas por ambas as partes (PINTO JR, SILVEIRA, 1999).

Cada tipo de relação apresenta detalhes específicos de onde e como os problemas de informação incidem. Existem duas classes gerais de solução para o problema principal-agente. A primeira envolve uma forma de remuneração estruturada de forma a alinhar os incentivos de ambas as partes. A segunda envolve soluções para o problema principal-agente, com o surgimento de regras e instituições que tenham o efeito de evitar o comportamento oportunista do agente e alinhar os interesses de ambas as partes.

A aplicação mais comum do modelo à regulação envolve a relação entre a agência reguladora e a empresa. A agência é vista como o principal que delega ao agente, a tarefa de produzir o serviço de utilidade pública. O interesse da agência é que a empresa atenda toda a demanda em um nível satisfatório de preço e qualidade. O interesse da empresa é maximizar seu lucro. A regulação possui todas as características de um problema principal-agente. Sendo assim, pode-se esperar que ambos os lados busquem estruturar sua relação de modo a contornar os problemas de informação e oportunismo.

A assimetria de informação reside no fato que uma agência não observa o custo da empresa e não tem informação suficiente para determinar um preço que beneficie o consumidor sem falir a empresa. Esta tem um forte incentivo de sobredeclarar seu custo para que a agência coloque um preço mais alto. O custo de monitoração é muito alto para ela. Além disto, a empresa tem poucas razões para se tornar mais eficiente uma vez que seus custos vão sempre ser cobertos (MULLER, 1997).

A não existência de informações corretas e suficientes para orientar a decisão dos agentes econômicos limita sua capacidade de agir de modo eficiente, sendo fonte de mau funcionamento dos mercados e perda de bem-estar. Nos mercados de saúde é certamente a informação imperfeita a falha

de mercado mais importante, por trazer incerteza e assimetria de informações (ARROWS *apud* SANTACRUZ, 2001).

A assimetria de informações implica que os vendedores de serviços desconhecem o verdadeiro e preciso risco de cada comprador. Há uma tendência do sistema de seguros de saúde absorver os indivíduos de maior risco (seleção adversa); procura o seguro de saúde quem percebe que vai precisar dele. A operadora cobra, então, um prêmio mais elevado para compensar esse fato.

Além disso, como cobra um preço único, ocorre uma transferência de renda entre consumidores de baixo e alto risco. O mercado funciona de maneira ineficiente, sendo incapaz de estabelecer preços e demais condições de oferta socialmente aceitáveis.

É necessário observar o potencial conflito de interesses entre o que o prestador de serviços espera ganhar se vender mais serviços e seu dever de agir da melhor forma para cuidar do paciente. Ainda mais difícil é a posição do paciente, quando está doente e não é capaz de tomar decisões, ou quando é preciso tomar decisões rápidas, pois a vida está em risco (BANCO MUNDIAL, 1993).

Quando um paciente conhece o resultado provável de todos os tratamentos possíveis e também sabe o quanto vai ter de pagar pelos tratamentos, tem condições de fazer uma escolha racional com base em ganhos e custos. Mas os pacientes desconhecem uma coisa e outra; geralmente, neste caso, o profissional de saúde sabe muito mais que o cliente. Tal diferença no nível de informação significa que o prestador de serviços, além de prestar serviços, também decide que serviços devem ser prestados.

Uma vez contratado a prestação de serviços a um preço fixo, o consumidor tende a usar excessivamente os serviços, efeito conhecido como “risco moral”. Como contrapartida, o preço cobrado ao consumidor pelo operador do serviço de saúde também pode ser superestimado, seja para compensar o “consumo excessivo”, seja para elevar lucros, uma vez que o consumidor percebe essa situação como vantajosa para ele (SANTACRUZ, 2001).

Os problemas dos mercados de seguros transferem-se diretamente para os mercados de saúde suplementar. Se as pessoas têm seguro de saúde “demais”, podem ser incentivadas a utilizar “demais” a assistência médica, a preços demasia-damente elevados. Como é difícil avaliar os riscos de atendimento médico e é impossível atribuir determinado valor a uma vida, é também impossível saber quanto é “demais” no tocante a assistência médica e aos seguros de saúde. Por outro lado, fazer os segurados pagarem mais pelo atendimento mé-dico não garante que só a demanda “supérflua” diminua.

As operadoras privadas para se proteger da seleção adversa, fazem uma seleção de risco, criando dificuldades à entrada de determinados segurados no sistema, selecionando negativamente os de alto risco (como os idosos e portadores de doenças crônicas). A não eficiência se manifesta na forma de aumento dos custos administrativos e de exclusão de compradores do sistema.

Uma solução encontrada é a diferenciação de preços por risco, o que retira ainda mais transparéncia do mercado e aumenta a capacidade dos vendedores de manipularem as condições de oferta. Nesse sentido, a regulação pode ser ne-cessária para criar regras que atenuem os efeitos da informa-ção imperfeita no mercado, em benefício de fornecedores e usuários do sistema de saúde (SANTACRUZ, 2001).

As teorias normativas da regulação destacam a hipossuficiência de informações dos beneficiários dos planos de saúde em relação às operadoras, pois além de não conhecerem os custos de composição do produto que adquirem, de-pendem de sua aquisição para a sua própria existência digna, além de não poderem escolher o melhor momento de utiliza-ção do produto não há maleabilidade na substituição de um produto por outro. Há, portanto, um poder econômico das operadoras que deve ser constantemente monitorado.

Cunha (2003) afirma que, em função da hipossuficiência de informações do consumidor em relação ao fornecedor no setor de saúde suplementar, da garantia de adequação medi-ante a qual se requer que os serviços operem com segurança e qualidade, e da informação que as operadoras devem pres-

tar sobre os produtos e os serviços que oferecem ao público, cabe ao governo prover mecanismos suficientes para sua proteção.

Quando discutem as políticas para melhorar a qualidade da prestação de serviços de assistência à saúde, os governos podem estimular a concorrência entre aqueles que prestam serviços de saúde, exigindo que eles ofereçam um “pacote-padrão” de serviços a preços previamente fixados.

Assim, os usuários têm condições de escolher a melhor combinação de preço, serviço e qualidade – e a concorrência pode estimular uma qualidade maior e preços menores. As propostas de “concorrência controlada” para a reforma da assistência médica nos Estados Unidos partem desse modelo básico (BANCO MUNDIAL, 1993).

Na medida em que o sistema de prestação de serviços se diversifica, é preciso que aumente a capacidade do governo regulamentar o setor privado. As regulamentações são necessárias para garantir que os padrões de qualidade sejam atingidos, que não haja fraudes financeiras e outras irregularidades na administração, que não se negue assistência aos que a ela têm direito e que seja respeitado o caráter sigiloso das informações médicas.

Também há diferentes meios de por em prática as regulamentações: inspecionar os serviços médicos particulares; credenciar faculdades de medicina; licenciar médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde; e proibir algumas práticas dos seguros de saúde, como a exclusão *a priori* de determinadas doenças (BANCO MUNDIAL, 1993).

# TEORIAS E FUNDAMENTOS DA REGULAÇÃO PÚBLICA DE MERCADOS

---

As teorias do “interesse público” e as teorias da “captura”, incluindo as teorias econômicas da regulação de autores da Escola de Chicago, são dois pólos de abordagem e de argumentação sobre a regulação pública de mercados. O primeiro grupo pensa a regulação como correção das falhas de mercado com vistas à promoção do bem-estar. O segundo grupo pensa a regulação como interação de interesses privados orientados, exclusivamente, para a busca da maximização de seus benefícios.

As teorias do “interesse público” afirmam que a regulação de mercados consiste em deixar com a iniciativa privada a responsabilidade da oferta, garantindo dessa maneira, as vantagens inerentes ao sistema de mercado, ao mesmo tempo em que se restringe parcialmente a autonomia de decisão do empresário, substituindo seu comportamento maximizador de lucros por normas administrativas que garantam um resultado socialmente aceitável no mercado.

A regulação pública dos mercados se constitui de um conjunto de normas e de controles administrativos exercidos por órgãos do Estado que afetam o funcionamento das empresas e dos mercados, intervindo na eficiência econômica e no bem-estar social. As razões para a regulação pública de setores da economia estão relacionadas à existência das chamadas falhas de mercado, que se manifestam de três formas: externalidades, informação imperfeita e poder de mercado (SANTACRUZ, 2001).

As normas de regulação pública se aplicam usualmente sobre as entradas e as saídas de empresas no mercado, qualidade e preços de produtos e serviços. As condições de concorrência (estrutura do mercado) e as exigências políticas e sociais determinam quais dessas variáveis serão administradas, a forma e a intensidade da intervenção (SANTACRUZ, 2001).

Embora os economistas considerem a necessidade de regulação pública apenas nos casos de monopólio natural (máxima imperfeição do mercado), falha do mercado é uma questão de grau. Entre o mercado perfeitamente competitivo e o monopólio natural, existe uma infinidade de matizes de estruturas de mercado.

Quanto mais relevantes são as falhas de mercado, menos a concorrência se manifesta na direção de resultados socialmente aceitáveis. Os mercados concentrados, com elevadas barreiras à entrada e com demanda inelástica tornam-se candidatos à intervenção do poder público porque estas condições criam poder, desequilibrando as relações de mercado (entre fornecedores e consumidores).

As características estruturais dos mercados onde a concorrência não acontece de modo eficaz (concentração de oferta, elevadas barreiras à entrada de novos concorrentes, demanda inelástica), entretanto, não são suficientes para a determinação do setor econômico a ser regulado. Os mercados imperfeitos são a regra e não a exceção (SANTACRUZ, 2001).

Os mercados que apresentam relevantes imperfeições e poder de mercado nem sempre são passíveis de regulação pública. Naqueles nos quais o desempenho insatisfatório em termos de preço, qualidade e quantidade dos produtos ofertados é social e politicamente inaceitável, torna-se preferencial a intervenção nos oligopólios fortemente concentrados de serviços públicos.

Em 1971, o economista Stigler publica o artigo “A Teoria da Regulação Econômica” (2004), em que descreve a regulação como redistribuição de renda, dado que qualquer política regulatória tem necessariamente o efeito de beneficiar alguns grupos e prejudicar outros. Esta redistribuição pode ser analisada como um bem econômico, para o qual existe uma de-

manda (por parte dos grupos de interesse) e uma oferta (por parte dos reguladores), com a diferença que este bem é transacionado em mercados políticos em vez de econômicos.

Stigler (2004) ressalta que, em geral, os grupos com maior demanda vão ser aqueles que são numericamente mais compactos e homogêneos, como os produtores, dado que para eles os custos de se organizar e se informar para influenciar a regulação são menores em comparação com o valor em jogo de cada membro. Os grupos grandes e difusos, como os consumidores, podem ter pouco em jogo, individualmente, de modo que se torna mais difícil se mobilizar para tentar afetar o processo regulatório.

A oferta da regulação é feita pelo legislador que busca estabelecer a regulação de modo a obter o máximo de apoio político levando em conta também a oposição gerada pela sua escolha. Ou seja, ele escolhe a regulação beneficiando alguns grupos e taxando outros de modo a maximizar as suas condições de sustentação política.

As “teorias de captura” têm diversas implicações relevantes para a compreensão do processo de regulação. A primeira hipótese é de que o grupo beneficiado pode tender a ser numericamente pequeno. A segunda hipótese, diz respeito a que tipo de indústria vai ser regulada e que tipo vai permanecer livre: pode-se esperar observar a introdução em setores que estão em situação de competição perfeita ou monopólio e não em indústrias intermediárias entre estes dois pontos. Uma terceira hipótese é de que o legislador não irá conceder ao grupo vencedor todos os benefícios que este gostaria de receber.

É importante perceber que em regulação a competição pelos benefícios não é somente entre produtores e consumidores. Existem, por exemplo, produtores heterogêneos com tecnologias e custos diferentes. Aqueles com custos mais baixos podem buscar regulação sobre o setor como meio de impor custos nos produtores mais ineficientes e obrigá-los a sair do mercado. Embora, também, tenham que arcar com novos custos impostos pela regulação, isto pode ser mais do que compensado pelo aumento do seu lucro devido à saída das outras operadoras do mercado.

A estratégia das agências reguladoras deve considerar as características específicas das empresas e do setor econômico e promover um escalonamento da intervenção estatal direta de sanções. Uma estratégia baseada puramente na persuasão e na auto-regulação vai ser explorada por agentes orientados pela racionalidade econômica; uma estratégia baseada principalmente na punição enfraquece a iniciativa inovadora de agentes socialmente responsáveis (MENDES, 2001).

Não existe uma forma ótima de regulação e o importante passa a ser encontrar uma estrutura de regulação que combine com o contexto histórico e social:

*a credibilidade e a eficácia do processo regulatório, e portanto de sua capacidade de incentivar o investimento privado e apoiar a eficiência na produção e uso dos serviços, variam com as instituições políticas e sociais de cada país (LEVY e SPILLER, apud MUELLER, 1997).*

Mueller (1997) afirma que, os principais elementos do contexto político, histórico e social que diretamente afetam o processo regulatório são: as instituições legislativas e executivas; as instituições jurídicas; costumes e normas informais aceitos tacitamente pela sociedade e que restringem o comportamento dos agentes econômicos; os interesses competidores na sociedade e o balanço entre eles; e a capacidade administrativa do País.

O problema regulatório pode ser visto, portanto, como o problema de se desenhar um processo para determinado país de modo a fazer um compromisso crível de não incorrer em expropriação administrativa e com isto evitar uma má performance das utilidades. Existem dois componentes neste problema: a governança regulatória e a estrutura de incentivos regulatórios (MULLER, 1997).

A governança diz respeito aos mecanismos que a sociedade usa para restringir a discrição do regulador e resolver os conflitos que surgem quando estas restrições se tornam necessárias. Os incentivos são as normas que governam preços, subsídios, entrada no setor, competição etc. Uma estrutura ótima de incentivos só poderá realizar seus

efeitos benéficos se uma estrutura de governança adequada estiver vigente.

O sistema eficaz e eficiente requer três tipos de mecanismos: que restrinjam a discrição regulatória (contratos, leis, regras, burocracia forte); que impeçam a mudança do sistema (balanço de poder); e instituições que façam valer ambos os mecanismos (Judiciário independente). Além disto, os três tipos de mecanismos devem estar adequadamente alinhados ao contexto político, histórico e social.

