



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

João Boaventura Branco de Matos

**As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das
crises e mudanças do papel do Estado**

Rio de Janeiro

2011

João Boaventura Branco de Matos

As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração de Saúde.

Orientador: George Edward Machado Kornis

Rio de Janeiro

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UERJ/REDE SIRIUS/CBC

M444 Matos, João Boaventura Branco de.
As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado / João Boaventura Branco de Matos. – 2011.

284f.

Orientador: George Edward Machado Kornis.

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). 2. Seguro-saúde – Brasil – Regulação – Teses. 3. Saúde – Administração – Brasil – Teses 4. Política de saúde – Brasil – Teses. 5. Economia da saúde – Brasil – Teses. I. Kornis, George Edward Machado. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 369.22(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

João Boaventura Branco de Matos

As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração de Saúde.

Aprovado em

Banca Examinadora:

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Sulamis Dain
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Cid Manso de Mello Vianna
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Maria de Fátima Silianski de Andreazzi
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Prof. Dr. Carlos Octávio Ocké-Reis
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA

Rio de Janeiro

2011

DEDICATÓRIA

A vocês, com carinho.

AGRADECIMENTOS

É Chegada a hora de agradecer a todos que de alguma forma estiveram comigo ao longo desse processo cansativo, mas igualmente recompensador. Penso em todos, penso em agradecer nominalmente. Um a um. Mas me assalta o temor de esquecer de mencionar alguém. Não me perdoaria se esquecesse.

Penso então em não agradecer. A tentação de salvar o arquivo, desligar o computador e dormir é grande. Meu passivo de sono beira o impagável, prazos estão se esgotando e eu quase. Mas não. A ingratidão certamente não figura entre os meus piores defeitos. Também não me perdoaria.

Penso então nos agradecimentos de praxe: a Deus, família, esposa, filhos, amigos, orientador, professores, etc. Mas também não. Fazer as coisas para cumprir tabela é igualmente ruim.

Agradeço então a você. A você que me inspirou e me guiou desde o início, me apoiando, me repreendendo, me obrigando a ler os clássicos, enfim me educando. A você que com infinita paciência se privou de passear, de curtir, de viver, de brincar e de ir à praia. A você que mesmo já tendo ido dessa para melhor esteve, e estará, sempre comigo. A você de quem abusei pedindo leitura, revisão, bibliografia, orientação e paciência, enfim. A você de quem abusei pedindo para responder ou que pedisse para que respondessem pesquisa. A você de quem privei de atenção, carinho e convivência. A você a quem de alguma forma sobrecarreguei com essa encrenca em que me meti. Agradeço, de coração, a todos vocês.

RESUMO

MATOS, João Boaventura Branco de. *As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado*. 2011. 295f. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Esta tese analisa a trajetória, os desafios e as perspectivas da regulação em saúde suplementar, contextualizados num ambiente de grandes transformações do papel dos Estados nacionais e das relações entre a Economia e a Política no âmbito mundial e no Brasil. As interrelações entre economia e política são a base para importantes mudanças no papel do Estado brasileiro, do arcabouço regulatório e da regulação da saúde suplementar em particular. A tese tem início com o desenvolvimento de uma análise sobre o panorama político e econômico mundial, de modo a identificar suas influências sobre o Brasil e o setor de saúde brasileiro. À luz deste arcabouço analítico, é desenvolvido um detalhamento retrospectivo dos principais normativos que compuseram a regulação em saúde suplementar, editados por intermédio da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Para tanto, foi construído um banco de dados que servirá não apenas para a pesquisa da tese, mas para outros trabalhos a serem desenvolvidos posteriormente. O estudo desse material permitiu identificar uma trajetória da saúde suplementar marcada por três diferentes tônicas, que tem se desdobrado a partir da cena das grandes transformações mundiais. As conclusões aqui obtidas sobre a trajetória da regulação foram ainda apreciadas, por meio de pesquisa com todos os atuais e antigos dirigentes da ANS. Adiante, foi realizada uma breve análise dos efeitos produzidos por cada uma das tônicas anteriormente descritas, bem como discutidos os principais desafios que se colocam na ordem do dia na agenda da saúde suplementar no Brasil. É interessante destacar que discussão da perspectiva futura da regulação da saúde suplementar no Brasil se dá sobre um pano de fundo de profundas transformações no plano da política e das relações de hegemonia e poder na esfera global. Por fim, o trabalho aqui apresentado tem a finalidade de contribuir para o desenvolvimento do tema e sugerir aperfeiçoamentos de modo a aprimorar o planejamento, a gestão e a regulação da saúde suplementar, buscando relações público-privadas mais harmoniosas e eficientes no tocante à assistência e promoção da saúde.

Palavras-chave: Regulação da Saúde Suplementar. Planos de Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Papel do Estado e Hegemonia Política. Crise e Paradigma Econômico.

ABSTRACT

This thesis analyzes the trajectory, challenges and prospects of private health insurance regulation in Brazil in a context of changing of hegemony and relationship between economics and politics. This scenario of economy and political change is the basis for the Brazilian State agenda on health regulation. This work analyzes the world's economic and political landscape in order to identify its influence on Brazil and on the Brazilian healthcare industry. Based on this framework, we develop a retrospective analysis of the major private health insurance regulatory policies enacted by the Brazilian National Health Agency – ANS. In this way, a database was built not only for research thesis, but also for later studies. Subsequent analytical study has identified three different waves in the Brazilian regulation trajectory. Results were, then, checked by all current and former ANS directors. This work, also analyses the effects of those three waves and discusses the main challenges of health insurance regulation agenda in Brazil. It is worth noting that discussions of future regulatory policies in Brazil take place on the grounds of critical changes in policy, power and hegemony over the world. Lastly, this work provides contribution to the development of the theme and suggests enhancements to improve planning, management and regulation of health, seeking more harmonious and efficient public-private relations in the field of disease prevention and health promotion.

Keywords: Regulation of Supplemental Health in Brazil. Regulation of Private Health Insurance Plans in Brazil. Brazilian National Private Health Agency-ANS. Government and Political Hegemony. Crisis and Economic Paradigm.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 –	Relação escopo (ou foco) x tempo com os planos de abstração do trabalho.....	22
Figura 02 –	Esquema representativo de uma onda ao longo de uma corda	24
Figura 03 –	Esboço das ondas das transformações políticas e da produção	27
Figura 04 –	Esboço das ondas das transformações regulatórias	29
Figura 05 –	Ondas da organização do Estado	32
Figura 06 –	Ondas da organização da produção	34
Figura 07 –	Ondas da organização do Estado e da produção	35
Figura 08 –	Esboço das tônicas regulatórias ANS	37
Figura 09 –	Ondas da conformação política do Estado	68
Figura 10 –	Ondas da conformação produtiva	79
Figura 11 –	Ondas da conformação política e produtiva	83
Figura 12 –	(Re) Aproximação do esboço das ondas	87
Figura 13 –	Organização das atribuições do Estado com a Reforma de 1997	112
Figura 14 –	Organização das atribuições do Estado com a PL n° 3.337/2004	116
Figura 15 –	Síntese dos aspectos referentes as AR no Brasil	121
Figura 16 –	Esboço das ondas do Estado brasileiro	123
Figura 17 –	Crescimento médio do PIB e a inflação no último ano por período	127
Figura 18 –	Esboço das ondas da política e da produção no Brasil	130
Figura 19 –	Gastos públicos e privados no Brasil em função do PIB	142
Figura 20 –	Trajectoria da regulação da saúde suplementar	158
Figura 21 –	Evolução Geral dos Normativos	164
Figura 22 –	Atos normativos que não alteram diretamente a regulação	165
Figura 23 –	Instauração de regimes especiais de direção fiscal no período de 2000-2009.....	166
Figura 24 –	Alteração Regimental	167

Figura 25 –	Escopo da política regulatória	168
Figura 26 –	Organização do mercado e da interface entre os atores	171
Figura 27 –	Regulação econômico-financeira das operadoras e dos produtos	173
Figura 28 –	Regulação econômico-financeira das operadoras e dos produtos, com expurgo de alterações	174
Figura 29 –	Regulação Técnico Assistencial	176
Figura 30 –	Estímulo a transparência e à competição	180
Figura 31 –	Fiscalização e sanções	183
Figura 32 –	Tabulação das consultas públicas	185
Figura 33 –	As tônicas da regulação da saúde suplementar	193
Figura 34 –	Distribuição de frequência da pergunta 1	198
Figura 35 –	Distribuição de frequência da pergunta 2	199
Figura 36 –	Distribuição de frequência da pergunta 3	200
Figura 37 –	Evolução do resultado assistencial (R\$ milhões) e da sinistralidade (%) ..	206
Figura 38 –	Especificação dos índices de preços, quantidades e valor	210
Figura 39 –	Comparativo entre reajustes e índices de preços e valores	212
Figura 40 –	Beneficiários de planos por tipo de contratação	213
Figura 41 –	Distribuição de beneficiários entre as operadoras médico-hospitalares com ou sem odontologia	215
Figura42 –	Evolução prospectiva da pirâmide etária da população brasileira e segurada	225
Figura 43 –	Percentual de adesão por faixa de idade	226
Figura 44 –	Resumo das propostas da ANs na CT de portabilidade	232
Figura 45 –	As forças condicionantes do Estado-coordenador na regulação.....	235
Figura 46 –	<i>Trade-off</i> da regulação na saúde suplementar.....	238
Figura 47 –	Mix Público-privado dos gastos da saúde em função do PIB.....	239
Figura 48 –	Dinâmica da evolução da regulação na saúde suplementar	240

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRES	Associação Brasileira de Economia da Saúde
AEDA	<i>Asociación de Economía para el Desarrollo de la Argentina</i>
ALBRÁS	Alumínio do Brasil
ALUNORTE	Alumínio do Norte
AMPASA	Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde
ANA	Agência Nacional de Águas
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANCINE	Agência Nacional do Cinema
ANEEL	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	Agência Nacional do Petróleo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANTAQ	Agência Nacional de Transportes Aquaviários
ANTT	Agência Nacional de Transportes Terrestres
AR	Agências Reguladoras
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BNDE	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CADE	Conselho Administrativo de Defesa Econômica
CAMSS	(antiga Câmara de Saúde Suplementar – CSS)
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPA	Comissão de Estudos e Projetos Administrativos
CFP	Comissão de Financiamento da Produção
CHESF	Companhia Hidrelétrica do São Francisco
CIH	Comunicação de Internação Hospitalar
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMBEU	Comissão Brasil Estados Unidos
CMN	Conselho Monetário Nacional
CNES/MS	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS/MS	Cartão Nacional de Saúde
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
COAF/MF	Conselho de Controle de Atividades Financeiras
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar

COSB	Comissão de Simplificação Burocrática
CPA	Comissão de Política Aduaneira
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CPT	Cobertura Parcial Temporária
CSN	Companhia Siderúrgica Nacional
CSS	Câmara de Saúde Suplementar
CT	Câmara Técnica
CTEF	Conselho Técnico de Economia e Finanças
CVM	Comissão de Valores Mobiliários
DASP	Departamento Administrativo do Setor Público
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
DLP	Doenças ou Lesões Preexistentes
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DESAS	Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIFIS	Diretoria de Fiscalização
DIGES	Diretoria de Gestão

DIOPS	Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
ECHE	<i>European Conference of Health Economics</i>
ELETRORÁS	Centrais Elétricas Brasileiras
EM	Emenda Constitucional
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
EMBRATEL	Empresa Brasileira de Telecomunicações S.A.
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPM	Escola Superior de Propaganda e Marketing
FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FENASAÚDE	Federação Nacional de Saúde Suplementar
FGS	Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIESP	Federação das Indústrias de São Paulo
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
GAP	Gestão e Administração do Programa
GATT	<i>General Agreement of Tariff and Trade</i>

IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IAPETEL	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Estivadores e Trabalhadores de Cargas
IAPTEC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Estivadores e Transportes de Cargas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICCC	Conferência Internacional de Comunicação entre Computadores
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
IESC/UFRJ	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ
IGP-DI	Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna
IGP-M	Índice Geral de Preços do Mercado
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPASE	Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo

IPC-FIPE	Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
IRB	Instituto de Resseguros do Brasil
ITU	<i>International Telecommunication Union</i>
JK	Juscelino Kubitschek
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MF	Ministério da Fazenda
MP	Medida Provisória
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NTRP	Nota Técnica de Registro de Produtos
NIP	Notificação de Investigação Preliminar
OECD/DAC	<i>Donor-Developing Country Dialogues on Strategies for Sustainable Development</i>
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OMC	Organização Mundial do Comércio
OSS	<i>Office of Strategic Services</i>
OTAN	Organização do Tratado do Atlântico Norte

PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico
PAB	Piso Assistencial Básico
PAB-A	Piso da Atenção Básica Ampliado
PAB-fixo	Piso da Atenção Básica fixo
PAB-variável	Piso da Atenção Básica variável
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAEG	Plano de Ação Governamental
PETROBRAS	Petróleo Brasileiro S/A
PIAC	Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Proposta de Lei
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PPA	Plano Plurianual
PPM	Poder de Paridade da Moeda
PROÁLCOOL	Programa Nacional do Alcool
PROMOPREV	Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

PRO-REG	Programa de Fortalecimento da Capacidade Institucional para Gestão em Regulação
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa de Saúde da Família
RA	Resolução Administrativa
RAE-FGV	Revista de Administração de Empresas da FGV
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
REDE UNIDA	Associação Brasileira Rede Unida
RN	Resolução Normativa
RO	Resolução Operacional
SAMDU	Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMOR	Subsecretaria de Modernização e Reforma Administrativa
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIB	Sistema de Informações de Beneficiários
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM/MS	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAM/MS	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINAPI	Sistema Nacional de Pesquisa de Custos e Índices da Construção Civil

SINASC/MS	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIP	Sistema de Informações de Produtos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SS	Setor de Saúde
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUDAM	Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia
SUDENE	Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS-NOB	Normas Operacionais Básicas do SUS
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNCTAD	<i>United Nations Conference on Trade and Development</i>
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIVAC	<i>Universal Automatic Computer</i>
TCAC	Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta com as Operadoras
TELEBRÁS	Telecomunicações Brasileiras S. A.

TISS Troca de Informações em Saúde Suplementar

TQM Teoria Quantitativa da Moeda

UPA Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	24
	INTRODUÇÃO	36
1	O ESTADO E A PRODUÇÃO: ALGUMAS INTERRELAÇÕES	47
1.1	O plano político e suas grandes transformações: um breve exame	48
1.1.1	<u>O Estado-absolutista</u>	44
1.1.2	<u>O Estado-liberal</u>	45
1.1.3	<u>O Estado-provedor</u>	49
1.1.4	<u>O Estado-coordenador</u>	62
1.2	O plano produtivo e suas grandes transformações: um breve exame	66
1.2.1	<u>Da produção artesanal à manufatura incipiente à indústria madura de Adam Smith</u>	67
1.2.2	<u>A segunda revolução industrial</u>	69
1.2.3	<u>O pós-fordismo</u>	74
1.3	Os planos político e produtivo: algumas interrelações	82
	TRANSFORMAÇÕES DO ESTADO BRASILEIRO E SEUS IMPACTOS	
2	SOBRE A ÁREA DA SAÚDE	89
2.1	Economia brasileira e Estado	91
2.2	Trajetória da saúde no Brasil sob a ótica das relações público-privadas	131
2.3	A trajetória da saúde suplementar no Brasil até a criação da ANS	148
3	TRAJETÓRIA DA REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	161
3.1	Construção do inquérito normativo e identificação das tônicas regulatórias	163
3.1.1	<u>Normas administrativas sem impacto direto sobre o mercado, provenientes de RDC e RN</u>	165
3.1.2	<u>Normas administrativas de impacto direto, provenientes de RDC e RN</u>	168
3.1.2.1	Normas de organização do mercado e da interface entre os atores	169
3.1.2.2	Normas relativas à regulação econômico-financeira das operadoras e dos produtos	172
3.1.2.3	Normas de conteúdo técnico-assistencial e de fomento à produção de saúde	175
3.1.2.4	Normas de estímulo à transparência e à competição no mercado	177
3.1.2.5	Normas de fiscalização e estabelecimento de rotinas sancionadoras	182
3.2	Normas de impacto regulatório, provenientes de consultas públicas.	184
3.3	Checagem das normas de impacto regulatório por intermédio de enquete com	195

	diretores e ex-diretores	
3.3.1	<u>Apresentação da enquete</u>	195
3.3.2	<u>Análise dos resultados</u>	198
4	DESAFIOS DA REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	204
4.1	Análise da primeira tônica: a regulação econômico-financeira	206
4.2	Análise da segunda tônica: regulação técnico-assistencial	219
4.3	Análise da terceira tônica: disseminação da informação e estímulo à competição	230
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	245
	REFERENCIAS	254
	ANEXO 1 – Normativos	269
	ANEXO 2 – Consultas Públicas	284

APRESENTAÇÃO

A presente tese de doutoramento tem por objeto a análise dos desafios e das transformações da regulação em saúde suplementar, contextualizados em uma perspectiva ampla da transformação do papel do Estado.

A escolha do campo temático advém de reflexões sobre as influências das grandes transformações do Estado, e das organizações políticas e econômicas no setor de saúde suplementar, ensejando o aprofundamento de estudos e publicações sobre o tema. Esse aprofundamento se torna especialmente relevante com a identificação de espaços a serem preenchidos pela produção bibliográfica sobre o tema, especialmente quando trata da evolução do arcabouço regulatório da saúde suplementar *vis-à-vis* o processo de grandes transformações no campo da política e do mercado.

A tese tem a pretensão de se constituir numa peça integrante de um grupo de pesquisa, vinculado ao IMS/UERJ, que vem se dedicando ao aprofundamento dos estudos acerca da regulação em saúde suplementar. O trabalho aqui proposto é complementar a outras pesquisas¹, que vêm sendo desenvolvidas no âmbito do estudo das transformações globais e do papel do Estado e da regulação em saúde suplementar por intermédio da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

No Brasil, não há ainda uma vasta produção de trabalhos acadêmicos sobre esse tema. Afora algumas publicações seminais de autores como Andreazzi, Bahia, Ocké-Reis, etc., e de algumas poucas teses sobre assunto, são escassos os trabalhos que se dedicam a esmiuçar o tema numa abordagem mais ampla. Em geral, esses trabalhos se propõem a examinar aspectos específicos da regulação, tais como a política de preços, aspectos concorrenciais, questões relativas à política de atenção à saúde, questões jurídicas, demográficas ou de interface com o SUS. Deste modo, o entendimento é que uma relevante contribuição no sentido de entender um pano de fundo sobre o tema pode ser dada.

¹ As pesquisas e os trabalhos publicados pelo grupo de pesquisa do IMS/UERJ serão referenciados e detalhados mais à frente.

Parte-se aqui do pressuposto de que “a parte não é uma parte sem o todo, e do que o todo também não é todo sem a parte”². Assim, o trabalho converge de uma perspectiva mais abrangente e vai ganhando especificidade ao longo de seu curso, apresentando um relativo equilíbrio no esforço que foi dedicado à exploração do todo e da parte. Esse processo de convergência culmina com o exame da trajetória da regulação da saúde suplementar no Brasil e tem a finalidade de identificar oportunidades para o desenvolvimento do tema, sugerindo aperfeiçoamentos, de modo a aprimorar o planejamento, a gestão e a regulação do setor. Espera-se aqui dar uma contribuição para a busca de relações público-privadas mais harmoniosas e eficientes no tocante à assistência e promoção da saúde.

Assim, com intuito de cumprir o desafio proposto de examinar o objeto sob uma perspectiva mais ampla, foram definidas quatro diferentes esferas de abstração, sobre as quais se desenrola o tecido do texto. A primeira, conforme ilustrado em figura a seguir, representa uma visão panorâmica das transformações do papel do Estado e suas relações com o ambiente econômico e da produção. Esse tipo de abordagem não é raro nas ciências sociais e despertou o interesse de cientistas sociais, historiadores e economistas ao longo do tempo. A incursão em tema, já tão brilhantemente explorada por autores como Ricardo, Marx, Montesquieu, Braudel e Arrighi, entre tantos outros, seria desnecessária se não fosse a necessidade de estabelecer uma base explicativa para as profundas transformações na cena econômica e na política regulatória ora vigente.

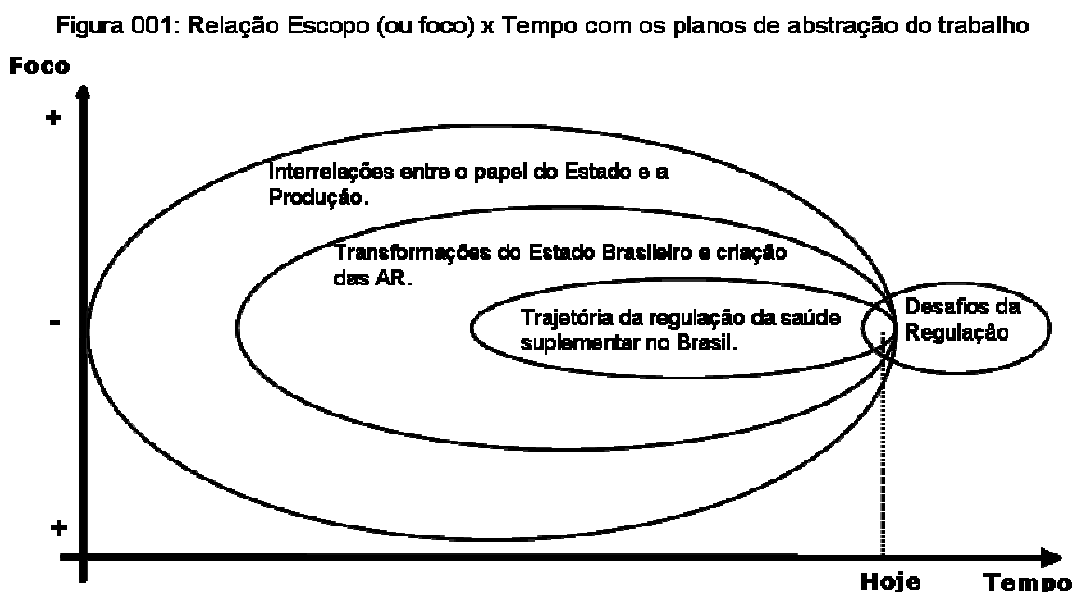
Ainda nessa primeira esfera de abstração, o trabalho também pretende contribuir para acrescentar uma visão interativa entre as dimensões da política e da produção, visão esta parcialmente explorada na literatura sobre o tema. Vale destacar que o momento atual é de particular especificidade, já que contempla, como será mais detidamente examinado e descrito adiante, um ambiente de profundas transformações e de mudança de paradigma econômico e político.

² Frase atribuída ao poeta Gregório de Matos. Pesquisa em: <http://pensador.uol.com.br/frase/NTIwMDMx/> em 9/2/2011.

As interrelações entre economia e política são a base para o desenvolvimento de uma segunda esfera de abstração, na qual deságuam importantes mudanças no papel do Estado (brasileiro), do arcabouço regulatório e da regulação da saúde suplementar em particular. Esse processo transformador ensejou novas formas de relação entre o público e o privado no Brasil com a criação das agências reguladoras, fenômeno que espalhou por diversas áreas, entre elas a da saúde e em nosso caso específico a da saúde suplementar.

No terceiro nível de abstração se discute a evolução do papel da regulação em saúde suplementar, defendendo a idéia de que há uma evolução nas políticas do setor no sentido de privilegiar a informação como elemento mitigador das falhas de mercado e como instrumento de defesa do interesse público e do consumidor. Procurar-se-á demonstrar que esse papel evolutivo guarda uma interessante articulação com os demais níveis de abstração até então abordados.

O último nível de abstração trata inicialmente da análise dos efeitos produzidos por cada um dos níveis anteriormente descritos, bem como os principais desafios que se colocam na ordem do dia na agenda da saúde suplementar no Brasil. A discussão da perspectiva futura da regulação da saúde suplementar no Brasil se dá sobre um pano de fundo tecido a partir da linha das considerações finais, desenvolvidas a partir dos três níveis anteriormente descritos.



Fonte: Elaboração própria.

A Figura 001 esquematiza o pano de fundo do trabalho, que propõe um tratamento horizontal ao tema, partindo de uma contextualização temporal do processo de transformações das relações entre Estado e mercado. Há também aqui um tratamento vertical, que converge do geral para o específico. Esse cruzamento das relações entre tempo e escopo, se desenrola numa perspectiva de tensionamentos e de mudança na correlação de forças no plano do poder e da ação do Estado. Assim, a partir desse quadro são evidenciados os atuais desafios do papel do Estado no Brasil e no plano mundial, bem como os desafios das políticas sociais e da área da saúde, convergindo escopo e tempo até a regulação do setor de saúde suplementar na Brasil nos dias hoje.

O esforço de construção desse mapeamento geral, deriva da importância de se lançar uma luz sobre o exame retrospectivo da trajetória da saúde suplementar e de suas relações cruzadas: com os planos da política interna do Brasil; e da configuração de novas formas de arranjos político institucional no plano global. Este trabalho não pretende preencher essas lacunas, mas busca desenvolver esforço analítico que possibilite melhor identificá-las no devir.

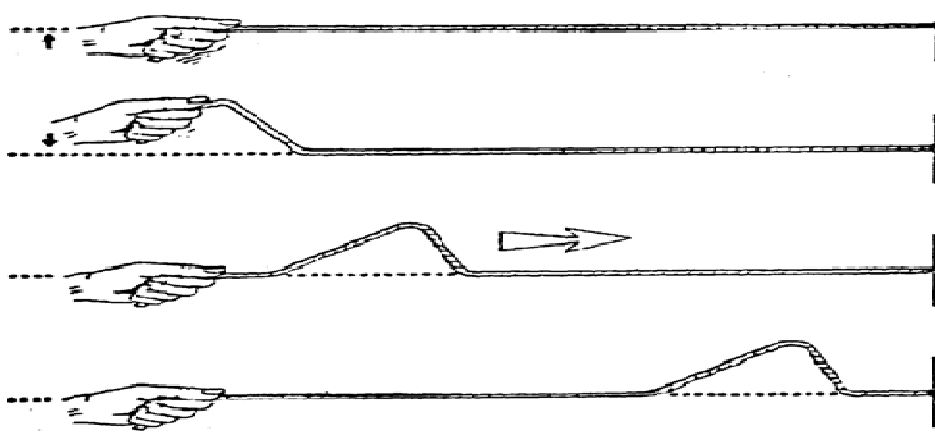
A preocupação basilar aqui estabelecida é, sobretudo, descrever e posicionar a trajetória de evolução da regulação em saúde suplementar num contexto mais amplo de grandes transformações. Assim, o trabalho procura demonstrar, de forma sintética e esquemática, as condicionantes que fizeram com que a saúde suplementar brasileira seja hoje a segunda no mundo em volume de beneficiários, e responsável pela maior parte do volume de gastos em saúde no Brasil, atendendo a mais do que quarta parte da população brasileira. Além disso, fruto de observações empíricas, é muito provável que a saúde suplementar brasileira seja a mais intensamente regulada do mundo.

Tamanhas especificidades carecem de uma análise mais aprofundada de suas condicionantes. Assim, indo ao encontro de inquietações que são até mesmo mais antigas do que a própria existência da ANS, a tese contém cortes metodológicos que analisam diferentes etapas, ondas ou tônicas de transformação. Essas ondas estão presentes desde o plano das

mudanças no papel do Estado e do mercado na esfera mundial até o nível de investigação setorial.

As ondas aqui tratadas, conforme figuras a seguir podem ser entendidas como inspiradas na manifestação de um fenômeno físico, no qual uma determinada fonte perturbadora deflagra uma carga energética a um sistema, e essa energia desloca-se ao longo deste sistema. No dia-a-dia, um exemplo desta propagação pode ser observado a partir de um simples impulso em uma corda.

Figure 002 Esquema representativo de uma onda ao longo de uma corda



Fonte: http://msomeletronica.com.br/apostilas/sonorizacao/apostila_fibras_opticas.pdf

De acordo com a Figura 002, a energia fornecida pela fonte perturbadora, aqui representada pela mão, provoca uma propagação durante determinado período até que desapareça, seja porque a corda terminou ou porque o efeito da propagação se dissipou ao longo de seu comprimento. Essa propagação poderá assumir diferente altura e amplitude em função da força e da intensidade do movimento da mão. Os conceitos de altura, amplitude ou força, aqui rapidamente tratados, são importantes para entender o caráter transitório das ondas, entretanto, serão parcialmente aplicáveis às ondas que serão tratadas no decorrer deste texto.

No mundo do surf, as ondas também classificadas em função de sua altura, amplitude ou força. Porém, as dimensões de classificação mais relevantes são a origem (“esquerdas” ou “direitas”) e o destino ou o local onde as ondas terminam ou mais especificamente onde arrebentam. As ondas que se acabam na praia, são denominadas ondas de *Beach Break*. Menos arriscado para a prática do esporte, esse tipo não encontra maiores obstáculos ao longo do seu curso. As ondas de *Point Break* arrebentam em rochas, e as *Reef Break* sofrem influência de lajes ou recifes interpostos ao longo de seu curso. Em determinadas situações que dependem do nível da maré, e da direção dos ventos, as *Reef Breaks* podem ganhar força, altura e modificar a amplitude ao transpor as lajes.

As ondas tratadas ao longo do primeiro nível de abstração, quando analisadas na dimensão do mercado, se originaram de inovações tecnológicas que produziram a força necessária para sua formação e propagação até que se dissipassem, dando lugar a novos paradigmas produtivos. Por exemplo, esse é o caso da gradativa substituição do *modus operandi* da Primeira Revolução Industrial pelo da Segunda, e desta pelo chamado Pós-fordismo. Mais à frente, na análise conjunta da trajetória da dimensão política e do mercado, ver-se-á que existem tensionamentos constantes, *a la Reef Breaks*, entre as ondas de organização do Estado e do mercado.

Ao contrário da efemeridade característica das ondas de uma corda ou das ondas do mar, as ondas aqui tratadas deixam um legado ou uma tônica visível e identificada, mesmo durante o período de duração da onda seguinte. É nesse sentido que são ainda visíveis e identificáveis, nos dias de hoje, traços característicos da Primeira e da Segunda Revolução Industrial em diversos setores da economia.

A mesma ideia é verificada no segundo nível de abstração e no terceiro, quando se examina uma onda inicial da regulação da saúde suplementar, que se caracterizou pela priorização de aspectos ligados à regulação econômico-financeira das operadoras, etapa até hoje presente na regulação do setor. Outra onda ou tônica deste mesmo nível foi a que se caracterizou pelo enfoque na regulação técnico-assistencial, responsável pela definição de regras assistenciais que diminuíram a assimetria de informações do setor.

O método analítico adotado, além da conceituação das ondas, não pode prescindir da conceituação do sentido que se quer conferir ao sentido da palavra “tônica”, também largamente utilizada neste trabalho. Na arte contemporânea, com o advento da arte pop e do minimalismo, caem por terra categorias como "pintura" ou "escultura". A cena contemporânea se esboça num convívio internacionalizado de diferentes culturas, mídias e tecnologias, e de variados atores sociais. Essa subjetividade destrói taxonomias e compromete certos enquadramentos ou modelos amplamente aceitos e sedimentados. Assim, a exemplo da arte pop e do minimalismo, que estabelecem um diálogo com o expressionismo, as tônicas ou as ondas aqui tratadas procuram expressar uma representação subjetiva que depende, em grande medida, da capacidade de abstração do espectador³.

As categorias analíticas aqui apresentadas (Estado, Produção e Regulação), especialmente as dos três primeiros níveis de abstração, são examinadas a partir de uma dinâmica de ondas, nas quais não há uma preocupação em delimitar de forma exata ou convencional esses contornos os movimentos, mas procurar descrevê-los a partir da tônica predominante entre a origem e o possível destino dessas ondas.

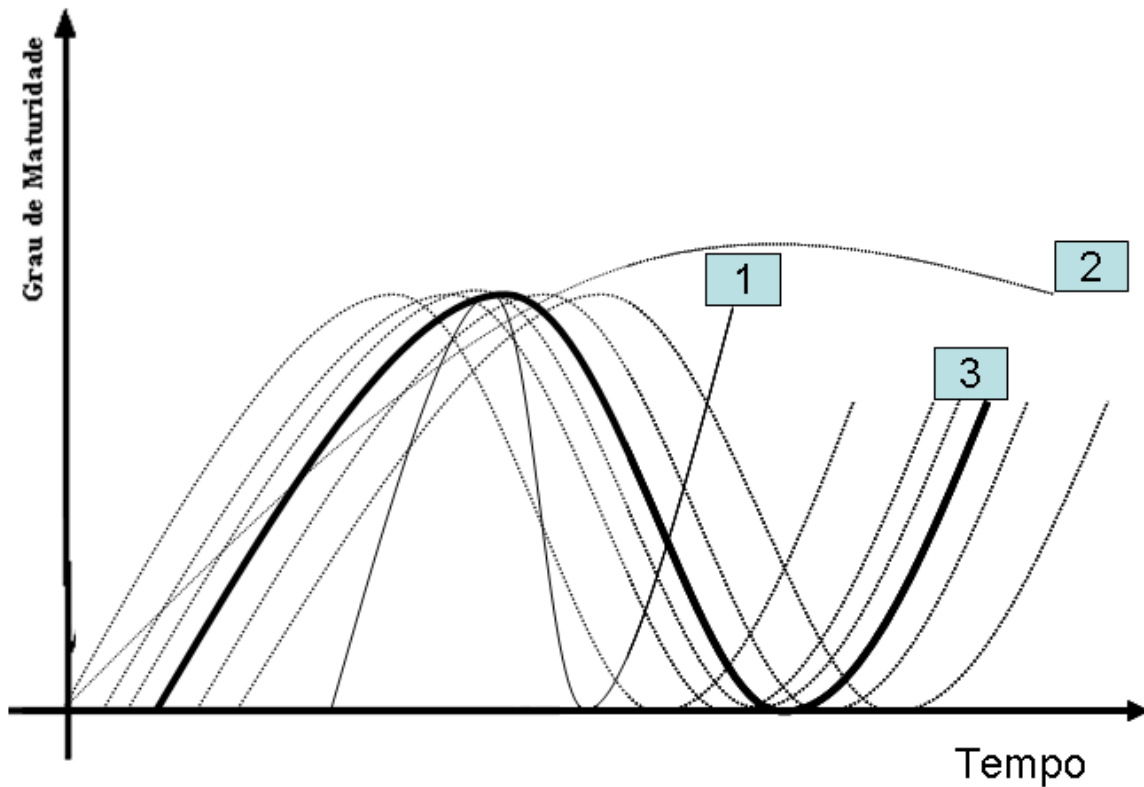
As ondas tratadas no primeiro e no segundo nível de abstração referem-se a um movimento geral da trajetória política e econômica, especialmente aplicado às economias centrais, dos países mais desenvolvidos. Esse movimento pode ser expresso pela formação de paradigmas⁴ políticos ou econômicos, constituídos a partir da consolidação de conceitos de organização de uma ordem social (paradigma político) ou de uma ordem econômica (paradigma produtivo).

3 De acordo com o historiador Giulio Carlo Argan (2006), pg, 02, “O expresso é o contrário de impressão. A impressão é um movimento do exterior para o interior: é a realidade (objeto) que se imprime na consciência (sujeito). A expressão é um movimento inverso, do interior para o exterior: é o sujeito que por si imprime o objeto. É a posição oposta à de Cézanne, assumida por Van Gogh. Diante de realidade, o Impressionismo manifesta uma atitude sensitiva, o Expressionismo uma atitude volitiva, por vezes até agressiva. Quer o sujeito assuma em si a realidade, subjetivando-a, quer projete-a sobre a realidade, objetivando-se, o encontro do sujeito com o objeto, e, portanto, a abordagem direta do real!”

4 O sentido do termo Paradigma (do grego parádeigma) aqui tratado refere-se a um modelo ou a representação de um padrão a ser seguido. Pode ser entendido, também, como uma teoria ou uma referência inicial de modelo para estudos e pesquisas.

A expressão dessas ondas pode ser mais especificamente representada na Figura 003 seguir, que ilustra graficamente seu comportamento cíclico ou paradigmático da política ou da produção.

Figura 003: Esboço das ondas das transformações políticas e da produção



Fonte: Elaboração própria.

O formato representativo dos paradigmas político e da produção que doravante iremos tratar é representado pela curva contínua 3 (não tracejada). A curva tracejada 2, representa esses paradigmas sob uma perspectiva de continuidade ou influência (decrecente)

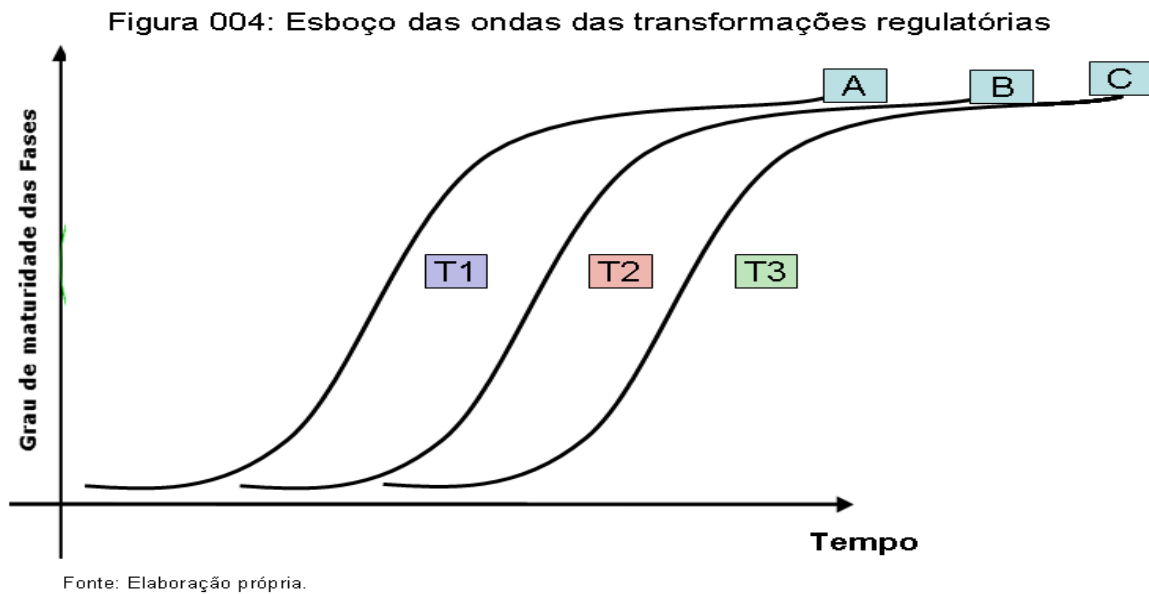
ao longo do tempo. A curva tracejada 1, representa um *core*⁵ ou uma concentração de seus efeitos num intervalo de tempo mais reduzido e, portanto, mais característico de sua organização.

Tomando o paradigma da produção fordista como exemplo, pode-se dizer que a curva 2 esboça a forte influência que o modelo de produção em massa, baseado em grandes organizações com estrutura complexa de funcionamento, ainda tem sobre a cena econômica contemporânea. O mesmo fordismo pode ser lido através das lentes da curva 1, que o identifica como um modelo de gestão de tempos e movimentos, atualmente ultrapassado pelas atuais necessidades de um novo paradigma tecnológico, apoiado essencialmente na microeletrônica, cuja característica principal é a flexibilidade.

A concepção dos paradigmas políticos e econômicos deste trabalho resulta de uma visão que destaca o subjetivismo da expressão. Não há aqui, portanto, uma preocupação obsessiva com idealização da realidade, mas sim de sua apreensão pelo sujeito. Nesse sentido a curva 3 pode ser analogamente comparada a uma pincelada forte ou a um traço que se sobressai, representativo da expressão de diversos traços (ou curvas) adjuntos, que compõem o cenário o qual se pretende representar.

No que diz respeito à natureza das ondas abordadas no terceiro nível de abstração, o formato das ondas é diferenciado em função da continuidade dos efeitos da política regulatória. Diferentemente dos paradigmas do campo macro da política e da produção econômica, o campo micro da agenda regulatória deve primar pela continuidade e pelo caráter cumulativo das políticas. Noutros termos, o conceito de paradigma aqui ilustrado não tem um caráter substitutivo como o abordado anteriormente, mas sim um perfil cumulativo dos resultados, conforme expresso na figura a seguir.

5 O sentido que aqui se quer dar ao um termo inglês *core* é a busca de uma tônica central de expressão. *Core business*, por exemplo, significa a parte central de um negócio ou de uma área de negócios, e que é geralmente definido em função da estratégia da companhia.



As ondas A, B e C da Figura 004, expressas no terceiro nível de abstração, têm o formato típico das *Beach Breaks*, porém sem a sua efemeridade. O legado deixado por cada uma dessas ondas é representado pelas tônicas T1, T2 e T3, como numa pintura *ton sur ton* que representa três momentos distintos, porém não conflitantes da política regulatória. Como será mais detidamente examinada adiante, a regulação da saúde suplementar no Brasil apresenta três ondas ou tônicas diferenciadas ao longo dos dez anos de existência da ANS: uma primeira etapa com as cores da regulação econômico-financeira; uma segunda tônica, predominantemente focada nos aspectos técnicos da assistência à saúde; e uma terceira onda, caracterizada pelo estímulo à transparência das informações e da competição no mercado.

Desde já, é importante frisar que o esforço aqui empreendido com curvas e gráficos não traduz um desejo de imprimir um caráter de exatidão a um campo fascinante e complexo como o das ciências humanas e sociais. O uso de tais recursos foi uma saída encontrada pelo autor para dar conta de atender o vasto universo de tempo e escopo. Ademais, a estrutura do texto requer constantes idas e vindas, na dimensão do tempo; e aberturas e fechamentos na dimensão do escopo. Sendo assim, ao mesmo tempo em que o texto impregna o tema com representações cartesianas, paralelamente procura arredondar a abordagem com representações tipicamente expressionistas desse processo de grandes transformações.

Não bastasse o desafio de recapitular esse processo transformador, temos hoje o privilégio de viver uma cena contemporânea marcada pela avalanche de mudança de paradigma da produção e do quadro político-institucional. Sobre esse pano de fundo, desenrolamos ainda outro desafio que é lidar com políticas regulatórias que tenham o fulcro na proteção dos consumidores⁶ e das condições de regulação e financiamento do Estado.

A recente crise financeira internacional definitivamente nos ensinou que vivemos num mundo globalizado no qual a ação preventiva e efetiva dos Estados nacionais pode fazer toda a diferença. Esse contexto adquire contornos mais evidentes quando tratamos de um setor que apresenta custos assistenciais crescentes, envelhecimento populacional e uma tendência inata à exclusão dos maiores riscos. Deste modo, a ação do Estado, aqui materializada pela atuação da ANS, tem a inalienável missão de defender o interesse público, mitigar práticas restritivas ao consumidor e à concorrência e, fundamentalmente, coordenar os interesses públicos e privados, de modo a prover saúde de qualidade à sociedade brasileira.

O texto está estruturado com quatro capítulos, que foram desenvolvidos em sintonia com os quatro níveis de abstração apresentados. Na Introdução a seguir, a composição de cada um desses capítulos será brevemente detalhada.

⁶ “O termo “consumidores” é utilizado neste trabalho em abrangência mais ampla do que o termo beneficiário”, que se refere a consumidores efetivamente integrados no Sistema de Saúde Suplementar.

INTRODUÇÃO

Num ambiente marcado pela crise e pela emergência de novas formas de configuração do Estado e da produção, surge um novo tipo de Estado, que deixou de ser um provedor para se tornar, gradativamente, numa instância capaz de mediar conflitos e coordenar ações entre os atores sociais.

Esta coordenação, vale ressaltar, tem se dado pela via direta das políticas públicas e pela via da ação das agências de estado doravante Agências Reguladoras - AR. O fulcro desta tese é examinar a trajetória de uma dessas AR, a ANS, ao longo de dez anos de sua existência, e de suas perspectivas diante do atual cenário. Esta construção se dá sob a perspectiva de um pano de fundo de crises e mudanças de paradigma no macro ambiente (Matos, 2009) que se espriam nas transformações do Estado brasileiro (Bresser-Pereira, 2009) e, em particular, na saúde suplementar no Brasil.

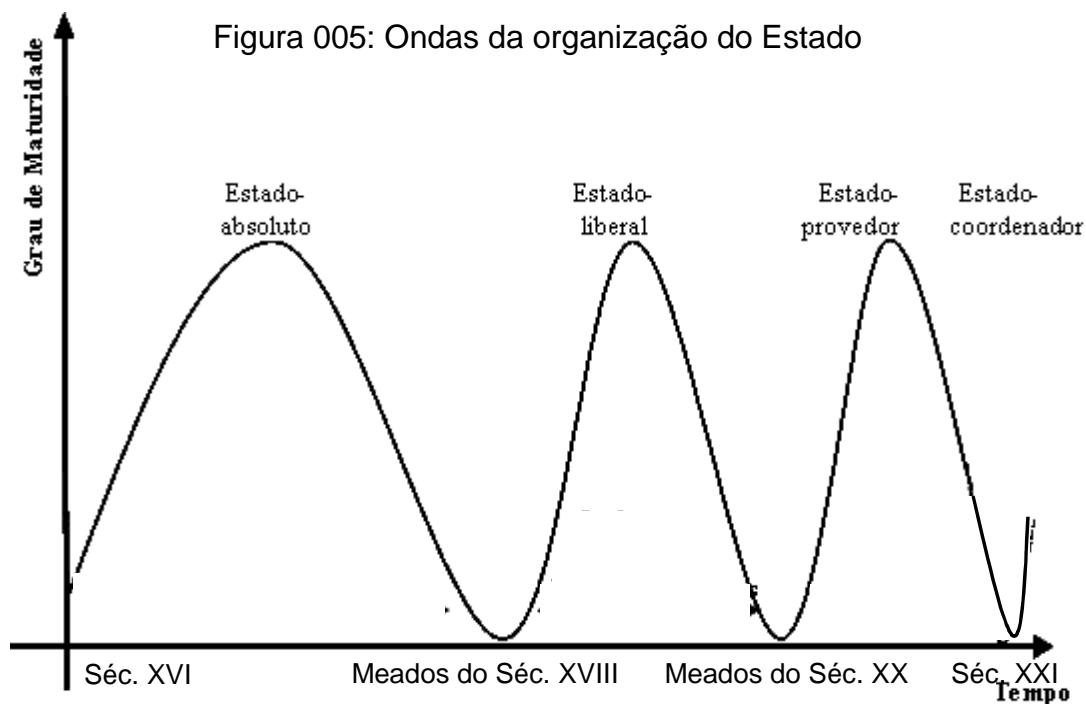
De te fabula narratur, o olhar deste trabalho se desenvolve buscando captar o momento em que se olha. Trata-se de um momento ímpar e merecedor da busca de referencial teórico que possa estabelecer uma matriz de compreensão dessa transformação avassaladora. Partindo dos níveis de abstração já descritos, a ideia é utilizar o recurso teórico de concentrar o foco no tempo e no espaço de modo a convergir para o estado da arte da saúde suplementar no Brasil, vislumbrando a perspectiva para o futuro mais imediato, afinal nada mais prático de que uma boa teoria.

A tese é composta de quatro capítulos, como já mencionado na Apresentação. O capítulo primeiro é desdobrado a partir de um referencial teórico associado ao primeiro nível de abstração. Apoiado em autores com Arrighi, Hobsbawm, Wallerstein e Braudel, aqui se trava uma discussão sobre as mudanças na configuração do Estado vis-à-vis importantes transformações no contexto da produção.

Na seção inicial, deste capítulo primeiro, o foco é a construção de uma visão retrospectiva da evolução do Estado, culminando na atual configuração, denominada Estado-

coordenador. O ponto de partida aqui é o Estado-absoluto, que com o passar do tempo dá lugar a um novo tipo de arranjo, capaz de responder aos anseios libertários da sociedade, especialmente quando estes passaram a entrar em sintonia com interesses de uma classe burguesa emergente. O Estado-liberal sanciona a divisão em poderes independentes e congrega a racionalidade anglicana e o idealismo gaulês, o Estado-liberal deslança seu processo de acumulação sem precedentes na história, até que este capital mercantil comece a dar lugar ao capital financeiro com suas bolhas e crises.

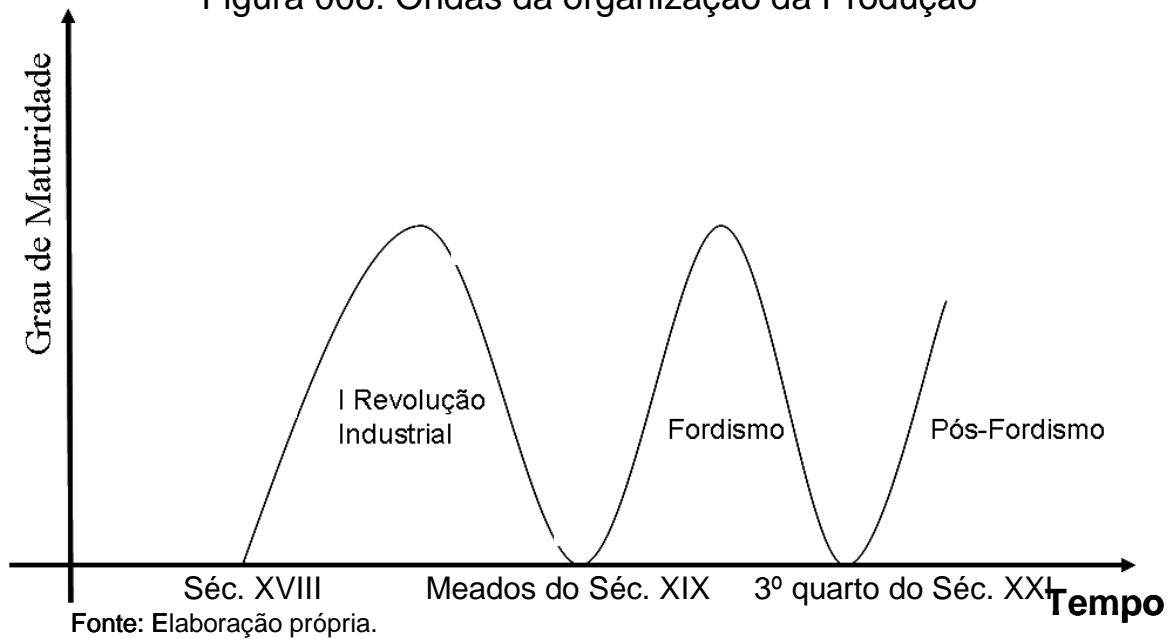
Este ambiente de profundas incertezas enseja o aparecimento do Estado-provedor, consolidando uma lógica intervencionista, baseada na existência de grandes corporações. Esse movimento foi responsável pela deflagração de uma nova onda de acumulação caracterizada como “os anos de ouro do capitalismo” (Hobsbawm, 1994), levando a posterior onda de acumulação financeira, crise do paradigma e emergência de uma nova configuração política, aqui tratada como Estado-coordenador. É precisamente neste contexto que se dá o surgimento das Agências Reguladoras – AR - e de novas formas de convivência entre o público e o privado, conforme esboço representado na Figura 005 a seguir.



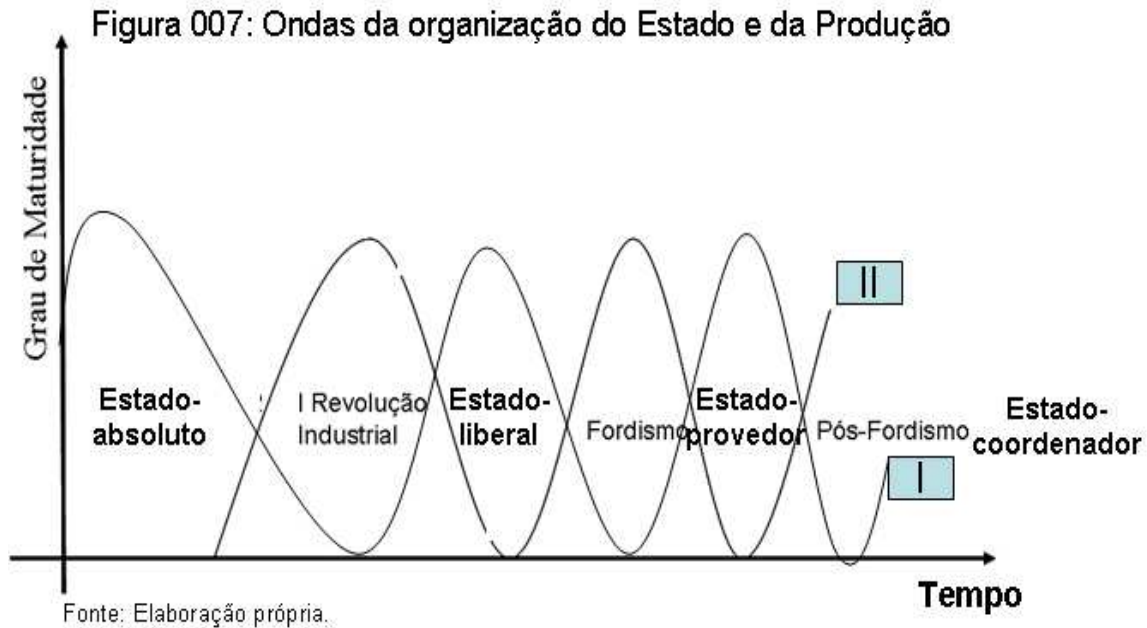
A construção de uma visão retrospectiva da evolução dos paradigmas produtivos é o objeto da segunda seção do primeiro capítulo. Aqui, o ponto de partida é a Primeira Revolução Industrial e sua forma de organização (industrial) baseada em pequenas corporações e estruturas administrativas pouco complexas. A produção manufatureira inglesa e as transformações sociais características são o laboratório de observação e análise do fenômeno da divisão do trabalho e do aumento da produtividade, descritos e teorizados inicialmente por Adam Smith e mais tarde por Ricardo e Marx. Esse aumento da produtividade resulta numa acumulação de capital capaz de gerar a base para importantes investimentos em pesquisa e desenvolvimento, que seriam a base das inovações para a nova onda de industrialização que viria a seguir. Os meados do Século XIX são brindados com a presença de grandes invenções, materializadas sob patente de grandes inventores como Thomas Edison, Graham Bell, Karl Benz, irmãos Lumière, etc. Esse processo de inovação resultou em profundas transformações do paradigma produtivo vigente, culminando na organização fordista da produção.

O sucesso do fordismo e a vertiginosa evolução dos meios de comunicação em massa legaram ao consumidor o status de ator social mais informado, organizado e, portanto, mais poderoso. É precisamente a partir dessa nova correlação de forças que a rigidez do fordismo se vê questionada e grávida de novas correlações de poder e de forma de produzir baseadas na autonomia, preocupação com o meio ambiente, e na descentralização dos processos. Neste contexto, em simultâneo de dá o aparecimento de novas tecnologias, Thurow (2001), tais como microeletrônica, computadores, telecomunicações, materiais sob encomenda, robótica, biotecnologia, etc. Está configurado aqui o que será doravante denominado pós-fordismo. A Figura 006 a seguir ilustra o movimento dessas ondas anteriormente descritas ao longo do tempo.

Figura 006: Ondas da organização da Produção



A terceira seção do primeiro capítulo congrega as visões sobre as mudanças do Estado, abordadas na primeira seção, com a visão das transformações da produção, analisadas na segunda seção. Por meio do cruzamento, é possível verificar uma assincronia existente entre as dimensões da organização do Estado e da produção. No momento em que o ciclo da organização política atinge o ápice do seu grau de maturidade, inaugura-se, simultaneamente, o dever um novo paradigma produtivo. O inverso ocorre quando, na fase de maturidade das ondas da produção, inicia-se uma nova etapa da organização política, conforme ilustrado na Figura 007 a seguir.



A Curva I da Figura 007 é a mesma apresentada na Figura 005, enquanto Curva II é a mesma da Figura 006. Essas curvas permitem inferir que esse descasamento entre as ondas não raro gera perturbações ao estilo das *Reef Breakes*. Conflitos esses que se materializam pela forçosa convivência entre um paradigma (político ou produtivo) em ascensão e seu par em fase outonal. É sobre o panorama de uma dessas mudanças de paradigmas que se desenrola a cena atual, retratada na terceira seção do primeiro capítulo, e daí se constitui a base para o desenvolvimento do capítulo segundo da tese.

O tema central do segundo capítulo são as transformações do Estado brasileiro, do arcabouço regulatório e da regulação da saúde suplementar, em particular. Este capítulo expressa o segundo nível de abstração aqui já mencionado. Noutros termos, esse processo transformador ensejou novas formas de relação entre o público e o privado no Brasil com a criação das agências reguladoras, fenômeno que esprou por diversas áreas, entre elas a da saúde e em nosso caso específico a da saúde suplementar. A introdução das agências reguladoras, na cena mundial e no Brasil, teve como objetivo reforçar a transparência das ações de regulação paralelamente à incorporação de novos atores sociais no processo decisório (Bresser-Pereira, 2009) e o *accountability*, aqui entendido como a padronização de informações, procedimentos e responsabilidades (Ramalho et alli, 2009).

Numa seção inicial colocar-se-á uma lente de aproximação sobre o processo de desmantelamento do Estado-liberal e de sua substituição pelo Estado-interventor a partir da década de 1930. A partir desta aproximação foi possível entender e discutir a transição do modelo nacional-desenvolvimentista brasileiro (expressão nacional do Estado-interventor), para o limiar de modelo calcado na ação coordenadora do Estado, passando por uma etapa marcante no Brasil, caracterizada pelo desmantelamento do Estado desenvolvimentista através da ação dos ventos do neoliberalismo na década de 1990.

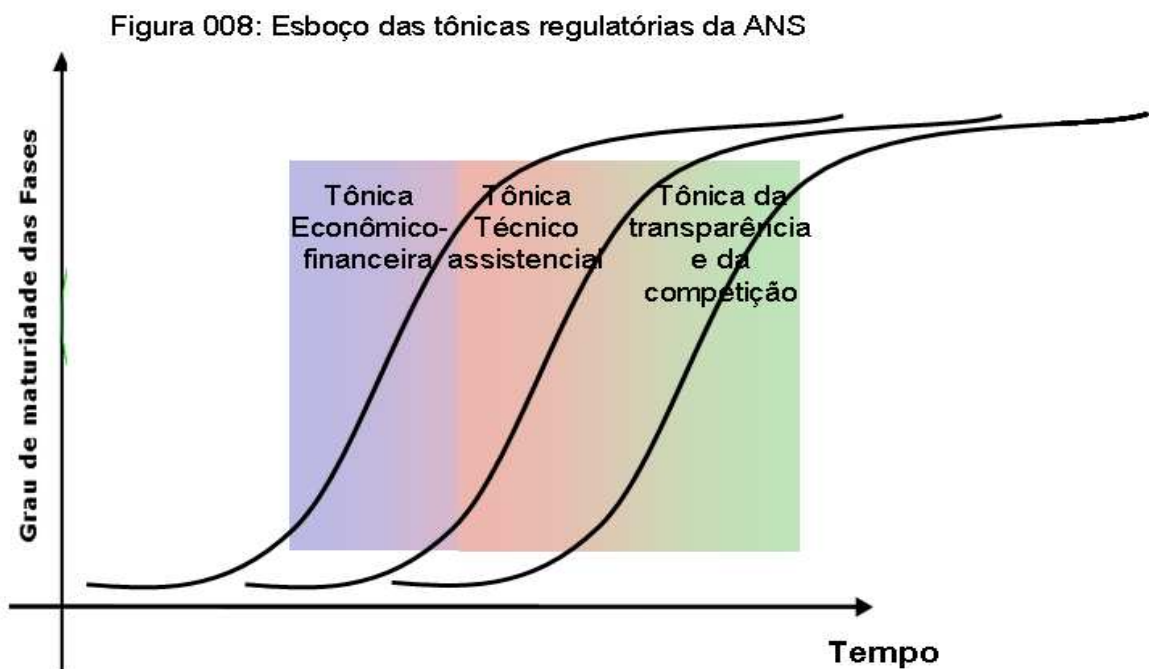
A segunda seção exprime a canalização dos efeitos anteriormente descritos para o setor de saúde no Brasil. Aqui será discutida a emergência da saúde privada no Brasil, que avança no processo de industrialização, a tentativa de retomada da ação do Estado por intermédio da criação do SUS em ambiente político, econômico e institucional adverso. Mais à frente são apresentados as condicionantes e o caldo de cultura existente quando da criação da ANS em 2000. Àquela época, uma parte do governo defendia uma regulação predominantemente atuarial e econômico-financeira, nos moldes da regulação dos seguros tal como no modelo americano ou australiano (Bahia, 2001), entretanto, a tese que foi a de que, além da regulação econômica, o setor deveria ser protagonista na regulação dos aspectos técnico-assistenciais da saúde suplementar.

A terceira e última seção do segundo capítulo tratará dos desafios iniciais da ANS e das escolhas realizadas por esta Agência no tocante a agenda regulatória. Esta agenda foi inicialmente voltada para a construção de um marco regulatório que consolidasse os aspectos econômico-financeiros e a questão assistencial. Mais à frente, a partir da consolidação dos avanços da agenda e dos direitos do consumidor, deflagraram-se ações voltadas para a disseminação das informações ao público e estímulo à competição entre as empresas do setor.

O terceiro capítulo foi desenvolvido no sentido de esmiuçar e descrever criteriosamente os regulamentos e ações voltadas para a regulação do setor. Esse detalhamento tem como finalidade demonstrar a existência de cada uma das ondas ou tônicas regulatórias aqui já mencionadas. Com esse intuito, foi construído um banco de dados (vide Anexos) contendo os principais normativos do setor, bem como uma estruturação lógica com

base em diferentes categorias analíticas. A partir daí, foi estabelecida uma classificação das normas de acordo com as categorias analíticas previamente mencionadas.

Em seguida, foi realizada uma análise que permitiu verificar a incidência temporal desses objetivos *vis-à-vis* o conteúdo das realizações mencionadas nos Relatórios de Gestão da ANS. A partir desses cruzamentos, foram identificadas as tônicas aqui mencionadas e representadas na figura a seguir.



Fonte: Elaboração própria.

No último capítulo, são identificados os desafios atuais da regulação da saúde suplementar e analisados os impactos dos principais fatores endógenos e exógenos que influenciam a atual agenda regulatória da ANS. Com a análise desse processo transformador, foi possível observar que a trajetória da regulação em saúde suplementar se inaugura inspirada no princípio de organizar o mercado e a interface entre os atores sociais, padronizar e dar publicidade às informações. O estudo da ocorrência dessas ondas da regulação da saúde suplementar tem sido objeto de trabalhos e publicações desenvolvidos no âmbito do grupo de pesquisa do IMS/UERJ.

Uma primeira seção deste terceiro capítulo se dedicou à montagem de um inquérito, com os principais regulamentos editados pela ANS entre 2000 e 2009. Esses normativos (total de 305) foram separados inicialmente em dois grupos: um primeiro grupo considerado sem impacto regulatório relevante; e um segundo com as regras que moldaram o arcabouço regulatório do setor. Em linhas gerais, esse material permitiu verificar e identificar a existência das três ondas ou tônicas aqui mencionadas.

Com o intuito de dar consistência à verificação desses movimentos, foi desenvolvido na segunda seção, a exemplo da primeira, um banco de dados. Desta feita, o material pesquisado foram as Consultas Públicas editadas pela ANS. Essas consultas são realizadas pela ANS com o objetivo de aprimorar, via participação da sociedade, os normativos em desenvolvimento, bem como avaliar os impactos regulatórios decorrentes de sua implementação. Este acervo tem um caráter mais qualitativo do que o material estudado na primeira seção, e consistiu da tabulação e classificação de 31 Consultas realizadas até o ano de 2009. A exemplo do que foi anteriormente verificado, a análise desse material sancionou o movimento característico das três tônicas regulatórias.

A terceira e última seção do terceiro capítulo foi desenvolvida com o intuito de realizar um cheque de consistência dos resultados até aqui apontados. Desse modo, foi elaborada uma enquete com todos os atuais e ex-diretores da Agência, em última análise os principais responsáveis e sancionadores desses normativos. Esta enquete, a qual todos os entrevistados responderam, se constituiu de três perguntas: a primeira sintetizou as linhas gerais dos resultados delineados a partir da análise dos normativos, consultas e relatórios de gestão, questionando sobre a pertinência da classificação; a segunda, indagou se diagnóstico apresentado seria representativo da trajetória regulatória da Agência; a terceira e última listou alguns desafios futuros para a regulação da saúde suplementar e indagou sobre sua sintonia com o que vem sendo tratado pela atual agenda regulatória. Ao final, as respostas tabuladas e analisadas em geral ratificaram as principais conclusões aqui delineadas.

De posse deste material analítico, foi possível caminhar com relativa segurança para o quarto capítulo, que trata de analisar os resultados alcançados e os desafios existentes no âmbito de cada uma das três ondas da regulação da saúde suplementar. Adicionalmente, este

último capítulo promoveu uma discussão sobre a trajetória prospectiva do setor, identificando dos principais fatores que poderão influenciar, exógena ou endogenamente, a regulação e o dia-a-dia da ANS.

A primeira seção do quarto capítulo discutiu os elementos ligados à primeira tônica, na qual a grande prioridade se deu no sentido de buscar o saneamento econômico-financeiro do setor e a responsabilização de por irregularidades, visando fortalecer a qualidade do processo decisório e dos serviços regulados. Nesta tônica, foram estabelecidas regras mais claras para a entrada e saída de empresas no mercado, regras de exigência de um mínimo de garantias financeiras por parte das empresas operadoras do setor, padronização contábil, normas para fusão e aquisição de carteiras de beneficiários, política de reajuste de contraprestações, etc.

Adicionalmente, foi estabelecida uma discussão sobre em que medida a regulação econômico-financeira promoveu um relativo equilíbrio do mercado em termos de rentabilidade, liquidez e solvência, sem que tivesse havido prejuízo ao consumidor em termos de elevação de custos mais do que proporcional à elevação da renda das famílias. De um modo geral, chegou-se a conclusão de que os efeitos produzidos pela normatização referente a essa primeira tônica lhe conferiram elevado grau de maturidade, não obstante restem ainda desafios no sentido de mitigar efeitos adversos da concentração/verticalização do mercado. Entre esses efeitos adversos está o desafio de remanejar carteiras de beneficiários com níveis de risco mais elevados e remanescentes de operadoras em processo de liquidação. Outros efeitos a serem mitigados são a sobreutilização dos serviços e os limites ao exercício da concorrência advinda de estruturas verticalizadas. Neste sentido, a regulação há desenvolver mecanismos que evitem a imposição de barreiras de acesso à rede prestadora por parte de operadoras que não detêm rede própria para atendimento aos beneficiários.

Na segunda seção foram abordados os elementos relacionados à segunda tônica regulatória, onde foram analisadas: as regras de promoção e atenção à saúde; e de acesso à rede prestadora. Questionou-se aqui, em que medida, esses normativos diminuíram a assimetria de informações do setor, destacando-se entre eles o estabelecimento do Rol de Procedimentos de cobertura obrigatória, o monitoramento da prestação da assistência através dos indicadores do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, e o estímulo ao

desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. É sabido que esta discussão ganha contornos mais críticos diante do iminente envelhecimento populacional, demandante de políticas assistenciais mais específicas e de desafios ainda maiores na manutenção do equilíbrio econômico-financeiro e atuarial do setor.

Um ponto interessante que se verificou é que a segunda tônica da regulação é uma obra em consolidação, que enseja aperfeiçoamentos no campo da promoção da saúde e prevenção das doenças, na integração com o SUS e na conciliação de interesses entre os diferentes atores do setor pelo Estado-coordenador. Nesse sentido, um elemento que mereceu destaque foram as menções à importância aprimoramento contínuo desta tônica regulatória por parte significativa da maioria dos entrevistados na enquete apresentada no terceiro capítulo.

Na terceira seção, a discussão se deu sobre o conteúdo da terceira tônica regulatória, onde foram examinados alguns dos esforços mais recentes empreendidos pela ANS. Aqui se debateu a promoção de estímulos à participação dos segurados e da sociedade no dia a dia do setor. Essa tônica regulatória mais atual vem se caracterizando pela definição de políticas, cujo fulcro é o da ampliação do leque da informação disponível, dos direitos e das escolhas do consumidor, tornando mais efetiva a competição e aprimorando o atendimento às necessidades de saúde. Nesse contexto, foram analisados os impactos e resultados de iniciativas como o padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS) e da Portabilidade de Carências, bem como outras iniciativas de estímulo à transparência das informações e da concorrência, como é o caso do Guia de Produtos da ANS e de algumas das propostas contidas na Agenda Regulatória, que em grande maioria independeram até o momento de ato regulatório específico.

Nas Considerações Finais, foram discutidos os principais novos desafios que se colocam na agenda da saúde suplementar no Brasil, onde é desenvolvida uma análise cruzada dos aspectos presentes em todas as esferas de abstração aqui discutidas. Um item importante dessa agenda são os desafios políticos inerentes à interface da regulação da ANS com as políticas públicas, o SUS e as demandas provenientes de setores representativos da sociedade. Essa dinâmica parte da crescente participação da saúde suplementar no financiamento global

da saúde no Brasil, abordado na segunda seção. Este processo suscitou uma sofisticação do arcabouço regulatório, conforme tratado no terceiro capítulo e ensejou a necessidade de a regulação evoluir endógena e exogenamente, conforme examinado no quarto capítulo.

A regulação pautada em aspectos endógenos está relacionada com a efetividade das políticas emanadas da ação do Estado-coordenador. Dentre esses fatores endógenos estão, por exemplo, a capacidade de coordenação e mediação de conflitos por parte da ANS, bem como o aprimoramento de seu corpo técnico em sintonia com esses novos desafios. Por último, se discutiu a habilidade da ANS em lidar com fatores exógenos às suas atribuições regimentais, mas que influenciam sobre maneira sobre os rumos e o destino do setor. Dentre esses fatores está o envelhecimento populacional, o volume de recursos destinados ao SUS e a própria composição futura do *mix* público-privado dos gastos, bem como a introdução de novas tecnologias de prevenção, promoção e tratamento da saúde.

Em suma, o trabalho aqui desenvolvido partiu dos aspectos gerais da organização do Estado e da Economia para a especificidade da Saúde Suplementar e da ANS. Essa concepção, inspirada no campo da Economia Política da Saúde, buscou estabelecer um diálogo entre o todo e a parte, tendo como finalidade dar uma contribuição para a discussão do *mix* público-privado da Saúde no Brasil.

1 O ESTADO E A PRODUÇÃO: ALGUMAS INTERRELAÇÕES

Este capítulo descreve, analiticamente, as principais etapas de formação e constituição dos Estados Nacionais, suas diferentes versões e suas interrelações com os planos político e econômico. Aqui são destacados os pontos críticos desse relacionamento e as principais inflexões nos padrões de comportamento ao longo do tempo, chegando até os dias atuais e tecendo algumas considerações sobre o devir.

Com base no relacionamento entre as estruturas política e produtiva, são localizados alguns pontos de atrito, sendo um deles o que marca o atual processo de crise e mudança de paradigmas. Desde já, é interessante destacar que o texto não pretende estabelecer uma ordem de determinação de uma dimensão sobre a outra. Ou seja, não se discute uma relação de prevalência da política sobre os mercados ou vice-versa. A finalidade aqui é tão somente descrever, analiticamente, cada uma dessas abordagens de forma discricionária, com o intuito de tornar mais evidentes as ameaças e oportunidades do momento atual. Não obstante o texto estabeleça uma esquematização inovadora entre os planos da política e da produção (Figura 11, adiante), também não há o objetivo de assumir uma historiografia distinta ou alternativa às versões postas à mesa.

Assim, a retrospectiva realizada pelo texto tem a função de desdobrar um pano de fundo por meio do qual se tenta construir um diagnóstico da fluidez política, institucional e econômica dos dias de hoje, e, a partir dele, edificar um conjunto de perspectivas sobre novos arranjos organizacionais no Brasil de hoje e em especial sobre a saúde suplementar. Em suma, neste capítulo são discutidos os novos contornos que vêm sendo desenhados e as novas formas de arranjo político, institucional e econômico que poderão se tornar hegemônicas em futuro próximo.

1.1 O plano político e suas grandes transformações: um breve exame

A prosa da Primeira Seção deste capítulo começa com a *polis*, que dá origem a política e as cidades. Este conceito tem papel fundamental na transformação de uma estrutura tipicamente feudal em um rudimento de organização e participação de diferentes atores sociais na vida política. O início desse movimento é detectado pelo menos desde o Século VI A.C. quando se presencia conflitos cruzados entre diferentes famílias que protagonizavam o poder da época e as populações camponesas. Este foi um momento, de desenvolvimento dos rudimentos do Direito (Châtelet et al, 2000). Dois personagens de destaque na história, Dracón e Sólon, foram sucessivamente encarregados de estabelecer um referencial básico legal para a vida ateniense.

Já no Século XIV, Marsílio de Pádua observava que desenvolvimento do comércio e dos negócios sofisticava as estruturas produtivas e passava a exigir mecanismos de contratualização⁷. Com base num conjunto de regras e princípios, a figura do Rei se aproxima da do conceito de *plenitudo potestas*⁸, configurando as bases do Estado moderno. Nesse sentido, Portugal e Espanha, países de localização geográfica propícia e fortemente empenhados no comércio internacional, revelam-se fortemente interessados nessa nova conjugação de princípios e se constituem como os primeiros Estados modernos.

⁷ Para Rousseau, 2006, (versão traduzida da obra de 1762) a concepção de um contrato social se baseia na idéia de um corpo civil, baseado no contratualismo, fazendo uma clara distinção entre o poder legislativo, e o poder executivo (administrativo) visando à organização de uma sociedade justa que ao mesmo tempo preserve as individualidades.

⁸ No sentido do exercício da potência absoluta, sem recurso aos corpos intermédios da sociedade.

1.1.1 O Estado –absolutista

Maquiavel (Século XVI) constrói com “O Príncipe” uma referência basilar à existência do Estado absolutista como uma categoria analítica relevante. No século seguinte, a consolidação do Estado-absolutista evolui com o processo de laicização do estado, proposta por Lutero. Este monge, de origem agostiniana, denunciaria a prática de indulgências por Roma e pregaria a “liberdade ao Rei não a Roma”. Lutero e Calvino se constituem nos articuladores do pensamento evangélico e das reformas protestantes, reforçando os contornos de uma concepção laica do Estado. Ao mesmo tempo, se afirmava como elemento que conferira ao Estado-absolutista maior consistência ideológica e operacional. Essa laicização viria a ser um marcador importante da matriz ideológica do Estado-liberal que estaria por vir.

Mais para o final do século XVI, o jurista francês Jean Bodin detalharia do conceito de potência soberana do estado: auto-suficiente e independente. O processo de amadurecimento conceitual do Estado-absolutista encontraria em Thomas Hobbes, no século XVII, sua plenitude. O filósofo, cientista político e inglês partiria de uma construção racional da sociedade, que permitiria explicar o poder absoluto dos soberanos. É nesse caldo de cultura que é concebido o Leviatã (1651), inspirado nas ideias iluministas e na física. Emergiria daí o fortalecimento do conceito de soberania dos estados como única, indivisível e ilimitada.

Para o britânico John Locke, filósofo de tradição empirista, na virada para o Século XVIII o Príncipe-Estado seria necessário, porém o regime não poderia ser ilimitado e deveria permanecer enquanto assegurasse as liberdades individuais. Nesse sentido, o desejo libertário veio por inspirar as “revoluções sagradas”. Noutros termos, a liberdade do monarca deve estar restrita à realidade da produção do mundo empírico, produção esta associada à livre-iniciativa. Fica aqui evidente a incapacidade de um estado baseado no poder absoluto dar respostas aos anseios libertários de sociedade, especialmente na medida em que esses anseios se conjugavam com os interesses de uma classe burguesa emergente. Esses interesses empresariais inspirariam Keynes a cunhar, no séc. XX, a expressão do tão propalado espírito animal dos investidores.

