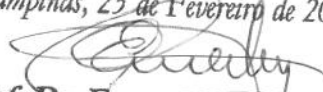


Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

Campinas, 23 de Fevereiro de 2005.


Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Orientador

CONSUELO SAMPAIO MENESES

**MERCADO DE SAÚDE NO BRASIL, QUALIFICAÇÃO
ASSISTENCIAL E TRANSIÇÃO TECNOLÓGICA:
Um desafio regulatório para o Estado**

Campinas – 2004

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

CONSUELO SAMPAIO MENESES

**MERCADO DE SAÚDE NO BRASIL, QUALIFICAÇÃO
ASSISTENCIAL E TRANSIÇÃO TECNOLÓGICA:
Um desafio regulatório para o Estado**

*Tese de Doutorado apresentada à
Pós-graduação da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para a
obtenção do título de Doutor em
Saúde Coletiva*

**Orientador:
PROF. DR. EMERSON ELIAS MERHY**

Campinas – 2004

UNIDADE Bc
Nº CHAMADA T/UNICAMP
M524m
V _____ EX _____
TOMBO REC 64809
PROC 16-P00086-05
C _____ B _____
PREÇO 11,00
DATA 20/07/05
Nº CPD _____

Bib. d 358539

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

M524m

Meneses, Consuelo Sampaio

Mercado de saúde no Brasil, qualificação assistencial e transição tecnológica: um desafio regulatório para o Estado / Consuelo Sampaio Meneses . Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Emerson Elias Merhy

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Política de saúde - Brasil. 2. Administração e planejamento em saúde. 3. Regulação estatal. 4. Saúde - Inovações tecnológicas. 5. Qualidade dos cuidados de saúde. 6. Planos de saúde. I. Emerson Elias Merhy. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

SLP

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Membros:

1. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

2. Profa. Dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker

3. Profa. Dra. Alzira de Oliveira Jorge

4. Profa. Dra. Angela Aparecida Capozzolo

5. Profa. Dra. Solange L'Abbate

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 23/02/2005

*A José,
Miguel e Jac Emmanuel
(puro néctar)
Com amor*

Agradecimentos

É com satisfação que apresento este estudo como resultado de um trabalho coletivo, podendo mesmo dizer que, mesmo visto na sua perspectiva singular, é um produto de muitas mãos, influências e presenças.

O fato de ser esta pesquisa decorrente de uma outra investigação, de caráter institucional, encomendada por uma agência estatal, a Agência Nacional de Saúde (ANS), justifica a afirmação anterior, porém apenas em parte. Tal pesquisa, que se subdividiu em outras duas (as quais, na verdade, revelaram-se pesquisas-irmãs durante todo o processo de investigação), envolveu dirigentes, técnicos da ANS e duas equipes de pesquisadores, em uma das quais fui participante, daí dirigir inicialmente o meu reconhecimento e agradecimento a essas pessoas.

Portanto, à ANS (na figura do Dr. João Luís Barroca, então Diretor de Normas e Habilitação e Produtos) e aos seus técnicos da GGTA-DIPRO pela oportunidade oferecida para adentrar em um novo campo de conhecimento, projetando as primeiras luzes em um caminho que até então, para mim, era só pedras: Leda Lúcia, Helvécio Magalhães Jr., Leda Rebello, Hermínio Mendes, Luiz Cláudio de Carvalho, Ricardo Carvalhêdo, Marizélia Leão e Cristiane Rose Gomes.

Aos companheiros dos grupos P.12 e P.27, inicialmente na figura dos seus coordenadores, Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (responsável pela coordenação da pesquisa “Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil”, da qual participei), e Profa. Dra. Deborah Carvalho Malta (coordenadora da pesquisa “Estudo e desenvolvimento de modelo de garantias assistenciais para a ANS”), pela condução segura e sinérgica de ambas as frentes de trabalho. Aos companheiros Giovanni Aciole, Célia Iriart, Túlio Franco, Alzira Jorge e Mônica Costa, pelo intercâmbio sempre produtivo de idéias.