O processo de regulação torna necessário que tomadores de decisão estabeleçam quais as prioridades que vão ser perseguidas neste processo. Como a regulação pode tomar muitas formas, a escolha entre estas vai decorrer de quais os objetivos que os reguladores desejam alcançar. Embora alguns objetivos são complementares entre si, outros são mutuamente exclusivos, de modo que escolhas vão ser feitas.

Muller (1997) apresenta alguns objetivos potenciais do regulador no processo de regulação:

- 1) Preços baixos para os consumidores; 2) Permitir uma receita que permita à firma obter um lucro razoável; 3) Incentivar o desenvolvimento de infra-estrutura; 4) Atendimento a todos os consumidores (alcance do serviço); 5) Eficiência econômica; 6) Gerar um ritmo rápido de inovação tecnológica; 7) Assegurar serviço confiável e sem quedas; 8) Providenciar um processo regulatório estável; 9) Aceitação pública das decisões regulatórias; 10) Fomentar competição.*

Cabe ressaltar o fato que, o regulador pode optar por perseguir objetivos diferentes, sendo que as políticas efetivamente escolhidas vão necessariamente beneficiar alguns grupos e prejudicar outros, em relação às outras políticas que poderiam ter sido escolhidas. Não apenas produtores e consumidores são afetados, sendo razoável esperar que cada grupo destes vai tentar influenciar a agência reguladora para que ela escolha os objetivos que os beneficiam.

A fundamentação normativa da regulação pública dos mercados no Brasil está abrigada no artigo 170 da Constituição Federal, que estabelece que a ordem econômica, fundada

na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, deve observar os princípios da função social da propriedade, da livre concorrência e da defesa do consumidor.

A Constituição Federal estabelece que a ordem econômica nacional está baseada na propriedade privada, mas com responsabilidade e justiça social. Onde não há concorrência, nos mercados em que o vendedor se impõe ao comprador, a propriedade privada dos meios de produção não pode ser exercida de maneira absoluta. A função social da propriedade requer que o poder público regule as relações de mercado em defesa do consumidor.

As agências reguladoras no Brasil foram criadas por Lei a partir de meados dos anos 90, após discussões no Congresso Nacional, das quais participaram os diferentes segmentos da sociedade. Agências concebidas como agentes do Estado têm autonomia em relação aos governos. As suas características principais são a independência administrativa e financeira e a sua autonomia decisória para implementar políticas do Executivo e do Legislativo.

A criação das agências faz parte de uma mudança na concepção do Estado brasileiro, isto é, a redefinição do papel do Estado, da sua gerência, de suas responsabilidades e da sua relação com a economia. As agências são instrumentos menos sensíveis a interesses políticos ocasionais, capazes de fazer uma regulação que não sofra solução de continuidade com as mudanças de governos. Assim, pode-se criar ambiente seguro para investimentos que viabilizam a produção, a satisfação de necessidades de serviços públicos, o crescimento econômico e a geração de empregos.

# O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

---

Neste capítulo são apresentados dados que mostram a magnitude e a relevância da assistência suplementar à saúde no Brasil: o volume de recursos financeiros mobilizados, o número de empresas operando no setor e as dezenas de milhões de beneficiários dos planos de saúde.

A Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, define que se submetem às suas disposições as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.

É considerada operadora, de acordo com a Lei nº 9.656/98, toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tal plano mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros.

A assistência à saúde compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença, e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as operadoras de planos privados de assistência à saúde podem manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano.

A segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde estão regulamentadas pela resolução da diretoria colegiada da ANS nº 39, de 27 de outubro de 2000. A ANS enquadra as operadoras de planos exclusivamente em um único segmento.

As operadoras são classificadas nas seguintes modalidades: administrador, cooperativas médicas e odontológicas, autogestão, medicina e odontologia de grupo e filantropia. São classificadas na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas jurídicas sem fins lucrativos constituídas nos termos da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam planos de saúde.

São classificadas como autogestão as entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos, se responsabilizam pelo plano de saúde destinado exclusivamente a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus grupos familiares, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados.

São classificadas na modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam planos de saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas demais modalidades desta resolução.

A Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos de saúde, em que as sociedades seguradoras podem operar o seguro enquadrado na Lei nº 9.656/98, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

Quando foi publicada a Lei Federal nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estimava-se que as operadoras privadas de planos e de seguros de saúde movimentassem 22,8 bilhões de reais (ver Tabela 1).

Tabela 1. Recursos financeiros mobilizados pelas operadoras de planos de saúde por segmento, 2000

Segmento	R\$ (em bilhões)	%
Autogestões	8,7	38
Medicinas de grupo	5,2	23
Cooperativas médicas	4,0	18
Seguradoras	4,9	21
Total	22,8	100

Fonte: ANS, 2000.

A ANS estimava em 2003 que operadoras privadas de planos e de seguros movimentassem 26,4 bilhões de reais, sendo que empresas de autogestão faturaram 9,1 bilhões, as medicinas de grupos 6,2 bilhões, as cooperativas médicas 5 bilhões e as seguradoras 6,1 bilhões (*Folha de S. Paulo*, 3/2/2003).

No final de 2004 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) menciona a existência 2.226 operadoras privadas de planos de saúde em atividade (ver Tabela 2).

Tabela 2. Número de operadoras no setor de saúde suplementar, classificadas por segmento, 2004

Segmento	Nº	%
Medicinas de grupo	748	33,6
Odontologia de grupo	457	20,5
Cooperativas médicas	370	16,6
Autogestão	328	14,7
Cooperativa odontológica	169	7,6
Filantropia	125	5,7
Seguradora	14	0,7
Administradora	12	0,6
Total	2.226	100,0

Fonte: ANS, 2004.

É importante observar duas características do mercado de operadoras de planos de saúde: o grande número de ope-

radoras de pequeno porte e a grande concentração dos beneficiários em pequeno número de operadoras. 75% das operadoras têm menos de 10 mil beneficiários. 3,1% das empresas com mais de 100 mil beneficiários têm 53,5% dos beneficiários (ver Tabela 3).

Tabela 3. Percentual de operadoras e clientes por faixa de beneficiários, 2003

Faixa de beneficiários	% operadoras	% de clientes
Até 2.000	42,7	1,6
2.001 a 10.000	31,7	8,3
10.001 a 20.000	10,8	8,4
20.001 a 50.000	8,0	13,6
50.001 a 100.000	4,0	15,6
100.001 a 500.000	2,7	29,7
Acima de 500.000	0,4	22,8
Total	100,0	100,0

Fonte: Cadastro de beneficiários, ANS.

Cabe mencionar que, em fevereiro de 2001, duas operadoras incluem 12% do total de 27,4 milhões de beneficiários; seis operadoras incluem 21%; 12 operadoras 31%; 25 operadoras 40%; 45 operadoras 50%; 78 operadoras 60%; 133 operadoras 70%; 231 operadoras 80%; e 435 operadoras 90%.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aponta, em junho de 2004, uma população de 33,6 milhões de beneficiários dos planos de saúde. O principal segmento em termos de população beneficiária são as operadoras de medicina de grupo (ver Tabela 4).

Os dados da pesquisa de amostra de domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2003 mencionam que 42 milhões de brasileiros (27% da população) são usuários da assistência médica suplementar, sendo 34 milhões (70%) de beneficiários de planos e de seguros coletivos vinculados aos seus empregadores, e 8 milhões como beneficiários opcionais de planos e de seguros individuais de operadoras privadas (IBGE, 2003).

**Tabela 4. Populações de beneficiários de planos, classificados por segmento, 2004**

<b>Segmento</b>	<b>Beneficiários (em milhões)</b>	<b>%</b>
Medicinas de grupo	12,07	36,0
Cooperativa médica	9,20	27,5
Autogestão	5,50	16,5
Seguradora	5,30	16,0
Filantropia	1,40	4,0
<b>Total</b>	<b>33,60</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Cadastro de beneficiários, ANS.

As informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de março de 2004, sobre a distribuição dos beneficiários por faixa etária mostram que 27,5% têm menos de 18 anos e 11,9% têm 59 anos ou mais (ver Tabela 5).

**Tabela 5. Populações de beneficiários de planos, classificados por faixa etária, 2004**

<b>Faixa etária (em anos)</b>	<b>Beneficiários(em milhões)</b>	<b>%</b>
0 a 18	9.245.608	27,5
19 a 23	2.993.465	8,9
24 a 28	3.113.151	9,2
29 a 33	2.954.173	8,7
34 a 38	2.859.271	8,5
39 a 43	2.745.632	8,1
44 a 48	2.403.064	7,0
49 a 53	1.973.914	5,8
54 a 58	1.499.451	4,4
59 anos	3.914.210	11,9
<b>Total</b>	<b>33.641.739</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Cadastro de beneficiários, ANS.

É relevante mencionar que 35% das famílias com renda mensal relativamente baixa, entre 5 e 10 salários mínimos, possuem planos de saúde. Observa-se que 58% das famílias com renda mensal entre 10 e 20 salários mínimos e 76% das

famílias acima de 20 salários mínimos também são beneficiários (ver Tabela 6).

Tabela 6. População por cobertura de plano de saúde e classe de rendimento mensal familiar, 1999

Classe de renda em Salários Mínimos	Proporção com plano
Até 1 SM	2,5
Mais de 1 a 2 SM	5,0
Mais de 2 a 3 SM	9,5
Mais de 3 a 5 SM	19,0
Mais de 5 a 10 SM	35,0
Mais de 10 a 20 SM	58,0
Mais de 20 SM	76,0

Fonte: IBGE/PNAD, 1999.

A ANS registrou em junho de 2004, os seguintes dados: 38,7 milhões de pessoas no cadastro de beneficiários de planos e de seguros privados, sendo 17,4 milhões no Estado de São Paulo; 4,8 milhões no Rio de Janeiro; 3,8 milhões em Minas Gerais; 1,9 milhão no Paraná; 1,5 milhão no Rio Grande do Sul e 1,2 milhão na Bahia (ver Quadro 1).

Cabe observar que, de acordo com o Quadro 1, apenas cinco unidades da Federação apresentam mais de 20% da sua população com cobertura de planos de saúde: São Paulo (43,7%), Rio de Janeiro (31,7%), Distrito Federal (31,6%), Espírito Santo (22,7%) e Minas Gerais (30,3%).

As principais características observadas do mercado de saúde suplementar são:

- as operadoras mobilizam grande volume de recursos financeiros, sendo que as autogestões mobilizam o maior volume;
- as operadoras de planos incluíram 38,7 milhões de beneficiários em dezembro de 2004;
- o principal segmento em número de operadoras e de beneficiários é o de medicinas de grupo;
- 74,4% das operadoras têm menos de 10 mil beneficiários;
- 45 operadoras possuem 50% dos beneficiários do mercado;
- 70% dos beneficiários possuem planos ou seguros coletivos vinculados aos empregadores;

- a proporção de cobertura por planos de saúde aumenta com a renda familiar mensal;
- observa-se grande número de beneficiários entre famílias de baixa renda;
- três unidades da Federação (SP, RJ e MG) possuem 67% da população beneficiária de planos de saúde;
- cinco unidades da Federação possuem mais de 20% de cobertura populacional por planos de saúde.

Quadro 1. Distribuição dos beneficiários de saúde suplementar por Estado de residência e estimativa de cobertura populacional, Brasil – Junho/2004

UF	Beneficiários de planos	População geral	% de cobertura
SP	17.423.488	39.825.226	43,70
RJ	4.852.665	15.203.750	31,90
MG	3.861.519	18.993.720	20,30
PR	1.939.421	10.135.388	19,10
RS	1.561.908	10.728.063	14,60
BA	1.276.391	13.682.074	9,30
PE	987.524	8.323.911	11,90
SC	966.499	5.774.178	16,70
CE	860.797	7.976.563	10,80
ES	761.370	3.352.024	22,70
DF	720.686	2.282.049	31,60
PA	552.156	6.850.181	8,10
GO	516.038	5.508.245	9,40
AM	385.813	3.148.420	12,30
PB	347.167	3.568.350	9,70
RN	327.243	2.962.107	11,00
MS	279.994	2.230.702	12,60
MT	239.142	2.749.145	8,70
MA	208.463	6.021.504	3,50
AL	210.360	2.980.910	7,10
SE	174.906	1.934.596	9,00
PI	122.744	2.977.259	4,10
RO	64.298	1.562.085	4,10
AP	46.365	547.400	8,50
TO	34.869	1.262.644	2,80
RR	17.190	381.896	4,50
AC	17.187	620.634	2,80
Brasil	38.756.203	174.632.932	22,19

Fontes: Cadastro de Beneficiários – ANS/MS.  
População estimada por Município em 2004, IBGE.



# Os MARCOS DA REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

---

Neste capítulo está descrita uma breve história da assistência suplementar à saúde a partir dos anos 60 e, particularmente, a construção dos seus marcos de regulação. O aumento do número de operadoras e da população de beneficiários de planos de saúde implica em conflitos de interesses, sobre os quais recai a intervenção do Estado.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 assegura o direito à saúde. Embora o direito à saúde seja seu dever, o Estado permite à iniciativa privada a prestação de serviços de assistência à saúde. A Constituição define, por um lado, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e, por outro, que a saúde seja livre à iniciativa privada. A legislação federal define as características do SUS nas Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90.

Os serviços privados de assistência à saúde no Brasil surgem no final da década de 1960, sob a forma de planos de assistência médica, e na década de 1970 surgem e se consolidam os chamados “seguros” de saúde. Nesse período, os consumidores encontram na legislação civil e nas conciliações o caminho das soluções dos problemas advindos das relações contratuais, que se apresentam sob a forma de contratos de adesão.

Foram necessários 10 anos de discussões e de negociações entre os principais agentes do mercado, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, para formalizar os marcos da regulação e da regulamentação do mercado de saúde suplementar no Brasil.

O crescimento do setor de assistência suplementar à saúde decorre da conjugação de muitos fatores. Pereira Filho (2004) advoga que isto acontece especialmente em consequência direta das falhas dos governos na montagem lenta e preária do Sistema Único de Saúde.

Os princípios da Constituição Federal de 1988 estabelecem que a política social inclusiva e universal implica em novas responsabilidades financeiras para o Estado comprometido na sua capacidade de sustentar as ações e os serviços públicos de saúde.