A obra política de John Locke teve uma influência considerável na intelectualidade europeia. Voltaire será seu ardente propagandista. Sua clareza, sua concisão, mas também sua moderação e sua preocupação com a experiência comum fizeram dela o instrumento por excelência da luta contra a tirania religiosa e política. As duas declarações de direito do homem – a norte-americana, de 1787 e a francesa, de 1789 – inspiram-se diretamente nesta obra. Muitas fórmulas das diversas constituições da Primeira República são tomadas dela. Com o Segundo Tratado do Governo Civil (1690), John Locke apresentou a fórmula liberal do Estado moderno, potência soberana e legisladora e unidade de uma multiplicidade de “súditos francos”, assim como Hobbes – quarenta anos antes – apresentava a fórmula autoritária. (CHÂTELET et al, 2000, p. 60).

1.1.2 O Estado-liberal

O francês Montesquieu (meados do Século XVIII), apoiado em teses humanistas, aprofundaria uma crítica a Locke, com seu “Espírito das Leis”, publicado em 1748, proporia a legitimação do estado pela divisão em poderes independentes: a potências legislativa, executiva e judiciária. Assim, pelos flancos das vertentes empirista e humanista, unindo a racionalidade anglicana e o idealismo gaulês, o Estado-liberal deslancharia sua onda de amadurecimento.

Nesse contexto, é construída a visão segundo a qual para que as leis da natureza e leis da natureza humana funcionem em harmonia, é indispensável uma atmosfera de segurança da liberdade individual, empresarial e da propriedade. Se por um lado há de conferir essas liberdades, por outro, o governo deve ser intransigente em sua defesa, tornando-a tão inflexível até o ponto de aproximá-la de uma ordem natural.

Jean-Jacques Rousseau, uma das figuras marcantes do iluminismo francês, chama atenção para o crescimento das desigualdades como fator de ruptura com pactos ilegítimos. Para Rousseau, a soberania que não for capaz de exercer a vontade geral não deve gozar de legitimação e, portanto, não conseguirá exercer o poder em sua plenitude nem tampouco dar

movimento a este com as leis. Nesse sentido, o estabelecimento do Contrato Social (sua obra de 1762) preconiza a importância de harmonizar e dar a sincronia aos poderes, submetendo a vontade individual à vontade geral da sociedade. Nesse rumo, o anglo-irlandês Edmund Burke, destacava (Chatelet, 2000) que o povo inglês só é um povo livre porque aprendeu, ao longo dos séculos, a implantar instituições diversificadas que garantiram liberdades compatíveis com a ordem e não com a reivindicação da liberdade por si.

No Século XIX, o Estado-liberal e o liberalismo político se constituíram como ordem dominante na Europa e América no Norte. A partilha do poder social, tão presente quando da gestação do Estado-liberal, daria lugar a uma concepção utilitarista construída sobre as bases do progresso material e científico. Benjamin Constant, político na França no início do século XIX, destaca que ser moderno é ter segurança nas garantias institucionais às fruições privadas. Essa é a versão madura do Estado-liberal, a qual se constitui e se transforma a partir de Locke, que relegaria a um plano secundário os desafios da partilha do poder social.

Desse modo, a plenitude material, característica do período vitoriano do séc. XIX, não empalideceria a análise fria de liberais mais densos como Tocqueville (*A Democracia na América*, 1835) e John Stuart Mill (*Ensaio Sobre a Liberdade*, 1859). Estes autores chamariam atenção para o fato de a sociedade industrial da época, não cumprir suas promessas de harmonização e sincronia de poderes, e nem tampouco de garantia ao direito natural. Tocqueville e Mill são contemporâneos de intensos movimentos de lutas de classe, que se espalham por toda Europa e especialmente pela França em meados e final do Século XIX.

Neste período, Marx e Engels entravam em contato com os movimentos operários, o que culminaria com a publicação do Manifesto Comunista em 1848. Cerca de dez anos mais tarde, é editado o primeiro volume de “O Capital”, no qual se fundamenta a crítica ao Estado burguês e à transformação de relações sociais em relações econômicas por parte do capitalismo. Transformando “tudo o mais em mercadoria” (Marx), o Estado burguês segue seu curso e estabelece as bases materiais para os conflitos de classes. Esses conflitos, se amplificariam, extrapolariam a dicotomia da lutas de classes em âmbito nacional, e se estenderiam até a categoria da interrelações entre os Estados nacionais.

Não obstante a pujança dos anos da *belle époque*⁹ e o já elevado grau de maturidade da organização do estado burguês, o profundo utilitarismo e suas consequências suscitarão críticas e questionamentos cada vez mais frequentes. Isso se traduziria em movimentos, que iriam desde revoltas isoladas de núcleos de organização operária até movimentos mais abrangentes em amplitude e intensidade como a Comuna de Paris, que marca a insurreição popular de 1871.

A crítica, proveniente dos liberais e não-liberais, revelaria a imposição de transformações na organização do Estado-liberal que iriam gerar mais tarde diferentes matizes de intervenção: das mais radicais, e nesse sentido não-burguesas, até as menos críticas ao *status quo* liberal, mas nem por isso não intervencionistas. Se, por um lado, em meados do Século XIX os liberais pareceram não fazer concessões ao mercado livre e às concepções utilitaristas, por outro lado, a pressão das lutas sociais acabaria por forçar uma osmose lampedusiana¹⁰ de conservar os dedos ainda que às custas de alguns anéis.

Nesse sentido, a fonte primária reformista e algo revolucionária (e evolucionária no sentido darwiniano) do liberalismo, sancionaria a imperiosa necessidade da intervenção estatal como solução negociada às demandas sociais que se amplificam no seio dos conflitos que demarcaram os grandes contrastes do ocaso do período vitoriano. Deste modo, ao largo dos preceitos do *laissez-faire*, uma nova ordem intervencionista começaria a se configurar.

Se, de ordinário, não se distingue capitalismo e economia de mercado, é porque um e outra progrediram na mesma cadência, da Idade Média aos nossos dias, e porque se apresentou o capitalismo como o motor ou o apogeu do progresso econômico. Na realidade, tudo é transportado nas costas enormes da vida material: ela incha, tudo avança rapidamente; a própria economia de mercado incha às suas custas num abrir e fechar de olhos, amplia suas ligações. Ora, dessa tansa, dessa ampliação, o capitalismo é sempre o beneficiário. (...) Assim, o Estado moderno, que não fez o capitalismo mas o herdou, ora o favorece, ora desfavorece, ora o deixa estender-se, ora lhe quebra as

⁹ Entendida aqui como período que se desenrola a partir de meados do Século XIX até início do Século XX.

¹⁰ Referência à frase do escritor italiano do início do séc. XX, Giuseppe Tomasi di Lampedusa: “tudo deve mudar para que tudo fique como está”.

molas. O capitalismo só triunfa quando se identifica com o Estado, quando ele é o Estado. (BRAUDEL, 1985, p. 54,).

Com efeito, na nova etapa de intervenção estatal que se iniciava, a discussão sobre a posse do capital já não é assim tão relevante, cedendo lugar ao debate sobre o nível de potência que este é capaz de gerar sobre as relações políticas e econômicas. Para Lênin, a principal característica do capitalismo antigo era a livre-concorrência e a exportação de mercadorias. Esse primeiro ciclo de acumulação, entretanto, viria a dar lugar a um novo tipo de arranjo, baseado num regime mais oligopolista e preocupado com a exportação de capitais.

A conversão do capital mercantil em capital financeiro seria comandada pela Inglaterra, com a utilização da Libra como padrão monetário para o estabelecimento de contratos, trocas e preços internacionais. O funcionamento do sistema monetário internacional estaria, a essa altura, baseado no papel que o país central exerce o papel de moeda reserva. Porém, para que a estabilidade do sistema se mantenha, é indispensável que o país central não possua déficits crônicos em conta corrente e não desvalorize sua moeda¹¹. A ruptura destes limites seria a base para a contestação e a quebra do padrão vigente.

Autores como Hobsbawm e Polanyi destacam que não obstante o livre-comércio fosse dogmaticamente defendido, os países passariam a desenvolver toda uma sorte de barreiras alfandegárias, cotas de importação e moratórias, buscando, em última análise, a defesa de suas moedas. A guerra cambial se transformaria numa guerra comercial, e mais tarde numa guerra militar. A quebra do padrão libra-ouro¹², nesse sentido, removeu os liames de um contrato social tácito estabelecido entre os diferentes povos da Europa.

Nem a Liga das Nações nem a haute finance internacional sobreviveram ao padrão-ouro: com seu desaparecimento, tanto interesse organizado pela paz, representado pela liga,

¹¹ Qualquer semelhança com a guerra cambial ora em curso não é mera semelhança...

¹² O padrão ouro como instituição legal data de 1819, quando o parlamento inglês aprovou o Resumption Act (Lei que exigia que o Bank of England assumisse a administração da troca notas por ouro). No padrão ouro, os países relacionam suas moedas ao ouro, o que confere maior estabilidade às taxas de câmbio.

como seus instrumentos principais de atuação – os Rothschilds e os Morgans – desapareceram da política. A ruptura do fio de ouro foi sinal de uma revolução mundial” (Polanyi, 1986, pg.44). Por fim, “o liberalismo econômico interpretou mal a história da revolução industrial porque insistiu em julgar os acontecimentos sociais a partir de um ponto de vista econômico (POLANYI, 1986, p.51).

Uma sucessão de crises financeiras passou a ocorrer e com elas a ascensão de novos atores na dinâmica do poder que se estabeleceu. Foi assim na Rússia, cuja destruição do Rublo foi a senha para a dissolução do poder czarista. Na Alemanha, Hungria, Polônia e tantos outros países, esse processo não foi diferente, variando apenas as matizes ideológicas das coalizões hegemônicas que se estabelecem e o nível de participação nos conflitos que se deflagram no âmbito da Primeira guerra mundial. Posteriormente, o sucesso do desenvolvimento planejado na Rússia, e do capitalismo oligopolizado dos EUA, demonstram que um novo modo de participação da figura do Estado na vida social e econômica se consolidava. A definitiva dissolução do Estado-liberal como categoria relevante de análise viria com a crise de 1929. Esse período, mais do que um momento de troca de posições relativas entre os atores, aliás, comum em todas as crises, é um momento de mudança da principal posição do sistema em direção ao outro lado do atlântico.

Uma economia-mundo aceita sempre um pólo, um centro, representado por uma cidade dominante, outrora uma cidade-Estado, hoje uma capital, entenda-se, uma capital econômica (nos Estados Unidos, Nova Iorque, não Washington). Aliás, podem existir, inclusive de modo prolongado, dois centros simultâneos numa mesma economia-mundo: Roma e Alexandria ao tempo de Augusto, Antônio e Cleópatra ; Veneza e Gênova ao tempo da guerra de Chioggia (1378-1381); Londres e Amsterdam no século XVIII, antes da eliminação definitiva da Holanda. Pois um desses dois centros acaba sempre por ser eliminado. Em 1929, o centro do mundo, com um pouco de hesitação, passou assim, sem ambiguidade, de Londres para Nova Iorque. (BRAUDEL, 1985, p. 69).

1.1.3 O Estado-provedor

A crise de 1929 inauguraria um novo padrão intervencionista que se materializaria em coalizões com efetivo grau de intervenção: o Estado-provedor seguiria o seu curso no Século

XX com participação ora mais efetiva no controle social e da produção, com fascismo e o bolchevismo, ora em menor grau com as coalizões políticas de corte keynesiano que caracterizaram a política dos EUA e da Europa Ocidental¹³.

A força desse novo padrão de intervenção que se desenha é tamanha que se espalharia até mesmo às fronteiras de um novo capitalismo periférico, como brasileiro. A partir de 1930, se estabeleceria no Brasil um processo de industrialização retardatário, baseado na substituição das importações e na forte participação do capital estatal no desenvolvimento econômico. A mudança do processo de desenvolvimento, na amplitude e intensidade de seus resultados, provocaria transformações que iriam desde uma nova organização das relações trabalhistas até as inéditas conformações do sistema previdenciário e da saúde no Brasil em áreas independentes. Mais à frente, no Capítulo segundo, este texto aprofundará mais essas questões relativas à política e a economia brasileira, afunilando o escopo até a área da saúde.

Não obstante a evolução do Estado-provedor seguisse seu curso, sua maturidade estaria ainda sujeita a uma onda de nacionalismos e radicalismos, os quais a Primeira guerra não havia sido suficiente para equacionar. Ao seu modo, essa nova organização deveria buscar os mecanismos de estabilidade similares aos que o Contrato Social (Rousseau, 2006), e o padrão Libra-ouro foram capazes de conferir ao Estado-liberal. Nesse rumo, a Segunda grande guerra mundial deixaria em pratos limpos o papel dos vencedores e perdedores de um processo cuja gênese fora desencadeada a partir do ocaso do Estado-liberal.

Os EUA emergem da Segunda guerra com poder político, militar e financeiro incontestáveis, antes mesmo de a guerra acabar, já eram negociadas as novas bases da ordem geopolítica mundial, que se materializam nas organizações multilaterais de Bretton Woods. Essa nova forma de pacto global se desenharia em diferentes frentes e propósitos, capitaneadas por variadas instituições.

13 Com o final da Primeira Grande Guerra, tornou-se necessária a adoção de medidas para mitigar as grandes calamidades sociais instauradas. Nos EUA, a expressão seguridade social, passa a ser considerada como um sistema integrado de desenvolvimento social, com garantias mínimas de proteção, abrangendo toda a população, através de políticas de seguro social aos trabalhadores e assistência social aos necessitados. Neste contexto, é constituído um marco na história da previdência e seguridade social – o Relatório Beveridge. Mais à frente, o economista inglês William Beveridge, foi convocado pelo governo britânico, no ano de 1941, para elaborar um plano de reestruturação do seguro social na Inglaterra, resultando na publicação de “Seguro Social e Serviços Conexos” no ano de 1942 e de “Pleno Emprego em uma Sociedade Livre”, em 1944. Em seus relatórios, Beveridge defendia a adoção, por parte do Estado, de políticas de combate à miséria, assim delineando as características do Estado do Bem-Estar Social.

No âmbito das finanças, o Fundo Monetário Internacional (FMI) desempenharia o papel de suprir a necessidade de fluxos financeiros para os países com desequilíbrios no Balanço de Pagamento. O Banco Mundial surgia com a finalidade de prover os recursos necessários às obras de reconstrução dos países diretamente envolvidos na guerra e no desenvolvimento dos demais países associados. Por seu turno, a Organização Mundial do Comércio (OMC), inicialmente representada pelo *General Agreement of Tariff and Trade* (GATT), tinha como finalidade precípua a remoção de barreiras comerciais e a intensificação do livre-comércio, mecanismos considerados como propulsores do crescimento e da paz entre os países. Finalmente, a Organização das Nações Unidas (ONU) seria a instância de atuação política e militar, que teria como finalidade criar as regras e dirimir conflitos e atuar sob a forma de intervenção quando conveniente. Em torno da ONU surgiriam várias agências internacionais especializadas, tais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Entre 1939 e 1945, II Guerra Mundial produziu uma verdadeira revolução dentro do núcleo hierárquico das grandes potências. Foi uma guerra em dois movimentos, na verdade pode-se falar inclusive na existência de duas guerras em uma só: a primeira, entre 1939 e 1941, envolveu somente os europeus e foi vencida pela Alemanha; e a segunda, entre 1941 e 1945, envolveu a Alemanha, o Japão e os Estados Unidos, e foi vencida pelos norte-americanos. A Carta Atlântica assinada por Churchill e Roosevelt, em agosto de 1941, foi uma espécie de ponto de passagem entre os dois conflitos. Do ponto de vista do seu conteúdo, a Carta assinada num Cruzador, em frente à costa de Newfoundland, na Argentina, continha uma versão atualizada dos “Quatorze Pontos” de Woodrow Wilson. Na prática, entretanto, ela significou a transferência do poder anglo-saxônico para os Estados Unidos, que assumem a disputa com a Alemanha quase ao mesmo tempo em que entram em guerra com o Japão, em dezembro de 1941. Uma espécie de “ajuste de contas” entre as três “grandes potências tardias” (...). Do ponto de vista dos Estados Unidos, representou a decisão de lutar simultaneamente pela hegemonia da Europa e no sudeste asiático, onde se posicionou de imediato ao lado da China, renunciando a todos os seus direitos extraterritoriais, e patrocinando a entrada chinesa no grupo dos “quatro grandes” que assinaram em Moscou, a Conferência das Nações Unidas, realizada em São Francisco em 1935” (FIORLI, 1994, p.85).

O sucesso do Estado-provedor se configuraria desde suas versões mais planejadas até diferentes tonalidades de formato keynesiano. A partir da formação da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN) e do Pacto de Varsóvia e da constituição do novo

arcabouço institucional, representado pelas agências multilaterais, o que se vê em termos de conflito são disputas localizadas, mas, nem por isso, pouco intensas entre os Estados Unidos e a URSS. A Revolução Comunista na China em 1949, a Guerra da Coreia entre 1950 e 1953, a Crise do Canal de Suez e o Levante húngaro em 1956, a Revolução Cubana de 1959 e Guerra do Vietnã e Primavera de Praga são sinais evidentes de que não houve um processo pacífico no período que sucede o pós-guerra.

Não obstante a evidência da disseminação de conflitos pelo mundo, o que apresenta aqui é a estabilidade política de um mundo bipolar, que seguiria seu curso até os anos 1970. Nesta fase de ouro, o sistema fora impulsionado por vigoroso crescimento econômico e estabilidade das regras institucionais, emanadas das agências multilaterais. Entre essas regras, figura uma de fundamental relevância: o retorno do padrão-ouro, desta vez vinculada ao Dólar americano.

Desde a convenção de Bretton Woods, o mundo instituíra o padrão Dólar-ouro como expediente de controle das finanças internacionais, evitando a reprodução desmedida dos agregados monetários, e em alguma medida disciplinando a alocação da liquidez internacional. Naquela oportunidade, foi colocada à mesa a proposta do Lorde Keynes de criação de uma grande agência financeira internacional, que teria poder regulador mais efetivo sobre a liquidez internacional. Entretanto, essa proposta de maior intensidade regulatória, com a criação de uma moeda internacionalmente conversível (Bancor), controlada pelo FMI, não saiu vitoriosa.

De todo modo, a ideia central que aqui prevalecia era a de que os mercados não são suficientes em si e que a disciplina financeira evitaria crises sistêmicas, como a hiperinflação alemã e húngara dos anos 20 e a crise de 1929. Nunca é excessiva a menção de que os artífices dessa estrutura, criada em 1944, eram sobreviventes da grande crise, ocorrida há somente quinze anos àquela altura.

Um período de *boom* econômico, conhecido como era de ouro do capitalismo, se seguiu. A Era Dourada se caracterizou pela crescente oligopolização dos mercados, em contexto de expansão vertiginosa da produção e consumo de massas e de elevados ganhos de escala também nos setores produtores de bens de capital e de bens intermediários.

No Brasil, os impactos deste crescimento econômico foram sentidos com a chegada das empresas multinacionais, ávidas por desbravar novas fronteiras de mercado em função da saturação dos mercados nos seus respectivos países. Adicionalmente, no caso das firmas europeias, esse movimento se deu pela própria dinâmica concorrencial imposta pelas firmas americanas, mais eficientes àquela época. Esse primeiro *boom* de investimentos diretos e externos no Brasil ocorreria com o governo Juscelino Kubitschek. De acordo com Faro e Quadros, in: “O Brasil de JK”, no período 1956-1960 os fluxos anuais de multiplicaram-se por 35 vezes em relação ao quinquênio anterior.

Como será melhor detalhado no capítulo segundo, o país se industrializava rapidamente, com a presença de empresas do setor automotivo, químico, máquinas e material elétrico. Por intermédio do Conselho de Desenvolvimento, governo JK conseguiria articular estas empresas aos interesses do capital privado nacional, permitindo a elevação de empregos industriais no país. O Brasil finalmente entrava no padrão industrial de desenvolvimento fordista, deflagrado pelas economias centrais desde o final do século XIX. Começava a se formar no Brasil uma sociedade de consumo de massas, que mais tarde demandaria novos arranjos institucionais na área da saúde.

Na cena mundial, as relações capital-trabalho, que tanto ensejaram preocupações da ordem vitoriana e com a própria sobrevivência do Estado-liberal, agora experimentavam uma inédita conjugação de recuperação do salário real junto com aumentos de constantes de produtividade, criando perspectivas favoráveis aos investimentos na ampliação da capacidade produtiva e garantindo crescente recuperação da demanda. Essa conjugação de fatores permitia um horizonte de planejamento mais estável para os setores oligopolizados, facilitando a previsão do comportamento dos custos salariais.

O compromisso político do *Welfare State*¹⁴, associado ao sistema moeda-crédito, permitiu sustentar os fluxos de renda necessários para o crescimento econômico vertiginoso

¹⁴ O Estado de bem-estar social (em inglês: *Welfare State*), é uma organização política e econômica que coloca o Estado (nação) como agente da promoção social e da organização da economia em parceria com sindicatos e empresas privadas, em níveis diferentes, de acordo com diferentes modelos. Os Estados de bem-estar social desenvolveram-se principalmente na

do período. Todavia, essa construção monetário-financeira se sustentou enquanto fragilidades não se explicitavam, levando a uma crescente contestação da conversibilidade Dólar-ouro por parte dos países que faziam parte do Sistema Financeiro Internacional. Tal Sistema só se manteve enquanto os países avançados não-emissores de dólar, especialmente os produtores de petróleo, com alto encaixe de moeda americana, se abstiveram até mesmo de aventar a possibilidade de pleitear junto aos EUA a conversão em ouro de suas reservas. Essas contradições, entretanto, não tardariam a anunciar a desagregação da ordem monetário-financeira estabelecida em Bretton Woods. Neste momento, estaria aberto o caminho para a derrocada da organização social construída sobre os escombros do Estado-liberal que aqui denominamos Estado-provedor.

Paralelamente, na medida em que os movimentos sociais eclodiam em todo o mundo, a guerra fria se intensificava e os EUA colecionavam fracassos militares, como o do Vietnã. Crescia entre as hostes conservadoras dos Estados Unidos a ideia da necessidade de que investimentos militares vultosos, emblemáticos àquela época pelo Projeto Guerra nas Estrelas¹⁵. Na visão conservadora, esses investimentos seriam indispensáveis à manutenção da *pax americana*.

Esse projeto militar, que viria a ser colocado em prática pelo governo conservador, encontrava na regulação financeira internacional um empecilho ao financiamento a sua expansão, já que a política de controle da reprodução da liquidez internacional impedia que os EUA deflagrassem um processo de endividamento e drenagem da liquidez internacional devido à vinculação do Dólar ao metal ouro.

Europa, onde seus princípios foram defendidos pela social-democracia, tendo sido implementado com maior intensidade nos Estados Escandinavos e na Europa Central.

¹⁵ “O projeto consistia no uso de armas de energia dirigida: feixes de partículas atômicas ou raios laser que têm velocidade superior à dos mísseis convencionais (de dezenas de quilômetros por segundo até a velocidade da luz, 300.000km/s, contra apenas alguns quilômetros por segundo dos mísseis). Segundo os defensores do projeto, seria essa a única forma de neutralizar um ataque nuclear nos cinco primeiros e cruciais minutos a partir do seu lançamento: os sistemas antibalísticos então vigentes baseavam-se em foguetes capazes de destruir as ogivas atacantes nos dois últimos minutos de sua trajetória, quando os projéteis reingressam na atmosfera.” (<http://www.colegioweb.com.br/historia/guerra-nas-estrelas.html>.)

A solução encontrada foi alterar, unilateralmente, as regras do jogo, quebrando a vinculação do Dólar ao ouro em 1971, e com ela todo o mecanismo de contenção da reprodução financeira internacional desmedida¹⁶. A leniência do FMI a esse movimento é o primeiro indício claro e marco da mudança do papel das agências internacionais. Aqui é sempre interessante destacar a diferenciação entre o conceito de hegemonia imperial (com consentimento ativo, no sentido gramsciano) e uma hegemonia imposta pelo poder das armas e das instituições. Neste momento os EUA renunciam à sua condição de potência imperial, quebrando as regras que por eles estabelecidas, algo inadmissível a um império, que tem por característica precípua o cumprimento de suas regras e a preservação do próprio sistema. Os EUA continuam a exercer plenamente sua posição hegemônica (Arrighi, 2009), porém renunciam naquele momento à condição ideológica de império do mundo capitalista.

O processo de acumulação de passivos que se segue por parte dos EUA é inelutável e ilustra com clareza o cerne do processo de desarticulação financeira e política que daí se seguiria¹⁷. Assim, o papel de (re) afirmação hegemônica dos EUA se dá pela via militar com êxito na guerra-fria, e no campo ideológico com a disseminação do credo neoliberal no mundo. O lastro financeiro que custeava essa mega operação, entretanto, pode ser visualizado na exponencial acumulação de dívida dos EUA com o resto do mundo, cujo valor anual dos fluxos chega a incrível marca de US\$ 1,4 bilhão em 2009, valor muito próximo, vale ressaltar, da totalidade do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro.

Além do processo de acumulação de passivos e do aumento vertiginoso do fluxo da dívida nos períodos mais recentes, observamos que no fim da década de 1980 houve uma reversão transitória dos desequilíbrios - favorecida pelo Acordo de Plaza de 1985, por meio

¹⁶ “A liberdade para fazer flutuar o dólar é assim uma das vantagens do padrão dólar flexível, que permite que os Estados Unidos não tenham que perder competitividade real em nome da manutenção de sua preeminência financeira e monetária. A outra vantagem para os Estados Unidos da ausência de conversibilidade em ouro é a eliminação pura e simples da sua restrição externa. Agora, os Estados Unidos podem incorrer em déficits em conta corrente - permanentes e crescentes sem se preocuparem com o fato de seu passivo externo líquido estar aumentando, uma vez que esse passivo “externo” é composto de obrigações denominadas na própria moeda americana e não conversíveis em mais nada.” (Serrano, 2002, pg. 251).

¹⁷ Uma manifestação clara da nova desordem internacional que se seguiria é a elevação dos preços do petróleo em 1973. Essa é uma resposta clara do cartel monopolista da matriz energética mundial à desvalorização de seus ativos (fortemente denominados em Dólar) em termos do vil metal.

do qual os EUA obtiveram de seus principais parceiros comerciais à época (Japão e Alemanha) a garantia de uma desvalorização ordenada do Dólar - como forma de conter a intensificação do processo de endividamento e a crise de confiança que se estabeleceu no “mini-crash” de 1987¹⁸.

Para o Japão, as consequências do processo de valorização cambial foram sentidas especialmente na década de noventa, com baixo crescimento e perda de posição estratégica na geopolítica da Ásia, além de sucessivas crises naquele continente. A Alemanha, por seu turno, tinha uma importância estratégica maior, visto que naquele momento se constituía como grande articulador financeiro e fiador da União Europeia que se consolidava. Apesar disso, como praticamente toda a Europa, a Alemanha sentiu os efeitos da desvalorização com o baixo crescimento econômico, porém foi politicamente recompensada com a unificação pós-queda do muro.

No vácuo do baixo crescimento da Europa e do Japão, a China surge a partir da década de 1990, como um novo grande *player* no cenário internacional, combinando dois elementos frontalmente contraditórios ao *mainstream* neoliberal: intervenção do Estado na economia; e moeda fortemente desvalorizada em relação ao Dólar, e (também em decorrência disso) às demais principais moedas. Diversas iniciativas, no sentido de uma reedição do Acordo de Plaza, têm partido da diplomacia americana. Desta feita o alvo para valorização de sua moeda tem sido prioritariamente a China, maior credor e parceiro comercial dos EUA na atualidade. Todavia, as condições negociais da China são algo diferentes das condições de outrora de Japão e Alemanha: em primeiro lugar estes países tiveram seu desenvolvimento a convite dos EUA, num momento em que esses se encontravam devastados pela Segunda Grande Guerra; em segundo, em parte decorrente do primeiro, eram países com limitada ação diplomática e militar no contexto internacional.

¹⁸ A crise de 1987 ficou marcada pela segunda-feira, 19 de outubro, também chamada de “*black monday*”, a qual registrou a maior queda do índice Dow Jones em um único dia: 22,6%.

A China da primeira década do século XXI, em termos de Poder de Paridade da Moeda¹⁹ (PPM), já é folgadoamente a segunda economia mundial, além de contar com poderio militar significativamente distinto de Alemanha e Japão. Mesmo sem considerar a PPM, no primeiro semestre de 2010 a economia chinesa ultrapassou a do Japão. Isso torna a posição de devedor sistemático dos EUA uma questão difícil de resolver, a não ser pela tradicional via da desvalorização monetária, gerando impactos sobre toda a periferia. Nesse contexto, as economias periféricas são instadas a terem suas moedas constantemente valorizadas sem que isso, entretanto, seja suficiente para reduzir a posição devedora ou pelo menos acusar uma tendência à reversão do processo de endividamento dos Estados Unidos.

Neste sentido, a ponta do *iceberg* do neoliberalismo que vimos a partir de Thatcher e Reagan é ulterior ao processo, que se iniciou junto com a década de setenta, de desarticulação das instituições que se consolidaram em Bretton Woods. Com efeito, a ordem neoliberal funcionou mais como um elemento revolucionário, destruidor de uma ordem estabelecida, do que um movimento de construção de uma nova organização mundial. Assim, não obstante os prognósticos de implantação de uma nova ordem suprema e monolítica, que dispensaria até mesmo a dinâmica dialética da história (Fukuyama, 1992). *Parturient montes, nascetur mus*²⁰!

Definitivamente, parecemos estar de volta à era da reprodução descontrolada do capital financeiro que virou a página da civilização liberal do Século XIX (Polanyi, 1986) e novamente ensaia virar a página do Estado-provedor. De fato, o início do novo milênio renova a importância de autores como Polanyi e Minsky. O primeiro deles por descrever como a quebra do padrão Libra-ouro concorreu para o descontrole das finanças internacionais que desaguou na Grande Depressão de 1929; o segundo por descrever a incidência de bolhas especulativas no setor privado, mas afastar a tese de que tal comportamento possa se verificar

¹⁹De acordo com estimativas do Banco Mundial, o PIB da China cotado pelo Poder de Paridade da Moeda (ou paridade de poder de compra, em inglês: “*purchasing power parity*”) situa-se em torno de US\$ 7 bilhões ou algo em torno de 60% dos EUA.

²⁰ Expressão atribuída ao pensador Horácio para ilustrar algo parecido com nosso “de onde muito se espera é que não sai nada”. Provérbio francês também muito utilizado “*la montagne a oeuvré et d'une souris*”, que em tradução livre significa: “a montanha pariu um rato”.

no âmbito das finanças públicas, posto que seria praticamente impossível definir ou predizer qual o nível insustentável para as finanças dos Estados Unidos.

Para Minsky, o governo americano sempre entrava como emprestador em última instância, socorrendo instituições financeiras capazes de gerar risco sistêmico, baixando juros para facilitar o refinanciamento dos passivos privados de forma a evitar uma deflação de débitos, etc. Assim, a resposta de Minsky à pergunta “Pode Acontecer de Novo?”(referindo-se à grande depressão) nos EUA é simplesmente: não! Minsky percebeu muito bem que o Estado capitalista americano aprendeu o “truque”, como dizia Kalecki (SERRANO, 2002, p. 216).

A reafirmação hegemônica dos EUA se dá a partir de radical reorientação no arcabouço institucional-financeiro mundial e do posterior aumento das taxas de juros – na década de 70. Com isso, os EUA drenaram vertiginosamente a liquidez internacional, gerando um duplo movimento de inadimplência dos países periféricos: ao mesmo tempo em que tiveram seus passivos aumentados com as taxas de juros, não conseguiram se revelar atrativos ao capital financeiro diante da situação de risco que passam a representar. Engendra-se no plano político uma modernização conservadora que transborda as políticas nacionais dos países centrais e se enraíza no plano das instituições multilaterais. Esse processo se espraiaria por países periféricos, naquele momento fragilizados pela crise da dívida.

Nesse movimento, o FMI perde seu papel regulador e passa atuar como agência de fomento do conjunto de medidas do Consenso de Washington, especialmente junto às economias subdesenvolvidas e mais fortemente afetadas pelas restrições de crédito do cenário internacional (Stiglitz, 2002). Cabe aqui observar a profunda mudança que se operou na postura do Fundo Monetário desde a sua criação até a década de oitenta. De um diagnóstico baseado na necessidade de regulação, ainda que fundamentada numa lógica sistêmica de moeda-crédito pouco robusta, essa agência passa a defender a não-intervenção como forma mais eficiente de alocação dos fluxos de renda. Necessários para a recuperação desses países.

Noutros termos, o papel do FMI transita de um momento inicial, identificado com a necessidade de ação coletiva, em nível global, para a consecução da estabilidade econômica, para a pregação do dogma do neoliberalismo. Passa a ser quase religiosa a exaltação à perfeição dos mercados, a busca permanente por corte dos gastos públicos, equilíbrio fiscal, e

elevação das taxas de juros com vista a um controle obsessivo da inflação, até como forma de garantir a viabilidade do cálculo econômico e conferir um ambiente de “estabilidade” ao capital.

O mesmo movimento atinge em diferentes amplitude e intensidade os demais organismos. O Banco Mundial, especialmente a partir da década de oitenta, passa a atuar em parceria com o FMI no sentido de premiar com investimentos preferenciais os países mais cordatos na atuação das políticas de cunho liberalizante. A ONU (lógica predominantemente político-social-militar) passou a catalisar um conjunto organismos, voltados fundamentalmente para a sustentação da segurança e da paz mundial. Além dessas, a OMC (lógica político-comercial) passou a pressionar especialmente os países periféricos pela redução de barreiras ao comércio.

Com as bandeiras neoliberais ocupando o centro da dinâmica internacional, o tema de uma política voltada para o desenvolvimento deixou de ser central. Aliada a esse fator, a política de contenção dos gastos públicos, dos governos dos países desenvolvidos, passou a impor aos setores menos importantes (como os da cooperação internacional) cortes orçamentários significativos.

Como parte da resposta à crise e estratégia de sobrevivência, as agências nacionais e internacionais passaram a atuar em outros campos, diversificando seu produto de ajuda ao desenvolvimento. Nessa toada, o combate à crescente pobreza (vale dizer, paradoxalmente um subproduto da revolução neoliberal em que se estabeleceu) surge como novo mote. Na defesa dessa causa, se destacam tanto os argumentos que apelam para o compromisso moral e humanitário de atenuar a pobreza no mundo, como os que evocam as ameaças que o crescimento da pobreza periférica oferece para o próprio desenvolvimento dos países, do capital e da ordem. De todo modo, é em torno da meta de eliminar a pobreza até 2015 que passam a se agregar a maioria das agências internacionais (OECD/DAC, 1996).

Neste sentido, o Banco Mundial que esteve intimamente associado ao FMI nos anos 80 na difusão das propostas de ajustes estruturais, retomaria uma agenda econômica e começaria a revelar um comportamento distinto da ótica financeira, aderindo ao combate à pobreza, fazendo coro ao grande número de agências internacionais, e adotando o mote do

“nosso sonho é um mundo sem pobreza”. Por fim, o banco buscou intensificar o diálogo com as demais agências internacionais e órgãos de cooperação internacional, com vistas a produzir consensos sobre o que deve e o que não deve ser apoiado por essa comunidade internacional. Mesmo o FMI, diante da ameaça da criação de organismo similar-concorrente no âmbito das nações em desenvolvimento, tem voltado, ainda que timidamente, seu discurso no sentido da construção de metas sociais.

Na OMC e ONU, os ventos da mudança também não deixariam de soprar. A organização comercial, que enfrenta um impasse desde a Rodada de Doha, que teve início em 2001, vê passivamente o surgimento de uma miríade de acordos bilaterais que, em última análise obscurecem o sonho da multilateralidade e impõe a necessidade de novos pactos. A organização política, por seu turno, convive com dois sinais fortemente antagônicos: por um lado, a evidente expansão do poderio bélico americano ao longo dos anos 1990 e 2000, construindo acordos e bases militares por regiões onde jamais haviam se fixado, como é caso da Europa Central.

Noutro giro, as intervenções unilaterais como a da Guerra do Iraque, contrárias à vontade da ONU, sinalizam um esfacelamento institucional que demandará, inexoravelmente, em algum momento uma reestruturação. Esse comportamento, por vezes errático, em determinada medida reflete uma inflexão dos interesses hegemônicos.

É precisamente no momento em que as instituições modificam radicalmente suas proposições iniciais, é que se ensejam ameaças e oportunidades à transgressão da ordem estabelecida no pós-guerra à construção de novos arranjos. Examinamos um processo de desmantelamento de uma ordem institucional que vem dando lugar a um mundo órfão de estruturas e recheado de ameaças e oportunidades.

O processo pelo qual tem passado as agências nos últimos anos nos mostra que a constante universal do mundo newtoniano, idealizada por Fukuyama, 1992, e tão reivindicada pelos neoliberais, está longe de existir no mundo da política e das relações sociais, e de ser, portanto, universalmente aplicável. Está posta a necessidade de (re) construção de uma nova ordem, pautada pela vida, pelo desenvolvimento sustentável e pelo reconhecimento de que

direitos básicos como educação e a saúde são, estes sim, direitos universais que as agências multilaterais e os Estados nacionais têm a missão de assegurar.

Verifica-se aqui a constante perda do controle articulado sobre as instituições multilaterais, que passam a funcionar ao sabor da conjuntura e das coalizões que pontualmente se formam em torno dos atores sociais e novos *players* de peso no cenário internacional. Nesse ambiente de fluidez institucional e regulatória, o poder de barganha dos EUA junto aos seus principais interlocutores se vê reduzido, especialmente na medida em que sua dívida e sua capacidade de controle assumiram tendências opostas (Wallerstein, 1996).

Essa constatação, associada ao insucesso das pressões americanas junto ao seu principal parceiro comercial e a ineficácia das ações no sentido da mitigação de seus desequilíbrios, leva-nos, nesse sentido, a uma posição algo distinta da defendida por Serrano, 2002, e Fiori, 2002, e mais próxima de Arrighi, 2009, e Wallerstein, 1996, trazendo à baila a constatação de que hoje se encontram preenchidos importantes requisitos para a eclosão de uma nova crise financeira internacional. Apesar da sedução exercida pelo tema, não nos é abraçada aqui a missão de avaliar o quanto de desequilíbrio financeiro é necessário, nem o quando, e nem tampouco se a ocorrência de eventos exógenos poderá ser a senha para a crise. Nem mesmo a inexorabilidade de uma nova crise financeira internacional se quer aqui advogar. O que se quer reforçar é que a hipótese da existência de uma nova crise seria, neste sentido, um marco da inflexão de um padrão de intervenção para outro.

Assim, a preocupação central é evidenciar que a caducidade do Estado-provedor, turbinada pela avalanche do neoliberalismo, aponta para a inexorabilidade de uma nova configuração de Estado. Já sob nossas vistas, ou em algum instante de um futuro próximo, novas formas de articulação entre o papel das agências multilaterais e dos Estados Nacionais evidenciará o inelutável devir de um novo arcabouço político em escala mundial.

1.1.4 O Estado-coordenador

O capitalismo, partindo de configurações no âmbito nacional, deu origem a um conjunto de leis e regras e costumes que se consolidaram no Estado-liberal. Mais tarde, este mesmo sistema de organização produziria uma versão mais institucionalizada, dando origem ao Estado-provedor, que passou a representar uma nova correlação de forças no plano internacional, congregando a participação de novos atores sociais num sistema globalizado. Mais recentemente, observamos a possibilidade de emergência de um novo arranjo, um novo Sistema Político Global, congregando por seu turno uma miríade de *players* e atores sociais. Uma evidência desse novo tipo de composição são os inimigos de hoje, que já não são necessariamente outros Estados-nação, mas entidades transnacionais como as máfias do tráfico de drogas, organizações terroristas ou fenômenos ambientais.

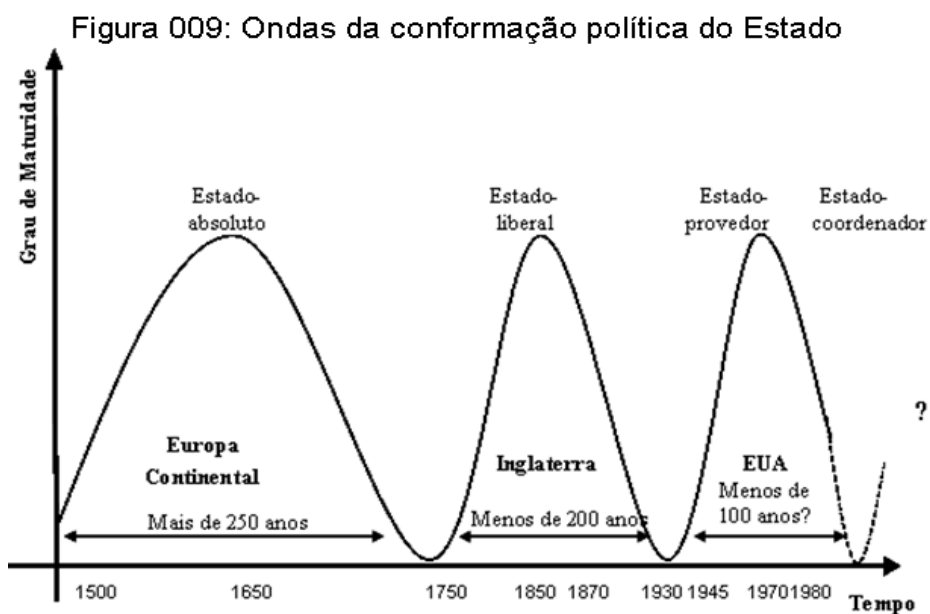
Desse novo tipo de arranjo, fazem parte não apenas os Estados-nação, mas, por direito próprio, indivíduos e organizações privadas, públicas estatais e não-estatais, ONG internacionais, etc. O Sistema Global é, portanto, como cada Estado-nação, um sistema político, é uma instituição maior que contém no seu seio um grande número de instituições menores: as declarações, tratados e instituições organizacionais diretamente ligadas às Nações Unidas, como a UNCTAD, ou fora dela, como a OCDE. Diferentemente de um Estado-nação, entretanto, o Sistema Global não tem como membros diretos os cidadãos – os ‘cidadãos do mundo’ são, por enquanto, apenas uma metáfora, apenas os Estados nacionais conferem cidadania –, nem é dotado de soberania. Hardt e Negri (2000) perceberam o surgimento do Sistema Global quando escreveram sobre o ‘Império’, que para eles é um sistema econômico e político. (...). O Sistema Político Global engloba todos os demais, mas não é o Estado mundial: não possui capacidade de tributar, e sua força militar depende das contribuições dos Estados nacionais. Talvez por essa razão alguns autores têm falado em ‘governança global. (BRESSER-PEREIRA, 2009, p. 38).

Independentemente da aplicabilidade do termo “governança” anteriormente utilizado, queremos aqui destacar uma conformação de Estado que participa e organiza a participação de um conjunto de atores sociais e políticos, que atuam efetivamente reivindicando espaços de participação no sistema. Destacamos aqui a perspectiva de conformação de um novo tipo de

Estado, o Estado-coordenador, que busca, a cada novo embate nas arenas de disputa, novas estratégias de regulação de uma atividade social e econômica em constante transformação.

A falta de isenção histórica para abordar um tema de nossa contemporaneidade nos impede de avançar ainda mais no detalhamento da concepção desse novo rearranjo. Tal como já descrito na Apresentação desta tese, especialmente quando da descrição da Figura 003, o formato representativo dos paradigmas político e da produção que será tratado esboça uma representação central de diversas tendências (curvas) adjuntas. É como se fosse uma pincelada mais forte sobre a tela, evidenciando um *core* ou um traço característico que se queira retratar.

A modo de concluir esta seção inicial do trabalho, o texto apresenta as ondas, ou tônicas, representativas dos paradigmas políticos até aqui discutidos. A Figura 009 a seguir apresentada, desenvolvida a partir da Figura 005 também examinada na Apresentação, incorpora os elementos até aqui discutidos ao longo desta seção. Noutros termos, a Figura 009 ilustra o processo de formação, maturação e envelhecimento de diferentes modalidades de conformação política do Estado, através das ondas também aqui já discutidas.



Fonte: Elaboração própria.

O ponto de partida da análise marca o próprio advento do capitalismo, que praticamente ocorre após o nascimento da conformação que denominamos Estado-absoluto. O Estado-absoluto que tem em Maquiavel no início do século XVI, suas primeiras construções, encontra em Hobbes, com seu *Leviatã* (1651), sua forma madura e mais elaborada. Essa forma de organização encontraria sua fase outonal com o filósofo de tradição empirista John Locke, na virada para o século XVIII (Châtelet et al, 2000). Naquele momento, avançava o seu declínio num contexto em que o clamor pelas liberdades individuais e pelo Estado de Direito começava a inspirar as “revoluções sagradas”, a livre-iniciativa e a gênese do Estado-liberal.

A nova concepção representada pelo Estado-liberal amadureceria rapidamente, alimentada pela pujança econômica e pela compulsão extraterritorialista inglesa e francesa (Hobsbawm, 1986), atingindo seu ápice em período de grande bonança econômica e ao mesmo tempo de grandes revoltas sociais. A plenitude material característica do período vitoriano e seu sucessivo excedente financeiro, entretanto, viriam acompanhados de intensas desigualdades. Todavia, o clamor dos movimentos operários e as revoltas sociais, estimulariam ações compensatórias (ou organizativas) por parte dos Estados nacionais (Polanyi, 1986).

Assim é que a crise de 1929, especialmente para o mundo capitalista, é o marco de nova forma de atuação do Estado, aqui caracterizada como Estado-provedor. Esse novo padrão se consolidaria após a segunda grande guerra sob a forma das agências multilaterais que confeririam ao capitalismo a sua chamada era de ouro e, mais tarde, modificadas em função dos interesses da potência hegemônica, seriam o sustentáculo da expansão de seu poder imperial, desta feita também acompanhada de significativos excedentes financeiros (Polanyi, 1986; Hobsbawm, 1986).

A expectativa da desagregação da ordem estabelecida pelo Estado-provedor se potencializou pela avalanche neoliberal, que se instalou estertores da época de ouro, trazendo instabilidade ao sistema e se encarregando da lida de suscitar o clamor por novas e diferentes formas de organização. Neste sentido, a expectativa da emergência de novas formas de organização, aqui sintetizadas pela figura do Estado-coordenador, no qual ganha força a ideia

de regulação, reúne a perspectiva de uma concertação do Estado com um conjunto de atores sociais e políticos que atuam efetivamente reivindicando espaços de participação no sistema. A linha pontilhada da Figura 009 indica um processo ainda em andamento. Esse novo padrão de intervenção do Estado vem se construindo nos escombros de um modelo intervencionista agônico que, como visto, encontrou em seu opositor neoliberal mais um algoz do *ancién régime* do que um artífice de um *nouveau régime* (Wallerstein, 1996).

Cabe destacar que essas configurações apresentadas na Figura 009 apresentam ainda a ascensão e declínio das grandes potências nacionais, que dominaram a cena em cada uma das ondas aqui apresentadas (Cippola, 1980, e Hobsbawm, 1986 e 1994). No ciclo do Estado-absoluto, fica clara a proeminência da Europa Continental. Neste período, o poder central não se manteve restrito a uma única *polis*, transitando entre Gênova, Florença, Lisboa, Madri e Amsterdam, porém permanecendo circunscrito à ideia de centralismo político e administrativo e poder absoluto da figura do monarca. No segundo ciclo, o poder cruza o Estreito de Calais e se consolida na Inglaterra, ancorado na ideia da livre-iniciativa como propulsora do mercado e da divisão internacional do trabalho. No terceiro ciclo, cruza o Atlântico e se estabelece na figura dos EUA como grande fiador de um conjunto de instituições multilaterais que passaram a controlar a ordem mundial do pós-guerra.

Mais recentemente, o descontrole a que vem sendo submetida a ordem de Breton Woods tem ensejado o convívio com a ascensão das economias periféricas ou emergentes. As economias asiáticas, mais notadamente a China, têm conseguido se impor como novos *players* de peso no jogo político internacional (Kennedy, 1989). Desse modo, não são irrelevantes nem fantasiosas as possibilidades de que, em algum momento do futuro, o poder venha novamente a cruzar oceanos, ou hemisférios.

Neste sentido, ainda ao examinar a Figura 009, é possível verificar que esta transitoriedade esteja mais evidente à medida em as transformações apresentadas têm apresentado uma aceleração de seu tempo histórico, nos termos de Foucault (2002) ou de Hobsbawm (1991), ou ao contrário de Arrighi (1997). Com base na mesma figura, a onda absolutista permaneceu por mais de duzentos e cinquenta anos; a onda liberal por menos de duzentos; e a do Estado-provedor pode não emplacar um século. Noutros termos, o que

vemos aqui, além da vertiginosa aceleração da Curva do Século XX (Foucault, 2002), é uma aceleração constante dos intervalos de duração dos ciclos anteriormente examinados.

Em suma, a delicadeza do contorno das curvas, em sua perspectiva histórica de longuíssimo prazo denuncia que não há neste processo transições marcantes ou descontínuas (Braudel, 1985). A “historiedade evolutiva” de Foucault, aqui parece seguir seu curso sobre vagas num oceano de possibilidades, sem que essas vagas encontrem sua arrebatada ou assumam contornos mais críticos ao estilo das *point breakes*, cabendo aos fatos marcantes não o papel de inflexão ou determinação dessas ondas, mas sutilmente a função de demarcação desses contornos seculares.

A seção seguinte parte de uma perspectiva semelhante de estrutura analítica, sendo que, por sua vez, tem uma evolução dos paradigmas da organização da produção o seu objeto.

1.2 O plano produtivo e suas grandes transformações: um breve exame

A prosa desta segunda seção do primeiro capítulo, a exemplo da seção anterior, descreve um movimento que, no caso agora examinado, se debruça sobre o campo dos padrões da produção na economia capitalista. Aqui não se relega a política a um segundo plano, mas se procura abstrair desta um esforço de se isolar uma trajetória específica das fontes primárias de acumulação que permearam os diferentes arranjos políticos.

Autores como Marx, Schumpeter, Keynes, Kalecki e Steindl, entre tantos outros, nos ensinaram a importância dos padrões de acumulação de capital para desenvolvimento econômico das sociedades e dos Estados nacionais, bem como suas influências sobre o exercício do poder. Essas relações de poder se desenrolam na esfera da dominação entre os Estados nacionais ou classes sociais, como em Marx (1983), Keynes (1983) ou Kalecki (1977); ou na relação entre as firmas e as inovações, como em Schumpeter (1982) ou Steindl (1983).

O tema central que será discutido nesta seção são os impactos das inovações sobre os paradigmas produtivos, e a acumulação de capital daí resultante. Para Schumpeter (1982), ao inovar, o empresário cria uma vantagem monopolista temporária que lhe permite auferir lucros. Esses lucros ensejam a acumulação de capital e conseqüentemente o crescimento do produto. Na visão de Marx (1983), fenômeno semelhante se dá no tocante as relações entre classes sociais, esfera na qual se presenciou a transição do poder feudal para a burguesia²¹. Com efeito, além das firmas ou das classes sociais aqui se discutirá as influências desta força transformadora sobre os Estados nacionais.

1.2.1 Da produção artesanal à manufatura incipiente à indústria madura de Adam Smith

A primeira fase do processo de industrialização evolui da produção artesanal, limitada pelas dificuldades de escala de produção advindas da baixa produtividade das máquinas então existentes, desenvolvidas a partir das ligas de metal utilizadas nos implementos agrícolas. Os materiais utilizados eram de baixíssima durabilidade e flexibilidade, comprometendo o desempenho de todos os experimentos realizados com o intuito de acelerar e automatizar, ainda que de forma incipiente, o processo produtivo.

Com a evolução do processo químico de produção de ligas de aço, na qual o Reino Unido foi pioneiro, é que possível o advento de máquinas com maior grau de sofisticação como a máquina a vapor de James Watt e o tear mecânico.

²¹ Para Marx, 1983, a acumulação original se estabelece com: “Os capitalistas industriais, estes novos potentados, tiveram por seu turno de desalojar não só os mestres artesãos corporativos, mas também os senhores feudais que se encontravam de posse das fontes de riqueza. Deste ângulo o ascenso apresenta-se como fruto de uma luta vitoriosa contra o poder feudal e os seus privilégios revoltantes, bem como contra as corporações e os grilhões que estas colocavam ao livre desenvolvimento da produção e à livre exploração do homem pelo homem. Os cavaleiros da indústria, todavia, só conseguiram desalojar os cavaleiros da espada por meio da exploração de acontecimentos de que estavam completamente inocentes. Eles elevaram-se por meios tão vis como aqueles por meio dos quais o liberto romano se fez outrora senhor do seu patronus” (in *Acumulação original*, *Capítulo XXIV de O Capital*).

A máquina a vapor, o tear mecânico e o aperfeiçoamento da máquina de tecer amadureceram a Revolução Industrial na Inglaterra. Multiplicavam-se as fábricas e os bancos; os motores de combustão interna modernizaram a navegação marítima e os grandes barcos navegavam rumo aos quatro pontos cardeais, universalizando a expansão industrial inglesa. A economia britânica pagava com tecidos de algodão os couros do rio da Prata, o guano e o nitrato do Peru, o cobre do Chile, o açúcar de Cuba, o café do Brasil. As exportações industriais, os fretes, os seguros, os juros dos empréstimos e os dividendos das inversões alimentariam ao longo do século XIX, a pujante prosperidade da Inglaterra. Na realidade, antes das guerras de independência os ingleses já controlavam boa parte do comércio legal entre a Espanha e suas colônias, e tinham lançado às costas da América Latina um caudaloso e persistente fluxo de mercadorias de contrabando. (GALEANO, 1978, p. 122).

O pioneirismo inglês tem como base diversos motivos, entre os quais se destaca a liberalização da produção e do comércio, em substituição ao sistema de guildas cartelizadas, no período posterior à Revolução Inglesa, fundada em 1649. A energia movida a vapor foi usada na extração de minério, na indústria têxtil e na fabricação de uma grande variedade de bens que, antes, eram feitos à mão. O navio a vapor substituiu a escuna e a locomotiva a vapor substituiu os vagões puxados a cavalo.

Pelo lado da oferta, o Reino Unido possuía plena disponibilidade de insumos, tendo em vista a acumulação de capital da burguesia inglesa. Essa fartura de recursos era caracterizada pela abundância de mão de obra, derivada do êxodo rural ocasionado pela Lei dos Cercamentos de Terras²², e pela disponibilidade de grandes reservas das principais matérias primas utilizadas no período (ferro e carvão mineral). Por outro lado, na perspectiva da demanda, os comerciantes ingleses possuíam condições favoráveis para o comércio internacional, tendo em vista os acordos comerciais vantajosos do Reino Unido com outros países, com destaque para o Tratado de Methuen, celebrado com a decadência da monarquia absoluta portuguesa, em 1703 (Hobsbawm, 1986).

²² A política dos cercamentos de terras consistiu na transformação das terras comuns aos senhores e servos, em pastos para as ovelhas. A lã era, junto com o carvão e o ferro, um dos pilares da expansão comercial inglesa. Com a lei, os servos foram forçados a migrar para as zonas urbanas em busca de trabalho, tornando-se mão-de-obra barata e constituindo mais tarde uma nova classe, o proletariado.

Assim, a produção manufatureira inglesa e as transformações sociais características da Primeira Revolução Industrial, evoluíram e amadureceram. Adrede, se consolidaram como um importante laboratório de observação e análise do fenômeno da divisão do trabalho e do aumento da produtividade, tão bem descritos e teorizados por Adam Smith em 1776 e mais tarde por Marx.

1.2.2 A segunda revolução industrial

O estoque de capital e a acumulação resultante da Primeira Revolução Industrial permitiram investimentos em pesquisa e desenvolvimento que ensejaram a transformação dos padrões produtivos, com base em uma série de desenvolvimentos na indústria, nos setores da química, elétrica, de petróleo e de aço, este mais à frente associado a uma produção siderúrgica em grande escala.

Noutros termos, o miolo do Século XIX nos revela uma interessante transição de um padrão produtivo maduro, baseado na divisão do trabalho, para um padrão emergente, sustentado pela acumulação de capital de seu antecessor e articulado pelos frutos de intensos investimentos em pesquisa e desenvolvimento. Esse rito de passagem se personifica em nomes como Thomas Edison, Graham Bell, Karl Benz, irmãos Lumière, etc. Para Schumpeter (1984), inovações incrementais podem se transformar em inovações radicais. Estas, por sua vez, podem estabelecer um agrupamento ou um *cluster* de inovações, que poderá até mesmo se configurar em um novo paradigma produto.

É assim que uma inovação como a do automóvel pode substituir as carroças (incremental), mudar as paisagens das grandes cidades (radical), alterar as relações de produção envolvendo outros setores como siderurgia, produção de borracha, vidros, química, elétrica, etc. (estabelecendo um novo cluster) e, finalmente, se constituir em um novo paradigma produtivo quando essa lógica de produção envolver outros setores como a

produção de eletrodomésticos, têxtil, aviação e toda uma gama diferenciada de serviços, entre outras atividades.

Do ponto de vista geográfico, os progressos técnicos deste período foram mais difundidos do que no anterior, abrangendo também França, Alemanha, Itália, Holanda, Bélgica e EUA. Alguns dos referenciais tecnológicos foram a substituição do ferro pelo aço e dos motores a vapor por motores elétricos e de combustão interna (com utilização do petróleo como combustível). As inovações passam a incluir a introdução de navios de aço movidos a vapor, o desenvolvimento do avião, o enlatamento de comidas, refrigeração mecânica, outras técnicas de preservação da comida²³.

O conjunto de novas tecnologias da II Revolução Industrial, desenvolvidas a partir dos meados do Século XIX, propiciou o desenvolvimento da produção em massa de bens de consumo, uma das principais características do período do fordismo. Essa denominação se justifica pela importância da Ford, nos EUA, ao transformar a indústria automobilística na primeira metade do séc. XX, criando o mercado de massa para automóveis. Visando o barateamento dos automóveis, foram aperfeiçoadas as linhas de montagem - com base nos princípios de padronização e simplificação de Taylor e Fayol – associadas à verticalização da produção, por meio da propriedade da produção de alguns dos importantes insumos (aço, vidros, etc...).

O método fordista de gestão da produção é caracterizado por um modelo mecanicista, com foco na “organização como um conjunto de partes ligadas por uma rede de comando e controle” (Wood, 1992). Um exemplo da disseminação da cultura fordista é o filme de Chaplin, “Tempos Modernos” que retrata criticamente esse processo de massificação da produção, que transforma os homens em apêndices das máquinas e do processo produtivo²⁴.

²³ Enquanto morria o século XVIII, os Estados Unidos contavam com a segunda frota mercante do mundo, integralmente formada com barcos construídos nos estaleiros nacionais, e as fábricas têxteis e siderúrgicas estavam em pleno e pujante crescimento. Pouco tempo depois, nasceu a indústria de maquinarias: as fábricas não necessitam comprar no estrangeiro seus bens de capital. Galeano, E.. In “As veias abertas da América Latina,” Pg. 143. Ver também Hobsbawn, 1986.

²⁴ Uma frase comumente atribuída a Henry Ford é a de que “os operários deveriam deixar seus cérebros em casa, quando vão para o trabalho”.

O sucesso da produção dos fordinhos (Ford modelo T), que durou até 1926, não impediu que Henry Ford viesse a desenvolver novo modelo de automóvel. O resultado foi o sucesso do Ford Modelo A, introduzido em 1927, com uma produção total de mais de quatro milhões de automóveis. Posteriormente, foi adotado um sistema anual de mudança de modelo, semelhante ao utilizado pelos fabricantes de hoje. Essas evidências revelam que ao passo em o mundo enfrentava os percalços da crise dos anos 1920, o chão de fábrica parecia ignorar tais adversidades, relevando um paradigma maduro de produção econômica.

A mesma lógica da produção estandarizada se aplicaria a outros campos da produção econômica: geladeiras, máquinas de lavar, e toda uma gama de produtos característico do padrão taylorista. A produtividade passou a ser extremamente incrementada, com trabalho cada vez mais subordinado ao grande capital. Com a crescente expansão da indústria de produção seriada e já sob a égide da produção taylorista-fordista, as unidades de produção demandavam crescentes economias de escala, o que impôs o surgimento das grandes plantas fabris e o aumento da racionalização e especialização do trabalho.

Assim é que a padronização de produtos e partes componentes, aliada à concepção de linha de montagem de Henry Ford deram cores finais àquele paradigma de produção em massa. Por fim, as grandes organizações produtivas se defrontaram com o desafio de estabelecer um conjunto de normas, regulamentos e procedimentos. Foram assim criados departamentos e instâncias especializados em coordenação. Consolida-se aqui a Escola Clássica da Administração, inspirada nas ideias de Taylor e Fayol.

Em resumo, o fordismo traduz uma etapa de predominância da oferta sobre a demanda. No plano da teoria econômica, se caracteriza, portanto, como um mecanismo

sancionador da Lei de Say²⁵. Na racionalidade fordista aqui apresentada, a padronização da oferta²⁶ deliberadamente se sobrepõe às necessidades individualizadas dos consumidores.

Todavia, além da produção tipicamente industrial do fordismo, novas formas de configurações de oferta não tardaram a aparecer, até como forma de divulgação dos produtos. Estamos falando da disseminação dos meios de comunicação de massa, turbinados pelo advento do rádio e mais tarde da TV, entre outras mídias. A comunicação passa a ser um elemento fundamental nas escolhas dos consumidores. Inicialmente era preciso convencê-los da relevância e da qualidade dos produtos oferecidos. Um pouco mais tarde, na medida em que as mídias se tornavam mais sofisticadas, tornava-se importante ouvi-los a respeito de suas necessidades e desejos.

Na década de 1950, a televisão já exercia um papel fundamental nas escolhas dos consumidores. Mesmo no Brasil, onde o fordismo e processo de industrialização foram retardatários, a importância da televisão já seria identificada pelas articulações desenvolvidas por Assis Chateaubriand no projeto inicial da televisão brasileira, que revela um caráter predominantemente comercial. Diferentemente do modelo europeu, o sistema televisivo brasileiro foi implementado a partir dos anos 50 seguiu o modelo americano, revelando íntima relação com a publicidade e forte competição por audiência.

Paradoxalmente, o sucesso do fordismo e a evolução dos meios de comunicação em massa possibilitam o fortalecimento e a organização do consumidor como ator social relevante. É precisamente a partir dessa nova correlação de forças que a rigidez do fordismo passa a ser considerada como uma das principais causas de seu declínio. O modelo de produção em massa de produtos homogêneos passa a ser substituído pela produção flexível de produtos diversificados. Como exemplo, a GM adotou um sistema de gestão profissionalizado

²⁵ A Lei de Say é um princípio atribuído a Jean-Baptiste Say, que indica que não pode haver demanda sem oferta. Para Say, a produção total de bens em uma sociedade implica numa demanda agregada que é suficiente para comprar todos os bens que se oferecem.

²⁶ "O carro é disponível em qualquer cor, contanto que seja preto." A controversa frase de Henry Ford traduzia um objetivo central de massificar o consumo via redução de custos: se no departamento de pintura da Ford não havia lugar para a secagem de tantos automóveis fabricados, com diferentes cores, a solução foi adotar a cor preta por possuir uma secagem mais rápida.

e flexibilizou sua produção de automóveis, com diversos modelos e cores, e se torna a maior montadora do mundo. O fortalecimento da demanda seguiria seu curso fortalecido pelo ingresso de novas mídias e pela disseminação de formas de comunicação não mais restritas à recepção de mensagens pelo público, da própria interação entre diferentes instâncias e organizações de consumidores. Para Philip Kotler, 2009:

Mídias raramente morrem. Elas geralmente encolhem em nichos nos quais podem manter bom desempenho. A televisão não matou o rádio ou o cinema. Os computadores não mataram a televisão. Com relação à crise dos jornais, sei que é difícil manter um jornal funcionando com seu tamanho atual quando a receita de anúncios está se transferindo para a internet – e as pessoas jovens não recorrem aos jornais para obter notícias. Redes sociais como Facebook, MySpace, Twitter e outras desafiam nossas práticas de Marketing tradicionais. Primeiro, porque as pessoas passam mais tempo conversando com amigos e família em seus computadores e telefones e, conseqüentemente, menos tempo vendo TV, cujos comerciais costumavam ser a maior fonte de influência publicitária. Hoje a porcentagem de mensagens sobre marcas vindas de fontes comerciais em contraposição a fontes sociais está diminuindo rapidamente. Então, cabe aos profissionais de Marketing fazer duas coisas. Uma é monitorar as conversas para descobrir se sua marca é tema de discussão e, se for, quão favorável ou desfavorável é a conversa. Está cada vez mais difícil para uma empresa hoje oferecer má qualidade e pouco valor sem que o boca a boca espalhe palavras venenosas sobre sua marca.'Kotler. (http://gecorp.blogspot.com/2009_08_01_archive.html)

Estava estabelecida a senha para um tipo de produção que já não privilegiaria a escala de produção ou as conveniências da estrutura de oferta. O consumidor se fortaleceria como um ator social relevante no processo decisório da produção. Esta mudança de poder exigiria novas estratégias empresariais poupadoras de custos, com eliminação de desperdícios de matéria prima e tempo de mão-de-obra na correção de defeitos do produto. Os primeiros indícios de um novo paradigma produtivo apareceriam numa fábrica de automóveis no Japão, que revelariam um novo sistema de produção - o toyotismo, mais sintonizado com os novos tempos.

As fábricas centralizadas, como as da Ford, que ocupavam um enorme espaço, dão lugar a novos tipos de arranjo que não necessitam de grande área para estoque. O novo tipo de organização da produção que começava a se estabelecer é descentralizado, funciona em menores proporções e é interligado por sistemas de informação, tecnologias de informação e

comunicação cada vez mais sofisticadas. Esta sofisticação ocorreria na mesma proporção em que novas tecnologias ligadas à microeletrônica e às telecomunicações começassem a surgir a partir dos anos de 1960. Mais tarde, a fusão das telecomunicações com a informática e a microeletrônica, propiciaria o surgimento da internet, que conferiria uma nova dinâmica ao paradigma produtivo que se iniciava.

1.2.3 O pós-fordismo

O novo modo de pensar a produção sofreu forte influência do engenheiro americano W. Edwards Deming, que atuou como consultor das forças de ocupação dos EUA no Japão após a Segunda Guerra. Deming argumentava que melhorar a qualidade não diminuiria a produtividade, ao contrário do sistema de massa da produção fordista, essa outra concepção de produção delegaria aos trabalhadores a ação de estabelecer a melhor alternativa de rotina de produção, inovando o processo. Para tanto, o trabalhador deve ser capacitado, para qualificar suas habilidades e competências, que antes não eram necessárias.

O modelo flexível de produção recebeu diversas denominações, como modelo de produção japonês, Toyotismo, Ohnismo²⁷ ou produção enxuta (Moura Filho, 2007). Além da Toyota, esse modelo foi disseminado por outras grandes empresas japonesas (como a Honda, a Sony, a Mitsubishi e a Nissan), e amplamente difundido pelo mundo a partir da década de 70 (Druck, 1999). Em contraste à rigidez do modelo Fordista, em que as organizações eram vistas como máquinas para a produção em massa, o Toyotismo é caracterizado pela visão das organizações como organismos para a ascensão da produção flexível, num modelo organicista/contingencialista, que trouxe os conceitos de integração ao ambiente, estrutura matricial, flexibilidade e motivação (Wood, 1992).

²⁷ Referência ao principal mentor do modelo, o engenheiro de produção Taiichi Ohno (CORIAT, 1994).

O toyotismo é caracterizado como um modelo de produção em massa, de modo flexível (orientada pela demanda, com busca pela qualidade e diferenciação) e enxuto (com foco nas encomendas e redução dos estoques de insumos e produtos, como o método *just in time*). A proposta é de engajamento do consumidor (que escolha seu produto) associado ao estímulo ao engajamento do trabalhador polivalente, que dadas às características culturais japonesas, propicia a “autonomação”: autonomia dos trabalhadores com automação e auto-ativação (Moura Filho, 2007).

Do ponto de vista da teoria econômica, o estabelecimento ou a fábrica deixa de "empurrar" a mercadoria para o cliente, para que este a "puxe" de acordo com as suas próprias necessidades. Este fenômeno da inversão da lógica fordista de produção coloca em cheque os preceitos da Lei de Say.

A Toyota, ao adotar a concepção enxuta e romper com a produção em série, possibilitou oferecer um produto personalizado ao consumidor. As ferramentas utilizadas eram de acordo com cada proposta demandada pelo cliente. Isso permitiu que a Toyota passasse a produzir automóveis com larga escala de cores, sem gerar custos adicionais.

Vale destacar e detalhar um pouco mais dois dos pilares que permitiram o sucesso desse novo paradigma de produção: a ideia de “time” e o conceito de “qualidade total” na produção. No trabalho realizado por equipes (*team work*), quando um problema aparece, toda a equipe é responsável. Quando ocorre um defeito na montagem de uma peça, a equipe se organiza na busca de maneiras de resolver o problema. Há uma cobrança entre os pares para que cada membro atue de uma maneira que não prejudique os companheiros. Algumas fábricas chegam até mesmo ao ponto de delegar à equipe a função de demitir ou de admitir novos funcionários.

Para Wood (1992), o processo de transformação dos modelos de produção industriais no Século XX, que desafiou a supremacia industrial euro-americana, se inspirou no modelo japonês de produção, espalhando-se para diversas partes do mundo. Este é o caso da sueca Volvo, cujo modelo de gestão foi desenvolvido com base na ideia de organizações como cérebros para um caminho de flexibilidade criativa e de alto grau de experimentalismo. Cabe aqui destacar que a difusão de um padrão de política social em larga escala na Suécia foi

capaz de produzir uma sociedade com elevado grau de homogeneidade econômica e educacional, fatores preponderantes à formação de organizações em rede em ambiente de alta tecnologia.

São diversas as possibilidades de conformação de um modelo de produção para o futuro próximo, que aqui denominamos pós-fordismo, especialmente em função da diversidade das demandas sociais e ambientais que podem influir decisivamente na arte final deste novo paradigma. Entre essas condicionantes está a busca por energia limpa e acessível, manipulação genética em larga escala, racionalidade do emprego e acesso ao consumo por contingentes populacionais excluídos. Para Peter Drucker (1988), o símbolo de futuro do modelo organizacional pode ser associado a uma orquestra sinfônica (alta especialização individual com coordenação e sincronismo temperados por um caráter artístico). Wood (1992) propõe o símbolo de uma banda de jazz, caracterizada pela primazia do senso comum (ao invés da importância do maestro), pelo pequeno porte, pelo espaço para improvisação, pela valorização dos trabalhadores e pelo prazer na execução. Independentemente do caráter maduro a que venha atingir esse novo tipo de organização da produção, um fato marcante é que a Toyota se tornaria, em 2007, a maior montadora de veículos do mundo²⁸.

O pouco que se pode assegurar é que essas possibilidades são condicionadas pelo desenvolvimento do novo ciclo inovativo da tecnologia e da informação, caracterizado por pela microeletrônica, computadores, telecomunicações, materiais sob encomenda, robótica e biotecnologia (Lester Thurow, 2001). Esse processo de transformações técnicas e econômicas, originado na crise do modelo produtivo na década de 70, se desenvolve no período presente e corresponde, de forma geral, ao que muitos autores denominam, de forma heterogênea, de Terceira Revolução Industrial (Thurow, 2001; Kornis, 1998; Farah Junior, 2000; Singer, 2004).

O desenvolvimento da informatização e da comunicação impulsiona mudanças do modelo de gestão da produção, entre as quais se destacam a redução dos estoques (sistemas

²⁸ Folha de São Paulo, 24/04/2007. Acesso em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u116404.shtml>

just in time) e a desverticalização da cadeia produtiva ou terceirização de atividades internas. Conforme enunciado:

A grande empresa ‘fordista-taylorista’, caracterizada pela integração vertical de todas as etapas da cadeia produtiva, pela sua extensão a todos os continentes e países e pela estrutura de ‘governança’ hierárquica e burocrática, análoga à administração pública. (...) Tudo isso mudou com a Terceira Revolução Industrial. Com a informática e a comunicação por satélite, tornou-se possível coordenar de forma eficiente grande número de fornecedores independentes, sem necessidade de integrá-los sob o mesmo comando. O gigantismo burocrático da empresa fordista-taylorista mostrou-se dispendioso e ineficiente, quando comparado com o sistema *just in time*, de estoque quase zero.(SINGER, 2004, p.6)

Adicionalmente, cabe ressaltar que essas transformações que caracterizam uma terceira fase da industrialização mundial são complexas e multidimensionais, como aponta:

No início dos anos 90, como resultado global da crise e dessas várias respostas nacionais, emergiu um novo paradigma de organização industrial e tecnológica liderado pelo complexo eletrônico, mas envolvendo transformações profundas nos métodos de produção, nas formas de gestão, de concorrência e de relacionamento entre o capital e o trabalho: o que, em seu conjunto, vem sendo chamado de Terceira Revolução Industrial.(FIONI, 1994, p. 299)

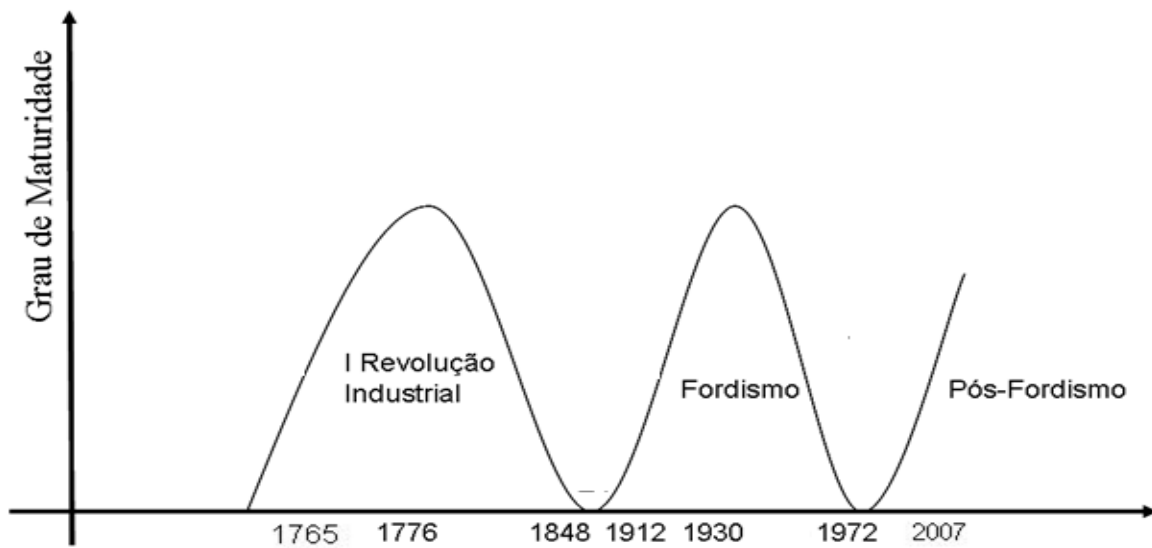
Nessa direção, o modelo de produção chinês, dada sua crescente importância nas exportações mundiais, se destaca como estudo de caso referencial para as reflexões sobre o futuro. Castro (2008) aponta que poucos questionam hoje a ideia de que o centro de gravidade do crescimento econômico no mundo vem se deslocando para a Ásia. Após o estrondoso sucesso das economias japonesas e coreanas, nos anos oitenta e parte dos anos noventa, o centro de gravidade da produção agora vem se deslocando mais concretamente para a China. A economia chinesa “já equivale a quase 50% do PIB norte-americano e o seu crescimento, no período 2002 a 2006, explicou 29% do crescimento da economia mundial” (Castro, 2008, pg. 1). A exemplo do que já foi discutido na seção inicial deste capítulo, o autor destaca a importância deste deslocamento, o comparando com situações raras na história do capitalismo (deslocamento da Holanda para a Inglaterra e desta para os EUA), que tiveram enormes implicações.

A República Popular da China possui um enorme mercado potencial, uma vez que é o país mais populoso do planeta, representando cerca de 1/5 da população mundial. Apesar das particularidades do Estado chinês e de sua relação com a produção (Quian, 2003). Algumas das peculiaridades do modelo de produção chinês residem nas transformações pelo lado da oferta, com redução significativa de custos e preços e ampliação do nível tecnológico e qualidade dos produtos, de modo a potencializar suas exportações e viabilizar o mercado interno por meio dos preços reduzidos e do baixo nível de salário dos trabalhadores. Esta transformação teve como base o aprofundamento do planejamento e pesquisa de engenharia e de logística para a produção em massa. Em geral, isto levou a definição de plantas industriais flexíveis e verticalmente integradas, com gigantescas economias de escala e de escopo. (Nonnenberg et alli, 2008).