Em um plano mais próximo, ao Cecílio e ao Giovanni, pela oportunidade da convivência mais estreita, pelo companheirismo e pela fecundidade das idéias compartilhadas durante o processo de pesquisa, o que propiciou diferentes ângulos de

visão do problema estudado. Um agradecimento especial aos dois, bem como à Celia e ao Túlio, pelas contribuições diretas para o meu estudo atual.

À Profa. Dra. Lígia Bahia, referência obrigatória para quem quiser conhecer o mercado de saúde suplementar brasileiro, pelo muito que aprendi lendo os seus trabalhos, e, em especial, pelo envio por e-mail de sua tese de doutoramento, que me foi tão gentilmente cedida.

Aos entrevistados ligados à operadora analisada, nas figuras dos seus dirigentes e dos prestadores a ela relacionados, pela solicitude e presteza nas informações cedidas, os quais, por compromisso ético formalmente assumido, não podem ser nomeados.

Aos funcionários do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas-Unicamp, Leoci T. Santos e José Reinaldo Braga, bem como às funcionárias da Biblioteca da FCM-UNICAMP, Sandra Lúcia e Cleusa Telles, pelo apoio acadêmico.

Ao Prof. Dr. Emerson Elias Merhy, um exemplo de coerência e integridade intelectual, não só na produção científica como também na atividade e atitude docente, com sua orientação segura, responsável, acolhedora e aberta, reservo uma gratidão profunda, ampla e sensível, pela sustentação teórica e pela confiança demonstrada na oportunidade preciosa de participação na pesquisa da ANS e na orientação deste estudo, o que tem sido uma honra para mim.

Ao Mestre, pelo Bom Es-Tudo.

Aos meus queridos amigos e irmãos espirituais, de Campinas e de Salvador, pela existência.

À D. Dônia, pela permanente disponibilidade.

A Dé, mãe, e a Ângela, irmã, pelo carinho e pelas referências de vida.

Aos meus amados José, companheiro, pelo apoio concreto e incondicional, pelo expressivo amor. E Miguel e Jac Emmanuel, cor e calor da vida, pela capacidade de suportar a presença-ausência de uma mãe escrevendo tese. Aos três, por serem o farol da minha vida.

*Uma lata existe para conter algo,
Mas quando o poeta diz lata
Pode estar querendo dizer o incontível.
Uma meta existe para ser um alvo,
Mas quando o poeta diz meta
Pode estar querendo dizer o inatingível.
Por isso não se meta a exigir do poeta
Que determine o conteúdo em sua lata
Na lata do poeta tudo-nada cabe,
Pois ao poeta cabe fazer
Com que na Lata venha caber
O incabível
Deixe a meta do poeta, não discuta,
Deixe a sua meta fora da disputa
Meta dentro e fora, lata absoluta
Deixe-a simplesmente metáfora.*

(Metáfora – Gilberto Gil)

SUMÁRIO

RESUMO.....	xvii
ABSTRACT	xxiii
INTRODUÇÃO	29
1. O DESENVOLVIMENTO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO E A REGULAMENTAÇÃO ESTATAL SOBRE O SETOR À LUZ DA INTERMEDIÇÃO ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO	59
1.1. O direito universal à saúde e a expansão do mercado de saúde suplementar – um incômodo paradoxo	61
1.2. A regulamentação do sub-setor – a criação da Lei 9656/98 e da Agência Nacional de Saúde (ANS).....	99
2. OS MUNDOS DO CAPITAL – O NEOLIBERALISMO E SUA INFLUÊNCIA SOBRE O MERCADO PRIVADO DE SAÚDE NO BRASIL: PROSSEGUINDO NO PROCESSO DE APROXIMAÇÃO AO OBJETO E À METODOLOGIA DA PESQUISA	111
2.1. A forma neoliberal vinculada à formação do complexo médico-industrial brasileiro ...	113
2.2. A emergência de uma nova forma liberal de produção de serviços de saúde na era da reestruturação produtiva – o capital financeiro e seus tentáculos	124
2.3. Modelos assistenciais vigentes no mercado de saúde suplementar e regulamentação estatal – uma antecipação da metodologia	156
3. A METODOLOGIA DA PESQUISA: A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO COMO REFERENCIAL TEÓRICO QUE EMBASA O DELINEAMENTO DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E O DESENHO DO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	163
3.1. Modelos assistenciais e tecnologias do trabalho em saúde: princípios fundamentais....	165
3.2. A reestruturação produtiva como expressão máxima da otimização do trabalho vivo ..	186
3.3. A micropolítica do trabalho vivo como categoria analisadora dos modelos assistenciais vigentes no mercado de saúde suplementar brasileiro no contexto da reestruturação produtiva	215
3.4. A inscrição das práticas assistenciais vigentes no mercado de saúde suplementar brasileiro na agenda regulatória da Agência Nacional de Saúde (ANS)	219
3.5. A arquitetura metodológica da pesquisa.....	226
4. OS RESULTADOS DA PESQUISA	247
4.1. A regulação como princípio diretor dos processos gestores e assistenciais	250
4.2. O Call Center	257
4.3. Os mecanismos de regulação adotados e sua importância na lógica organizacional e assistencial da operadora	262
4.4. A relação operadora-prestador como analisadora dos processos de intervenção no núcleo tecnológico do trabalho e sua relação com o modelo assistencial adotado: o desvelamento das tensões principais.....	272
4.5. A medicina preventiva.....	318
À GUIA DE CONCLUSÃO – RENOVANDO O CONVITE PARA UM DEBATE	341
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	369