O processo de construção do SUS enfrenta uma crise profunda, afetando sua capacidade de prover promoção e cuidados da saúde com qualidade para todos. Assim, parcelas crescentes da população são induzidas a buscar a promoção e, especialmente, os cuidados da saúde com as operadoras de assistência suplementar.

Por um lado, muitas empresas privadas decidem incorporar os benefícios dos planos de saúde como salário indireto para seus empregados. Por outro, importantes frações das classes médias insatisfeitas com a “má qualidade” da assistência oferecida pelo SUS aderem aos planos e aos seguros de saúde (COSTA, 2004).

Pereira Filho (2004) observa que a não regulação do mercado em expansão faz com o mesmo apresente na década de 1990 uma ampla gama de problemas e imperfeições, que geram conflitos e tensões entre operadoras, prestadores de serviços e beneficiários:

- restrições de cobertura e exclusão de procedimentos;
- cobrança ou cobertura irregular para portadores de doenças preexistentes;
- exigências indevidas para admissão de pacientes,
- prazos e carências irregulares;
- condições de validade e rescisão de contratos;
- falta de cobertura para doenças crônicas e degenerativas;
- insuficiência na abrangência geográfica do plano de saúde;
- descumprimento das normas de atendimento de urgência e emergência.

Este mesmo autor (PEREIRA FILHO, 2004) afirma que regular o mercado de assistência suplementar à saúde fez-se necessário para racionalizar e reordenar o setor:

*As demandas por intervenção reguladora no setor se originam da repercussão negativa da opinião pública quando da ação unilateral de algumas empresas de seguro e planos de saúde de aumento indiscriminado de preços e restrições de cobertura. Essas queixas alcançaram ampla divulgação, nos meios de comunicação, e vários consumidores obtiveram ganhos de causa nas instâncias judiciais.*

Mendes (2001) concorda que a ampliação conflituosa da assistência suplementar à saúde, no Brasil, resultou na regulação do mercado:

*A percepção de assimetria na relação entre agentes econômicos entre si e com os consumidores gerou pressão política e intervenção do governo federal no sentido de regular o setor em âmbito nacional.*

Bahia (2001) observa que a agenda de discussões no início da regulação do mercado de saúde suplementar é, principalmente, uma negociação em torno da garantia da saúde: a regulação pública dos planos de saúde requer a construção de novas relações, em torno do compartilhamento de riscos à saúde, entre Estado e sociedade nas quais devem ser convocadas as empresas de assistência médica suplementar.

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, publicada no *Diário Oficial* em 4/6/98, dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Esta lei estabelece os principais marcos da regulação da saúde suplementar, definindo relações entre operadoras, produtos e seus beneficiários.

A Lei nº 9.656 é promulgada no dia 3 de junho de 1998. Quase simultaneamente, em 5 de junho, é editada uma Medida Provisória de nº 1.665, alterando essa lei. A Medida Provisória foi reeditada quase mensalmente (por força da legislação vigente) até agosto de 2001, chegando a sua versão nº 44 (MONTONE, 2004).

A Lei nº 9.656/98 estabelece que se submetem às suas disposições as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos assistência à saúde, definindo os conceitos de plano privado, de operadora de plano e de carteira, sobre os quais são expedidos os atos normativos básicos para operar no mercado privado de assistência à saúde.

A regulamentação, aprovada em junho de 1998, entra em vigor efetivamente a partir de janeiro de 1999 e neste intervalo são editadas várias resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), necessárias para viabilizar as exigências da legislação federal. É preciso lembrar que o setor de saúde suplementar existe desde a década de 1960, funcionando como setor não regulamentado e regulado. Tudo, ou quase tudo, carecia de definição, principalmente na dimensão da assistência à saúde.

A Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede na cidade do Rio de Janeiro (RJ), com prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

A ANS tem, nos termos da Lei, por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

A ANS é uma agência reguladora que incorpora vantagens deste instrumento de intervenção do Estado: maior poder de ação; autonomias administrativa, financeira e política, expressas por uma arrecadação própria; decisões em Diretoria Colegiada, cujos membros têm mandato definido em lei; e poder legal em relação a efetivação de suas resoluções.

A ANS exerce a autoridade estatal, normatizando as relações existentes entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os seus respectivos beneficiários consumidores (função quase legislativa), atribuindo direitos de ingresso no mercado, fiscalizando, determinando condutas es-

pecíficas (função quase executiva) e aplicando sanções, após o devido processo legal, inclusive com a retirada de operadoras do setor regulado (função quase judicial).

A ANS exerce poder de polícia administrativo, que vem a ser qualquer controle – condicionamento (encargo positivo) ou restrição (encargo negativo) – que se faz ao interesse individual em prol do interesse geral. Em outras palavras, consiste na obrigação imposta ao administrado (no caso, as operadoras de planos de saúde) em praticar um ato ou abster-se dele, por atos administrativos sempre com respaldo em lei.

A implantação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) enfrentou dois pontos críticos: 1) a ausência de informações estruturadas sobre o setor; 2) a inexistência de quadro de pessoal próprio. A ANS foi criada para regular uma atividade privada existente, extremamente complexa, no setor essencial da saúde, e que não havia sido objeto de regulação pelo Estado (MONTONE, 2004).

A regulação do mercado de saúde suplementar nesta primeira fase está focada principalmente na publicação de normas de organização das operadoras privadas e de seus planos de assistência suplementar à saúde, especificamente da regulamentação dos riscos e das bases empresariais deste mercado.

A análise das mudanças, feita pela ANS, possibilitou entender o desafio da regulamentação e da regulação do mercado de saúde suplementar. Antes da regulamentação as operadoras eram organizadas livremente, submetendo-se à legislação do tipo societário escolhido. Após a regulamentação elas passaram a ter de cumprir requisitos especiais: autorização de funcionamento, regras de operação padronizadas, exigência de reservas e garantias financeiras e estão sujeitas aos processos de intervenção e liquidação (MONTONE, 2004).

Antes da regulamentação o produto tem livre definição de cobertura, seleção de risco, livre exclusão de usuários e rompimento de contratos, livre definição de carências e livre reajustes de preços. Após a regulamentação é obrigatória a assistência integral à saúde, é proibida a seleção de risco e rescisão unilateral dos contratos, há definição e limitação das carências e os reajustes de preços passaram a ser controlados.



# A AÇÃO CRÍTICA DOS CONSUMIDORES DE SAÚDE SUPLEMENTAR

---

Uma característica dos cuidados da saúde que deve ser considerada é que os clientes usuários ou pacientes são parte integrante do seu processo de produção, e deles também depende o sucesso das intervenções. A técnica e a infra-estrutura, embora muito importantes, não devem ser as únicas determinantes dos resultados: o processo interpessoal de relacionamento tem fundamental importância.

Nogueira (1994) observa que, o senso comum em organizações de cuidados da saúde expressa restrições ao saber dos clientes usuários. A não aceitação da informação produzida pelo cliente ocorre a partir do entendimento de que ele não é um consumidor comum diante das mercadorias e está desprovido de conhecimentos técnicos que lhe permita avaliar a adequação do serviço às suas necessidades. Ademais, não tem controle ou consciência sobre a forma como se dá o consumo desses serviços.

O cliente usuário parece estar continuamente aprendendo, à custa de penosas experiências e da socialização do saber, a distinguir o que lhe convém realmente a partir do que lhe é oferecido como sendo bom. Nada comprova que o consumidor possa indefinidamente escolher as coisas que são agradáveis, mas ineficazes.

A opinião dos clientes usuários é também a emissão de juízo de valor sobre as intervenções a partir das suas próprias referências, valores sociais e culturais. A informação produzi-

da por clientes usuários é um modo de se conhecer a aceitabilidade e a legitimidade da intervenção, nos diferentes contextos sociais.

A qualidade de produtos e de serviços só pode ser definida em termos de quem a avalia e a principal dificuldade em definir qualidade de praticamente qualquer produto está na conversão das necessidades dos clientes usuários em características mensuráveis, de forma que o produto possa ser projetado e modificado para dar satisfação por um preço que o cliente usuário pague (DEMING, 1990).

O cliente usuário é a parte mais importante da linha de produção. Sem alguém para comprar os produtos, as fábricas podem fechar. Mas o que é que o cliente necessita? O quanto pode ser útil a ele? O que ele pensa que necessita? Ele pode pagar por isto? Ninguém tem todas as respostas. Felizmente não é necessário ter todas as respostas para que as organizações funcionem.

A opinião dos usuários das organizações de cuidados da saúde não substitui o ponto de vista técnico-científico, mas pode ajudar a mediá-lo. A introdução do conceito de satisfação de diferentes clientes faz emergir conflitos sobre as prioridades das organizações, pois não é possível satisfazer igualmente a todos por todo o tempo (MALIK, 1996).

A regulamentação sobre saúde suplementar é bastante extensa e complexa, e sofre constantes alterações e desdobramentos. É necessário ressaltar a importância do acesso a informações claras, corretas e precisas sobre este “cipoal” legislativo, tanto para os consumidores, como para os prestadores de serviços e as operadoras privadas de planos de assistência à saúde.

Em meados do ano 2000 as organizações de defesa do consumidor afirmam na mídia que a Lei Federal nº 9.656/98 não conseguiu reduzir o número de reclamações contra as operadoras privadas de planos de assistência à saúde. No Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) as operadoras são as campeãs na lista de queixas dos consumidores.

No PROCON do Estado de São Paulo as operadoras de planos de saúde figuram em segundo lugar, perdendo ape-

nas para as empresas de telefonia. Em 1999 foram realizadas 10.287 consultas e, de janeiro a junho foram 6.539 consultas. O IDEC registrou 1.941 reclamações no primeiro semestre contra 2.894 durante 1999.

O principal motivo das queixas refere-se aos reajustes dos planos, tanto dos contratos antigos quanto dos novos. A legislação diz que as operadoras podem reajustar o valor do plano anualmente, de acordo com percentagem estabelecida pela ANS ou quando há mudança de faixa etária (*Folha de S. Paulo*, 19/9/2000).

Em meados de 2001 a Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor de São Paulo (PROCON) e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) acusam a ANS de autorizar reajustes que ferem o Código de Defesa do Consumidor (CDC). Elas não apenas afirmam que os reajustes autorizados pela agência não têm base adequada ou respaldo legal, como também recomendam contestação aos usuários.

Isso cria uma situação inusitada: consumidores passam a enfrentar operadoras e a agência reguladora, que tem a função formal de protegê-los. O PROCON enviou ao Ministério Público Federal um estudo apontando as distorções cometidas pela agência à luz do Código de Defesa do Consumidor. Grande parte desses contratos não apresenta, quando de sua assinatura, informações claras e precisas como determina o CDC; e falta previsão de reajuste por faixa etária e seus percentuais e os índices para as faixas (*Folha de S. Paulo*, 16/7/2001).

A situação econômico-financeira em que se encontram as operadoras de planos de saúde dificilmente é detectada pelos usuários. “Eles não têm acesso às informações econômico-financeiras fornecidas pelas empresas à ANS e de nada adianta para o consumidor a publicação de balanços que eles não entendem”, diz o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumido (IDEC) (*Folha de S. Paulo*, 16/7/2001).

O IDEC recomenda, a quem vai contratar um plano de saúde, que evite as operadoras que estão em regime de acompanhamento técnico e fiscal da ANS. A quem já é usuário de algum plano, faz-se o alerta para ficar atento a suspensão do credenciamento de prestadores de serviços.

Quando muitos profissionais deixam de atender o plano, diz o IDEC, é sinal de que a operadora não está pagando a rede de serviços. Outra recomendação é buscar informações sobre reclamações de consumidores divulgadas mensalmente no site da ANS e anualmente no do PROCON. De acordo com o índice divulgado pela ANS, as operadoras com até 10 mil usuários são as que possuem os maiores índices de reclamação. Os assuntos mais consultados são: reajustes de mensalidades e de faixas etárias, coberturas e alterações nas redes credenciadas pelas operadoras de planos de saúde (*Folha de S. Paulo*, 3/2/2003).

No início de 2003 o Instituto de Defesa do Consumidor publica uma pesquisa com oito das maiores operadoras de planos de saúde, mostrando que elas vêm desrespeitando exigências da legislação e direitos do consumidor. Foram analisados 16 itens da prestação de serviços feita por essas empresas e o desrespeito às normas variou entre 31% e 50% de acordo com cada operadora. O setor de saúde foi o campeão de reclamações feitas ao IDEC no ano anterior, com 2.163 queixas (*Folha de S. Paulo*, 25/2/2003).

As empresas pesquisadas representam 5 milhões de usuários de planos de saúde, ou 14% do mercado. A avaliação foi feita em três etapas: na contratação, na vigência do contrato e no cancelamento. Os principais problemas encontrados são o conteúdo da declaração de saúde que o consumidor tem de preencher ao ingressar num desses planos, e a falta de agravo para quem tem doença preexistente. Isto significa prejuízo para o consumidor.

As agências reguladoras, em geral, não cumprem o papel de proteger os consumidores, não agem com transparência ao tomar decisões para fiscalizar e regulamentar o setor em que atuam, e precisam facilitar o acesso à informação e ao emaranhado de leis que ainda confundem os consumidores. Esse é o resultado de uma pesquisa do IDEC, que definiu, na média, como “ruim” o serviço desempenhado por sete agências reguladoras e órgãos públicos. Em uma escala de 0 a 10, a nota média das entidades foi 4,2 (*Folha de S. Paulo*, 12/3/2003).

Três entidades receberam nota “muito ruim”: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a Secretaria de Defesa Agropecuária, que fiscaliza alimentos e produtos de origem animal e vegetal, e o Banco Central, que regulamenta o setor financeiro. As notas foram, respectivamente, 2,7; 2,9 e 2,6.

No caso da ANS a pesquisa diz que os preços dos planos de saúde são reajustados de forma abusiva, que a agência não disponibiliza as informações de atas de reuniões de conselhos e falta eficácia na fiscalização. O estudo mostra que, dos R\$ 46,6 milhões aplicados em multas, apenas 0,5% foi recolhido.