A intensa busca de inovações, por meio de pesquisas de engenheiros relativamente baratos em relação aos parâmetros mundiais, para modificar processos e produtos de maneira a torná-los mais simples e baratos, mas não necessariamente diminuir o conteúdo tecnológico. Para este fim, a incorporação de tecnologia na produção (ou substituição de trabalhador por máquinas) é feita de forma seletiva, ou seja, só é automatizado o que for realmente necessário. Em suma, como parte integrante deste terceiro paradigma em construção, o modelo de produção chinês se caracteriza pela flexibilidade da planta industrial e pela diversificação de produtos, por meio da busca da multiplicação das possibilidades na produção, incluindo a combinação de diferentes gerações de tecnologia e trabalho artesanal.

Em paralelo à evolução do Estado, explicada anteriormente, as alterações das formas de produção se destacam como mola propulsora das transformações nas relações econômicas mundiais. Também de forma semelhante à evolução do Estado, estas transformações no campo da produção podem ser apresentadas de forma resumida, adrede ao conceito de ondas aqui também já examinado.

Figura 010: Ondas da conformação produtiva



Fonte: Elaboração própria.

O ponto de partida da análise marca o advento das grandes inovações que estabelecem as bases para o desenvolvimento da Primeira Revolução Industrial, tais como a produção de ferro com carvão de coque, a fiandeira mecânica e o tear mecânico. Em 1765, James Watt, introduz o condensador na máquina de Newcomen, componente que aumentava consideravelmente a eficiência do motor a vapor. Que passou a ser largamente utilizado na extração de minério, na indústria têxtil e na fabricação de uma grande variedade de produtos. O navio a vapor substituiu a escuna e a locomotiva a vapor substituiu os vagões puxados a cavalo, possibilitando um aumento considerável do comércio. Juntas, essas inovações permitiram um amadurecimento do modo de produzir, ao ponto de se tornarem um laboratório de observação para Adam Smith, que em 1776 escreveria “A Riqueza das Nações”.

Essa riqueza oriunda da Primeira Revolução Industrial permitiu investimentos em pesquisa e desenvolvimento, que ensejaram, a partir da metade do Século XIX, uma miríade de desenvolvimentos na indústria, nos setores da química, elétrica, de petróleo e de aço, este mais à frente associado a uma produção siderúrgica em grande escala. Nesse diapasão, Samuel Morse inventou o telégrafo no ano de 1835. Por volta de 1860, o telefone. Em 1879, uma lâmpada brilhou por 48 horas contínuas e, nas comemorações do final de ano, uma rua inteira, próxima ao laboratório de Thomas Edison foi iluminada para demonstração pública.

Em 1885 Karl Benz apresentaria o automóvel, que mais tarde catalisaria essas inovações em formato de *cluster*. O ano de 1912, destacado na Figura 010, marca a primeira edição do livro de Taylor: "Princípios de Administração Científica". Nesta obra, a ideia principal é que a racionalização do trabalho nada mais é que a divisão de funções dos trabalhadores, considerados aqui quase como uma extensão das máquinas.

Baseado no *cluster* das grandes inovações e nos métodos da administração científica, o fordismo alcançaria sua maturidade como padrão ou paradigma produtivo em finais da década de 1920. Neste período, o sucesso do Ford Modelo A, introduzido em 1927, inspirou a lógica da produção estandarizada que se aplicaria a outros campos da produção. Rapidamente a produção ligada à linha branca e ao mais variados setores da atividade econômica se inspiraria no jeito fordista de produzir.

O sucesso do modo de produção fordista provocaria uma acumulação de capital sem precedentes na história, emblematizada pelos “anos dourados” do capitalismo (Braudel, 1986). Do mesmo modo que o esplendor vitoriano facilitou o aparecimento de uma safra de inovações ao longo do século XVIII, era chegada a vez dos capitais do período dourado revelarem os frutos de seus empreendimentos em pesquisa e tecnologia. Não são poucas as inovações ligadas ao campo da (micro) eletrônica, da robótica e das telecomunicações ocorridas nesta fase: o primeiro computador comercial de grande escala foi o Universal Automatic Computer (UNIVAC), em 1951 nos EUA. O primeiro satélite a ser lançado pelo homem foi o Sputnik em outubro de 1957 pela União Soviética. Doze anos após, o homem iria pela primeira vez para a Lua em 1969. Ainda na década de 60, com a introdução dos circuitos integrados, surgem conceitos como memória virtual, multiprogramação e sistemas operacionais complexos.

Merece destaque na Figura 010 o ano de 1972, quando computadores foram adicionados a uma rede na Conferência Internacional de Comunicação entre Computadores (ICCC). Esta foi a primeira demonstração pública da nova tecnologia de rede para o público. A partir daí, o correio eletrônico se consolidou como o prenúncio da internet que conhecemos hoje. Essa aplicação ganhou dimensão ainda maior com o advento do microcomputador. Em

1975 Paul Allen e Bill Gates criam a Microsoft e o primeiro software para microcomputador. Em 1977, Steve Jobs e Wozniak criaram o microcomputador Apple.

No início dos anos 1980 a telefonia celular entra em operação nos EUA e Japão. Já no início dos anos 1990, o total de assinantes no mundo era de 4 milhões, chegando a 5 bilhões em 2010, número bastante próximo ao da população mundial (<http://www.portugues.rfi.fr/mundo/20100716-mundo-ja-tem-5-bilhoes-de-telefones-celulares.>). De acordo com a International Telecommunication Union (ITU), agência das Nações Unidas para as telecomunicações, o número de pessoas conectadas à internet em todo o mundo duplicou nos últimos cinco anos e deve ultrapassar os dois bilhões antes do final de 2010 (http://www.bomdia.lu/index.php?option=com_content&view=article&id=8592:2000000000-de-pessoas-ligadas-a-internet&catid=91:mundo&Itemid=119).

Em suma, a confluência desses fenômenos característicos da cena atual e do pós-fordismo podem se condensar no já discutido toyotismo, um modelo de organização que congrega elementos associados às inovações aqui discutidas. A flexibilidade criativa e de alto grau de experimentalismo que traduzem este paradigma, só se viabiliza com a existência de redes sociais²⁹ e comerciais integradas pelas tecnologias da informação e pela internet. Neste sentido, vale a referência na Figura 010 ao ano de 2007, quando a Toyota atingiu o status de maior montadora mundial. Por fim, cabe destacar que o atual paradigma produtivo ainda é uma obra em construção, já que não se encontram resolvidas questões cruciais sobre o meio ambiente, a produção de energia limpa e acessível, manipulação genética e biotecnologia, além das questões relacionadas à própria racionalidade do trabalho.

Na próxima seção, serão discutidas as interrelações presentes entre as dimensões da política, tratadas na primeira seção, e da produção, tratadas na segunda.

29 Para Kotler, “As companhias estão cada vez mais em um aquário e não têm escolha além de produzir boa qualidade em troca de dinheiro. Segundo, as empresas precisam descobrir melhores maneiras de identificar potenciais clientes com a mídia social (...). O mínimo que a empresa pode fazer é inserir e circular informações sobre si mesma em mídias sociais como blogs, podcasts e outras. O Twitter, que está mostrando rápido crescimento, é particularmente promissor por poder carregar mensagens curtas sobre uma marca para um número enorme de pessoas em seus computadores ou celulares..” IN: http://gecorp.blogspot.com/2009_08_01_archive.html

1.3 Os planos político e produtivo: algumas interrelações

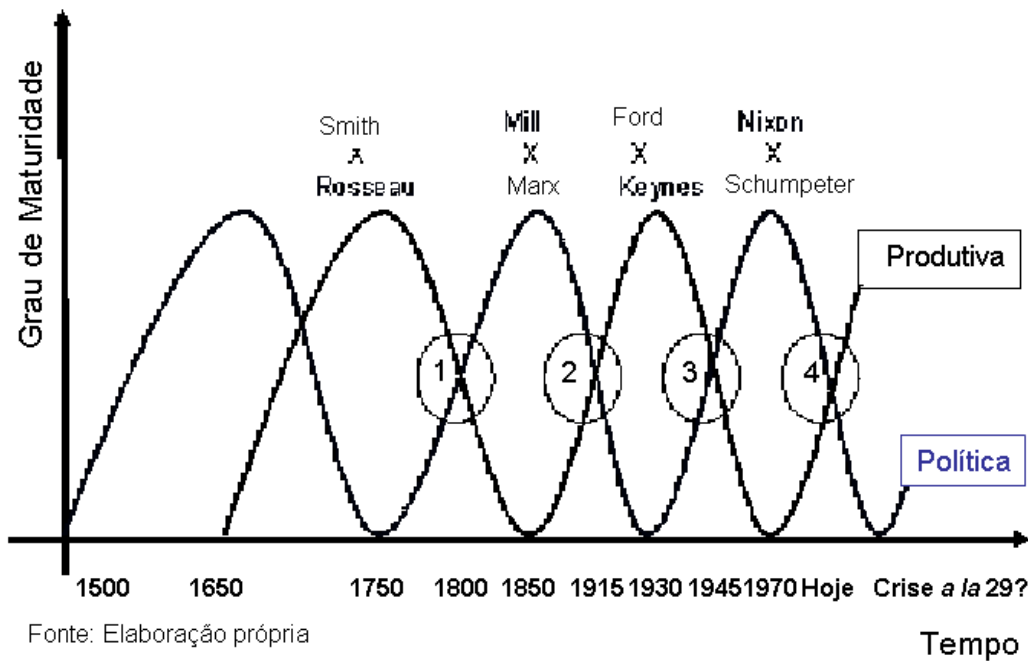
Na terceira seção será discutida a interrelação entre as duas estruturas anteriormente propostas (política e produtiva), localizando nesse processo os principais pontos de atrito, convergência e conclusões mais importantes que se pode depreender dessa análise cruzada. Desde já, é interessante destacar que o texto não pretende estabelecer uma ordem de determinação de uma dimensão sobre a outra. Como já mencionado na Introdução, a finalidade aqui é descrever analiticamente cada uma dessas abordagens de forma discricionária, com o intuito de tornar mais evidentes as ameaças e oportunidades do momento atual. Também não há o objetivo de assumir uma historiografia distinta ou alternativa às versões postas à mesa.

Neste sentido, a retrospectiva realizada pelo texto objetiva articular uma contextualização por meio da qual se tenta construir um diagnóstico da fluidez política, institucional e econômica dos dias de hoje, e, a partir dele, edificar um conjunto de perspectivas sobre novos arranjos organizacionais ora em evidência como a forte presença de entidades de classe, organizações não governamentais e entidades governamentais de regulação de setores específicos, como o da saúde. Noutros termos, serão discutidos os novos contornos que já vêm sendo desenhados e as novas formas de arranjo político, institucional e econômico que poderão se tornar hegemônicas em futuro próximo.

Autores como Moura Filho (2007), Kotler (1999) e Schumpeter (1982 e 1985) destacam que as crises são um momento de “destruição criadora”. A todo momento, novas estruturas empresariais e governamentais estão surgindo em substituição a outras que não conseguiram acompanhar as exigências dos novos tempos. Os consumidores, cada vez mais presentes e articulados na cena econômica, vêm buscando preços mais baixos sem sacrificar a qualidade. Nesse contexto, os países emergentes, que têm a vantagem do atraso (Gerschenkron, 1973), têm uma oportunidade impar de se (re) posicionarem no xadrez global.

Aprofundando o que já havia sido comentado na Figura 007, a Figura 011 ilustra o entrelaçamento das curvas de maturidade das transformações políticas e produtivas (das Figuras 009 e 010) no tempo, evidenciando uma interessante alternância entre as fases de ascensão e queda em cada uma das ondas já aqui apresentadas.

Figura 011: Ondas da conformação política e produtiva



Sintetizando algumas das reflexões até aqui discutidas, vale destacar que a alternância das ondas exprime situações curiosamente antagônicas entre alguns autores ou personagens que protagonizaram esses períodos. Primeiramente, quando da transição do Estado-absoluto de Maquiavel para o Estado-liberal, Rousseau com seu Contrato Social preconizava a importância de harmonizar e dar a sincronia aos poderes, submetendo a vontade individual à vontade geral da sociedade. Nesta mesma época, Adam Smith se debruçava sobre as fábricas inglesas para diagnosticar que um paradigma produtivo já maduro, baseado na divisão do trabalho seria capaz de gerar elevação da produtividade e, conseqüentemente riqueza.

Mais adiante, no limiar da *Belle Époque*, a plenitude material, tão bem retratada por Tocqueville e John Stuart Mill, conviveria com intensos movimentos de lutas de classe, que se espalham por toda Europa, terreno sobre o qual se fundamenta a crítica ao Estado burguês e

à transformação de relações sociais em relações econômicas do capitalismo tão bem ilustradas por Marx. A partir daí, a produção baseada na dinâmica concorrencial das pequenas firmas e da divisão do trabalho, característicos da Primeira Revolução Industrial, cederia lugar a um outro tipo de arranjo. A semente das grandes firmas, instâncias acumuladoras de capital, estava sendo plantada naquele momento nos laboratórios que produziram as grandes inovações que ganhariam escala no século seguinte.

A dinâmica de produção das grandes corporações, baseada no padrão fordista, amadureceria nas primeiras décadas do Século XX, retratadas pelo estudo dos tempos e movimentos de Taylor e pela concretude empreendedora de Ford. Lord Keynes, contemporâneo de Ford, não tardaria a diagnosticar a falência das políticas emanadas pelo Estado-liberal, abrindo as cortinas para a entrada em cena do Estado-interventor. Grandes corporações com estruturas hierárquicas complexas, inseridas em sociedades industriais e urbanas, estariam a exigir políticas sociais e instituições governamentais à sua altura.

Essa conjugação de fatores permitia horizontes de planejamento mais estáveis para os setores oligopolizados, facilitando a previsão do comportamento dos custos salariais. Deste modo, o *Welfare State*, associado ao sistema de Breton Woods, permitiu sustentar o que mais tarde seriam os chamados anos de ouro do capitalismo. As instituições multilaterais e a construção monetário-financeira do Dólar-ouro se sustentaram até que as crescentes despesas militares com a guerra-fria viessem a ensejar um rompimento do padrão metálico pelo governo republicano dos EUA em 1971, personificado no seu presidente Nixon.

Nesta mesma quadra, o crescente empoderamento da demanda, personificado pela difusão das comunicações de massa e pelas redes sociais, encontraria no advento da internet (1972) e da microeletrônica associada às telecomunicações, a senha para o desenvolvimento de um novo paradigma organizacional substitutivo ao fordismo. Schumpeter, vale salientar à frente de seu tempo, já teria destacado a importância da criação de sistemas de inovação e da destruição criativa como mecanismos de subversão da ordem produtiva burocratizada vigente. Estaria criada a partir daí a cena atual, caracterizada pela convivência de uma ordem político-institucional agônica com a emergência de novos arranjos produtivos, abrigados sob a tutela do paradigma pós-fordista.

Ainda com base na Figura 011, é possível inferir que em momentos como o atual, de convivência entre a fase decedente de uma onda e fase ascendente de outra, ocorrem intensas contendas hegemônicas. Retomando analogia com a *reef brakes*, esse momento de choque de ondas parece produzir uma energia ímpar, que se materializa no estabelecimento e na maturidade do paradigma político ou produtivo (conforme o caso) emergente.

O círculo 1 ilustra um momento de disputa hegemônica entre a Grã-Bretanha e o Continente Europeu, àquela época simbolizado pela figura de Napoleão. Essa guerra³⁰ sancionaria o poder da Inglaterra, que mais tarde se tornaria o centro do mundo exercendo seu domínio imperial, emblematizado no período vitoriano.

O círculo 2 enseja uma disputa na Europa, que mais à frente revelaria ao mundo a estreia dos EUA como *player* efetivo no xadrez geopolítico internacional como grande fornecedor de produtos industrializados e armamentos, configurando-se como um credor líquido do resto do mundo. Não obstante a Inglaterra, França e seus aliados tenham saído vencedores deste conflito, e a Alemanha a grande perdedora, o fato mais relevante é que o Tratado de Versalhes não evitou uma nova guerra, na qual os EUA, desta feita, concluiriam o processo de transferência do centro do poder mundial.

O círculo 3 traduz uma contenda que se materializou na consolidação do EUA se dá a partir da Segunda Guerra Mundial, em cujos estertores se deram a composição da nova ordem mundial de Breton Woods que se consolidaria nos anos de ouro. Vale destacar que as principais instituições multilaterais tiveram sua criação neste período: FMI e Banco Mundial em 1944; ONU em 1945; e GATT em 1967.

O círculo 4 representa a cena atual, onde se assiste a convivência de um processo de amadurecimento de novas técnicas de gestão e da produção, como no início do século passado, sem que ainda tenha ocorrido a substituição da velha ordem política (também como naquele tempo). O presente enfraquecimento da dinâmica da economia americana, associado

³⁰ Um personagem importante desta disputa é Arthur Wellesley, ou duque de Wellington. Esse irlandês ganhou destaque ao derrotar as tropas napoleônicas em Portugal e na Espanha em 1814. Mais tarde, seu maior feito militar foi a vitória sobre as tropas de Napoleão Bonaparte em Waterloo, em 1815.

ao esmaecimento do poder político dos EUA, se traduz no atual derretimento do Dólar. Os ciclos de pujança do capitalismo dependem de estruturas minimamente estáveis de poder, para a realização de investimentos e geração de riquezas.

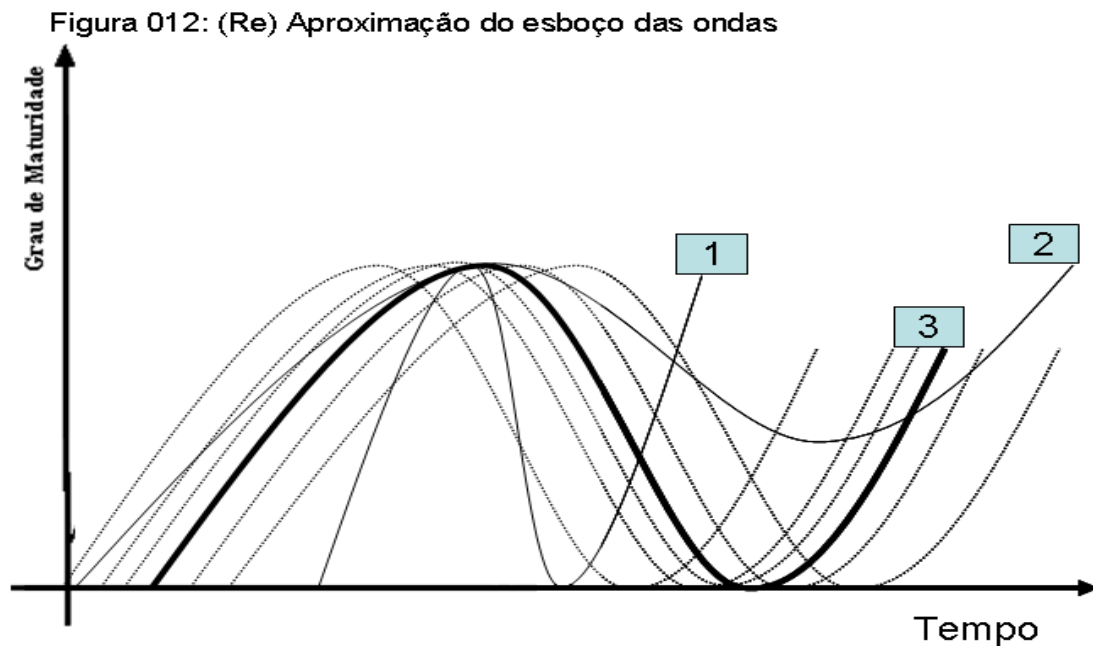
Nesse sentido, há que se destacar que não há uma oposição entre as instâncias de mercado e Estado, evidentemente, o capital não prescinde do mercado, mas este por sua vez não prescinde do Estado. Em meio às questões atuais sobre poder e a hegemonia da moeda, outras agendas não menos importantes surgem, tais como a questão do meio ambiente, novas fontes de energia, combate à miséria e ao terrorismo. Finalmente, o fato de as forças contendoras terem ido às vias de fato nas ocasiões anteriores, não indica que necessariamente a história há de se repetir. O mundo hoje convive com um arsenal atômico considerável. Ao invés de um conflito de grandes proporções, uma perspectiva estabelecida é que as disputas se materializem em contendas pontuais, como nos tempos da guerra fria.

Em linhas gerais, o esforço de diagramação da Figura 011 permite observar que o tempo presente se caracteriza pela intensa desagregação de um paradigma político, potencializado pela desarticulação das finanças internacionais e pelo desmonte do Estado-provedor, pela obra de seu algoz neoliberal. Todavia, o mundo ainda não se credenciou a estabelecer um novo padrão hegemônico de intervenção.

De uma nova correlação de forças, emergirá a expectativa de um novo arranjo, aqui denominado Estado-coordenador. Esta nova configuração é caracterizada por intensas pactuações entre variados atores sociais e pela regulação. Essa tem sido uma obra ainda recém esboçada, esculpida sob a iminência de uma crise de grandes proporções e sustentada por um sistema produtivo púbere, ainda incapaz de conferir uma nova dinâmica estável ao desenvolvimento mundial.

Um ponto importante a se destacar sobre a cena atual é que não há uma isenção histórica para se trabalhar de forma mais positiva com as ondas aqui esboçadas. Neste sentido, algumas tendências que serão doravante apresentadas no segundo plano de abstração deste trabalho, poderão, por vezes, assumir contornos um pouco diferenciados daqueles até aqui propostos. Isso se deve, basicamente, ao fato de a realidade brasileira se destoar em alguma medida da característica geral dos países centrais até aqui apresentada, conforme será

demonstrado mais adiante na primeira seção do capítulo seguinte. Assim, recuperando o que já foi discutido quando da apresentação da Figura 003, que propunha um afastamento do conjunto de ondas apresentado, agora, sob a perspectiva da Figura 012, este trabalho analisará um leque de possibilidades que podem promover deslocamentos para frente ou para trás nas ondas propostas, conforme as curvas 1, 2 e 3 à frente ilustradas.



Por um lado, a adoção do fordismo e do Estado-interventor no Brasil remontam uma época posterior à tendência geral dos países centrais (conforme a curva 2). Por outro lado, ao examinar, agora sob um enfoque mais micro ou específico, algumas iniciativas ligadas à participação da sociedade no processo decisório na cena contemporânea, pode-se identificar tendências antecipatórias (conforme a curva 1) do estabelecimento do Estado-coordenador no Brasil.

Em suma, é precisamente sobre esse contexto, examinado neste Capítulo 1, que se desenrola a cena dos próximos capítulos. O capítulo a seguir restringe o escopo, conforme apresentado na Figura 001, ao Brasil, tendo como ponto de partida a década de 1930, quando se inaugura o processo de industrialização brasileiro. A partir desta contextualização é que

será discutida a formação de uma sociedade industrial e de consumo de massas no Brasil e suas consequências sobre os arranjos no campo das políticas sociais e da saúde em específico.

2 TRANSFORMAÇÕES DO ESTADO BRASILEIRO E SEUS IMPACTOS SOBRE A ÁREA DA SAÚDE

O segundo capítulo parte de uma discussão sobre a emergência de um novo padrão de acumulação na sociedade brasileira, que se estabeleceu no bojo da transição de uma economia tipicamente rural e primário-exportadora para a industrialização. Esse movimento se dá a partir da crise de 1929, na qual a queda dos preços internacionais do café deflagrou um intenso movimento de substituição das importações, que logo passou a ser o núcleo dinâmico da economia brasileira. Esse novo padrão de acumulação ensejou novos arranjos na organização do Estado e na formatação das políticas sociais, dentre elas a política de saúde. Assim, na medida em que as relações econômicas, políticas e sociais se tornaram mais complexas, novos arranjos igualmente mais complexos foram necessários no campo da saúde.

Numa seção inicial foi realizada uma varredura das diferentes configurações assumidas pelo sistema econômico e pelo Estado brasileiro desde este marco da industrialização³¹ (a partir de 1930 com a substituição das importações até a cena atual). Nesta primeira seção será visto que o fordismo e o processo de industrialização brasileiro são retardatários em relação ao processo ocorrido nos países centrais, já examinado anteriormente. Do ponto de vista da organização política, essa defasagem temporal também ocorre, porém com retardo inferior, ao ponto de hoje a agenda de transformações do Estado brasileiro ser mais próxima àquela enfrentada nos países centrais.

É exatamente sobre o tecido das relações entre a economia e a política no Brasil é que se desenrola a segunda seção deste capítulo, que se debruça sobre a política de saúde no Brasil e suas relações público-privadas. Os marcos iniciais da estruturação do sistema de saúde no Brasil datam de um período até mesmo anterior ao de Vargas. Antes mesmo da criação do

³¹ A construção na década de 1910 do Castelo de Manguinhos – prédio sede da Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro – evidencia o grau de dependência externa da economia brasileira da época: os tijolos foram importados da Grã-Bretanha; lustres da República Tcheca; vidros da França; azulejos de Portugal e ferragens da Suécia e da Alemanha. As portas de jacarandá são provavelmente um dos únicos insumos de produção brasileira.

Ministério da Educação e da Saúde em 1930, marcos importantes da Saúde como a criação do Instituto Oswaldo Cruz, passando pela Lei Eloi Chaves - que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) – já podiam ser identificados. Mais tarde, essas CAP seriam substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) que, posteriormente seriam unificados pelo Ministério da Saúde (separado da Educação a partir de 1953), culminando mais tarde na constituição do SUS *vis-à-vis* um ambiente político, econômico e institucional adverso. Neste contexto, passaram a se proliferar novas configurações na interface público-privada e nas políticas sociais, que se materializam em uma miríade de ONGs, agências multilaterais, agências reguladoras, etc. Na área da saúde, uma das questões mais emblemáticas desse processo tem sido o crescente subfinanciamento da saúde pública (Noronha et alli, 2010), que abriu um flanco à maior participação do setor privado no setor, especialmente nos anos noventa.

A terceira seção foca a saúde privada e aborda o surgimento do setor de saúde suplementar no Brasil, que surge em meio a profundas e radicais transformações da cena política e produtiva mundial. Nesse sentido, não é casual o hibridismo da Constituição de 1988 ao colocar a saúde como direito de todos e dever do Estado³², e, simultaneamente, abrir espaço para a presença do setor privado, sem contudo abdicar da regulação desta atividade³³. Esse *mix*, além das questões do subfinanciamento já mencionadas, denuncia indícios da presença de importantes elementos ligados às características do Estado-coordenador na evolução das políticas sociais do setor. Em suma, nesta seção serão um pouco mais detidamente discutidas as formas de combinação entre as instâncias pública e privada no Brasil sob a ótica do sistema suplementar de saúde.

32 “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

33 “Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

2.1 Economia brasileira e Estado

O ponto de partida desta seção é o processo de industrialização iniciado em 1930, com o processo de substituição das importações. Neste período, as exportações do agronegócio brasileiro já não despertavam interesse do mercado internacional, posto que o café, além de ser uma *commodity* de luxo era também facilmente substituível. Isso obrigaria o Brasil a diversificar a sua tradicional vocação primário-exportadora e ingressar na industrialização, impondo profundas transformações da sociedade brasileira³⁴ e do papel do Estado com a criação de uma estrutura institucional que doravante regeria o desenvolvimento brasileiro.

Os capitais oriundos do setor agroexportador seriam utilizados inicialmente nos setores industriais de menor valor agregado, como alimentos, têxteis e calçados, e essa produção seria inicialmente destinada a suprir a demanda interna, substituindo os importados. Um pouco mais adiante, esses produtos seriam também destinados à exportação e à geração de capital para financiamento de outros grupos de produtos de valor agregado superior. Essa lógica de industrialização por etapas e apoiada nas exportações foi semelhante à adotada pela Argentina, especialmente quando este país passou a poder exportar carne, leite e derivados em larga escala, em função da introdução de inovações tecnológicas como o navio, trem e caminhão frigoríficos.

A lógica do processo de substituição das importações no Brasil seria engendrada por uma sequência de fatores que se encadeariam ao longo do tempo (Gremaud, ET alli): estrangulamento externo, com severas restrições do balanço de pagamentos; difusão de medidas protecionistas por parte do governo; deflagração de onda de investimentos em setores substitutivos; e novos estrangulamentos decorrentes da existência de uma nova agenda de produtos importados, indispensáveis à nova estrutura produtiva (máquinas e equipamentos

34 Ainda que trabalhos seminais como o “Capitalismo Tardio” de João Manuel de Mello Cardoso apontem para o ano de 1888 (abolição da escravatura) como o marco do início do capitalismo brasileiro, o presente texto adotará a visão da predominância do período primário-exportador entre 1888 e 1930 e a industrialização substitutiva de importações em duas etapas: de 1930 até os anos 1950, baseada na indústria leve; e a partir daí de bens duráveis.

para indústria têxtil, alimentícia e de calçados). Desse modo, as etapas do processo de substituição das importações se constituiriam dos seguintes setores:

- Bens de consumo não duráveis (primeira etapa).
- Bens de consumo duráveis, como eletrodomésticos.
- Bens intermediários, como cimento e aço.
- Bens de capital.

Como forma de dar continuidade ao processo, era primordial a criação de condições institucionais e macroeconômicas compatíveis com o processo de industrialização que se estabelecia. Primeiramente, era indispensável à manutenção de uma taxa de câmbio competitiva e compatível com os objetivos exportadores do Brasil. Para tanto, passou a ocorrer: um processo de desvalorização cambial acima da taxa de elevação dos preços internos; controle do câmbio com imposição de diversas restrições às importações por meio de licenças e autorizações para importar; taxas múltiplas de câmbio com o fito de diferenciar e privilegiar os setores considerados estratégicos; e finalmente a imposição de barreiras e elevação de tarifas alfandegárias.

A nossa tese central é de que a dinâmica do processo de desenvolvimento por substituição de importações pode atribuir-se, em síntese, a uma série de respostas aos sucessivos desafios colocados pelo estrangulamento do setor externo, através dos quais a economia vai se tornando quantitativamente menos dependente do exterior e muda qualitativamente a natureza dessa dependência. Ao longo desse processo, do qual resulta uma série de modificações estruturais da economia, vão-se manifestando sucessivos aspectos da contradição básica que lhe é inerente entre as necessidades de crescimento e a barreira que representa a capacidade para importar. (TAVARES, 1972, p.. 41).

A sustentação desse arcabouço produtivo exigiria uma estrutura de Estado diferente da até então existente no Brasil. Durante o governo Vargas, a substituição de importações, mais do que um caráter técnico ou estratégico para o desenvolvimento, ganhou um perfil nacionalista e de valorização da produção doméstica, resultando em plataforma de sustentação política e eleitoral. Esse processo viria a resultar na elaboração de uma base institucional e legislação trabalhista que visavam à formatação e a regulamentação do trabalho urbano no

Brasil. Além disso, era necessário o desenvolvimento de burocracias e agências estatais para gerir o processo (Wahrlich, 1974).

Entre elas, além da já referida Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) criada em 1939 e homologada em 1943, o Departamento Administrativo do Setor Público (DASP) em 1938, como o Conselho Técnico de Economia e Finanças (CTEF), Comissão de Financiamento da Produção (CFP), Comissão de Política Aduaneira (CPA). Vale destacar ainda a criação em 1933 do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), no bojo da criação de diversos outros IAP como o dos Comerciários (IAPC) e dos Bancários (IAPB), em 1934, dos Industriários (IAPI), em 1936, e dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL) em 1938.

Após a breve vida da Constituição de 1934, que enfrentou a ação organizada do movimento integralista e a ação revolucionária dos comunistas, o governo encontrou o pretexto de que precisava para desfechar o golpe de 1937, instituindo o Estado Novo. Neste contexto, se dá a criação de um marco na administração pública brasileira. Profissionais egressos do movimento tenentista foram absorvidos em diversas posições de governo, alguns inclusive como interventores nos estados, aprofundando a ruptura com o velho pacto oligárquico. Os ventos do Estado-provedor chegariam ao Brasil sob a forma de uma ditadura que fechou o Congresso Nacional e as assembleias legislativas, suspendeu garantias constitucionais, destituiu os governadores eleitos, centralizou recursos, prendeu e perseguiu adversários e opositores, promulgando uma constituição com forte viés centralizador.

Em suma, a primeira manifestação do Estado-provedor no Brasil se daria pela via de uma política econômica voltada para a industrialização e a exportação, como forma de viabilizar o projeto desenvolvimentista. Neste contexto, foram estabelecidas as bases de infraestrutura de transporte, energia elétrica e a produção de aço por intermédio da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), matéria-prima básica para a indústria de bens duráveis³⁵.

³⁵ "Até 1939, haviam sido criadas 35 agências estatais; entre 1940 e 1945 surgiram 21 agências, englobando empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações. Até 1930 existiam no Brasil 12 empresas públicas; de 1930 a 1945,

A implantação do Estado-provedor no Brasil tinha clara inspiração weberiana de burocracia e se voltava para a racionalização dos métodos de trabalho. Não obstante a cultura administrativa de práticas patrimonialistas amplamente arraigadas, pela primeira vez na história do Estado brasileiro se presenciava o desenvolvimento de uma estrutura administrativa voltada para a centralização, impessoalidade e hierarquia com meritocracia, com nítida separação entre as instâncias do público e o privado. Em suma, estava sendo construído no Brasil um modelo de administração que assumiria o papel de condutor no processo de desenvolvimento, cujo pilar central era a industrialização com substituição de importações.

O DASP, criado no âmbito do Estado Novo, se tornou a grande agência de modernização administrativa, encarregada da elaboração orçamentária, recrutamento e seleção de servidores, treinamento de pessoal, além da gestão de contratos e materiais. Todavia, a liberdade concedida às empresas públicas, cujas normas de admissão regulamentadas pelos seus próprios estatutos tornavam facultativa a realização de concursos, foi um dos elementos que permitiram o enfraquecimento do DASP a partir da redemocratização em 1945, quando houve uma série de nomeações sem concurso público para várias instâncias governamentais. Diferentemente dos países centrais, que combinaram a estrutura do Estado-provedor a um regime democrático, no Brasil a reforma do Estado estaria fortemente associada às formas não democráticas de exercício do poder.

A queda do governo Vargas estaria associada, entre outras razões, a um desempenho econômico errático, com fortes oscilações na taxa de crescimento do PIB (IBGE), além de um desempenho médio considerado insatisfatório. No período compreendido entre 1930 e 1945, a média de crescimento foi de 4,01% (http://www.ibge.gov.br/seculoxx/economia/contas_nacionais/1_indice.xls), entremeada por uma considerável recessão no período crítico da Segunda Guerra, entre 1940 e 1942. Além disso, o movimento de oposição ao regime se viu reforçado pelas lideranças militares recém-

foram criadas 13 novas empresas, sendo 10 do setor produtivo, entre elas a Companhia Vale do Rio Doce, hoje uma gigante da mineração, e a Companhia Siderúrgica Nacional, ambas já privatizadas.” Costa F.L., 2008, pg. 13.

saídas da Segunda Guerra, cuja luta vitoriosa contra governos totalitários as afastariam do regime.

Eleito em dezembro de 1945, o presidente Dutra, ex-ministro da Guerra de Getúlio Vargas, premido pelos anseios democráticos, realizou um governo legalista, mas não distante do arcabouço institucional e administrativo legado pelo Estado Novo. Nesse contexto, o governo criaria o Plano Salte (iniciais de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), cujo objetivo era estimular e melhorar o desenvolvimento desses setores, resultando na construção Hospital dos Servidores do Estado (RJ), construído como sendo o maior hospital da América Latina. Na área de transportes, foi concluída a Rodovia Rio – Bahia e a nova Rodovia RJ – SP (Rodovia Gaspar Dutra). Neste período ainda foi criada a Companhia Hidrelétrica do São Francisco (CHESF), aumentando a oferta de energia para o Nordeste do Brasil. O governo democrático recém estabelecido seria favorecido pelo crescimento da economia internacional no pós-guerra e pela utilização das reservas cambiais acumuladas durante o conflito mundial. O fracasso do Plano Salte se deu com a aceleração inflacionária gerada pela diminuição de divisas, o que desgastou a imagem do presidente perante setores importantes da sociedade e junto ao proletariado, o que abriria o caminho para a volta de Vargas.

Em 1950, Getúlio Vargas seria eleito presidente da República, desta feita pelo voto direto e com poderes limitados à Constituição de 1946. De todo modo, haveria neste período um reforço ao prévio programa de cunho nacionalista e reformista, prometendo ampliar os direitos dos trabalhadores, investir na indústria de base, em transportes e em energia, o que inevitavelmente implicaria na efetiva intervenção do Estado na economia. No início da década de 1950 foram criadas 13 empresas estatais, entre elas a Eletrobrás, Petrobras e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDES), que mais tarde, no governo Sarney, ganharia o “S” de social.

Não obstante a retomada de vigorosas taxas de crescimento da economia (a taxa média de crescimento entre 1946 e 1955 seria de 7,5%) houve uma importante reação articulada pelas forças conservadoras, o que culminaria com o suicídio do presidente em agosto de 1954, desencadeando um tumultuado período de transição de mais de um ano, com golpes e contragolpes. Após a eleição e a tentativa de impedimento da posse, Juscelino Kubitscheck

assumiria o governo com seu Plano de Metas com 36 objetivos, e com destaque para quatro setores-chave: energia, transporte, indústria pesada e alimentação. O processo de industrialização atingiria o estágio dos bens duráveis como a automotiva, desta feita, apoiado na associação entre capitais nacionais e estrangeiros. Vale aqui destacar que esta nova etapa da industrialização brasileira exigiria novos arranjos público-privados e novas ofertas no campo da saúde.

O governo Juscelino Kubitschek ficaria marcado como um período de afirmação nacionalista, com elevadas taxas de crescimento econômico (média de 8,1% entre 1956 e 1960). Ademais, este foi um período de consolidação do arcabouço administrativo, produtivo e institucional desenvolvido desde o primeiro governo Vargas, fase de grande euforia e de afirmação nacionalista. Do ponto de vista da produção, o Plano de Metas pode ser dividido em três áreas de prioridade: investimentos estatais em infraestrutura, com destaque para transportes e energia elétrica; estímulo ao consumo de bens duráveis e incentivos à produção de bens intermediários. Do ponto de vista institucional, a criação da Comissão Brasil – Estados Unidos (CMBEU) se pôs a mapear pontos de estrangulamento na infraestrutura, a COSB (Comissão de Simplificação Burocrática) e a CEPA (Comissão de Estudos e Projetos Administrativos) se encarregaram de realizar as chamadas reformas globais na administração, objetivando a descentralização dos serviços e a delegação de competências. A CEPA teria ainda a função de assessorar a presidência da República nos assuntos referentes à reforma administrativa.

Os resultados auferidos e as mudanças estruturais do período foram expressivos. A indústria cresceu 62% entre 1956 e 1980 (IBGE), puxada pela ascensão do pólo dinâmico da indústria de bens de consumo duráveis, que passa a ocupar um lugar de destaque antes destinado ao setor de bens de consumo leve. Isso deu continuidade à trajetória de substituição de importações anteriormente mencionada. Cabe também destacar a importante transição demográfica pela qual passou o Brasil. Em pouco mais de duas décadas o Brasil tornara-se uma sociedade industrializada com importante aumento das populações urbanas e da mobilidade social. Um importante ícone desse processo transformador é a criação de Brasília, que passou a atrair um importante contingente populacional oriundo de todas as regiões do Brasil, e se constituindo num símbolo da modernidade de Kubitschek. A sociedade brasileira

se tornou menos polarizada e a estrutura econômica mais diversificada com a presença da indústria, o que viria conferir maior complexidade às relações público-privadas.

O crescimento acelerado, todavia, ensejaria novos desafios no que tange o financiamento e à deterioração do equilíbrio macroeconômico. O recurso da emissão monetária foi utilizado na esteira da ausência de uma reforma fiscal e de financiamentos externos que pudessem suportar a crescente demanda de capital. A partir de 1957 o Saldo em Transações Correntes passaria a ficar negativo, com a dívida externa saltando de US\$ 1,4 bi em 1955 para US\$ 2,8 bi em 1961 (Gremaud, et alii). A inflação que beirava o patamar de 20% em 1955, praticamente dobraria em 1959 (IBGE).

O governo seguinte, depois da renúncia do presidente Jânio Quadros em 1961, foi inicialmente um período em que travaram intensas negociações para o enfrentamento das resistências militares à posse do vice-presidente João Goulart. Já empossado, o novo presidente se propunha a realizar um programa de esquerda, orientado para a realização de reformas de base em diversos setores do Estado. Não obstante as fortes resistências de setores mais conservadores, o governo criou a Comissão Amaral Peixoto, que deu início a novos estudos, por intermédio da criação de diversas comissões, para a realização da reforma administrativa. Essas iniciativas, ainda que não tenham ido adiante, possibilitaram novos horizontes na administração pública brasileira e, sobretudo, se constituíram no embrião da reforma de 1967, que se constitui numa etapa marcante do amadurecimento das diretrizes do Estado-provedor no Brasil. Para Costa F.L:

De fato, o ministério extraordinário para a reforma administrativa elaborou quatro projetos que nunca conseguiram aprovação no Congresso, mas alguns especialistas no assunto afirmam que foi a partir deles que se concebeu o Decreto-Lei nº 200, de 1967. Seu estatuto básico prescreve cinco princípios fundamentais: o planejamento (princípio dominante); a expansão das empresas estatais (sociedades de economia mista e empresas públicas), bem como de órgãos independentes (fundações públicas) e semi-independentes (autarquias); a necessidade de fortalecimento e expansão do sistema do mérito, sobre o qual se estabeleciam diversas regras; diretrizes gerais para um novo plano de classificação de cargos; e o reagrupamento de departamentos, divisões e serviços em 16 ministérios: Justiça, Interior, Relações Exteriores, Agricultura, Indústria e Comércio, Fazenda, Planejamento, Transportes, Minas e Energia, Educação e Cultura,

Trabalho, Previdência e Assistência Social, Saúde, Comunicações, Exército, Marinha e Aeronáutica.(COSTA, 2008, p.16)

O governo militar estabeleceria a reforma administrativa de 1967 por meio do Decreto-Lei nº 200, contando, vale dizer, com a ativa participação de amplos setores da sociedade civil. Esta reforma procurou distinguir com clareza a separação entre a administração direta e indireta, garantindo às autarquias, fundações e empresas estatais, uma autonomia de gestão jamais vista. O diagnóstico era o de que uma excessiva intervenção política nesses órgãos, com vistas à manutenção do poder e da estabilidade macroeconômica³⁶, levou a um estrangulamento da oferta.

Após um crescimento do PIB ainda elevado no biênio 1961 e 1962 (8,6% e 6,6%, respectivamente – IBGE) a economia desacelerou bruscamente no triênio seguinte (média de 2,1% ao ano). No ano de 1962, a inflação atingiria um patamar próximo de 50%, rompendo a barreira dos 90% em 1964. Neste contexto, o governo militar imporia reformas econômicas de caráter “técnico” como o Plano de Ação Governamental – PAEG, que se compunha de duas linhas fundamentais: combate à inflação e reformas estruturais e institucionais que permitissem a retomada do crescimento (Kornis ,1984).

O grande projeto de industrialização se viabilizou com base em grandes empresas estatais de infraestrutura e serviços públicos que já havia sido iniciado nos anos 30, passando a criação da Companhia Siderúrgica Nacional, Vale do Rio Doce, Petrobrás, BNDES e Eletrobrás, chegando à Embratel e Telebrás. Além disso, foram desenvolvidas na administração direta instituições muito próximas das atuais agências reguladoras, como o Banco Central, Conselho Monetário Nacional (CMN), Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), Instituto de Resseguros do Brasil (IRB), e mais tarde a Comissão de Valores Mobiliários (CVM). Neste período, foi

³⁶ A deterioração do quadro macroeconômico forçou o governo Jango, entre outras ações, a subreajustar preços e tarifas públicas, levando empresas (em grande parte multinacionais) do setor elétrico e de telefonia, entre outros, a cancelarem investimentos que seriam indispensáveis a crescente elevação da demanda.

ainda reformado o sistema tributário brasileiro, concentrando poderes na esfera federal, visando eliminar as chamadas guerras fiscais³⁷.

Com o intuito de solucionar a escassez de financiamentos externos, foram ainda estabelecidos benefícios fiscais de estímulo à exportação, bem como racionalização e dinamização de órgãos ligados ao comércio exterior. Fixou-se ainda um acordo de garantias para o capital estrangeiro ao passo em que se renegociava a dívida externa. Por fim essa aproximação com o capital internacional foi coroada com mecanismos como a Lei nº 4.131, que dava acesso direto para as empresas ao capital estrangeiro, e a Resolução nº 63 do Banco Central, que possibilitava a captação de recursos externos pelos bancos comerciais brasileiros. Além disso, pelo lado da demanda, a Reforma previdenciária de 1966 abria as portas a novas categorias de cobertura (trabalhadores rurais, por exemplo), conforme será melhor examinado na seção seguinte.

As reformas econômicas e políticas trazidas pelo PAEG, pela Reforma previdenciária de 1966 e pelo Decreto-Lei nº 200, de 1967, trariam fôlego adicional à dinâmica de crescimento da economia brasileira. Já em 1966 a economia voltaria a crescer (6,6%) e a inflação já daria sinais claros de inflexão, caindo naquele ano a menos da metade do patamar de 90% de 1964, chegando à casa dos 20% em 1968. O estímulo da economia externa dos “anos dourados” aliado à maturidade das estruturas do Estado-provedor no Brasil propiciaria um ciclo de crescimento econômico virtuoso, conhecido como “milagre brasileiro”, que vigoraria entre 1968 e 1973³⁸ (Gremaud et alli).

O período do milagre brasileiro se caracterizou por elevadíssimas taxas de crescimento do PIB, chegando à média de 11,2% no período, com inflação entre o patamar de 10% e 15%, considerado relativamente baixo se comparado com períodos anteriores. Não obstante a significativa elevação da dívida externa (de US\$ 3,8 bi em 1968 para 12,6 bi em 1973, a

³⁷ Aqui entendida como uma disputa entre entes federativos com o intuito de reduzir ou eliminar impostos para atrair empresas para sua área jurisdicional.

³⁸ Convém destacar que este período de exuberância da economia e na produção coincide com um dos períodos mais sombrios da política brasileiro, conhecido como os “anos de chumbo” da ditadura militar que perdurou de 1964 a 1985.

situação externa era relativamente confortável em função da abundância do crédito internacional que passara a diversificar ainda mais suas alternativas de investimentos em função da quebra do padrão Dólar-ouro em 1971.

No plano dos investimentos internos em infraestrutura, foram deflagradas grandes obras de transporte rodoviário, modernização agrícola e de fornecimento de energia elétrica. Neste período, entre tantas outras, foram iniciadas obras como a da ponte Rio - Niterói, a hidrelétrica de Itaipu e a criação da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – Embrapa, juntamente com o estímulo ao desenvolvimento do agronegócio no Brasil. Neste particular, foram desenvolvidas as políticas de garantias de preços mínimos aos produtores rurais. Do ponto de vista da indústria, o estímulo ao consumo de bens duráveis se concretizava pela invasão dos fusquinhas³⁹ na cena urbana das grandes cidades, que a cada dia atraía novos trabalhadores egressos do campo em busca de oportunidades emprego. Em que pese o vultoso crescimento econômico, as desigualdades sociais foram mitigadas, provocando o surgimento de uma pobreza endêmica nos grandes centros, cada vez mais carentes de serviços sociais básicos como o da saúde.

Com a reversão das expectativas no plano mundial a partir do choque do petróleo em 1973, o novo governo militar que se iniciava em 1974 (Geisel) se deparou com o dilema de ajustar o ritmo de crescimento à nova realidade ou forçar a continuidade do crescimento de modo a concluir as agendas de investimentos do período do milagre e completar a última fase do processo de industrialização com a produção de bens de capital. A escolha da segunda opção marcou o estabelecimento do II Plano Nacional de Desenvolvimento - II PND (Governo Ernesto Geisel-1974 / 1979).

O II PND enfatizava a expansão das indústrias de bens de produção, a fim de propiciar infraestrutura para garantir a continuidade do desenvolvimento econômico. Não obstante o prenúncio do fechamento das janelas de oportunidade do financiamento externo, o Governo assumiu o objetivo de fazer do Brasil uma potência mundial emergente (Castro et alli, 1985).

³⁹ O Volkswagen Sedan foi um grande sucesso de vendas da indústria automobilística no Brasil, especialmente no período conhecido com “Milagre”.

Neste período, foram desenvolvidas grandes obras no setor da mineração (exploração do minério de ferro da Serra dos Carajás; extração de bauxita através da ALBRÁS e da ALUNORTE), e mais obras no setor energético (construção de usinas); ingresso do Brasil na era da energia nuclear marcado pelos acordos feitos com a Alemanha Ocidental para a instalação de oito reatores nucleares no Brasil. Também neste período, em função da elevação dos preços internacionais do petróleo foram intensificados os investimentos em pesquisa para prospecção da Petrobrás e desenvolvido o Proálcool a partir de 1975.

Os objetivos do II PND eram audaciosos, e a despeito da acumulação de capital ocorrida no período do milagre, o Brasil não dispunha de condições internas para dar conta dos gigantescos investimentos planejados pelo Governo. Do ponto de vista externo, a condições de oferta de crédito também haviam se reduzido quando comparadas às do mesmo período. Deste modo, houve uma combinação entre a redução do ritmo de crescimento (taxa média de 6,7% entre 1974 e 1979, abaixo da meta de 10% estabelecida pelo II PND) e ampliação da dívida externa, que saltaria de US\$ 17,1 bi em 1974 para a casa do US\$ 20 bi em 1979.

Não obstante a construção retardatária do Estado-provedor no Brasil, a dinâmica do crescimento econômico se encarregou de encurtar o *gap* existente entre o Brasil e o mundo desenvolvido no que diz respeito à conformação do Estado. Praticamente na mesma época, como já foi examinado no capítulo anterior, as estruturas dessa configuração de Estado amadurecem no Brasil e nos países centrais. No caso específico do Brasil, o elevado crescimento dos “anos dourados” ainda se manteria até 1980, quando o país foi obrigado a fazer um violento ajuste em função da radical elevação dos juros pelos EUA e da nova crise do petróleo ocorrida em 1979.

Vale destacar que não obstante as similaridades da arquitetura intervencionista, o modelo que amadurecia no Brasil não apresentava o conteúdo de bem-estar verificado nos países centrais. O sistema educacional era excludente, assim como o previdenciário. No campo da saúde, o modelo vinculado às caixas assistenciais ainda vigia, apresentando contingente significativo de excluídos. Noutros termos, os modelos se assemelhavam quanto à

organização, mas se diferenciavam sobremaneira nos aspectos relacionados às políticas sociais (Kornis, 1994).

O desenho da política econômica do início do governo Figueiredo (1979 – 1985) apontava para um ajuste recessivo, que colocaria em cheque a continuidade do governo militar. Intensas demandas sociais se difundiam por todo país com as greves do ABC e com a campanha da anistia. Neste contexto, o ano de 1980 começaria sob o signo da tentativa de se reeditar o Milagre, pela via da recondução do Ministro Delfim Netto em substituição a Mário Henrique Simonsen. Uma maxidesvalorização de 30%, associada à pré-fixação da correção monetária, desorganizaria ainda mais a estrutura produtiva, agora sufocada pela sensível diminuição do crédito externo. As pressões sindicais forçariam ainda o encurtamento dos prazos de reajustes salariais, que passariam a ser trimestrais. Essa combinação de fatores levaria os brasileiros a conhecerem uma nova terminologia econômica: estagflação.

Do ponto de vista institucional, a coordenação da reforma administrativa cabia a SEMOR (Subsecretaria de Modernização e Reforma Administrativa), que cuidava dos aspectos administrativos, estruturais, sistêmicos e processuais, e ao DASP, que atuava no tocante aos recursos humanos. Esse arcabouço administrativo, somado às instituições como o Banco central e a SUSEP, empresas estatais, e demais instituições moldadas especialmente no contexto da segunda metade da década de 1960, deram a formatação do arcabouço regulatório que caracterizou a manifestação do Estado-provedor no Brasil:

Apesar da distância entre as metas estabelecidas e as metas cumpridas, não resta dúvida de que o Decreto-Lei nº 200 contribuiu para a consolidação do modelo de administração para o desenvolvimento no Brasil. Essa nova concepção viria substituir o modelo clássico de burocratização, baseado nas ideias de Taylor, Fayol e Weber. Adaptado à nova condição política do Brasil, que atravessava uma ditadura militar, ambicionava expandir a intervenção do Estado na vida econômica e social. (COSTA, 2008, p. 17)

Opinião semelhante a essa pode ser identificada na comparação entre o DASP e a SEMOR:

Da edição do Decreto-Lei nº 200 até 1979 a reforma desenvolvimentista foi conduzida principalmente pela Subsecretaria de Modernização e Reforma Administrativa, do Ministério do Planejamento. Durante a década de 1970, a SEMOR teve o objetivo de

promover revisões periódicas da estrutura organizacional existente e examinar projetos encaminhados por outros órgãos públicos, visando instituir novas agências e/ou programas, ao mesmo tempo que dedicava atenção especial ao desenvolvimento de recursos humanos para o sistema de planejamento. Já o DASP, restrito à administração do pessoal, mantinha-se preso aos princípios da Reforma Burocrática de 1936, que, no entanto, não lograva levar adiante. O conceito de “carreira” manteve-se limitado aos escalões inferiores, enquanto os cargos de direção superior passavam a ser preenchidos a critério da Presidência da República, sendo o recrutamento realizado especialmente através das empresas estatais, de acordo com filosofia desenvolvimentista então vigente. (BRESSER-PEREIRA, 2001, p. 16).

A crise da dívida que assolava o Brasil na primeira metade dos anos 80 se encarregaria de restabelecer a democracia no país (1985) na medida em que desmantelava a centralização do poder e as estruturas adjacentes do Estado-provedor brasileiro. A despeito da grande conquista que foi a transição democrática, algumas consequências no plano do equilíbrio econômico-financeiro do Estado não tardariam a aparecer. A descentralização para os estados e municípios, ainda que legítima e inevitável, permitiu que os entes federativos incorressem em pesados endividamentos, legando à esfera federal, responsável última por suas dívidas, uma parcela a mais na crise financeira sem precedentes que se abateria sobre o Brasil. As demandas sociais reprimidas revelavam uma ideia de que seria possível reviver os anos 1950, que combinavam democracia e desenvolvimento.⁴⁰

Com a crise fiscal, a necessidade de rever a forma de intervenção do Estado na economia, expressa programas de desburocratização e desestatização elaborados entre 1979 e 1982, foi praticamente ignorada. Os dois programas foram concebidos de forma a aumentar a eficiência e a eficácia na administração pública e estimular a livre iniciativa. Além disso, recomendavam o enxugamento da máquina estatal, já que era prevista a eliminação de órgãos com tarefas pouco definidas ou já desempenhadas em outras instituições da administração direta e indireta.

⁴⁰ Para Lessa, 1977, o II PND fracassou em função de não ter realizado os ajustes estruturais significativos, mas apenas confirmado tendências do padrão de expansão anterior, tornando-se mais vulnerável ao ciclo econômico. A política econômica, em sua opinião, teria que ter optado por ajustamento (estabilização) e não financiamento (crescimento com endividamento).

O Brasil do início dos anos 1980 conheceria uma das maiores desacelerações da atividade produtiva da história da economia brasileira. A taxa de crescimento do PIB recuaria mais de 13 pontos percentuais entre 1980 e 1981 (com variações de 9,2% e -4,3%, respectivamente). A inflação atingiria o patamar de 100% entre 1980 e 1982, dobrando em 1983. O mesmo ocorreria com a dívida externa, que chegaria próxima ao patamar de US\$ 100 bilhões em 1983. A violenta recessão do início dos anos oitenta resultaria numa articulação de forças políticas que, embaladas pela campanha das Diretas Já, decretariam o final do regime militar em 1985, ainda que sob a tutela do sufrágio indireto.

A reforma do Estado era uma das principais promessas de Tancredo Neves e da Nova República. Buscava-se uma (re) afirmação efetiva do vigor da lei, acenando com a desobstrução do Legislativo, reforma tributária, descentralização, reaparelhamento da justiça, reforma agrária, saneamento da previdência, implantação do SUS, erradicação do analfabetismo, reforma do ensino básico e desenvolvimento regional. Todavia, o retorno à democracia fora articulado por forças políticas que acreditaram que a ampliação do déficit público poderia promover, simultaneamente, desenvolvimento e distribuição de renda.

Neste sentido, o Plano Cruzado, tecnicamente concebido com competência a partir do diagnóstico da teoria inercial da inflação⁴¹, foi compuscado de forma a produzir uma falsa prosperidade. Após inúmeras tentativas de acordo com os banqueiros internacionais, o presidente Sarney decretou a moratória da dívida externa. Havia durado pouco o entusiasmo com o plano e o congelamento dos preços. Apesar da intensa participação popular, o programa de estabilização fracassaria. Não obstante o expressivo crescimento econômico do triênio 1984-1986 (média de 6,9% ao ano), a retomada da inflação viria com toda força a partir de 1987. O patamar inflacionário ao redor de 200% ao ano que persistiria até 1985 se aceleraria novamente em 1987, atingindo 400% e rompendo a barreira dos 1000% a partir de

⁴¹ Para Ramalho, 2003, pg. 1 “No final dos anos 60, Mário Henrique Simonsen chegou a uma visão de inflação que chamou 'Modelo de Realimentação Inflacionária'. Essa visão incluía, com outros nomes, certas noções que ficaram populares nos anos 80, tais como choque inflacionário, autoperpetuação de inflação e inflação institucionalizada pela indexação. Dentre os economistas brasileiros e eminentes, Simonsen foi o primeiro a defender a tese de que o dispositivo da correção monetária prejudica a eficácia do combate à inflação”.

1988 até 1990, não obstante as três outras tentativas de congelamento de preços ocorridas no período.

Não obstante a moratória de 1986, a dívida externa continuaria em franca aceleração, saído do patamar de US\$ 100 bi dos estertores do regime militar para a casa dos US\$ 125 bi no final da década. O preço da aventura populista mergulharia o país em nova crise nos anos finais da década de 80, com descontrole da política econômica que levaria o país às portas da hiperinflação no início de 1990.

Em paralelo às tentativas de reforma econômica, foram também deflagradas reformas de base, materializadas nos trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, eleita em 1986 e instalada no começo de 1987. A Constituição de 1988 se caracteriza como uma reforma do Estado na medida em que referendou direitos de cidadania, ampliou mecanismos de inclusão política e de participação social, ampliou a participação e intervenção do Estado no domínio econômico, e descentralizou renda e poder entre as esferas de governo.

Traços importantes do Estado-coordenador podem ser identificados na participação nas decisões públicas que a Constituição passou a permitir. Foram institucionalizados mecanismos de democracia direta, favorecendo um maior controle social da gestão estatal, incentivou-se a descentralização político-administrativa e resgatou-se a importância da função de planejamento. Outro grande mérito da chamada constituição cidadã foi a exigência de concurso público para entrada no serviço público, reduzindo substancialmente o empreguismo que tradicionalmente caracterizou o Estado brasileiro.

Collor se apresentaria para a sociedade como um finalizador do processo de transição democrática e, sobretudo, como um arauto de um novo modelo de desenvolvimento econômico baseado na concepção de economia social de livre-mercado. A implantação deste novo modelo implicaria em estruturas governamentais menos rígidas, sobre as quais o presidente eleito desencadearia um violento processo de ruptura. O eixo central da proposta

de modernização era um rompimento com o passado, materializado no Projeto de Reconstrução Nacional⁴².

O Plano Collor (1990-1993) fomentou intensos debates sobre a legalidade e a efetividade econômica de suas medidas. Do ponto de vista administrativo, a extinção de alguns órgãos públicos e as demissões em todas as áreas provocaram intensas polêmicas. Não obstante houvesse um certo consenso a respeito da necessidade de redefinir e redimensionar o papel do Estado, a virulência das medidas tomadas acabou por estabelecer um clima de desconfiança na capacidade política do governo em gerir essas mudanças. Nesse contexto, as reformas caminharam de forma errática, beirando os limites da irresponsabilidade. Algumas das extinções tiveram que ser revistas, como a da Capes, e os cortes de pessoal, praticamente não reduziram custos.

No plano da economia, as medidas adotadas principalmente no que tange a abertura da economia, impuseram às empresas uma necessidade de ajustes vertiginosos das estruturas produtivas e gerenciais. Em meio a tantos decretos, mas sem precisar de um específico, a substituição do paradigma fordista no Brasil estaria decretada pela imposição frenética pela busca por competitividade das empresas, o que imporia a implantação de estruturas organizacionais mais flexíveis e voltadas para o atendimento à demanda. Esta seria a única saída para sobreviver ao avanço das empresas estrangeiras no mercado nacional.

Tal como no início dos anos 1980, os anos 1990 começariam sob o signo de uma severa recessão. O diagnóstico de que a inflação brasileira era fruto da crescente e elevada liquidez dos haveres financeiros (não necessariamente os monetários), levaria a uma drástica ruptura da chamada ciranda financeira pela via do confisco (ou bloqueio) de parte considerável dos depósitos à vista, sob a alegação de que medidas graduais não seriam

⁴² “Será depois do episódio de hiperinflação, no início de 1990, quando terminava o governo Sarney, que a sociedade abrirá os olhos para a crise. Em consequência, as reformas econômicas e o ajuste fiscal ganham impulso no governo Collor. Será esse governo contraditório, senão esquizofrênico, que dará os passos decisivos no sentido de iniciar as necessárias reformas orientadas para o mercado”. (Bresser-Pereira, 2001, pg. 21).

eficazes para romper com a dinâmica da indexação e poderiam precipitar uma fuga para ativos reais que jogaria o país numa efetiva e clássica hiperinflação. Adicionalmente, com o intuito de viabilizar a abertura econômica e comercial, a adoção de taxas de câmbio flutuantes, associada a uma queda significativa das tarifas de importação, garantiria uma inserção mais competitiva das empresas brasileiras no mercado internacional e permitiria uma suplementação da oferta pela via dos produtos importados. Por fim, o programa de privatizações funcionaria como um reforço ao equilíbrio orçamentário do setor público e como um mecanismo sancionador da modernização econômica pretendida.

O clima de desconfiança que foi gerado com o confisco dos depósitos à vista se potencializou com a drástica redução da atividade econômica ocorrida no triênio 1990-1992 (taxa média de crescimento do PIB de -1,3% do PIB no período). Na cena externa, a queda da demanda internacional com a Guerra do Golfo, associada à elevação dos preços do petróleo, deteriorou consideravelmente as condições do Balanço de Pagamentos do país, elevando a dívida externa para o patamar de US\$ 136 bi em 1992.

Da mesma forma que o governo Collor não consolidou, no âmbito do paradigma econômico, uma substituição efetiva das estruturas fordistas, no tocante à política não logrou êxito em consolidar o neoliberalismo no Brasil e nem tampouco estabeleceu as bases para o desenvolvimento do Estado-coordenador. O impeachment do presidente não tardaria a ocorrer, entretanto o legado dessa primeira incursão das ideias neoliberais no centro do poder trouxe uma agenda de discussão sobre a privatização e a abertura comercial no país. Em suma, pode-se dizer que, minimamente, o governo Collor obteve êxito ao destruir ou abalar seriamente as estruturas representativas dos paradigmas político e econômico vigentes desde o processo de substituição das importações.

Não obstante o seu considerável capital político, o governo Itamar Franco iniciou vacilante, com sucessivas trocas no comando da economia e com uma postura tímida e conservadora com relação à reforma do Estado brasileiro. Mesmo no tocante ao programa de privatizações, um quase consenso à época, houve uma forte hesitação inicial, em parte decorrente de posições históricas do presidente. Essa hesitação também se explicaria pelo fato

de o presidente ter que conservar a ampla base de apoio que possibilitou a sua ascensão ao cargo.

Por um lado, os constantes temores sobre a decretação de novos planos econômicos, levaram Itamar a assumir publicamente uma posição de que não haveria novos congelamentos ou confiscos. Por outro lado, as pressões pela construção de um novo modelo de desenvolvimento econômico e político não cessariam. De acordo com o Relatório do Desenvolvimento Humano - 1993, o Brasil passou da 59ª posição para a 70ª na classificação mundial das condições de vida. A Federação das Indústrias de São Paulo (FIESP), por seu turno, divulgaria contundente nota sublinhando que “as empresas não aguentam mais planos”. Diante de quadro de pressões políticas e do resultado de mais de uma década de empobrecimento da maioria da população e concentração de renda, era necessário articular um conjunto de reformas que de fato viessem a atender os anseios de parte majoritária da sociedade.

O Plano Real foi iniciado pelo ministro Fernando Henrique Cardoso e implantado em 1994 sem choques, conforme o compromisso político do presidente, e produziu efeitos alvissareiros para a sociedade. Ao mesmo tempo em que caía a inflação, ocorria também uma valorização da nova moeda nacional frente ao Dólar, o que, associado às facilidades de importação criadas pelo Governo, ampliaria o consumo e impulsionaria a atividade econômica e as vendas no final de 1994.

Não obstante efêmera, a lógica era engenhosa e por outras vezes seria repetida em ocasiões futuras: o acesso ao consumo de bens importados, decorrente da valorização da moeda brasileira, representava uma ampliação da oferta, que por sua vez mitigaria os impactos inflacionários. Impulsionado pelo Plano Real, Fernando Henrique Cardoso venceria a eleição no primeiro turno. Todavia, legado adverso desse processo de abertura seria a chamada primarização⁴³ da economia brasileira (Castro, 2010), através da qual setores

⁴³ O termo “primarização” da pauta exportadora traduz uma situação em que esta se torna mais concentrada em produtos primários que em bens industriais de média e alta tecnologia. Para os manufaturados de maior valor agregado perdem espaço também no mercado interno. Produtos como Pen drives, celulares, eletrônicos em geral já chegam prontos, restando apenas serem montados.

industriais inteiros como complexo metal-mecânico e brinquedos eletrônicos praticamente desapareceriam da cena econômica brasileira.

Além da âncora cambial, o Plano Real se encarregaria de estabelecer outros dois mecanismos contedores da espiral inflacionária: a âncora monetária, emblematizada pela significativa elevação das taxas de juros; e a âncora fiscal, que lançaria as bases para o controle do endividamento dos entes federativos, com a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Nº 8.429, de 2 de Junho de 1992). O biênio 1993-1994 apresentaria dados mais alentadores quando à *performance* da economia brasileira: além da queda da inflação verificada a partir da edição do Plano Real em julho de 1994, o crescimento econômico daria sinais de reação, com uma taxa média de 5% no biênio. O impasse externo seria mitigado com o retorno do capital estrangeiro, o que elevaria o patamar das Reservas para próximo dos US\$ 40 bi em 1994, praticamente dobrando em relação ao ano de 1992. Esse colchão amorteceria os impactos da elevação da dívida externa que alcançaria uma cifra próxima dos US\$ 150 bi no mesmo ano de 1994.

O Plano Real, tomado num sentido amplo, foi uma tentativa de colocar a economia brasileira sob a disciplina imposta por um regime de crescente conversibilidade financeira e comercial. Não se tratava, portanto, de obter apenas a estabilidade de preços, mediante a utilização clássica da “âncora” cambial. O objetivo era claramente mais vasto: um projeto de desenvolvimento liberal que, através da dupla abertura ao exterior, supunha a convergência relativamente rápida das estruturas produtivas, da produtividade e da taxa de juros da economia brasileira na direção dos padrões das economias avançadas. (BELLUZZO E CARNEIRO, 2004.)

Sob o signo da estabilidade econômica e com boas perspectivas de crescimento para o ano de 1995, Fernando Henrique Cardoso assumiu a Presidência da República, imbuído do objetivo de aprofundar as reformas econômicas e iniciar uma etapa de modernização na administração pública do Brasil. Nesta época é criado o MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, sob o comando Bresser-Pereira⁴⁴.

⁴⁴ “Eu já tinha algumas poucas ideias da nova administração pública (que eu chamaria um pouco adiante de “gerencial”) através da leitura do livro de Osborne e Gaebler, Reinventando o Governo. (...) O resultado foi elaborar, ainda no primeiro semestre de 1995, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado e a emenda constitucional da reforma administrativa, tomando como base as experiências recentes em países da OCDE, principalmente o Reino Unido, onde se implantava a

A partir do governo FHC, o debate sobre a reforma do Estado seria conduzido por Bresser-Pereira, cujas propostas estão resumidas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE) 1995. O documento tinha como proposta explícita inaugurar a chamada "administração gerencial", em substituição ao "estatismo patrimonialista" (Bresser-Pereira, 2001), característico da fase outonal do Estado-provedor. Em sintonia com as diretrizes econômicas do Plano Real, o PDRAE partia da premissa de que a crise latino-americana era uma crise do Estado e como tal demandaria um ajuste fiscal que exigiria reformas econômicas orientadas para o mercado e que estimulassem a concorrência, criando as condições para o enfrentamento da competição internacional. Paralelamente a esse processo de modernização, era fundamental ao Estado brasileiro aumentar sua "governança", ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas.

A reforma estava inserida num contexto da redefinição do papel do Estado, que deixava de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, para se tornar seu promotor, regulador e coordenador. A ideia central era a de reforçar a governança – aqui entendida como a capacidade de governo do Estado – passando de um modelo de administração pública rígida e ineficiente, para um modelo gerencial, flexível e eficiente, voltado em última instância para o cidadão. Para tanto, seria ainda necessário o aprofundamento da profissionalização e de permanente capacitação dos servidores públicos.

Vale aqui ressaltar que, a despeito do viés neoliberal de sua origem, esse novo paradigma de organização do Estado brasileiro guarda importante sintonia com a figura do Estado-coordenador, anteriormente examinado. Isto se dá em função da concepção deste modelo, fundamentado nos princípios de confiança e de descentralização da decisão, o que constantemente vem a exigir formas flexíveis de estruturas de gestão, descentralização de

segunda grande reforma administrativa da história do capitalismo: depois da reforma burocrática do século passado, a reforma gerencial do final deste século. As novas ideias estavam em plena formação; surgia no Reino Unido uma nova disciplina, a new public management, que, embora influenciada por ideias neoliberais, de fato não podia ser confundida com as ideias da direita; muitos países social-democratas estavam na Europa envolvidos no processo de reforma e de implantação de novas práticas administrativas. O Brasil tinha a oportunidade de participar desse grande movimento de reforma, e constituir-se no primeiro país em desenvolvimento a fazê-lo." (Bresser-Pereira, 2001, pg. 23).

funções e incentivo à criatividade. Todos esses atributos devem conter em si uma orientação para o cidadão, cliente último da administração pública.

No contexto dessa reforma brasileira, o modo de atuação do Estado se daria de acordo com três níveis. Um primeiro nível estratégico, incumbido de formular, supervisionar e avaliar a implementação das políticas públicas. Um segundo nível, responsável pela execução das políticas e atividades exclusivas, como regulação, fiscalização, segurança, previdência básica. Neste segundo nível se situariam as Agências Reguladoras. Finalmente, num terceiro nível estariam presentes as funções não exclusivas do Estado, no qual bens e serviços públicos em hospitais, escolas, centros culturais e centros de pesquisa podem ser fornecidos por organizações estatais, associações sem fins lucrativos e mesmo empresas privadas, sujeitas ao controle social:

A Reforma Gerencial de 1995 baseou-se em um modelo de reforma que desenvolvi com minha equipe nos primeiros meses do governo. Não estava interessado em discutir com os neoliberais o grau de intervenção do Estado na economia, já que acredito que hoje já se tenha chegado a um razoável consenso sobre a inviabilidade do Estado mínimo e da necessidade da ação reguladora, corretora, e estimuladora do Estado. (...) Três instituições organizacionais emergiram da reforma, ela própria um conjunto de novas instituições: as “agências reguladoras”, as “agências executivas”, e as “organizações sociais”. No campo das atividades exclusivas de Estado, as agências reguladoras são entidades com autonomia para regulamentarem os setores empresariais que operem em mercados não suficientemente competitivos, enquanto as agências executivas ocupam-se principalmente da execução das leis. (...) O instrumento que o núcleo estratégico usa para controlar as atividades exclusivas realizadas por agências e as não exclusivas atribuídas a organizações sociais é o contrato de gestão. (BRESSER-PEREIRA, 2001, p. 32)

Figura 013: Organização das Atribuições do Estado com a Reforma de 1997

		Forma de propriedade			Forma de administração		Instituições
		Estatal	Pública não-estatal	Privada	Burocrática	Gerencial	
Atividades exclusivas do Estado	NÚCLEO ESTRATÉGICO Congresso, tribunais superiores, presidência, cúpula dos ministérios	○				○	Secretarias formuladoras de políticas públicas Contrato de gestão
	AGÊNCIAS Polícia, regulamentação, fiscalização, fomento da área social e científica, seguridade social	○				○	Agências executivas e reguladoras
	SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS Escolas, hospitais, centros de pesquisa, museus		○			○	Organizações sociais
	PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas			○		○	Empresas privadas

Publicização → (seta apontando de Serviços Não-Exclusivos para Pública não-estatal)

Privatização → (seta apontando de Produção para o Mercado para Privada)

Fonte: Bresser-Pereira, 2009, pg.: 290

A Figura 013 ilustra o funcionamento geral das três instâncias organizacionais, representativas da Reforma de 1995. Ainda sobre as AR, cabe ao ministro nomear o diretor-presidente e assinar com ele o contrato de gestão e controlar os resultados.

A reforma dos anos 1990, por um lado, foi precedida de uma crise que desmantelou e sucateou a máquina administrativa brasileira, e, por outro lado, sucedida por outra crise, de mais curta duração, que abortou a sua decolagem. Esta reforma caminhava celeremente até que fosse atingida pelos efeitos das crises econômicas de 1997 e 1998, que resultaram na concentração das atribuições do MARE junto ao Ministério do Planejamento, passando o novo ministério a ser chamado Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Houve ali certo esmaecimento no processo de consolidação das Agências Reguladoras⁴⁵ e Agências

⁴⁵Após a criação da Agência Nacional de Energia Elétrica – ANEEL (Lei no 9.427, de 26/12/1996), Agência Nacional de Telecomunicações – ANATEL (Lei no 9.472, de 16/7/1997) e Agência Nacional do Petróleo – ANP (Lei no 9.478, de 6/8/1997), o processo sofreria uma descontinuidade em 1998, retomando a partir de 1999 com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa (Lei no 9.782, de 26/1/1999). Para Ramalho, PIS, 2009, pg. 145, “Pode ser identificado

Executivas. Os ventos da crise atingiram também concursos públicos anuais para as carreiras de Estado, que foram descontinuados face o ajuste fiscal. De todo modo estavam lançadas ali algumas sementes⁴⁶ para a consolidação de novas estruturas da administração pública, mais sintonizadas com as características do Estado-coordenador.

No plano da Economia, a âncora da taxa de câmbio aliada ao desequilíbrio externo concorria para o estabelecimento de um patamar mínimo elevado da taxa de juros. Essa era a alternativa para a continuidade da entrada dos capitais externos no país. Deste modo, sempre que ocorresse um desequilíbrio externo qualquer, a saída seria sempre o “*más de lo mismo*” com a elevação quase que compulsória da taxa de juros. Assim tinha sido no México, na Argentina, no Peru e em grande parte dos países latino-americanos. Para conservar os patamares da valorização cambial, o governo FHC teria que dobrar a taxa de juros em 1997, com a crise asiática, e fazê-lo novamente em 1998, com a moratória russa. A situação cambial tornara-se por demais insustentável ao ponto de o governo, após a vitória no sufrágio de 1998, promover uma atribulada troca de comando no Banco Central e uma desastrosa desvalorização cambial de janeiro de 1999.

Em que pese uma pressão inflacionária inicial, rapidamente controlada pela via da elevação dos juros e do arrocho fiscal⁴⁷, após o ajuste de 1999 houve uma importante

conjunto de agências reguladoras ditas de “primeira geração”, criadas em 1996 e 1997, e atuantes em setores da infraestrutura. Trata-se dos casos da Agência Nacional de Energia Elétrica – ANEEL, da Agência Nacional de Telecomunicações – ANATEL e da Agência Nacional do Petróleo – ANP. Santana⁵² ressalta que a criação de tais agências objetivou tanto o monitoramento da qualidade dos serviços bem como o cumprimento de metas definidas nos contratos com as respectivas operadoras – principalmente quanto à oferta dos serviços –, quanto o estabelecimento de preços referenciais e tarifas, criando quase-mercado em ambientes de mercados monopolistas. As chamadas agências de “segunda geração” seriam aquelas criadas em 1999 e 2000, mas ligadas a setores em que há características competitivas no mercado: Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. As agências classificadas como de “terceira geração” são a Agência Nacional de Águas – ANA, a Agência Nacional de Transportes Aquaviários – Antaq, a Agência Nacional de Transportes Terrestres – ANTT e a Agência Nacional do Cinema – Ancine, todas criadas no período de 2000 e 2001.”