Em março de 2003 o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) deixa a Câmara de Saúde Suplementar, vinculada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). É relevante reproduzir o esclarecimento deste procedimento feito pela advogada do IDEC, Karine RODRIGUES:

*Eu peço licença para lembrarmos um simpósio sobre a regulamentação dos Planos de Saúde, onde aconteceu uma discussão muito parecida com a que temos aqui, esse simpósio aconteceu em agosto no Senado Federal, e onde as suas conclusões, como a que identifico aqui, muito parecidas, apontavam para a necessidade de efetiva interligação entre o sistema público e privado, também apontavam para a necessidade da aproximação do Conselho Nacional de Saúde dessa discussão. O Conselho, eu repito, como instância máxima de deliberação das “políticas de saúde” do nosso País, precisa ocupar o seu espaço aqui. As conclusões daquele simpósio, também já apontavam para um descontentamento com o papel desempenhado até então pela ANS, ineficiente para sanar os problemas típicos do setor e também apontavam um descontentamento com a composição não paritária da Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo da Agência, onde as propostas dos consumidores, usuários e portadores de deficiências e patologias, eram praticamente ignoradas. Aliás, foram esses os motivos que fizeram o IDEC deixar esse Fórum, mas não o compromisso de defender o cidadão usuário do Sistema Suplementar da Saúde (ANS, 2003).*

O IDEC comenta, então, que foram editadas mais de cem resoluções da ANS e do CONSU. São resoluções da maior relevância para os consumidores, usuários de planos de assistência à saúde, que o IDEC considera que receberam um tratamento inadequado por parte dos reguladores.

Na opinião do IDEC algumas resoluções são ilegais e mereceriam uma revisão urgente por parte da ANS. No entanto, apesar das reivindicações feitas pelo IDEC e PROCON-SP, ao lado do Conselho Federal de Medicina e da Associação Médica Brasileira, não houve nenhuma medida da ANS no sentido de corrigir essas resoluções.

Acesso às planilhas de custos das operadoras privadas também é requerido pelo IDEC. Esta organização entende que essas informações devem ser colocadas à disposição da Câmara de Saúde Suplementar e de todos os interessados, em obediência à Constituição Federal e ao princípio da transparência, que deve nortear a Política Nacional de Relações de Consumo, conforme o artigo 4º do Código de Defesa do Consumidor.

Dessa forma, os consumidores poderiam não só conhecer a situação financeira das operadoras, podendo se prever ao escolher um plano de saúde, como seria possível facilmente identificar as razões de eventuais problemas econômico-financeiros e seus verdadeiros responsáveis.

O IDEC afirma que há um universo limitado de usuários “teoricamente” protegidos pela atuação da ANS: apenas consumidores com contratos individuais e familiares firmados a partir de 1999. Considerando-se que a estimativa é de que 70% dos contratos são coletivos e que dos 30% restantes – contratos individuais e familiares – pelo menos a metade tenha contratos antigos (firmados antes de 1999), tem-se que apenas cerca de 15% (ou 5,25 milhões) de todo o conjunto de contratos de planos de saúde firmados são passíveis de fiscalização efetiva pela ANS.

Segundo dados coletados no *site* da ANS até meados de 2002, diz o IDEC, 1.396 multas tinham sido aplicadas, mas, o valor arrecadado até a data era referente a apenas 12 multas. Em termos de valor (R\$), de cerca de R\$ 46,6 milhões em multas

por infrações, somente R\$ 247 mil foram efetivamente pagos. Estes dados revelam a pouca efetividade que tem essa ação.

A pressão das organizações de consumidores funciona exatamente no sentido de pressionar o órgão regulador para defesa dos seus interesses. A ANS enfrenta assim o conflito entre proteger os interesses difusos e homogêneos dos consumidores, ou de operar como mediadora de conflitos entre operadoras, prestadores e beneficiários do mercado de saúde suplementar.



# As NORMAS DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR

---

O *site* na Internet da Agência Nacional de Saúde Suplementar indica 462 ocorrências na busca por legislação em 5 de janeiro de 2005. As ocorrências no *site* incluem 91 resoluções de Diretoria Colegiada; 88 resoluções normativas; 21 resoluções de diretoria; 27 instruções normativas; 8 súmulas da diretora; 15 comunicados; e 233 despachos operacionais. <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_busca.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_busca.asp)>

A partir destas ocorrências são selecionadas para descrição as resoluções da Diretoria Colegiada da ANS relacionadas às normas e regulamentações dos principais sistemas de informações da regulação (operadoras, produtos e beneficiários), bem como outras normas pertinentes a coleta, processamento, disseminação e uso de informações em saúde suplementar.

A Lei nº 9.656/98 estabelece que os contratos, regulamentos ou condições gerais dos planos e seguros tratados devem constar de dispositivos claros. Diz também que a todo consumidor titular de plano deve ser obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato do plano privado de assistência à saúde, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, características, direitos e obrigações.

A Lei nº 9.656/98 determina que as operadoras de planos ou seguros são obrigadas a fornecer periodicamente ao Ministério da Saúde informações e estatísticas, incluídas as de

natureza cadastral, que permitam a identificação de seus consumidores, e de seus dependentes, consistentes de seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde devem, nos termos da Lei nº 9.656/98, submeter suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários (CVM), publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com demonstrações financeiras.

A Lei que cria a ANS, estabelece entre as suas competências: expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões; proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde (SUS); monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos; requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas; articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observando o disposto no Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90).

A mesma lei define que recusa, omissão, falsidade ou retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de cinco mil Ufir, podendo ser aumentada em até 20 vezes se necessário para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços.

A ANS aprova em 6 de janeiro de 2000 a resolução RDC nº 1, que define o seu regimento interno. Este regimento ratifica que a ANS é órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à saúde. Nos termos do seu primeiro regimento interno a ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações

com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde.

O regimento interno estabelecido pela RDC nº 1 define que a ANS tem as seguintes competências:

- estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
- proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
- requisitar o fornecimento de quaisquer informações das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas.

O regimento interno cria a Gerência de Comunicação Social, vinculada diretamente à presidência da ANS, a quem compete: planejar, coordenar, orientar e promover as atividades de Comunicação Social da Agência, inclusive de suas unidades organizacionais; coordenar o subsistema de comunicação social da Agência, obedecidas as orientações do Sistema Integrado de Comunicação Social da Administração Pública Federal; acompanhar a publicidade dos produtos e serviços subordinados à Lei nº 9.656/99, com vistas a subsidiar ações da Diretoria de Fiscalização.

A RDC nº 1 estabelece que a Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) tem entre outras as seguintes competências: planejar, coordenar, organizar e controlar as atividades de integração de informações e resarcimento das operadoras ao SUS, bem como a melhoria do desempenho das operadoras setoriais e incentivo à qualidade; promover, em conjunto com as áreas específicas da Diretoria de Gestão, o desenvolvimento de sistemas informatizados para “vabilizar, desenvolver e melhorar a gestão profissional das operadoras”.

A Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) tem entre outras as seguintes competências: plane-

jar, coordenar, organizar e controlar as atividades de regulamentação, habilitação, qualificação e acompanhamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) tem entre outras as seguintes competências: planejar, coordenar, organizar e controlar as atividades de regulamentação, habilitação, qualificação e acompanhamento dos produtos ou planos privados de assistência à saúde; monitorar preços de produtos, prestadores de serviços e insumos; promover, em conjunto com as áreas específicas da Diretoria de Gestão, o desenvolvimento de sistemas informatizados.

A Diretoria de Fiscalização (DIFIS) tem entre outras as seguintes competências: planejar, coordenar, organizar e controlar as atividades de fiscalização assistencial e econômico-financeira; aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656/98 e de sua regulamentação, no que concerne aos aspectos econômico-financeiros das operadoras e aos aspectos assistenciais e preços dos produtos.

A Diretoria de Gestão (DIGES) tem entre outras as seguintes competências: planejar, organizar, coordenar, organizar e supervisionar a execução das atividades de planejamento, orçamento e finanças, material e patrimônio, recursos humanos, comunicação administrativa, documentação, informação e informática, serviços gerais e modernização administrativa; e promover, em articulação com a Gerência de Comunicação Social, a comunicação interna da ANS.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprova em 20 de janeiro de 2000 a Resolução RDC nº 3, que aprova normas para o fornecimento de informações para o cadastro de beneficiários das operadoras privadas de planos de assistência suplementar à saúde. A resolução orienta que os dados cadastrais dos beneficiários das operadoras devem ser feitos através de arquivo magnético para o Departamento de Informática do Ministério da Saúde. A resolução determina, também, uma atualização mensal dos dados dos seus beneficiários.

Os principais dados dos beneficiários requeridos nesta resolução são os seguintes: nome completo, data de nasci-

mento, sexo, endereço com código postal, município de residência, unidade da federação, data de adesão ao plano, código de identificação do beneficiário no plano, nome da mãe do beneficiário e cadastro de pessoa física.

Cabe destacar que o aplicativo para a formatação destas informações está disponível na Internet nos endereços da Agência: <<http://ans.saude.gov.br>> e <<http://www.saude.gov.br>>. A ANS adverte que somente processa os arquivos, previamente validados em aplicativo próprio, fornecidos pelo DATASUS.

Um dos mais importantes usos para este cadastro de beneficiários é o processo de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) dos atendimentos realizados nos seus estabelecimentos próprios e contratados em portadores de cobertura contratual de assistência suplementar à saúde.

O cruzamento de informações do cadastro de beneficiários com aquelas dos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares do Ministério da Saúde permitem identificar regularmente aqueles atendimentos que podem gerar processos de ressarcimento de recursos financeiros ao SUS pelas operadoras privadas.

O cadastro de beneficiários dos planos de saúde das operadoras privadas possibilita estudos de demografia, viabilizando, por exemplo, comparações das freqüências por sexo e faixa etária em relação a população em geral. O cadastro de beneficiários pode também funcionar como base para estudos e pesquisas epidemiológicas, com verificação da freqüência de eventos vitais através dos sistemas de notificação de nascidos vivos, de notificação compulsória de agravos e de informações de mortalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

A ANS aprova em 18 de fevereiro de 2000 a Resolução RDC nº 5, que define as normas sobre os procedimentos administrativos para requerimento e concessão de registro provisório das operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. É criado o código de registro provisório de funcionamento de pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde.

A RDC nº 5 determina que cada pessoa jurídica, considerada sua inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) da Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda, deve ter um único registro provisório de funcionamento.

A ANS aprova em 27 de outubro de 2000 a Resolução RDC nº 38, da sua diretoria colegiada, que institui o plano de contas padrão aplicável às operadoras de planos privados de assistência à saúde. É uma importante iniciativa no sentido de padronizar os procedimentos econômicos e financeiros das operadoras privadas. Esta resolução é revisada em 18 de abril de 2002 por outra Resolução Normativa.

A ANS aprova em 10 de abril de 2001 a Resolução RDC nº 64, de sua diretoria colegiada, que dispõe sobre a designação de médico responsável pelo fluxo de informações relativas à assistência médica prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde.

Esta resolução é aprovada considerando a obrigação prevista no art. 20 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, de as operadoras de plano privado de assistência à saúde fornecerem à ANS informações sobre as suas atividades, o que inclui as relativas à assistência à saúde prestadas a seus consumidores, e a importância da proteção do sigilo médico por profissional habilitado e registrado nos Conselhos Regionais de Medicina.

A RDC nº 64 estabelece que o fluxo de informações médicas relativas à assistência prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde deve ficar sob a responsabilidade de profissional médico, especialmente designado para este fim pelas operadoras, definidas no art. 1º da Lei nº 9.656/98, com a finalidade de preservar o sigilo nos casos previstos na legislação em vigor. O profissional de que trata esta resolução deve ser considerado como Coordenador Médico de Informações em Saúde.

A resolução adverte que, resguardando as prerrogativas e obrigações profissionais do Coordenador Médico de Informações em Saúde com relação ao sigilo médico, as operadoras permanecem responsáveis pelo envio das informações relativas aos beneficiários de planos de assistência à saúde respondendo pela omissão ou incorreção dos dados.

A ANS aprova em 13 de fevereiro de 2001 a resolução que institui o documento de informações periódicas das operadoras de planos de assistência à saúde – DIOPS. Este documento consolida os quadros demonstrativos a serem encaminhados a ANS, pelas operadoras, referentes à situação econômico-financeira, dados cadastrais e informações operacionais. A resolução determina que as operadoras devem enviar as informações através da Internet.

A ANS aprova em 21 de setembro de 2001 a Resolução RDC nº 85, da sua diretoria colegiada, que institui o Sistema de Informações de Produtos (SIP) para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. O sistema prevê envio de informações e emissão de relatórios gerenciais de acompanhamento da prestação de serviços.

O lançamento das informações no SIP deve observar as instruções de preenchimento contidas nos anexos da resolução e as definições contidas no glossário que constitui anexo específico. Os anexos desta resolução devem estar disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico <<http://www.ans.gov.br>>, na Internet.

A resolução determina o envio de informações trimestrais pelas operadoras privadas. A resolução esclarece que o envio destas informações não exime as operadoras da obrigação de apresentar documentação comprobatória da veracidade das informações fornecidas, bem como quaisquer outras informações que a ANS vier a requisitar.

O Sistema de Informações de Produtos (SIP) pretende fazer o acompanhamento de diferentes eventos operacionais e epidemiológicos: taxa e coeficiente de mortalidade materna, atendimentos ambulatoriais eletivos e de urgência e emergência, procedimentos diagnósticos e exames complementares, internações hospitalares, terapias intensivas, partos normais e cesáreas, taxa de nascidos vivos e mortos, consultas médicas, e consultas, exames e procedimentos odontológicos. Este sistema pretende ainda correlacionar eventos e despesas das operadoras privadas.

A ANS aprova em 11 de novembro de 2002 a Resolução Normativa – RN nº 17, que estabelece novas normas para o fornecimento de informações para o cadastro de operadoras de planos de saúde, revogando as disposições da RDC nº 3/2000. A resolução resulta do trabalho de grupo especialmente designado para esta finalidade, dentro do esforço de melhoria de processo do resarcimento ao SUS.

A RN nº 17 determina que as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem enviar à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), até 60 dias após concedido o registro da operadora, os dados cadastrais de seus beneficiários, utilizando os modelos e aplicativo disponibilizados na página da Internet no endereço: <<http://www.ans.gov.br>>.

A ANS aprova em 12 de dezembro de 2002 a RN nº 22, que dispõe sobre a proteção das informações relativas à condição de saúde dos consumidores de planos privados de assistência à saúde.

A resolução determina que as operadoras privadas devem manter protegidas as informações fornecidas pelos seus consumidores ou por seus prestadores de serviços quando acompanhadas de dados que possibilitem a sua individualização, não podendo as mesmas serem divulgadas ou fornecidas a terceiros.

É necessário entender a implantação dos diferentes e importantes sistemas de informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como parte do processo de construção da regulação, da regulamentação e da fiscalização do mercado de assistência suplementar à saúde.

O cadastro de beneficiários demorou alguns anos antes de consolidar como uma base de dados segura e confiável sobre as pessoas cobertas pelos planos privados de assistência à saúde. O temor das operadoras privadas de apresentarem o cadastro de seus clientes, que poderiam chegar ao conhecimento dos concorrentes, atrasou a sua organização e melhoria.

O plano de contas e o documento de informações periódicas das operadoras também foram de difícil implantação porque encontraram o mercado com muitas operadoras privadas funcionando precariamente em termos de administra-

ção financeira e contábil. A padronização contribui para melhoria das informações usadas pelas próprias operadoras privadas nos seus processos internos de tomada de decisão.

O sistema de informações de produtos está relativamente distante da realidade de muitas operadoras privadas, que não possuem mecanismos de controle eficazes dos seus procedimentos operacionais e que não fazem acompanhamento e avaliação regulares dos seus indicadores epidemiológicos. Este sistema possui a virtude de criar padrão de acompanhamento da prestação de serviços.

A ANS aprova em 1 de abril de 2003 a RN nº 29, que dispõe sobre a instituição da versão 2.0 do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS. É uma segunda versão do Documento instituído pela Resolução – RE nº 1, de 13 de fevereiro de 2001.

O Manual de Orientação que visa facilitar o preenchimento dos quadros demonstrativos passa a fazer parte integrante do DIOPS/ANS – versão 2.0. O DIOPS/ANS e o seu Manual de Orientação, conforme o *caput* desse artigo, encontram-se disponíveis para cópia no endereço eletrônico da ANS <<http://www.ans.gov.br>>.

A ANS aprova em 12 de setembro de 2003 a RN nº 47, que cria o Programa Transmissor de Arquivos (PTA) entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e a ANS, para transmissão de arquivos da base de dados econômico-financeira e contábil das seguradoras especializadas em saúde, nota técnica de registro de produto (RPC) e Sistema de Informações de Produtos (SIP).

O Programa de Transmissão de Arquivos (PTA) fica disponível para *download* no site da ANS <<http://www.ans.gov.br>> para todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como as instruções para sua utilização. A sistemática de transmissão anterior por meio de *upload* de arquivos através do servidor PARDAL deixa de vigorar a partir de 1 de janeiro de 2004.

A ANS aprova em 3 de dezembro de 2003 a RN nº 56, que cria o cadastro de planos privados de assistência à saúde,

comercializados anteriormente a vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e ainda não adaptados. As informações de que trata esta Resolução devem ser enviadas pela Internet, em formato a ser definido por instrução normativa a ser editada, observando os prazos para envio, contados da disponibilidade do aplicativo no sítio da ANS.

A RN nº 56 determina que devem ser mantidos disponíveis para verificação pela ANS, até extinção de todas as obrigações decorrentes dos contratos em vigor, os instrumentos contratuais e a documentação relativa à assistência efetivamente prestada que comprovem a veracidade das informações prestadas.

A ANS aprova em 22 de outubro de 2004 a RN nº 83, que cria o Comitê Editorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar. O Comitê Editorial da ANS é órgão de natureza proposicional, avaliativo e supervisor em assuntos de gestão editorial, ações e processos geradores de produtos editoriais da Agência, veiculados em todos os meios e suportes.

O Comitê Editorial está vinculado à Secretaria Geral da ANS. Os projetos editoriais devem ser encaminhados à Secretaria Geral para distribuição aos membros do Comitê Editorial. As deliberações do Comitê Editorial da ANS devem ser submetidas à Diretoria Colegiada da ANS para decisão.

O Comitê Editorial da ANS atua em consonância com o Conselho Editorial do Ministério da Saúde (CONED), suas deliberações e a política editorial do Ministério da Saúde. O planejamento editorial da ANS deve estar contido no Plano Anual de Comunicação da ANS. O Comitê Editorial da ANS deve ser composto por 5 (cinco) membros titulares e 5 (cinco) membros suplentes, nomeados pelo diretor-presidente da ANS. Não há periodicidade fixa para realização das reuniões do Comitê Editorial da ANS.

O Comitê Editorial da ANS tem entre outras competências: planejar, acompanhar e avaliar a produção editorial no âmbito da ANS; estabelecer e rever as prioridades editoriais anuais no âmbito da ANS; apreciar os projetos editoriais no âmbito da ANS; solicitar pareceres de especialistas, quando necessários; articular e propor ações e projetos para o Plano

Anual de Comunicação da ANS; elaborar relatório bimestral de suas atividades e da produção editorial da ANS no período, para conhecimento e apreciação da Diretoria Colegiada.

A ANS aprova em 15 de dezembro de 2004 a RN nº 86, que estabelece novas normas para o envio de informações do Sistema de Informações de Produtos (SIP). Esta Resolução estabelece normas para o envio de informações do SIP para as operadoras com registro ativo na ANS a partir do período de competência do 1º trimestre de 2005.

A partir do período de competência do 1º trimestre de 2005 as operadoras que mantêm planos de assistência médico-hospitalar com ou sem assistência odontológica devem enviar informações de acordo com as orientações dos anexos desta Resolução.

Os anexos estão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico <<http://www.ans.gov.br>>, na Internet. As informações devem ser enviadas pela Internet observando a última versão do aplicativo disponível no sítio <<http://www.ans.gov.br>>. Na impossibilidade da operadora encaminhar as informações pela Internet, a ANS poderá autorizar outras formas de envio, desde que a operadora solicite por escrito e dentro do prazo de envio estabelecido nesta Resolução.

O envio do SIP à ANS não exime as operadoras da obrigação de apresentar documentação comprobatória da veracidade das informações prestadas, bem como de quaisquer outros documentos e informações que a ANS, nos limites de sua competência, vier a requisitar.

A ANS aprova em 4 de janeiro de 2005 a RN nº 88, que atualiza o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) e aprova novas normas para o envio de informações de beneficiários das operadoras de planos de assistência à saúde à ANS, revogando a RN nº 17.

A RN nº 88 atualiza o SIB, que estabelece a sistemática de geração, transmissão e de controle de informações da totalidade dos beneficiários existentes na carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde devem enviar à ANS, até 60 dias após concedido o regis-

tro da operadora, as informações cadastrais de seus beneficiários, na forma desta RN, utilizando os modelos e aplicativo disponibilizados no endereço eletrônico <<http://www.ans.gov.br>>.

Em 11 de fevereiro de 2005 a ANS abre por 30 dias a sua consulta pública para que sejam apresentadas críticas e sugestões relativas à proposta de Resolução Normativa que dispõe sobre o estabelecimento de padrão essencial obrigatório para as informações trocadas entre operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre o atendimento prestado aos seus beneficiários e usuários.

A exposição de motivos da proposta de Resolução Normativa diz que a mesma tem o objetivo de estabelecer um padrão essencial obrigatório para as informações trocadas entre operadoras e prestadores de serviços de saúde. Diz também que a tendência à padronização tem sido observada no próprio mercado, mediante iniciativas periódicas de estudos por parte de associações representativas do setor.

A ANS afirma que essas iniciativas são relevantes para a melhoria do atendimento dos beneficiários e para a racionalização dos procedimentos administrativos e operacionais de operadoras e prestadores. A utilização, por parte das operadoras, de uma grande variedade de formulários com informações diversas, acrescida aos demorados mecanismos de troca de informações, especialmente no que tange ao faturamento, pagamento e glosas de despesas por ambos os segmentos, além dos erros de preenchimento e do custo administrativo que tais mecanismos representam, são alegações constantes para as dificuldades de melhoria da eficiência e agilidade do atendimento.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar reconhece o estabelecimento de um padrão essencial de informações como necessário para o aprimoramento da qualidade da prestação da assistência, para o aperfeiçoamento das informações sobre o setor e para a otimização dos recursos utilizados na troca de informações entre operadoras e prestadores.

Além disso, considera a sistematização de informações como um dos elementos fundamentais na construção de indi-

cadores que permitam avaliar o estado de saúde, subsidiar o planejamento, acompanhamento e avaliação dos serviços prestados, e fornecer aos segmentos envolvidos, à ANS e ao Ministério da Saúde informações sanitárias que permitam efetuar comparações e apoiar as políticas nacionais de saúde.

A ANS desenvolveu ainda um projeto, em convênio com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), que visa disponibilizar para operadoras e para os prestadores de serviços de saúde contratados um aplicativo informatizado, de uso opcional, modelado com o padrão essencial obrigatório de informações.

A agência reguladora, as operadoras, os prestadores de serviços e os beneficiários de planos têm cada vez mais visibilidade. Sabe-se mais e mais detalhadamente o que acontece nesse mercado. Além disto, as discussões com argumentos se tornaram mais freqüentes na resolução de conflitos de interesses.



# A INFORMAÇÃO COMO FERRAMENTA REGULADORA DE MERCADOS

---

O foco deste capítulo é descrever e discutir alguns tópicos da agenda da regulação do mercado relacionados a produção, disseminação e uso de informação. É particularmente importante mostrar que a ANS está entrando em uma nova etapa deste processo, marcada pela coleta de dados e produção de relatórios sobre as qualidades das operadoras.

No sentido de conciliarem os interesses sociais mais amplos com interesses competitivos das empresas reguladas, é adotado o modelo regulador para o mercado de saúde suplementar no Brasil, com a Agência Nacional de Saúde Suplementar agindo em nome do Estado e dispondo de independência administrativa e financeira.

A disseminação de informações pode ser importante ferramenta nas mãos da Agência Nacional de Saúde Suplementar para reduzir as desigualdades de informação. A produção de informações sobre operadoras, produtos e beneficiários do mercado de saúde suplementar interfere saudavelmente nas discussões e na tomadas de decisões dos clientes usuários.

Montone (2004) destaca o notável avanço da produção e da disseminação de informações após a promulgação dos marcos da regulação e a criação da ANS:

*O Estado e a sociedade dispõem hoje, de um conjunto importante de informações sistematizadas que possibilitam a constru-*

*ção de um conhecimento do setor. Além de permitir aos usuários melhores escolhas e maior garantia de cumprimento do contrato, permite aos agentes públicos a definição e o aperfeiçoamento de políticas setoriais.*

Em meados de 2001 a ANS criou um canal de comunicação com a sociedade – o Disque ANS (0800 701 9656), ao qual o consumidor pode recorrer, tanto para formulação de consultas quanto para notificação de denúncias relativas aos serviços de assistência à saúde assegurada pelas operadoras.

O Disque ANS e a Diretoria de Fiscalização da ANS são formalmente responsáveis pelo atendimento direto ao consumidor, tendo entre outras atribuições, receber, analisar e encaminhar reclamações, consultas e denúncias, apresentadas por consumidores e/ou entidades que os representem. Eles fazem também a orientação sobre direitos, e encaminham reclamações, quando cabíveis, aos órgãos competentes.

O Disque ANS, em 2001, recebeu 17.286 pedidos de informações e 1.631 reclamações e em 2002, foram recebidos 55.658 pedidos de informações e 5.989 reclamações. Os pedidos de informações e reclamações mais freqüentes referem-se aos aumentos de mensalidade e a cobertura assistencial (MONTONE, 2004).

A partir das reclamações ao seu *callcenter* a ANS elabora um índice de reclamações, relacionando os indícios de irregularidades apurados com o número de beneficiários das operadoras. Este índice é atualizado mensalmente e está disponível no *site* da Agência na internet <<http://www.ans.gov.br>>.

Na reunião da Câmara de Saúde Suplementar, de 27 de setembro de 2001, a ANS apresentou uma “agenda de regulamentação” com os temas agrupados em três blocos: modelo de regulação, sua transição e evolução; modelo assistencial; e, processo de regulamentação em si, englobando as questões previstas em lei mas que ainda não estavam regulamentadas e as que mereciam revisão.

O bloco “modelo de regulação” contém os seguintes tópicos: a adaptação dos contratos, com todas as suas decorrências; o processo de migração e o de estabilização dos con-

tratos antigos e novos; a mobilidade dos usuários e a portabilidade de carência; o resarcimento ao SUS; o reajuste por faixa etária; e a abrangência da regulamentação, a fim de melhor especificar as modalidades correlatas de prestação de assistência à saúde diretamente ao usuário, como o cartão de desconto, a UTI móvel etc. No bloco “modelo assistencial” estavam as questões relativas: à assistência farmacêutica; à promoção e prevenção à saúde; aos mecanismos de regulação de uso, incluindo as modalidades de rede, objeto da Resolução CONSU nº 8; e, às modalidades de segmentação e sub-segmentação. E no bloco “regulamentação” são identificadas: as relações entre operadoras e prestadores; os atendimentos de urgência e emergência da Resolução CONSU nº 13; a assistência ao recém-nascido da Resolução CONSU nº 2; o reajuste por faixa etária da Resolução CONSU nº 11, sendo que esses já estavam no calendário desse ano da Câmara; a política de reajuste e revisão técnica; e as doenças ou lesões preexistentes, com os seus sistemas decorrentes, cobertura parcial temporária, agravo e rol de procedimentos de alta complexidade.

Na reunião da Câmara Técnica sobre Contratos entre Operadoras e Prestadores de Serviços no dia 21 de março de 2002 a ANS registrou que, sobre a regulamentação da relação entre operadoras e prestadores, foram recebidas e distribuídas as seguintes propostas: do CIEFAS, da FENASEG, do SINAMGE/SINOG, da AMB e CFM, do CFO, da FBH, da CNS e da Fundação PROCON-SP.

Nessa reunião o Instituto de Defesa do Consumidor – IDEC, de São Paulo (SP), defendeu a avaliação e a certificação de qualidade da assistência à saúde no Brasil, para a qual a experiência internacional mostra ser importante determinando nível de exigência. A acreditação hospitalar tem desde 1992 um modelo preliminar que aponta o início de um trabalho, e o IDEC considerou que aquele momento era propício para o aprimoramento desse aspecto.

O IDEC afirma que no caso de hospitais, existe a obrigatoriedade de apresentação do certificado de qualidade, porém qualquer contratação de prestadores de serviço deve

estar sujeita às condições básicas, ligadas especificamente à qualidade técnica do estabelecimento que incluísse o atendimento ao consumidor, abrangendo acreditação hospitalar e certificação de qualidade, devidamente expedidos pelos órgãos competentes.