⁴⁶ Para Bresser-Pereira, 2001, pg. 36. “A implementação da Reforma Gerencial de 1995 durará muitos anos no Brasil. Passará por avanços e retrocessos. Enfrentará a natural resistência à mudança e o corporativismo dos velhos burocratas, os interesses eleitorais dos políticos, o interesse dos capitalistas em obter benefícios do Estado. O presidente disse-me então, ao informar-me de sua decisão de fundir os dois ministérios, que entendia que minha missão na administração federal havia sido cumprida, e me convidou para assumir o Ministério da Ciência e da Tecnologia. Permaneci nesse cargo entre janeiro e julho de 1999, quando voltei para minhas atividades acadêmicas.”

⁴⁷ Neste quesito deve-se destacar a reforma previdenciária de 1998, a renegociação das dívidas estaduais e Lei de Responsabilidade Fiscal, com a imposição de limites de gastos de pessoal nas três esferas da administração pública.

retomada do crescimento. Em 2000 o ritmo da economia parecia ter retomado uma trajetória de crescimento, que logo seria abortada pela crise internacional, decorrente dos atentados terroristas contra os EUA em 2001 e do estouro da bolha da internet logo a seguir. A excessiva dependência do Brasil aos fluxos financeiros internacionais impunha à nossa dinâmica macroeconômica um clássico *stop and go*⁴⁸, ou o abasileirado voo da galinha. A taxa de crescimento média da economia no primeiro mandato de FHC (2,5% ao ano) seria exatamente a metade da verificada no período Itamar.

Apesar da recuperação das exportações, o Brasil não conseguiria repetir em 2001 e 2002 o desempenho de 2000. No segundo mandato de FHC a dívida pública seguiu crescendo e seu perfil a cada vez mais se concentrando no curto prazo. O governo FHC terminaria com um quadro de profunda instabilidade macroeconômica, com elevação da dívida pública à casa de 60% do PIB e aceleração inflacionária. A taxa média de crescimento do PIB no segundo mandato (2,1% ao ano) seria ainda inferior à verificada no primeiro. Por fim, a expectativa do mercado acerca da iminência da chegada do PT ao poder, provocaria uma forte desvalorização cambial, com a taxa de câmbio tendo chegado a R\$ 4,00 por Dólar em outubro de 2002, mês do primeiro turno da eleição presidencial.

Nesse contexto, o primeiro desafio do governo Lula seria o de reverter o quadro de profunda instabilidade com elevação do risco-país, pressões cambiais e inflacionárias. Mesmo antes da posse, o governo já sinalizara para a manutenção das diretrizes gerais da política econômica. Uma evidência disso é que tanto a taxa de câmbio como o risco Brasil já haviam cedido quando o novo governo tomou posse. Especialmente a partir da designação de um nome ligado ao mercado, Henrique Meirelles, para o Banco Central, o mercado se convencera de que o novo governo não apresentava um risco tão grande quanto se imaginara em princípio.

⁴⁸ O processo chamado *stop and go* ou “voo da galinha” se caracteriza como uma fase em que não se consegue estabelecer um ciclo virtuoso de crescimento sustentado em patamares elevados. Nesta situação, o crescimento é pautado especialmente pelas restrições macroeconômicas externas.

Se do ponto de vista da agenda econômica a principal diretriz era a de manter as coisas como estavam, do ponto de vista da política o novo governo se manifestara por diversas ocasiões como reticente à reforma administrativa em curso. Particularmente no que tocava à autonomia das AR, o governo revelava um sentimento de que tais reformas traduziam um viés neoliberal. De fato, a política dos anos 1990 reforça a hipótese de que a Reforma do Estado ocorreu com a anuência dos países centrais, sancionada pela OCDE (Cruz, 2009) e identificada com o neoliberalismo, embora os governantes e ideólogos desse período quase sempre o neguem.

A preocupação governamental se mostrava razoável, especialmente quando se considera que com a regulação via agências independentes, podem ocorrer vícios administrativos e riscos políticos derivados da predominância dos interesses de grupos privados. Essa visão é compartilhada por Lodge (2004), que sugere que a era da regulação trouxe significativa redução do conceito de cidadania, limitando o indivíduo à esfera dos direitos contratuais do consumidor. Em suma, o diagnóstico do governo que se instalava apontava que ao mesmo tempo em que a reforma regulatória dos anos noventa favoreceu o *accountability* e transparência, e a participação dos atores sociais, favoreceu também a deterioração dos padrões de qualidade da cidadania e capacidade de intervenção direta do Estado.

O propósito inicial do novo governo era efetuar uma grande mudança no papel e no poder das AR. Para Meuller (2009), eventos relacionados no setor de telecomunicações traduzem a ação do governo para o setor regulatório. Um desses eventos foi a tentativa do governo de mitigar os aumentos nas tarifas de telefonia (indexados ao IGP-DI), decorrentes de contratos de concessão e autorizados pela ANATEL em junho de 2003. O impacto das tarifas de serviços públicos na inflação era um tema caro a um presidente em começo de mandato, que tinha uma percepção de que as companhias de telefonia estavam sendo beneficiadas em detrimento dos consumidores. Após uma renhida disputa judicial, o Superior Tribunal de Justiça – STJ sustentou o uso pela ANATEL do IGP-DI, conforme estipulado nos contratos de concessão. Outro evento marcante desse relacionamento foi o episódio do afastamento do Presidente da ANATEL, Luis Schymura, que havia sido nomeado pelo

governo anterior. Nesse contexto, o Presidente Lula, no auge do imbróglio sobre o índice de reajuste, chegaria a afirmar que as haviam terceirizado o governo.

Afora a questão pontual e específica da ANATEL, a tentativa do governo Lula em modificar o arcabouço regulatório das AR ocorreria com o estabelecimento do grupo de trabalho encarregado de apresentar propostas para o aperfeiçoamento institucional das AR.

Figura 014: Organização das Atribuições do Estado com a PL nº 3.337/2004

		Forma de propriedade			Forma de administração		Instituições
		Estatal	Pública não-estatal	Privada	Burocrática	Gerencial	
Atividades exclusivas do Estado	NÚCLEO ESTRATÉGICO Congresso, tribunais superiores, presidência, cúpula dos ministérios	○				○	Secretarias formuladoras de políticas públicas Contrato de gestão
	AGÊNCIAS Polícia, regulamentação, fiscalização, fomento da área social e científica, seguridade social	○			←	○	Agências executivas e reguladoras
	SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS Escolas, hospitais, centros de pesquisa, museus		○			○	Organizações sociais
	PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas			○		○	Empresas privadas

Arrows in the original image: Dotted arrows from Núcleo Estratégico to Agências. Solid arrow from Serviços Não-Exclusivos to Privada (labeled 'Publicização'). Solid arrow from Produção para o Mercado to Privada (labeled 'Privatização').

Fonte: Adaptado de Bresser-Pereira, 2009, pg.: 290

O resultado deste trabalho se materializou em Proposta de Lei levada a consulta pública já no ano de 2004 (PL nº 3.337/2004). As setas pequenas e pontilhadas da Figura 014 indicam uma tentativa do governo em mitigar traços do neoliberalismo presentes na Reforma de 1995. Se por um lado o governo não proporia alterações drásticas na arquitetura do Estado desenhada por seu antecessor, por outro lado ressaltaria a importância de um reforço da necessidade do núcleo estratégico. Ademais, o novo governo se mostraria propenso a (re) discutir a retomada de empresas e de serviços não exclusivos para a esfera do Estado.

Em suma, neste novo arcabouço era proposta a transferência do poder de concessão das agências para o ministério da área. Noutros termos, a decisão sobre quem poderia explorar os serviços públicos seria uma decisão técnica tomada com base em critérios objetivos, mas ficaria na esfera ministerial e não das AR. Outro ponto importante da proposta foi o

estabelecimento de contratos de gestão que estabeleceria metas para as agências. A intenção desse mecanismo era fazer que as políticas das agências estivessem em sintonia com os programas do governo, apresentando também relatórios anuais de gestão.

O PL nº 3.337/2004 abordava ainda a questão do risco da captura dos reguladores. Nesse sentido, a relação das agências com o Congresso se daria por meio da elaboração de um relatório anual de atividades com vistas ao controle e prestação de contas. Essa é uma evidência de que não obstante, o governo Lula reconhecesse que o modelo das agências reguladoras permitia bons resultados para o exercício da função regulatória, era necessário ser aperfeiçoado de modo a corrigir as lacunas decorrentes do ineditismo dessas entidades no ordenamento da Administração Pública Federal.

A questão, fundamental é que as agências são criadas, na verdade, num vazio prévio de definições legais e institucionais. É como se as agências tivessem de suprir tudo o que estava faltando.” ROUSSEFF, Dilma. Agências Reguladoras: avaliação de performance e perspectivas.(CAMARA DOS DEPUTADOS APUD RAMALHO, 2009, p. 149).

Ainda que estivesse na primeira metade do mandato, o governo não conseguiria o apoio congressional necessário para formalizar tais reformas. O tímido crescimento da economia no ano de 2003 (1,3% de variação do PIB) não estabelecia uma diferenciação relevante com o ritmo verificado no governo anterior. Ademais o posterior escândalo do mensalão, enfraqueceria a legitimidade dos projetos de reforma que emanavam da Casa Civil, vistos àquela altura como uma tentativa ilegítima de interferência por parte do governo no setor regulatório. Não fosse a recuperação do nível de atividade já a partir de 2004, associado à inação soberba da oposição, o governo Lula possivelmente teria sofrido solução de continuidade àquela altura.

O ano de 2004 produziu uma taxa de crescimento do PIB (5,7%) aquém da “espetacular⁴⁹”, mas suficiente para garantir uma trajetória de razoável crescimento econômico até o final do primeiro mandato. Além da taxa média de crescimento do PIB (3,5%) superior a do período FHC, o governo Lula exibiu resultados animadores no tocante

⁴⁹ O termo é uma alusão ao espetáculo crescimento prometido por Lula a partir do segundo ano de mandato.

ao equilíbrio das condições macroeconômicas e a preparação para uma retomada do crescimento sustentado mais adiante, desvinculando-se, ainda que em parte, das restrições que impunham o voo da galinha à dinâmica do crescimento da economia brasileira. Essa desvinculação se tornou possível com o equacionamento das contas externas.

Em quatro anos, o saldo da balança comercial quase quadruplicou, passando US\$ 13 bi em 2002 para US\$ 46 bi em 2006 (Gremaud et alli). Essa recomposição se deveu, basicamente, a três motivos principais: primeiramente, a desvalorização cambial do final do governo FHC conferiu fôlego extra à competitividade dos produtos exportados; em segundo lugar, o crescimento do quantum, estimulado pela demanda chinesa voraz; finalmente, mas não menos importante, as ações diplomáticas do Brasil no sentido de diversificar e redistribuir o peso de seus parceiros comerciais começava a gerar efeitos concretos. Esta situação levou à redução do passivo externo do país, permitindo a criação de uma relativa blindagem às flutuações externas.

Do ponto de vista das finanças públicas internas, houve também uma significativa melhora, com a redução da relação entre dívida interna e o PIB, à custa da sistemática obtenção de superávits fiscais entre 4% e 5% do PIB e da elevação da carga tributária ao patamar de 38% do PIB (Dain, 2007). Esse movimento revelou, por um lado, o compromisso do governo com as metas fiscais e com a manutenção do controle da inflação – que se situou dentro da meta e com tendência de queda ao longo do primeiro mandato do governo Lula. Por outro lado, se estabeleceu um novo patamar de presença do Estado na economia, sinalizado pela implantação de políticas sociais como o Bolsa Família e a recuperação e valorização das carreiras do setor público.

A necessidade de mover a administração da política econômica no sentido do provimento de acesso às classes menos favorecidas já era destacado:

A abertura da economia e o Plano Real resultaram no crescimento da dívida pública e externa e restringe os avanços potenciais da seguridade, utilizando os recursos do OSS para o pagamento do serviço da dívida. O esforço em aumentar o superávit fiscal e conter o déficit do Balanço de Pagamentos, não reduziu o endividamento. Para piorar, não é possível prever tempos melhores para a questão social sem promover um novo posicionamento por parte de quem detém o poder. (DAIN e MATISJACIC. 2005, p. 8)

O segundo mandato de Lula começaria sob o signo do Programa de Aceleração do Crescimento – PAC, cuja prioridade é a retomada do planejamento de médio/longo prazo associada à desoneração dos investimentos na área de infraestrutura. Já em 2007, o Governo Federal destinou R\$ 16,5 bilhões do Orçamento Geral da União para investimentos do PAC. A previsão de recurso até o final do segundo mandato seria de R\$ 503,9 bi entre as áreas de logística, energia e infraestrutura social.

A ideia central do PAC era a de promover a aceleração do crescimento econômico, aumento do emprego, e a melhoria das condições gerais de vida da população brasileira. A viabilização desses objetivos se daria sob a forma da articulação entre investimento privado e o investimento público em infraestrutura. Nesse sentido, uma das metas era remover obstáculos, burocráticos, administrativos, normativos, jurídicos e legislativos, ao crescimento (Governo Federal, 2007). Para tanto, seria necessária uma articulação entre o Executivo, Legislativo, Judiciário, trabalhadores e empresários. As principais medidas do Programa foram organizadas em cinco blocos:

- Investimento em Infraestrutura;
- Melhora do Ambiente de Investimento;
- Medidas Fiscais de Longo Prazo;
- Desoneração e Aperfeiçoamento do Sistema Tributário e;
- Estímulo ao Crédito e ao Financiamento.

A aceleração pretendida pelo governo ocorreria já a partir de 2007, com a taxa de crescimento do PIB atingindo 6,1% e 5,1% nos anos de 2007 e 2008, respectivamente, não obstante os atrasos do cronograma do PAC. Uma das maiores dificuldades encontradas pelo governo era exatamente no eixo da Melhora do Ambiente de Investimento. Nesse quesito foram incluídas medidas destinadas a agilizar e facilitar a implementação de investimentos em infraestrutura; medidas de aperfeiçoamento do marco regulatório e do sistema de defesa da concorrência; e estímulo desenvolvimento regional, via recriação da SUDAM e SUDENE.

A tentativa de revisão do marco legal das AR (definição de competências – PL nº 3.337/2004), a despeito da retomada do crescimento econômico e da elevação sem

precedentes dos índices de aprovação do presidente, permaneceria inconclusa. Entre críticas e sugestões de alteração, a PL receberia, até 2009, 165 propostas de emenda:

Na Câmara também se pôde notar a repercussão dos acidentes aéreos ocorridos em 2006 e 2007, quando a opinião pública, em diversos fóruns potencializados pelos veículos de imprensa, questionou a agência reguladora da aviação civil e colocou novamente o tema da regulação em pauta. No dia 15 de agosto de 2007, a Câmara realizou uma Comissão Geral – sessão em que o Plenário torna-se grande palco de debates – para discutir o tema das agências reguladoras. Com grande visibilidade, o debate foi acompanhado pelos principais especialistas do país. (RAMALHO, 2009, p. 150)

Até mesmo por parte das próprias agências reguladoras houve mobilização no sentido de propor ajustes para o PL do Executivo. Em 2008, os presidentes das agências elaboraram documento contendo propostas de aperfeiçoamento do texto, que tocou em pontos considerados estratégicos. Esses pontos foram manifestados em diversos documentos do PAC (Governo Federal, 2007), como medida de reforço ao ambiente favorável aos investimentos no país (Ramalho, 2009):

- Garantir a efetividade de autonomia das agências.
- Viabilizar obrigatoriedade de realização de reuniões públicas do conselho diretor.
- Ordenar a forma de realização das consultas públicas.
- Facilitar operacionalização do instituto de financiamento de entidades ligadas à proteção do consumidor.
- Simplificar instrumentos de planejamento propostos para a prestação de contas.
- Necessidade de se clarear o papel do ouvidor, garantindo sua independência.
- Definir mecanismos próprios de interação com órgão de defesa da concorrência em leis de determinadas agências.
- Criar a possibilidade de celebração de termos de ajustamento de conduta pelas agências.
- Normatizar a qualificação dos membros do conselho diretor das agências.
- Criação de varas especializadas em matéria regulatória no judiciário, evitando os malefícios da judicialização.

A despeito de avanços como os da recriação da SUDAM e SUDENE e reforma do CADE, o debate sobre o aperfeiçoamento do marco regulatório sofreria novo revés com a eclosão da crise financeira internacional e seus impactos sobre o ritmo do crescimento brasileiro, especialmente no ano de 2009. O clima de apreensão gerado pela crise econômica seria logo sucedido por uma retomada vigorosa da taxa de crescimento do PIB (de -0,2% em 2009 para uma previsão ao redor de 8,0% em 2010), ainda que acompanhada de uma perspectiva de reaceleração inflacionária que certamente arrefecerá o ritmo de crescimento para 2011. Todavia, o debate da sucessão presidencial já havia tomado corpo suficiente para mais uma vez adiar a decisão sobre a PL nº 3.337/2004 e manter inconclusa a reforma do Estado pretendida pelo governo Lula.

Ainda sobre o *modus operandi* das AR, há que se considerar que existe um razoável grau de consenso acerca das suas condições gerais de funcionamento, não obstante a diversidade de desenhos institucionais próprios. A Figura 015 a seguir ilustra de forma resumida essa configuração geral:

Figura 015: Síntese dos aspectos referentes as AR no Brasil

Origem das agências	Reforma regulatória da década de 1990:
Atividades regulatórias	Regulamentação e normatização; permissão, autorização e licença; fiscalização e controle; definição de tarifas; imposição de sanções e penalidades.
Direção	Colegiada, com um presidente.
Nomeação	Indicação pelo presidente da República, com sabatina no Senado.
Escolha do presidente	Presidente da República.
Decisões sobre matéria regulatória	Por maioria, em regime colegiado.
Independência técnica e decisória	Baseada no mandato fixo estável e na autonomia administrativa e financeira.
Procedimentalização	Previsões gerais na Lei do Processo Administrativo (Lei nº 9.784/1999). Tendência à superprocedimentalização.
Audiências e consultas públicas	Diferentes previsões para realização pelas agências. Uniformização prevista no PL nº 3.337/2004. Ministérios supervisores com poucas condições para o acompanhamento.
Controle pelo Executivo e Legislativo	Eventuais convites aos dirigentes para participação em comissões do Congresso. Envio formal de relatório de gestão ao Tribunal de Contas da União – TCU. Apresentação de relatórios de atividades em audiências prevista no PL nº 3.337/2004.
Revisão externa dos atos	Possibilidade de revisão pelo Judiciário.
Relação com defesa da concorrência	Relação prevista para determinadas agências. Articulação prevista no PL nº 3.337/2004.
Reclamações dos agentes e cidadãos	Ouvidorias em algumas agências recebem e encaminham as reclamações aos dirigentes. Independência e extensão a todas as agências previstas no PL nº 3.337/2004.

Fonte: Ramalho, 2009, pg.: 152

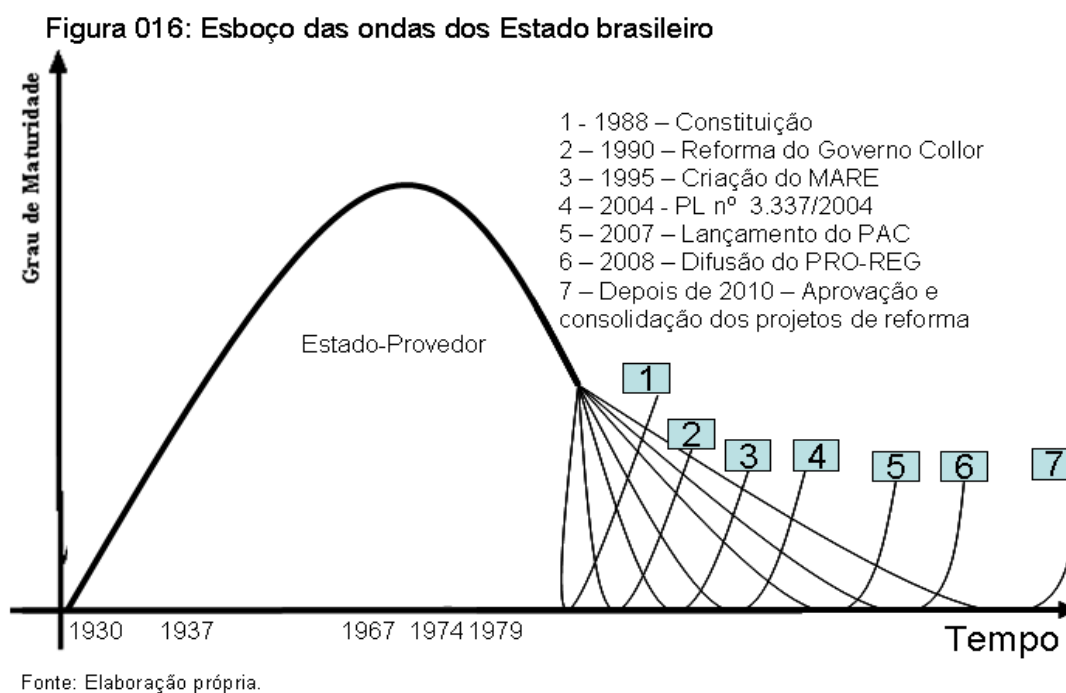
A reforma do Estado brasileiro ainda é uma obra inacabada em diversos aspectos, mas que tem evoluído na direção de uma configuração mais próxima da figura do Estado-coordenador, discutido no primeiro capítulo desta tese. No caso específico das AR esta situação não é diferente, posto que também se trata de uma obra em construção, que transita entre a esferas da influência privada e pública, equilibrando interesses dos atores e coordenando ações do Estado no sentido de promover o interesse público e ampliar os mecanismos de transparência e *accountability*. Nesse sentido, cabe destacar as iniciativas de ampliação, Consultas e Audiências Públicas, que têm ganhado cada vez mais força e legitimidade e são característicos das agências. Mais adiante, no próximo capítulo, serão apresentadas e discutidas as consultas públicas editadas ao longo da existência da ANS até 2009.

Outro ponto a se destacar é o recente Programa de Fortalecimento da Capacidade Institucional para Gestão em Regulação – PRO-REG, fruto de convênio do governo brasileiro com a OCDE cujos principais objetivos são: a troca de experiências regulatórias internacionais, o fortalecimento do sistema de regulação, a capacidade de formulação e análise de políticas públicas nos setores regulados e a melhoria da coordenação e do alinhamento estratégico entre políticas setoriais. O PRO-REG foi instituído em 2007 pelo Decreto nº 6.062, e está sendo conduzido por um comitê gestor, composto pela Casa Civil, Ministério do Planejamento e Ministério da Fazenda, além deste, há um comitê consultivo, composto pelos ministérios que têm AR sob a sua supervisão. Este programa tem um horizonte inicial de três anos para implementação e desde 2008 começou a treinar profissionais das AR para implementação das técnicas de avaliação de impacto regulatório.

Em resumo, as AR surgiram como um produto da reforma regulatória e vêm se constituindo num importante elemento no processo de amadurecimento da figura do Estado-coordenador no Brasil. Como já destacado na fase introdutória desta seção, as múltiplas possibilidades que se colocam e a falta de isenção histórica do processo nos impedem de apontar com clareza e exatidão para o momento preciso da transição do Estado-provedor para o Estado-coordenador no Brasil. Diversos marcos dessa transição poderiam ser apontados: a Constituição de 1988; a Reforma do Governo Collor em 1990; a Reforma de 1995; o PL nº

3.337/2004; a edição do PAC em 2007, o desenvolvimento do PRO-REG a partir de 2008, ou mesmo uma perspectiva futura de consolidação das propostas ora em discussão.

No entanto, mais do que a definição de um marco específico, o que se procura aqui é demonstrar a existência de um movimento de transição entre duas formas estruturais distintas de organização do Estado. Noutros termos, nossa contemporaneidade traduz também no Brasil, a exemplo do que já se examinou nos países centrais no primeiro capítulo, uma transição de uma configuração de Estado baseada na intervenção maciça e no provimento direto na atividade econômica para formas mais flexíveis. Também na experiência brasileira, a caducidade do Estado-provedor, turbinada pela avalanche do neoliberalismo, inexoravelmente aponta para o devir de novas formas de articulação entre o público e o privado.



O movimento de ascensão, consolidação e caducidade do Estado-provedor no Brasil, bem como sua transição para o Estado-coordenador, pode ser ilustrado a partir da Figura 016, na qual é possível observar que a ascensão do Estado-provedor no Brasil se dá, a exemplo dos países centrais, a partir de 1930, no nosso caso emblematicamente pelo início do governo Vargas. O ano de 1937 revela a instituição do Estado-novo, com a criação do DASP, da CLT e de tantas outras instituições que sancionaram o movimento de industrialização com substituição

de importações. Em linhas gerais esse movimento estruturante ganhou força e se consolidou com a criação de estatais como a Petrobrás e Eletrobrás, o BNDES e instituições e comissões de planejamento e gestão que caracterizaram o governo JK.

O governo militar herdou o projeto de reformulação do Estado concebido no governo Jango e dando cores finais a esse projeto com o Decreto-Lei nº 200, de 1967. Esta reforma criou uma separação clara entre a administração direta e indireta, garantindo autonomia de gestão às autarquias, fundações e empresas estatais. Estavam ali estabelecidas as bases institucionais para o crescimento sem precedentes que a economia brasileira teria até o fechamento em definitivo, em 1979, das janelas de oportunidades oferecidas pela oferta de crédito externo. A partir deste momento, as estruturas do Estado-provedor no Brasil seriam desafiadas no embalo do impasse da dívida externa e do processo de redemocratização que culminaria com a Constituição de 1988 e com a posse de um governante democraticamente eleito após mais de vinte anos.

Há cerca de 30 anos, em outubro de 1970, a guinada radical da política monetária americana, comandada por Paul Vocker, marcou o início da reafirmação econômica americana (...) constituindo um marco simbólico do início da globalização. Aos que estão presenciando, há um ano, os fatos dramáticos nos mercados financeiros cabem perguntar se um deles ou o seu conjunto marca o fim de uma era. A resposta à pergunta não é trivial e, a rigor, talvez não possa ser dada de imediato. Trata-se menos de impossibilidade determinada pela contemporaneidade dos fatos e mais pelo caráter múltiplo das saídas que se colocarão aos eventos do último ano. Carneiro, R. (<http://desenvolvimentobr.ning.com/profiles/blogs/>).

Como já mencionado no decorrer deste trabalho, a falta de isenção histórica e as múltiplas possibilidades que se abrem na cena contemporânea não nos permitem uma pincelada mais forte, no sentido expressionista, sobre a Figura 013. Esta pincelada nos permitiria cravar uma data ou um evento representativo da transição do Estado-provedor para o Estado-coordenador. Todavia, em face da ausência de um referencial mais firme, nos cabe analisar indícios importantes desse novo paradigma que vêm se sucedendo.

Este é caso da Reforma de 1995, que estabelece e organiza os limites entre as instâncias do núcleo estratégico, agências reguladoras e executivas. Contribuição semelhante ocorre com o PL nº 3.337/2004 que basicamente ressaltaria a importância de um reforço da

importância do núcleo estratégico (Figura 014). A edição do PAC em 2007 reforçaria a necessidade de consolidação desse arcabouço, estimulando um debate que gerou diversas propostas de emenda e até mesmo um documento elaborado por presidentes das AR que apontava para medidas no sentido de reforçar a autonomia das agências e disciplinar e ordenar aspectos inerentes ao seu funcionamento. Ao passo que essas definições caminham de acordo com uma lógica política própria, outras iniciativas importantes vêm ocorrendo como é o caso do PRO-REG, voltado para a troca de experiências regulatórias internacionais, e para a coordenação do alinhamento estratégico entre políticas setoriais, estimulando o uso das ferramentas de análise do impacto regulatório pelas AR.

A análise da evolução do paradigma político no Brasil, sintetizada na Figura 016 aponta para uma situação futura em que se marcará a consolidação da presença do Estado-coordenador no Brasil. Diferentemente do que foi analisado no capítulo 1, cujo foco eram os países centrais, o movimento de consolidação do Estado-coordenador no Brasil deverá ter como um de seus elementos centrais as políticas sociais (presentes na gênese do Estado-provedor dos países centrais) construindo, de fato, um sistema de bem-estar no Brasil, diferente daquele que se viu ao longo da manifestação do Estado-provedor no Brasil. Para Kornis, um welfare state, em síntese meritocrático-particularista fundado na capacidade contributiva do trabalhador e num gasto público residual financiado por um sistema tributário regressivo, um sistema não-redistributivo e montado sobre um quadro de grandes desigualdades e de misérias absolutas

A despeito de avanços com a Previdência Social do governo Vargas, ou a garantia do acesso universal à saúde materializado pelo SUS, ou ainda a instituição do Bolsa Família como um direito do cidadão, são evidentes as lacunas a serem preenchidas no sentido da construção de fato de um Estado do Bem-Estar no Brasil. Desse modo, a versão brasileira de constituição do Estado-coordenador terá o duplo desafio de adequar as estruturas políticas e organizacionais do país à agenda de desafios do século XXI e ao mesmo tempo resgatar o legado das dívidas sociais do século XX.

Do ponto de vista da economia, convém ressaltar, como já mencionado, o caráter retardatário do desenvolvimento brasileiro. Por um lado, pelo ponto de vista da política, o

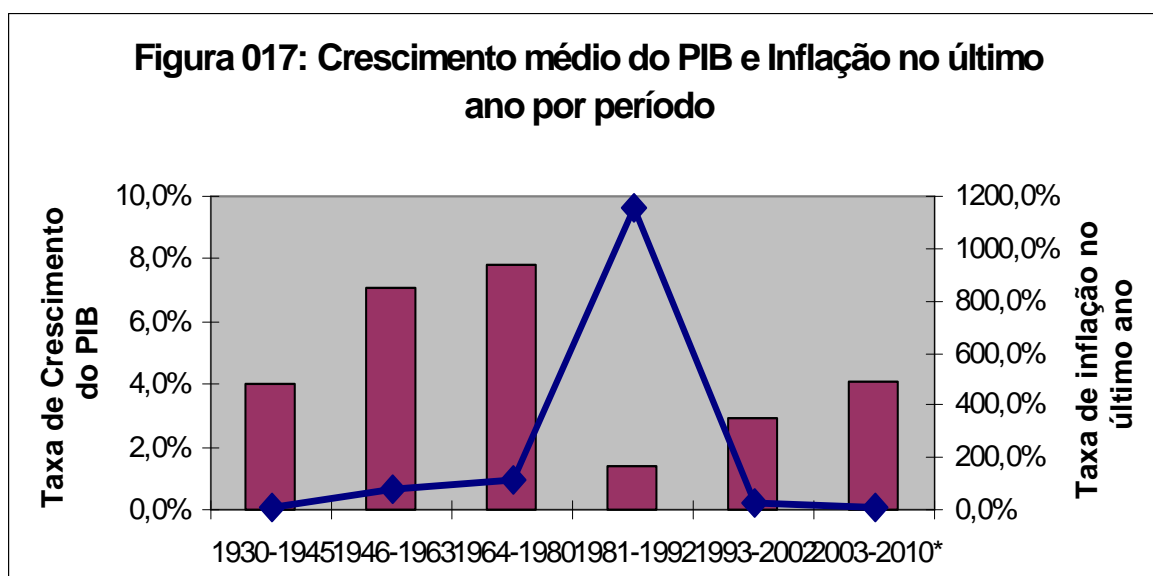
Brasil apresentou um ciclo de predominância de Estado-provedor relativamente semelhante ao dos países centrais. Por outro lado, do ponto de vista da economia, a emergência do paradigma fordista no Brasil se deu por volta do período de maturidade deste paradigma nos países centrais. Noutros termos, enquanto o fordismo atingia sua maturidade por volta dos anos 1930, com a produção em massa do Ford Modelo A e de toda uma gama de produtos baseados no padrão taylorista, o Brasil começava a reorganizar sua economia com vistas à industrialização baseada na substituição das importações.

A Figura 017 a seguir mostra a evolução da economia (variação do PIB e da inflação (IGP-DI) no último ano do período⁵⁰) e das estruturas de mercado no Brasil dividida nos seguintes períodos:

- I Fase da substituição das importações, comandada pelo primeiro governo Vargas (1930 a 1945) e baseada na indústria de bens de consumo leve. Taxa média de crescimento do PIB de 4,0%. Inflação de 11,2%.
- Estado democrático de direito, com investimentos em transportes, energia e indústria de bens de consumo. Fase desenvolvimentista que começaria em 1946 e duraria até a recessão de 1963. Taxa média de crescimento do PIB de 7,1%. Inflação de 79,9%.
- Ciclo de expansão desenvolvimentista liderada, a partir de 1964, por governos militares que consolidariam o desenvolvimento da indústria de base e das grandes obras de infraestrutura até a reversão do ciclo de crescimento em 1980. Taxa média de crescimento do PIB de 7,8%. Inflação de 110,3%.
- “Década perdida”, entre 1981 e 1992, caracterizada pela crise da dívida, desvalorizações cambiais, escalada inflacionária e pela miríade de planos de estabilização. Perda da dinâmica de desenvolvimento e da competitividade dos produtos *made in Brazil* pela obsolescência tecnológica. Início da abertura da economia. Taxa média de crescimento do PIB de 1.157,8%.

⁵⁰ A opção por considerar a inflação do último ano do período se deve ao fato de, em alguns períodos como o de 1993 a 2002, ter havido uma variação considerável em torno da média, o que enviesaria a análise. O IGP (DI) foi escolhido em função de estar disponível em todos os anos da série.

- Estabilização da economia com estabelecimento das âncoras fiscal, monetária e cambial. Equacionamento do impasse externo, abertura da economia, estímulo à busca de competitividade dos produtos brasileiros e início da primarização da atividade econômica. Governos Itamar e FHC, de 1993 a 2002. Taxa média de crescimento do PIB de 2,9%. Inflação de 26,4%.
- Políticas de estímulo à demanda e recuperação do emprego. Equilíbrio das contas externas, aceleração do crescimento com manutenção das condições de estabilização e agravamento do processo de primarização da economia. Governos Lula de 2003 a 2010. Taxa média de crescimento do PIB de 4,1%⁵¹. Inflação de 11,6%.



A figura 017 ilustra uma forte correlação com o ciclo de ascensão e queda do Estado-provedor no Brasil, apresentado anteriormente na Figura 016. A proximidade das curvas revela o aspecto de *development lead state* (Chang, 1999) do Brasil. De fato, nos momentos

⁵¹ Taxa de 8,0% de crescimento do PIB para 2010, estimada pelo Ministério da Fazenda em dezembro de 2010. A taxa de inflação de 2010 considera o realizado de janeiro a novembro, com estimativa para o mês de dezembro. “O boletim *Focus* também traz projeção para o Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (IPC-Fipe), que passou de 6,33% para 6,34%, este ano, e de 4,89% para 4,86% em 2011. A estimativa para o Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI) subiu de 11,18% para 11,60%, este ano, e de 5,31% para 5,42%, em 2011. Vide: <http://www.cancaoanovaneews.com/noticia.php?id=279363>;

em que a organização do Estado é mais presente (seja em estágio de formação de um novo paradigma, como no período Vargas, consolidação, como no período seguinte ou em fase de maturidade, como na fase entre 1964 e 1979), observa-se uma elevação das taxas médias de crescimento que acompanham o amadurecimento do paradigma político. O processo de ruptura com o desenvolvimentismo, que caracteriza os anos 1980, também se traduz nas menores taxas de crescimento da série analisada (década perdida).

Por fim, o processo de recomposição das estruturas do Estado brasileiro, já anteriormente discutido, prenuncia o limiar de uma nova etapa de aceleração do crescimento no Brasil, a exemplo do ocorrido no período 1946-1980. Neste sentido, vale sublinhar a semelhança dos resultados obtidos pelo primeiro governo Vargas (4,0% de variação média do PIB e inflação de 11,2% no último ano com os do governo Lula (4,1% e 11,6%, respectivamente). Outra semelhança reside no ineditismo de políticas sociais e no processo de recomposição da burocracia e das estruturas de Estado, desta feita sob bases democráticas. O prenúncio desta nova etapa de desenvolvimento revela um papel protagonista do Estado-coordenador, que além de regular a atividade privada deverá ter a especial tarefa de dar sustentação à produção característica⁵² deste novo paradigma que se inicia.

O problema estratégico que se coloca atualmente para a economia brasileira é como o transitar de um modelo de substituição de importações para um modelo autossustentável de crescimento. Para realizar essa tarefa – a de estabelecer uma ponte entre os dois modelos – a variável decisiva estará no montante e composição dos investimentos governamentais; ao setor público, com seu peso relativo dentro da economia, tem capacidade de exercer uma demanda autônoma, capaz de se opor às tendências negativas que emergem do esgotamento do impulso externo. (SICAÚ E PORTARI, 2010, p. 120).

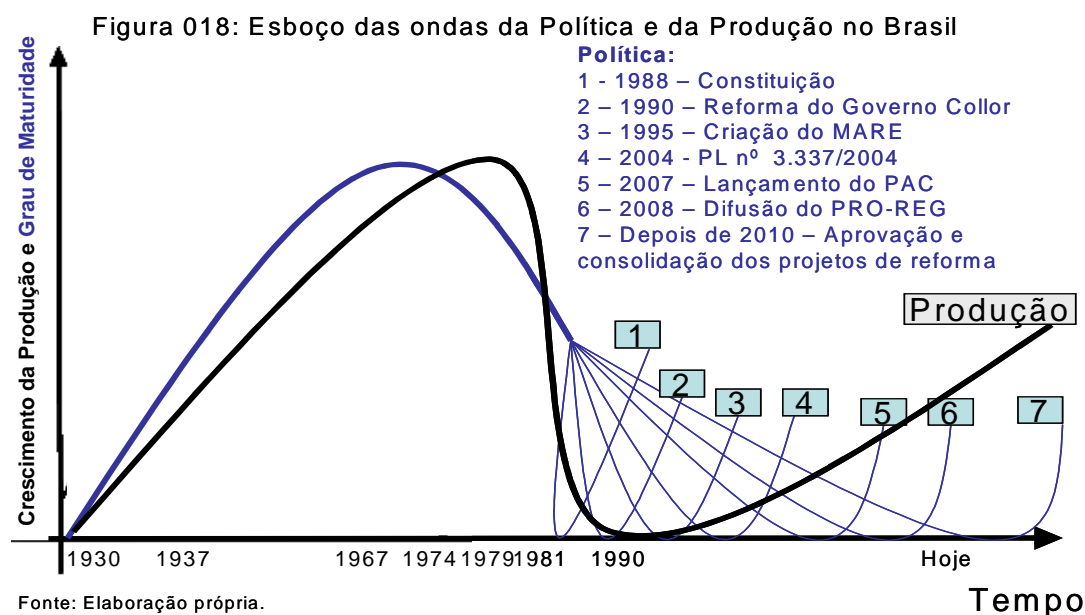
Ainda sobre a Figura 017, vale ressaltar o descasamento entre o comportamento das taxas de inflação e de crescimento do PIB no Brasil no longo prazo, colocando em cheque a

⁵² No sentido do pós-fordismo examinado no capítulo anterior, traduzido pela difusão das comunicações de massa e pelas redes sociais, que implica na disseminação de sistemas de inovação.

aplicabilidade da Teoria Quantitativa da Moeda – TQM e da Curva de Philips⁵³ ao caso brasileiro específico aqui discutido.

Convém ainda destacar que, via de regra, o estágio de consolidação do paradigma econômico não se traduz diretamente em taxas de crescimento elevado, haja vista a recessão de 1929 nos países centrais, que coincidiu com a maturidade do paradigma fordista, conforme examinado no capítulo primeiro. Todavia, no caso particular do Brasil essas curvas andam muito próximas. Isso ocorre em função do aspecto de *development lead state* da economia brasileira, na qual as ondas da produção e da organização do Estado guardam forte correlação, conforme ilustrado na Figura 018 a seguir.

⁵³ Pasanesi, et alli, pg. 5, chegam à conclusão semelhante ao analisar o comportamento da economia brasileira na década de 2000. "As tentativas de verificar empiricamente a existência de uma Curva de Phillips na economia brasileira no período de fevereiro de 2002 a abril de 2009 mostraram-se infrutíferas. Os resultados obtidos nesse trabalho reforçam esta conclusão, no sentido de que a existência de uma relação funcional inversa entre inflação e desemprego não possui significância estatística na economia brasileira. Trajetórias contrárias de inflação e desemprego significam dizer que não existe uma relação de dependência estatisticamente significativa entre as duas variáveis. O comportamento descendente da inflação não está ligado diretamente ao comportamento ascendente do desemprego. Provavelmente, as duas variáveis sofrem influências de uma terceira variável externa ao modelo. Essa variável determina conjuntamente o comportamento de Inflação e Desemprego. Na prática, a conclusão aqui apresentada significa que a adoção de políticas que objetivem reduzir o desemprego não irá necessariamente provocar aumento de inflação. Porém, é possível que a redução do desemprego afete de tal forma a variável externa que, por intermédio desta, surjam pressões inflacionárias."



A curva da produção no Brasil ilustra o abrupto processo de dismantelamento das estruturas fordistas, ocorrido especialmente a partir do choque de competitividade sofrido com a abertura comercial de 1990. Este pode ser considerado um marco da inflexão da estrutura da produção fordista no Brasil (neste caso, diferentemente do paradigma político, com um retardo significativo em relação aos países centrais).

Andreazzi afirmar com folga que a década de 90, no Brasil, protagonizou mudanças extremamente relevantes no seu modelo econômico, que são até denominadas, pelos seus principais condutores, de fim da era Vargas.

É precisamente nesse movimento de crise econômica, associada a mudança de paradigma econômico e também ao início de um processo de transição do paradigma político, é que se dá o estabelecimento da universalização da saúde no Brasil com a criação do SUS. Neste sentido, em que pese o feito da importante conquista social da universalização, esta se deu sob condições conjunturais adversas que determinariam uma trajetória de escassez de financiamento do Sistema. Na próxima seção, será montado um panorama da trajetória da Saúde no Brasil e de suas relações público-privadas.

2.2 Trajetória da saúde no Brasil sob a ótica das relações público-privadas

Um marco importante de estruturação do sistema de saúde no Brasil, antes mesmo da criação do Ministério da Educação e da Saúde em 1930, é a Lei Eloy Chaves (Decreto Legislativo nº 4.682, de 24/01/1923) que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP). Inicialmente destinado aos empregados das empresas ferroviárias, a partir de 1926 o direito é estendido aos estivadores e marítimos. As CAP eram organizadas por empresa, sendo custeadas por um *mix* entre empregados (3% salário), empresas (1% faturamento bruto), além do adicional de tarifas pagas pelos usuários dos serviços. O poder decisório das CAP era composto por empregados eleitos em assembleia e empregadores, cabendo ao Estado a tarefa única de fiscalização.

Convém ressaltar que as CAP são representativas de uma etapa em que o desenvolvimento econômico não era comandado pela indústria, que ficava limitada às atividades indispensáveis ao bom desempenho dos setores agroexportadores hegemônicos (transporte de carga ferroviárias e portuárias). Os princípios liberais, característicos da República Velha, começariam a ser modificados a partir da década de 1930. A criação do Ministério da Saúde e Educação em 1930, não obstante não traduzisse nenhuma ação de impacto quando da sua criação, representaria um indício de maior controle federal nos serviços estaduais de saúde. Essa perspectiva se confirmaria com a Constituição de 1934, que estabeleceu como função do Estado: cuidar da saúde da população; combate às grandes endemias; e dar amparo à maternidade e à infância (OLIVEIRA, J. e TEIXEIRA, S., 1985).

A ação estatal se intensificaria com o Estado Novo, que marca o efetivo estabelecimento de políticas públicas de saúde no Brasil, como a interiorização da medicina com a organização dos serviços de combate às endemias rurais. Até então a ação pública se limitava às capitais e quase que exclusivamente à capital federal. Em 1941, foi instituída a reforma Barros Barreto (Polignano, 2001), em que se destaca: a instituição de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar; criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias; fortalecimento do Instituto Oswaldo

Cruz, como referência nacional; criação de programas de abastecimento de água e construção de esgotos, no âmbito da saúde pública; e a criação do Instituto Nacional do Câncer.

Vale destacar que o Estado-provedor a essa altura era ainda uma obra em construção, cuja consolidação se daria a partir da segunda fase da industrialização a partir de 1946, que proporcionaria as elevadas taxas de crescimento da economia conforme já examinado na primeira seção deste capítulo. Este teria sido um momento propício para a consolidação das políticas sociais no Brasil. Todavia, especialmente no campo da saúde, o desenvolvimento estava assentado num tripé que nos afastaria dos modelos universalistas que àquela altura surgiam nos países centrais, mais notadamente na Europa.

Primeiramente, o modelo brasileiro era caracterizado por um padrão institucional e administrativo centralizado, mas ainda assim de natureza elitista e privatista e, portanto incapaz de garantir a natureza pública do serviço. Em segundo lugar, a lógica empregado-empresa afastava os gestores do sistema das demandas sociais, especialmente dos grupos mais frágeis e sem sindicatos ou empregos formais. Os Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAP, que sucederam as CAP, eram vinculados às categorias profissionais e comandados por presidentes nomeados pelo presidente da república. Por último, e possivelmente mais importante, o padrão precário de financiamento⁵⁴ – baseado na contribuição de empregados e empregadores sobre folha - que implicava na vulnerabilidade ao ciclo. Esta situação se agravava ainda, conforme examinado na seção anterior, pela elevada variação das taxas de crescimento da atividade econômica que se verificou especialmente no período compreendido entre 1930 e 1945. Em suma, não obstante o capital industrial passasse a comandar a dinâmica da acumulação, a lógica de uma cidadania regulada pela simbiose entre as estruturas sindicais corporativas e o Estado prevaleceria.

Não obstante a acumulação de capital proveniente das elevadas taxas de crescimento da economia a partir de 1946, não houve avanços significativos no tocante à consolidação de

⁵⁴ Para Polignano, 2001, pg. 12. “A escassez de recursos financeiros associado a pulverização destes recursos e de pessoal entre diversos órgãos e setores, aos conflitos de jurisdição e gestão, e superposição de funções e atividades, fizeram com que a maioria das ações de saúde pública no estado novo se reduzissem a meros aspectos normativos, sem efetivação no campo prático de soluções para os grandes problemas sanitários existentes no país naquela época.”

uma política de saúde no Brasil, a despeito da criação em 1953 do Ministério da Saúde, o que na verdade limitou-se a um desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação sem que isto significasse uma preocupação efetiva em atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência. Também neste período começa a ser gestado o processo de unificação das diversas IAP então existentes⁵⁵. Ainda neste processo de unificação também seria criado, em 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária e peste.

Após longa tramitação e exaustivos debates acerca da unificação dos IAP, a Lei Orgânica de Previdência Social Lei 3.807 foi finalmente sancionada em 26 de agosto de 1960, excluindo os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência. Os representantes das classes trabalhadoras vinculados às indústrias automobilísticas, criadas no governo Kubistchek, repudiavam a unificação, uma vez que isto representava o abandono de direitos conquistados, além de os IAP naquela época se constituírem em importantes feudos políticos e eleitorais. Ademais, os mecanismos de financiamento dos IAP eram desvinculados da Previdência Social, no qual empregadores e empregados bancavam a assistência médica sob a intermediação das empresas de medicina de grupo ou dos serviços próprios de saúde dos empregadores (Cordeiro, 1984).

O processo de unificação avançaria a partir do Regime Militar de 1964, que promoveria intervenções sistemáticas nos IAP, com os Conselhos Administrativos sendo substituídos por juntas interventoras nomeadas pelos militares. Seria ali inaugurada a fase de “universalização excludente” (Faveret e Oliveira, 1990), ambiente sob o qual os segmentos mais abastados do mercado de trabalho procurariam saídas alternativas que convergiriam para a proliferação dos planos privados de saúde (Ocké-Reis et alli, 2005). O processo de unificação se consolidaria com a Reforma da Previdência de 1966, na esteira da maturidade

⁵⁵ Entre esses IAP estavam o IAPM, criado em 1933; em 1934 o IAPB; em 1936 o IAPI; em 1938 o IPASE e IAPTEC; e em 1940 o IAPC.

do Estado-provedor no Brasil, com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), reunindo os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. O funcionalismo público continuaria sob o Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores - IPASE, demonstrando que de certo modo a concepção setorialista ainda permaneceria.

O processo de universalização excludente se aprofundaria sob a tutela do INPS, cuja influência de técnicos com tendências privatizantes, oriundos dos IAP, era marcante. Estavam sendo criadas as condições para o desenvolvimento de um complexo médico-industrial no Brasil, que se transformaria no principal comprador de serviços médico-hospitalares (Andreazzi, 2001). Em paralelo, por meio do “convênio-empresa”, começaram a ser desenvolvidos esquemas privados entre empresas empregadoras e prestadores, que combinavam pacotes de serviços e seus respectivos preços para determinada quantidade de trabalhadores e seus familiares.

O novo desenho institucional permitiu um aumento do grau de universalização, ainda que à custa da repressão às demandas sociais. Nesse sentido, se presencia uma certa transfiguração do clientelismo, que deixa de ser vinculado à categoria profissional e ao sindicato e adquire base regional, fortemente dependente de injunções políticas. Além da marginalização das camadas mais pobres – não segurados- o novo sistema se caracterizaria pela diferenciação dos serviços de saúde oferecidos em função da clientela, como os destinados às populações de baixa renda caracterizados pela baixa resolutividade.

A despeito da diferenciação da oferta, o aumento do número de beneficiários impunha a necessidade de redesenhar o sistema médico previdenciário existente, incapaz àquela altura de suportar o incremento da demanda. Esta situação colocou o governo militar diante de um dilema: ampliar o financiamento público da saúde ou buscar novas formas de financiamento. A opção foi a de estimular a participação da iniciativa privada no setor. Essa escolha, não obstante aprofundasse a exclusão, estimularia o engajamento de setores importantes e influentes dentro da sociedade.

Sob a tutela do regime militar, a manifestação do Estado-provedor no Brasil, diferentemente dos países centrais europeus, ocorreria sem uma de suas características mais marcantes: um sistema de saúde pública e universalista. Noutros termos, trata-se de uma manifestação peculiar, tardia e restrita do Estado-provedor. Assumiu-se a opção por um modelo assistencialista-privatista de assistência médica, caracterizado por fortes subsídios ao setor privado. Em 1974 o sistema previdenciário saiu da esfera do Ministério do Trabalho, com a criação Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Juntamente com este Ministério foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) que proporcionava a oferta de crédito subsidiado para a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada, o que logo resultaria num complexo médico-industrial poderoso, que doravante exerceria fortes influências as políticas de saúde do país.

Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde, que estabeleceria as diretrizes de uma política de promoção, proteção e recuperação da saúde. Todavia, o governo federal destinara recursos exíguos ao Ministério da Saúde, fazendo uma clara opção pela medicina curativa, que não obstante fosse mais dispendiosa, contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS. Em suma, ao passo em que se vivia a década de maior crescimento da economia brasileira, o Ministério da Saúde tornara-se muito mais um órgão normativo do que um executor de política de saúde no Brasil.

O sistema capitaneado pela Previdência foi se tornando cada vez mais complexo a ponto de exigir novas burocracias para geri-lo. Em 1977 seria criado Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) que era composto por seis órgãos básicos: INAMPS (assistência médica); IAPAS (administração previdenciária); INPS (benefícios previdenciários); LBA (assistência social); FUNABEM (assistência ao menor); e DATAPREV (processamento de dados).

O sistema previdenciário evoluiria de uma concepção securitária para se tornar redistributivo-assistencial⁵⁶ e sua maturidade seria a atropelada pela crise que se estabeleceu

⁵⁶ No conceito de seguro: o indivíduo contribui e faz jus a um benefício, que deve guardar estrita correspondência com o valor da contribuição. Na concepção redistributivo-assistencial: as contribuições são pagas de acordo com as possibilidades e os benefícios, de acordo com as necessidades.

no Brasil a partir de 1981. Além da redução do valor das aposentadorias e do pagamento dos serviços médicos contratados, o sistema passaria a conviver com a queda na qualidade dos serviços prestados e com aumento generalizado da sonegação, filas, corrupção e fraudes. No campo da macro política, ampliar-se-iam as nomeações sem critérios técnicos, aprofundando o clientelismo por um governo com apoio político cada vez mais restrito.

O esquema redistributivo-assistencial seria ainda afetado pela queda do nível de emprego e dos salários, contidos pela política econômica e pela repressão política. Além disso, o sistema passou a conviver com o desemprego e as suas graves consequências. Além da desagregação do modelo econômico e das políticas sociais, a década perdida revelaria um quadro de aumento da marginalidade, ampliação das favelas e degradação dos indicadores de saúde (Oliveira e Teixeira, 1989). O modelo de saúde previdenciário começara a mostrar a sua ineficácia no sentido de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias e as epidemias. Ademais, em plena crise de financiamento do Estado, eram crescentes os custos da medicina curativa, centrada na atenção médica-hospitalar de elevada complexidade.

Em plena redemocratização marcada pelas DIRETAS-JÁ (1985) e a eleição de Tancredo Neves, o Estado brasileiro se via diante da incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema. O fim do regime militar foi marcado pela disseminação de movimentos sociais no Brasil. No campo da saúde, um exemplo disso é criação das associações ou conselhos dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS). Esses atores teriam grande peso nos trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte em 1986 com a promulgação da nova Constituição em 1988. Além disso, engendrariam uma grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde).

A nova coalizão governamental tinha a difícil missão de ampliar e consolidar as políticas sociais no país em ambiente econômico profundamente adverso. Essa adversidade seria ainda potencializada pela morte de Tancredo Neves, que trouxe ao primeiro plano da

cena política um personagem que teria o desafio adicional de dotar o novo governo da legitimidade. Por um lado, o novo governo haveria de dar voz aos movimentos sociais, identificados com a proposta progressista de consolidação das políticas sociais e de uma política de saúde de fato. Por outro lado, era apoiado em uma frente que unia o PMDB (já por si contraditório) e o PFL. Os insucessos do lado progressista foram se acumulando na medida da proliferação das formas políticas mais tradicionais de clientelismo e troca de favores.

A nova configuração da política de saúde sancionaria a universalização excludente, beneficiando e fornecendo atenção médica somente para a parcela da população com renda suficiente para bancar o sistema. Neste sentido, a criação do SUS em 1990 com a edição das Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, ocorreria em ambiente politicamente adverso (posto que os movimentos sociais àquela altura não se tornariam hegemônicos na cena política brasileira) e economicamente em função da crise que recrudesceria no final da década de oitenta.

O SUS fora concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderia participar do SUS em caráter complementar. Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

- UNIVERSALIDADE - acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- EQUIDADE – garantia à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- INTEGRALIDADE - considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

Destes derivaram alguns princípios organizadores:

- HIERARQUIZAÇÃO - conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

- PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL - democratização dos processos decisórios consolidados na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde;
- DESENCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA ADMINISTRATIVA - municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS.

Pela abrangência dos objetivos propostos e pela complexidade do desafio, a implementação do SUS a partir dos anos 1990 se traduz num movimento de marchas e contramarchas. Esse movimento partiu rumo à consolidação da universalização, como primeira conquista, e à descentralização como desafio posterior, exigindo uma forte articulação entre municípios, estados e a esfera federal. As Normas Operacionais Básicas do SUS-NOB foram os instrumentos de regulação do processo de descentralização, especialmente considerando um contexto federalista ainda em definição e com um sistema tributário centralizado.

O desafio da implementação do SUS nos anos 1990 se dá num macro ambiente pautado pelas reformas neoliberais, porém num micro ambiente marcado pela necessidade de concretização de uma agenda progressista, construída pelo movimento sanitário dos anos 80. Essa contradição de fundo é que vai expressar o caráter imperfeito e deformado do sistema na contra maré das tendências hegemônicas (Mattos, 2001). Nesse sentido, a descentralização era a única diretriz organizativa do SUS que não colidia com as ideias neoliberais (Cordeiro, 2001) e envolvia não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal.

A década de 1990 testemunharia a transição de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro para um cenário com novos atores sociais, representados em grande medida por novos gestores na saúde. Todavia, a descentralização por si só não garantiria o caráter democrático do processo decisório. Especialmente em países marcados pela heterogeneidade e desigualdade, como o Brasil, esse processo necessitaria de um arcabouço de regras e normas que o disciplinassem, ou até mesmo o esculpissem pela via dos golpes de portaria (Goulart, 2001), organizando-o através do fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do governo.

Em que pese as idiossincrasias marcantes deste processo de institucionalização de gabinete, é lícito ressaltar que houve avanços no modelo de descentralização adotado pela política de saúde em direção à municipalização da gestão e da explicitação das funções estaduais como coordenadores do sistema de referência intermunicipal. O nível federal, por sua vez, ampliou seu poder indutor e regulatório sobre o processo de descentralização ao introduzir novos mecanismos de transferência.

É assim que a NOB 01/91, sob o argumento da inviabilidade do repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde - regulamentado pelo artigo 35 da Lei 8.080 - redefiniu toda a lógica de financiamento, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece, em grande parte, vigorando até hoje. A NOB 01/93 criou critérios e categorias diferenciadas de gestão para a habilitação dos municípios. Todavia, logo no ano seguinte o Ministério da Previdência cessou a transferência de recursos para a área da saúde, agravando a crise financeira do setor.

Na esteira do estabelecimento do Plano Real e com o agravamento da crise de financiamento do setor saúde, o ministro Jatene reconheceria em 1996 a incapacidade do governo em remunerar adequadamente os prestadores de serviços médicos e passaria a defender a criação da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira) como fonte de recurso exclusiva para financiar a saúde. A ideia de se ter um dinheiro carimbado para financiar a saúde sucumbiria à ação da equipe econômica do governo, que passara a deduzir dos recursos do orçamento da união para a saúde os valores previstos com a arrecadação da CPMF. Esse fato resultaria no pedido de demissão de Jatene do cargo neste mesmo ano.

Apesar das marchas e contramarchas do período, é possível identificar alguns avanços no sentido da (re) organização do papel do Estado e do estabelecimento de um novo patamar nas relações existentes entre os principais atores sociais do campo da saúde. Isso se traduz pela participação ativa e crescente desses atores nos processos de discussão, elaboração e implantação das NOB, a tal ponto de os agentes executores passarem a atuar como formuladores da própria política nacional de saúde. Paralelamente, vale destacar as mudanças estabelecidas com a implantação do Piso Assistencial Básico (PAB), cuja vigência, assim

como de outros incentivos financeiros, permitiu a ampliação expressiva dos recursos federais. Outra mudança importante estabelecida com o PAB foi a determinação de um valor mínimo para os municípios. A implantação deste valor per capita, definido com base na média da produção dos procedimentos considerados básicos em 1996, acabou por ampliar o aporte de recursos para assistência básica nos municípios⁵⁷.

Num outro olhar sobre a questão, Merhy e Franco, 2003, consideram que a fragmentação do financiamento prejudicou a integralidade da atenção à saúde, criando uma “cesta básica” insuficiente que deu liberdade para o setor privado crescer na ausência do público como prestador de assistência hospitalar e ambulatorial especializada. Todavia, se é fato que os recursos para cobertura da atenção básica correspondem apenas a uma pequena parcela do montante dos recursos assistenciais necessários, também é fato que a partir da NOB 01/96 a grande maioria dos municípios passou a ser gestora de sistemas de saúde, gerenciando diretamente os recursos para o subsistema da atenção básica e ampliando a possibilidade da assistência nos níveis de maior complexidade.

Além disso, os municípios se credenciaram a receber incentivos para o desenvolvimento de programas como: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Programa de Saúde da Família (PSF); Assistência Farmacêutica básica; Programa de Combate as Carências Nutricionais; ações básicas de Vigilância Sanitária; ações básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental. Em suma, programas derivados da NOB 01/96, como o PSF, refletiram uma reorientação do modelo assistencial no sentido de estabelecer vínculos e laços de compromisso entre os profissionais da saúde e a população.

Não obstante as idas e vindas vividas pelo SUS ao longo da sua existência, pode-se afirmar que no tocante à atenção primária houve progressos significativos no setor público. Todavia, os avanços da atenção primária, como a queda da mortalidade geral, infantil e em

⁵⁷ Com a NOB SUS 01/96 o poder de indução e controle se manteve, porém houve a extensão de incentivos financeiros e implantação da transferência direta dos recursos federais para um grande número de municípios e para os estados habilitados. Todavia, um desafio que se mantém é de como contornar os problemas advindos da padronização dos instrumentos, organização e unificação do sistema de saúde, que podem limitar iniciativas peculiares, vinculadas às situações específicas de cada município ou região, especialmente na medida em que se utilizam esses instrumentos técnico-operacionais nos critérios de repasse.

menores de cinco anos, além do aumento da esperança de vida o Brasil ainda se encontra em situação inferior à dos países mais desenvolvidos (Noronha et alli, 2005). É nesse contexto que a questão do financiamento permaneceria como eixo central das discussões e disputas palacianas⁵⁸. Em 1998 o Ministro da Saúde, José Serra, divulgaria um contundente comunicado, destacando que entre 1994 e 1998 o gasto com saúde, em relação ao PIB, caiu 12,4%, ao passo que o total com as outras despesas teria subido, segundo o ministro, 22,6%.

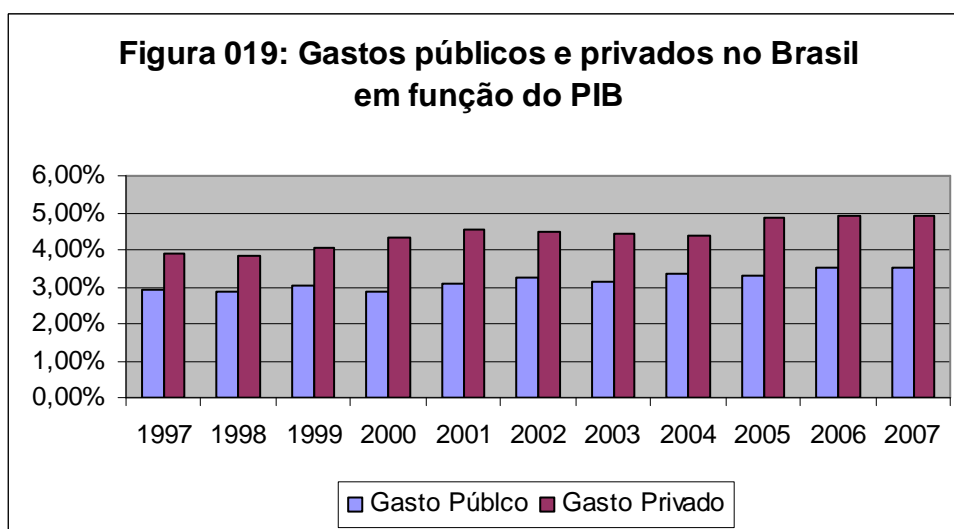
A arrecadação da CPMF cobrada a partir de 23 de janeiro de 1997 não beneficiou a Saúde. O que houve foi desvio de outras fontes, ou seja, a receita do CPMF foi destinada à saúde, mas foram diminuídas as destinações à saúde decorrentes de contribuições sobre os lucros e do COFINS. (FOLHA DE SÃO PAULO, APUD POLIGNONO, 2001, p. 32.).

Em meio às pesadas gestões no sentido de estabelecer uma condição mínima de financiamento, o gasto em saúde no Brasil continuaria sendo majoritariamente privado (ver mais adiante Figura 019 com o comparativo do *mix* público-privado no Brasil), ao contrário do que ocorre em outros países que contam com sistemas universais de saúde. O SUS acabou sofrendo os efeitos do ajuste macroeconômico do segundo mandato FHC, que limitou ainda mais a desejada elevação dos recursos disponíveis para o seu financiamento. A crescente descentralização do Sistema contribuiu para a redução relativa da União como principal financiador – de 77,7% do total, nos anos 80, para 58,3% em 2000 (Ugá e Marques, 2005). Para Andreazzi, 2001, pg. 75, apud Piola e Biasoto, 2001, os gastos per capita em saúde das três esferas governamentais saltariam de US\$ 72,90 em 1993 para US\$ 104,55 em 1997 e retroagiriam a US\$ 96,57 em 1999. Bahia, 2009, pg. 760, destaca ainda indícios “*mais do que suficientes de que a marcha ascensional dos gastos privados com saúde no Brasil (em 1975, a proporção de gastos privados era 33%30 e 60% em 2005).*”

O intenso debate sobre as condições de financiamento do SUS permearia as discussões sobre a Emenda Constitucional 29/2000. O texto da EC 29 deu continuidade às acirradas discussões entre o Ministério da Saúde e o da Fazenda sobre o ano-base que serviria de

⁵⁸ As intensas disputas entre as áreas ministeriais da saúde e da economia não cessariam aí e se constituiriam num pano de fundo da criação da ANS, conforme será analisado na seção seguinte deste capítulo.

referência para o futuro: a Saúde reivindicava o ano de 2000; e a Fazenda advogava uma base mais reduzida, vinculada ao ano de 1999. Importantes avanços referentes à atualização dos valores do orçamento da saúde foram conquistados com a EC 29. A Emenda possibilitou a vinculação da variação dos gastos orçamentários da Saúde à variação do PIB nominal, o que permitiu que a Saúde pelo menos estancasse a tendência de perda relativa nos gastos, permitindo até algum crescimento a partir de 2000 e chegando a 2007 (último ano disponível da série do Banco Mundial (http://www.who.int/nha/country/nha_ratios_and_percapita_levels_2003-2007.xls) com o gasto público um pouco mais próximo do gasto privado, mas num patamar ínfimo diante dos desafios de prover um sistema universal.



De acordo com a EC29/2000, estados e municípios deveriam alocar para a saúde no primeiro ano, pelo menos 7% das receitas, devendo esta participação crescer anualmente até atingir, 12%, para os estados e 15% para os municípios em 2004. Não obstante os avanços no campo da manutenção dos gastos, as principais restrições à EC29/2000 estão associadas ao fato de que não veio acompanhada de uma regulamentação imediata, que garantisse uma mudança de patamar dos recursos na área da saúde. Ademais, alguns estados, para cumprirem o disposto na EC29, incluíram indevidamente como despesas em ações e serviços de saúde, gastos com inativos da área da saúde, empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar e toda uma sorte de recursos que não poderiam ser classificados como gastos SUS: Para

Em todos os anos do primeiro governo Lula, a equipe econômica tentou introduzir itens de despesa que não são considerados gastos em saúde no orçamento do Ministério da Saúde. (...) Embora essas tentativas estivessem apoiadas por toda a área econômica do governo, não se consolidaram, pois as entidades do Fórum da Reforma Sanitária (Abrasco, Cebes, Abres, Rede Unida e Ampasa), o Conselho Nacional de Saúde e a Frente Parlamentar da Saúde rapidamente se mobilizaram e fizeram o governo recuar. (MENDES E MARQUES, 2009, p.847)

Um fato relevante é que os recursos vinculados a EC29/2000 representam uma redução adicional do grau de liberdade de (re) alocação de custos por parte dos ministérios da área econômica. Isso ficou evidente no que seria o último acordo do Brasil com o FMI, firmado em 2004. Neste, o governo brasileiro explicitava sua intenção em elaborar um estudo sobre as implicações das vinculações constitucionais das despesas da área social sobre as receitas da união. A ideia central aqui contida era a de que a flexibilização da alocação dos recursos públicos poderia assegurar uma política econômica mais direcionada para o crescimento da economia.

Esse dilema entre a necessidade da expansão dos gastos da saúde e a escassez de recursos para outros setores, especialmente para os investimentos, ilustra as dificuldades que circundam a aprovação de alguns dos itens mais polêmicos da EC29/2000, como a modificação da base de cálculo para a vinculação dos recursos da União, passando para o mínimo de 10%, da receita corrente bruta. Essa mudança representaria um acréscimo da ordem de R\$ 25 bilhões dos gastos em saúde, o que elevaria o patamar do gasto público para uma faixa ao redor de 5,5 % do PIB: distante ainda da relação verificada em países com sistemas universais como (Canadá: 7,1%; Grã-Bretanha: 6,6%; França: 8,4% e Portugal: 7,1% - Banco Mundial, dados de 2007), porém mais próxima do mínimo necessário para o funcionamento de um sistema que se propõe universal⁵⁹.

Neste contexto, cabe registrar a resposta do Ministro da Saúde brasileiro, ao ser perguntado pela Folha de São Paulo se o Brasil algum dia terá uma saúde de primeiro mundo:

⁵⁹ Mais à frente, no Capítulo 4, será discutido com mais detalhes essa relação de gastos entre público e privado, bem como sua comparação com outros países do mundo.

Os melhores exemplos são a Inglaterra e o Canadá, que têm sistemas de saúde universais. A pessoa paga seus impostos e tem atendimento em tudo. O Brasil tem um sistema misto, com mais de 140 milhões de brasileiros que dependem do sistema público para tudo e 40 milhões que pagam seguro e plano de saúde. A tendência no Brasil é a convivência harmônica dos dois sistemas. (TEMPORÃO, Jose Gomes, 2008)

A grande participação do setor de saúde suplementar, associada à tendência de crescimento desse tipo de financiamento até aqui verificada, enseja a necessidade de um controle efetivo de um poder regulador que, se não intervém como da forma anterior, tem agora o desafio de equilibrar estes interesses, promovendo uma regulação estrita no sentido privilegiar o interesse público mesmo em área cuja predominância dos gastos se dê pela esfera privada.

Ainda que não tenha obtido avanços consideráveis no diz respeito ao financiamento da saúde, vale ressaltar alguns pontos importantes na atenção à saúde, especialmente a partir do segundo mandato de Lula, quando se retomou, ainda que de forma acanhada no campo da saúde, uma agenda de novos investimentos pela via do PAC- Saúde (2007 – 2010), expresso no documento Mais-Saúde – Direito de Todos (<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/>). Entre as prioridades do Programa se destacavam o foco na prevenção de doenças, com reforço de programas como PSF e Estratégia Saúde da Família (ESF), e a promoção à saúde pela via da integração e organização dos serviços de saúde. Com essa finalidade, o Plano estabeleceu metas de universalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a criação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), além da inclusão de novas vacinas no calendário infantil e de ações como a capacitação de profissionais. Um ponto a ser destacado no Mais-Saúde é o reconhecimento, ainda que implícito, da importância das políticas sociais (outrora consideradas “gastadoras”) na geração de empregos e no desenvolvimento econômico⁶⁰.

⁶⁰ “No campo econômico, a saúde pode ainda ser olhada por um outro prisma. A experiência internacional mostra que a saúde configura um complexo de atividades produtivas de bens e serviços que permite alavancar segmentos-chave da sociedade contemporânea, baseada no conhecimento e na inovação. A estimativa internacional disponível, apresentada pelo Fórum Global para a Pesquisa em Saúde em 2006, indica que a saúde responde por 20% da despesa mundial, pública e privada, com as atividades de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (P&D), representando um valor atualizado de US\$ 135 bilhões, sendo claramente uma das áreas mais dinâmicas do mundo.” Programa Mais-Saúde, pg. 10.

O SAMU se tornou um serviço reconhecido por grande parte da população, e as UPA têm sido um importante elemento para organizar as filas e desafogar os atendimentos em hospitais. A respeito desse particular, deve se ressaltar que esta é uma estratégia com tempo limitado, já que não há indícios que a demanda por serviços de mais alta complexidade tenha se reduzido ou que a oferta deste tipo de serviço tenha sido ampliada de forma significativa. Ainda sobre os serviços de mais alta complexidade, é interessante ressaltar os avanços obtidos pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT). Em entrevista a Revista Gestão Pública de outubro/2010, o Secretário de Atenção à Saúde afirmou que transplantes realizados no âmbito da saúde pública totalizam “95% do total de transplantes realizados no Brasil”, com expressiva elevação do número de transplantes nos últimos anos, fruto de importante campanha publicitária veiculada pelo governo. Por fim, o Programa de Saúde Bucal - Brasil Sorridente ampliou consideravelmente os investimentos na área, permitindo que, de acordo com a PNAD 2008 (Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar) acesso da população ao dentista crescesse três vezes entre 2003 e 2008.

Além de destacar as realizações e os projetos na área da saúde, o Programa Mais-Saúde, destaca ainda as questões referentes ao subfinanciamento do SUS:

Um grande esforço foi necessário para contornar situações como a extinção, pelo Senado Federal, da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que gerava R\$ 24 bilhões adicionais por ano à saúde – recurso que estava destinado a tornar a rede pública mais eficiente e adequada às necessidades da população. (PROGRAMA MAIS-SAUDE, p.7.)

Nesta mesma linha de argumentação sobre as dificuldades de financiamento do SUS, o Secretário de Atenção à Saúde ressalta que:

Essa limitação dificulta os esforços para reduzir as filas, agilizar a marcação de consultas e cirurgias, motivar e remunerar adequadamente os profissionais e investir na estrutura assistencial. Assim, a regulamentação da Emenda Constitucional 29 é imperiosa. O SUS necessita urgentemente de uma fonte de recursos estruturante, carimbada, definitiva, que lhe permita cumprir o que está previsto na Constituição: saúde de qualidade, com eficiência, atendendo a todos os cidadãos brasileiros. (REVISTA GESTÃO out/2010, p. 10.)

Essas constatações sobre a insuficiência de financiamento nos remetem para o fato de que a regulamentação da EC 29 não se constituiu prioridade no governo Lula e até hoje a matéria encontra dificuldades para sua aprovação. O governo parece demonstrar interesse pela questão somente quando o assunto deriva para a discussão sobre a reedição da CPMF. Foi assim ao final de 2007 e também no final de 2010 após a eleição de Dilma Roussef para a presidência. A destinação de recursos “carimbados” para a saúde também é ratificada por autores como Mendes e Marques, 2009 ou Dain, 2001.

Todavia, um elemento central a ser considerado é a definição de um patamar mínimo de gastos para dar conta de prover serviços de saúde de forma universal, equânime e integral a uma população de mais de 190 milhões de habitantes. Uma vez estabelecido este patamar mínimos de gastos a ser atingido em determinado tempo, uma proposta seria a de escalonar a evolução dos gastos segundo a regra atual de atualização do orçamento da saúde (PIB Nominal acrescido de uma taxa que levasse ao patamar desejado). Uma vez atingido o objetivo, a regra de reajuste pelo PIB Nominal *tout court* poderia ser mantida. Uma das vantagens desta que desvincula a dotação de recursos a fontes “carimbadas” é a relativa estabilidade da variação do PIB nominal, já que recursos oriundos da CPMF, por exemplo, estariam mais suscetíveis às variações cíclicas. Ademais, convém lembrar o episódio de 1997, no qual a área econômica passou a subtrair do orçamento da saúde o montante equivalente aos recursos carimbados.

Independentemente das regras de atualização orçamentária que possam ser estabelecidas, o ponto fundamental que aqui se coloca é a capacidade do Estado brasileiro em ultrapassar as tensões existentes entre as áreas da Saúde e a Economia. O desenvolvimento do Estado-coordenador no Brasil encontrará o duplo desafio de resgatar as políticas sociais lhes dando um caráter de direito⁶¹. Uma constatação fundamental é que a manifestação do Estado-provedor no Brasil não proveu, no campo da saúde, as condições mínimas de universalidade, garantindo o acesso e serviços a todas as pessoas, e tampouco os princípios de equidade e integralidade. Neste sentido, um desafio que se põe à mesa é o de coordenar interesses ora

⁶¹ E não de compaixão, conforme as bases do “novo humanismo” que se estabeleceram na esteira do enfraquecimento do Estado. Cordeiro, 2001.

divergentes, ora complementares no sentido de estabelecer uma política de desenvolvimento de fato para os anos vindouros⁶².

Na esfera do desafio de coordenar interesses díspares no campo da saúde está uma agenda de interesses comuns entre os atores da saúde pública e privada. São necessários atores estratégicos de fato comprometidos com implantação de uma política de saúde que recupere os princípios norteadores do SUS. É de fundamental importância que a classe trabalhadora organizada, os profissionais de saúde, as entidades prestadoras e a cadeia produtiva da saúde em geral passem a olhar os investimentos e a regulação do sistema público como uma oportunidade que vá ao encontro de seus interesses. Neste sentido, vale lembrar que as políticas de garantia de renda mínima ora em voga (como as do Bolsa-Família), se consolidaram à medida em que ficaram evidentes os seus efeitos sobre a geração de emprego e renda; desvinculando-se de uma questão restrita aos aspectos de compaixão ou de resgate da dívida social.

Deste modo, a regulação não deve se restringir apenas à Saúde Suplementar, mas ao sistema de saúde como um todo. Neste sentido, a consolidação do Estado-coordenador no Brasil terá o desafio de consolidar uma política que proteja os objetivos do SUS, num contexto de integração de políticas do *mix* público-privado. A próxima seção deste capítulo trata de uma página muito particular desse desafio de conciliação de interesses divergentes no campo da saúde, qual seja a regulação do setor da saúde suplementar no Brasil. Serão aqui brevemente examinados e discutidos os principais eventos ocorridos especialmente a partir dos anos oitenta e noventa, culminado na criação da ANS em 2000, que será objeto de análise no próximo capítulo.

⁶² “O grau de letalidade da financeirização da assistência à saúde para a perspectiva de implementação efetiva do SUS é extremamente controverso, embora a ideia de um sistema de saúde universal, justo e humanizado seja quase unânime. Portanto, a oposição entre estatistas e privatizantes, quando enunciada tão somente em termos abstratos, passa ao largo do debate sobre a natureza e direcionalidade das atuais políticas de regulação”. Bahia, 2009, pg. 761.

2.3 A trajetória da saúde suplementar no Brasil até a criação da ANS

Após convergir de estruturas mais amplas que descrevem as interrelações entre o campo da política e do mercado no capítulo 1, este trabalho afunila para uma discussão mais específica da realidade brasileira e da saúde neste capítulo 2. Assim é que a partir desta última seção do capítulo segundo, o trabalho chega ao seu nível mais restrito de abstração: a Saúde Suplementar, conforme retratado pela Figura 001 da Apresentação. Nesse contexto, esta seção tratará de um movimento que se inicia a partir das intensas mudanças pelas quais passou o Estado brasileiro na década de 1990, culminando com a criação da ANS em 2000. Ao longo desta seção serão também evidenciadas algumas diretrizes indicativas da presença do Estado-coordenador no Brasil, no campo específico da saúde.

Autores como Carvalho e Cecílio, 2007 e também Polignano, 2001, destacam o ambiente através do qual se deu o surgimento da necessidade de uma política regulatória mais estreita na medida em que o setor privado começou a se avolumar, seja pelo avanço deste no vácuo das restrições de financiamento da saúde pública, seja pelo incremento de subsídios ao setor privado pela via das isenções fiscais. Essa nova realidade permitiu um novo redesenho do atendimento do setor privado que se concentrou prioritariamente nos setores mais abastados da população. Com o tempo, esta situação evoluiu de tal modo que no final da década de oitenta o setor privado chegaria a cobrir 31 milhões de brasileiros, correspondentes a cerca 22% da população da época.

Convém destacar que tal situação não colidia com os preceitos legais, posto que no Artigo 199, Constituição Federal de 1988, além de estar presente a ideia de que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, fica definida a forma de participação por intermédio de instituições privadas, que “poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde”. O texto constitucional, ao facultar a execução dos serviços de saúde às unidades públicas ou privadas, possibilitou a manutenção dos contratos e convênios com a rede privada tal como já existia no período anterior à Constituição. Dado este breve panorama de como se deu o crescimento do setor privado, uma questão que se coloca é o que teria levado o setor privado a ter essa crescente importância no contexto da saúde brasileira?

A resposta a essa indagação começa desde o estabelecimento dos IAP, que compravam a prestação de serviços de consultórios médicos ou de estabelecimentos hospitalares. Mais à frente as CAP ofereciam aos empregados de algumas empresas, por meio de empréstimos ou reembolso, a utilização de serviços de saúde externos àqueles prestados pela Previdência Social. Com o ciclo de crescimento verificado a partir de 1946, surgiram os sistemas de empresas médicas (Cordeiro, 1984) que passaram a prestar assistência de forma direta a seus funcionários.

A unificação dos IAP, com a Reforma Previdenciária de 1966, não agradou aos beneficiários que já dispunham dos serviços, principalmente àqueles representantes de categorias com maior poder econômico, sob a alegação de dificuldades de acesso aos serviços médicos, decorrentes da expansão da cobertura e uniformização de benefícios. Deste modo, a Previdência Social se viu instada a ampliar os credenciamentos de prestadores de serviços privados de saúde, que passaram a organizar redes próprias ou credenciadas. Neste momento se localiza a gênese de um arranjo até hoje existente no âmbito da saúde suplementar: as autogestões, com planos próprios que ofereciam a mesma cobertura para todos os empregados, independente do nível hierárquico; as medicinas de grupo; e cooperativas.

A lógica de funcionamento prevista no Decreto-Lei nº 73, de 1966 era exclusivamente de indenização (reembolso) de pagamentos efetuados na assistência médica. Progressivamente, ao longo dos anos 1980, tal modelo, que independia de rede de atendimento, foi sendo ultrapassado por organizações que administravam os planos e as redes de atendimento, chegando aos casos onde as operadoras (Medicinas de Grupo ou Cooperativas) passaram a ter rede própria e médicos cooperados⁶³.

Na década de 1990 os planos de saúde atingiram a marca de 38,7 milhões de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que corresponde a 24,5% da

⁶³ Para Kornis e Sicsú, pg. 6, “Apesar de ter seu funcionamento previsto desde 1966, através do Decreto-lei 73/66, o seguro saúde só tomou impulso a partir dos anos 80, quando as seguradoras ofertaram, inicialmente, os seguros coletivos. Na década dos 90, o seguro saúde tornou-se um componente do “mix” de produtos ofertados pelos conglomerados financeiros. No aspecto operacional, a característica marcante é a obrigatoriedade de oferecer aos segurados a livre escolha do atendimento médico-hospitalar e o reembolso das despesas efetuadas.”

população do país (Carvalho e Cecílio, 1997). Esse quadro geral, pontuado por diversas denúncias de negativas de cobertura e de abusos contumazes contra os beneficiários e prestadores, despertou a atenção de órgãos de defesa do consumidor que passaram a defender uma regulação mais intensa da matéria (Malta et alli, 2004). Tal necessidade de uma regulação mais intensa também passaria a ser defendida pelos setores mais organizados da sociedade e pelo próprio governo, não obstante o objeto ou a intensidade da regulação (Bahia, 2001) não fossem um tema pacificado no âmbito do aparelho do Estado⁶⁴. Um marco importante dessa regulação foi a edição, em 1990, da Lei 8078, o Código de Defesa do Consumidor - CDC, cujo objeto são as relações entre consumidores e fornecedores de serviços.

A arquitetura de uma regulamentação mais específica do setor envolveria uma permanente tensão e disputa que envolveria pelo menos três grandes atores: operadoras de planos e seguros; prestadores; e os beneficiários e suas instâncias representativas. Além disso, o setor de saúde suplementar cresceu sob a égide de um mercado privado com ausência de uma regulação mais estrita e específica, e neste sentido se diferenciava de outros setores que passaram a contar com AR desenvolvidas a partir de estruturas de regulação já existentes. Esse é caso da ANATEL, por exemplo, que na etapa anterior à privatização tinha na Telebrás (holding do setor) uma instância de regulação e arbitragem de conflitos entre operadoras. Também era o caso da ANEEL, que herdou a estrutura regulatória da Eletrobrás, ou da ANP, com a Petrobrás.

Além das tensões e disputas já aludidas, vale ressaltar o elevadíssimo grau de complexidade na relação entre esses atores. Neste setor é possível identificar a existência de hospitais e clínicas privadas que, mesmo sendo credenciadas do SUS, prestam serviços às operadoras de planos e seguros de saúde. Do mesmo modo, estabelecimentos públicos tais como os hospitais de grande porte, prestam serviços às operadoras de planos e seguros de saúde. Deste modo, há uma significativa parcela de estabelecimentos que fazem parte tanto da

⁶⁴ Mais à frente este texto aprofundará um pouco mais essa disputa entre as áreas governamentais, relatando fatos ocorridos no limiar da criação da ANS.

rede SUS quanto da rede de serviços da Saúde Suplementar, configurando duplicidades⁶⁵ de prestação de serviços de saúde.

Voltando à trajetória da regulação nos momentos que antecederam o estabelecimento da ANS, vale destacar outro marco importante que foi a aprovação na Câmara dos Deputados do Projeto 4425/94, que regulamentava os planos e seguros de saúde no âmbito da Superintendência de Seguros Privados, do Ministério da Fazenda - SUSEP. O Projeto, todavia, era considerado de linhagem neoliberal por dar uma interpretação eminentemente econômico-financeira a questões que envolviam a saúde e o bem-estar e que deveriam, na visão dos setores mais progressistas, estarem em sintonia com os princípios do SUS⁶⁶.

Com a indicação do então senador José Serra para o Ministério da Saúde, o debate se intensificou com a participação das entidades de defesa do consumidor, as entidades representantes dos diversos segmentos das operadoras e entidades profissionais. Estaria ali formado o caldo de cultura para a edição da lei que regularia os planos de saúde. Em síntese, aprovação da Lei nº. 9.656/98 resultou da articulação entre movimentos dos consumidores de planos de saúde e médicos que se sentiam ameaçados pela ação invasiva dos planos.

Mesmo com a Lei nº. 9.656/98, a instância de deliberação máxima, expressa no Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), estaria majoritariamente vinculada à equipe econômica do Governo. Contudo, com as alterações previstas no projeto inicial, o Conselho

⁶⁵ Para Santos, 2009, pg.167, a revisão do conceito de complementaridade, bem como a redefinição de um novo arranjo do mix público-privado no Brasil, é algo que merece uma avaliação e uma discussão mais criteriosa: “Uma vez que (i) não podemos afirmar que o segmento suplementar desonere o SUS quando considerados todos os possíveis efeitos do arranjo público-privado sobre o sistema de saúde do país como um todo e; (ii) a história social, política e econômica do desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro nos levou ao mix público-privado que temos; deve ser repensado o papel do Estado brasileiro na regulação dos arranjos público-privado de nosso sistema. Assim, ao se identificar que o que é de relevância pública no sistema de saúde é a proteção social que é possível a todos – e de forma equânime e solidária – esta somente pode se dar pelo alcance dos princípios do SUS, jamais pelos do seguro privado que duplica a cobertura.”

⁶⁶ “Em meados de 1998, atos públicos em diversas capitais do país, caravanas à Brasília em momentos estratégicos precedentes às votações, a criação em São Paulo do Fórum Permanente pela Regulamentação dos Planos de Saúde foram exemplos de manifestações organizadas”. Além disso, o lançamento, na época da votação da lei, no Senado, do manifesto “Saúde não é mercadoria”, assinado por mais de trezentas entidades representativas e reproduzido por veículos de comunicação nacional, foi considerado um dos atos mais articulados e significativos.” Relatório CONASS, 1997, pg. 30.

Nacional de Saúde Suplementar, (CONSU) composto com a metade de seus integrantes do Ministério da Saúde, passaria a dividir com a CNSP as suas atribuições deliberativas. Além disso, o CONSU passaria a agregar as atividades da Câmara de Saúde Suplementar (CSS), anteriormente um órgão deliberativo permanente do CNSP.

Tais alterações também ocorreram sob o ponto de vista da execução das práticas regulatórias. Nesta perspectiva é que o Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde (DESAS) seria criado em 1998 com o intuito de fortalecer a ação do Ministério da Saúde, que passaria a ser ouvido sobre as questões referentes às coberturas dos planos e seguro. Deste modo, no mesmo ano da promulgação da Lei nº. 9.656/98, o DESAS passaria a dividir as tarefas executivas com a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), autarquia do Ministério da Fazenda, que antes concentrava as ações regulatórias mais impactantes e ao Ministério da Saúde cabia dar pareceres sobre coberturas e demais aspectos assistenciais.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde passara a também desempenhar as funções de normatização, monitoramento e fiscalização do setor. Com as novas atribuições, surgiria um modelo biparte de regulação, cabendo ao Ministério da Fazenda uma regulação com foco nos aspectos econômico-financeiros das operadoras, por intermédio do CNSP e da SUSEP. Ao Ministério da Saúde, por intermédio do CONSU e do DESAS, caberia uma regulação voltada para os aspectos técnico-assistenciais da produção dos serviços de assistência à saúde.

De acordo com o Relatório do CONASS, 2007. pg.36.

Durante o período de junho de 1998 a setembro de 1999, vigorou esse modelo “bipartite”. Todavia, o CNSP distribuiu somente uma minuta de resolução em 15/3/99, que regulamentava aspectos econômicos das operadoras de seguros e planos privados. Esta minuta de resolução não foi para a frente. A Susep, por sua vez, pouco normatizou no campo da Saúde Suplementar. Já o Ministério da Saúde emitiu várias portarias e o Consu, vinte e uma resoluções.

A lei continha diversos dispositivos a serem regulamentadas pelo Consu e, para tal, foram aprovadas resoluções normativas que contemplaram as normas regulamentares assistenciais, no que tange ao produto oferecido, a prestação de serviços de Saúde Suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico e sobre o ressarcimento ao SUS. (...)

A regulamentação prevê as ações de saúde, nas dimensões de promoção de saúde, prevenção de doenças e reabilitação, bem como as relações contratuais entre operadoras/beneficiários e operadoras/prestadores de serviço. Representa, dentre outros, grande avanço no sentido de dar parâmetros à dimensão assistencial desse mercado, até então sublevada.

Desse modo, podem ser apontados alguns avanços relevantes na regulação da Saúde Suplementar nesta fase anterior à presença da ANS (CONASS, 2007), tais como:

- Definição e regulamentação da conceituação de doenças e lesões preexistentes, para fins de planos e seguros de saúde.
- Veto ao impedimento de acesso de quaisquer pessoas nos planos de assistência à saúde em virtude da faixa etária ou por ser portador de qualquer patologia.
- Definição de róis de procedimentos de cobertura mínima obrigatória, os quais todas operadoras ficaram obrigadas a oferecer aos seus beneficiários, de acordo com a segmentação contratada, padronizando assim a cobertura.
- Definição das segmentações que podem ser contratadas pelos consumidores, impedindo assim, a subsegmentação dos produtos oferecidos.
- Definição de regras que permitem às operadoras utilizarem mecanismos de regulação, desde que não impeçam o acesso do beneficiário às coberturas assistenciais contratadas.
- Definição de regras diferenciadas para planos coletivos e individuais.
- Criação de regras para a manutenção de plano de assistência a aposentados e demitidos.
- Definição de regras para ressarcimento ao SUS dos eventos cobertos pelos produtos comercializados que foram financiados pelo SUS – regulamentando o artigo 32 da Lei n. 9.656.
- Criação de regras para as entidades que operam planos assistenciais saírem do mercado.
- Obrigação das operadoras renovarem, automaticamente, contratos e planos, sem cobrança de taxas.
- Definição de faixas etárias para fins de reajuste, regulamentando preços em função da idade. Configurou-se de forma inequívoca a política de solidariedade na distribuição

de receitas, não só entre doentes e sadios, mas também entre as diversas faixas etárias – conhecido como “pacto intergeracional”.

- Definição de regras para o consumidor poder optar pela adaptação de seus contratos à lei, conseqüentemente absorvendo as garantias contratuais e de cobertura, trazidas pela lei.
- Definição do atendimento às urgências e emergências;
- Regulamentação do atendimento em urgências e emergências para os planos e seguros das diversas segmentações.

Não obstante os avanços obtidos no campo da regulação, o modelo bipartite esbarraria nas idiossincrasias existentes entre as áreas da Saúde e da Fazenda e se mostraria pouco eficiente. A crise econômica desencadeada pela maxidesvalorização de 1999 aprofundaria essas diferenças, especialmente num momento em que o mercado começava a especular sobre a ida do ministro Serra para a Fazenda. Tal clima de desconfiança é retratado pela Revista Veja de Fevereiro de 1999.

O presidente tem a exata noção do estrago que seria trocar de ministro da Fazenda quando a credibilidade do país está em xeque. Tanto que, no decorrer da semana, organizou várias demonstrações de apoio a Malan para que não pairassem dúvidas sobre sua fidelidade. Em uma reunião com caciques do PSDB, na quarta-feira, advertiu: "Eu sei que essa articulação para tirar o Malan está partindo do PSDB e eu não vou aceitar. É uma articulação contra mim. Malan não vai deixar o governo". No mesmo dia, o senador Teotônio Vilela Filho, presidente do partido, foi ao Ministério da Saúde conversar com José Serra. Falou de economia para disfarçar, mas, antes de sair, deu o recado do Planalto. Serra é apontado pela equipe de Malan como seu principal desafeto. As divergências entre os dois vêm desde a época da elaboração do Plano Real, quando Serra foi alijado das discussões e, posteriormente, também da condução do plano econômico. O ministro da Saúde nunca escondeu o descontentamento com a equipe do Ministério da Fazenda e com os rumos do programa de estabilização. A crise cambial consolidou suas convicções e deu-lhe peso maior como possível tábua de salvação se o calvário do real acabar na crucificação obrigatória do ministro da Fazenda. (http://veja.abril.com.br/030299/p_042.html).

Esse clima de disputa permaneceria ao longo de todo o ano de 1999, dificultando, a cada vez mais, os entendimentos entre o DESAS e a SUSEP. Com a proximidade do final do ano e do verão, a temperatura entre as duas áreas subiria a tal ponto que o Presidente FHC

teria que tomar, enfim, uma decisão sobre a quem caberia a tarefa de regular os planos de saúde. Para arbitrar a disputa o presidente escalaria o Ministro-Chefe da Casa Civil, Pedro Parente, que encaminharia ao Congresso a MP nº 1.928 de novembro de 1999, que criaria a ANS, posteriormente convertida na Lei nº 9.961 de 28/01/2000. De acordo com a Revista::

Agora, não é mais a Susep que vai decidir sobre os aumentos dos planos de saúde. Em fevereiro, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que deverá regular e fiscalizar o mercado de planos e seguros-saúde, a exemplo do que fazem (ou deveriam fazer) as agências governamentais de telecomunicações (ANATEL) e energia elétrica (ANEEL). Entre as tarefas da nova agência, está a definição de regras para procedimentos e coberturas dos planos, a criação de mecanismos para ressarcir custos ao SUS e a autorização de aumentos solicitados pelas empresas. No momento, há mais de trezentos pedidos nesse sentido sendo examinados pela Agência.(REVISTA CONSUMIDOS, maio/2000)

A ANS deverá, porém, ser subordinada ao Conselho de Saúde Suplementar (Consu), um órgão interministerial que é atualmente presidido pelo ministro da Casa Civil, Pedro Parente. E boa parte da embrulhada legal em que hoje estão metidos os consumidores de planos de saúde se deve às trapalhadas do Consu e do governo. Depois que a lei de regulamentação dos planos foi sancionada, em junho de 1998, o presidente Fernando Henrique Cardoso editou uma série de medidas provisórias e o Consu baixou outra porção de resoluções, tudo para regulamentar a lei. Muitas dessas normas acabaram mais confundindo do que esclarecendo, ou mesmo invertendo o sentido original da lei. (<http://www.idec.org.br/consumidora/arquivo/jul00/jul0005.htm>)

A ANS seria constituída como autarquia, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro/RJ, e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Na nova agência seriam reunidas as competências afetas à matéria da saúde suplementar anteriormente presentes na SUSEP e no DESAS. Para o CONSU, sob a presidência do Ministro-Chefe da Casa Civil, foi estabelecida uma nova composição, passando a ser uma instância consultiva e de definição de políticas e diretrizes.

Conforme examinado na primeira seção deste segundo capítulo (vide novamente Figura 015 – Síntese dos Aspectos Referentes as AR no Brasil), a natureza de autarquia especial da ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, além da autonomia nas decisões técnicas e mandatos fixos de

seus dirigentes. Vale destacar que a finalidade institucional da Agência é a de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Uma das evidências de que o caso brasileiro é singular neste campo, especialmente se o compararmos com a realidade norte-americana e argentina, dois exemplos da força poderosa dos movimentos do capital financeiro na determinação do desenho do sistema de atenção à saúde, é a definição clara, nos últimos anos, de que um dos espaços políticos-chaves da regulação da saúde suplementar brasileira é dado no âmbito e sob gestão do Ministério da Saúde. Com isso, estamos falando de uma certa aposta de regulação da produção de saúde e não apenas, como alguns atores defendiam e defendem, da circunscrição da função reguladora estatal às preocupações exclusivas com a solvência das operadoras e o saneamento do mercado, ou mesmo, com a defesa genérica dos direitos contratuais dos consumidores. Se este tivesse sido o caminho escolhido, certamente a ANS estaria localizada na estrutura do Ministério da Fazenda, para os primeiros ou no Ministério da Justiça, para os outros. (MERHY e HELVÉCIO, p. 2.)

Neste sentido, vale mais uma vez destacar o caráter peculiar da ANS, posto que regula relações privadas, tendo como base a relevância pública e a importância para a vida de seu objeto: a saúde. Essa é uma evidência clara da presença de traços característicos do Estado-coordenador num ambiente marcado pela presença constante de inovações tecnológicas e intensivo no uso das tecnologias da informação, além da constante necessidade de intermediação e coordenação de interesses entre diferentes atores.

Sobre a questão da introdução de novas tecnologias no setor de saúde suplementar, cabe ressaltar suas características invariantes em relação ao conjunto geral da economia, tais como avidez pela inovação, queda acentuada de custos de itens com alta tecnologia, alto valor agregado, alto custo imediatamente após a difusão e impactos sobre as formas de gestão. Todavia, há elementos peculiares do setor que merecem destaque, tais como a incorporação cumulativa de tecnologias (técnicas novas não substituem as antigas) e elevação de custos sem uma contrapartida imediata com o aumento de efetividade ou qualidade dos atendimentos. Além disso, boa parte dos prestadores de serviços de saúde é, em grande medida, estimuladora do consumo das novas tecnologias, seja pela convicção de que esses novos serviços, de fato, podem contribuir para elevação da higidez, seja por fatores menos

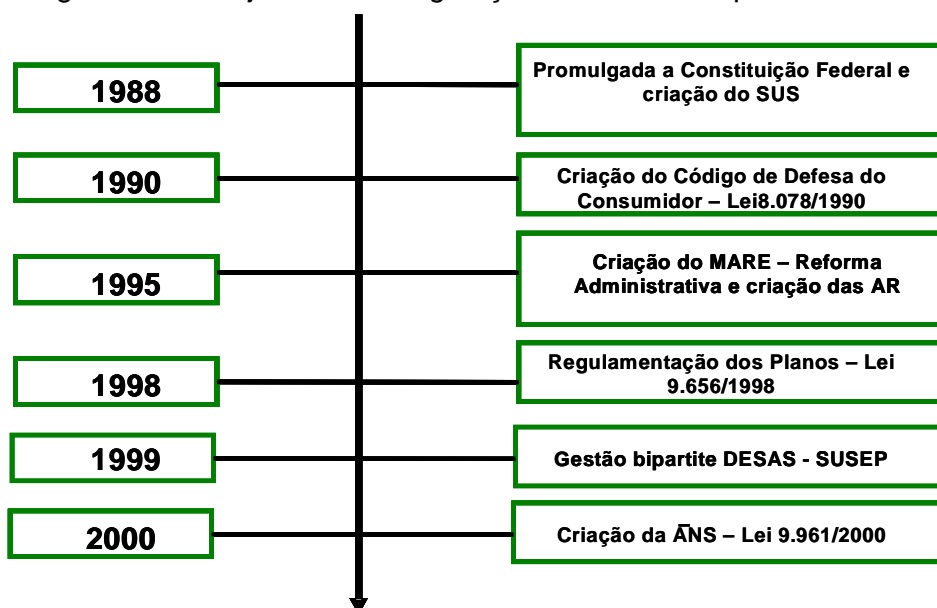
nobres como a ocorrência de modismos ou pressão da mídia e dos formuladores do marketing da saúde. Ou ainda pela sempre considerável intervenção do poder judiciário na saúde suplementar, que de forma geral tende a dar ganho de causa às demandas que envolvem acesso a tecnologias e medicamentos.

Sobre ao papel de mediação e coordenação exercido pelo Estado-coordenador, vale destacar a Câmara de Saúde Suplementar, que conta com a representação de todos os atores envolvidos na arena de disputa regulatória, e passou a se vincular a ANS quando da sua criação⁶⁷. Posteriormente, foram ainda criadas as Câmaras Técnicas com o intuito de dar apoio às câmaras e às atividades regulatórias em geral.

A ANS foi criada em ambiente de forte efervescência da política interna, porém em contexto histórico de maior amadurecimento das reformas da administração pública iniciadas pela Constituição Federal de 1988, que definiu a saúde privada como setor regulado, passando pelas reformas do Estado em 1990, mesmo ano da criação do Código de Defesa do Consumidor. Em 1995, com a criação do MARE e das AR, e mais tarde, em 1998, com a Lei 9.656, a trajetória da regulação da saúde suplementar daria mais um passo importante até que se estabelecesse o regime bipartite de regulação em 1999, culminado com a criação da ANS no ano de 2000.

⁶⁷ Para Santos e Merhy, 2006, pg.3, “Neste entendimento, o ator social, dentro de dado contexto histórico, busca regular os serviços de saúde segundo os interesses da sua representação, ou seja, procura direcionar a produção da saúde para os seus macro-objetivos. Os interesses e as disputas colocados entre os atores sociais se fazem dentro de dado contexto histórico e político. Os atores regulados respondem a esta regulação de maneiras distintas”.

Figura 020: Trajetória da Regulação da Saúde Suplementar



Fonte: Elaboração própria, adaptada da ANS.

A Figura 020 evidencia uma trajetória de amadurecimento das reformas da administração pública, contextualizadas num ambiente econômico caracterizado pela chamada década perdida, no qual a parcela privada da saúde passou a ganhar crescente importância no *mix* público-privado. Este avanço da saúde privada passou a exigir um patamar regulatório mais intenso e sofisticado, que pudesse garantir mais estabilidade à quarta parte mais aquinhoadada da população.

Do ponto de vista organizacional, a ANS é composta por cinco diretorias, sendo duas diretorias fundamentalmente ligadas à regulação *stricto sensu* (DIPRO e DIOPE), uma diretoria responsável pela gestão (DIGES), uma outra pela fiscalização (DIFIS) e por último a DIDES, responsável pelos sistemas de informação e o ressarcimento ao SUS, conforme descrição sucinta a seguir:

- DIGES - Diretoria de Gestão: cuida da operacionalização do funcionamento da ANS, incluindo a gestão de pessoal, financeira e patrimonial;

- DIDES - Diretoria de Desenvolvimento Setorial: responsável pela operacionalização do ressarcimento; pelo desenvolvimento e integração dos sistemas de informação e pela interface com o Sistema Único de Saúde;
- DIFIS - Diretoria de Fiscalização: responsável pelas atividades de fiscalização (ativa e reativa); pela interface com os órgãos de defesa do consumidor e pelo call center;
- DIOPE - Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras: responsável pela autorização de funcionamento, plano de contas, registro e monitoramento das operadoras, além da administração dos regimes especiais de direção fiscal e dos processos de liquidação extrajudicial;
- DIPRO - Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos: responsável pelo registro dos produtos; pelo monitoramento da assistência prestada; pela instrução dos processos de alegação de doença ou lesão pré-existente; pelo acompanhamento dos programas de promoção e prevenção; e ainda pelo monitoramento de preços e notas técnico-atuariais e autorização dos reajustes anuais dos planos individuais e, eventuais processos de revisão e direção técnica.

Em que pese o fato de a ANS representar uma vitória da área da Saúde, suas prioridades iniciais⁶⁸ seriam no campo da organização do mercado no tocante às exigências mínimas de condições de solvência econômico-financeiras por parte das operadoras. Somente num segundo momento é que as prioridades retornariam com vistas ao estabelecimento de uma regulação técnico-assistencial mais intensa.

⁶⁸ Esta visão também é compartilhada pelo relatório do CONASS, 2007, pg. 41: “A partir da criação da Agência, em 2000, a lacuna de normas econômico-financeiras, por exemplo, para registro, provisões técnicas, capital mínimo e normas de contabilidade, passaram a constituir a pauta mais urgente da Diretoria Colegiada. Vivia-se, nessa época, uma situação de pouca informação sistematizada sobre o mercado de Saúde Suplementar – o que existia foi incorporado do Ministério da Saúde e Susep. Nenhum regime especial havia sido decretado. As normas para reajuste de planos individuais não haviam sido consagradas no Diário Oficial. Nenhuma liquidação extrajudicial fora efetuada.”

O próximo capítulo deste trabalho passa a detalhar mais a trajetória da regulação na saúde suplementar a partir do inventário de informações normativas do Setor. Para tanto, foi construído um banco de dados contendo as principais normas editadas e as Consultas Públicas realizadas pela ANS, bem como realizada um censo com todos os diretores e ex-diretores da Agência, a fim de se verificar a pertinência das conclusões aqui delineadas e estabelecer uma discussão sobre as perspectivas do Setor de Saúde e em específico da Saúde Suplementar no Brasil.

3 TRAJETÓRIA DA REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Este capítulo aborda a trajetória da regulação na saúde suplementar que, conforme já apresentado no capítulo segundo, remonta períodos anteriores à criação da ANS em 2000, época em que a regulação do setor era restrita ao DESAS, do Ministério da Saúde e a SUSEP no âmbito da Fazenda.

O estudo do caminho percorrido pela ANS, desde sua fundação, se baseia na análise e na verificação empírica de um conjunto de ações regulatórias materializadas por meio de normativos, editados ao longo desses dez anos de existência da Agência. Com o fito de cumprir o desafio proposto, foi construído um banco de dados contendo as principais normas editadas e as Consultas Públicas realizadas pela ANS. Essas normas podem ser encontradas no item “legislação”, do sítio da Agência: (<http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumChannelId=8A9588D420CABE0101213F846A9F7419>). Neste sítio podem ser encontrados os regulamentos editados desde a fundação da Agência até os mais recentes e até mesmo os regulamentos editados por meio das normas do CONSU anteriores à criação da Agência.

A seção inicial deste capítulo descreve o passo a passo da construção do Banco de Dados por meio de um inquérito normativo que permitiu identificar e analisar algumas tônicas regulatórias, construídas ao longo destes dez anos. Desde já, conforme mencionado nas páginas iniciais desta tese, é importante destacar que algumas das ações empreendidas em determinada onda ou tônica, não ficam, naturalmente restritas à existência daquele ciclo. Ou seja, no estilo das *beach breaks* tratadas na Apresentação deste texto, a adoção de uma determinada medida pode caracterizar a existência da onda, mas, sobretudo, é a sua continuidade que virá por dar um caráter de consolidação da tônica e de seus resultados. Neste sentido, cabe destacar que o material desse banco de dados (cuja da de corte para análise foi o final do ano de 2009) poderá ser atualizado de modo a possibilitar o desenvolvimento de trabalhos futuros sobre esta matéria, bem como num *check list* das conclusões aqui serão delineadas.

Como já visto, a análise da primeira seção deste capítulo foi baseada na construção de um banco de dados contendo os principais normativos da ANS. O manuseio desse material permitiu verificar que os primeiros regulamentos se basearam na Teoria do Incentivo (Verleum, 2008) na qual o regulador se baseia num mercado semelhante como *benchmark* para editar as regras.

A análise desse material permitiu concluir que, na primeira metade da década, o fulcro da regulação foi o do saneamento econômico-financeiro das operadoras, na responsabilização de seus dirigentes por irregularidades administrativas e na armação de um arcabouço de regras contábeis que permitiram um controle mais efetivo das condições de equilíbrio econômico-financeiro do sistema. Um pouco mais adiante, ao redor da fase intermediária desses dez anos da ANS, a tônica se deslocou para a produção de saúde, com o estabelecimento de um conjunto mínimo de protocolos médicos e de uma rotina para atualizar a lista de procedimentos médicos (rol médico). Mais recentemente, nos últimos três anos, a ANS tem se concentrado em desenvolver mecanismos que visam aprimorar a informação disponível ao público, estimulando a competição no setor.

A segunda seção, a exemplo do anterior, foi baseada na construção de um banco de dados, desta feita com base as Consultas Públicas editadas pela ANS. Partindo de uma análise mais qualitativa e menos quantitativa do que a estabelecida na primeira seção, esse material permitiu verificar um movimento semelhante ao das três ondas ou tônicas já previamente mencionadas. Também aqui vale ressaltar que o material deste banco de dados (cuja data de corte para análise também foi o final do ano de 2009) poderá ser atualizado para novos trabalhos.

Adicionalmente, este trabalho lançou mão da análise dos Relatórios de Gestão, que refletem um posicionamento *ex-post* das ações empreendidas pela ANS no ano. Neste instrumento, são declaradas as principais realizações do ano findo anterior. Foram examinados todos os dez Relatórios de Gestão disponíveis, de 2000 a 2009. Estes relatórios também podem ser localizados no sítio da ANS. A consulta aqui realizada se deu em 5 de outubro de 2010. De posse desse material, foi possível realizar, ao longo do desenvolvimento

do texto, uma checagem entre o conteúdo das normas expedidas e analisadas na primeira seção e as consultas realizadas na segunda seção.

Uma terceira seção foi desenvolvida com o intuito de realizar um cheque de consistência dos resultados apontados ao longo deste capítulo. Para tanto, foi elaborada uma enquete com todos os atuais e ex-diretores da Agência, que em última análise são os sancionadores deste arcabouço normativo. Esta enquete é composta de um pequeno questionário de três perguntas, que sintetizam as linhas gerais dos resultados obtidos a partir da análise dos normativos, consultas e relatórios de gestão e indagam sobre a pertinência dessas classificações e sobre as perspectivas da regulação. Ao final, foram tabuladas e analisadas as respostas, e delineadas as principais conclusões.

3.1 Construção do inquérito normativo e identificação das tônicas regulatórias

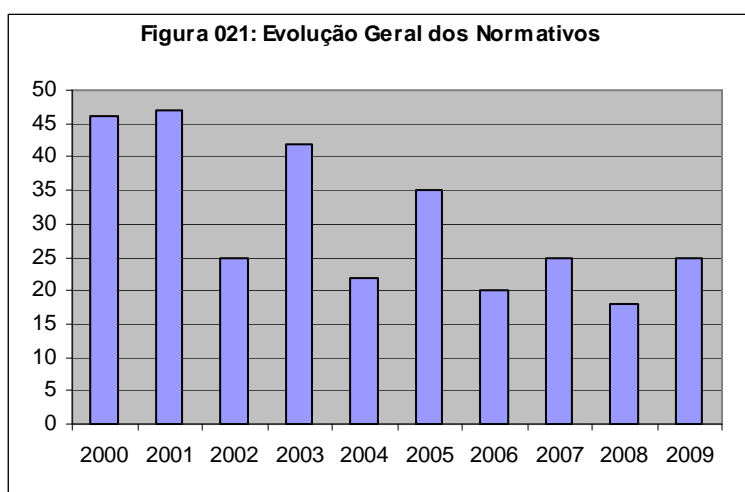
Foram investigados nesta seção alguns dos principais normativos disponíveis no sítio da ANS, no qual foram selecionados: as normas da ANS traduzidas em Resoluções de Diretoria Colegiada – RDC, e Resoluções Normativas - RN. Anteriormente à existência da ANS e da regulação emanada pelas RDC e RN, a saúde suplementar era regulada por intermédio das normas do CONSU, que não serão objeto de análise deste trabalho⁶⁹.

As RN e RDC se constituem nos principais instrumentos regulatórios da Agência, posto que é por intermédio destes que a ANS expede as normas que regulam o setor. As RDC vigoraram desde o início da Agência até janeiro de 2002, quando deram lugar as atuais RN. No conjunto, foram editadas 95 RDC entre os anos de 2000 e 2002 e 210 RN até dezembro de 2009.

⁶⁹ Sobre este assunto, consultar o Relatório do CONASS, 2007, que estabelece uma interessante classificação dos atos normativos editados pela SUSEP. O trabalho do CONASS avança ainda sobre a classificação das RN até o ano de 2006. Embora a tipologia usada pelo referido trabalho ser diferente da utilizada nesta tese, um importante diálogo entre as duas classificações poderá ser estabelecida com vistas a futuros estudos mais ampliados dos normativos pré e pós criação da ANS.

De posse do inquérito normativo referente às 305 RDC e RN publicadas, foi possível classificar as normas em dois grandes grupos. O primeiro deles, composto de 142 regras administrativas ou sem impacto direto sobre o funcionamento do mercado. O segundo, com 163 normas editadas com o intuito de produzir ações modificadoras do status do mercado de saúde suplementar. A criação desse banco de dados se deu por intermédio da extração e formatação das RN e RDN em uma planilha de Excel, contendo: o código do normativo; data de edição; título; e conteúdo.

Posteriormente, cada um desses 305 normativos foi submetido à classificação inicial de “com” ou “sem impacto regulatório”. Mais à frente, as normas deste segundo grupo foram subdivididas de acordo com seu escopo regulatório em: normas de organização do mercado e da interface entre os atores; relativas à regulação econômico-financeira das operadoras e dos produtos; de conteúdo Técnico Assistencial e fomento à produção de saúde; de estímulo à transparência e à competição no mercado; e atinentes à Fiscalização e estabelecimento de rotinas sancionadoras. A Figura⁷⁰ 021 a seguir ilustra como tendência geral, uma queda na frequência de normativos ao longo do tempo. Isso se explica tanto pela maturidade do processo regulatório quanto pela mudança do instrumento regulatório utilizado. Esse é o caso dos atos editados por intermédio de RN ou RDC, que passaram a ser objeto de Portaria ou Resoluções Administrativas - RA (ver sítio da ANS na internet).

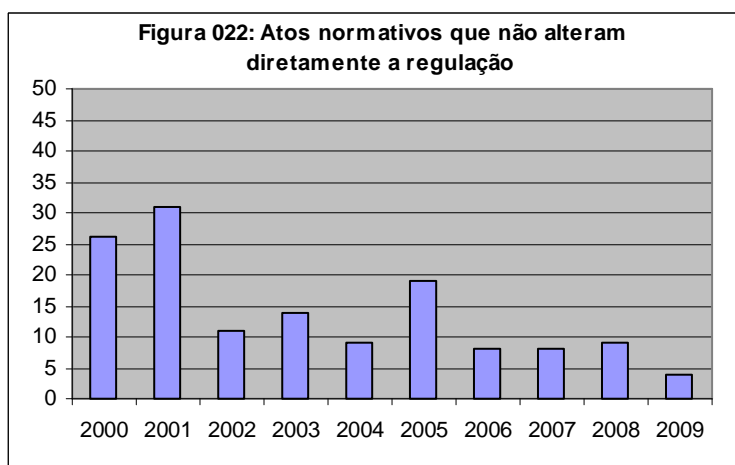


⁷⁰ Todas as figuras deste capítulo são de elaboração própria do autor.

Cabe ressaltar que este material, juntamente com o material produzido pelo Relatório do CONASS, 2007, se constantemente atualizados, podem se constituir futuramente num instrumento que permita acompanhar *pari passu* as nuances regulatórias do setor. Este material poderá se tornar um importante acervo para o desenvolvimento de teses, dissertações e textos em geral sobre o assunto.

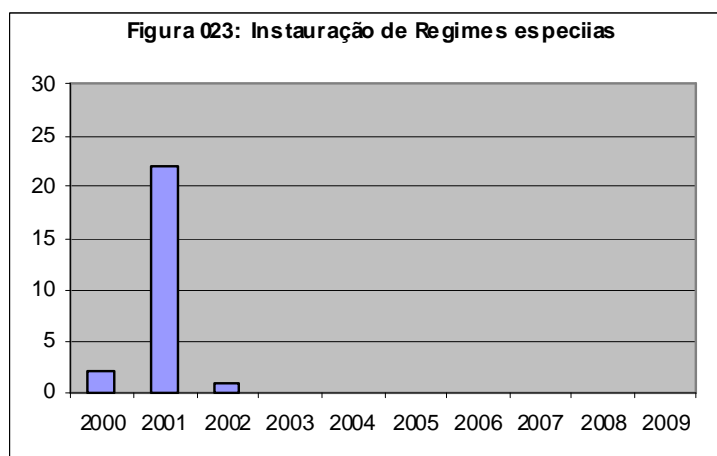
3.1.1 Normas administrativas sem impacto direto sobre o mercado, provenientes de RDC e RN

No inquérito, foi possível identificar 139 normativos enquadrados nesta categoria. São em geral normas que tratam da definição de regimentos, nomeação de diretores, fixação de taxas, etc. Dentre eles, a título de exemplo, estão contempladas: a RDC 01 de 2000, que institui o primeiro Regimento Interno da ANS; a RN 007 de 2002 que dispõe sobre a arrecadação de receitas da Agência; a RN 109 de 2005, que dispõe sobre a remuneração de profissionais designados para exercer o encargo de diretor-fiscal, de diretor-técnico e de liquidante de operadoras; e RN 198 de 2009 que define o quadro demonstrativo de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.



O exame de um padrão de frequência desses normativos ao longo dos anos fica prejudicado pela mudança da natureza jurídica de alguns desses atos regulatórios. Esse é o caso dos atos editados por intermédio de RN ou RDC, que, conforme já mencionado, passaram a ser objeto de Portaria ou RA (ver sítio da ANS na internet).

Um exemplo disso são os regimes especiais de direção fiscal, que inicialmente eram tratados por RDC ou RN, tanto no normativo que descreve em abstrato os critérios para instauração do regime, como também o ato de decretação do regime propriamente dito em determinada operadora. A partir de janeiro de 2002 até o presente momento, estes atos passaram a ser regidos por Resoluções Operacionais - RO, explicando a redução da frequência neste ano e seu desaparecimento a partir de então.

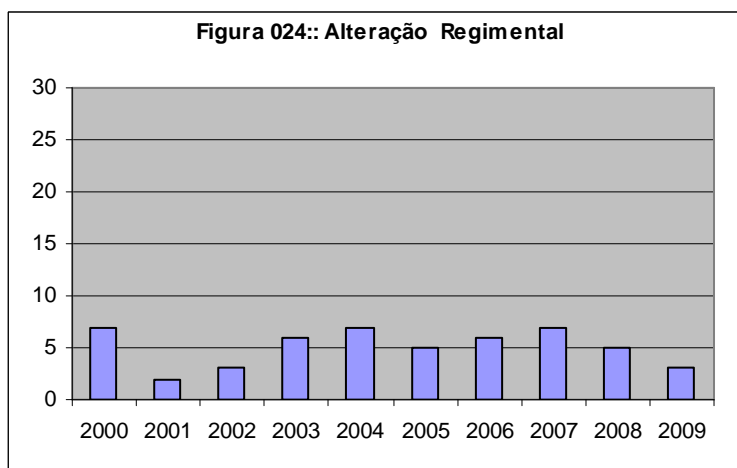


A figura anterior ilustra os 25 atos normativos de regimes especiais de direção fiscal, decretados até 2002⁷¹. Ainda sobre os regimes especiais é importante considerar sua

⁷¹ Mais à frente, no Capítulo 4, serão analisados os impactos dessas intervenções sobre a composição e a concentração de operadoras no mercado.

relevância sobre o funcionamento do mercado, especialmente quando se trata de empresas com número expressivo de beneficiários, como no caso da Unimed de São Paulo, cujos regimes de direção fiscal e de direção técnica foram instaurados por intermédio da RDC 044 de 16 de janeiro de 2002, culminando em sua posterior liquidação extrajudicial. Isso, em princípio não a enquadraria nesta categoria das normas sem impacto. Todavia, os atos de decretação de regimes especiais são uma consequência dos outros atos normativos referentes às práticas econômico-financeiras mais à frente abordadas, o que justifica a sua classificação na categoria denominada: sem impacto direto, não tendo sido fortuito, portanto, o seu reenquadramento como RO.

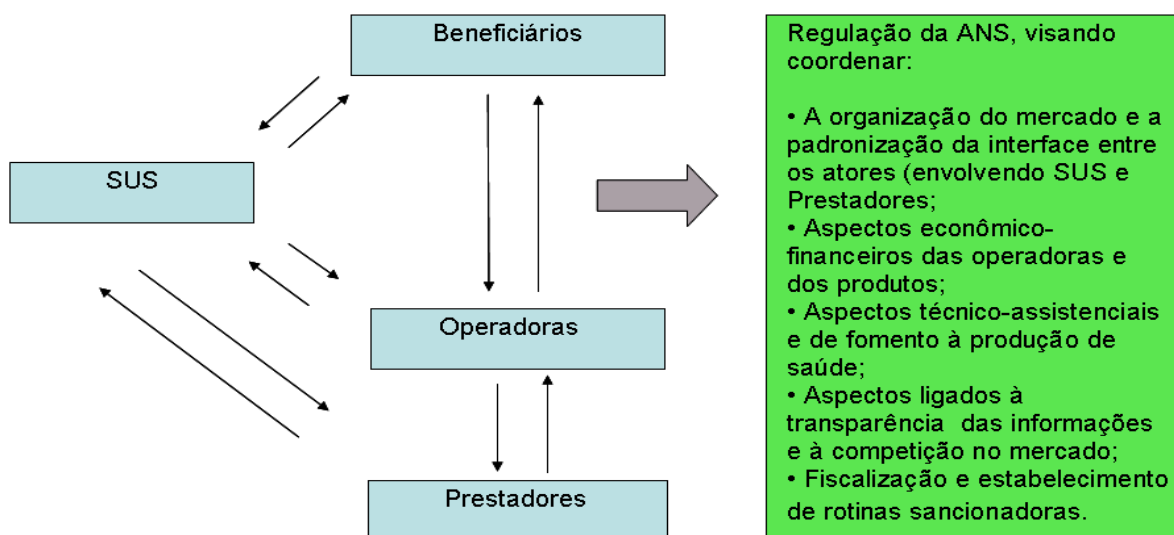
Outras evidências de normas sem impacto direto são as alterações regimentais da Agência, presentes com relativa regularidade ao longo do período examinado. Novamente, estes atos normativos buscam adequação da estrutura organizacional da ANS aos novos desafios e, de fato, podem impactar de forma relevante a regulação do setor, porém não diretamente sobre o funcionamento do mercado.



3.1.2 Normas de impacto regulatório direto, provenientes de RDC E RN

Ainda sobre o mesmo conjunto de 305 normas entre RDC e RN, foram identificadas 166 normas com impacto regulatório direto sobre a regulação. Esses atos normativos foram classificados de acordo com a intencionalidade da política regulatória proveniente da relação entre beneficiários e operadoras (vide Figura 025 a seguir). A relação existente entre esses dois atores da regulação, vale ressaltar, se constitui no principal objeto de análise da ANS e, portanto, no fulcro da regulação da saúde suplementar. É importante ainda destacar que essa mediação deve estar em plena sintonia com as características do Estado-coordenador já aqui discutidas.

Figura 025: Escopo da Política Regulatória



Fonte: elaboração própria

A classificação dos normativos com impacto regulatório e o diagrama da Figura 025 se baseiam na missão da ANS, que tem por finalidade institucional “*promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País*” (vide site da Agência na internet). Assim, a partir do inquérito e do banco de dados já mencionados, foi possível identificar 166

normativos, entre RN e RDC, enquadrados nesta categoria. Estes atos normativos foram subcategorizados⁷² em:

- 54 normas de organização do mercado e da interface entre os atores;
- 64 normas relativas à regulação econômico-financeira das operadoras e dos produtos;
- 25 normativos de conteúdo técnico-assistencial e de fomento à produção de saúde;
- 9 normas de estímulo à transparência e à competição no mercado;
- 14 normativos atinentes à Fiscalização e estabelecimento de rotinas sancionadoras.

Essas subcategorias passam agora a serem analisadas uma a uma, sendo destacados os principais normativos que as compuseram.

3.1.2.1 Normas de organização do mercado e da interface entre os atores

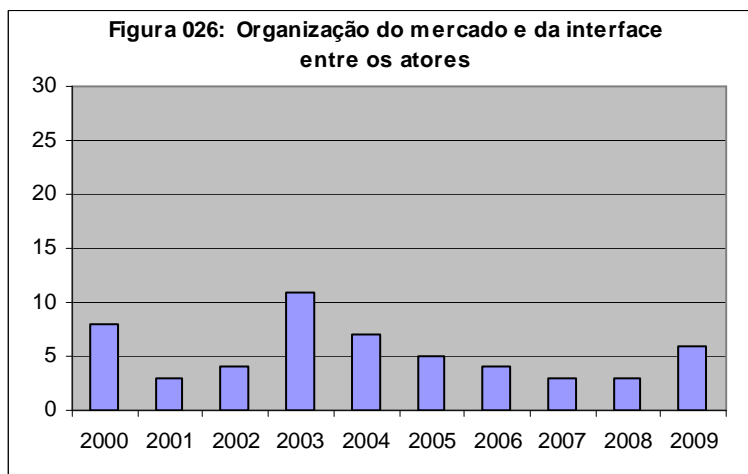
Esta subcategoria diz respeito à regulação voltada para a criação de um padrão estável de classificação e segmentação de operadoras, prestadores, produtos e beneficiários, bem como a definição dos padrões de intercâmbio de informações que dêem sustentação a tal padronização. Dentre os 54 atos normativos aqui classificados estão, por exemplo, uma das primeiras resoluções editadas pela ANS, a RDC 005, 18 de fevereiro de 2000, que trata dos procedimentos administrativos para requerimento e concessão de registro provisório das operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde; ainda no mesmo ano, a RDC 018, de 30 de março de 2000, regulamenta o ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei 9656/98; e a RDC 039, de 27 de outubro de 2000, que subdispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, criando modalidades até hoje vigentes como a das cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, autogestões, medicinas de Grupo, etc.

⁷² O banco de dados com o conteúdo dos normativos e suas respectivas classificações se encontra no Anexo desta tese.

Nesta categoria também está classificada a RN 011 de 22 de julho de 2002, que estabelece as normas para o exercício do cargo de administrador das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde; a RN 064 de 22 de dezembro de 2003, que dispõe sobre o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos anteriores à Lei 9656 – PIAC; RN 071 de 17 de março de 2004, referente ao estabelecimento dos requisitos dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios; RN 085, de 7 de dezembro de 2004, que regula a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Saúde, entre outras resoluções.

Mais recentemente, a RN 195 de 14 de julho de 2009 dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, instituindo a orientação para contratação de planos privados. Esta Resolução teve como objetivo um melhor detalhamento da natureza jurídica das categorias dos planos individual ou familiar; coletivo empresarial e coletivo por adesão, definindo, entre outros aspectos, as condições de titularidade dos planos; cumprimento de prazos de carências e de cobertura parcial temporária, formação e titularidade de grupos familiares, condições de pagamento/recebimento cobrança das contraprestações pecuniárias, periodicidade de reajustes dos planos coletivos, mitigação da seleção de risco, e exclusão e suspensão da assistência à Saúde entre outros. Nessa mesma direção, na mesma data, foi elaborada RN 196, que regulamenta as Administradoras de Benefícios, pessoas jurídicas que propõem a contratação de plano coletivo na condição de estipulantes ou prestadoras de serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados coletivos de assistência à saúde.

Quanto à distribuição desta subcategoria de normativos de organização do mercado e da interface entre os atores ao longo do tempo, convém destacar, como seria de se esperar, a predominância nos primeiros anos. Na medida em que o arcabouço regulamentar foi se consolidando, predominaram as normas de caráter ratificador ou retificador. Um exemplo disso são as RN 100 de 3 de junho de 2005 e RN 189 de 2 de abril de 2009, que alteram a já mencionada RN 085 e as RN 200, 13 de agosto de 2009 e RN 204 de 1 de outubro de 2009, que por sua vez alteram a também já mencionada RN 195.



A análise da Figura 026 permite identificar uma maior incidência desses normativos ao longo dos primeiros anos até 2004, período no qual a ANS buscava se impor, de fato, como ente regulatório do sistema:

A defesa da economia de 25% da população do país e de seus direitos constitucionais, dos recursos públicos aplicados no setor da saúde e da coibição da concorrência desleal são razões que impulsionam na direção da regulamentação. As novas normas, mais específicas, encontram grande resistência num mercado onde durante trinta anos as empresas do setor agiam por conta própria, praticamente sem regras, fora do controle do Estado (RELATORIO DE GESTÃO 2000, p 23).

Observa-se ainda uma forte predominância desta subcategoria em 2003, ano marcado por um esforço da ANS no sentido de adaptar contratos anteriores à Lei 9656. O Relatório de Gestão daquele ano, apontava que:

Os avanços e aperfeiçoamentos consideráveis e progressivos que o setor de saúde suplementar experimentou em 2003, por conta da atuação da Agência, há que se reafirmar, contudo, que a implementação da regulamentação em um setor que esteve mais de trinta anos sem nenhum tipo de controle governamental, tem que ser feita gradualmente, buscando-se atingir o equilíbrio necessário entre a proteção dos direitos dos consumidores e a natureza da atividade econômica, efetuada por investimentos privados. Regular um setor que influencia a vida de mais de 38 milhões de brasileiros e que movimenta uma rede de milhares de médicos, dentistas, clínicas, hospitais e laboratórios, integrados a um grande número de diversificadas operadoras, é, sem dúvida, um grande desafio, sobretudo quando há um compromisso de procurar bem servir, usando as funções da regulamentação e da fiscalização do sistema privado de saúde. (RELATORIO DE GESTÃO, 2003 p.41)

Por fim, vale ressaltar que a organização do mercado e da interface entre os atores é uma tarefa perene, que enseja a necessidade de implementação de novos atos normativos e a revisão de antigos a cada ano, na medida da dinamicidade característica do setor de saúde suplementar. Exemplos ilustrativos dessa constante necessidade de aperfeiçoamento são as RN 153, de 28 de maio de 2007, que estabelece padrão obrigatório TISS entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos de saúde, realizados em beneficiários de planos; e a RN 185, de 30 de dezembro de 2008, que institui o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS.

3.1.2.2 Normas relativas à regulação econômico-financeira das operadoras e dos produtos

Esta subcategoria diz respeito à regulação voltada para manutenção do equilíbrio econômico-financeiro na relação entre as operadoras e beneficiários. Aqui foram classificadas 62 regras que se constituem, basicamente, em atos normativos voltados para a política de reajustes de contraprestações; contabilidade, estatística e dados atuariais; reservas e provisões das operadoras, bem como critérios de constituição de garantias, fundos especiais ou seguros garantidores, protegendo o consumidor em caso de insolvência das operadoras.

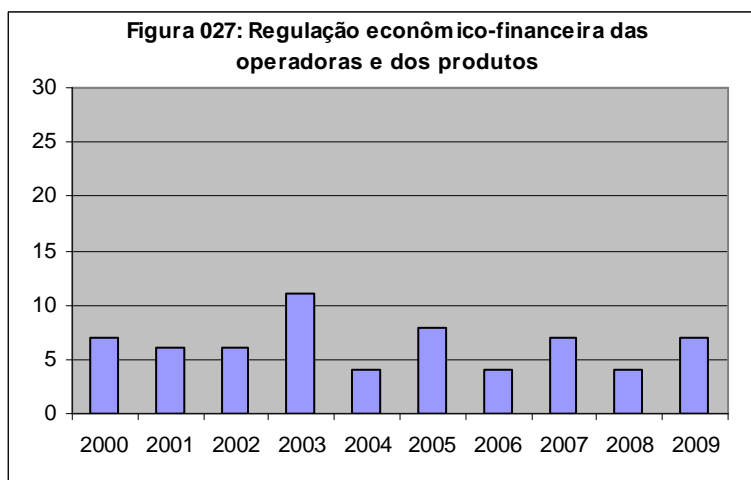
Também aqui são tratados os procedimentos para recuperação financeira das operadoras e os regimes especiais de direção técnica e direção fiscal. Por fim, nesta subcategoria estão ainda abarcados os planos de recuperação, a disciplina contábil e a criação de um padrão estável de padrões de intercâmbio de informações que dêem sustentação a tal padronização.

Dentre esses normativos encontra-se, por exemplo, a RDC 022, de 30 de maio de 2000, que cria um instrumento para acompanhamento econômico-financeiro das operadoras; a RDC 029, de 26 de junho 2000, que estabelece a primeira regra anual de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos; a RDC 38, de 27 de outubro de 2000, que trata da elaboração de um plano de contas padrão; RDC 082, de 16 de agosto de 2001, que regula a

alienação compulsória de carteira de planos; a RN 126, de 11 de maio de 2006, que dispõe sobre os critérios para amortização de valores aplicados em aquisição de carteiras de planos; e a RN 143, de 2 de janeiro de 2007, que dispõe sobre os critérios de avaliação e reavaliação dos bens imóveis das operadoras.

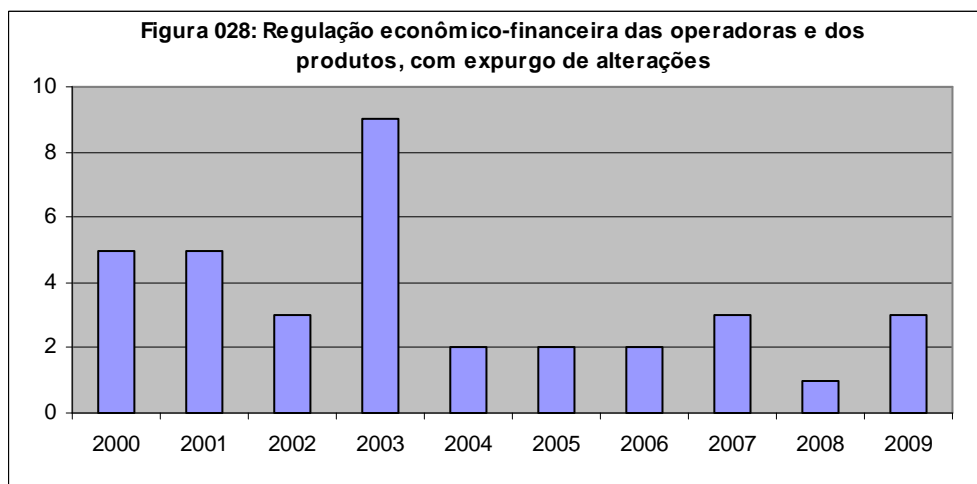
Mais recentemente, em 8 de maio de 2009, foi editada a RN 191, que instituiu o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar (FGS) pelas Operadoras de Planos de Saúde (SALLES DIAS FILHO, 2010). Em 22 de dezembro de 2009, a ANS editou a RN 204 que estabeleceu critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras. Este assunto voltará a ser discutido nas conclusões da primeira seção do quarto capítulo.

Assim como a subcategoria anteriormente analisada, ocorre aqui uma predominância nos primeiros anos da série temporal. Na medida em que o arcabouço regulamentar foi se consolidando, predominaram as normas de caráter ratificador ou retificador. Vale ressaltar que medidas de caráter econômico-financeiro demandam uma frequência elevada de retificações e/ou ratificações, não sendo fortuito, portanto, o fato de esta categoria ser a de maior quantitativo (64 normativos). Um exemplo disso são as normas de reajuste anual das contraprestações ou de atualização das garantias financeiras e do plano de contas. Neste último assunto, a RDC 38 foi alterada pelas RN 003, de 27 de outubro de 2000, RN 027 de 19 de abril de 2002, RN 028 de 25 de abril de 2002, RN 136 de 31 de outubro de 2006, RN 184 de 19 de dezembro de 2008 e RN 207 de 22 de dezembro de 2009.



Além da elevada frequência dessa categoria de normativos ao longo dos anos, a análise da Figura 027 permite identificar uma incidência maior ao longo dos primeiros anos, marcados pela inadiável premência de disciplinar e sanear o mercado, procurando conferir alguma estabilidade ao consumidor. Ademais, é importante mencionar que o ritmo de regimes especiais em operadoras seguia seu curso, amparado em arcabouço regulatório a cada ano mais preciso e específico. Assim é que, já no Relatório de Gestão de 2004, pg. 56, merece destaque o grau de proteção dos beneficiários obtidos pelas garantias financeiras, que indica a porcentagem de operadoras com garantias constituídas para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, e que atingiu a meta estipulada de 77%, situando-se acima do resultado de 2003 (75%).

Por fim, a despeito da elevada frequência dessa categoria de normativos ao longo dos anos, convém ressaltar a forte incidência de atos normativos ratificadores ou retificadores de normas previamente editadas. Ao realizar um expurgo desses normativos (retificadores ou ratificadores) na base de dados referente a essa subcategoria, observa-se mais claramente uma predominância ao longo dos primeiros anos. De todo modo, é importante levar em consideração que a dinâmica deste tipo de regulação enseja uma necessidade de edição ou reedição contínua das normas.



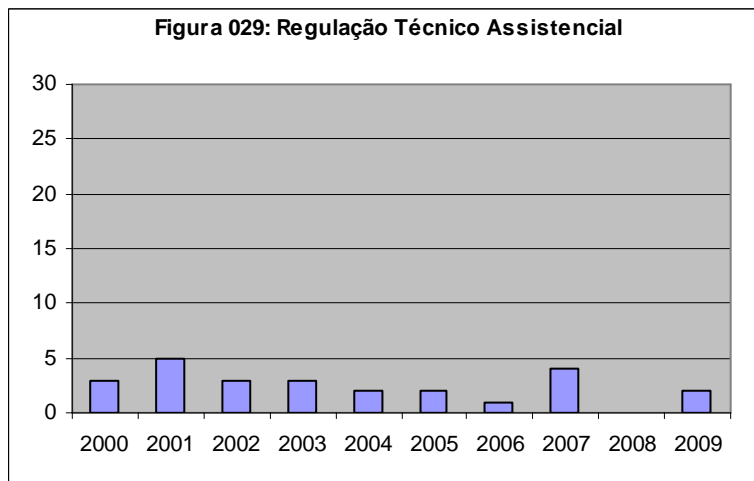
Na Figura 028, verifica-se após o expurgo uma destacada incidência desta subcategoria de normativos nos quatro primeiros anos da regulação, ressaltando, pelo menos do ponto de vista quantitativo, uma tônica característica.

3.1.2.3 Normas de conteúdo técnico-assistencial e de fomento à produção de saúde

Nesta subcategoria foram identificados 25 atos normativos que dizem respeito, basicamente, a regras de padronização e atualização do Rol de Procedimentos Médicos e de informações da assistência prestada aos beneficiários. Além disso, esses normativos tratam da designação de médico responsável pelo fluxo de informações relativas à assistência médica, rotinas para comprovação de conhecimento prévio de doença e lesão preexistente e a utilização da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, no âmbito da ANS, para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Dentre essa subcategoria de normativos estão, por exemplo, a RDC 021 de 12 de maio de 2000, que define o Rol de Procedimentos Odontológicos que constituirá referência básica do Plano Odontológico, fixando as diretrizes para sua cobertura assistencial; a RDC 041 de 14 de dezembro 2000, que altera o Rol de Procedimentos Médicos previamente instituído pela Resolução CONSU nº 10 de 3 de novembro de 1998; a RDC 068 de 7 de maio de 2001, que estabelece normas para a adoção de cláusula de cobertura parcial temporária; RN 020 de 12 de dezembro de 2002, que dispõe sobre as condições gerais para a elaboração dos formulários de declaração de saúde; e RN 112 de 13 de outubro de 2005, que institui a utilização da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, no âmbito da ANS para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários.

Também nesta subcategoria estão classificadas: a RN 162 de 9 de janeiro de 2007, que estabeleceu a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispondo sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), Cobertura Parcial Temporária (CPT) e Declaração de Saúde sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário. Mais recentemente, a RN 192 de 27 de maio de 2009, que regula a cobertura aos atendimentos nos casos de planejamento familiar.



A frequência dessa categoria de normativos se dá mais no período de implantação da ANS e em sua fase intermediária, com maior incidência nos anos de 2001 e 2007, todavia não exprime, do ponto de vista quantitativo, uma tônica pronunciada. Conforme se verá mais adiante, os primeiros normativos têm a preocupação de definir um marco para a questão assistencial e substituir os regulamentos que haviam sido editados por meio do CONSU. Desse modo, o fulcro da regulação viria a ocorrer mais precisamente a partir dos quatro primeiros anos de existência da ANS. Essa visão é corroborada pelo Relatório de Gestão, que logo em sua Apresentação destaca:

Desde os primórdios de sua criação, a ANS vem ensejando esforços para que prevaleçam operadoras sólidas, capazes de garantir as condições contratadas. Transcendendo a esse importante objetivo, a principal característica da regulação ao final do PPA 2004-2007 é a indução à qualificação da atenção à saúde oferecida aos beneficiários de planos de saúde.

[...] O resultado ao final de 2007 é que a ANS vem obtendo resultados cada vez mais promissores no que se refere à sustentabilidade econômico-financeira, que não vem alinhada, na mesma intensidade, aos princípios de qualidade, resolutividade e integralidade. Esse descompasso pode ser observado na escassez de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e na existência de um setor onde ainda prevalece um modelo técnico-assistencial que pouco privilegia a produção de saúde (...) essa nova etapa da atividade de regulação do setor privado de planos de saúde significa o reconhecimento da Saúde Suplementar como local de produção de saúde (RELATÓRIO DE GESTÃO 2007, p.. 4).

Naquele momento, havia o entendimento de que a ação do Estado não deveria se limitar à garantia das condições de equilíbrio econômico-financeiro do setor. Na medida em que o setor de saúde suplementar ocupava fatia cada vez mais importante no mix público-privado, era chegado o momento de uma ação mais efetiva da regulação no sentido de estimular as operadoras a se tornarem, além de seguradoras, produtoras de saúde de bem-estar.

Nesta categoria não há um número expressivo de regulamentos (25 normativos) e afora as questões atinentes ao Rol de Procedimentos e às atualizações do SIP, não predominam os regulamentos de características ratificadoras ou retificadoras. Assim, mesmo levando em conta o discreto aumento da frequência de normativos em 2007, a conclusão que se chega é que, neste caso, a avaliação quantitativa da incidência dos normativos, ao longo do tempo, não é determinante para explicar esta segunda onda ou tônica da regulação da saúde suplementar.

O estímulo às iniciativas para prevenção de doenças e a promoção da saúde, a discussão de diretrizes clínicas, a participação na construção da nova política de avaliação e incorporação de novas tecnologias, entre outras, são reflexos da opção regulatória cujo mote é a produção de saúde, na perspectiva de integração de um subsistema que não é universal e equânime, com o Sistema Único de Saúde. (RELATORIO DE GESTÃO 2007, p. 88).

3.1.2.4 – Normas de estímulo à transparência e à competição no mercado

Nesta subcategoria foram identificados 9 normativos cujos objetivos são fundamentalmente o estímulo à transparência das informações e à competição no mercado de saúde suplementar. Os instrumentos aqui analisados são basicamente regras de padronização e divulgação de informações ao público e regras de estímulo à competição por intermédio da mitigação das barreiras à mobilidade dos beneficiários no mercado.

Convém aqui a ressalva de que esta categoria prescinde, em grande medida, do expediente de utilização de atos normativos. Neste sentido, o exame de sua frequência ao longo do tempo tem importância menor do que uma abordagem qualitativa do tema, já que o processo de publicização das informações, via de regra, pode acontecer independentemente de normas regulatórias. Esse é o caso, por exemplo, do Caderno de Informações da ANS sobre beneficiários e planos de saúde (http://www.ans.gov.br/data/files/8A9588652AC9E68D012B1C5C570D4E82/Caderno_2010-09-WEB.pdf), publicação trimestral existente desde 2004 em mídia impressa e desde 2007 em meio eletrônico, que oferece um rico panorama sobre o desempenho geral do setor. Também merecem destaque outras publicações, tais como o Atlas Econômico-Financeiro das Operadoras e o Anuário (vide sítio da ANS). Este material contém dados gerais sobre as condições de liquidez, rentabilidade e solvência das operadoras e do setor.

Estão aqui categorizadas as normas a RN 039, de 24 de novembro de 2006, estabeleceu as normas referentes ao Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, cujo objetivo é oferecer ao mercado um panorama das *performances* das operadoras e dos órgãos internos da ANS, em observância a um elenco de indicadores previamente definido.

Vale destacar que o Programa de Qualificação é um instrumento típico da terceira tônica da regulação, já que se constitui num elemento de estímulo à competição e de disseminação de informações do desempenho das operadoras para o público. Não obstante essas características associadas à fase mais recente, o Programa, quando da sua edição, tratou de priorizar inicialmente o estímulo à produção de saúde, característico da segunda tônica da regulação que se vivia naquele momento.

A ideia central da Política de Qualificação da Saúde Suplementar é que a avaliação sistemática da atuação de cada um dos atores – operadoras, prestadores, beneficiários e o próprio órgão regulador – possa determinar a transformação necessária à qualificação do setor da Saúde Suplementar. Para a ANS, essa nova etapa da atividade de regulação do setor privado de planos de saúde significa o reconhecimento da Saúde Suplementar como local de produção de saúde.

A proposta de avaliação da qualidade da Saúde Suplementar tem como eixos norteadores: a avaliação do impacto das ações de saúde na população beneficiária; a

perspectiva de sistema e a avaliação sistemática e progressiva de indicadores, com explicitação dos critérios utilizados para sua construção.

Com base nos resultados obtidos com a Política de Qualificação da Saúde Suplementar, é possível afirmar que nos últimos quatro anos houve uma mudança na concepção das operadoras, que deixaram de ser apenas intermediadoras econômico-financeiras em saúde para produzirem, de fato, saúde. (RELATORIO DE GESTÃO 2007, p 4).

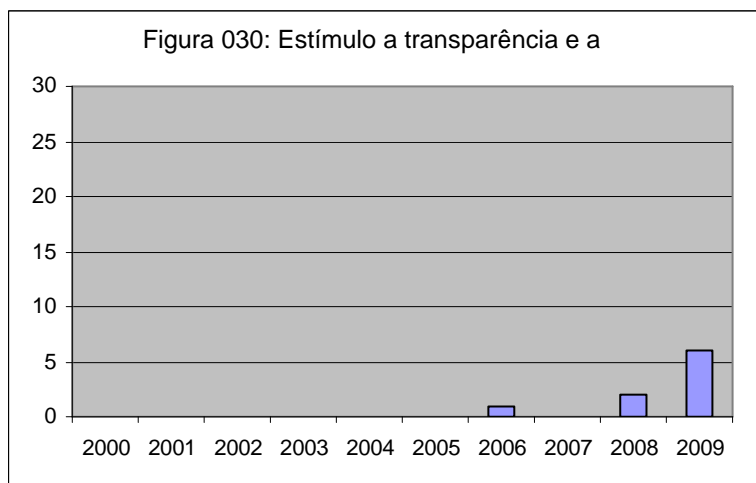
Um pouco mais adiante, em 14 de janeiro de 2009, foi regulamentada, por intermédio da RN 186, a Portabilidade das Carências sem a imposição de cobertura parcial temporária, juntamente com a disponibilização para o público, em meio eletrônico, do Guia de Produtos da ANS. A portabilidade permite aos beneficiários de planos individuais levarem para um próximo plano as carências já cumpridas. O Guia de Produtos⁷³ ou de Planos de Saúde é um sistema eletrônico que permite o cruzamento de dados para consulta e comparação de mais de 5 mil planos ou produtos. Este sistema foi desenvolvido para auxiliar o beneficiário a exercer a portabilidade de carências e facilitar o acesso a informações daqueles que pretendem contratar um plano de saúde⁷⁴.

Outro exemplo é a RN 190, de 30 de abril de 2009, que dispõe sobre a criação obrigatória de portal corporativo, na Internet, pelas operadoras, exigindo a designação de profissional responsável pela troca de informações em saúde suplementar (Padrão TISS)⁷⁵ referente aos eventos prestados aos beneficiários dos planos.

⁷³ Vide sítio da ANS na internet.

⁷⁴ A mobilidade com portabilidade de carências e o Guia ANS de Planos de Saúde fazem parte do Programa de Aceleração do Crescimento do Governo Federal – PAC da Saúde (Mais Saúde) e são considerados pela ANS importantes instrumentos de estímulo à concorrência no mercado de saúde suplementar, permitindo que os consumidores tenham mais liberdade de escolha.

⁷⁵ De acordo com pesquisa no sítio da ANS em 9/2/2011, “As guias do Padrão TISS são os modelos formais e obrigatórios de representação e descrição documental sobre os eventos assistenciais realizados no beneficiário e enviadas do prestador para a operadora. O layout dos formulários deve ser seguido integralmente, conforme publicado na Instrução Normativa nº 22 de 16 de novembro de 2006, não sendo possível nenhum tipo de alteração em sua estrutura. As guias definidas no padrão TISS são: Guia de Consulta; Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia; Guia de Solicitação de Internação; Guia de Resumo de Internação; Guia de Honorário Individual; Guia de Tratamento odontológico; Guia de Tratamento odontológico; demonstrativo de pagamento e Guia de Outras Despesas” (http://www.ans.gov.br/portal/site/_hotsite_tiss/padrao_tiss.htm).



A exemplo do que foi examinado na subcategoria anterior, a intensidade e frequência desses normativos não se traduz diretamente no surgimento e estabelecimento da onda ou tônica regulatória. Há que se considerar aqui, também, a existência de outros expedientes da regulação que concorreram para a conformação dessas ondas.

De todo modo, ao se analisar a frequência dessa subcategoria de normativos, constata-se que sua incidência ocorre mais fortemente no período mais recente da regulação. Esse fato não significa que não tenha havido uma preocupação anterior com a estrutura de dados do setor, já que ocorreram evidentes avanços na construção de sistemas de informações⁷⁶: para consumo interno da ANS tais como o SIP, SIB, DIOPS, TISS, etc; e para consumo externo como os já mencionados Atlas, Anuário e Caderno de Informações, entre outros⁷⁷. Assim, a preocupação que parece nortear a fase mais recente da regulação é a construção de bases com estímulo à transparência para o público em geral.

A avaliação dos resultados obtidos possibilita que a ANS monitore o seu desempenho e consiga obter maior sucesso frente às suas diretrizes estratégicas, reorientando seus rumos. A divulgação dos resultados para o mercado e a sociedade torna mais transparente o processo regulatório. (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2007, p. 88).

⁷⁶ Vide Lista de Abreviatura e Siglas.

⁷⁷ Vide site da ANS: <http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumChannelId=8A9588D425FEC1700126057C9AD40BB1>

Em face do forte componente inovação associado às regras que suportaram esses normativos, aqui também se observa um número considerável de regulamentos com características ratificadoras ou retificadoras, especialmente quando comparados ao número reduzido de regulamentos (9 normativos) enquadrados nesta categoria. Um exemplo disso são as mudanças ocorridas no Programa de Qualificação (alterado pelas RN 178 de 10 de novembro de 2008; e RN 193 de 8 de junho de 2009) e a Portabilidade de Carências. Neste último assunto, a RN 186 foi alterada pelas RN 194 de 9 de julho de 2009 e RN 200 de 14 de agosto de 2009. Vale ressaltar que este assunto voltou a ser objeto de discussão em Câmara Técnica no ano de 2010, conforme será examinado na segunda seção do quarto capítulo.

Os principais desafios para o próximo período são: a mudança efetiva do modelo assistencial, o incentivo à concorrência do setor de saúde suplementar e o aprofundamento da relação público-privado existente no sistema de saúde brasileiro. Com relação à mudança do modelo assistencial prestado, o desenvolvimento das iniciativas de acreditação de operadoras e prestadores, a disseminação no uso de diretrizes clínicas, o programa de Qualificação da Saúde Suplementar, os estímulos à promoção à saúde e prevenção de doenças, em conjunto, devem reorientar as tendências atuais. O aprimoramento dos aspectos concorrenciais será alcançado com a continuidade da política de saneamento do mercado e de qualificação do setor, a adoção de melhores garantias financeiras, a finalização do processo de autorização de funcionamento, a regulação dos planos coletivos e a implementação da mobilidade com portabilidade, inicialmente apenas para os planos individuais. (RELATORIO DE GESTÃO 2008, p 116).