O IDEC sugere que a ANS faça o monitoramento, disponibilize ao mercado as informações captadas e, em conjunto com sociedades científicas ou técnicas, trabalhe para a ampliação dessa oferta. Adotado por todas as operadoras privadas, esse procedimento pode trazer um impacto muito positivo na qualidade da promoção e da assistência à saúde.

Cabe mencionar ainda que o Contrato de gestão da ANS determina que ela faça anualmente uma pesquisa de avaliação do grau de conhecimento sobre seus direitos básicos e de satisfação dos consumidores com seus planos. Em 2002 declararam estar “muito satisfeitos” com seus planos 22% dos consumidores e 62% declararam estar “satisfeitos” (MONTONE, 2004).

Cabe observar que vem aumentando rapidamente o grau de conhecimento dos consumidores sobre seus direitos básicos após o início da regulação e da fiscalização do mercado. Aumentou de 68% em 2001 para 75% em 2002, (de acordo com Montone), os consumidores que sabem que as regras para aumento de mensalidades devem estar bem claras nos contratos.

Aumentou de 62% em 2001 para 69% em 2002 de acordo com Montone, 2004, os consumidores que sabem que ninguém pode ser impedido de participar de um plano de saúde por causa da idade; e aumentou de 57% em 2001 para 64% em 2002 os que sabem que ninguém pode ser impedido de participar de um plano de saúde por ser portador de alguma doença ou deficiência.

É difícil estabelecer relação de causalidade entre estes graus de satisfação e de conhecimento com os procedimentos reguladores e fiscalizadores. É importante destacar que a regulação do mercado de saúde suplementar entra na agenda política e na esfera de discussão pública dos conflitos sociais.

No segundo semestre de 2003 é realizado o Fórum de Saúde Suplementar de 2003, convocado pelo Ministério da

Saúde. O Fórum foi bem caracterizado nas palavras do ministro da Saúde, Humberto Costa:

*É um momento de diálogo entre todos os setores, para que se chegue a uma situação que seja boa para todos. Todos os segmentos vão ter que perder um pouco para ganhar um pouco, quem estiver imaginando que vai chegar ao Fórum para defender posições imodificáveis, não vai estar contribuindo para o processo de solução dos problemas que o setor tem, e pode ter certeza que o Ministério da Saúde e o governo federal em nenhum momento vai vacilar, se ele precisar tomar posições em torno dos temas que forem feitos aqui, certamente tomará... Por isso é que o espírito que deve presidir todos os participantes desse segmento, é o espírito do debate e da negociação, do perder e do ganhar, para que o sistema como um todo possa ganhar (ANS, 2003).*

No Fórum de Saúde Suplementar a Central Única dos Trabalhadores (CUT) apresentou propostas, visando contribuir para a formulação de uma política adequada para o setor de Saúde Suplementar, no sentido de estabelecer parâmetros desejados pela população de usuários dos planos de saúde, buscando um ponto de equilíbrio entre os diversos segmentos que envolvem esta área.

A CUT propõe que a assistência no setor de Saúde Suplementar tenha uma perspectiva de atenção integral à saúde; que se construa um novo modelo assistencial que garanta a eficácia, combinada com a integralidade da atenção à saúde, privilegiando a atenção primária e as ações de prevenção; a implementação via ANS das diretrizes e protocolos da AMB e Sociedades de Especialidades, inclusive com protocolos de prevenção de doenças e promoção de Saúde para a medicina suplementar; a implementação da livre escolha do médico pelos usuários com o fim do referenciamento e credenciamento; a implementação da auditoria mista (técnico dos usuários, prestadores, médicos, hospitais e operadores) para efetivar avaliação de desempenho do setor.

O Ministério da Saúde deseja que o Fórum de Saúde Suplementar seja um espaço de discussões e negociações, pois estas são condições básicas para se fazer um pacto entre todos

os atores do setor e que se possa ter tanto uma legislação quanto um instrumento de regulação que seja legitimado por todos.

Em artigo apresentado no Fórum declara-se que é necessário ter parâmetros e padrões que sejam amplamente aceitos e legitimados, para que possa se estabelecer diálogo e entendimento entre consumidores, prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde e governo (LIMA, SANTINI, 2003).

Neste artigo sugere-se que a ANS pode e deve coordenar a inclusão da avaliação e da melhoria da qualidade na agenda das operadoras privadas e dos prestadores de serviços:

*É necessário ampliar a agenda da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entre as possibilidades de regulação, regulamentação e fiscalização da relação entre operadoras e prestadoras, destacamos a da ANS assumir a coordenação ativa, indutora e negociadora da inclusão da avaliação para melhoria da qualidade na agenda das operadoras privadas e dos prestadores de serviços (LIMA, SANTINI, 2003).*

Entre as atribuições da ANS que se referem a qualidade da assistência à saúde, definidas em Lei, cabe destacar:

- fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
- exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;
- fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
- estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;

- estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar.

Os indicadores são o meio para estabelecer o alcance dos objetivos das organizações de saúde. Eles estão estreitamente associados com outras condições, e a presença ou variação dos primeiros indica a presença ou variação das segundas. Os indicadores demonstram os resultados (LIMA, SANTINI, 2003).

A ANS, as operadoras e os prestadores de serviços podem discutir e definir os meios de verificar e mensurar os indicadores. O valor de um indicador é limitado pelos meios que se dispõe para verificá-lo. As verificações de alguns indicadores podem exigir a revisão de registros simples e rápida, enquanto que as de outros podem exigir pesquisa especial.

Neste artigo também são mencionados os sete pilares da qualidade, sugeridos por Donabedian (LIMA, SANTINI, 2003), que podem ser usados na avaliação da qualidade dos prestadores de serviços de assistência no setor de saúde suplementar, funcionando como metáforas, demarcando territórios temáticos ou espaços de comunicação, onde são produzidas, disseminadas e usadas informações. Cabe destacar a interdependência entre os pilares da qualidade para a avaliação.

Donabedian (NOGUEIRA, 1994) identifica sete atributos como pilares da qualidade em saúde:

1. Eficácia: a capacidade do cuidado, assumindo sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde.
2. Efetividade: o quanto que melhorias possíveis nas condições de saúde são de fato obtidas.
3. Eficiência: a capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde ao menor custo.
4. Otimização: a mais favorável relação entre custos e benefícios.

5. Aceitabilidade: conformidade com as preferências do paciente no que concerne a acessibilidade, relação médico-paciente, as amenidades, os efeitos e o custo do cuidado prestado.
6. Legitimidade: conformidade com preferências sociais em relação a tudo mencionado acima.
7. Eqüidade: igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Os prestadores de serviços podem usar a avaliação como uma ferramenta para melhoria da sua qualidade, no sentido de procurar aumentar o grau de satisfação dos seus clientes usuários. A avaliação pode verificar e medir os atributos das intervenções das organizações que vão garantir um maior grau de satisfação.

A avaliação é uma forma de produzir, disseminar e usar informações, contribuindo para que as pessoas elaborem coletivamente as suas interrogações e busquem as suas respostas, o que pode contribuir nos seus processos de aprendizagem e de tomada de decisões. A avaliação pode, assim, conferir maior legitimidade para a ação das pessoas e das organizações.

No contexto do Fórum Nacional de Saúde Suplementar aquele artigo sugere que a inclusão da avaliação e da qualidade na agenda da ANS pode ampliar e demarcar novos territórios de informação, comunicação e discussão de interesses entre operadoras, prestadores de serviços, profissionais de saúde e beneficiários.

Pereira Filho (2004) apresentou naquele Fórum um artigo discutindo o contexto e as perspectivas dos marcos da regulação da saúde suplementar, destacando os ganhos de informação obtidos em função da criação da ANS:

*Hoje se tem muito mais clareza da extensão e da importância, bem como das diferentes estratégias organizacionais das diversas formas que o mercado de saúde suplementar, no Brasil, oferece. Isso se deve não só ao papel regulador da ANS, mas também a sua capacidade de gerar e oferecer informações mais precisas e confiáveis. Não resta dúvida de que as investigações e conhecimentos gerados como consequência destas informações vão*

*se refletir em uma maior qualidade da política pública de saúde no Brasil.*

Em dezembro de 2004 a Agência Nacional de Saúde Suplementar lançou a iniciativa “Qualificação em Saúde Suplementar”, instituindo um processo para classificar por pontuação o desempenho de operadoras de planos privados de assistência à saúde.

No lançamento da iniciativa o diretor-presidente da ANS apontou a mesma como esforço para aumentar a interlocução da ANS com todos os integrantes do setor:

*Estamos trazendo novos elementos que possibilitem ao comprador de plano se posicionar dentro do mercado. Queria, por fim, reforçar o convite para o aprimoramento do projeto, para que todos tenham a possibilidade de ver o programa e ajudar, contribuindo na sua adequação. E que o setor possa abandonar a cultura do conflito e aprimorar a cultura do diálogo (ANS, 2004).*

No texto-base da iniciativa “Qualificação em Saúde Suplementar” afirma-se que a regulação trouxe avanços que fizeram com que o ambiente da saúde suplementar pudesse estar melhor hoje do que no período pré-regulamentação. Atualmente, existem: critérios para a entrada no mercado e para o funcionamento das operadoras de planos de saúde; acompanhamento econômico-financeiro; e maior conhecimento sobre o setor.

Esses avanços permitem que a ANS encare de forma diferente os desafios que lhe são colocados e um desses grandes desafios é a mudança do foco da regulação. A direção da ANS entende que, apesar dos inúmeros conflitos existentes entre os diversos atores sociais componentes do setor, a qualificação em saúde suplementar é o local de encontro onde esses atores podem dialogar:

*A idéia central desta nova perspectiva no processo de regulação do setor suplementar é a ênfase na qualificação do papel de todos os atores (operadoras, prestadores, beneficiários e do próprio órgão regulador) envolvidos e que também deve aparecer em todas as dimensões do funcionamento do setor (atenção à*

*saúde, econômico-financeira, estrutura e operação e satisfação dos beneficiários). (ANS, 2004)*

A proposta de avaliação de qualidade da saúde suplementar apresentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em dezembro de 2004, teve como princípios norteadores: 1) A avaliação do impacto das ações de saúde na população beneficiária; 2) A perspectiva de sistema; 3) A avaliação de maneira sistemática e progressiva, com explicitação dos critérios utilizados para construção dos indicadores. O desenvolvimento da Qualificação da Saúde Suplementar se desdobra em dois componentes: Avaliação da Qualidade das Operadoras e Avaliação da Qualidade Institucional.

A qualidade das operadoras deve ser avaliada em 4 (quatro) dimensões: 1) Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde; 2) Avaliação da Qualidade Econômico-financeira; 3) Avaliação da Qualidade da Estrutura e Operação; e 4) Avaliação da Satisfação dos Beneficiários.

A qualificação das operadoras que a ANS pretende é um processo contínuo de indução da qualificação nas quatro dimensões, para que o setor da suplementar, nos termos do texto-base, “opere de forma equilibrada, ágil, com informações consistentes, oferecendo serviços adequados aos seus beneficiários” (ANS, 2004).

A opção estratégica de dar ênfase à dimensão da qualidade da atenção à saúde é uma decisão governamental do Ministério da Saúde de investimento prioritário nesta área. A ANS espera que esta opção estratégica tenha como um de seus principais desdobramentos uma maior integração desta agência reguladora com a agenda do Ministério da Saúde.

A ANS anuncia que a publicação dos resultados do processo de Qualificação da Saúde Suplementar ocorrerá semestralmente e em duas etapas: Na 1<sup>a</sup> etapa, o resultado será disponibilizado para a operadora, com chave de acesso individualizada, no qual a operadora poderá conhecer o resultado de sua avaliação. A partir da 2<sup>a</sup> etapa, o Índice de Desempenho, que materializa a Qualificação do Setor de Saúde Suplementar, será disponibilizado no endereço eletrônico da ANS.

A ANS anuncia também a formação de rede de centros de cooperação descentralizada, que atua como linha auxiliar de apoio institucional, promovendo a colaboração técnica ativa, podendo significar meio importante para a consecução dos objetivos descritos, aumentando a visibilidade e acessibilidade às informações, análises e proposições formuladas.

A ANS diz que se deve fazer uso complementar das informações produzidas por pesquisas realizadas, ligando serviços e instituições de ensino e pesquisa em saúde,

*estabelecendo um intercâmbio colaborativo interno e externo no sentido de potencializar a capacidade analítica e buscando forjar consensos para as propostas de intervenção, referenciada nas diretrizes estratégicas estabelecidas pelo corpo diretivo da ANS, organizando e difundindo os resultados alcançados com este processo. (ANS, 2004)*



# CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Neste trabalho é feita uma seleção de tópicos relacionados à assistência suplementar à saúde no Brasil, relatando a assimetria de informações entre os agentes envolvidos e destacando a importância da informação enquanto instrumento para alavancar o processo de regulação, melhorar as condições de participação do cidadão nos processos e garantir bem-estar social.

Nestas considerações finais se repete o enunciado de Chauí (1993), em que a condição mais importante da democracia é o poder de produzir informação. Então, a ética democrática deve operar como discussão orientada para o entendimento, baseada na expressão dos interesses e na argumentação racional.

Assim sendo, qualquer discussão a partir da informação é ela mesma uma discussão da democracia. É no contexto histórico e social da democracia que a publicidade das informações tem o poder de criar vínculos e solidariedades. As redes sociais são uma forma inteligente de trocar informações e criar “vínculos”. A relação entre os elementos das redes proporciona formas e intensidades originais de solidariedade.

A troca de informações nas sociedades pós-industriais também estabelece vínculos e viabiliza expressões de solidariedade entre as pessoas. As redes podem usar de modo solidário as novas tecnologias digitais, especialmente as conexões através da Internet.

O número de beneficiários de planos de saúde no Brasil está próximo de 40 milhões, constituindo uma imensa massa a ser informada do melhor modo de defender seus interesses. Esta população de beneficiários de planos de saúde tem sentado à mesa de negociação através dos empresários ou de dirigentes corporativos que oferecem os planos de saúde aos empregados ou colaboradores.

A troca de informações entre beneficiários de planos de saúde pode, por exemplo, permitir um uso ótimo das condições estabelecidas nos contratos. Além disso, ela interfere na cultura desse mercado. As pesquisas do grau de satisfação dos beneficiários mostram que este aumenta quando eles possuem mais informação.