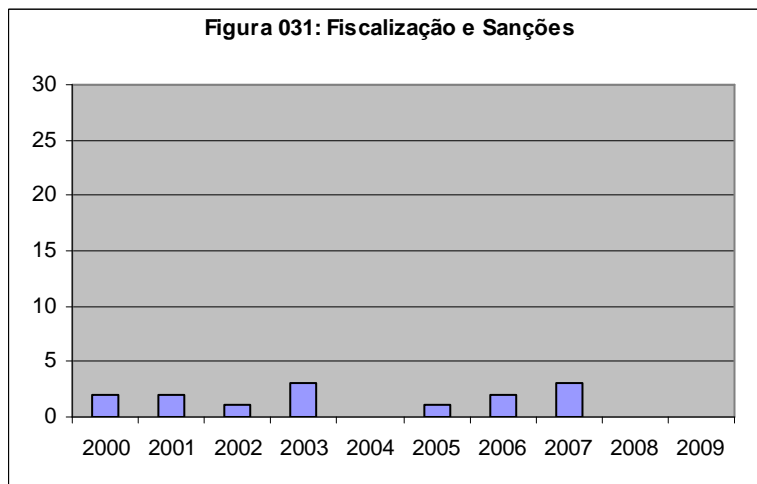
Essa intenção manifesta da direção da ANS explicita os aspectos mais relevantes da tónica atual e, em certa medida, explica a maior incidência recente desta subcategoria de normativos. Não obstante as evidências desta etapa atual da regulação, sempre é interessante guardar uma certa isenção histórica dos fatos, sendo necessária alguma sedimentação da instituição para que quadros institucionais inovadores possam ser desenvolvidos com sucesso (Conceição, 2001).

3.1.2.5 Normas de fiscalização e estabelecimento de rotinas sancionadoras

Nesta categoria foram identificados 14 normativos voltados para o estabelecimento de um arcabouço de fiscalização e de rotinas sancionadoras para as operadoras do mercado de saúde suplementar. Os instrumentos analisados aqui são regras de definição de infrações e cominação de penalidades, bem como critério para celebração de termo de compromisso de ajuste de conduta com as operadoras.

Estão aqui categorizadas as RDC 014, de 30 de março de 2000, e RDC 024, de 13 de junho do mesmo ano, que tratam, respectivamente, do recolhimento das multas, tipificação das infrações e da especificação das penalidades de advertência, multa pecuniária, suspensão de exercício dos cargos, inabilitação temporária para o exercício dos cargos, cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora mediante leilão. Além destas, a RDC 057, de 19 de fevereiro de 2001, que trata do Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta com as operadoras - TCAC; a RN 048, de 19 de setembro de 2003, que dispõe sobre o processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de sanções no âmbito ANS (Processo Sancionador); e a RN 124, de 30 de março de 2006, que especifica e tipifica as sanções.

Em face da importância da perenidade dessas regras, aqui não se observa um conjunto significativo de normas ratificadoras ou retificadoras, não obstante se verifique, no ano de 2007, duas alterações da RN 124 e uma da RN 048.



Em função dos elementos ligados à perenidade desse tipo de normativo, se verifica uma maior incidência desta subcategoria nos quatro primeiros anos da regulação, desconsideradas as exceções já mencionadas, referentes ao ano de 2007. Uma evidência dessa preocupação com o arcabouço fiscal, logo no limiar do estabelecimento da ANS, pode ser constatada::

A legislação aqui e ali ainda é desrespeitada, exigindo um enorme esforço no sentido de garantir o cumprimento daquilo que já foi regulado e punindo firmemente as infrações, em defesa do consumidor. Daí a concepção da Agência como autarquia especial, com independência administrativa, financeira, patrimonial e nas decisões técnicas, visando justamente garantir o cumprimento das normas estabelecidas e poder levar a cabo sua missão. (RELATORIO DE GESTÃO. 2000, p. 23)

Mais à frente, os avanços da estrutura da fiscalização são destacados:

Na ação de Fiscalização e Monitoramento das Operadoras de Planos de Saúde, o total de fiscalizações em 2004 superou em 47,7% a meta estabelecida, e apresentou um crescimento de 21% em relação ao ano de 2003. (...) Oitenta e cinco por cento das denúncias recebidas no ano de 2004 foram apuradas ainda dentro do ano, muito embora cerca de 2.500 denúncias tenham sido recebidas nos dois últimos meses de 2004. (RELATORIO DE GESTÃO, 2004 p. 55)

Já em 2006, ano da publicação da RN 124, que especifica e tipifica as sanções. O Relatório de Gestão da daquele ano, pg. 113, destacava que:

É importante salientar que em 2006 houve uma importante inversão entre as ações de Gestão e Administração do Programa (GAP) e Regulação, Fiscalização e Monitoramento das Operadoras de Planos de Saúde. Em 2005, a GAP representava 65% do total, passando a apenas 37% do total de recursos em 2006. Já a ação de Regulação, Fiscalização e Monitoramento, passou a representar 49% do total da dotação orçamentária, sendo que no ano passado apresentava percentual inferior (18% em 2005). Em 2006 foi a ação com maior aporte de recursos, com execução exemplar (98,5%) e com maior especificidade em relação ao programa de Saúde Suplementar.

Por fim, a despeito da consistência adquirida pela atividade de fiscalização ao longo dos anos, a exemplo da subcategoria examinada em 3.1.2.1 – Normas de organização do mercado e da interface entre os atores, vale destacar que as normas de fiscalização e sanção perpassam as três ondas regulatórias abordadas de 3.1.2.2 a 3.1.2.4, não se configurando, portanto, num movimento particular da trajetória da regulação da saúde suplementar no Brasil. Todavia, a função fiscal da ANS consolidou o papel regulatório da Agência e teve o indiscutível mérito de dar consistência às tônicas regulatórias já amplamente discutidas neste trabalho.

3.2 Normas de impacto regulatório, provenientes de consultas públicas.

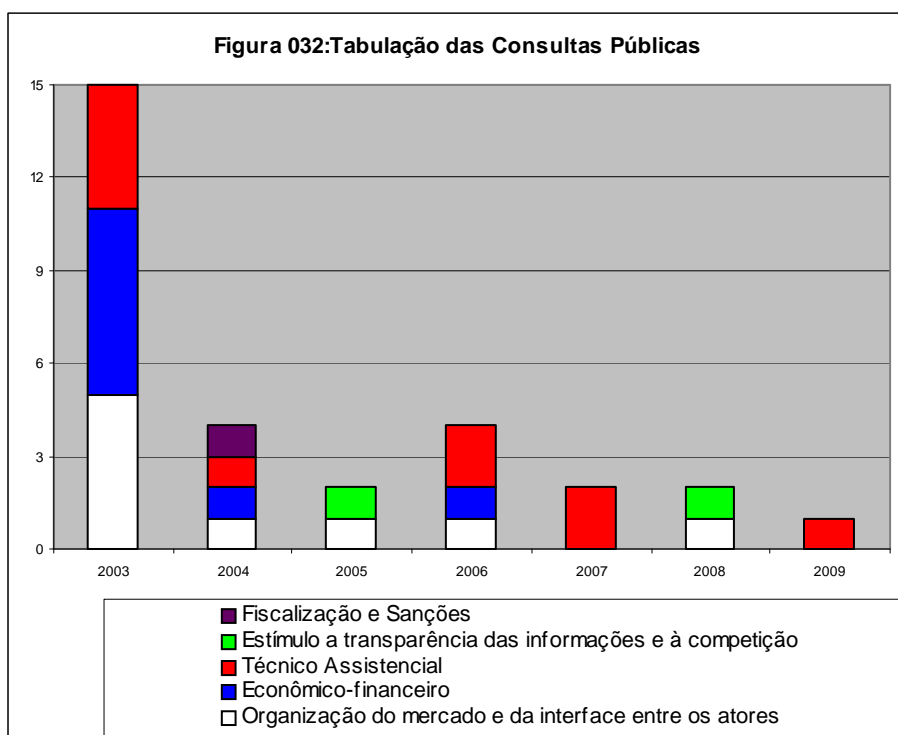
Nesta seção foram pesquisadas e tabuladas as Consultas Públicas, instrumento que se constitui numa ferramenta que possibilita uma ampla discussão com a sociedade. Aqui são debatidos diversos temas sobre área da saúde suplementar, permitindo um meio de participação democrático e transparente para o público.

A utilização desse expediente reflete especial preocupação com a aferição de algumas medidas consideradas como de alto impacto regulatório. Ao final do processo participativo, essas ações acabam por se constituírem em RN, entretanto, vale ressaltar que nem todas as RN publicadas são submetidas às Consultas Públicas.

A exemplo do que se viu na análise das RDC e RN, em pesquisa ao sítio da ANS em 5 de outubro de 2010, foram identificadas 30 Consultas Públicas entre 2003 (primeiro ano de

edição) e 2009, todas, pela sua natureza de consulta, de alto impacto regulatório e distribuídas de acordo com as mesmas subcategorias anteriormente examinadas:

- 9 Consultas Públicas sobre a organização do mercado e da interface entre os atores;
- 8 Consultas Públicas relativas à regulação econômico-financeira das operadoras e dos produtos;
- 10 Consultas Públicas de conteúdo técnico-assistencial e de fomento à produção de saúde;
- 2 Consultas Públicas referentes ao estímulo a transparência e à competição no mercado;
- 1 Consulta Pública sobre Fiscalização e estabelecimento de rotinas sancionadoras.



Sobre a subcategoria “organização do mercado e da interface entre os atores” vale destacar a forte incidência deste tipo de consulta, especialmente nos primeiros anos, com destaque para o ano de 2003 quando foram editadas: a Consulta Pública para regulamentação de Plano Especial de Adesão a Contrato Adaptado, que culminou na RN 164, que dispõe sobre o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos; Consulta Pública para o

fornecimento de informações para o cadastro de beneficiários da ANS (que culminou no estabelecimento do SIB); Consulta Pública que fechou o entendimento da ANS sobre administração, disponibilização e comercialização de produtos ou serviços vinculados a descontos aos consumidores (cartão-desconto e similares); sobre a contratualização de entidades hospitalares; e no tocante aos requisitos para celebração de instrumentos jurídicos entre operadoras e consultórios.

Em 2004 foi editada uma Consulta Pública para alteração da norma de ressarcimento ao SUS; em 2005, uma discussão sobre os critérios de participação das entidades de defesa dos consumidores na Câmara de Saúde Suplementar⁷⁸. Em 2006, foi aberta a discussão sobre a definição das entidades de autogestão, objetivando disciplinar a sua atuação, organização e funcionamento. Por fim, em 2008, é inaugurado um novo debate sobre a classificação dos planos de saúde, quanto à contratação e instituição de Administradora de Benefícios. Esta discussão culminaria na edição das RN 195, 196, 200 e 204, já anteriormente discutidas.

Reforçando as conclusões tiradas na seção anterior, observou-se considerável frequência das Consultas desta subcategoria ao longo do tempo. Este fenômeno indica que a organização do mercado e da interface entre os atores é uma tarefa em constante aperfeiçoamento, sintonizada com a dinamicidade do mercado de saúde suplementar.

Quanto à regulação econômico-financeira das operadoras e dos produtos, também é considerável o número de Consultas Públicas realizadas, especialmente nos primeiros anos com destaque para o ano de 2003, tal como a subcategoria anterior. Essa forte incidência de normas e consultas expressou uma preocupação de fundo com o equilíbrio econômico e financeiro do mercado, buscando um equilíbrio entre regular o mercado e evitar a quebra (sistêmica) das operadoras.

78 De acordo com o sítio da ANS na internet, “A Câmara de Saúde Suplementar é um órgão consultivo formado por representantes de todos os segmentos da sociedade que protagonizam as relações no setor. Criada originalmente pela Lei 9.656/98, desde então a CAMSS (antiga CSS) se reúne periodicamente e, em 2000, tornou-se órgão consultivo da ANS.”
Consulta realizada em 25/10/2010 -
http://www.ans.gov.br/portal/site/instanciaparticipacao/camara_saude_suplementar.asp.

A primeira Consulta Pública se referiu aos critérios financeiros de operação e estabelecimento de garantias financeiras. No mesmo ano de 2003 foram ainda elaboradas consultas referentes: a alienação compulsória de carteiras; diversificação dos ativos das operadoras para aceitação como garantidores, discussão sobre a variação de preço por faixa etária nos planos, que culminou na RN 63, de 22 de dezembro de 2003 que estabelece limites para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos; e provisão técnica para garantia de remissão das operadoras. No ano de 2004, critérios para cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção de programas de prevenção de doenças e promoção à saúde. Por fim, em 2006 é estabelecida a discussão sobre os critérios de aplicação dos mecanismos financeiros de regulação tais como estabelecimento de fator moderador para participação em eventos ou procedimentos, seja co-participação ou franquia.

A considerável incidência de normativos e consultas públicas atinentes aos aspectos econômico-financeiros denota uma preocupação constante com o aprimoramento das práticas de governança, aliadas à busca pela garantia de solvência do setor. Assim, é a partir da consecução de um dado patamar de sustentabilidade econômico-financeira das operadoras é que se tornou possível perseguir uma melhoria da qualidade da atenção à saúde oferecida aos beneficiários.

No tocante às consultas de conteúdo técnico-assistencial e de fomento à produção de saúde, também foi detectado um considerável número de Consultas realizadas. Nos primeiros anos da regulação, com destaque para o ano de 2003, a exemplo das subcategorias anteriores, foi identificada a maior parte das consultas realizadas. Naquele momento inicial de implantação da ANS, além das questões referentes à sustentabilidade econômico-financeira, era necessária a implantação de novos parâmetros assistenciais e a consolidação de outros já previamente tratados nas CONSU.

A primeira Consulta Pública se referiu aos procedimentos de alta complexidade para fins de Doença e Lesão Preexistente (DLP) com vistas à comprovação de conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário. No mesmo ano de 2003 foram ainda editadas consultas referentes: às informações sobre assistência prestada aos beneficiários, culminando na criação do SIP; requisitos para celebração de instrumentos jurídicos entre operadoras e prestadores de

serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, e clínicas ambulatoriais; e norma para regulamentação de produto exclusivamente odontológico em regime misto de preço. Entre 2004 e 2006, uma discussão para atualização da cobertura mínima obrigatória para os planos médico-hospitalares e odontológicos (Rol de Procedimentos).

Em 2007, foi deflagrada a construção de uma metodologia para avaliação da qualidade da atenção à saúde e suficiência da rede assistencial, bem como uma nova atualização do rol e das regras de DLP. Dessa discussão resultou o estabelecimento da obrigatoriedade da carta de orientação ao consumidor, conforme a já mencionada RN 162, de 9 de janeiro de 2007, que estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispendo sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), Cobertura Parcial Temporária (CPT) e Declaração de Saúde sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário. Por fim, em 2009, um novo ciclo de discussões acerca do rol de procedimentos.

Os aspectos técnicos assistenciais, a exemplo dos econômico-financeiros, também já galgaram alguma consolidação, entretanto passaram a desfrutar de maior grau de priorização com as políticas indutoras assumidas no período central desses dez anos de regulação. Conforme sugere a distribuição de frequência da figura anterior, na etapa intermediária o foco da regulação passou a se concentrar na atenção à saúde centrada na qualificação da assistência e na reorientação dos modelos assistenciais.

São mais recentes as Consultas Públicas com vistas ao estabelecimento de regras de padronização e divulgação de informações para o público e regras de estímulo à competição. A baixa frequência desse tipo de Consulta Pública no período analisado (duas consultas) também decorre do fato de que esta subcategoria prescinde, em grande medida, da utilização de instrumentos de caráter normativo. Em contrapartida, nos anos mais recentes vê-se um claro aprimoramento nas divulgações de periódicos tais com o Caderno de Informações, Atlas e Anuário econômico-financeiro, além do ANS Informações, do Caderno de Ressarcimento e do Guia de Produtos. Todas essas publicações, conforme anteriormente já mencionado, podem ser encontradas no sítio da ANS.

A primeira Consulta Pública, referente ao estímulo à transparência e à competição no mercado, é a iniciativa do Padrão TISS de troca de informações entre operadoras e

prestadores de serviços. Tal iniciativa foi decorrente da percepção que a melhoria do atendimento dos beneficiários dependia de um processo de racionalização dos procedimentos administrativos e operacionais entre operadoras e prestadores.

A utilização de uma considerável gama de formulários, com demorados mecanismos de troca de informações, era alegação constante para a deficiência das informações recebidas por parte da ANS e fator de morosidade administrativa por parte das operadoras. Estas falhas no fluxo da informação se verificavam especialmente no que tange ao faturamento, pagamento e glosas de despesas. Além dos constantes erros de preenchimento e da falta de agilidade daí decorrente, o processo manual representava custos administrativos mais elevados.

Assim, o desenvolvimento do TISS veio priorizar o estabelecimento de um padrão essencial de informações, necessário para o aprimoramento da qualidade da prestação da assistência e o aperfeiçoamento das informações sobre o setor de Saúde Suplementar. Sobretudo, esta iniciativa considera a sistematização de informações como um dos elementos fundamentais na construção de indicadores que permitam avaliar o estado de saúde, subsidiar o planejamento e acompanhamento dos serviços prestados, integrando as bases de dados da ANS e do Ministério da Saúde.

Tais preocupações se exprimem no documento de “Exposição de Motivos” da Consulta (vide sítio da ANS) que ressalta:

Para atender a essas necessidades, a ANS desenvolveu projeto com dois objetivos. O primeiro, objeto da presente Consulta Pública, estabelece um padrão essencial de informações a serem trocadas entre operadoras e prestadores de serviços de saúde. O segundo objetivo, desenvolvido em convênio com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), 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. O estudo sobre a padronização das informações da assistência suplementar à saúde desenvolvido pela ANS compreendeu: 1) revisão da bibliografia nacional e internacional sobre padronização de informações em saúde; 2) pesquisa dos padrões de informação adotados no país e no exterior; 3) revisão da legislação relacionada ao padrão estudado; 4) estudo dos padrões existentes no Cartão Nacional de Saúde (CNS/MS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS); Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/MS), Sistema Nacional

de Nascidos Vivos (SINASC/MS), Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN/MS), Comunicação de Internação Hospitalar (CIH/MS), Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS); 5) levantamento e análise das guias e formulários utilizados pelas operadoras para a troca de informações com prestadores; 6) elaboração de matriz com os dados constantes nas guias, nos sistemas públicos e nos sistemas de informação da ANS; 7) levantamento dos códigos e tabelas utilizadas no atendimento para parametrização e intercâmbio de dados; 8) visitas aos prestadores de serviços (hospitais, clínicas odontológicas e serviços de apoio, diagnóstico e terapia); 9) especificação das funcionalidades do aplicativo; 10) apresentação da proposta de padronização à Câmara de Saúde Suplementar; e 11) oficinas nas cidades do Rio de Janeiro, Fortaleza, Curitiba, São Paulo e Porto Alegre, reunindo operadoras e prestadores de serviços de saúde para apresentação, discussão e sugestões à proposta. A partir das conclusões do estudo e das oficinas realizadas, definiu-se um padrão essencial de informações a serem trocadas entre operadoras e prestadores (http://www.ans.gov.br/portal/site/_hotsite_tiss/materia.htm. Consulta em 29 de outubro de 2010.)

A preocupação com a publicização de informações também é um elemento central na Consulta Pública que trata da Portabilidade de Carências, que além estimular a competição no setor, introduziu o Guia de Produtos com o intuito de dotar o consumidor de dados mais detalhados e organizados sobre a composição dos planos de saúde.

A carência dos planos de saúde surgiu como um instrumento legítimo de mitigação da assimetria de informação dos mercados de risco. Por um lado, a não existência de carência no mercado segurador estimularia os segurados a recorrerem ao seguro somente quando da ocorrência do sinistro, o que inviabilizaria o mercado. Deste modo, a componente imprevisibilidade permite que os preços médios dos produtos de seguros sejam mais acessíveis e atrativos. Por outro lado, a inexistência de um mecanismo de portabilidade torna o mercado menos dinâmico, acabando por inibir a concorrência no setor e gerando uma espécie de monopólio *ex-post*, já que o elevado custo de transação, derivado da troca de plano com cumprimento de novo período de carência, leva o beneficiário a uma situação de imobilismo. O mesmo ocorre com a Cobertura Parcial Temporária - CPT, onde a necessidade de cumprir novo período inibe a busca por outro plano.

Assim, uma premissa que se coloca ao discutir o instituto da portabilidade de carências em saúde suplementar, é que o beneficiário que está fora do sistema e, portanto com seu risco

de demanda de utilização desconhecido, deve ser objeto do cumprimento das carências. Todavia, não seria razoável à competição vedar à mobilidade intra-sistema aos beneficiários cujas carências já foram cumpridas e que, portanto, em tese, têm risco menor que os novos entrantes no sistema.

Mais do que a mobilidade entre operadoras, a portabilidade de carência tem como unidade básica de referência os produtos ou planos de saúde. Assim é que, tornou-se absolutamente indispensável a necessidade de um agrupamento da diversidade de planos existente como forma de operacionalização da regra, com categorização dos planos individuais e familiares em diferentes faixas de preços. Esta classificação, além de procurar estabelecer alguma disciplina no processo de mobilidade com portabilidade, teve como diretriz evitar comportamentos oportunistas e, fundamentalmente, estimular a concorrência no setor de saúde suplementar.

A etapa regulatória de estímulo à transparência e à competição no mercado, diferentemente das anteriores, encontra-se ainda em estágio inicial de desenvolvimento, tendo passado a desfrutar de maior grau de priorização com as políticas indutoras da transparência dos dados e da competição assumidas no período mais recente desses dez anos de regulação.

Finalmente, a única consulta sobre o tema da fiscalização e estabelecimento de rotinas sancionadoras trata do enquadramento das operadoras como administradoras de recursos financeiros captados junto à população, de forma análoga a das seguradoras. Esta Consulta traduziu a necessidade de buscar um entendimento sobre as competências da ANS em corroborar o exposto no Parecer COAF/MF 1.346/2003, de 18 de fevereiro de 2003, que estabelece a competência reguladora em relação às empresas não-seguradoras do ramo de assistência à saúde.

A baixa incidência desta subcategoria ao longo do período analisado traduz antes uma estabilidade do quadro fiscalizador e sancionador da ANS do que alguma falta de priorização a esse respeito. Ademais, como já mencionado no decorrer deste trabalho, as normas e consultas de fiscalização e sanção perpassam as três ondas regulatórias aqui já tratadas. E não se configuram, portanto, num movimento particular da trajetória da regulação.

Voltando ao aspecto central deste capítulo, a análise dos normativos aqui discutidos, expressos pelas RDC e RN, e das Consultas Públicas, permite concluir com certa segurança que a trajetória da regulação da saúde suplementar evolui marcada por três fases principais: a regulação econômico-financeira das operadoras e dos produtos; regulação técnico-assistencial e de fomento à produção de saúde; e regulação voltada para o estímulo à transparência e à competição no mercado, Essa visão é corroborada pelo que destaca:

A regulação do setor de saúde suplementar, em seus aspectos econômico-financeiros, já sofreu profundos avanços. O aprimoramento contínuo da análise econômico-financeira; o incentivo à incorporação de boas práticas de governança pelo setor; a busca pela melhoria progressiva nos índices de liquidez; a ampliação da perspectiva de solvência a ser alcançada pelas operadoras, fundada na excelência gerencial com precificação apropriada, balanceamento de riscos e composição adequada de seus ativos; todos denotam os esforços contínuos no alcance e manutenção de sustentabilidade econômica e financeira das operadoras, resultando na melhoria da qualidade da atenção à saúde.

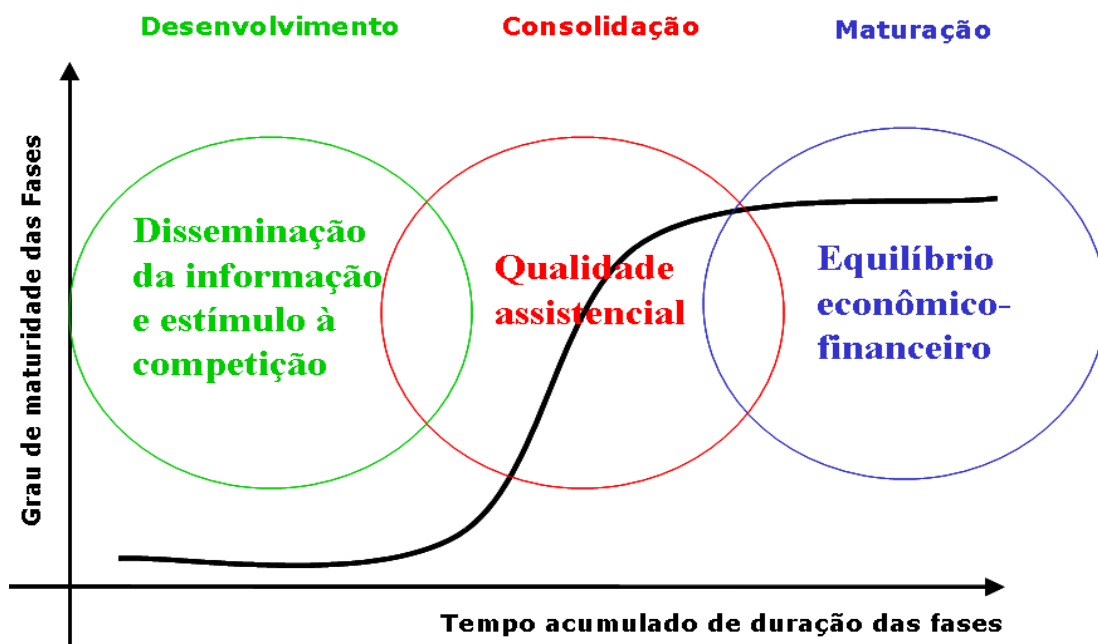
[...]Com relação aos aspectos técnicos assistenciais, também já se atingiu uma fase de consolidação. A política indutora assumida por essa gestão teve como foco a regulação da atenção à saúde centrada na qualificação da assistência, na discussão do papel dos agentes envolvidos, e na reorientação dos modelos assistenciais hegemônicos.

[...]Iniciativas importantes por parte da ANS foram empreendidas, no que se refere ao estímulo à defesa da concorrência e à aproximação de suas iniciativas às necessidades do beneficiário, com redução da assimetria de informação e ampliação da interação entre os atores do setor. Em 2009, buscou-se o aprimoramento das informações divulgadas às operadoras, aos prestadores, ao governo e à sociedade, por meio de diretrizes norteadas pela concepção de que a saúde é um bem de relevância pública. (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2009, p. 4),

Uma representação gráfica dessa trajetória da regulação da saúde suplementar pode ser vista na figura a seguir que integra as curvas das três ondas ou tônicas já anteriormente abordadas. A curva em formato de “S” indica uma trajetória cumulativa da maturidade (eixo vertical) de cada uma das fases ao longo do tempo acumulado da regulação (eixo horizontal).

Para facilitar a compreensão deste diagrama, uma sugestão é fazer a leitura do gráfico da direita para a esquerda, começando pela tônica com maior estágio de maturação.

Figura 033: As tônicas da regulação da saúde suplementar



Fonte: elaboração própria

A Figura 033 descreve a trajetória de evolução das tônicas ao longo do tempo. Desde já, é importante destacar que a existência de ações regulatórias não se restringe a um determinado instante de tempo, donde o início de uma nova onda ou tônica venha a determinar a interrupção da outra. A curva aqui desenhada expressa um movimento de predominância de um conjunto de ações em determinado espaço de tempo que se configura na formação dessas ondas ou tônicas. Todavia, medidas regulatórias características de tônicas anteriores continuam sendo elaboradas de modo a garantirem a sua consolidação e regulação no setor.

Esta terceira fase da regulação, que agora começa a ganhar contornos mais evidentes, é ainda um período em aberto e este fato envolve desafios a serem superados. A Figura 033 indica um aprimoramento contínuo das fases e uma maturação de resultados já alcançados no ao equilíbrio econômico-financeiro do mercado, com a incorporação de boas práticas de governança pelo setor e a obtenção de parâmetros aceitáveis de liquidez e solvência pelas operadoras.

Todo esse esforço deve ser revertido na melhoria da qualidade da atenção à saúde, cujos aspectos técnicos assistenciais também remontam o início da regulação e se encontram em fase de consolidação, com constantes rodadas de atualização do rol e dos programas de promoção e prevenção. Seguindo o movimento descrito, é de se esperar que esses fatores também venham a atingir uma fase de maturação com a reorientação dos modelos assistenciais. Cabe destacar que esta segunda fase da regulação é de extrema importância pelo fato de ser um elemento de ligação entre as outras duas fases (conforme denota a interseção dos círculos da Figura 033). Assim, ao passo que esta categoria contém ainda uma agenda de desenvolvimento nas questões afetas ao desenvolvimento de um novo modelo assistencial para a saúde suplementar, aproximando-a da terceira onda da regulação sob este aspecto, também desfruta de importante grau de sedimentação da política de atualização e incorporação dos novos róis, aproximando-a da primeira onda.

Em fase de desenvolvimento estão às iniciativas referentes ao estímulo à defesa da concorrência e à redução da assimetria de informação, com ampliação da interação entre os atores do setor. Essas regras têm a finalidade de estimular a interatividade e a competição na saúde suplementar, conforme as regras já previamente descritas do TISS e da Portabilidade de Carências. Em que peso o fato de estas iniciativas gozarem de ampla exposição por parte da ANS, seus efeitos práticos, em termos de resultados coletados, são ainda incipientes, reforçando a ideia de desenvolvimento expressa na figura anterior.

O aprimoramento dos aspectos concorrenciais será alcançado mediante o monitoramento e indução de práticas de mercado, de forma a proteger o beneficiário e promover o equilíbrio do setor, resultante de interface entre dois olhares: o da regulação em saúde suplementar e o da defesa da concorrência. (Relatório de Gestão 2009, pg. 166).

Na seção seguinte, a estruturação das informações trabalhadas neste capítulo, bem como as ondas ou tônicas regulatórias aqui estudadas, são avaliadas sob a ótica dos diretores e ex-diretores da ANS que, em última análise, foram os principais responsáveis pela implementação dessas regras.

3.3 Checagem das normas de impacto regulatório por intermédio de enquete com diretores e ex-diretores

Nesta terceira seção do capítulo terceiro, é apresentada e analisada uma enquete que foi realizada com diretores e ex-diretores da ANS. O objetivo deste questionário reduzido foi realizar um *check list* da estrutura de dados⁷⁹, dos resultados e das conclusões desenvolvidas ao longo das seções iniciais deste capítulo. Adicionalmente, o questionário procurou extrair uma visão destes dirigentes sobre os desafios e perspectivas da regulação da saúde suplementar e a da atuação da ANS. Por fim foi deixado um campo livre para comentários.

3.3.1 Apresentação da enquete

A elaboração da enquete levou em conta a perspectiva de dispor de um tempo reduzido destes profissionais para responder às perguntas. Assim, uma premissa básica que se colocou foi a de que a enquete deveria se limitar a três questões de múltipla escolha e um espaço destinado a comentários. De acordo com simulações realizadas, verificou-se que o tempo de resposta dessas questões de múltipla escolha não deveria exceder a cinco minutos.

O levantamento dos ocupantes de cargo de direção na ANS apontou para 13 dirigentes com mandatos de três anos (em alguns casos com recondução por mais três anos⁸⁰) entre a data de criação da ANS e 7 de outubro de 2010, data em que foram deflagrados os envios dos questionários. As respostas foram tabuladas em conjunto, sem a identificação individualizada dos respondentes, conforme o texto apresentado a seguir:

⁷⁹ O sentido conferido ao termo “estrutura de dados” é o da definição e escolha dos assuntos ou categorias de normativos.

⁸⁰ Vide Lei nº 9.986/2000 que, entre outras atribuições, determina o rito pelo qual se dará a investidura dos cargos de diretoria dos entes reguladores.

Esta enquete, com diretores e ex-diretores da ANS, é parte integrante da tese de doutoramento do aluno do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), João Boaventura Branco de Matos, Especialista em Regulação da ANS. A tese denominada: “As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado”, estuda, entre outros aspectos, a trajetória da regulação da saúde suplementar no Brasil.

Foram elaboradas 3 perguntas objetivas, cujo tempo previsto de duração das respostas não deve exceder a cinco minutos. Com o intuito de estabelecer um “check list” de algumas conclusões que estão sendo delineadas ao longo deste trabalho, foi estabelecida uma escala de 1 a 6, na qual o Grau 1 corresponde à assertiva “discordo fortemente”; e o grau 6 à “concordo fortemente”. As respostas serão tabuladas em conjunto, sem a identificação individualizada dos respondentes.

Sua contribuição será de grande valia para a conclusão deste projeto!

O padrão numérico utilizado nas respostas foi a Escala de Likert simétrica⁸¹, com 6 opções: 1 – Discordo fortemente. 2- Discordo; 3 – Discordo levemente; 4 – Concordo levemente; 5 – Concordo; e 6 – Concordo fortemente. A enquete, contendo as questões a seguir, foi encaminhada juntamente com a planilha contendo o banco de normativos, já anteriormente descrito no início deste capítulo.

1ª questão: Este trabalho organizou o conjunto de atos normativos, editados pela ANS (RDC e RN) em um banco de dados (vide resumo anexo) organizado segundo as seguintes categorias analíticas de normas:

- De organização geral das regras de funcionamento do mercado e da interface entre os atores;
- Relativas à regulação econômico-financeira das operadoras e dos produtos;

⁸¹ Para Caneiro Alexandre et alli, pg.2, “Um questionamento importante referente a essa escala é a definição do número apropriado de categorias a ser incluído no questionário. Em particular, o problema surge quando se tem uma escala de Likert simétrica e com um número ímpar de categorias, com a categoria do meio (central) representando uma indecisão. Em uma escala com cinco categorias definida como 0- discordo totalmente, 1- discordo, 2- nem concordo e nem discordo, 3- concordo e 4- concordo totalmente, a retirada da categoria central pode conduzir o entrevistado a ter uma tendência de marcar na escala uma posição positiva, no caso a categoria três, ou uma posição negativa no caso a categoria um. Uma das grandes preocupações em qualquer pesquisa, em particular, aquelas onde o elemento humano é a unidade a ser pesquisada ou o fornecedor das informações investigadas com base na sua percepção, é o fiel registro dessas informações, isto é, o que se deseja registrar é a opinião do entrevistado que retrate a realidade do fenômeno estudado.”

- De conteúdo técnico-assistencial e de fomento à produção de saúde;
- De estímulo à transparência e à competição no mercado;
- Atinentes à Fiscalização e estabelecimento de rotinas sancionadoras;
- Sem impacto direto sobre o mercado ou administrativas em geral.

O(A) senhor(a) considera esta classificação representativa do escopo regulatório da Agência?

2ª questão: Neste trabalho, foram identificadas algumas ondas ou tônicas regulatórias, cuja predominância variou ao longo de dez anos da regulação da saúde suplementar no Brasil.

- Nos primeiros quatro anos, por volta de 2000 a 2003, o fulcro da regulação se referiu à organização do mercado e à regulação econômico-financeira das operadoras e dos produtos;
- Num segundo momento, em torno de 2004 a 2007, a preocupação principal foi com os aspectos técnico-assistenciais e de fomento à produção de saúde;
- Na fase mais recente, a partir de 2008, as prioridades se voltaram para o estímulo à transparência e à competição no mercado.

O(A) senhor(a) considera este diagnóstico representativo da trajetória regulatória da Agência?

3ª questão: *Este trabalho vislumbra como principais desafios futuros para a regulação da saúde suplementar a necessidade de o Estado brasileiro em geral e a ANS em particular:*

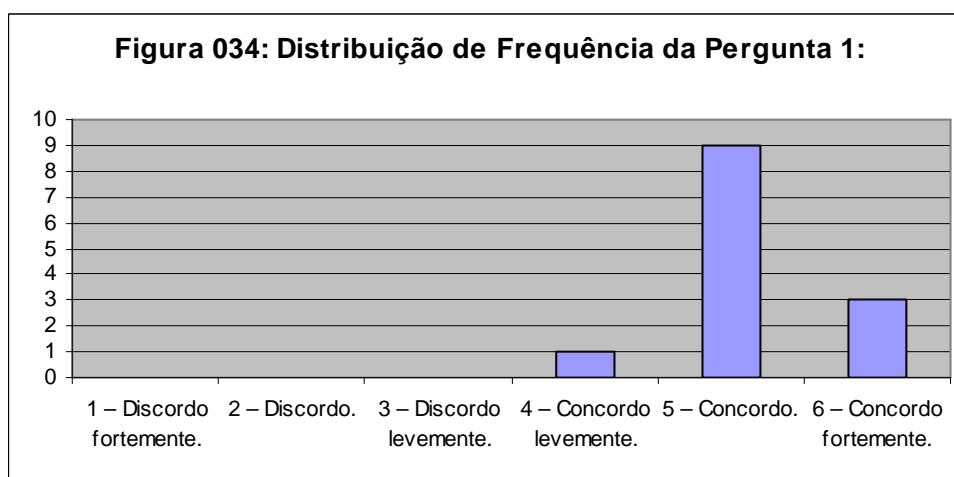
- Consolidar avanços associados ao equilíbrio econômico-financeiro do setor;
- Consolidar avanços associados à promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Coordenar ações para promover a harmonização entre os atores do setor;
- Estimular a transparência das informações e a competição.

O(A) senhor(a) considera este diagnóstico representativo dos desafios futuros da Agência?

Todos os 13 questionários enviados foram respondidos com todas as respostas preenchidas. No campo referente aos comentários, em apenas um dos questionários não houve preenchimento.

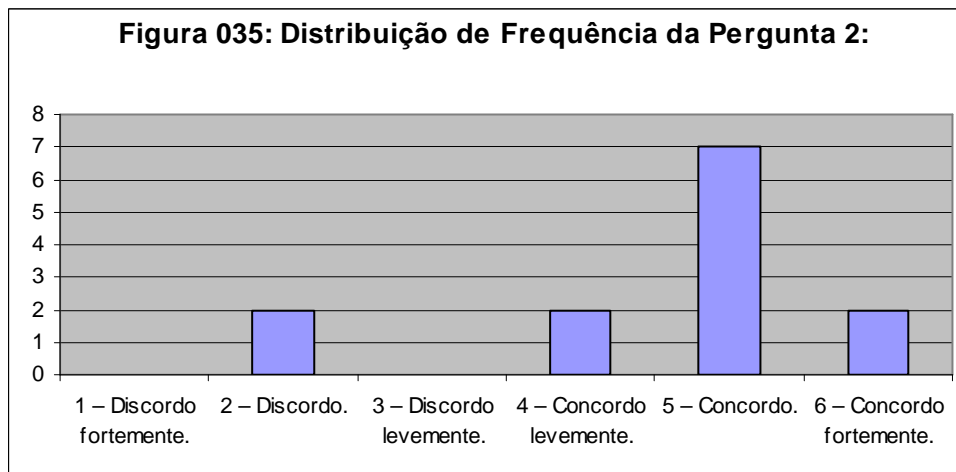
3.3.2 Análise dos resultados

A análise dos resultados aponta para um elevado grau de concordância nas três perguntas, sendo que na primeira não houve discordâncias, isto é, respostas com grau 3 ou menor. Na primeira questão, a média das respostas na escala de 1 a 6 foi de 5,2 com a seguinte distribuição:



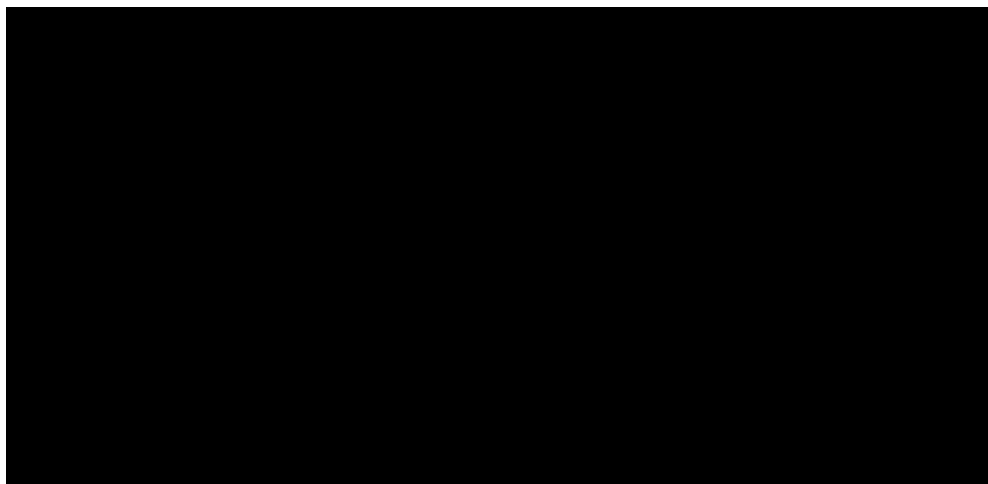
De acordo com a Figura 034, todos os respondentes concordaram que a classificação proposta é representativa do escopo regulatório da Agência, havendo forte concentração de respostas (moda) no grau 5. Neste sentido, pode-se afirmar com relativa segurança que as categorias expressam uma adequada estruturação do escopo regulatório da ANS.

Na segunda questão, houve 2 discordâncias entre as 13 respostas, ficando a média das respostas em 4,5, de acordo com a distribuição a seguir.



De acordo com a Figura 035, houve forte concordância, mas não unanimidade quanto à identificação das tônicas regulatórias e de sua predominância ao longo dos anos. Mais à frente, no capítulo 4, quando serão tecidas algumas considerações sobre os comentários (também mais adiante transcritos), será possível constatar que essas discordâncias ou concordâncias leves se concentraram nos aspectos técnico assistenciais. Alguns diretores consideram que esta tônica já estava presente desde a criação da ANS e outros advogam que esta ainda não produziu os resultados esperados. De todo modo, considerando-se a média de 4,5 e moda das respostas no grau 5 (seis ocorrências) também pode-se afirmar com relativa segurança que a proposição da existência das três tônicas regulatórias encontra respaldo na avaliação geral dos respondentes.

Na última questão, houve 3 discordâncias entre as 13 respostas, ficando a média das respostas em 4,5, de acordo com a distribuição a seguir.



Com base na Figura 036, houve forte concordância, mas não unanimidade quanto aos principais desafios futuros para a regulação da saúde suplementar em geral e a ANS em particular. Também mais à frente, no capítulo 4, serão tecidas algumas considerações sobre os comentários dos respondentes, que traçam importantes considerações sobre a interface entre o público e o privado. Por fim, considerando-se a média de 4,5 e moda das respostas no grau 5 (sete ocorrências) também pode-se afirmar com relativa segurança que a proposição da agenda encontra respaldo na avaliação geral dos respondentes.

De um modo geral, a análise dos resultados indicou que na opinião dos respondentes a classificação dos normativos, as três tônicas regulatórias e a agenda que o Estado-coordenador há de enfrentar no sentido da consolidação dos avanços obtidos na regulação, bem como na harmonização das relações público-privadas e no estímulo a participação do público na agenda regulatória.

A seguir, a íntegra dos comentários dos respondentes:

- **Comentário 1:** “A ANS deve destacar na sua agenda regulatória, a indução do modelo de atenção pautado pela promoção, prevenção e garantia de acesso dos beneficiários de planos de saúde.”
- **Comentário 2:** “Entendo que o desafio ainda está na esfera do Ministério da Saúde e da ANS, e consiste em estabelecer de modo definitivo que o setor de saúde suplementar é uma das políticas públicas de saúde do SUS. Isso permitiria que o

Ministério e a ANS pudessem traçar uma agenda de crescimento sustentado do setor de forma integrada ao SUS e não, como ocorre hoje, como se o setor crescesse apesar do SUS.”

- **Comentário 3:** “Acho que falta um item que perpassa pelas três perguntas: a permanente preocupação e algumas tentativas de modificação e aperfeiçoamento do regimento interno assim como das leis que criaram a agencia. Penso que uma melhor integração entre as diretorias, bem como uma mais clara e democrática definição dos poderes e tarefas institucionais.”
- **Comentário 4:** “Acho que faltam outros igualmente importantes desafios no que diz respeito ao financiamento do setor diante da capacidade de pagamento da sociedade e das pressões crescentes para aumento de custos. Qual o papel do setor privado no financiamento da assistência? A questão de promoção da saúde e prevenção, no meu entendimento, ainda carece de evidência científica para podermos de fato, considerá-las como avanços. Poderão vir a ser, e o senso comum de fato indica para essa direção, mas faltam evidências e incentivos efetivos. Precisaria saber o que significam “ações para harmonização entre os atores”. Essa questão é muito ampla e envolve interesses conflitantes. É função da agência regular essa relação? Até que ponto pode (ou deve) interferir em relações privadas?”
- **Comentário 5:** “Sugiro que seja incorporada na análise do respectivo estudo aspectos que tenham interface com os consumidores, principalmente no que tange os aspectos assistenciais. Em relação aos desafios sugiro que, também, seja considerado: - consolidar os avanços associados aos aspectos assistenciais; - incorporar novos procedimentos ao Rol que já façam parte de Protocolos Clínicos com evidências científicas; - promover junto ao Congresso Nacional o aperfeiçoamento do marco regulatório, convertendo em Lei a Medida Provisória nº 2.177/01; - interação entre os sistemas público e privado.”
- **Comentário 6:** “Em relação a questão 3, me parece que o maior desafio colocado é a discussão do mix público-privado no Brasil e como a regulação da SS pode contribuir para a conformação do Sistema Nacional de Saúde.”

- **Comentário 7:** “A ANS efetivamente não conseguiu promover a regulação assistencial. Não há hoje mais segurança assistencial no que se refere aos contratos, à NTRP (Nota Técnica de Registro de Produtos) e demais regras assistenciais.”
- **Comentário 8:** “Há que se investir na regulação assistencial como principal desafio.”
- **Comentário 9:** “Em relação à última questão, os desafios não contemplam o Sistema brasileiro de Saúde. Seria apenas uma complementação à agenda que demandará discussões. Em relação ao meu “concordo levemente” não sei dizer quanto ao número de normativos, mas no primeiro ciclo houve preocupação em lançar as bases do cuidado à saúde. Não concordo que na primeira fase esta preocupação não tenha existido, vide a criação da Gerência-Geral Técnico Assistencial dos Produtos, criada nesta primeira etapa.”
- **Comentário 10:** “Em relação ao futuro, acredito que a principal necessidade/problema será interferir de modo a garantir acesso e qualidade assistencial aos consumidores/beneficiários.”
- **Comentário 11:** “Uma importante meta para 2011 será a acreditação de operadoras e de prestadores.”
- **Comentário 12:** “a) Não recebi o resumo em anexo referente à pergunta 1. b) Na 2ª pergunta, há que se levar em conta a própria constituição da Entidade Reguladora, com unificação de culturas e práticas incipientes do MF/SUSEP e MS. c) Ainda, em relação à 2ª pergunta, Minha resposta está alinhada ao período 2000 a 2003, não continuei acompanhando aprofundadamente a regulação e/ou o mercado. d) Na 3ª pergunta, os conceitos são amplos, e podem ter interpretações mais profundas, mesmo assim, acrescentaria à lista: d.1) A interface entre o Setor Privado e o SUS, pois a base de produção (prestadores e profissionais) é quase a mesma, e a de consumo (usuários/beneficiários) do mercado suplementar está contida no SUS; d.2) A regulação deve focar a harmonização dos Prestadores de Serviço / Profissionais, o modelo atual está provocando efeitos adversos, com a compressão, cada vez maior dos valores pagos aos prestadores, e dos profissionais de saúde (principalmente médicos e odontólogos); d.3) A regulação deve atuar para reduzir o impacto da incorporação tecnológica, que tem pressionado econômico-financeiramente o sistema; e) A opção brasileira (CR/88) é por um modelo misto, onde há um setor público, um privado,

sendo este uma parcela sem fins econômicos/lucrativos e outra com. Neste último caso, há de se levar em conta que: e.1) Mercado, implica em lucro, lucratividade e rentabilidade, caso isto não ocorra, poderá haver movimentação de capital para outros setores ou redução dos investimentos futuros; e.2) Independentemente da fonte de recursos, o mercado amplia o volume de recursos aplicados no setor saúde, o que direta ou indiretamente subsidia e complementa o setor público.”

- **Comentário 13:** em branco.

É com base nesses comentários e nos pontos já anteriormente levantados que no capítulo seguinte será realizado um aprofundamento na análise dos resultados de cada uma das tônicas regulatórias já previamente discutidas. Também no próximo capítulo serão abordadas as perspectivas e os principais desafios a serem enfrentados pela regulação. É sempre importante resgatar que tais desafios se darão num contexto geral de mudança de paradigma do papel do Estado e da produção, conforme examinado nos capítulos 1 e 2. A exemplo do que se viu quando da transição do Estado-liberal para o Estado-provedor, no Brasil de hoje a agenda de desenvolvimento de um novo paradigma político não se diferencia dos países centrais. Isso nos coloca diante do duplo desafio de implantar e gerir uma nova forma de intervenção do Estado, emblematicamente pelo Estado-coordenador, preenchendo as lacunas deixadas pela implantação do Estado-intervencionista no Brasil, principalmente no que se refere à consolidação de uma política nacional de saúde.

4 DESAFIOS DA REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

No quarto e último capítulo desta tese são analisados os resultados de cada uma das ondas regulatórias e discutidos os principais desafios que ora se colocam na agenda da saúde suplementar no Brasil. Convém ressaltar que a discussão desta agenda está contextualizada num momento ímpar de profundas transformações na cena política e econômica mundial, o que acarreta ameaças, mas também oportunidades para o desenvolvimento da saúde no Brasil e para o amadurecimento e consolidação das três tônicas regulatórias. Além dos elementos já examinados nos capítulos 1 e 2, que embasaram toda essa discussão, foi amplamente utilizado aqui o material do banco de dados, da enquete e dos comentários apresentados no terceiro capítulo.

Na primeira seção são discutidos os elementos associados à primeira tônica, na qual as prioridades foram no sentido de organizar administrativamente a ANS, padronizar e dar publicidade às informações, e organizar as informações contábeis. Todas essas medidas apontavam para a necessidade de buscar o saneamento econômico-financeiro do setor e a responsabilização de dirigentes de operadoras por irregularidades. Noutros termos, buscou-se fortalecer a qualidade do processo decisório e dos serviços regulados, estabelecendo regras mais claras para a entrada e saída de empresas no mercado, passando a exigir um mínimo de garantias financeiras das empresas do setor.

Pode se considerar que essa primeira tônica atingiu elevado grau de maturidade, não obstante restem ainda desafios no sentido de mitigar efeitos adversos da concentração/verticalização do mercado. Entre esses efeitos adversos está o desafio de remanejar carteiras de beneficiários (em geral com níveis de risco mais elevados) remanescentes de operadoras em processo de liquidação. Outros efeitos a serem mitigados são: a sobreutilização dos serviços; e a limitação à concorrência advinda de estruturas verticalizadas, que podem impor barreiras ao acesso à rede prestadora por parte de operadoras que não detêm rede própria para atendimento aos beneficiários.

Na segunda seção são abordados os elementos relacionados à segunda tônica regulatória, caracterizada pelo enfoque nos aspectos técnico-assistenciais. Nesta, foram definidas regras de regulação assistencial que buscaram implantar um modelo de promoção e prevenção articulado com princípios de universalidade, equidade e integralidade definidos na esfera do sistema público. A agenda da segunda tônica se defrontou inicialmente com uma grande heterogeneidade nos padrões de qualidade do setor, com elevada fragmentação e descontinuidade da atenção. Com o fito de buscar aproximação com o modelo da Saúde Pública, regras de padronização e atualização do Rol de Procedimentos Médicos e de informações da assistência prestada aos beneficiários, foram inicialmente desenvolvidas. Mais adiante foram estabelecidos mecanismos indutores da regulação como o Programa de Qualificação de Operadoras e o Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças – PROMOPREV.

De um modo geral, se pode dizer que a segunda tônica da Regulação é uma obra ainda em consolidação, a qual exigirá aperfeiçoamentos no campo da promoção da saúde e prevenção das doenças, na integração com o SUS, e na conciliação de interesses entre os diferentes atores do setor. Um elemento que foi destacado por grande parte dos entrevistados na enquete, conforme apresentado no terceiro capítulo, foi a importância do aprimoramento contínuo da regulação assistencial.

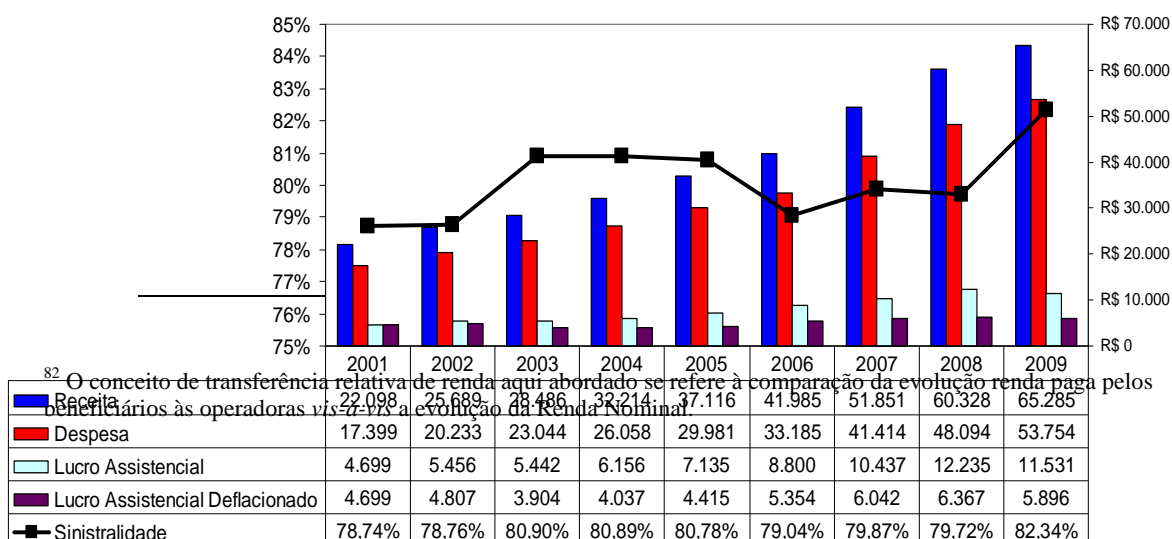
Na terceira seção, são discutidos os elementos associados a uma fase mais recente da regulação, que começa a ganhar contornos mais evidentes. Aqui são discutidos os esforços empreendidos pela ANS na promoção de estímulos à participação dos beneficiários e da sociedade no dia-a-dia do setor. Essa fase vem se caracterizando pela definição de políticas cujo fulcro é o da ampliação da informação, dos direitos, e das escolhas do consumidor, buscando uma competição mais efetiva no sentido do aprimoramento da oferta.

4.1 Análise da primeira tônica: a regulação econômico-financeira

A regulação econômico-financeira promoveu um equilíbrio do mercado em termos de rentabilidade. Liquidez e solvência? Em que medida esta regulação permitiu a transferência relativa de renda⁸² entre beneficiários e operadoras? A rigidez deste tipo de regulação tem desestimulado a comercialização de planos de contratação individual? Por fim, houve concentração no mercado, decorrente das ações referentes a esse arcabouço regulamentar? O objetivo desta seção é precisamente discutir esses questionamentos e apontar para a cena econômica construída a partir desse processo.

Primeiramente, quando se fala da manutenção das condições de higidez econômico-financeira, há que se ter em conta a evolução das variáveis de fluxo do setor, mais notadamente o que se refere às receitas e despesas assistenciais obtidas em levantamento do Caderno de Informações de março de 2008 e setembro de 2010 (vide Figura 037 a seguir). Essas Receitas e Despesas Assistenciais aqui abordadas refletem exclusivamente os aspectos operacionais do sistema, sendo desconsideradas, por exemplo, receitas oriundas de aplicações financeiras e alienações patrimoniais, assim como despesas administrativas, comerciais ou financeiras. A Sinistralidade representa uma relação entre despesas e receitas assistenciais, indicando, deste modo, as condições de lucratividade do sistema.

Fig. 037: Evolução do Resultado Assistencial (R\$ milhões) e da Sinistralidade (%)



⁸² O conceito de transferência relativa de renda aqui abordado se refere à comparação da evolução da renda paga pelos beneficiários às operadoras vis-à-vis a evolução da Renda Nominal.

O levantamento da evolução da receita operacional do setor *vis-à-vis* as despesas assistenciais aponta para a manutenção das condições gerais de lucratividade do sistema, com as receitas apresentando uma variação de 195% e as despesas de 209% entre 2001 e 2009, de acordo com a Figura 037 anterior. Nesta comparação, há que se considerarem os significativos efeitos da crise financeira mundial no ano de 2009, responsável pela elevação da sinistralidade assistencial naquele ano. Ao se considerar a evolução entre 2001 e 2010 (vide informações preliminares do ano de 2010, disponíveis no Caderno de Informações de setembro de 2010, extraídas sítio da ANS na internet em consulta realizada em 4/1/2011), as variações de receitas e despesas assistenciais seriam, respectivamente, de 173% e 176%, demonstrando um quadro de efetiva estabilidade das condições de lucratividade do sistema. Ademais, ao se considerar esses números preliminares, a sinistralidade foi 78%, o que aponta para um retorno a um patamar até inferior ao verificado ao longo da série.

Tal evolução, em linhas gerais, mostra um importante equilíbrio na manutenção da lucratividade e, por conseguinte na ampliação do lucro (nominal) do setor, a despeito da discreta redução verificada entre 2008 e 2009. Mesmo ao se considerar o lucro real do setor (lucro assistencial deflacionado pelo IGP-DI) é possível verificar a mesma estabilidade ao longo dos últimos três anos, Essa acumulação de capital por parte das operadoras de planos de saúde permitiu avanços no tocante à ampliação das garantias financeiras e da liquidez do setor, tornando-o, no cômputo geral, mais solvente e seguro.

Não obstante o fortalecimento da regulação da saúde suplementar, caracterizado também pela elevação das garantias financeiras e pela maior extensão do Rol de Procedimentos⁸³, o setor tem demonstrado robustez do ponto de vista econômico-financeiro e

⁸³ Vide, por exemplo, as RN 160 e RN 203, referentes às garantias Financeiras e RN 154, 167 e 192, referentes ao Rol de Procedimentos. Sobre os efeitos da aplicação de regras de garantias financeira, vale destacar o que assinala Pereira et alli, 2008, pg. 4. “A evolução das exigências de provisão em volume de recursos e das provisões contabilizadas pelas operadoras (reserva que a empresa deve manter para fazer frente a despesas não rotineiras), segundo exigências da ANS, mostra que em dezembro de 2002, 63% das empresas que forneciam informações econômicas para a ANS (alimentavam o DIOPS) se encontravam com suas provisões adequadas ao mínimo exigido. Este número alcançou 78% em 2006. Os resultados demonstram que as empresas estão se tornando mais capitalizadas. Isto configura empresas mais sólidas, o que aumenta o grau de segurança dos beneficiários e dos prestadores de serviço, mostrando que a regulação econômica do setor tem resultado em efeitos benéficos ao setor”.

atuarial, a despeito de frequentes questionamentos das entidades de classe representativas das operadoras sobre a política de reajustes de planos individuais. Outra família de críticas, proveniente de entidades de defesa do consumidor, é que a política de reajustes da ANS implicaria em desequilíbrios econômico-financeiros com transferência de renda dos beneficiários para as operadoras.

Nesse sentido, uma segunda questão que tem se configurado como objeto de debate, tanto por parte dos beneficiários quanto por parte das operadoras, é a política de reajuste do setor (Ocké-Reis e Cardoso, 2006; IDEC, 2006; IESS, 2006) e suas consequências sobre a transferência relativa de renda entre beneficiários e operadoras. Os órgãos de defesa do consumidor em geral argumentam que os reajustes autorizados não raro superam as taxas de inflação. As operadoras, por seu turno, criticam a falta de liberdade na prática dos reajustes de planos individuais, o que em certa medida, na sua visão, acabaria por inviabilizar essa modalidade de planos.

Para abordar essa questão, é preciso compreender a dinâmica diferenciada das duas categorias de contratação, individual e coletiva. No mercado dos planos individuais, há uma tendência de que o poder de barganha dos beneficiários seja inferior ao dos planos coletivos, no qual a negociação é feita por meio de uma pessoa jurídica contratante. Assim, se justifica uma regulação menos intensa por parte do poder público para os planos coletivos, nos quais os reajustes independem da ação regulatória e ocorrem mediante a livre negociação entre operadoras e entidades contratantes. Neste caso, os reajustes em geral ocorrem em função das variações de custos, detectadas no período anterior à negociação do reajuste.

Diferentemente dos reajustes de valores, os reajustes com base nos índices de preços têm, implicitamente, a função de repor a perda inflacionária ocorrida entre diferentes períodos. Esse é o caso do modelo de reajuste de preço-teto (*price cap*), caracterizado pela definição de um percentual de reajuste máximo para as empresas reguladas. Este índice teto é normalmente calculado com base em índices de preços, deduzido de um fator redutor (fator X), que reflete o aumento de produtividade esperada (BENJÓ, 1999).

O modelo de preço-teto é amplamente utilizado por agências reguladoras para autorizar reajustes de preços, tais como ANATEL e ANEEL. Ocorre que nestes setores,

diferentemente do setor de saúde suplementar, as variações decorrentes do aumento de frequência e utilização são capturáveis pelas operadoras na composição final das contraprestações. Por exemplo, um aumento do tráfego telefônico é computado, calculado e refletido no valor das contraprestações, mesmo com a manutenção do nível de preços. O mesmo ocorre com as tarifas de energia elétrica, cujo aumento do consumo de *kilowatts* implica em aumento das contraprestações ao mesmo nível de preços.

Nesta linha de raciocínio, o desafio para a definição de reajustes pela ANS passa a ser: como refletir esses efeitos nos reajustes das contraprestações, preservando a lógica mutualista? A partir da referência dos modelos de regulação por incentivos à eficiência com base nos parâmetros de comparação de desempenho (como o *yardstick competition*, BENJÓ, 1999), a saída encontrada pela ANS foi a de balizar os reajustes dos planos individuais a partir das variações das contraprestações de planos coletivos, utilizando o *price ceiling model* (<http://www.bnb.gov.br/content/aplicacao/ETENE/Anais/docs/2004-o-controle-.pdf>).

Noutros termos, ao utilizar a média das variações ocorridas no mundo coletivo como referência de reajuste máximo para o mercado individual, a ANS procura legar aos planos individuais os reflexos da dinâmica concorrencial apurada no mundo coletivo. Nesse sentido, o mercado coletivo é utilizado como parâmetro (*benchmark*) para o mercado individual. Assim, evidencia-se a importância do monitoramento da evolução dos reajustes no universo dos planos coletivos.

A análise dos resultados econômicos do mercado de planos de saúde se baseou na metodologia das categorias de números-índice (valor, preço ou quantidade), para analisar as informações divulgadas pela ANS. Conforme já mencionado, os reajustes de planos médicos novos (sob o abrigo da Lei Nº 9656;1998) são livres apenas para os planos coletivos. O restante dos planos médicos novos, especialmente os planos individuais, pode reajustar seus preços no máximo no nível do índice da ANS, calculado a partir de um comportamento médio do mercado coletivo⁸⁴.

⁸⁴ Esta média é obtida após diversas análises de desvio padrão e expurgo de outliers. Também exclui os planos com até 50 beneficiários e os que não têm patrocínio.

As comparações aqui estabelecidas devem ser qualificadas, uma vez que os reajustes concedidos pela ANS não são de natureza de preços *strictu sensu*, já que consideram variações de preços e de quantidades (conjuntamente impregnadas de efeitos de variações de aumento de preços, frequência de utilização, introdução de novas tecnologias e mudança de faixas etárias, ver Leal e Matos, 2007). De acordo com a Figura 038, trata-se de um índice de valor (preço multiplicado por quantidade, portanto)⁸⁵ cuja comparação mais adequada é com outros índices da mesma natureza de valor, tais como o PIB Nominal.

Figura 038 – Especificação dos índices de preços, quantidades e valor

Índice	Laspeyres	Paasche
Preços	$\frac{\sum_i p_{i,t} \cdot q_{i,0}}{\sum_i p_{i,0} \cdot q_{i,0}}$	$\frac{\sum_i p_{i,t} \cdot q_{i,t}}{\sum_i p_{i,0} \cdot q_{i,t}}$
Quantidade	$\frac{\sum_i p_{i,0} \cdot q_{i,t}}{\sum_i p_{i,0} \cdot q_{i,0}}$	$\frac{\sum_i p_{i,t} \cdot q_{i,t}}{\sum_i p_{i,t} \cdot q_{i,0}}$
Valor	$\frac{\sum_i p_{i,t} \cdot q_{i,t}}{\sum_i p_{i,0} \cdot q_{i,0}}$	

Fonte: Elaboração própria, com base em IBGE (2007).

A evolução do índice de reajuste da ANS é ilustrada na Figura 039 a seguir, que mostra também a evolução de diversos índices comparativos dos reajustes da ANS com os índices de preços e valores. Para viabilizar essa análise comparativa entre os índices de reajuste da ANS e outros índices de valor, tornou-se imprescindível a estimação da variação

⁸⁵ Uma referência para essa reflexão é a mensuração da evolução dos custos na construção civil, no SINAPI (IBGE, 2007), em que é utilizado um índice de valor (denominado mais usualmente como índice de custo).

de preços por motivo de mudança de faixa etária, que de fato impacta os valores finais das contraprestações pagas pelos beneficiários de planos de saúde.

De acordo com Ipiranga, Matos e Miranda (2009) essa estimativa foi realizada com base na distribuição etária dos beneficiários de planos de saúde. A simplificação adotada é a de que todos os planos individuais têm suas variações de faixa etária no limite da RN 063, de 23 de dezembro de 2003. Esta RN estabelece os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos. Além dos reajustes anuais, autorizados pela ANS, as operadoras têm a prerrogativa de reajustar os contratos observando uma variação tal que o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária. Ademais, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não seja superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

Ainda de acordo com trabalho de estimação das variações de faixa etária, levando em conta as hipóteses de distribuição proporcional por cada ano compreendido neste intervalo, foi estimado o número de beneficiários nas idades limítrofes em cada uma das faixas etárias, e daí aplicado o reajuste ao qual estaria submetida. Por fim, foi calculado o impacto médio anual desses reajustes sobre o conjunto dos beneficiários de planos individuais.

De acordo com os mesmos autores, o impacto global resultante das variações de faixa etária resulta num percentual mensal da ordem de 2,4% anuais, justificando a última linha da Figura 039, que contém as variações decorrentes de mudanças das faixas etárias, reunidas às variações provenientes dos reajustes regulares autorizados pela ANS.

The annual average of general impacts due to the change of age in individual health insurance in Brazil is: 2,40%, but in the long term this variation can change according to age pyramid evolution. (IPIRANGA e LEAL Apresentação no ECHE 2010).

A Figura 039 estabelece uma comparação entre alguns dos principais índices de preço da economia com a evolução do PIB e dos índices de reajustes da ANS. Nesta comparação, é possível identificar, no acumulado, a proximidade entre a variação do PIB nominal e a variação do índice de reajuste da ANS acrescido da estimativa da variação de faixas etárias. As conclusões apontam para um equilíbrio entre a evolução das despesas dos beneficiários com planos de saúde e a economia em geral.

Figura 039: Comparativo entre reajustes e índices de preços e valores

Índices		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Acum. 00 09
Índices de Preços	IPCA	5,97%	7,67%	12,53%	9,30%	7,60%	5,69%	3,14%	4,46%	5,90%	4,31%	89,96%
	IPCA - Planos de Saúde	5,42%	4,28%	8,42%	8,66%	10,51%	12,03%	12,29%	8,13%	6,17%	6,39%	119,88%
	IGP-M	9,95%	10,38%	25,31%	8,71%	12,41%	1,21%	3,83%	7,75%	9,81%	-1,72%	127,11%
PIB	Real	4,31%	1,31%	2,66%	1,15%	5,71%	3,16%	3,96%	6,09%	5,14%	-0,18%	38,50%
	Nominal	10,75%	10,40%	13,49%	15,03%	14,21%	10,60%	10,35%	12,32%	12,91%	4,60%	195,12%
Reajuste autoeizado pela ANS*		5,42%	8,71%	7,69%	9,27%	11,75%	11,69%	8,89%	5,76%	5,48%	6,76%	118,28%
Reajuste ANS acrescido de variação de faixa etária		7,06%	11,32%	10,27%	11,89%	14,43%	14,37%	11,50%	8,30%	8,01%	9,32%	176,71%

Fontes:

<http://www4.bcb.gov.br/pec/expectativas/series/port/cacheprincipal.asp>

TABNET

Macro Dados

* de maio a abril do ano seguinte

A Figura 039 evidencia que os índices de preços possuem especificidade em sua evolução, apresentando diferenciação quando comparados aos reajustes da ANS ao longo de todo o período analisado. Destaca-se que especificamente nos anos mais recentes, a evolução dos índices gerais de preços (IPCA e IGP-M) ocorreu em ritmo inferior ao dos reajustes concedidos pela ANS. O IGP-M, com alta variabilidade e vinculação ao comportamento do câmbio, foi bem maior em alguns anos e bem menor em outros. A menor magnitude das variações dos índices de preços fica ainda mais acentuada quando se observa os reajustes da ANS acrescidos dos impactos de variação de faixa etária. Esse indicador conjunto é o mais representativo da variação de valores no mercado individual.

Nesse sentido, é importante destacar a proximidade que os índices de reajustes dos planos individuais da ANS acrescidos da variação por faixa etária (176,7% entre 2000 e 2009) têm com o PIB Nominal (195,1% no mesmo período). Isso reflete uma relativa estabilidade (ou até uma diminuta redução) dos gastos com planos de saúde em relação ao PIB. Assim, a despeito das habituais críticas, conclui-se que a política de reajustes estabelecida na primeira onda da regulação da saúde suplementar promoveu equilíbrio econômico-financeiro do mercado. Esse equilíbrio não implicou, no cômputo geral do horizonte analisado, em transferências de rendas significativas entre o conjunto de beneficiários e operadoras.

Por fim, cabe explicitar algumas especificidades dos dados contábeis, que caracterizam limitações metodológicas para a comparação entre a taxa de evolução das receitas (examinada na primeira parte desta seção) e dos índices de reajuste:

- As séries apresentam dinâmicas temporais diferenciadas, pois o índice de reajuste da ANS, a ser aplicado no mercado individual no período corrente, é calculado com base no comportamento do mercado coletivo no período passado;
- A série da receita contém todo o conjunto de planos das operadoras médicas, ou seja, inclui os planos novos e antigos (esses com dinâmica diferenciada de reajuste);
- Saídas e entradas de novas contratações ao longo da série analisada.

Um terceiro questionamento que se coloca é se houve um desestímulo à comercialização de planos de contratação individual, fruto do rigor das políticas regulatórias características desta primeira onda da regulação. Ao se analisar os dados de crescimento físico do número de beneficiários do setor, vê-se que esta também não é uma hipótese corroborada pelos fatos, visto que se verifica um crescimento contínuo do número total de beneficiários no Brasil desde a criação da ANS nas modalidades de contratação coletiva e individual. Não obstante a taxa de evolução do universo coletivo de planos médico-hospitalares seja mais significativa (praticamente triplicou ao longo do período analisado), a taxa de evolução dos planos individuais também foi significativa, praticamente dobrando ao longo do período.

Figura: 040: Beneficiários de planos por tipo de contratação

	Total	Médico hospitalar				Exclusivamente Odontológicos		
		Total	Coletivos	Individuais	Não identificados	Total	Coletivos	Individuais
dez/00	32.137.283	30.705.334	10.714.222	5.575.052	14.416.060	1.431.949	1.143.215	288.734
dez/01	32.951.657	31.132.361	13.098.358	6.438.769	11.595.234	1.819.296	1.446.250	373.046
dez/02	33.492.579	31.105.254	15.505.261	7.049.698	8.550.295	2.387.325	1.911.884	475.442
dez/03	34.955.630	31.771.197	18.990.807	7.750.850	5.029.540	3.184.433	2.637.890	546.544
dez/04	37.820.598	33.673.600	22.086.971	8.300.231	3.286.398	4.146.998	3.474.665	672.334
dez/05	40.247.478	35.118.031	23.622.052	8.586.553	2.909.426	5.129.447	4.336.062	793.386
dez/06	43.256.452	36.896.021	25.447.105	8.789.028	2.659.888	6.360.431	5.439.148	921.283
dez/07	46.655.174	38.681.823	27.106.593	8.945.500	2.629.730	7.973.351	6.868.630	1.104.721
dez/08	50.516.068	40.642.061	29.202.198	8.910.326	2.529.537	9.874.007	8.514.583	1.359.424
dez/09	54.710.562	42.310.415	30.627.366	9.124.573	2.558.476	12.400.147	10.377.005	2.023.143
jun/10	56.899.587	44.012.558	32.153.589	9.323.602	2.535.367	12.887.029	10.820.730	2.066.300

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Caderno de Informações de setembro de 2010

Ademais, a Figura 040 demonstra um crescimento constante dos planos individuais, ainda que em ritmo inferior ao verificado nos coletivos, estes alavancados pela recente retomada do crescimento econômico e do emprego nos anos mais recentes e até mesmo no

ano da crise de 2009. Em linhas gerais, o número de beneficiário de planos de saúde no Brasil (quase 57 milhões de beneficiários em todos os tipos de planos em 2010) praticamente dobrou durante o período de regulação da ANS, atingindo um patamar de um pouco menos de 30% da população brasileira. Em suma, além do crescimento absoluto geral em ambas as modalidades de contratação, a Figura 040 evidencia um importante trabalho de depuração das informações, reduzindo drasticamente o contingente de não identificados.

Por fim, um questionamento que se coloca a esta primeira onda da regulação dos planos de saúde é se houve concentração de empresas no mercado, decorrente do rigor estabelecido no tocante às exigências de garantias financeiras e de parâmetros mínimos de solvências às operadoras. Esse questionamento enseja uma reflexão sobre até que ponto a concentração do mercado (Ferraz et alli, 1995), seria nociva à manutenção da concorrência no setor⁸⁶. De todo modo, ao se examinar os números do setor, vê-se que de fato, por um lado, houve redução da quantidade de operadoras, entretanto esta redução não chegou a implicar em radical alteração das medidas de concentração de beneficiários por operadora. Ademais, há que se considerar a importante diferenciação de produtos existente no mercado de saúde sauplementar.

86 Para os Institucionalistas, inspirados na visão de Shumpeter, a concentração do mercado não é algo ruim em si, posto que as empresas com elevado estoque de capital são potenciais geradoras de inovações tecnológicas e capazes de conferir novas dinâmicas competitivas ao mercado. Para a manutenção da competição é, desta forma, fundamental que sejam guardados níveis suficientes de contestabilidade suficientes à possibilidade da presença de novos entrantes.

Figura 041: Distribuição de Beneficiários entre as Operadoras medico-hospitalares com ou sem odontologia

Junho de 2004 (primeiro dado disponível da ANS)				Junho de 2010 (último dado disponível da ANS)			
Beneficiários	Percentual acumulado de beneficiários	Operadoras	Percentual acumulado de operadoras	Beneficiários	Percentual acumulado de beneficiários	Operadoras	Percentual acumulado de operadoras
3.557.52	10,5%	2	0,2%	4.581.98	10,4%	2	0,2%
7.191.36	21,3%	6	0,5%	9.181.44	20,9%	6	0,6%
10.454.62	31,0%	13	1,0%	13.669.70	31,1%	12	1,1%
13.616.69	40,3%	24	1,8%	17.714.34	40,2%	21	2,0%
16.886.68	50,0%	42	3,2%	22.084.98	50,2%	38	3,6%
20.275.04	60,0%	75	5,8%	26.421.47	60,0%	69	6,5%
23.666.28	70,1%	126	9,7%	30.842.61	70,1%	116	10,9%
27.022.87	80,0%	213	16,4%	35.219.84	80,0%	200	18,8%
30.394.03	90,0%	387	29,8%	39.591.58	90,0%	358	33,6%
33.766.05	100,0%	1.299	100,0%	44.012.55	100,0%	1.065	100,0%

Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS -

Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS -

A Figura 041 mostra que entre 2004 (dado mais antigo disponível na versão impressa do Caderno de Informações da ANS) e 2010 houve uma significativa expansão do número de beneficiários com redução do número de operadoras sem que isso tenha significado uma alteração considerável das medidas de concentração. Em 2004, 13 operadoras detinham 31% dos beneficiários, enquanto em 2010, 12 operadoras detinham os mesmos 31%. Ao se considerar o corte de 80% dos beneficiários, o número de operadoras era de 213 em 2004 e passou para 200 em 2010. Isso se deve ao fato de que as operadoras que desapareceram contavam com número muito reduzido de beneficiários ou que estes beneficiários foram reintegrados ao sistema, sem, no entanto, alterar significativamente sua relação de concentração. Ademais, o ingresso líquido de novos entrantes também pode ter contribuído para que tal distribuição não tenda se alterado consideravelmente.