Uma das maiores imperfeições do mercado de saúde suplementar está na assimetria de informações entre as operadoras e os seus beneficiários. As operadoras de planos tendem a evitar consumidores que possam requerer maiores e mais freqüentes cuidados. Os beneficiários tendem a demandar os cuidados cobertos pelas operadoras de planos de saúde.

A comunicação por meio da Internet proporciona potencialmente a troca de informações entre beneficiários, criando vínculos e oportunidades de solidariedade. O registro de queixas de consumidores através de *sites* na Internet pode ser uma ação mais efetiva do que a notificação formal aos fiscais do órgão regulador.

A discussão pública dos resultados das verificações e das mensurações dos indicadores de qualidade das operadoras de planos de saúde pode induzir os tomadores das decisões empresariais a se preocuparem com o grau de satisfação dos seus beneficiários. Ao mesmo tempo, uma comunidade de consumidores satisfeitos tem enorme potencial de valorização das operadoras de planos de saúde.

As chamadas “falhas do mercado” são a regra. Assim sendo, é importante observar quais são as características dos mercados que interferem diretamente nas relações entre fornecedores, operadores e clientes beneficiários. No caso da assistência suplementar à saúde os principais problemas parecem estar relacionados ao “risco moral” dos beneficiários e

a seleção adversa pelas operadoras, incluindo a gerência do acesso e do uso.

A relação entre o principal e seu agente permite entender a relação entre o segurado e sua seguradora, isto é, entre o beneficiário e a operadora do plano. O cliente quase sempre sabe o que quer, mas a operadora não informa quanto custa oferecer os bens e serviços necessários para obter um elevado grau de satisfação dos beneficiários. Além disso, saber com precisão o custo de oferta implica em custos para obter esta informação.

A assimetria de informação entre os agentes econômicos requer uma ação reguladora pública. As desigualdades entre as operadoras de planos de saúde e seus beneficiários requerem que o Estado produza e dissemine informações sobre as qualidades dos planos, incluindo o grau de satisfação dos clientes consumidores.

A regulação pública dos mercados pode operar entendimentos entre as operadoras e seus beneficiários, através da mediação publicitária dos conflitos de interesses. A publicação de uma classificação das operadoras por reclamações notificadas por beneficiários e confirmadas pela Agência reguladora é relevante porque reflete indiretamente a qualidade do produto oferecido pela operadora. É importante calcular esse indicador em função do número de beneficiários das operadoras.

As teorias da regulação, especialmente a partir da análise de Stigler (1971), ganham força e credibilidade acadêmicas. O mundo globalizado viveu uma gigantesca onda de privatizações de bens e de serviços públicos, a partir dos anos 80, que tinham como contraponto uma retórica que fortalecia a relevância da regulação pública dos mercados.

A contraposição ao interesse geral dos benefícios capturados por um dos agentes econômicos deve ser observada e avaliada com cuidado pelo órgão regulador. A assimetria de informações entre os operadores de plano de saúde e os seus beneficiários requer do Estado os procedimentos facilitadores da descrição e da discussão dos interesses específicos.

A regulação pública dos mercados não deve ser confundida com a defesa dos interesses difusos dos consumido-

res. Todos os agentes econômicos devem ter oportunidade de se expressar e de argumentar nas discussões patrocinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Neste sentido são particularmente relevantes a Câmara de Saúde Suplementar, como órgão consultivo, e as consultas públicas sobre interesses em confronto.

O mercado de saúde suplementar no Brasil comprehende 2.200 operadoras de planos e mobiliza atualmente 30 bilhões de reais. Fica claro que entender desse mercado requer informação, que está sendo mais intensamente produzida e disseminada a partir da implantação e da ação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O mercado de planos de saúde está concentrado nas mãos de poucas operadoras, pois 45 operadoras possuem 50% dos beneficiários e 435 operadoras possuem 90%. A maior parte das operadoras é de pequeno porte, uma vez que 85% das operadoras têm menos de 20 mil beneficiários. Esta concentração do mercado pode aumentar a assimetria de informação entre as operadoras e seus beneficiários.

A análise das distribuições sugere forte concentração e dos beneficiários nos estados do Sudeste do País. Apenas cinco estados têm mais de 20% da população coberta por planos de saúde. Além disso, os beneficiários dos planos estão concentrados nas faixas de população economicamente ativa. Entre os beneficiários 70% possuem planos coletivos, pois têm acesso a eles em função do vínculo de emprego formal.

A concentração do mercado em poucas operadoras e de uma maioria de clientes empresariais tem efeitos ainda pouco descritos e discutidos. Sugerem-se pesquisas e análises dos efeitos desta concentração. Portanto, o cliente consumidor das classes médias que paga mensalmente o seu plano familiar está longe de ser a imagem real da maioria dos beneficiários dos planos de saúde no Brasil.

Os marcos da regulação da assistência suplementar à saúde são as Leis Federais nº 9.656/98 e 9.961/2000. Estas leis dispõem sobre os planos e os seguros de saúde e uma delas cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão regulador vinculado ao Ministério da Saúde.

Pode-se afirmar que a regulamentação da assistência suplementar à saúde no Brasil tem sido um capítulo especial no processo de implantação de órgãos reguladores do mercado iniciado pelo governo federal na gestão de Fernando Henrique Cardoso na década de 1990. A regulação da assistência à saúde tem implicações éticas importantes, especialmente considerando-se que a Constituição Federal de 1988 define saúde como bem e interesse público.

Uma vez que os marcos reguladores estabelecem a assistência privada à saúde como algo suplementar, aqui se sugere aprofundar a investigação do significado desta suplementação por operadoras de planos de saúde. Esta discussão remete inevitavelmente ao processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a quem a Constituição Federal de 1988 atribui a oferta universal e igualitária dos cuidados integrais da saúde aos cidadãos brasileiros.

As principais ações reguladoras estão orientadas para a padronização e a fiscalização das operadoras de planos de saúde, determinando condições de entrada e de saída no mercado, bem como as regras de operação, e para a padronização e a fiscalização dos produtos, definindo direitos e restrições, incluindo o controle de preços.

Atualmente, os contratos privados entre os agentes econômicos (operadoras, seus beneficiários e os prestadores de serviços) são regulamentados. O conflito judicial no processo de ressarcimento ao SUS, por serviços prestados aos beneficiários de planos de saúde, expressa apenas uma das muitas discussões acirradas sobre a aplicação das leis reguladoras.

Observa-se que os beneficiários tendem a ser a parte mais vulnerável nas relações assimétricas do mercado de saúde suplementar. Eles quase sempre não têm informação suficiente para comprar e administrar seus contratos com as operadoras de planos. Entretanto, eles reclamam e as operadoras estão entre as empresas sobre as quais mais se reclama nos órgãos de defesa do consumidor.

Os beneficiários têm buscado proteção no Código de Defesa do Consumidor, interpondo ações judiciais para defender seus interesses. Esta busca tem sido intermediada por

organizações não-governamentais, como o Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC), por órgãos dos governos, como o Programa de Defesa do Consumidor (PROCON), e pelo Ministério Público.

Os consumidores na defesa dos seus interesses, contudo, não parecem estar preocupados com o equilíbrio econômico-financeiro do mercado de saúde suplementar. É fato que a concessão judicial de direitos dos consumidores pode sacrificar a capacidade de sustentação econômica das operadoras de planos, especialmente quando se concede aos beneficiários uma cobertura não estabelecida nos contratos.

Cabe, aqui, destacar que os órgãos de defesa do consumidor estão monitorando e avaliando as agências reguladoras de mercado no Brasil, conforme pode ser verificado com a publicação dos resultados de uma pesquisa feita por eles. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está entre as que têm as piores avaliações pelos consumidores.

Verifica-se que é grande o número de normas publicadas pela ANS sobre a produção, disseminação e uso de informações.

As principais normas no campo da informação são aquelas que criam os grandes sistemas de informações da ANS: o cadastro de operadoras, o cadastro de beneficiários e o sistema de informações de produtos. São eles que permitem, por exemplo, conhecer a natureza jurídica das operadoras, a distribuição demográfica dos beneficiários e o tipo de produto comercializado. Essas informações estão disponíveis e são atualizadas em tempo real.

Considerando que a informação é insumo fundamental nos processos de regulação de mercados, cabe destacar que dos mais importantes efeitos da regulação da assistência suplementar à saúde são as informações relevantes e pertinentes que estão sendo disponibilizadas e usadas pelos agentes econômicos neste mercado.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar tem criado processos regulares de registros de operadoras, produtos e beneficiários, que estão tornando possíveis comparações espaciais e temporais de indicadores de qualidades das opera-

doras de planos de saúde. Estes processos incluem um *callcenter* para registrar queixas dos beneficiários.

A ANS incorporou recentemente na sua agenda o fomento as iniciativas de qualidade no mercado de saúde suplementar, incluindo a melhoria dos seus próprios processos. Como a preocupação com a qualidade não garante a qualidade, só a participação ativa dos beneficiários dos planos de saúde pode produzir discussões efetivamente orientadas para o entendimento e solução de problemas.

O órgão regulador tem uma boa possibilidade nas mãos: a ampliação da agenda com criação, verificação e divulgação de indicadores da qualidade da promoção e dos cuidados integrais da saúde pode funcionar como território de expressão e discussão dos interesses. O investimento na satisfação dos beneficiários dos planos de saúde deve articular as iniciativas de melhoria e de certificação da qualidade.

Como as iniciativas das 2.200 operadoras de planos de saúde para melhoria e certificação da qualidade são diferentes entre si, devem ser consideradas como de interesse público, e isto implica em dar visibilidade a todas. Os beneficiários têm assim possibilidade de estabelecer contratos com operadoras de planos de saúde em condições mais favoráveis aos seus interesses e de ficarem mais satisfeitos.

A intervenção do Estado na economia pode operar eficazmente com uma ação comunicativa, no sentido que Habermas (1989) dá a esta expressão. Uma ação que promova visibilidade de informações e discussão com argumentos soluciona *a priori* uma das principais diferenças entre os agentes econômicos, que é a assimetria de informações.



## REFERÊNCIAS

---

AGUIAR, S. “Observatório da cidadania: monitorando as políticas públicas em âmbito global.” In: *Ci. Inf.*, maio/agosto 1999, v. 28, n.2, p.139-145.

ALMEIDA, C. “O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar.” In: *IPEA Textos para discussão*, n. 599. Brasília: IPEA, 1998.

ALVES, R. *O médico*. 3. ed., Campinas: Papirus, 2002.

ANDREAZZI, M.F.S. “Mercado de Saúde Suplementar: amplitudes e limites na arena de regulação.” In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANS. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar em 2003*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004, p. 121-146.

ANGEMANN, M. et al. *A Europa e a sociedade global da informação: recomendações ao Conselho Europeu*. Bruxelas, 1994. Disponível em: <<http://www.ispo.cec.br/infosoc/backg/bangemann>>.

ARAUJO, E.A. “A construção social da informação: dinâmicas e contextos.” In: *DataGramZero – Revista de Ciência da Informação*, v. 2, n. 5, art. 3, outubro de 2001.

–. “Informação, sociedade e cidadania: gestão da informação no contexto de organizações não-governamentais (ONGs) brasileiras.” In: *Ci. Inf.*, maio/agosto 1999, v. 28, n. 2, p. 155-167.

BAHIA, L. "Mudanças e padrões de relações público-priva-do: seguros e planos de saúde no Brasil." Rio de Janeiro: ENSP, 1999. (Tese de Doutorado)

–. "O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação." In: *BRASIL. Radiografia da Saúde*. Organizado por Barjas Negri e Geraldo di Giovanni. Campinas: UNICAMP, 2001, p. 325-362.

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993: investindo em saúde*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1993.

BAPTISTA, D.M. "A busca da informação por parte de entidades representativas." In: *Ci. Inf.*, mai/agosto 2001, v. 30, n. 2, p. 16-19.

BARNES, J. J. "Redes sociais e processo político." In: BIANCO, B. F. (org.) *A antropologia das sociedades contemporâneas*. São Paulo: Global, 1987, p. 159-194.

BARONE, S. R. M. "A regulação no mercado de planos de saúde: a ação do consumidor e a estratégia da Agência Nacional de Saúde Suplementar." Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2003. (Dissertação de Mestrado)

BARRETO, A. A. "A oferta e a demanda da informação: condições técnicas, econômicas e políticas." In: *Ci. Inf.*, maio/agosto 1999, v. 28, n. 2, p. 168-168.

BAUMAN, Z. *Globalização e as consequências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

–. *O mal estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BEAL, C. "Studying the public's information need." In: *J. Librarianship*, II (2), abril de 1979, p. 130-151.

BELKIN, N. "Some soviet concepts of information science." In: *JASIS*, janeiro/fevereiro, 1975, p. 56-64.

BELKIN, N. et al. "Information science and the phenomenon of information." In: *JASIS*, julho/agosto, 1976, p. 197-204.

BERLINGUER, G. *Questões de vida*. Londrina: CEBES, 1993.

BERWICK, D. M. et al. *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e de saúde*. São Paulo: Makron Books, 1994.

BIANCO, B. F. (org.) *A antropologia das sociedades contemporâneas*. São Paulo: Global, 1987.

BORZEKOWSKI, R. *The Adoption and Cost Impact of Hospital Information Systems*. Stanford University, 2002. (PhD dissertation)

—. *Health Care Finance and the Early Adoption of Hospital Information Systems*. Board of Governors of the Federal Reserve System, 2002.

BOTH, E. *Família e rede social*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

BOYER, R. *A teoria da regulação: uma análise crítica*. São Paulo: Nobel, 1990.

CAMPELLO, B. *O movimento de competência informacional: uma perspectiva para o letramento informacional*. Ci. Inf., Brasília, v. 32, 28-37, set./dez. 2003.

CAMPOS, G. W. S. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1988.

CANCLINI, N. *Consumidores e cidadãos: conflitos multiculturais da globalização*. 4. ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

CARVALHO, I. C. L. e KANISKI, A. L. “A sociedade do conhecimento e o acesso à informação: para que e para quem?” In: *Ci. Inf.*, setembro/dezembro 2000, v. 29, n. 3, p. 33-39.

CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. 5. ed., São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CENDON, B. V. “Bases de dados de informação para negócios.” In: *Ci. Inf.*, maio/agosto 2002, v. 31, n. 2, p. 30-43.