Todavia, essas conclusões aqui delineadas sobre a mudança da concentração do sistema, não tornam irrelevante a importância da ação regulatória no sentido de mitigar efeitos anticoncorrenciais decorrentes da excessiva concentração. Nesse sentido, a regulação se confronta com o dilema entre estimular *tout court* a pulverização ou adotar medidas de promoção da competição, evitando com isso a maior possibilidade de captura da Agência por parte dos grandes competidores. A opção pela primeira alternativa, além das resistências que certamente sobreviriam do mercado, teria como ponto negativo a possibilidade de ameaçar o

equilíbrio atuarial do setor, posto que massas reduzidas de beneficiários apresentariam maiores riscos à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro das operadoras⁸⁷.

A opção pela manutenção de níveis elevados de concentração, nesse sentido atua favoravelmente à preservação do equilíbrio econômico-financeiro e atuarial do setor. A Teoria Institucionalista ao defender a ideia de que a concentração pode ser benéfica à inovação e ao próprio dinamismo do sistema (Ferraz et alli, 1995), ressalta simultaneamente a importância de um arcabouço regulatório forte, impermeável ao processo de captura da regulação pelo mercado. Assim, ao escolher tal alternativa, o regulador deve, concomitantemente, promover um ambiente regulatório tal que garanta uma efetiva competição entre as empresas remanescentes, mitigando manobras colusivas e sua captura pelo mercado (Ramalho et alli, 2009). Outro elemento importante ligado à concentração do mercado é o processo de verticalização⁸⁸ ora em curso na saúde privada, o que reforça a necessidade de um acompanhamento *pari passu* por parte da ANS no sentido de garantir acesso às redes prestadoras e um patamar concorrencial satisfatório aos consumidores,

87 Tal afirmação encontra respaldo até mesmo através senso comum, ao se observar os motivos que levam os consumidores a optarem por seguros. Partindo do pressuposto de que os efeitos adversos da ocorrência de sinistros tendem a se diluir quanto maior for a massa de beneficiários, os consumidores em geral não optam por assumir individualmente os próprios riscos, buscando associações em pool, que os reduzam. Neste sentido, quanto maior a massa de beneficiários, menor serão os impactos decorrentes da ocorrência individual de sinistros e, por conseguinte, menores serão os custos unitários do seguro. Por fim, para que essa redução dos custos unitários se reflita nos prêmios pagos pelos segurados, é fundamental o estabelecimento/manutenção de boas condições concorrenciais.

88 De acordo com o Jornal O Globo em 19/01/2010, "A Unimed-Rio assinou acordo inédito com a Rede D'Or e o Grupo Badim, donos de hospitais na cidade. A operadora de planos de saúde pagou R\$ 18 milhões por 30% do Hospital Norte D'Or, que abriu no início da semana, em Cascadura, Zona Norte carioca. É a primeira vez que a administradora de planos se associa a redes hospitalares. Pelo acordo de acionistas, a Unimed-Rio terá um assento no conselho de administração do Norte D'Or e indicará seu diretor financeiro. A Rede D'Or fará o presidente e terá dois assentos no conselho, assim como o Grupo Badim. A cooperativa médica abriu uma empresa, a Unimed-Rio Participações e Investimentos, que cuidará de acordos desse tipo e também dos contratos na área de esportes, contou o presidente Celso Barros. "Essa parceria está em linha com nosso processo de verticalização, uma tendência do mercado. Nesse acordo juntamos duas marcas fortes: Unimed-Rio e Rede D'Or". O Norte D'Or ocupa área de dez mil metros quadrados. Tem sete andares e 200 leitos. Celso Barros diz que a localização pesou na assinatura do contrato. A Unimed-Rio é líder no setor na cidade e tem clientela numerosa na Zona Norte. A rede abriu recentemente uma unidade de pronto-atendimento na Barra e prepara inaugurações de espaços semelhantes em Copacabana e na Tijuca. Na Barra, também está sendo construído um hospital próprio. Um centro de cuidados com doentes crônicos também está a caminho. A expansão de uma rede com a marca Unimed-Rio vai ajudar no controle dos gastos médicos, diz Barros".

Todo esse contexto remete a outro ponto sensível à regulação, que são os movimentos de saída de grandes operadoras no mercado, especialmente nos casos em que há liquidação extrajudicial. Bestes casos, os beneficiários com níveis de risco mais elevados encontram dificuldades em ingressar em novos planos, seja em função dos preços elevados do mercado ou pela necessidade de cumprimento de novos períodos de carência. A saída para este problema poderia ter sido a constituição de um mecanismo que, de fato, produzisse uma resposta efetiva às necessidades de cobertura da massa de beneficiários egressa de operadoras falidas, especialmente quando esse contingente apresentasse perfil atuarial de alto risco que pudesse compuscar o equilíbrio econômico-financeiro da operadora de destino.

Neste sentido, a despeito da edição da RN 191 de 8 de maio de 2009, que institui o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar (FGS) pelas Operadoras de Planos de Saúde, a regulação econômico-financeira ainda não logrou êxito em desenvolver um mecanismo para absorção dessas carteiras de beneficiários. Uma das razões do insucesso do FGS nesta matéria é o seu aspecto facultativo (a adesão ao FGS é opcional) e pulverizado (diversos FGS podem ser constituídos). Esta situação pode sobrecarregar a utilização do instituto da Portabilidade de Carências⁸⁹, que foi originalmente concebido como um instrumento de estímulo à concorrência no mercado. Ademais, o uso do instituto da Portabilidade não dá conta da massa de beneficiários que, ainda que egressos de operadoras em regime de liquidação, não cumpriram suas carências.

Assim, uma saída para absorção dos beneficiários egressos de operadoras em processo de falência/liquidação, seria a constituição de um fundo único e compulsório, a exemplo do que foi desenvolvido no Setor Financeiro sob a tutela do Banco Central (Sales Dias Filho, 2010). Esse mecanismo seria, possivelmente, mais bem sucedido na tarefa de evitar soluções de continuidade na prestação do serviço aos beneficiários e, considerados os avanços até aqui discutidos, poderá ser considerado a “cereja do bolo” da regulação econômico-financeira do setor. Ainda nesse contexto de construção de um Fundo Garantidor, uma alternativa adicional seria a promoção de leilões de carteiras oriundas de processos de liquidação por esse Fundo.

⁸⁹ A Portabilidade de Carência será mais detidamente examinada na terceira seção deste capítulo.

Em resumo, a análise dos dados gerais desta primeira tônica aponta para um mercado em expansão e de envergadura econômico-financeira (movimenta mais de R\$ 65 bi/ano) e populacional (com mais de 57 milhões de beneficiários entre planos médico-hospitalares e odontológicos) considerável. Tal mercado apresenta um arcabouço regulatório bastante consolidado e com razoável equilíbrio em termos de lucro e evolução de custos e receitas.

Nesse sentido, não foram numerosas as menções à tônica econômico-financeira pelos pesquisados. O Comentário 11 reforça a continuidade no processo de depuração de empresas⁹⁰ que vem sendo promovido pela ANS ao enfatizar que “uma importante meta para 2011 será a acreditação de operadoras e de prestadores”. O Comentário 4 faz uma menção à elevação dos custos em saúde, assim como o Comentário 12, que destaca a importância de a regulação atuar para reduzir o impacto da incorporação tecnológica. Sobre essa questão da evolução dos custos, vale mais uma vez destacar que os mecanismos de reajuste de contraprestações adotados pela ANS têm permitido um relativo equilíbrio na relação entre as despesas e receitas e também uma relativa estabilidade dessas variáveis com o crescimento da economia.

No que diz respeito à utilização de (novas) tecnologias, um elemento a ser considerado pela regulação são os mecanismos de mitigação da excessiva utilização ou do chamado risco moral. Para Cutler e Zeckhauser (2000), a proteção oferecida pelos planos de saúde pode fazer com que os beneficiários empreendam menos esforços para a manutenção de sua saúde, decorrendo disto sobreutilizações provenientes da realização excessiva de consultas, exames ou da necessidade curativa de patologias já instaladas. Assim, por um lado, o risco moral por parte dos beneficiários pode se dar em decorrência de um comportamento excessivamente preventivo que não raro passa a demandar de forma desordenada as novas tecnologias disponíveis. Por outro lado, a sobreutilização pode ocorrer em função das consequências de certo relaxamento em relação à prevenção de doenças. Além disso, o risco moral também

⁹⁰ Santos et alli 2008, reforçam que a regulação vem obtendo resultados significativos ao intervir na operação de “empresas clandestinas, não registradas na ANS, que operam planos de saúde sem cumprir as normas, oferecendo planos com cobertura abaixo do rol mínimo, utilizando rede prestadora localizada ou exclusiva, sem constituição de reservas financeiras, sem pagamento das taxas e/ou outras obrigações com a ANS”.

pode ser estimulado pelos prestadores de serviços médicos, quando estes são pagos de acordo com a quantidade de serviços prestados.

Uma das saídas que a regulação pode oferecer para este tipo de problema é a adoção de mecanismos de regulação de acesso e/ou imposição de fatores de moderação da utilização. Isso pode se dar nos termos do aprimoramento da Resolução CONSU nº 08 de 1998, que estabeleceu os critérios para utilização dos mecanismos de regulação contratualmente. Esses mecanismos se subdividem no gerenciamento do acesso do beneficiário (forma de acesso) e no compartilhamento de parte do valor pago por procedimento (fator moderador) e poderão ser revistos na medida da necessidade de se dar uma sintonia fina na mitigação do risco moral.

Por fim, não obstante as já mencionadas oportunidades de melhoria no campo dos mecanismos de proteção aos beneficiários oriundos de operadoras falidas, a tônica aqui apresentada evidenciou um arcabouço regulatório com razoável grau de maturidade. Na seção seguinte, são discutidos os elementos associados à segunda tônica da regulação da Saúde Suplementar.

4.2 Análise da segunda tônica: regulação técnico-assistencial

A regulação assistencial buscou incorporar, às práticas assistenciais adotadas pelas operadoras, um modelo de promoção e prevenção que se afastasse do viés economicista, baseado em eventos/sinistros e na produção de procedimentos. Também aqui foi pensada uma aproximação com os princípios de universalidade, equidade e integralidade definidos na esfera do sistema público. Nesse sentido, a regulação assistencial aqui tratada se colocou diante do desafio de estabelecer um ordenamento jurídico legal para o setor, de modo a incorporar num plano sistêmico da saúde a regulamentação do mercado privado e a definição das suas responsabilidades. Como visto no terceiro capítulo, essa regulamentação se iniciou antes mesmo da criação da ANS e se aprofundou na medida em que a Agência foi se consolidando e equacionando os problemas mais agudos, cujo foco se deu na primeira tônica.

A agenda regulatória da segunda tônica se defrontou inicialmente com uma grande heterogeneidade nos padrões de qualidade do setor, fragmentação e descontinuidade da atenção. Regras de padronização e atualização do Rol de Procedimentos Médicos e de informações da assistência prestada aos beneficiários foram desenvolvidas com o intuito de homogeneizar os padrões, de modo a conferir esse caráter sistêmico ao setor (Malta et alli, 2004). Um pouco mais adiante foram estabelecidos mecanismos indutores da regulação como o Programa de Qualificação de Operadoras e o Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças – PROMOPREV. Ao longo desta segunda da seção do quarto capítulo serão analisados os efeitos de cada uma dessas iniciativas.

Não obstante as prioridades conferidas à edição das regras aqui discutidas, o estágio dessa tônica regulatória se encontra ainda em processo de consolidação, visto que é exatamente sobre a matéria é que se encontram os maiores pontos de divergência entre os principais atores do setor (Bahia, 2001). Logicamente, as críticas produzidas variam conforme a origem dos atores, sua inserção social e os interesses que representam. Por um lado, para operadoras e os prestadores privados em geral, a regulamentação deve estar voltada para corrigir/atenuar as chamadas falhas do mercado com relação à assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviços. Por outro lado, os órgãos de defesa dos consumidores, e as entidades médicas criticam a permissão da adoção de preços diferenciados entre os mais jovens e menos jovens (RN 063), e a permissão de não cobertura de todas as patologias, bem como a autonomia na solicitação dos procedimentos e a remuneração dos profissionais, dentre outros⁹¹.

⁹¹ Para Merhy e Júnior, 2001, pg. 4, “Regular efetivamente a assistência à saúde significa, claramente, assumir como objeto das preocupações regulatórias o resultado global de que toda a cadeia de atenção, composta dinamicamente de diversas unidades articuladas para a produção do cuidado em saúde, possa trazer para o quadro de saúde de determinado grupamento populacional e o seu mundo das necessidades. O produto desta equação é decorrente de uma interação de variáveis de responsabilidade, que necessariamente devem envolver as operadoras, todo o seu conjunto de prestadores, os próprios usuários e a agência reguladora. Colocar a regulação da assistência pela atuação da ANS, legítima enquanto ação do estado tende a se chocar com alguns interesses. Primeiro, de algumas entidades representativas da categoria médica, que continuam defendendo politicamente o ideário liberal da autonomia profissional plena do ato médico, unicamente dependente de uma regulação que pode ser chamada de ética e científica, efetuada pelas próprias entidades. Autonomia, aliás, que na vida real praticamente já desapareceu. A realidade hoje mostra um progressivo constrangimento, por vários meios, da prática médica, por parte de provedores e financiadores do sistema, sem similar na história da medicina brasileira. Isto tem levado, quando se dialoga diretamente com os profissionais médicos, a uma insatisfação íntima e brutal para com a sua profissão, a uma perda progressiva de rendimentos e a instabilidade de sua posição no mercado de prestação de serviços” (grifos originais).

Em face à intensidade dessas disputas, o modelo de regulação assistencial não se articulou inicialmente em torno de um único eixo que definisse claramente uma agenda regulatória da Agência. Noutros termos, o constante e recorrente conflito de interesses fez com que a questão da produção de saúde só viesse a adquirir alguma centralidade exatamente com o surgimento da segunda tônica da regulação, quando a ANS passou a preconizar que as operadoras podem atuar no campo da promoção e prevenção da saúde. Assim é que elas passam a funcionar como gestoras da saúde dos seus beneficiários, desde que essa prática seja regulada pelo Estado por meio das diretrizes estabelecidas pela ANS em conjunto com o Ministério da Saúde.

A regulação pública inicial do setor da Saúde Suplementar centrou-se em regular a saúde financeira das operadoras, o direito dos beneficiários e a questão dos produtos. Embora importante, não foi suficiente para compor a regulação na perspectiva da produção da saúde. Para isso foi necessário apostar em um novo enfoque regulador que considere: a operadora como gestora do cuidado em saúde e, portanto, responsável pelos resultados e pela qualidade da atenção prestada; que a construção de uma atenção à saúde deva ser direcionada para a realização da integralidade da atenção; que esta integralidade pressuponha a produção das ações de saúde nos territórios da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos beneficiários; e que o setor da saúde suplementar tenha uma agenda partilhada e articulada com o SUS. Sítio da ANS: (http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/Texto_Base_Aval_Des_IDSS_2009_0811.pdf Pesquisa realizada em 13 de janeiro de 2011).

Nesse sentido vale aqui relembrar o ajuste no escopo regulatório promovido a partir de 2004, descrito na primeira seção do segundo capítulo e representado pela Figura 014, o material ali apresentado ilustra um movimento de ampliação do núcleo estratégico do Governo no processo decisório, bem como o aperfeiçoamento dos instrumentos normativos e burocráticos por parte das Agências Reguladoras.

Os objetivos dessa nova concepção do Estado e do novo arcabouço regulatório que se desenhava eram os de operar a assistência sem que esta se baseasse na produção de atos desconexos e não articulados, de modo que a concepção da ideia de evento/sinistro desse

lugar à ideia de promoção e prevenção, visando de fato o cuidado à saúde como um todo. Na esteira dessa concepção, foram padronizados os procedimentos de alta complexidade para fins de Doença e Lesão Preexistente (DLP) com vistas à comprovação de seu conhecimento prévio pelo beneficiário. Também aqui, a partir de 2004, foi iniciada a discussão para uma ampla atualização da cobertura mínima obrigatória para os planos médico-hospitalares e odontológicos constantes do Rol de Procedimentos⁹². Um pouco mais à frente, entre 2005 e 2007, foi deflagrada a construção de uma nova metodologia para avaliação da qualidade da atenção à saúde e suficiência da rede assistencial (referente ao Programa de Qualificação de Operadoras), aperfeiçoamento das regras de DLP, assim como uma nova atualização do Rol e lançamento do Programa de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças.

Não obstante haja dificuldades de ordem prática em se quantificar os impactos do estabelecimento do Rol de Procedimentos, pode-se inferir que sua adoção impactou positivamente no estabelecimento de contratos com cláusulas de cobertura mais objetivas, relacionadas aos eventos ali previstos. Outro ponto importante é a perspectiva de mudança na gestão dos custos assistenciais, que tende gradativamente (na medida em que os novos contratos se tornem a maioria) a passar de um modelo centrado no binômio sinistro/evento para um modelo mais abrangente de atenção à saúde. Por fim, um aspecto a ser destacado é a consolidação da ideia de que o Rol é algo dinâmico, a ser atualizado permanentemente em função dos avanços da tecnologia e da medicina em geral. Nesse sentido, seus impactos prospectivos sobre os custos devem ser estimados quando da formação dos preços dos produtos e da Nota Técnica de Registro de Produtos (NTRP) pelas operadoras. A partir daí, passam a ser criteriosamente acompanhados pela ANS, a fim de não gerar desequilíbrios atuariais ao sistema.

⁹² Para Santos et alli, 2008, pg.8, “A Lei nº 9.656/98 trouxe, em relação à cobertura dos planos de saúde, uma nova compreensão, incluindo a obrigatoriedade do atendimento a todas as doenças da CID 10 (Classificação Internacional das Doenças), e a edição de um rol mínimo de procedimentos. Esta foi, sem dúvida, a principal mudança no formato de regulação assistencial, ou seja, o entendimento de que a atividade assistencial das empresas não mais se limitava à observância do cumprimento contratual, mas ao atendimento das atividades assistenciais constantes no rol de cobertura integral, conforme previsto pela lei. A nova lei trouxe um novo modelo ao mercado, com novas regras, proibindo exclusões de doenças, sejam crônicas ou infecciosas, obrigando o atendimento integral, inclusive com o uso de materiais, impedindo limitação quantitativa de procedimentos ou tempo de internação, inclusive na UTI”.

Esta tônica da regulação, apoiada no desenvolvimento do Estado-coordenador no Brasil e na priorização aos aspectos assistenciais, levou a ANS a aprofundar a regulação por indução, visando avaliar os resultados e a qualidade da assistência prestada. Assim é que foi desenvolvido o Programa de Qualificação de Operadoras, implantado por intermédio da RN 039, de 24 de novembro de 2006, que estabeleceu um conjunto de indicadores cujo objetivo é oferecer um panorama das *performances* das operadoras na consecução desses objetivos.

Como já mencionado no terceiro capítulo, o Programa de Qualificação é um instrumento típico da terceira tônica da regulação, já que se constitui num elemento de estímulo à competição e de disseminação de informações do desempenho das operadoras para o público. Todavia, há que se considerar o elevado peso (50% do IDSS - Índice de Desempenho da Saúde Suplementar) conferido à dimensão assistencial do Programa. As outras dimensões são: econômico-financeira; estrutura e operação; e a satisfação dos beneficiários. Cada uma das dimensões participa com um peso avaliação. A dimensão assistencial tem um peso de 50%, a dimensão econômica de 30%, a dimensão da estrutura e operação, 10% e a satisfação do beneficiário, 10%. Para cada uma das dimensões, foi estabelecido um acervo de indicadores que recebem uma pontuação de acordo com o nível de alcance da meta estabelecida.

A dimensão assistencial do Programa é dividida entre as componentes Médico-hospitalar e Odontológica e contém indicadores voltados para a qualidade dos serviços prestados nas áreas materno-infantil, oncológica, saúde da mulher e atenção a doenças crônicas, entre outros. As principais fontes de dados desta dimensão são as Guias do Padrão TISS e Sistema de Informação de Produtos (SIP). A ênfase dada aos aspectos assistenciais tem permitido ainda que as operadoras se aprofundem no conhecimento de seu próprio perfil epidemiológico, possibilitando melhor atendimento aos beneficiários e maior previsibilidade dos seus custos assistenciais.

A segunda tônica regulatória está fortemente impressa no momento inicial da implantação do Programa, entretanto, a ênfase nos aspectos assistenciais foi algo que se manteve ao longo de sua existência. A Primeira Fase do Programa, ocorrida em 2005, não divulgou os resultados de forma individualizada por operadora. Na Segunda Fase, nos anos de

2006 e 2007, os resultados foram divulgados em quatro faixas de valores do IDSS (0,0 a 0,24; 0,25 a 0,49; 0,5 a 0,74 e 0,75 a 1,0). A Terceira Fase, ocorrida entre 2008 e 2010, revelou um processo de aprimoramento das informações e foi marcada por uma ampla revisão dos indicadores e da metodologia (vide sítio da ANS na internet - http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/f_materia_15254.htm).

Na terceira fase, a divulgação dos resultados passou a se dar em cinco faixas de valores, quais sejam: 0,00 a 0,19; 0,20 a 0,39; 0,40 a 0,59; 0,60 a 0,79; 0,80 a 1,00. Espera-se para a partir de 2011 o desenvolvimento de uma nova fase na no Programa, na qual seja mantido o processo de consolidação dos aspectos assistenciais e desenvolvidas ferramentas/indicadores que privilegiem a informação, o *accountability* e os aspectos concorrenciais do mercado, em sintonia com a terceira tônica regulatória⁹³.

De um modo geral, os resultados do Programa têm evoluído satisfatoriamente: o percentual de beneficiários cujo IDSS foi maior ou igual a 0,5 evoluiu de 52,6% em 2008 para 60,2% em 2009, atingindo 63,6% em 2010 (resultados referentes à base de dados do ano anterior – ver sítio da ANS na internet - http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/f_materia_15254.htm).

Outro ponto a se destacar no Âmbito desta segunda tônica regulatória é o Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças - PROMOPREV. Tal programa se insere numa perspectiva de regulação assistencial que visa induzir estratégias/iniciativas para estimular nas empresas a incorporação das atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças. Com o fito de induzir a implantação do Programa, a ANS condicionou a extensão do prazo de

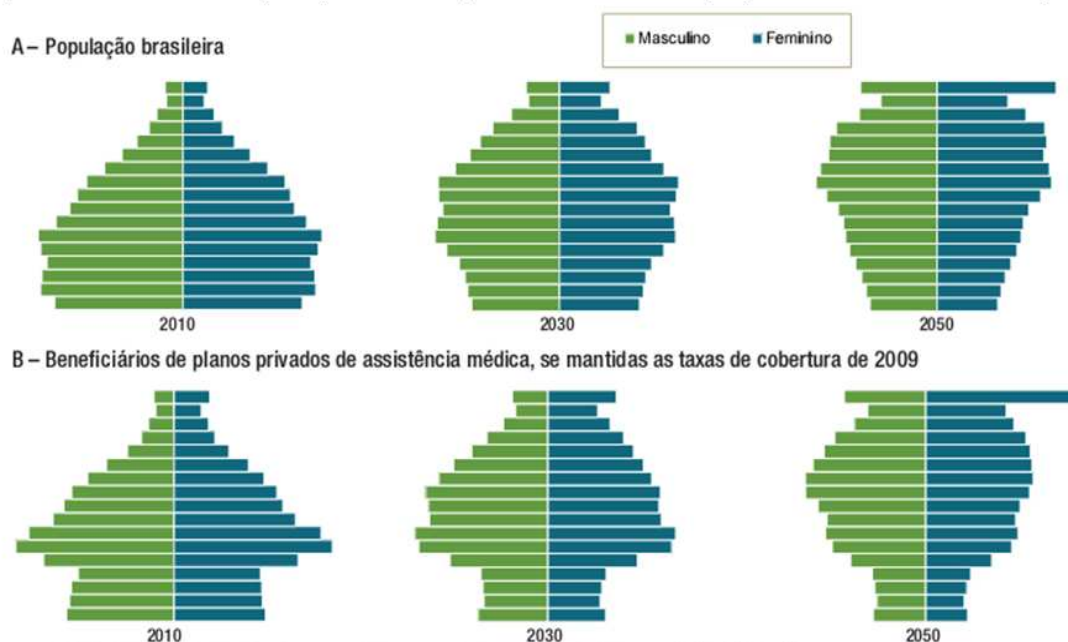
⁹³ Mais frente, na terceira seção, este assunto será retomado. Na Agenda Regulatória da ANS, “São nove eixos temáticos, cada um deles tendo subtemas que podem ter mais de uma ação. O importante é passarmos, mesmo que rapidamente, os eixos temáticos para termos idéia do tamanho e importância do desafio: Eixo 1: Modelo de Financiamento do Setor; Eixo 2: Garantia de Qualidade e Acesso Assistencial; Eixo 3: Modelo de Pagamento a Prestadores; Eixo 4: Assistência Farmacêutica; Eixo 5: Incentivo à Concorrência; Eixo 6: Garantia de Acesso a Informação; Eixo 7: Contratos Antigos; Eixo 8: Assistência ao Idoso; Eixo 9: Integração com o SUS”. Extraído do sítio da ANS na internet em consulta de 11/2/2011: <http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumPageId=8A9588D4249738000124974BF44B05BE&lumItemId=FF8080822DE1C01C012E008DF8D823DF>.

constituição de reservas financeiras à apresentação de programas de promoção e prevenção. O PROMOPREV tem ainda o objetivo de induzir a ampliação das informações disponíveis aos beneficiários, diminuindo a assimetria de informação e indicando mudanças no foco de atenção à saúde e na forma de prestação de assistência por parte de prestadores e operadoras de planos.

Logo no início de sua implantação, foram contabilizadas, entre 2005 e 2006, 215 operadoras que pleitearam ingressar no Programa (Santos et alli, 2008), das quais 133 tiveram seus Programas aprovados em diversas linhas de cuidado. A partir de 2009, as operadoras que tiveram Programas de PROMOPREV aprovados passaram também a ter direito a um bônus na composição dos seus IDSS.

A indução de política regulatória na linha da promoção da saúde e prevenção de doenças revela uma preocupação subjacente com um movimento demográfico geral, que certamente há de provocar efeitos epidemiológicos importantes sobre a população segurada: o envelhecimento populacional. A Figura 041 evidencia um desbalanceamento entre o perfil etário médio da população brasileira e a da população de beneficiários de planos de saúde. Tal desbalanceamento pode ensejar problemas futuros no equilíbrio atuarial do sistema, já que o volume dos gastos em saúde é em geral superior nas faixas etárias mais elevadas (Bahia et al, 2006).

Figura 042: Evolução prospectiva da pirâmide etária da população brasileira e segurada



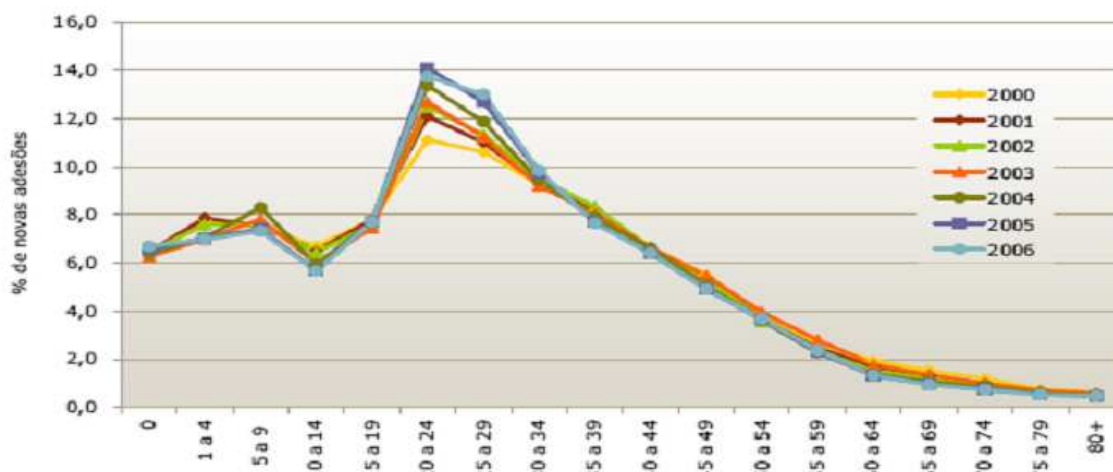
A gravidade desse fenômeno da composição etária, entretanto, deve ser relativizada, na medida em que envelhecimento pode ser acompanhado de medidas preventivas específicas no sentido de elevar a qualidade de vida e postergar/minimizar custos com tratamento.

A diminuição de custos com serviços de saúde ocorre com a intervenção do programa para os idosos do Bem Viver, principalmente decorrente do decréscimo no custo dos serviços hospitalares. Ocorre aumento na utilização dos serviços de saúde de menor complexidade (nos níveis de assistência primária e secundária) e diminuição nos serviços hospitalares, já reconhecidos como sendo de maior custo de saúde []. E, o que se sugere nesta análise é que tal resultado ocorre em função de uma maior utilização dos serviços de menor complexidade assistencial. Ao que parece, com um movimento planejamento voltado para a organização de um modelo de sistema de saúde, em oposição ao “não-sistema de saúde” desenvolvido na saúde suplementar, pode-se atingir o objetivo maior de otimização de assistência a menor custo e maior efetividade.(ESTRELLA, K 2008, p. 13).

Neste sentido vale mencionar a prioridade que vem sendo dada pela ANS à discussão sobre os aspectos relacionados à assistência ao idoso, que compõe um dos itens da Agenda Regulatória da ANS⁹⁴. Possivelmente, este item da Agenda futuramente suscitará um desenvolvimento de um programa na linha do PROMOPREV, examinado anteriormente.

Um outro ponto que merece especial atenção são os efeitos do ingresso de novos beneficiários no sistema *vis-a-vis* o envelhecimento populacional na a Saúde Suplementar. Há que se destacar, conforme Figura 043 a seguir, a predominância de ingresso de novos beneficiários nas faixas etárias mais jovens, possivelmente decorrentes da recente melhoria das condições de emprego e renda no país.

Figura 043: Percentual de adesão por faixa de idade



Fonte: apud Leal e Matos (2008b)

A Figura 043 ilustra um importante ingresso nas faixas de idade entre 10 e 39 anos (Leal e Matos, 2008b) que pode se constituir num efeito minimizador das condições mostradas pela Figura 042. Contudo, a dinâmica desse crescimento do ingresso da população de jovens merece um estudo com maior profundidade sobre a associação deste fenômeno com recente melhoria das condições de emprego e renda no Brasil⁹⁵. Outro ponto a ser considerado é a expectativa do chamado bônus demográfico⁹⁶ pelo qual o Brasil passará já a partir da próxima década.

Um elemento presente ao longo das iniciativas da regulação assistencial aqui discutida é a continuidade das políticas e sua integração com o SUS. Isso se faz presente nas atualizações do Rol, nos elementos de Atenção à Saúde do Programa de Qualificação de Operadoras, na PROMOPREV e no Programa de Idosos. Tal característica também foi fortemente destacada pelos atuais e antigos diretores da ANS em praticamente todos os comentários da enquete.

O Comentário 1 ressalta a importância de a ANS destacar na sua agenda regulatória, a indução do modelo de atenção pautado pela promoção, prevenção e garantia de acesso, Na mesma linha, o Comentário 2 enfatiza que a importância de uma política integrada entre o

⁹⁵ Também merece ser analisada a hipótese de que tal ingresso é bruto, e não líquido. Assim, esse dado pode refletir, simplesmente, um maior número de registros de ingresso em planos dos mais jovens, que pode estar associado a uma suposta maior taxa de migração entre os planos. Ademais, esta população é menos suscetível à imposição do cumprimento de novas carências pelo mercado.

⁹⁶ “Em qualquer país, a transição demográfica só acontece uma vez e somente uma vez se pode utilizar o bônus demográfico. No entanto, essa janela de oportunidade de nada adiantará para a solução dos problemas sociais se o país não for capaz de absorver a mão-de-obra disponível e incentivar as potencialidades da alta proporção de pessoas capazes de contribuir para a elevação da produção e da produtividade. A situação interna é favorável, pois estamos com uma população mais preparada em termos de idade, de saúde, de educação, de habitação, etc. para promover o avanço do país. O Brasil do início do século XXI passa por uma combinação entre uma estrutura demográfica e uma estrutura social que realçam uma proporção da população em idade onde o retorno social e econômico das pessoas é maior. Este fato favorece a poupança e o investimento, tanto das famílias quanto da sociedade. Em síntese, a população não é um entrave, mas sim um fator impulsor do take off do desenvolvimento. Se o PIB crescer 5% ao ano entre 2000 e 2030 teríamos o mesmo crescimento da renda per capita do período de ouro de 1950 a 1980. Esta taxa de crescimento não está distante das possibilidades do país. Pelo lado populacional a situação nunca foi tão favorável, pois, nesse aspecto, o país ultrapassou o umbral do subdesenvolvimento. Contudo, falta aos governos e à sociedade civil superar a mentalidade subdesenvolvida e dependente, adotando políticas econômicas e sociais capazes de fazer do Brasil um país próspero e justo, respeitado no cenário internacional. A hora é agora. Após o ano de 2030 as condições demográficas vão ficar menos favoráveis devido ao crescimento das taxas de dependência e ao envelhecimento populacional. Contudo, se o país aproveitar bem o bônus demográfico existente no período 2000-2030, certamente as condições para enfrentar o futuro vão ficar mais favoráveis. O futuro se constrói no presente”. Aves, J., pg.6.. Ver: http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/Texto_Base_Aval_Des_IDSS_20090811.pdf.

SUS, o Ministério da Saúde e ANS. O Comentário 5 destaca os elementos que tenham interface com os consumidores, principalmente no que tange os aspectos assistenciais. Neste sentido, sugere que: “consolidar os avanços associados aos aspectos assistenciais; incorporar novos procedimentos ao Rol que já façam parte de Protocolos Clínicos com evidências científicas; promover junto ao Congresso Nacional o aperfeiçoamento do marco regulatório, convertendo em Lei a Medida Provisória nº 2.177/01⁹⁷; interação entre o sistema público e privado”.

No mesmo sentido está o Comentário 6, que ressalta que “o maior desafio colocado é a discussão do mix público-privado no Brasil e como a regulação da Saúde Suplementar pode contribuir para a conformação do Sistema Nacional de Saúde.” Tal visão também destacada no Comentário 12, que menciona que a interface entre o Setor Privado e o SUS tem uma base de produção (prestadores e profissionais) e de consumo (usuários/beneficiários) “que é quase a mesma”, já que o mercado suplementar está contido no SUS.

Visão mais crítica sobre a efetividade dos avanços da regulação assistencial está no Comentário 7: “A ANS efetivamente não conseguiu promover a regulação assistencial. Não há hoje mais segurança assistencial no que se refere aos contratos, à NTRP (Nota Técnica de Registro de Produtos) e demais regras assistenciais.” Nessa mesma linha de argumentação está o Comentário 4 que apregoa que “as políticas de promoção da saúde e prevenção ainda carecem de evidências que possam caracterizá-las como avanços de fato.” Também o Comentário 8 destaca que “há que se investir na regulação assistencial como principal desafio”, bem como Comentário 10, que enfatiza que “a principal necessidade/problema será interferir de modo a garantir acesso e qualidade assistencial aos consumidores/beneficiários.”

De um modo geral, os comentários reforçam a idéia de que a segunda tônica da Regulação é uma obra ainda inacabada, que carece de aperfeiçoamentos no campo da promoção da saúde e prevenção das doenças, na integração com o SUS e na conciliação de interesses entre os diferentes atores do setor pelo Estado-coordenador. Ademais, vale ressaltar

⁹⁷ Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998 no sentido de promover maior integração do marco regulatório do setor com o SUS.

que se, por um lado, a regulação assistencial é ainda uma obra em estágio de consolidação, por outro lado, o início de seu desenvolvimento é datado de época anterior ao momento em que começou a se constituir como onda ou tônica. Tal visão é compartilhada pelo Comentário 9, lembrando que nos primeiros anos de existência da ANS também houve uma preocupação em lançar as bases do cuidado à saúde, haja vista a criação da Gerência-Geral Técnico Assistencial dos Produtos naquele momento.

Não obstante as oportunidades de melhoria aqui debatidas, a tônica aqui apresentada evidencia um arcabouço regulatório com razoável grau de consolidação, ainda que não tenha atingido o grau de maturidade da primeira tônica. A regulação pública do setor de saúde suplementar é componente do Sistema de Saúde brasileiro, e precisa continuar a busca por um modelo que incorpore ações de promoção e prevenção.

Noutros termos, é necessário um afastamento do modelo de viés economicista, voltado para a produção de procedimentos e centrado no ato prescritivo que se limita à produção do procedimento (Santos et alli, 2008). Não é desnecessário reforçar que o consumo de ações de saúde difere do consumo de serviços em geral, já que o usuário não se porta como um consumidor comum de um bem ou serviço qualquer, já que muitas das vezes o consumo em saúde se dá em situações de urgência e emergência, quando as escolhas se tornam limitadas (Arrow, 1963).

Por fim, um desafio que se coloca à consolidação desta segunda tônica e à própria consolidação do Estado-coordenador no Brasil é a capacidade de organizar, do ponto de vista assistencial, um setor privado que trabalhe em sintonia com os princípios definidos na esfera do sistema público. Na seção seguinte, serão discutidos alguns elementos presentes nessa integração, associados à terceira tônica da regulação da Saúde Suplementar.

4.3 Análise da terceira tônica: disseminação da informação e estímulo à competição

Nesta seção são discutidos os aspectos atinentes à fase mais recente da regulação, que é caracterizada pela promoção de estímulos à participação dos beneficiários e da sociedade no dia a dia do setor. Esta terceira tônica vem se caracterizando pela definição de políticas cujo fulcro é o da ampliação do leque da informação disponível. Isso ocorre no sentido de ampliar os direitos e as possibilidades de escolhas do consumidor, buscando uma competição mais efetiva e aprimorando o atendimento às necessidades de saúde.

Conforme já destacado no terceiro capítulo, a tônica aqui analisada prescinde, em grande medida, da utilização de atos normativos, visto que grande parte das iniciativas está ligada a publicização das informações (vide, por exemplo, o Caderno de Informações) que pode ocorrer independentemente de normas regulatórias. Estão presentes nessa tônica algumas iniciativas como a do Programa de Qualificação, que não obstante tenha sido desenvolvido no âmbito da tônica anteriormente apresentada, se constitui hoje como um referencial do mercado no que se refere às *performances* das operadoras (Programa de Qualificação de Operadoras) e dos órgãos internos da ANS (Programa de Qualificação Institucional), em observância a um elenco de indicadores previamente definido (vide sítio da ANS na internet).

Na medida do desenvolvimento ora em curso da Agenda Regulatória da ANS, é de se esperar um movimento no sentido de tornar os Programas de Qualificação um instrumento ainda mais voltado para o provimento de informação e estímulo à competição e, portanto, mais sintonizado com a terceira tônica da regulação. Essa preocupação com a transparência das informações se evidencia em trecho de recente entrevista do diretor-presidente da ANS, Mauricio Ceschin, que ao ser perguntado sobre o que é a Agenda, destaca:

É um instrumento de planejamento regulatório em que uma Agência Reguladora estabelece um cronograma de atividades prioritárias, com abordagem organizada e estruturada, a fim de garantir maior transparência e previsibilidade na sua atuação e, assim, promover o desenvolvimento saudável e sustentável do setor regulado. É parte

fundamental do esforço do estado brasileiro para melhorar a qualidade da regulação. Em setores de atividade privada com forte viés e interesse social, como o da saúde suplementar, com interesses contraditórios e assimetria de informações, a tarefa reguladora é bastante desafiadora. A Agenda Regulatória da ANS reúne um conjunto de temas ou questões (com suas ações específicas) que, para a diretoria, são prioritárias, de cunho estratégico e impactam ou impactarão, em um futuro próximo, o setor de saúde suplementar. Portanto, devem ser estudadas, discutidas e regulamentadas pela Agência. Estimular a transparência e a previsibilidade das ações da ANS permite que, não só os agentes do setor, mas toda a sociedade, conheça e participe das discussões e propostas e assim a ANS possa se antecipar aos desafios que inevitavelmente surgirão como ameaça à sustentabilidade e qualidade dos serviços ofertados aos beneficiários e consumidores de planos de saúde. (Ver sítio da ANS na internet: <http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumPageId=8A9588D4249738000124974BF44B05BE&lumItemId=FF8080822DE1C01C012E008DF8D823DF>. Consulta realizada em 13/2/2011.)

Outra iniciativa em sintonia com a tônica aqui analisada é a Portabilidade das Carências, que por sua vez ensejou a necessidade de disponibilizar para o público, em meio eletrônico, do Guia de Produtos da ANS. O Guia consiste num sistema eletrônico que permite o cruzamento de dados para consulta e comparação de mais de 5 mil planos ou produtos. Este sistema foi desenvolvido com o intuito de auxiliar o beneficiário a na escolha dos planos elegíveis para os fins da portabilidade, bem como reduzir a assimetria de informação quando da decisão do consumidor pela escolha de um plano de saúde.

Não obstante o caráter inovador da Portabilidade de Carências, sua implantação inicial se deu sobre um universo restrito de possibilidades, já que somente os planos individuais foram elegíveis como objetos do exercício da portabilidade, resultando em baixa adesão do público à iniciativa. Em notícia vinculada pelo Jornal do Brasil em edição do dia 12/05/2010, era destacado que, burocracia dificulta a portabilidade de planos de saúde: Há mais de um ano, quem tem assistência médica privada pode trocar de empresa levando para a nova direitos acumulados. Mas a novidade foi aproveitada por poucos até agora.

Tal percepção sobre a timidez das medidas adotadas inicialmente pela RN 186 de 14 de janeiro de 2009 levou a ANS a convocar uma Câmara Técnica – CT - em junho de 2010, com o fito de discutir, com o mercado e a sociedade em geral, regras mais abrangentes para

o exercício da portabilidade. Em apresentação da Câmara Técnica de Junho, a ANS diagnosticava que:

Pouco mais de mil portabilidades foram efetuadas - em um universo de 7 milhões de beneficiários. A alegação seria de que as regras seriam praticamente intransponíveis: Período curto para o exercício da Mobilidade; Dificuldade na equivalência dos planos; Prazo de permanência elevado para estar apto à portabilidade; Exigência do uso de informações que não seriam de amplo conhecimento do beneficiário. (Ver site da ANS: <http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumPageId=8A9588652AC9E68D012B0CC5D11B01DC> C. Consulta realizada em 12/2/2011.)

Mais à frente, na mesma apresentação, propunha as seguintes modificações expressas na Figura 044 a seguir, que continuam sendo objeto de análise em Consulta Pública iniciada em outubro de 2010.

Figura 044: Resumo das propostas da ANS na CT de portabilidade

Propostas da ANS	Percentual de Ampliação do Instituto
Eliminação da abrangência geográfica como critério de compatibilização.	Amplia a probabilidade de haver tipo compatível de 55,5% dos tipos possíveis para 66,6%.
Ampliação do período de exercício do direito de 2 para 4 meses.	Aumento do tempo de exercício em 100%.
Redução do prazo de permanência de 2 para 1 ano na segunda portabilidade.	Redução de 50% do tempo de permanência para a segunda portabilidade.
Extensão da portabilidade de carências para os planos coletivos por adesão.	Amplia o público alvo de 21,54% para 39,01%, dos planos de assistência médica com ou sem odontologia.
Criação da portabilidade especial.	Ampla flexibilização dos requisitos para evitar a perda do plano de saúde por 100% dos beneficiários de operadoras sujeitas à oferta pública.
Exigências mais rigorosas de divulgação das informações para o consumidor.	Permite que 100% dos beneficiários elegíveis disponham de todas as informações para exercício da portabilidade.

Fonte: ANS apud <http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumPageId=8A9588652AC9E68D012B0CC5D11B01DC>

As discussões da Câmara ainda permanecem até o fechamento deste trabalho e as propostas aqui apresentadas estão sujeitas à ajustes. Entretanto, tal iniciativa já denota um avanço da regulação sentido de estimular a transparência e ampliar as escolhas por parte dos consumidores.

Ainda sobre a Portabilidade de Carências, merece destaque a proposta de criação da portabilidade especial, apresentada na Figura 044. Como já examinado na primeira seção deste capítulo, tal iniciativa decorre das dificuldades enfrentadas pela ANS (e especialmente pelos beneficiários) quando carteiras em processo de iminente liquidação são colocadas em oferta pública. Nesse sentido, vale mais uma vez ressaltar a importância de um mecanismo mitigador desses efeitos, na linha do estabelecimento de um Fundo Garantidor nos moldes do ora existente no Sistema Financeiro.

Na linha da publicização de informações, vale ainda destacar o avanço que representou a RN 190, de 30 de abril de 2009, que dispõe sobre a criação obrigatória de portal corporativo, na Internet, pelas operadoras. Neste portal, deve ser designado um profissional da operadora, responsável pela troca de informações de acordo com o Padrão TISS. Esses dados estão estruturados de acordo com diferentes guias de serviço, tais como: a Guia de Consulta; Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia; Guia de Solicitação de Internação; Guia de Resumo de Internação; Guia de Honorário Individual; Guia de Tratamento odontológico; Guia de Tratamento odontológico; demonstrativo de pagamento e Guia de Outras Despesas. Esse conjunto de informações se configura num importante elemento para o controle epidemiológico e o desenvolvimento de políticas assistenciais por parte da ANS, tendo importante utilização pelos indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras.

Após dezembro de 2009, data de corte para montagem do banco de dados descrito no terceiro capítulo, alguns normativos sob a forma de RN ou Consultas Públicas foram editados desde então, sendo significativos os esforços no sentido de reforçar os aspectos concernentes a esta terceira tônica da regulação. Esse é o caso da já comentada revisão da portabilidade, que ensejou a Consulta Pública de outubro de 2010, e também é o caso da instituição do Procedimento de Notificação de Investigação Preliminar - NIP. A Consulta Pública referente a NIP data de junho de 2010, e é uma iniciativa de promoção da mediação ativa de diferentes interesses com vistas à produção do consenso na solução dos casos de conflito. Esse Projeto se iniciou em 2008, com a participação de diversas operadoras de grande porte, sendo criado um Grupo Técnico, formado por representantes da ANS, das operadoras participantes e da

Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE), com o propósito de discutir e homologar uma proposta final da NIP.

A Notificação de Investigação Preliminar - NIP é, portanto, um dispositivo comunicacional de mediação ativa, cuja finalidade - é estabelecer ligação adequada e ágil entre beneficiários de planos de saúde e operadoras de planos de assistência à saúde, em face de demandas sobre negativa de cobertura assistencial. Assim, a NIP tem como potencialidades dar celeridade e solução para as questões de negativa de cobertura, promovendo o instituto da Reparação Voluntária e Eficaz; encaminha as demandas, que não tiveram resolutividade na mediação, aos Núcleos de Atendimento para abertura de processos administrativos devidamente instruídos, de modo a facilitar o trabalho de apuração realizado pelos fiscais. Para os beneficiários de planos de saúde, a NIP possibilita uma resposta mais rápida para o seu problema. Em alguns casos, isso não necessariamente significa a autorização imediata do procedimento solicitado por seu médico assistente, mas sim uma posição sobre a obrigatoriedade ou não de cobertura da sua operadora de plano de saúde. (...) Finalmente, para a ANS, o instrumento da NIP traz mais eficiência e celeridade no trabalho ora desenvolvido pelo agente fiscalizador. Ademais, possibilita o monitoramento mais efetivo das práticas do mercado regulado, permitindo vislumbrar, logo no início, determinadas condutas indevidas que podem gerar prejuízo aos consumidores. (Ver sítio da ANS na internet: <http://www.ans.gov.br/main.jsp?lumPageId=8A9588652AC9E68D012B119C222C5D0A&lumI=lumis.service.link.details&lumItemId=8A9588652AC9E68D012B11B50BCC1E34>. Pesquisa realizada em 14/2/2011.)

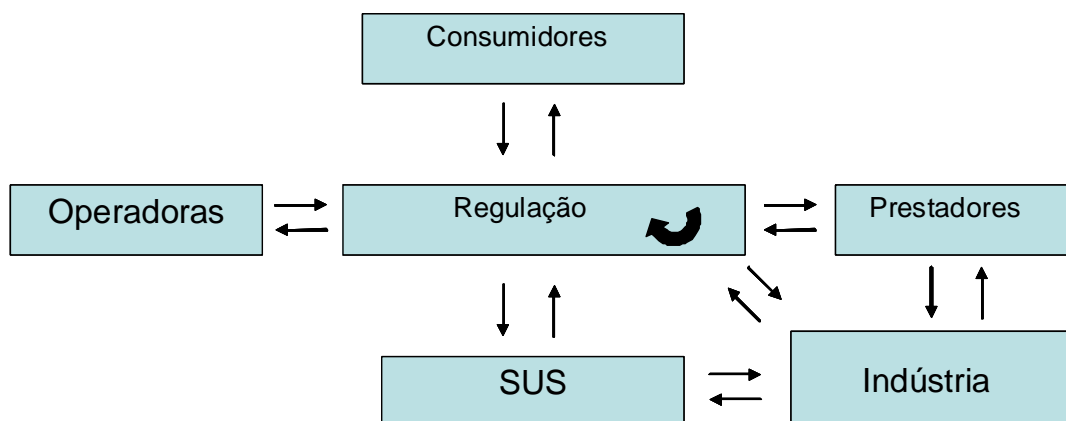
A fase atual da regulação visa consolidar aspectos técnicos da teoria da regulação que procuram mitigar elementos indesejáveis ao funcionamento do mercado, tais como a seleção adversa, risco moral e a seleção de risco (STIGLITZ, 2000), reunindo a esse arcabouço regulatório a ideia de privilegiar a ampla participação dos diferentes atores sociais. Neste sentido, a terceira onda ou tônica da regulação guarda estreita sintonia com o viés conciliatório e de mediação presente no Estado-coordenador. Esse é um processo ainda recente, que enfrentará uma agenda de desafios políticos inerentes à interface com as políticas públicas, o SUS e as demandas provenientes de setores representativos da sociedade.

Uma forma analítica de descrever os conflitos e as forças atuantes neste contexto é a do mapeamento dos principais atores sociais envolvidos na saúde suplementar. A Figura 045⁹⁸

⁹⁸ Inspirada nas “Cinco Forças de Porter”. Vide Porter, 1999.

a seguir ilustra esse processo imbricado de interação de forças no âmbito da regulação. A seta na ilustração central significa a capacidade de a regulação evoluir endogenamente a partir de um aprimoramento contínuo.

Figura 045 – As forças condicionantes do Estado–coordenador na regulação



Fonte: Elaboração própria

Essa interação das forças anteriormente abordadas foi objeto de citação por boa parte dos Comentários registrados na enquete apresentada no terceiro capítulo. A idéia de integração, como já mencionado na seção anterior, está presente no Comentário 2, que alerta para a necessidade de construção de “uma agenda de crescimento sustentado do setor de forma integrada ao SUS e não, como ocorre hoje, como se o setor crescesse apesar do SUS.” também está presente no Comentário 5, ao destacar a necessidade de “promover junto ao Congresso Nacional o aperfeiçoamento do marco regulatório, convertendo em Lei a Medida Provisória nº 2.177/01; - interação entre os sistemas público e privado.”

O Comentário 6, entre outras observações, faz uma reflexão sobre a questão referente à terceira tônica da regulação: “em relação a questão 3, me parece que o maior desafio colocado é a discussão do mix público-privado no Brasil e como a regulação da Saúde Suplementar pode contribuir para a conformação do Sistema Nacional de Saúde.” Nessa mesma linha, o Comentário 9 chama atenção para que: “em relação à última questão, os

desafios não contemplam o Sistema brasileiro de Saúde. Seria apenas uma complementação à agenda que demandará discussões.”

A delicadeza deste assunto que envolve a capacidade de coordenação/mediação por parte do poder regulador se evidencia no Comentário 4, no qual se questiona sobre o que significam “ações para harmonização entre os atores”. “Essa questão é muito ampla e envolve interesses conflitantes. É função da agência regular essa relação? Até que ponto pode (ou deve) interferir em relações privadas?” Os aspectos atinentes à coordenação/mediação por parte do poder regulador também se evidenciam no Comentário 3, que ressalta que (no questionário) “falta um item que perpassa pelas três perguntas: a permanente preocupação e algumas tentativas de modificação e aperfeiçoamento do regimento interno assim como das leis que criaram a agência”. Penso que uma melhor integração entre as diretorias, bem como uma mais clara e democrática definição dos poderes e tarefas institucionais.

Um dos eixos que pautam os limites da regulação da Saúde Suplementar é a própria participação desta no financiamento global da saúde no Brasil, conforme abordado no segundo capítulo (Figura 019). Este processo potencializou a sofisticação do arcabouço regulatório, examinada no terceiro capítulo, e determinará em grande medida as perspectivas da fronteira de definição de poderes para os próximos anos.

Na hipótese estática de que todas as demais variáveis que influenciam o escopo regulatório estejam constantes, um avanço da saúde privada no *mix* público-privado⁹⁹ do financiamento da saúde no Brasil (Santos, I., 2009) ensejará formas cada vez mais sofisticadas de regulação no setor, especialmente no que diz respeito aos aspectos assistenciais. Em contrapartida, uma hipotética recuperação da saúde pública neste *mix* poderá resultar, simultaneamente, em dois fenômenos distintos e complementares. Primeiramente, poderá ocorrer a redução do contingente de beneficiários do setor, com o retorno ao atendimento exclusivo pelo SUS da parcela de menor renda da população de beneficiários. Em segundo lugar, a sofisticação da regulação poderá se tornar menos intensa na medida em

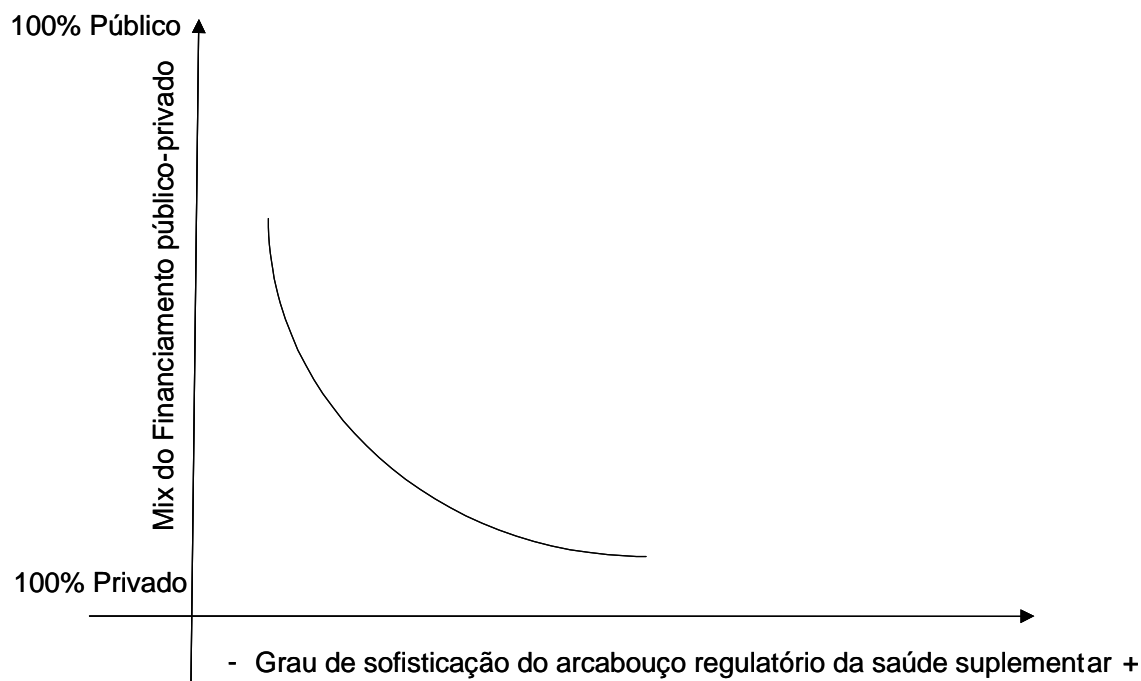
⁹⁹ Os gastos privados aqui descritos contém a parcela referente ao seguro saúde (no nosso caso os planos de saúde), bem como a parcela do desembolso direto “*out of pockets*”.

que as parcelas remanescentes dos beneficiários seriam, nesta hipótese, aquelas de maior renda e, por conseguinte, com maior poder de barganha junto aos atores e às forças representadas na Figura 045.

Esse dilema pode ser representado pela Figura 046 a seguir (Matos, et alli, 2010). No eixo vertical do gráfico da Figura 046 a seguir está representado o *mix* público-privado, que varia entre os extremos de totalmente público e totalmente privado. O eixo horizontal exprime a intensidade regulatória, aqui expressa basicamente pelo nível de especificidade e detalhamento dos normativos da ANS, em especial aqueles que dizem respeito a primeira e a segunda tônica da regulação.

A curva aqui esboçada revela um *trade-off* entre ação direta do Estado na Saúde (onde predominaria o financiamento público sobre o privado) e o grau da intensidade de regulação na Saúde Suplementar (maior na medida em que o financiamento privado predomine sobre o público). Noutros termos, quanto maior for a aproximação do *mix* com os sistemas nacionais de saúde (na linha dos sistemas canadense e britânico, por exemplo) menor será o detalhamento e a sofisticação do arcabouço regulatório privado e vice-versa.

Figura 046 – Trade-off da regulação na saúde suplementar



Fonte: Elaboração própria

Ao se examinar o *mix* público-privado entre alguns países selecionados, observa-se que a demanda por planos de saúde e, por conseguinte, de aparato regulatório voltado para o setor, sejam reduzidos em função da forte presença/efetividade do sistema público. A Figura 047 a seguir apresenta alguns países selecionados, os quais confirmam essa tendência,

O contexto europeu de prioridade à proteção social e à estabilidade do financiamento público setorial, faz com que grande parte da população esteja satisfeita com o sistema estatutário. Este é um dos argumentos (...) para explicar que a demanda por seguro privado suplementar esteja saturada nos países da Europa – não obstante o fato de haver insatisfação com longas e lentas filas de espera em alguns países, como ocorre para as cirurgias eletivas no Reino Unido e na Espanha. O outro argumento é a não desconcentração da renda que faz com que os indivíduos com poder aquisitivo ou emprego para possuir seguro privado suplementar, já o tenham. (SANTOS., 2009, p. 86.)

Figura 047 - Mix Público-privado dos gastos da saúde em função do PIB					
Países Selecionados	Gastos em saúde em 2007 - % do PIB			Mix do financiamento público-privado	
	TOTAL	Público	Privado	Público	Privado
Brasil	8,44	3,51	4,93	42%	58%
Alemanha	10,43	8,02	2,41	77%	23%
Austrália	8,88	5,99	2,88	68%	32%
Canadá	10,12	7,08	3,04	70%	30%
França	11,02	8,70	2,31	79%	21%
Reino Unido	8,42	6,88	1,54	82%	18%
Portugal	10,00	7,07	2,94	71%	29%
USA	15,68	7,14	8,54	46%	54%

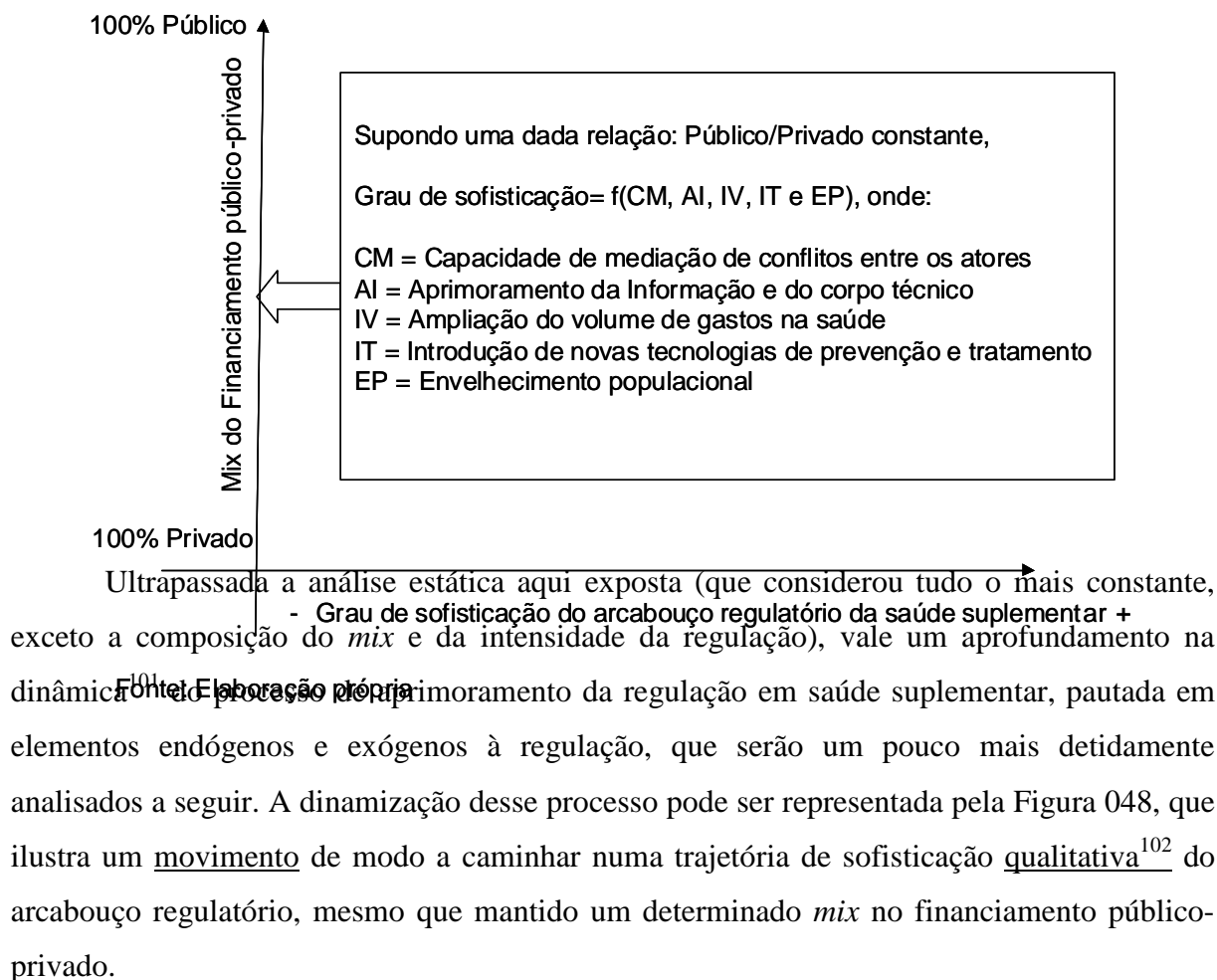
Fonte: Banco Mundial

http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/02/weodata/weorept.aspx?sy=1989&ey=2009&scsm=1&ssd=1&sort=subject&ds=%2C&br=1&c=112&s=NGDP%2CNGDPD%2CNGDP_D%2CPPPGDP%2CPPPEX%2CNID_NGDP%2CNGSD_NGDP%2CPCPIE%2CLP%2CBCA_NGDPD&grp=0&a=&pr1.x=59&pr1.y

Em países cuja predominância do setor público no *mix* é marcante, o arcabouço regulatório privado em geral não é tão expressivo (Vide OECD, 2009 e também MAYNARD, 2005), como é o caso de Alemanha, França, Reino Unido e Portugal. Países como Canadá e Austrália, a despeito de disporem de um sistema universal ou sem restrição ao acesso, têm uma participação relevante do setor privado no *mix* e mais recentemente, a partir da última década, têm aprimorado sua regulação. Países como Brasil e EUA, cuja predominância no *mix* é privada, têm estrutura normativa mais pormenorizada, não obstante o aparato regulatório americano seja mais descentralizado entre os entes federativos e mais segmentado¹⁰⁰, a exemplo do australiano.

¹⁰⁰ Entende-se por “segmentação” a possibilidade de partição dos procedimentos previstos no Rol. No Brasil, os planos médico-hospitalares têm a obrigação de atender a todos os procedimentos previstos no Rol. Noutros termos, ao contrário do que pode acontecer na Austrália e nos EUA, no Brasil não é permitida a venda de seguros que cubram, por exemplo, somente os eventos associados às cardiopatias ou outro grupo qualquer de patologias.

Figura 048 – Dinâmica da evolução da regulação na saúde suplementar



A já mencionada capacidade de coordenação e mediação de conflitos é um dos elementos preponderantes para o avanço dos níveis de qualidade da regulação. O aprimoramento dessa capacidade mediadora se dará com ampla participação dos diversos

¹⁰¹ Sobre essa dinâmica convém observar que para Santos, I. pg. 90 “Se a premissa de que os sistemas de saúde procedem das mudanças estruturais ocorridas na sociedade faz sentido, também o faz considerar que o **mix público-privado no setor de saúde é resultado do modelo de Estado e de sua relação com o mercado**, das mudanças que ocorrem no mix do modelo de Estado de Bem-Estar 68, entre outros elementos geradores de conflito que possam haver. Como essas relações são dinâmicas, **os arranjos público-privados no setor de saúde também são situações dinâmicas** – e, portanto, não estáticas – **na realidade dos sistemas de saúde dos países**”. (grifos originais)

¹⁰² A hipótese aqui adotada é que a evolução da dinâmica regulatória não implica, necessariamente, em aumento do quantum de normativos, mas sim na qualidade desse arcabouço regulatório. Um exemplo disso são as iniciativas já apresentadas na terceira tônica, que em grande parte independem da edição de normativos.

segmentos da sociedade no processo decisório da Agência. Além dos aspectos já examinados, referentes ao *accountability*, o estímulo à participação pela via da realização de Consultas, Câmaras Técnicas e demais fóruns de debates será determinante para esse aprimoramento. Neste sentido, esse elemento de intermediação presente na terceira tônica da regulação guarda estreita sintonia com uma característica de fundo do Estado-coordenador, qual seja a sua flexibilidade para lidar com a conciliação e de mediação de conflitos entre os atores sociais.

Outro ponto de profunda sintonia desta tônica regulatória com o Estado-coordenador é a capacidade de disseminação da informação, de modo a propiciar maior transparência à sociedade. Nessa linha, destaca-se que a ANS vem evoluindo na geração de divulgação dessas informações (ALBUQUERQUE et alli, 2008). Vale ressaltar, por exemplo, que praticamente todas as informações sobre a Saúde Suplementar no Brasil, utilizadas neste trabalho, são oriundas do sítio da ANS na internet. Afora as informações provenientes da Enquete, todos os demais dados até então aqui utilizados são públicos. Outro elemento crucial para a formação de um núcleo-duro de Estado e de estímulo à democratização da informação, característicos do Estado-coordenador e da terceira tônica da regulação, é a contratação de servidores concursados e especializados no tema.

Todos esses fatores endógenos à regulação, independentemente do *mix* de financiamento existente e do *quantum* de normatização já editado, podem conferir um caráter de aprimoramento contínuo e dinâmico da regulação, tal como representado na Figura 048.

Um fator exógeno de suma importância sobre o *mix* e sobre a sofisticação do aparato regulatório representado na Figura 048 é a questão da ampliação do nível de gastos na saúde. Não obstante os Brasil tenha uma participação percentual dos gastos de saúde em função do PIB (cerca de 8,4%, vide Figura 047) semelhante a do Reino Unido, convém ressaltar a importante diferença do nível per capita desses gastos, já que o PIB per capita do Reino Unido (US\$ 35,3 mil/ano por habitante – IBGE -<http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>) é mais de quatro vezes o PIB per capita brasileiro ((US\$ 8,1 mil/ano por habitante). Esse diferencial fica ainda mais pronunciado ao se considerar a parcela de gastos referente ao gasto público com a saúde, visto que o parcela do Reino Unido referente a esse gasto (6,88%, ver Figura 047)) é praticamente o dobro da parcela brasileira (3,55% Nesse sentido, a hipótese de igualar

o gasto público per capita do Reino Unido em termos absolutos implicaria em multiplicar por oito o orçamento público brasileiro da Saúde.

Desse modo, vale considerar a importância e até mesmo uma certa inexorabilidade no sentido da ampliação dos gastos em saúde no Brasil. Essa ampliação, especialmente do gasto público, ocorrerá na medida em que a opção por um sistema universal, equânime e integral seja ratificada neste processo de desenvolvimento do Estado-coordenador no Brasil. Nesse sentido, essa ampliação pela via pública poderá acarretar em um deslocamento ao longo da curva (Figura 046) no sentido da redução da intensidade regulatória e do contingente de beneficiários da Saúde Suplementar. Neste caso, poderá ocorrer a redução do contingente de beneficiários do setor, com o retorno ao atendimento exclusivo pelo SUS da parcela de menor renda da população de beneficiários e com menor poder de vocalização de demandas.

Contudo, tal redução da intensidade da regulação não deve ser esperada neste cenário, já que a elevação absoluta dos gastos imporá uma nova dinâmica ao complexo da saúde, resultando em novos tipos de arranjos e em novas oportunidades de negócio no Nesse rumo de idéias, vale destacar a percepção de que no bojo do desenvolvimento do Estado-coordenador há que se consolidar o entendimento de que as políticas sociais se configuram num pólo dinâmico de geração de emprego e renda no país. Além do resgate da imensa dívida social brasileira e da consolidação da noção de cidadania, iniciativas como o Programa Bolsa Família definitivamente consolidaram a idéia da importância da indução da demanda como fator de geração de renda e riqueza. O mesmo princípio pode ser aplicado ao gasto público em saúde, cujo efeito multiplicador também não é desprezível (Noronha et alli, 2010).

Ainda na linha da recuperação do gasto público em saúde, há que se considerarem os efeitos provenientes do ressarcimento ao SUS e da renúncia fiscal¹⁰³ do setor de saúde

¹⁰³ Para Santos ET alli, 2009: “Destaca-se a renúncia fiscal pela possibilidade dos indivíduos poderem abater as despesas com saúde na declaração de imposto de renda. Outro fator importante é o fato das empresas empregadoras poderem lançar as despesas com assistência à saúde como despesas ordinárias e, com isso, reduzir o montante sujeito a desconto de imposto sobre o lucro líquido. Uma terceira consiste no fato das entidades filantrópicas poderem operar planos de saúde, sendo este também beneficiado pelas isenções fiscais decorrentes do reconhecimento da filantropia. Estas questões apontam alguns limites do segmento e demonstram ainda problemas na sua auto-sustentação, colocando ainda formas, mesmo que indiretas, do Estado financiar uma parte de uma assistência que, por sua própria definição constitucional, deveria ser opcional e autofinanciável.”

suplementar. O impacto econômico desse ressarcimento seria importante na recuperação do gasto público, entretanto não representaria, em tese, uma ampliação dos gastos globais, visto que apenas (re) ordenaria a distribuição do *mix* público-privado do financiamento. Nessa mesma linha de reordenamento do *mix*¹⁰⁴ também estão os subsídios direcionados ao setor privado de saúde.

O efeito da renúncia de arrecadação fiscal sobre a dinâmica do mercado de serviços de saúde parece não ser trivial, embora não tenham sido mensurados minuciosamente. O acesso universal aos serviços de saúde prestados pelo SUS é interditado pela combinação perversa de um conjunto de fatores, entre eles, corrupção da máquina pública, gestão ineficiente, distorções orçamentárias e pelo baixo gasto público per capita em saúde. (ANDREAZZI E OCKE-REIS, 2007, p. 539)

Um esforço posterior na linha da mensuração desses efeitos foi desenvolvido pelo Ministério da Fazenda.

As previsões da Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda de deduções do montante devido do IRPF e do IRPJ referente às despesas privadas com saúde em 2008 apontam para um valor bastante alto: R\$ 3,1 e R\$ 2,0 bilhões respectivamente. Adicionando-se os abatimentos em alíquotas de imposto da indústria farmacêutica (R\$ 2,2 bilhões) e das Entidades sem fins lucrativos (R\$ 1,7 bilhões), o total de desonerações chega a R\$ 8,9 bilhões (MINISTÉRIO DA FAZENDA, APUD NORONHA, 2010, p. 14).

Outro fator em princípio exógeno, mas com forte componente endógena à regulação, é a introdução e incorporação de novas tecnologias. Tal processo, não obstante derive de um impulso exógeno inicial que é o próprio desenvolvimento da tecnologia pela indústria, deve ser reorientado no sentido de que a incorporação seja pautada pelas necessidades da demanda. Esse processo deve ocorrer de acordo com as avaliações da efetividade dessas inovações e dos protocolos definidos no âmbito da política nacional de saúde (SILVA JÚNIOR et alli, 2008), estabelecida sob a coordenação do Ministério da Saúde. Além disso, é de fundamental relevância para o novo ciclo de crescimento econômico e desenvolvimento que se inicia (vide

¹⁰⁴ Vale destacar que as análises referentes à primeira tônica da regulação levaram em conta um cenário de estabilidade do mix atual. Neste sentido, um reordenamento do mix do setor com tudo o mais constante, implicaria, certamente, numa revisão dos parâmetros regulatórios até então estabelecidos, especialmente àqueles afetos à primeira e à segunda tônica da regulação.

Figura 017 apresentada no segundo capítulo) o estabelecimento de um sistema de inovações que reúna instituições de pesquisa, e parcerias público-privadas no sentido do desenvolvimento de inovações tecnológicas *made in Brazil*. Todo esse processo ensejará uma evolução do aparato regulatório representado na Figura 048, impondo uma sofisticação qualitativa ainda maior do aparato regulatório.

Por fim, mais um tema exógeno à regulação, mas que decerto implicará na necessidade de aprimoramentos no marco regulatório, é o do envelhecimento populacional. Em que pese as considerações acerca do ingresso de jovens na Saúde Suplementar, decorrente da atual melhoria das condições do emprego e da renda, bem como as ponderações sobre o iminente bônus demográfico aludidos na segunda seção deste capítulo, o envelhecimento certamente impactará na necessidade de sofisticação do marco regulatório. A perspectiva de arredondamento da pirâmide etária, retratada na Figura 041, torna indispensável por parte da ANS a adoção de políticas voltadas para a assistência ao idoso, conforme item da Agenda Regulatória já discutido. Neste sentido, aspectos ligados à disseminação das informações, tema característico da terceira tônica da regulação, serão de vital relevância para o sucesso de tais políticas.

Em suma, a terceira tônica regulatória aqui tratada está caracterizada pela promoção de estímulos à participação dos beneficiários e da sociedade no dia-a-dia do setor. Esta participação vem se viabilizando pela ampliação do leque da informação disponível, que tem como objetivo o aprimoramento do arcabouço regulatório e ao aumento das possibilidades de escolha. Com o incremento da participação social e o desenvolvimento do Estado-coordenador no Brasil, espera-se uma competição mais efetiva no setor, aliada a uma melhoria na qualidade do arcabouço regulatório da Saúde Suplementar no Brasil. Esse quadro geral, em associação à esperada agenda de recuperação do financiamento da Saúde Pública e do desenvolvimento econômico no Brasil, pode se configurar num prenúncio de um círculo virtuoso na Saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do macro processo de transformações nas relações de poder e do papel do Estado permite inferir uma inelutável determinação dessas configurações sobre os diferentes arranjos do quadro institucional no plano dos países e de seus setores de atividade. Nesse diapasão, as mudanças recentemente verificadas na Saúde brasileira e mais especificamente no Setor de Saúde Suplementar não escapam a essa avassaladora torrente de transformações.

O Setor de Saúde tem sido palco de importantes movimentos, por vezes contraditórios, que emblemizam tal ambiente de transformações. Um exemplo disso é que, por um lado, a Constituição brasileira de 1988 garantiu que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Por outro lado, preconizou que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Premido pela a crise financeira dos anos 1980 e 1990, o Estado brasileiro acabou por permitir uma alteração considerável do *mix* de financiamento público-privado na saúde, tendo a Saúde Suplementar, que já começara a se desenvolver a passos largos nos anos 1960, se tornado cada vez proeminente no contexto nacional. Assim, embalado por um cenário de grandes transformações no plano mundial e por um contexto muito peculiar de acomodação de interesses, a Saúde brasileira assumiu uma situação diferenciada em relação à composição de outros sistemas universais no mundo, especialmente os europeus.