CHAUI, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e as outras falas*. São Paulo: Cortez, 1993.

CHAWLA, M. *Estimating the Extent of Patient Ignorance of the Health Care Market*. World Bank Economists. Fórum v. 2, 2002, p. 3-24.

CLEMENHAGEN, C.; CHAMPAGNE, F. "Quality assurance as part of programa evaluation: guidelines for managers amd clinical departament heads." *Quality Review Bulletin*, v. 12, n. 11, novembro de 1986, p. 383-387.

COHEN, M. F. "Alguns aspectos do uso da informação na economia da informação." In: *Ci. Inf.*, setembro/dezembro 2002, v. 31, n. 3, p. 26-36.

COHN, G. *Crítica e resignação: fundamentos da sociologia de Max Weber*. São Paulo: Queiroz, 1979.

CONSÓRIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE. *Manual de padrões de acreditação hospitalar*. Rio de Janeiro: UERJ, 2000.

CORDEIRO, H. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

COSTA, N. R. "O regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência à saúde no Brasil." In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANS. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar em 2003*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004, p. 49-64.

COUNCIL ON COMPETITIVENESS. *Highway to Health: Transforming US Health Care in the Information Age*. Washington, DC. March 1996.

CRAVEN, P. & WELLMANN, B. The Network City. In: EFFRAT, M. P. *The community: approaches and applications*. London: The Free Press, 1974.

CUNHA, P. C. M. *Regulação jurídica da saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. Rizoma. In: *Mil platôs, capitalismo e esquizofrenia*. V. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

DEMING, W. E. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.

DEMO, P. "Ambivalências da sociedade da informação." In: *Ci. Inf.*, maio/agosto 2000, v. 29, n. 2, p. 37-42.

DERVIN, B. "Information and democracy: an examination of underlying assumptions." In: *Journal of the American society for information science*, 45 (6): 369-385, 1994.

DETMER, D. E. "Improving Health and Reducing Costs Through Information Technology." In: *Academic Medicine* 1998; 73(3): 286-287.

DISTEFELD, H. "Gestão do Conhecimento: evolução e conceitos do novo paradigma." In: *1 Workshop Brasileiro de inteligência competitiva e gestão do conhecimento*. Brasília: FINEP, 2000.

DONABEDIAN, A. *A exploration in quality assessment and monitoring*. 2 v. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1982.

DUDZIAK, E. A. "Information literacy: princípios, filosofia e prática." In: *Ci. Inf.*, Brasília, v. 32, n. 1, p. 23-35, janeiro/abril 2003.

ELIAS, N. e SCOTSON, J.L. *Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

FENASEG. *Cadernos FENASEG – discussão dos temas do Fórum de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: FENASEG, 2003.

FOLLAND, S. et al. *The Economics of Health and Health Care*, 4. ed., Prentice Hall, 2004.

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

–. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau, 1996.

–. *Microfísica do poder*. 6. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FREIRE, S. M. *Sígilo de informações*. Rio de Janeiro: ANS, 2003. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>.

FROHMAN, B. "Taking policy beyond information science: applying the actor network theory for connectedness: information, systems, people, organizations." In: *Annual Conference Canadian Association for Information Science*, 23, 1995, Edmond, Alberta, Ca.

FURNVIAL, A. C. et al. "A Comunicação e Compreensão da Informação sobre Riscos." In: *DataGramZero – Revista de Ciência da Informação*, v. 5, n. 2, art. 4, abril de 2004.

GARCIA, J.C. *Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989.

GIDDENS, A. *As consequências da modernidade*. 2 ed. São Paulo: Unesp, 1991.

GOMEZ, M. N. G. "As relações entre ciência, Estado e sociedade: um domínio de visibilidade para as questões da informação." In: *Ci. Inf.*, janeiro/abril 2003, v. 32, n. 1, p. 60-76.

- . "Novos cenários políticos para a informação." In: *Ci. Inf.*, janeiro de 2002, v. 31, n. 1, p. 27-40.
- . "O papel da informação e do conhecimento nas formações políticas ocidentais." In: *Ci. Inf.*, Brasília, v. 16, n. 2, julho/dezembro 1987, p. 157-167.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Fundação PROCON-SP. *Planos Privados de Assistência à Saúde – Guia Prático de orientação ao Consumidor*. São Paulo: PROCON, 2003.

HABERMAS, J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

- . *Mudança estrutural da esfera pública*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
- . "A nova intransparência: a crise do estado de bem-estar social e o esgotamento das energias utópicas." In: *Novos estudos CEBRAP*, n. 16, setembro de 1987, p. 103-114.

HARTZ, Z. M. A. (org). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HATSCHBACH, M. H. L. "Information literacy: aspectos conceituais e iniciativas em ambiente digital para o estudante de nível superior." Rio de Janeiro: IBICT, 2002. (Dissertação de Mestrado)

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. 2 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

IBGE. *Pesquisa Nacional de Amostras de domicílios: acesso e utilização de serviços 1998*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

—. *Pesquisa de orçamentos familiares 2000/2003: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

LAURELL, A. C. (org.) *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995.

LEFREVE, F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991.

LEGEY, L. R.; ALBAGLI, S. "Construindo a sociedade da informação no Brasil: uma nova agenda." In: *DataGramZero – Revista de Ciência da Informação*. v. 1, n. 5, art. 2, outubro de 2000.

LIEVROUW, L. A. Information resources and democracy: understanding the paradox. In: *Journal of the american society for information science*, 45(6), 350-357, 1994.

LIMA, C. R. M. "A avaliação da qualidade das organizações de Saúde das pessoas com HIV/AIDS." São Paulo: EAESP/FGV, 2000. (Tese de Doutorado)

—. "AIDS – uma epidemia das informações." Rio de Janeiro: IBICT/ECO/UFRJ, 1992. (Dissertação de Mestrado)

—. "Conselhos de saúde – informação, poder e política social." São Paulo: EAESP/FGV, 1993. (Dissertação de Mestrado)

—. "Sistemas de informações em saúde suplementar." Rio de Janeiro: IBRE/FGV, 2003. (Apostila)

LIMA, C. R. M.; LIMA, C. R. M. *A regulação e a fiscalização do consumo de saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: ANS, 2003. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>.

LIMA, C. R. M.; SANTINI, R. M. *Prestadores de serviços no setor de saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: ANS, 2003. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>.

LIMA, R. C. M. *Saúde suplementar, ANS e informação*. Rio de Janeiro. ANS, 2003. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>.

LOUREIRO, S. *Sistema único de informação em saúde: a integração dos dados da assistência suplementar à saúde ao Sistema SUS*. Rio de Janeiro: ANS, 2003. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>.

MACHADO, R. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

—. *Nietzsche e a verdade*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

MACULAN, A. M. e LEGEY, L. R. “As experiências internacionais de regulação para as telecomunicações e a reestruturação dos serviços no Brasil.” In: *Revista de economia política*, v. 16, n. 4 (64), outubro/dezembro 1996.

MALIK, A. M. *Avaliação, qualidade, gestão: para trabalhadores da área da saúde e outros interessados*. São Paulo: SENAC, 1996.

MARCONDES, C. H. *Representação e economia da informação*. In: *Ci. Inf.*, janeiro/abril 2001, v. 30, n. 1, p. 61-70.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. In: *Ci. Inf.*, janeiro/abril 2001, v. 30, n. 1, p. 71-81.

—. “Confronto simbólico, apropriação do conhecimento e produção de informação nas redes de movimentos sociais.” In: *DataGramZero – Revista de Ciência da Informação*, v. 2, n. 1, art. 2, fevereiro de 2001.

—. “Informação: elemento regulador de sistemas, fator de mudança ou fenômeno pós-moderno.” In: *Ci. Inf.*, Brasília, v. 16, n. 2, julho/dezembro 1987, p. 169-180.

MATTOS, P. (coord.) *Regulação econômica e democracia: o debate norte-americano*. São Paulo: Ed. 34, 2004.

MENDES, J. M. "Regulação e contratualização no setor saúde." In: *BRASIL. Radiografia da Saúde*. Organizado por Barjas Negri e Geraldo di Giovanni. Campinas: UNICAMP, 2001, p. 409-444.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. 3. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Agência Nacional de Saúde Suplementar. Apresentação de 11 de março de 2003*. Brasília: ANS, 2003.

–. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *A saúde suplementar no Brasil*. Apresentação no Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

–. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Pesquisa de opinião pública com usuários de planos de saúde*. Rio de Janeiro: ANS, dezembro de 2002.

–. *Qualificação em saúde suplementar: uma nova perspectiva no processo de regulação*. Rio de Janeiro: ANS, 2004.

–. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

MIRANDA, A. "Sociedade da informação: globalização, identidade cultural e conteúdos." In: *Ci. Inf.*, maio/agosto 2000, v. 29, n. 2, p. 78-88.

MOLIERE. *O doente imaginário*. São Paulo: Martin Claret, 2003.

MONTONE, J. "Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar." In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANS. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar em 2003*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004, p. 9-48.

MORAN, D.W. Health Information Policy: On Preparing For The NextWar. *Health Affairs*, novembro/dezembro 1998, v. 17, n. 6, p. 9-22.

MORGAN, G. *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas, 1996.

MORIN, E. *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

MUELLER, S. “Popularização do conhecimento científico.” In: *Datagrama zero – Revista de ciência da informação*, v. 3, n. 2, art. 3, abril de 2002.

MULLER, B. *Instituições regulatórias*. Brasília: UNB, 2003. (Mimeo)

NOGUEIRA, R.P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

OFFE, C. *Capitalismo desorganizado*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

–. *Problemas estruturais do Estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

OLINTO, G. “Capital cultural, classe e gênero em Bourdieu.” In: *Informare*, v. 1, n. 2, p. 24-36, julho/dezembro 1995.

–. “Informação e comunidade.” In: *Revista Tempo Brasileiro*. Rio de Janeiro, julho/setembro 1985, p. 61-65.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Pesquisa mundial de saúde: Brasil 2003*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Padrões e Indicadores de qualidade para hospitais – Brasil*, Washington, 1994.

PELTZMAN, S. “A teoria econômica da regulação depois de uma década de desregulação.” In: MATTOS, P. (coord.) *Regulação econômica e democracia: o debate norte-americano*. São Paulo: Ed. 34, 2004.

PEREIRA, C. “O marco regulatório no Setor de Saúde Suplementar: contextualização e perspectivas.” In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANS. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar em 2003*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004, p. 93-120.

PINTO JR., H. Q.; SILVEIRA, J. P. “Elementos de regulação setorial e de defesa da concorrência: uma agenda de questões

para o setor de energia.” *Nota técnica ANP* n. 6. Brasília: ANP, 1999. 31p.

PITTA, A. R. (org.) *Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: HUCITEC, 1995.

–. *Comunicação, promoção de saúde e democracia: políticas e estratégias de comunicação no Sistema Único de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ECO/UFRJ, 2001. (Tese de Doutorado)

PORCARO, R. M. “A informação estatística oficial na sociedade da informação: uma (des)construção.” In: *DataGramZero – Revista de Ciência da Informação*, v. 2, n. 2, art. 4, abril de 2001.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Lei Federal n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção ao consumidor e dá outras providências.

–. Lei Federal n. 9.656, de 2004 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

–. Lei Federal n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outra providencias.

REZENDE, Y. “Informação para negócios: os novos agentes do conhecimento e a gestão do capital intelectual.” In: *Ci. Inf.*, maio/agosto 2002, v. 31, n. 2, p. 120-128.

RIVERA, F. J. U. *Agir comunicativo e planejamento social*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ROCHA, M. P. C. “A questão cidadania na sociedade da informação.” In: *Ci. Inf.*, janeiro/abril 2000, v. 29, n. 1, p. 40-45.

ROVERE, M. *Redes nómades: algunas reflexiones desde uma práctica de intervención institucional*. Londrina: UNIDA, 2003. (Mimeo)

SANTACRUZ, R. “Fundamentos da regulação pública dos mercados.” In: *Arché interdisciplinar*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 29, 2001, p. 81-101.

SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

SENRA, N. C. "Informação estatística: política, regulação, coordenação." In: *Ci. Inf.*, maio/agosto 1999, v. 28, n. 2, p. 124-135.

—. "Informação Estatística: demanda e oferta, uma questão de ordem." In: *DataGramZero – Revista de Ciência da Informação*, v. 1, n. 3, art. 4, junho de 2000.

SHAPIRO, C.; VARIAN, H. R. *A economia da informação: como os princípios econômicos se aplicam a era da Internet*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

SILVA JUNIOR, D. C. "A regulação do segmento de saúde suplementar: o impacto da mídia na construção de dimensões de desempenho relevantes para o usuário." Rio de Janeiro: UERJ, 2003. (Tese de Doutorado)

SILVEIRA, H. F. R. "Um estudo do poder na sociedade da informação." In: *Ci. Inf.*, setembro/dezembro 2000, v. 29, n. 3, p. 79-90.

SLOVIC, P. *The perception of risk*. London: Earthscan, 2000.

SPADINI, L. G. "As implicações da regulamentação e os impactos do uso da Internet no mercado brasileiro de seguro-saúde." São Paulo: EAESP/FGV, 2002. (Dissertação de Mestrado)

STIGLER, G. J. A teoria da regulação econômica. IN: MATTOS, P. (coord.). *Regulação econômica e democracia: o debate norte-americano*. São Paulo: Ed. 34, 2004, p. 23-48.

TALAMO, M. F. G. M. "A Pesquisa: recepção da informação e produção do conhecimento." In: *DataGramZero – Revista de Ciência da Informação*, v. 5, n. 2, art. 1, abril 2004.

UGÁ, M. A. D. "Propostas de reforma do setor saúde nos marcos do ajuste macroeconômico." Rio de Janeiro: UERJ, 1997. (Tese de Doutorado)

VALENTE, T. W. "Social networks thresholds in the diffusion of innovations." In: *Social Networks* 18, 1996, p. 69-89.

VILHENA, F. M. “Regulação do setor de saúde suplementar.” Rio de Janeiro: IBRE/Fundação Getúlio Vargas, 2003. (Apostila)

WERTHEIN, J. *A sociedade da informação e seus desafios*. Ci. Inf., Brasília, v. 29, 71-77, maio/ago. 2000.

XAVIER, A. J. *Sistemas de informação em planos de saúde: rede credenciada, usuários, ANS*. Rio de Janeiro: ANS, 2003. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>.