Essa particularidade concorreu para a criação e o fortalecimento de uma AR muito específica, a ANS. A principal especificidade da ANS, além de tratar de assunto essencial à vida, consiste no fato de que foi constituída sobre um mercado que já funcionava, por quase quatro décadas, sob uma lógica de pouca ou nenhuma regulação. Diferentemente de outras AR como ANATEL ou ANEEL, criadas após um movimento de privatização e que já contavam com um legado de regulação, a ANS teve de construir uma trajetória própria de regulação.

A peculiaridade da ANS e do próprio funcionamento da Saúde Suplementar no Brasil poderiam ensejar uma disjuntiva irreconciliável entre os interesses da esfera pública e privada, não fossem as condições igualmente peculiares do panorama mundial de transformações no campo da política e da produção. Vivemos uma quadratura de importantes mudanças no pólo hegemônico mundial que enseja a necessidades de transformações radicais na organização

política dos Estados nacionais. As crises subjacentes aos ventos do neoliberalismo no mundo viabilizaram o início da edificação de uma nova configuração do Estado, aqui denominada Estado-coordenador. Esta nova ordem vem se desenvolvendo sobre as ruínas do Estado-provedor que se consolidou a partir da Segunda Guerra mundial, mas que hoje já não se adéqua ao ambiente de grandes transformações.

Não bastassem essas profundas transformações em curso no campo da política, a organização produtiva de outrora, baseada nos métodos fordistas de produção, dá lugar a um novo tipo de arranjo, no qual a participação do consumidor no processo decisório das empresas é de fundamental relevância. Esse novo paradigma produtivo, aqui caracterizado pelo pós-fordismo, tem se desenvolvido a partir de novas tecnologias no campo da biologia, microeletrônica e da informação, entre outros.

Nesse turbilhão de mudanças, novas formas de relacionamento entre instâncias outrora irreconciliáveis tem se viabilizado no sentido do estabelecimento de agendas de mínimas de entendimento, visando à consecução de interesses comuns. È assim no plano dos países, outrora potenciais ou reais beligerantes, que se unem em torno de interesses comuns como na União Europeia ou mesmo na América Latina. Tal fenômeno também se verifica no plano das instituições, e até mesmo no plano das empresas.

Inserido nesse contexto mundial de grandes transformações, o Brasil também vem experimentando radicais mudanças no campo da política e da produção. A manifestação do Estado-coordenador no Brasil se dá a partir da resultante de duas forças distintas, tratadas por Erber (2008) como diferentes “convenções” de desenvolvimento, quais sejam a convenção neoliberal e a desenvolvimentista. A consolidação do Estado-coordenador no Brasil dependerá ainda do desfecho das reformas política e tributária, e da consolidação do processo de reforma administrativa ora em curso. A conclusão dessa agenda é essencial para a decolagem de uma nova onda de desenvolvimento econômico sustentável no Brasil e revelará os matizes assumidos pela manifestação do Estado-coordenador no Brasil.

Essa nova configuração de Estado no Brasil é, portanto, ainda uma obra inacabada, esculpida sob intercorrência de crises e apoiada num sistema produtivo púbere e incapaz de conferir uma dinâmica estável ao desenvolvimento. Ademais, não se tem ainda uma isenção

histórica que permita diagnósticos mais precisos sobre o tom que predominará nesse novo matiz. De todo modo, esse novo paradigma decerto será marcado por constantes e intensas pactuações entre variados atores sociais e pela regulação.

Esse panorama, presente no todo, se espraia para a parte e encontra no campo da saúde um universo fascinante para o exame dessas transformações. Não obstante o Brasil tenha se configurado, desde a década de 1930, como um *development lead state*, a manifestação brasileira do Estado-provedor não proveu a construção efetiva de um sistema de políticas sociais, especialmente no que toca ao campo da saúde. Apesar dos avanços obtidos com a universalização dos serviços, esta se deu em ambiente adverso, no qual predominavam os ideais do neoliberalismo, e não foi acompanhada de condições de financiamento capazes de viabilizar de forma efetiva um sistema universal, integral e equânime no Brasil. Caberá a esse Estado-coordenador em construção, o duplo desafio de suprir a lacuna das políticas sociais, especialmente no campo da saúde, e ao mesmo tempo conviver com estruturas produtivas flexíveis, que exigem arranjos regulatórios peculiares.

Na ordem do dia da Saúde brasileira está posto o desafio da construção de uma agenda de entendimentos visando interesses comuns entre os atores da saúde pública e privada, e que recupere os princípios norteadores do SUS. É de fundamental importância que a classe trabalhadora organizada, os profissionais de saúde, as entidades prestadoras e a cadeia produtiva da saúde em geral passem a olhar os investimentos e a regulação do sistema público como uma oportunidade que também irá ao encontro de seus interesses.

Nesse sentido, vale destacar os efeitos que as políticas de garantia de renda mínima têm produzido sobre a geração de emprego e renda. Nesse sentido, a construção de uma agenda comum, que privilegie a recuperação do financiamento do setor, pode se consolidar a partir do entendimento de que a Saúde pode de fato se constituir como um dos vetores do desenvolvimento econômico brasileiro. Trata-se, evidentemente, de uma questão relacionada à promoção da equidade e da cidadania, e ao resgate da imensa dívida social do Brasil, mas que também pode ensejar a participação de outros atores movidos por interesses predominantemente econômicos.

Em que pese que a construção do Estado-coordenador no Brasil seja ainda uma obra inacabada e que tal agenda de entendimentos ainda não tenha se concluído, alguns movimentos significativos no sentido dessa consolidação têm sido observados nos anos mais recentes. A ANS foi criada neste ambiente de transição do paradigma produtivo e de forte efervescência da política interna, porém em contexto histórico de maior amadurecimento das reformas da administração pública iniciadas pela Constituição Federal de 1988,

Esse movimento passou pelas reformas do Estado no início dos anos 1990, pela criação do Código de Defesa do Consumidor, pela criação do MARE em 1995 e um pouco mais tarde pela criação das AR. Cabe destacar que a criação da ANS em 2000 não foi um movimento isolado neste processo, visto que entre outras ações foi antecedida pela Lei 9.656/1998, que sancionaria a idéia de que a saúde privada era setor regulado. Neste sentido, a importância conferida à regulação da saúde privada pode ser entendida como um importante passo relacionado ao desenvolvimento do Estado-coordenador no Brasil.

A trajetória da ANS, a exemplo do panorama examinado no plano mais abrangente das grandes transformações, não tem evoluído de forma linear e apresentado marchas e contramarchas ao longo de sua existência. Entretanto, alguns grandes movimentos ao longo dessa trajetória puderam se percebidos tanto pela análise empírica das ações e dos resultados desta Agência, quanto por uma análise mais criteriosa de seus atos normativos, consultas públicas e relatórios de gestão elaborados desde a sua criação.

Um exame metucioso desse conjunto de normativos, Consultas e Relatórios, permitiu identificar a existência de três grandes movimentos ao longo da trajetória da regulação. A identificação dessas tônicas regulatórias se deu por intermédio da construção de um banco de dados desenvolvido a partir da coleta e classificação desses normativos e Consultas.

A análise desse material permitiu concluir que em torno da primeira metade da década, o fulcro da regulação foi o do saneamento econômico-financeiro das operadoras e no estabelecimento de regras contábeis que permitiram um controle mais efetivo do equilíbrio atuarial do sistema. Estabelecidas as condições de higidez econômico-financeira do setor, mais à frente, ao redor da fase intermediária dos anos 2000, a tônica regulatória se voltou para os aspectos assistenciais da regulação. Esse importante redirecionamento buscou harmonizar

o cuidado com saúde e os protocolos médicos com os parâmetros estabelecidos pelo SUS, atualizando constantemente a lista de procedimentos médicos (Rol). Em fase mais recente, a ANS tem se concentrado em desenvolver mecanismos que visam aprimorar a informação disponível ao público, estimulando a competição no setor, que caracteriza a terceira tônica da regulação.

A enquete junto aos atuais e antigos dirigentes da ANS, à qual foi submetida a análise desse material, permitiu identificar um elevado nível de concordância com as conclusões aqui apresentadas. A partir desta enquete, a qual foi respondida por todo o universo de dirigentes e ex-dirigentes, foi possível identificar uma preocupação marcante com a consolidação da regulação assistencial, presente na segunda tônica da regulação. Esse sentimento reforça a ideia do estabelecimento de uma agenda mínima de entendimento em torno da harmonização entre a Saúde pública e privada.

Em relação aos aspectos econômico-financeiros da regulação, há que se destacar que a política de reajustes, implantada praticamente desde a criação da ANS, contribuiu para um importante equilíbrio do mercado. Tal equilíbrio se evidencia com a evolução dos custos e receitas, a qual tem se comportado em relativa sintonia com a evolução da economia ao longo da existência da Agência. Outro ponto de fundamental relevância foi o processo de depuração do mercado, com a liquidação de empresas que funcionavam de forma irregular ou que definitivamente não se enquadraram nos parâmetros e normas regulamentares, dentre elas a exigência de garantias financeiras.

De modo subjacente a esse processo de depuração do mercado, tem se colocado uma preocupação com os efeitos adversos da necessidade de remanejamento de carteiras de beneficiários (em geral com níveis de risco mais elevados), remanescentes de operadoras em processo de liquidação. Com o fito de mitigar esses efeitos, uma proposta a ser analisada é a criação de um Fundo Garantidor, de caráter único e compulsório, nos moldes do ora existente no setor financeiro.

Outro efeito decorrente do processo de depuração do mercado, e da própria dinâmica de fusões e aquisições de empresas ora em curso, é a concentração de operadoras de planos de saúde. Tal fenômeno, se isolado de possíveis impactos sobre o nível de competição no

mercado, não é princípio nocivo ao equilíbrio atuarial do setor, posto que massas reduzidas de beneficiários apresentam maiores riscos à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro das operadoras. Neste sentido, são de fundamental importância as medidas de promoção da competição entre os grandes *players* do setor, e fortalecimento da regulação no sentido de se evitar a captura da Agência por parte dos grandes competidores. Além disso, são igualmente desejáveis os estímulos ao ingresso de novos entrantes que possam contestar eventuais posições oligopolistas.

Ainda na linha da concentração do mercado, há que se considerar o processo de verticalização, no qual as operadoras de planos de saúde passam adquirir redes próprias exclusivas, que podem se constituir num entrave à competição no setor. Nesse sentido, medidas visando a garantia de utilização/compartilhamento de redes, a exemplo do que já foi desenvolvido no setor de telecomunicações pela ANATEL, podem ser utilizadas por parte da ANS no sentido de garantir um patamar concorrencial satisfatório aos consumidores.

No tocante aos impactos sobre os custos da sobreutilização dos serviços, decorrente do risco moral, é importante considerar a hipótese de ampliação por parte da ANS dos mecanismos de co-pagamento ora existentes. A excessiva utilização de serviços, entre outros fatores, também pode ser estimulada por prestadores de serviços médicos, especialmente quando estes são pagos de acordo com a quantidade de serviços prestados. Cabe destacar que os fatores de moderação da utilização dos serviços devem ser estabelecidos em sintonia com a regulação assistencial.

A segunda tônica se baseou na regulação assistencial. Aqui se buscou incorporar um modelo de promoção e prevenção que se afastasse do viés economicista, baseado em eventos/sinistros e na produção de procedimentos, e se aproximasse dos princípios de universalidade, equidade e integralidade definidos na esfera do SUS.

A definição do Rol de Procedimentos deve ser dar em sintonia com avanços da ciência médica e as diretrizes do SUS, pautada por parâmetros de custo-efetividade e sintonizada com as necessidades dos beneficiários. Seja na esfera pública ou privada, o consumo de ações de saúde difere de outros serviços, já que a utilização de serviços de saúde muitas das vezes se dá em situações de urgência e emergência, quando as escolhas se dão em condições adversas.

Neste sentido, o Rol de procedimentos deve ser visto como algo dinâmico, a ser permanentemente atualizado, com os impactos sobre os custos criteriosamente acompanhados pela regulação a fim de não gerar desequilíbrios à higidez econômico-financeira do sistema.

Outro ponto de fundamental relevância para a regulação assistencial é a adesão das operadoras de planos de saúde aos programas de promoção da saúde, prevenção de doenças e de acompanhamento aos idosos, estimulados pela ANS. Um fator importante a ser lembrado e discutido é que a regulação assistencial se complementa a regulação econômico-financeira. Isso ocorre na medida em que a promoção de ações de saúde tende a melhorar a qualidade de vida dos beneficiários e, por conseguinte, reduzir seus custos de utilização.

A terceira tônica da regulação é caracterizada pela promoção de estímulos à participação dos beneficiários e da sociedade, e pela ampliação do leque da informação disponível. Essa nova dinâmica na regulação do setor tem como objetivo potencializar as possibilidades de escolhas do consumidor, buscando uma competição mais efetiva e aprimorando o atendimento às necessidades de saúde.

Nesse sentido, iniciativas como o Programa de Qualificação, devem ser estimuladas com o objetivo de se tornarem uma avaliação ainda mais detalhada, que retrate o mais fielmente possível as *performances* das operadoras. Essa avaliação deve estar em constante aperfeiçoamento e em sintonia com as diretrizes da Agenda Regulatória da Agência. Desse modo, o processo de monitoramento permanente e contínuo do desempenho do setor pode se tornar uma poderosa ferramenta para as escolhas dos consumidores. Outra contribuição importante do Programa é suporte que essas informações podem conferir ao exercício da Portabilidade de Carências.

Passada a fase inicial de implantação da Portabilidade, na qual foram significativamente reduzidas as mudanças de planos provenientes desse instituto, uma expectativa que se coloca é a da ampliação do escopo de planos elegíveis. Assim, além do universo dos planos individuais, é de fundamental importância a incorporação de todos os tipos de planos cujas carências foram estipuladas. Adicionalmente, iniciativas no sentido de redução do prazo de permanência, maior transparência das informações aos beneficiários que

desejam exercer a portabilidade, bem como intensificação da atividade de fiscalização, são desejáveis.

A demanda pelo grau de sofisticação do aparato regulatório no campo da saúde suplementar está relacionada à composição do *mix* público-privado da Saúde, especialmente no que tange as condições de financiamento do setor. Assim, cabe destacar que uma hipotética recuperação da saúde pública neste *mix* poderá resultar, por um lado, na redução do contingente de beneficiários do setor e no retorno ao atendimento exclusivo pelo SUS da parcela de menor renda da população de beneficiários. Por outro lado, na medida em que as parcelas remanescentes dos beneficiários seriam as de maior renda e poder de vocalização de demandas, a exigência por uma regulação sofisticada poderá, nesta hipótese, ser menor.

Todavia, ao se considerar uma perspectiva dinâmica da regulação do Setor, verifica-se que, mesmo na hipótese de alteração do *mix* em favor da parcela pública, a possibilidade de intensificação qualitativa da regulação se daria por diferentes motivos:

- Um traço marcante que vem se desenhando no processo de desenvolvimento do Estado-coordenador é o constante aprimoramento da capacidade mediadora e coordenadora do Estado. Esse aprimoramento se concretizará, a cada vez mais, pela efetiva participação dos diversos segmentos da sociedade no processo decisório da Agência.
- Uma forma de estimular essa participação é a capacidade de disseminação da informação, de modo a propiciar maior transparência à sociedade. Nessa linha, a regulação terá de evoluir ainda mais na geração de divulgação dessas informações.
- Espera-se para um futuro próximo um encaminhamento positivo de alguns pontos de tensão, tais como a reforma tributária, a definição do nível de subsídios ao setor privado, bem como as questões afetas ao ressarcimento ao SUS. Neste contexto, pode ser esperada uma ampliação nos gastos em saúde no Brasil, especialmente do gasto público. Essa ampliação de gastos no setor terá impactos evidentes sobre a regulação, independentemente do *mix*. Convém ressaltar que o volume de gastos em saúde não é um requisito suficiente para uma Saúde de qualidade (haja vista o caso dos EUA). Contudo, ao se examinar os casos de sucesso no mundo (especialmente os caso dos sistemas universais europeus) observa-se que se trata de condição necessária.

- A Saúde se encontra inserida no bojo de em conjunto de políticas sociais que deverão merecer especial atenção neste processo de emergência do Estado-coordenador no Brasil. Há hoje um significativo entendimento de as políticas sociais se configuram num pólo dinâmico de geração de emprego e renda no país. A Saúde também tem um efeito multiplicador importante sobre a atividade econômica e isso exigirá esforços regulatórios adicionais.

- Ainda nessa linha dos encadeamentos da Saúde com outros setores está a introdução e a incorporação de novas tecnologias. Tal processo é de fundamental relevância para o novo ciclo de crescimento econômico e desenvolvimento que se inicia, e enseja o estabelecimento de um sistema nacional de inovações. Tal sistema deverá reunir instituições de pesquisa e parcerias público-privadas com vistas ao desenvolvimento de inovações tecnológicas no campo da saúde. Todo esse processo ensejará novos aprimoramentos do aparato regulatório.

- Outro fator impactante na regulação, especialmente a assistencial, são as transformações demográficas pelas quais o Brasil passará nas próximas décadas.

O processo avassalador de transformações pelo qual passam os Estados nacionais e suas instâncias institucionais são o cenário sobre o qual se desdobram as atuais mudanças no campo da Saúde, seja ela pública ou privada. As políticas de saúde e a regulação da saúde suplementar brasileira serão tanto mais efetivas e aderentes ao interesse público, quanto maior for o seu nível de sintonia com esse processo transformador. Por fim, “As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado” prenunciam ameaças, mas também excelentes oportunidades para o estabelecimento de um círculo virtuoso no desenvolvimento do país e na Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação e Saúde: Planos Odontológicos – uma abordagem econômica no contexto regulatório**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002. 272p. (Série Regulação e Saúde, v.2)

_____. **Reajuste de mensalidade**: Conceitos básicos, reajuste por variação de custos, reajuste por mudança de faixa etária. 2. ed. rev. ampl., 2005a.

_____. **Carência, doenças e lesões preexistentes, urgência e emergência**: prazos de carência, cheque-caução, preenchimento da declaração de saúde. 3. ed. rev. ampl., 2005b.

_____. **ANS TabNet**: Nota técnica de informações sobre beneficiários e operadoras de planos privados de assistência à saúde. Disponível em: Acesso em:

_____. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Disponível em: Acesso em:

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

ALBUQUERQUE, Ceres.; et al. Situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13(5): 1421-1430, 2008.

ALVES, José Eustáquio Diniz. **O Bônus Demográfico e o crescimento econômico no Brasil**. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/portal/site/qualificacao/pdf/Texto_Base_Aval_Des_IDSS_20090811.pdf> Acesso em: janeiro de 2011

ALVES, Sandro Leal. Estimando seleção adversa em planos de saúde. In: Encontro Nacional de Economia da Anpec, 32, 2004. **Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental**, vol. 6, n 1, Jan/Jun, 2007.

ANDERSON, P. **Linhagens do Estado Absolutista**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

_____. **O Fim da História de Hegel a Fukuyama**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

ANDREAZZI, M. F. S.; KORNIS, G. E. Papel das reformas dos anos 90 na demanda por seguros privados de saúde no Brasil: consensos e dissensos. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 201-229, 2003.

ANDREAZZI, M. F. S. **Teias e Tramas: Relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. 2001.

ANDREAZZI, M. F. S. Mercado de Saúde Suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: MONTONE, J.; WERNECK, A. (Org.) **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004. p. 121-46.

ANDREAZZI, M. F. S. OCKÉ-REIS, C. O. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(3):521-544, 2007.

ARGAN, G. C. **Arte Moderna**. São Paulo: Schwarcz, 2006.

_____. **O Longo Século XX**. [S.l]: [s.n], 1997

_____. **Adam Smith em Pequim**. [S.l]: [s.n] 2009.

ARROW, K.J.. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. **American Economics Review**. v. 53, 1963.

ÁVILA, R. **A Dívida Externa dos EUA e a Guerra do Iraque**. [Mímeo.]. [S.l]: [s.n], [s.d]

BAHIA, Ligia; et al. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo ANPAD 2003. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 951-965, 2006.

_____. Private health plans: light and shadow in the 1990s health sector debate. **Ciência, saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 de julho de 2007.

_____. Universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(3): 753-762, 2009.

BAHIA, Ligia. Onde Pendurar a Fatura da Saúde? **O Globo**, Rio de Janeiro. Disponível em: <www.15/11/2010>.

BASTIAN, Eduardo Figueiredo. **As experiências chinesa e irlandesa de catching-up na década de 1990: algumas lições**. Rio de Janeiro: Instituto de Economia da UFRJ. Disponível em: <http://teses2.ufrj.br/Teses/IE_D/EduardoFigueiredoBastian.pdf> Acesso em:

BAUMOL, W.; BLACKMAN, S. **Perfect markets and easy virtue: Business ethics and the invisible hand**. 1992.

BEESELEY, M. E.; LITTLECHILD, S. C. The regulation of privatized monopolies in the United Kingdom. **Rand. Journal of Economics**. v. 20, n.3, Autumn, 1989.

BELLUZZO, L. G. M.; ALMEIDA, J. G. **Depois da Queda - A Economia Brasileira da Crise da Dívida aos Impasses do Real**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

BELLUZZO, L. G. M.; CARNEIRO, R. Globalização e Integração Perversa. **Política Econômica em Foco**, n. 1 – maio/ago. 2003.

_____. Bloqueios ao crescimento. **Política Econômica em Foco**, n. 1 – jan/abr. 2004.

BENJÓ, Isaac. **Fundamentos da Economia da Regulação**. Rio de Janeiro: Thex Editora, 1999. 149p.

BESSANT, J. **Fifth wave manufacturing**: the management implications of new manufacturing technology. 1995

BILAS, A. RICHARD, **Teoria Microeconômica**. São Paulo: Forense-Universitária, 1976.

BOBBIO, N. **As Ideologias e o Poder em Crise**. Ednub, 1994.

_____. **Estado, Governo e Sociedade**. São Paulo: Paz e Terra, 1986.

BRASIL. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, atualizada até a medida provisória n. 2.177- 44, de 24 de agosto de 2001 – dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde – Brasília: CONASS, 2007.

BRAUDEL, Fernand. **A dinâmica do capitalismo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

_____. **Civilização material, economia e capitalismo: séculos XV-XVIII**. São Paulo: Martins Fontes, 1995. v.3

BRESSER-PEREIRA. **Construindo o estado republicano: democracia e reforma da gestão pública**. São Paulo: FGV, 2009.

_____. Do estado patrimonial ao gerencial. In: Pinheiro, Wilhelm e Sachs (Org.), **Brasil: Um Século de Transformações**. São Paulo: Cia. das Letras, 2001.

CARNEIRO, Alexandre, WELLIANDRE, João. et all. Análise do número de categorias da escala de Likert aplicada à gestão pela qualidade total através da teoria da resposta ao item. In: Encontro Nac. de Eng. de Produção, 23, 2003. Ouro Preto, MG, Brasil. 2003.

CARNEIRO, R. O fim de uma era? In: Projeto Brasil – pensando o longo prazo – Disponível em: <<http://desenvolvimentobr.ning.com/profiles/blogs/2303053:BlogPost:1088>> Acesso em:

CASTELS, M. **A Sociedade em Rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTRO, A.B. et al. **A economia brasileira em marcha forçada**. São Paulo: Paz e Terra, 1985.

CASTRO, A.B. **Trajetórias e inflexões sobre o longo prazo na economia brasileira**. Califórnia: Center of Latin American Studies /Berkeley University, 2010.

CASTRO, Janice Dornelles de. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n. 7, jan./jun., p.122-135, 2002.

CATA-PRETA, Horácio L. N. Análise da política de reajuste para planos individuais e coletivos implementada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Documento elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar em 2003. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> . Acesso em: 7 de setembro de 2007.

CHANG, Ha-Joon. The economic theory of the Developmental State. In: WOO-CUMMINGS, Meredith(Ed). **The Developmental State** . New York: Cornell University Press – 1999.

CHÂTELET, F. et all. **A História das Idéias Políticas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

CHERNICHOVSKY D. The public-private mix in the modern health care system –concepts, issues, and policy options revisited. Working Paper n. 7881. NBER: September 2000. Disponível em: <<http://www.nber.org/papers/w7881>> Acesso em:

CIPOLLA, C. **The Fontana Economic History of Europe**. Glasgow, 1980.

CONCEIÇÃO, Octávio Augusto Camargo. **Instituições, Crescimento e mudança na ótica institucionalista**. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, **Revista do CONASS**, v. 11, Brasília, 2007. Disponível em <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/11_Saúde%20Suplementar.pdf> . Acesso em 7 de setembro de 2007.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP); INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC). Planos de saúde: nove anos após a Lei 9.656/98. São Paulo, 2007.

CORDEIRO H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 6(2): 319–28. 2001.

CORDEIRO, H. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

CORIAT, B. Pensar pelo Averso: o Modelo Japonês de Trabalho e Organização. Rio de Janeiro: Revan: UFRJ, 1994. Apud MOURA FILHO, João Bosco. O paradigma japonês de organização industrial: outras perspectivas. **Revista Multiface**, Belo Horizonte: v. 1, n. 2, p. 7-14, julho-dezembro 2007.

COSTA, Frederico Lustosa. Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: v.42, n.5, Sept./Oct. 2008.

CRUZ, V. Estado e regulação: fundamentos teóricos. In RAMALHO, P.I.S et al. (org.) **Regulação e Agências Reguladoras Governança e análise do impactos regulatório**. Brasília: ANVISA, 2009.

CUTLER, David M. e ZECKHAUSER, Richard J. **The anatomy of health insurance. Handbook of Health Economics**. Amsterdam., 2000.

DAIN S.; et al. Avaliação dos impactos de reforma tributária sobre o financiamento da saúde. In: Negri B, Giovanni G.D. (Org). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, SP: Unicamp, 2001.

DAIN, S.; MATIJASCIC. M. **Seguridade Social, Salário Mínimo e Finanças Públicas: As Aparências Enganam**. [Mimeo]. [S.l]; [s.n], [s.d]

DAIN, Sulamis. O financiamento público na perspectiva da política social. **Economia e Sociedade**, Campinas, (17): 113-140, dez. 2001

_____. A diversificação da base de financiamento do RGPS no contexto da reforma tributária e do ajuste fiscal: velhas ideias e novos caminhos. In: **Base de Financiamento da Previdência Social: Alternativas e Perspectivas**. Brasília: MPS (Série Estudos; v.19).

DAIN, Sulamis. (2007). Financiamento em Saúde. Apresentação em Power point – Aula IMS/UERJ.

DRUCK, M. Globalização e Reestruturação Produtiva: o Fordismo e/ou Japonismo. **Revista de Economia Política**, Rio de Janeiro, v. 19, n.2 (74), abr./jun. 1999.

DRUCKER, Peter. **Além da Revolução da Informação**. HSM. 2000. (local da editora)

DRUCKER, Peter. The coming of the new organization. Harvard Business Review. Boston, n. 68 (6); pp. 45-53, jan-fev, 1988. In: WOOD, S. **Fordismo, Toyotismo e Volvismo: os caminhos da indústria em busca do tempo perdido**. Revista de Administração de Empresas, FGV/SP, vol. 32, nº 4, set./out. 1992.

ERBER, F. The evolution of development conventions, www.ie.ufrj.br, XII International Schumpeter Society Conference. 2008.

ESCOREL, Sarah.; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. P. 333-384.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. (1995) O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. **Lua Nova**, Rio de Janeiro, n.35,1995.

ESTRELLA, Kylza Aquino. **Análise de custo de um programa de prevenção de internação para idosos no ambiente da saúde suplementar**. Rio de Janeiro: UFRJ/Instituto de Medicina Social, 2008.

FARAH JÚNIOR, Moisés Francisco. A Terceira Revolução Industrial e o Novo Paradigma Produtivo: Algumas Considerações sobre o Desenvolvimento Industrial Brasileiro nos Anos 90. **Rev. FAE**, Curitiba, v.3, n.2, p.45-61, maio/ago. 2000.

FARIA, Tatiana Vargas. **Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil** - vinte anos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: [s.d], 2007.

FARO, Clóvis de; SILVA, Salomão L. Quadros da. A década de 1950 e o programa de metas. In: GOMES, Ângela de Castro (org.). **O Brasil de JK**. 2. ed., Rio de Janeiro: FGV, 2002.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. (1990) A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Revista DADOS**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 257-283.

FERRAZ, et al. **Made in Brazil**: desafios competitivos para a indústria brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

FIORI, J. (1994). Globalização econômica e descentralização política: um primeiro balanço. **Ensaio FEE** 15:2.

FIORI, J. **Estado do Bem-Estar Social**: Padrões e Crises. Estudos Avançados. 1997. Disponível em: <www.iea.usp.br/artigos> Acesso em:

FIORI, J. et al. **O Poder Americano**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

FIORI, J., KONIS, G. Além da queda: economia e política numa década enviesada. In: GUIMARÃES, R. e TAVARES, R. **Saúde e sociedade no Brasil dos anos 80**.

FONSECA, Artur Lourenço. **Portabilidade em planos de saúde no Brasil**. [tese de mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2004.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FUKUYAMA, Francis. **O fim da história e o último homem**. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

GALEANO, Eduardo. **As veias abertas da América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 1978.

GERSCHMAN, S. O setor filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. **Revista de Administração Pública**, v.37. n. 2, 2003.

GERSCHENKRON, Alexander (1973). **Atraso Econômico e Industrialización**. Barcelona: Ariel, 1968.

GIDDENS, Anthony. **O Estado-Nação e a Violência**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

GOULART FAA. Esculpindo o SUS a golpes de portaria. - considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2001.

GOVERNO FEDERAL. **Programa de Aceleração do Crescimento 2007-2010**. Brasília: Governo Federal, 2007.

GRAMSCI, Antônio. Americanismo e Fordismo. In: **Maquiavel, a política e o Estado moderno**. Rio de Janeiro.

GREMAUD, A.P. et al. **Economia Brasileira Contemporânea**. São Paulo: Atlas, 2007.

GUIMARÃES, A.L.S; LEAL, R.M (2008). Seleção adversa no mercado brasileiro de saúde suplementar após a regulação: comentários. **Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental**. Vol. 6, N 1 - Jan/Jun 2007. Disponível em:
<http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1271666> Acesso em: novembro de 2010

HIRSCHMAN. A. **Paixões e Interesses**. São Paulo: Paz e Terra, 1979.

HOBBS, Thomas. **Leviatã ou matéria, Forma e poder de um Estado eclesiástico e civil**. São Paulo: Abril Cultural, 1984. 419 p.

HOBSBAWM, E. **Era dos Extremos - O Breve Século XX - 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

HOBSBAWM, E. **Da Revolução Industrial Inglesa ao Imperialismo**. São Paulo: Forense, 1986.

IBGE. **Sistema Nacional de Pesquisa de Custos e Índices da Construção Civil – O índice: visão teórica**. Disponível em
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/sinapi/indice.shtm>> Acesso em: novembro de 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC). **Estudo sobre os reajustes anuais de planos de saúde e a atuação da ANS na regulação dessa questão**. São Paulo: IDEC, 2006.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). **Inflação, conceitos e metodologia e os limites a sua aplicabilidade nos reajustes de planos de saúde**. Série IESS 002/2006. São Paulo. Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/serie_iess_2006002.pdf>. Acesso em: 9 de setembro de 2007.

_____. **A nova dinâmica dos planos de saúde**. São Paulo, maio de 2007. Disponível em <<http://www.iess.org.br/html/SerieIESS200702caderno.pdf>>. Acesso em: 9 de setembro de 2007.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Considerações sobre a concorrência no setor de saúde suplementar**. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, dez/2007.

IPEA (2009). CARDOSO JR., José Celso (org.). **Desafios ao Desenvolvimento Brasileiro - Contribuições do Conselho de Orientação do Ipea**. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/082/08201004.jsp?ttCD_CHAVE=3015> Acesso em: setembro de 2009.

IPIRANFA, MATOS E MIRANDA (2009) **Estimate Impacts Due to The Change of Age in Individual Health Insurance**. In: European Congress of Economic Health, Helsinque, 2010.

JESSOP, Bob. (1994) Post Fordism and the State. In: **Center for Digital Discourse and Culture**, Virginia Tech, 1994.

KALECKI, M. (1977). **Crescimento e ciclo das economias capitalistas**. São Paulo: Hucitec.(falta data de publicação)

KENNEDY, Paul. **Ascensão e queda das grandes potências**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

KEYNES, John Maynard. **Teoria Geral do Emprego do Juro e do Dinheiro – Inflação e Deflação**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.(Coleção: Os Economistas).

KORNIS, G. (1984), **Repensando o PAEG** : uma revisão das análises da política económica brasileira, 1964/1966[tese de mestrado]. Campinas: Unicamp, 1984.

KORNIS, G. (1994), **A Crise do Estado de Bem-Estar**: Problemas e Perspectivas da Proteção Social. [Mimeo]. Rio de Janeiro: IEI/UFRJ, 1994.

KORNIS, GEM (1998). Entre o futuro do capitalismo e o capitalismo do futuro - a long and winding road. **São Paulo em Perspectiva**, 1998. Disponível em: <http://www.bibliotecacidade.sp.gov.br/produtos/spp/v12n02/v12n02_09.pdf> Acesso em: novembro de 2010.

KOTLER, Philip. **Marketing para o século XXI**. São Paulo: Futura, 1999.

KRUGMAN, P. **Internacionalismo Pop**. Rio de Janeiro: Campus. 1997.

LEAL, Rodrigo Mendes; MATOS, João Boaventura Branco . Planos de saúde de assistência médica no Brasil: uma avaliação da regulação econômica dos produtos. **Revista Publica**, v. VI, p. 79-104, Jan/Jun, 2007b. Disponível em: <<http://www.anesp.org.br/?q=node/1522>> Acesso em 28 de abril 2008.

_____. Planos de saúde no Brasil no período pós-regulação: uma análise do perfil de beneficiários e dos aspectos econômicos segundo tipo de contratação. II Prêmio de Saúde Coletiva do IESC/UFRJ. Disponível em: <www.iesc.ufrj.br/cursos/semanadesaudecoletiva/result_Premio.html>

_____. Health costs evolution: an application in brazilian private sector of the model with price component and with quantity component. In: **Jornadas de Economía de Salud**, 28. Gaceta Sanitária, vol. 22, supl. 2, maio de 2008. Disponível em: <tinyurl.com/4suv6l>. Acesso em: julho de 2009

_____. Plano de saúde médicos: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes. **Revista de Administração de Empresas (RAE)** Rio de Janeiro, , nº4, vol. 49, out-dez de 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v49n4/v49n4a08.pdf>> Acesso em: julho de 2010.

LEVCOVITZ, E. et al. **Política de saúde nos anos 90**: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas.(local, editora e data de publicação)

LEVCOVITZ E, Noronha J.C. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R, Tavares RAW, (Org). **Saúde e sociedade no Brasil**: anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.

LODGE, Martin. Accountability and transparency in regulation: critiques, doctrines and instruments. In: JORDANA, Jacint; LEVI-FAUR, David. **The politics of regulation: institutions and regulatory reforms for the age of governance**. Northampton, MA: Edward Elgar, 2004.

LESSA, Carlos. Visão Crítica do II Plano Nacional de Desenvolvimento. **Revista Tibiriça**, São Paulo, ano II, nº 6, 1977.

MACERA, Andréa Pereira; SAINTIVE, Marcelo Barbosa. **O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil**. SEAE/MF [Documento de Trabalho n. 31], 2004. (Falta local e editora se houver)

MACKEENA, R. **Acesso Total**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

MAIA, Ana Carolina; et.al. Estudo sobre a regulação do setor brasileiro de planos de saúde. In MALTA D.C, et al. (Org.). **Dois faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

MAJONE, G. From the positive to the regulatory state: causes consequences of changes in the mode of governance. **Journal of Public Policy**, v. 17, part 2, may-aug. 1997.

_____. **Regulating Europe**. London: Routledge, 1996.

MALTA, D. C et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar frente aos modelos assistenciais praticados. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, p.433-44, 2004.

_____. **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005.

MAQUIAVEL, Nicolau. **O Príncipe**. 2. Ed. São Paulo: Martin Claret, 2007.

MARQUES, Rosa , MENDES, Áquilas. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 14, n. 1 (24), p. 159-175, jan./jun. 2005.

MARX, K., **O Capital**: Crítica da Economia Política. São Paulo: Nova Fronteira, 1983. v.3

MATOS E LEAL As grandes transformações políticas, produtivas e econômicas: para uma discussão do papel do Estado contemporâneo, trabalho em fase de análise para publicação na Revista: Economia e Sociedade/Unicamp (de Economia Política).

MATOS, J.B.B. Mudança de paradigma. **Revista da ESPM**, v. 16, ano 15, Mai/Jun/2009.

MATOS, J.B.B. As grandes transformações políticas, produtivas e econômicas: para uma discussão do papel do Estado contemporâneo, Revista: Economia e Sociedade/Unicamp e selecionado no Congresso de 2009 da Asociación de Economía para el Desarrollo de la Argentina (AEDA).

MATOS, LEAL E KORNIS A terceira onda da regulação dos planos de saúde no Brasil. Trabalho classificado para publicação na ABRASCO 2009.

MATOS, LEAL e KORNIS Public private mix of funding and health insurance regulation. Is it an indifference curve in Brazil? Trabalho apresentado na ECHE 2010.

MATOS, J.B.B. Guerra cambial: deja vu de outras crises? Jornal do Commercio, Rio de Janeiro, nov/2010.

MATOS, ROCHA e KORNIS. Uma Década de Regulação de Planos de Saúde no Brasil. Trabalho apresentado na ABRES 2010.

MATTOS, R. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 6(2): 377-390, 2001.

MAYNARD A. Common challenges in healthcare markets. In: Maynard A (Ed.). *The public-private mix for Health*. Oxon, United Kingdom: The Nuffield Trust, Radcliffe publishing Ltd, 2005, p. 279-292.

MELLO, João Manuel Cardoso de. *O capitalismo tardio*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

- MENDES, Áquilas e MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. 14, Núm. 3, junho, 2009, pp. 841-850. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Brasil.
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. et al; O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; Hucitec, São Paulo, 2003.
- MERHY, E. e JÚNIOR, HM. Regulação pública da assistência na saúde suplementar a quem interessa? *Jornal do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais* 2001; dez.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Mais Saúde – Direito de Todos 2008-2011. 2ª edição. Brasília, MS, 2008.
- MONTONE, Januário. Evolução e desafio da regulação do setor de saúde suplementar. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Documentos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003: Regulação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.3, tomo I, 2004, p.9-31.
- MOORE JR., Barrington **As Origens Sociais da Ditadura e da Democracia**. Rio de Janeiro: Martins Fontes. 1983.
- MORAES, G. Telecomunicações e o Poder Global dos EUA In: FIORI, J. L. (Org.). **O poder americano**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2004.
- MORISSON, I. **A Segunda Curva**. HSM. 2000.
- MORSE, R. **O Espelho do Próximo**. Rio de Janeiro: Cia das Letras, 1988
- MOURA FILHO, João Bosco. O paradigma japonês de organização industrial: outras perspectivas. **Revista Multiface**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 7-14, julho-dezembro 2007.
- MOURA, P. **O Benefício das Crises** Rio de Janeiro: Mauad, 1995.
- MUELLER, B. Instituições e salvaguardas no sistema regulatório brasileiro In RAMALHO, P.I.S et al. (Org). **Regulação e Agências Reguladoras – Governança e análise do impactos regulatórios**. Brasília: ANVISA, 2009.
- NONNENBERG, Marcelo Braga; et al. **O crescimento econômico e a competitividade chinesa**. [Texto para discussão nº 1333] Brasília: IPEA,
- NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R.; VIACAVA, F. As condições de saúde dos brasileiros: duas décadas de mudanças (1980-2000). In: LIMA, N. T.; et al. (Org.) **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. p.153-192.
- NORONHA, J. C.; SANTOS I. S. e PEREIRA, T.R. **Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal** [Mímeo], 2010.

- NONNENBERG, M. et al. **O crescimento econômico e a competitividade chinesa**. [Texto para Discussão, n. 1333]. Brasília: IPEA, 2009
- OCKÉ-REIS, C.O. Os Desafios da ANS frente à Concentração dos Planos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 12, p. 1041-1050, 2007.
- OCKÉ-REIS C.O, ANDREAZZI, M.F.S.; SILVEIRA,F.G. **O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado?** [Texto para Discussão n. 1094]. Brasília: IPEA, 2005.
- OCKÉ-REIS,C. O; CARDOSO, **Simone de Souza. Uma descrição do comportamento dos preços dos planos de assistência à saúde, 2001-2005**. [Texto para Discursão n. 1.232]. Brasília: IPEA, 2006.
- OECD. OECD Health Data 2009. Statistics and Indicators for 30 Countries.
- OHMAE, Kenichi, **The End of the Nation State: The Rise of Regional Economies** New York: The Free Press, 1995.
- OLIVEIRA, Jaime A.; TEIXEIRA, Sônia M. F. **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes,1985. 360 p.
- POLANYI, Karl (1986). **A grande transformação: as origens da nossa época**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- POLIGNANO, Marcus Vinícius. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão**. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. (Cadernos do Internato Rural)
- PORTER, M.E. **Estratégia competitiva: técnicas para análise e da concorrência**. 17 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1999.
- QIAN, Y (2003). How reform worked in China.. In: Rodrik, Dani (ed.), In **Search of prosperity: analytic narratives on economic growth**. Princeton University Press, 2003. Cap. 11.
- RAMALHO, P.I.S et al. (Org.) **Regulação e Agências Reguladoras – Governança e análise do impacto regulatório**. Brasília: ANVISA, 2009.
- RAMALHO, V. Simonsen: pioneiro da visão inercial de inflação. **Rev. Bras. Econ**, Rio de Janeiro vol.57 no.1 Jan./Mar. 2003.
- RAMONET, I. **Geopolítica do Caos**. Rio de Janeiro:Vozes. 2001. (Revista Consumidor) - maio de 2000.
- REVISTA GESTÃO PÚBLICA – Ano XIX, nº 34, outubro de 2010.
- REVISTA VEJA - Fevereiro de 1999.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Do Contrato Social. Tradução de Ricardo Rodrigues da Gama.** São Paulo: Russel, 2006.

SADER E, GENTILI. P (Org). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático.** São Paulo: Paz e Terra, 1995.

SAINTIVE, M. B.; CHACUR, R. S. **A regulação tarifária e o comportamento dos preços administrados.** [Documento de trabalho n.33]. Brasília: Seae/MF, 2006.

DIAS FILHO, Pedro Paulo Salles. Encarando um mundo instável e incerto: experiências regulatórias face aos riscos relativos aos seguros-saúde. [Dissertação Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2010.

SANTOS, Fausto Pereira e MERHY, E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro - uma revisão. **Interface**, Botucatu, vol.10 n. 19 Jan./Jun 2006.

SANTOS, Fausto Pereira; MALTA, D.B.; MERHY, E.E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.13 no.5 Rio de Janeiro Set./Out. 2008.

SANTOS, F. P. **A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde suplementar.**[Tese Doutorado] Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas, 2006.

SANTOS, Isabela Soares. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada.** [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca., 2009.

SANTOS, Thompson (2008). **Determinação de mercados relevantes no setor de saúde suplementar.** [Documento de Trabalho n° 46]. SEAE/MF. 2009

SANT'ANNA, Annibal Parracho; SALLAI, Ana Luiza. **Alternativas de regulação do setor de saúde no Brasil. 2003.** Disponível em: <<http://64.233.169.104/search?q=>> Acesso em: outubro de 2010

SCHUMPETER, J. A. **Capitalismo, socialismo e democracia.** Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

SCHUMPETER, J. A. **A teoria do desenvolvimento econômico.** São Paulo: Abril, 1982. (Coleção "Os Economistas").

SEAE/SDE (2001). Portaria Conjunta SEAE/SDE n° 50, 01/08/2001. Publicada no Diário Oficial da União n° 158-E, de 17/08/01, Seção 1, páginas 12 a 15.

SEAE (2006). A Regulação do mercado de saúde suplementar: estímulo à eficiência do mercado. Apresentação do Seminário Internacional Regulação em Saúde: Qualificação da Saúde Suplementar. Nov/2006. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/seminario_internacional.asp> Acesso em: setembro de 2009

SERRANO, Franklin. Do ouro imóvel ao dólar flexível. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 11, n. 2 (19), p. 237-253, jul./dez. 2002.

SERRANO, F. Relações de poder e a política macroeconômica Americana, de Bretton Woods ao padrão dólar flexível. In: FIORI, J. L. (Org.). **O poder americano**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. p.179-222.

SICSÚ, João ; PORTARI, Douglas. **Ária da Conceição Ravares – Desenvolvimento e Igualdade**. Brasília: IPEA, 2010.

SILVA, Hudson Pacífico da. **Regulação econômica do mercado de saúde suplementar no Brasil**. [Dissertação de mestrado] Campinas: Instituto de Economia /Universidade Estadual de Campinas, 2003.

SILVA JUNIOR, A. et al. Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.1489-500, 2008.

SINGER, Paul. Desenvolvimento capitalista e desenvolvimento solidário. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 18, n. 51, Aug. 2004.

SIMÕES, K. D. A. **Risco moral e seleção adversa no mercado de seguros de saúde no Brasil**: evidências baseadas na PNAD 98. [Dissertação Mestrado] – Rio de Janeiro: Dep. de Engenharia Elétrica/PUC-RJ, 2003.

STEINDL, J.. **Maturidade e Estagnação no Capitalismo Americano**. São Paulo: Abril, 1983 (Os Economistas).

STIGLITZ, Joseph. **Economics of the Public Sector**. 3º ed., W.W. Norton & Company: New York, 2000.

STIGLITZ, J. A **Globalização e seus Malefícios**. São Paulo: Futura, 2002.

TAVARES, M. C. Auge e declínio do processo de substituição de importações no Brasil. In: **Da substituição de importações ao capitalismo financeiro**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

TEIXEIRA, Luciana da Silva. **Reajustes de preços administrados no setor saúde**. Estudo da Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados. Fevereiro de 2006. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/internet/publicacoes/estnottec/tema10/2005_7377.pdf > Acesso em: setembro de 2009

THURROW, Lester. **Head to Head**. EUA. 1998.

THURROW, Lester (2001). A Terceira Revolução Industrial. Entrevistado por Nely Caixeta, **Revista Exame**, São Paulo, Idéias, p. 100-108, 28 de nov. de 2001, Edição (754). Disponível em: <http://www.fortium.com.br/faculdefortium.com.br/carlos_frossard/material/3963.pdf>

TOFFLER, A. **A Terceira Onda**. Rio de Janeiro: Record. 1985.

UGÁ, Maria Alicia D.; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, Nísia Trindade, et al. (org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

VERLEUN, JULIÊTA A. G. A Teoria do Consumidor e a Teoria dos Incentivos Aplicadas a um Plano de Carreiras do Serviço Público Brasileiro: Uma Abordagem Sucinta . Trabalho apresentado no XIII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Buenos Aires, Argentina, 4 - 7 nov. 2008

WAHRLICH, Beatriz Marques de Souza. Reforma administrativa federal brasileira: passado e presente. **Revista de Administração Pública**, v. 8, 1974.

WALLERSTEIN, I. Para Abrir as Ciências Sociais. Relatório da Comissão Gulbenkian sobre a estruturação das Ciências Sociais, Mem Martins, Publicações Europa-América, 1996.

WHO – World Health Organization – Disponível em: Acesso em: 20 de dezembro de 2010.

WOOD, S. Fordismo, Toyotismo e Volvismo: os caminhos da indústria em busca do tempo perdido. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, vol. 32, nº 4, set./out. 1992.

ZENG, Ming; WILLIAMSON, Peter (2007). Dragons at your door: How chinese cost innovation is disrupting global competition. In: **Cost innovation: the Chinese dragon's secret weapon**. Harvard Business School. Cap. 2.

Anexo 1 – Normativos

Normativo	Data de Emissão	Ano	Título	Teto	Alteração Diretiva	Não Altera Diretiva	Regulamentar	Administrativa	Instauração de Processo	Flora	Taxa TUN	Organização de Mercado	Econômico-financeiro	Técnico-Assistencial	Estímulo à transparência	Fiscalização
RDC001	6 DE	2000	Aprova o Regulamento Interno de outras providências	#####		1	Reg									
RDC002	6 DE	2000	Define o Diretor responsável pelas Diretoias de	#####		1	Reg									
RDC003	20	2000	Aprova normas de fornecimento de informações para		X							Organiz				
RDC004	18	2000	Dispõe sobre a alteração de dirinac registro provisório de	A	X							Organiz				
RDC005	18	2000	Aprova normas sobre os procedimentos administrativos	A	X							Organiz				
RDC006	18	2000	Dispõe sobre a Taxa de Saúde Suplementar por registro	A		1					Taxa					
RDC007	18	2000	Dispõe sobre o plano referênciade que trataoat. 10da	A	X							Organiz				
RDC008	18	2000	Dispõe sobre o conteúdo de cada bem empregado ou	A		1		Adm								
RDC009	18	2000	Aprova o Regulamento de Licitações e Contratações da	#####		1	Reg									
RDC010	10	2000	Dispõe sobre o redimensiono da Taxa de Saúde	A		1					Taxa					
RDC011	DE9	2000	Regulamenta o §2º do art. 12 da Lei nº 9.961, de 28 de	A		1		Adm								
RDC012	29	2000	Dispõe sobre a alteração do Regulamento Interno da	#####		1	Reg									
RDC013	29	2000	Dispõe sobre a alteração do prazo de que tratao §2º do	A		1				Flora						
RDC014	30	2000	Dispõe sobre o redimensiono das multas aplicadas às	A	X											Fiscaliz
RDC015	30	2000	Dispõe sobre a concessão de férias aos ocupantes de	A		1		Adm								
RDC016	31	2000	Define os Diretores responsáveis pela Diretoia de Normas	#####		1	Reg									
RDC017	30	2000	Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de	Dispõe		1					Taxa					
RDC018	30	2000	Regulamenta o ressarcimento ao SUS previsto no art. 32	A	X							Organiz				
RDC019	6 DE	2000	Resolução Administrativa	A		1		Adm								
RDC020	28	2000	Altera o disposto no caput do Art. 6º da Resolução RDC nº	A		1		Adm								
RDC021	12	2000	Dispõe sobre a definição do Rf de Processamentos	A	X									Técnico		
RDC022	30	2000	Objetivo do plano para o departamento econômico	A	X								Econômico			
RDC023	6 DE	2000	Altera a Resolução RDC nº 10, de 3 de março de 2000,	A		1		Adm								
RDC024	13	2000	Dispõe sobre a aplicação de penalidades às operadoras	A	X											Fiscaliz
RDC025	15	2000	Dispõe sobre as operações voluntárias de alteração de	A	X								Econômico			
RDC026	20	2000	Dispõe sobre o prazo de que tratao §2º do art. 1º da Lei	A		1				Flora						
RDC027	26	2000	Estabelece os procedimentos para a solicitação de Revisão	A	X								Econômico			
RDC028	26	2000	Altera a RDC nº 4, de 18 de fevereiro de 2000, e institui a	A	X							Organiz				
RDC029	26	2000	Estabelece normas para o registro de contraprestações	A	X								Econômico			
RDC030	19	2000	Altera o Regulamento Interno da Agência Nacional de Saúde	A		1	Reg									
RDC031	11	2000	Altera o Anexo I e II da RDC nº 30, de 19 de julho de	A		1	Reg									
RDC032	15	2000	Dispõe sobre a renúnciação de pessoal em regime de	A		1		Adm								
RDC033		2000				1		Adm								
RDC034		2000				1		Adm								
RDC035	19	2000	Dispõe sobre o prazo de que tratao §2º do art. 1º da Lei	A		1				Flora						
RDC036	23	2000	Resolução Administrativa	A		1		Adm								
RDC037	24	2000	Resolução Administrativa	#####		1		Adm								
RDC038	27	2000	Instituto Paro de Contas Padrão aplicável às Operadoras	A	X								Econômico			
RDC039	27	2000	Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação	A	X							Organiz				
RDC040	12	2000	Dispõe sobre os Regimes de Direção Fiscal e de Direção	A	X							Organiz				

Normativo	Data de Emissão	Ano de Emissão	Título	Texto	Alteração Direcional	Não/Alteração Direcional	Regimental	Achivística	Instauração de Processo	Prorrogação de Prazo	Taxas e Taxas	Organização de Mercado	Economia Financeira	Técnicas Assistenciais	Estímulo à Transparência	Fiscalização e Sanção
RDC041	14	2000	Alteração do Regulamento Médico instituído pela	A	X									Técnico		
RDC042	14	2000	Estabelecer normas para a atuação de usuários de	A	X									Técnico		
RDC043	18	2000	Alteração do art. 4º da Resolução da Diretoria	A	X								Econômico			
RDC044	21	2000	Dispõe sobre a instauração dos Regimes de Direção	A		1			Insta							
RDC045	21	2000	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal	A		1			Insta							
RDC046	28	2000	Alteração das Resoluções da Diretoria Colegiada nº 28 e 29	A	X								Econômico			
RDC047	3	2001	Dispõe sobre a liquidação extrajudicial das empresas de	A	X								Econômico			
RDC048	3	2001	Dispõe sobre a decretação do Regime de Liquidação	A		1			Insta							
RDC049	04	2001	Dispõe sobre a insolvência de devedores de	A		1			Insta							
RDC050	11	2001	Resolução Administrativa	A		1		Achi								
RDC051	19	2001	Dispõe sobre a nomeação do novo Liquidante da Ades-	A		1		Achi								
RDC052	31	2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal	A		1			Insta							
RDC053	31	2001	Dispõe sobre a insolvência de devedores de	A		1			Insta							
RDC054	13	2001	Dispõe sobre a educação de funcionários de	A		1			Insta							
RDC055	13	2001	Dá nova redação ao inciso III do art. 3º da Resolução de	#####	X											Fiscaliz
RDC056	13	2001	Dispõe sobre a nomeação do novo Diretor-Fiscal da	A		1		Achi								
RDC057	19	2001	Dispõe sobre o termo de compromisso de ajuste de	AA	X											Fiscaliz
RDC058	19	2001	Transforma cargos comissionados de Diretor de Área de	#####		1		Achi								
RDC059	20	2001	Atende a alteração do inciso I do art. 51 da Resolução de	Atese		1		Achi								
RDC060	12	2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal e	A		1			Insta							
RDC061	12	2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal	A		1			Insta							
RDC062	20	2001	Estabelece as normas para o atendimento ao SUS	A	X							Organiz				
RDC063	5 DE	2001	Dispõe sobre a instauração do regime de Direção Fiscal	A		1			Insta							
RDC064	10	2001	Dispõe sobre a designação de técnico responsável pelo	A	X								Técnico			
RDC065	16	2001	Dispõe sobre as sociedades seguradoras especializadas	A	X							Organiz				
RDC066	08	2001	Estabelece normas para o ajuste das contraprestações	A	X							Econômico				
RDC067	7 DE	2001	Atualiza o Regulamento Médico instituído pela	Diretri	X								Técnico			
RDC068	7 DE	2001	Estabelece normas para a atuação de usuários de	A	X								Técnico			
RDC069	16	2001	Dispõe sobre a decretação do Regime de Liquidação	A		1			Insta							
RDC070	31	2001	Alteração do Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde	A		1		Reg								
RDC071	31	2001	Define os Diretores responsáveis pelas Diretorias de	#####		1		Reg								
RDC072	05	2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal	A		1			Insta							
RDC073	12	2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal	A		1			Insta							
RDC074	12	2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal	A		1			Insta							
RDC075	12	2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal	A		1			Insta							
RDC076	27	2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal	#####		1			Insta							
RDC077	17	2001	Dispõe sobre os critérios de constituição de garantias	A	X								Econômico			
RDC078	20	2001	Prorroga o prazo estabelecido no At. 4º da Resolução	#####		1			Pror							
RDC079	27	2001	Institui normas para o exercício do cargo de administrador	A	X							Organiz				
RDC080	9 DE	2001	Dispõe sobre a decretação do Regime de Liquidação	A		1			Insta							

Nomativo	Data de Emissão	Ano de Emissão	Título	Teto	Alteração Direcional	Não Alteração Direcional	Regimental	Administrativa	Instauração	Força	Tabela	Organização	Econômico	Técnico	Estímulo	Fiscalização
RDC081	10	2001	Classificação de procedimentos médicos constantes do RDI	A	X									Técnico		
RDC082	16	2001	Estabelece regras para a alienação compulsória de	A	X								Econômico			
RDC083	16	2001	Dispõe sobre a transferência de controle de atividade	A	X								Econômico			
RDC084	20	2001	Dispõe sobre a determinação da alienação de cateter de	A	X								Econômico			
RDC085	21	2001	Institui o Sistema de Informações de Produtos - SIP para	A	X									Técnico		
RDC086	27	2001	Dispõe sobre a criação do Regime de Liquidação	A		1			Insta							
RDC087	27	2001	Dispõe sobre a instauração do regime de Direção Fiscal	A		1			Insta							
RDC088	30	2001	Dispõe sobre as diretrizes básicas, os objetivos e os	A		1		Adm								
RDC089	30	2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal	A		1			Insta							
RDC090	30	2001	Dispõe sobre a instauração do regime de Direção Fiscal	A		1			Insta							
RDC091	30	2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal	A		1			Insta							
RDC092	30	2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal	A		1			Insta							
RDC093	30	2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal	A		1			Insta							
RDC094	16	2002	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal	A		1			Insta							
RDC095	30	2002	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde	A		1	Reg									
RN001	07	2002	Dispõe sobre o pagamento de Taxa de Saúde	A		1					Taxa					
RN002	21	2002	Aprova o disposto na Resolução da Diretoria Colegiada	A	X									Técnico		
RN003	18	2002	Dispõe sobre a criação do Plano de Contas Padrão ANS	A	X								Econômico			
RN004	19	2002	Dispõe sobre o parcelamento de débitos tributários e não	A	X								Econômico			
RN005	19	2002	Dispõe sobre os processos de ressarcimento ao SUS	A	X							Organiz				
RN006	25	2002	Dispõe sobre o envio de dados operacionais pelas	A	X								Econômico			
RN007	15	2002	Dispõe sobre a Arrecadação de Receitas da Agência	A		1					Taxa					
RN008	24	2002	Estabelece critérios para o ajuste das contraprestações	A	X								Econômico			
RN009	26	2002	Avaliação RDI de Procedimentos Clínicos Instituídos	A	X									Técnico		
RN010	04	2002	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde	A		1	Reg									
RN011	22	2002	Institui normas para o exercício do cargo de administrador	A	X							Organiz				
RN012	06	2002	Altera a Tabela Única Nacional de Equipamentos de	A		1					Taxa					
RN013	26	2002	Revoga Resolução - RNN nº 12, de 6 de setembro de	#####		1				For						
RN014	24	2002	Dispõe sobre a Alienação de Serviços de Saúde de	A	X								Econômico			
RN015	30	2002	Dispõe sobre a atualização do elenco de procedimentos e	#####		1					Taxa					
RN016	5	2002	Estabelece normas relativas ao atendimento de	A	X							Organiz				
RN017	11	2002	Aprova as normas para o fornecimento de informações	A	X							Organiz				
RN018	19	2002	Altera a Portaria de Resolução Normativa - RNN nº 4, de 19	#####		1				For						
RN019	11	2002	Dispõe sobre a Revisão Técnica dos Planos Privados de	A	X								Econômico			
RN020	12	2002	Dispõe sobre as condições gerais para a elaboração de	A	X								Técnico			
RN021	12	2002	Dispõe sobre a prestação de informações relativas à	A	X											Fiscaliz
RN022	20	2002	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde	A		1	Reg									
RN023	27	2002	Dispõe sobre a atualização do elenco de procedimentos e	#####		1					Taxa					
RN024	15	2003	Aprova a Portaria de Resolução - RDC nº 24, de 13 de	A	X											Fiscaliz
RN025	28	2003	Dispõe sobre a prestação de serviços de emergência	A	X							Organiz				

Normativo	Data de Emissão	Ano de Emissão	Título	Teto	Alteração Direta	Não Alteração Direta	Regulamentação	Administrativa	Instauração de Processo	Flora	Taxas	Organização de Mercado	Econômico-financeiro	Técnico-Administrativo	Estímulo à Transparência	Fiscalização e Sanção
RN066	4DE	2004	Alteração Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde	A		1	Reg									
RN067	4DE	2004	Dispõe sobre a classificação dos serviços de saúde	A	X								Econômico			
RN068	13	2004	Alteração do Anexo da Resolução Normativa - RN nº 33 de	A		1	Reg									
RN069	19	2004	Revisão do art. 1º da RN nº 26 de 3 de abril de	#####	X								Econômico			
RN070	19	2004	Alteração art. 19 dos Classificadores de Atividades da Resolução	A	X							Organiz				
RN071	17	2004	Estabelece requisitos dos instrumentos jurídicos	A	X							Organiz				
RN072	24	2004	Dispõe sobre a instituição do Programa de Transmissão	A	X							Organiz				
RN073	7DE	2004	Alteração do Anexo da Resolução Normativa - RN nº 68 de	A		1	Reg									
RN074	07	2004	Estabelece critérios para reajuste das contraprestações	A	X								Econômico			
RN075	10	2004	Dispõe sobre a prestação técnica para a renovação de emissão	A	X								Econômico			
RN076	28	2004	Define o Diretor responsável pela Diretoria de Normas e	#####		1	Reg									
RN077	28	2004	Define o Diretor responsável pela Diretoria de Gestão	#####		1	Reg									
RN078	25	2004	Alteração arts 5º e 19 da Resolução Normativa - RN nº 64,	A	X							Organiz				
RN079	31	2004	Alteração artigos 2º e 3º da Resolução - RN nº 71, de 17	A	X							Organiz				
RN080	01	2004	Alteração para a manifestação dos consumidores	A	X							Organiz				
RN081	2DE	2004	Alteração Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde	A		1	Reg									
RN082	29	2004	Estabelece o Rô de Procedimentos que constitui a	A	X									Técnico		
RN083	22	2004	Claro Comitê Editorial da Agência Nacional de Saúde	A		1		Adm								
RN084	05	2004	Dispõe sobre a utilização do boleto de pagamento e	A		1					Taxa					
RN085	7DE	2004	Dispõe sobre a concessão de Autorização de	A	X							Organiz				
RN086	15	2004	Estabelece normas para o envio de informações	A	X									Técnico		
RN087	16	2004	Alteração Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde	A		1	Reg									
RN088	04	2005	Autorização de Informações de Beneficiários - SB	A	X							Organiz				
RN089	15	2005	Dispõe sobre a arrecadação de Receitas da Agência	A		1					Taxa					
RN090	23	2005	Alteração Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde	A		1	Reg									
RN091	04	2005	Alteração artigos 2º e 3º da Resolução - RN nº 71, de 17 de	A	X							Organiz				
RN092	16	2005	Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de	A		1					Taxa					
RN093	18	2005	Alteração art. 1º da Resolução - RDC nº 62, de 20 de	A	X							Organiz				
RN094	23	2005	Dispõe sobre os critérios para o refinanciamento da dívida	A	X								Econômico			
RN095	23	2005	Alteração art. 6º e Anexos da	A		1				Flora						
RN096	29	2005	Alteração dispositivos da Resolução Normativa - RN nº 86 de	A	X									Técnico		
RN097	7	2005	Alteração artigos 12, 16 e 18 e Anexos I e V da	A		1				Flora						
RN098	14	2005	Revisão da Resolução - RN nº 97, de 7 de abril de 2005	#####		1				Flora						
RN099	27	2005	Estabelece critérios para reajuste das contraprestações	A	X								Econômico			
RN100	3DE	2005	Alteração RN nº 85, de 7 de dezembro de 2005 e outras	A	X							Organiz				
RN101	3DE	2005	Alteração dispositivos da Resolução - RN nº 89, de 15 de	A		1				Flora						
RN102	15	2005	Alteração Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde	A		1	Reg									
RN103	17	2005	Dispõe sobre o lançamento da Taxa de Saúde	A		1					Taxa					
RN104	20	2005	Alteração para a prestação de serviços de documentação	A		1				Flora						
RN105	30	2005	Decreto de alteração do art. 4º da Resolução Normativa -	#####	X								Econômico			

Nomativo	Data de Emissão	Ano de Emissão	Título	Teto	Alteração Direta	Não Alteração Direta	Regimental	Administrativa	Instauração	Portaria	Tabela UN	Organização	Econômico	Técnico	Estímulo	Fiscalização
RN106	1 DE	2005	Alteração Normativa - RNº 99 de 27 de maio	A	X								Econômico			
RN107	22	2005	Alteração artigo 6º da Resolução - RNº 56 de 3 de	A		1				Portaria						
RN108	9 DE	2005	Alteração capítulo 3º da Resolução - RNº 71, de 17	A		1				Portaria						
RN109	24	2005	Dispõe sobre a remuneração de profissionais designados	A		1		Administrativa								
RN110	08	2005	Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de	A		1					Tabela					
RN111	19	2005	Instituto Comitê Permanente de Gestão do Controle	A		1		Administrativa								
RN112	28	2005	Dispõe sobre a alienação de carteiras de operadoras de	A	X								Econômico			
RN113	13	2005	Instituto de utilização da Comunicação de Interação	#####	X									Técnico		
RN114	26	2005	Estabelece padrão obrigatório para troca de informações	A	X							Organização				
RN115	3 DE	2005	Aprova o Regulamento Interno da Câmara de Saúde	A		1		Regimental								
RN116	10	2005	Alteração Regulamento Interno da Agência Nacional de Saúde	A		1		Regimental								
RN117	30	2005	Dispõe sobre a identificação de clientes, manutenção de		X											Fiscalização
RN118	7 DE	2005	Estabelece critérios para aplicação de reajustes de	A	X								Econômico			
RN119	7 DE	2005	Dispõe sobre o monitoramento de	A	X								Econômico			
RN120	8 DE	2005	Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de	A		1					Tabela					
RN121	14	2005	Alteração Regulamento Interno da Agência Nacional de Saúde	A		1		Regimental								
RN122	15	2005	Atualiza o artigo 2º da Resolução	A	X								Econômico			
RN123	23	2006	Dispõe sobre a dispensa de constituição de exigência	A		1					Tabela					
RN124	30	2006	Dispõe sobre a aplicação de	Dispõe	X											Fiscalização
RN125	5 DE	2006	Alteração dispositivos do art. 1º da RNº 81, de 2 de	A		1		Regimental								
RN126	11	2006	Dispõe sobre os critérios para a aplicação de	A	X								Econômico			
RN127	11	2006	Alteração capítulo 1º, parágrafo 1º e 2º	A	X							Organização				
RN128	18	2006	Estabelece critérios para aplicação de	A	X								Econômico			
RN129	18	2006	Estabelece critérios para aplicação de	A	X								Econômico			
RN130	24	2006	Alteração Regulamento Interno da Agência	A		1		Regimental								
RN131	6 DE	2006	Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de	A		1					Tabela					
RN132	14	2006	Alteração Regulamento Interno da Agência	A		1		Regimental								
RN133	3 DE	2006	Alteração Regulamento Interno da Agência	A		1		Regimental								
RN134	13	2006	Alteração Regulamento Interno da Agência	A		1		Regimental								
RN135	28	2006	Alteração capítulo 1º, o § 1º e 2º	A	X							Organização				
RN136	31	2006	Dispõe sobre a prestação de	A	✓								Econômico			
RN137	14	2006	Dispõe sobre as entidades de autogestão	A	X							Organização				
RN138	21	2006	Alteração artigo 3º da Resolução Normativa -	A	X							Organização				
RN139	24	2006	Instituto de Regulação de Qualidade da Saúde	A	X										Transparência	
RN140	21	2006	Alteração Regulamento Interno da	A		1		Regimental								
RN141	21	2006	Alteração artigos 1º, II, II-A, III e IV da	A	X									Técnico		
RN142	21	2006	Alteração artigos 8º, 11, 2º e 28 da RNº 43, de 19 de	A	X											Fiscalização
RN143	2 DE	2007	Dispõe sobre os critérios de avaliação de	A	✓								Econômico			
RN144	2 DE	2007	Alteração artigos 13 e 16 do item 11 do	A	X							Organização				
RN145	15	2007	Alteração Resolução Normativa - RNº 112,	A	✓								Econômico			

Normativo	Data de Emissão	Ano de Emissão	Título	Teto	Alteração Direcional	Não Alteração Direcional	Regimental	Administrativa	Instauração de Processo	Flora	Taxas	Organização de Mercado	Econômico-financeiro	Técnico-Administrativo	Estímulo à transparência	Fiscalização e Sanção
RN146	07	2007	Alteração Regimental Interocb Agência	A		1	Regj									
RN147	14	2007	Alteração Redução Normativa - RNº 136 de 09 de	A	✓								Econômico			
RN148	30	2007	Alteração Redução Normativa - RNº 124 de 30 de	A	✗							Organiz				
RN149	08	2007	Alteração Regimental Interocb Agência	A		1	Regj									
RN150	08	2007	Alteração Regimental Interocb Agência	O		1	Regj									
RN151	16	2007	Alteração Redução Normativa - RNº	A	✗											Fiscaliz
RN152	18	2007	Alteração Redução Normativa - RNº e	A	✗									Técnico		
RN153	28	2007	Estabelecimento de critério para a troca	A	✗							Organiz				
RN154	05	2007	Auditoria de Processos em Cabidlogos instituída pela Resolução CONSUR nº 10 de 3 de novembro de 1998	A	✗									Técnico assisten		
RN155	05	2007	Alteração cat. 2 da Redução Normativa -	#####	✓											Fiscaliz
RN156	08	2007	Estabelecimento de critérios para aplicação de reajustes	A	✓									Econômico		
RN157	08	2007	Alteração RNº 129 de 18 de maio de 2006	A	✓									Econômico		
RN158	29	2007	Alteração Regimental Interocb Agência	A		1	Regj									
RN159	30	2007	Dispõe sobre a criação, registro, vinculação	A	✓									Econômico		
RN160	30	2007	Dispõe sobre os critérios de renutrição de	A	✓									Econômico		
RN161	20	2007	Alteração cat. 12 da RNº 124 de 30 de	A	✗											Fiscaliz
RN162	17	2007	Estabelecimento de critério de Cadastro de Oligotaxação	A	✓									Técnico		
RN163	19	2007	Alteração Regimental Interocb Agência	A		1	Regj									
RN164	07	2007	Alteração Regimental Interocb Agência	A		1	Regj									
RN165	12	2007	Dispõe sobre o Comitê Permanente de	A		1		Adm								
RN166	19	2007	Alteração Regimental Interocb Agência	A		1	Regj									
RN167	09	2007	Auditoria de Processos em Evidências	A	✗									Técnico		
RN168	11	2008	Alteração de dispositivos da Redução	A		1				Flora						
RN169	30	2008	Alteração Regimental Interocb Agência	A		1	Regj									
RN170	10	2008	Alteração Regimental Interocb Agência	A		1	Regj									
RN171	29	2008	Estabelecimento de critérios para aplicação de	A	✓									Econômico		
RN172	08	2008	Dispõe sobre os critérios para aplicação de	A	✓									Econômico		
RN173	10	2008	Dispõe sobre a emissão de XML (Externo)	O	✓									Econômico		
RN174	19	2008	Alteração de dispositivos da Redução	A		1				Flora						
RN175	22	2008	Aprova o item 2 do Anexo I do item 8	A	✗							Organiz				
RN176	24	2008	Alteração Regimental Interocb Agência	A		1	Regj									
RN177	30	2008	Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência	A		1					Taxa					
RN178	10	2008	Dispõe sobre a Terceira Fase do Pijonade	A	✗											Transpa
RN179	04	2008	Alteração de dispositivos da Redução	A		1				Flora						
RN180	18	2008	Alteração Regimental Interocb Agência Nacional	A		1	Regj									
RN181	18	2008	Alteração Regimental Interocb	A		1	Regj									
RN182	19	2008	Alteração Redução Normativa - RNº 178 de 10	A	✗											Transpa
RN183	19	2008	Alteração Redução de Diretoria	A	✗							Organiz				
RN184	19	2008	Dispõe sobre a emissão de Planos de Cortes	A	✓								Econômico			
RN185	30	2008	Institui o procedimento de recurso administrativo	A	✓							Organiz				

Anexo 2 – Consultas Públicas

Consulta Pública	Período	data	ano	Organização do meccab eda interface entre os atores	Econômico financeiro	Técnico Assistencial	Estímulo a transparência e competição	Fiscalização e Sanções
01- Procedimentos de alta complexidade para fins de Doença	26/09/2003 a 26/09/2003	26/09/2003	2003			Técnico		
02- Critérios financeiros de operação e garantias financeiras	26/09/2003 a 26/09/2003	26/09/2003	2003		Econômico			
04- Alienação compulsória de carteiras de planos de saúde	26/09/2003 a 26/09/2003	26/09/2003	2003		Econômico			
05- Informações sobre assistência prestadas aos beneficiários	26/09/2003 a 26/09/2003	26/09/2003	2003			Técnico		
06- Regulamentação do Plano Especial de Ação a Contrato	26/09/2003 a 26/09/2003	26/09/2003	2003	Organização				
07- Fornecimento de informações para o cadastro de	26/09/2003 a 26/09/2003	26/09/2003	2003	Organização				
08- Entendimento da ANS sobre administração, disponibilização	26/09/2003 a 26/09/2003	26/09/2003	2003	Organização				
09- Contratualização de entidades hospitalares pelas Operadoras	12/04/2003 a 25/05/2003	12/04/2003	2003	Organização				
10- Diversificação dos ativos das Operadoras para a avaliação	12/05/2003 a 25/06/2003	12/05/2003	2003		Econômico			
11- Proteção de exigência de caução	25/09/2003 a 25/09/2003	25/09/2003	2003		Econômico			
12- Requisitos para celebração de instrumentos jurídicos entre	25/09/2003 a 10/10/2003	25/09/2003	2003			Técnico		
13- Produto exclusivamente odontológico em regime misto de	23/10/2003 a 11/10/2003	23/10/2003	2003			Técnico		
14- Variação de preço por faixas etárias nos planos de saúde	27/11/2003 a 12/03/2003	27/11/2003	2003		Econômico			
15- Provisão técnica para garantia de renúncia das Operadoras	12/10/2003 a 01/07/2004	12/10/2003	2003		Econômico			
16- Requisitos para celebração de instrumentos jurídicos entre	19/12/2003 a 15/01/2004	19/12/2003	2003	Organização				
17- Identificação de clientes, manutenção de registros e	02/05/2004 a 06/01/2004	02/05/2004	2004					Fiscalização
18- Critérios para cobertura comativos garantidores da provisão	10/08/2004 a 19/08/2004	10/08/2004	2004		Econômico			
19- Cobertura mínima obrigatória para os planos de saúde (PI)	20/08/2004 a 30/08/2004	20/08/2004	2004			Técnico		
20- Alteração do art. 1º da RDC nº 62	10/11/2004 a 19/12/2004	10/11/2004	2004	Organização				
21- Padrão obrigatório de troca de informações entre	14/02/2005 a 13/04/2005	14/02/2005	2005				Transparência	
22- Participação das Entidades de Defesa dos Consumidores na	07/11/2005 a 02/12/2005	07/11/2005	2005	Organização				
23- Auto-gestão	30/08/2006 a 19/09/2006	30/08/2006	2006	Organização				
24- Critérios de aplicação dos mecanismos financeiros de	31/10/2006 a 01/12/2006	31/10/2006	2006		Econômico			
25- Cobertura mínima obrigatória para os planos odontológicos	31/10/2006 a 01/12/2006	31/10/2006	2006			Técnico		
26- Método log-j para a avaliação da qualidade de atenção à saúde	28/12/2006 a 24/02/2007	28/12/2006	2006			Técnico		
27- Atualização da cobertura mínima obrigatória para os planos	15/06/2007 a 09/06/2007	15/06/2007	2007			Técnico		
28- Obrigatório de da Carta de Orientação ao Consumidor e	21/08/2007 a 10/09/2007	21/08/2007	2007			Técnico		
29- Portabilidade de carências	22/09/2008 a 17/10/2008	22/09/2008	2008				Transparência	
30- Classificação dos planos de saúde, sua contratação e	19/11/2008 a 12/12/2008	19/11/2008	2008	Organização				
31- Atualização da cobertura mínima obrigatória para os planos	28/08/2009 a 10/10/2009	28/08/2009	2009			Técnico		
32- Procedimento de mediação de conflitos entre consumidores	21/06/2010 a 10/07/2010	21/06/2010	2010				Transparência	