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AG – Atenção Gerenciada
AIS – Ações Integradas de Saúde
AMB- Associação Médica Brasileira
ANS – Agência Nacional de Saúde
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAC- Central de Atendimento ao Cliente
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CC – Call Center
CFM – Conselho Federal de Medicina
CMC – Central de Marcação de Consultas
CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CNSP – Conselho Nacional de Seguros Privados
CONSU – Conselho de Saúde Suplementar
ECG – Eletrocardiograma
HMO – Health Maintenance Organizations
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC – Instituto de Defesa do Consumidor
MARE- Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado
MCOs Managed Care Organizations
MP – Medicina Preventiva
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

NTT – Núcleo Tecnológico do Trabalho
OS – Organizações Sociais
PACS – Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PECs – Programas de Extensão de Cobertura
PIASS – Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
POS – Point Of Service
PPA – Plano de Pronto Ação
PPOs – Preferred Provider Organizations
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROCON (Fundação) – Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor
PS – Pronto-Socorro
PSF – Programas de Saúde de Família
RDC – Resolução de Diretoria Colegiada
SADT – Serviços de Apoio de Diagnose e Terapia
SINDHOSP – Sindicato dos Hospitais
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SUSEP – Superintendência de Seguros Privados
TM – Trabalho Morto
TV – Trabalho Vivo
USP – Universidade de São Paulo
UTI – Unidade de Terapia Intensiva (ou Unidade de Tratamento Intensivo)

RESUMO

O mercado privado de saúde no Brasil, também conhecido como mercado de saúde suplementar, vem apresentando uma expansão significativa nos últimos 30 anos. A importância e a complexidade que adquiriu passaram a exigir uma ação reguladora do Estado, através da Agência Nacional de Saúde (ANS), criada em janeiro de 2000.

Considerando-se que o período inicial da regulamentação governamental caracterizou-se por um enfoque eminentemente econômico-financeiro, o objetivo geral desse estudo é estabelecer uma reflexão acerca do significado e do alcance da instituição de marcos regulatórios voltados para a qualificação dos processos assistenciais e para a produção social de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro, por parte do Estado, buscando-se ainda compreender o quanto os mesmos estão afinados com a formulação da política estatal para o setor. Para isto, faz-se necessário analisar os modelos assistenciais vigentes nesse mercado, considerando-se as influências externas que vem recebendo, previamente à existência da ANS, sintonizadas com as novas necessidades de acumulação do capital, sobretudo sob a sua modalidade financeira, no contexto da chamada reestruturação produtiva, que vem moldando paulatinamente as tecnologias organizacionais e a conformação dos processos assistenciais, em diferentes ritmos e graus, através do discurso unicista formador veiculado pela Atenção Gerenciada (*Managed Care*), que propõe, de forma explícita ou sub-reptícia, uma nova forma de gestão do cuidado.

O referencial teórico-metodológico utilizado neste estudo é a **micro-política do trabalho vivo**, que considera que a concepção de modelo assistencial repousa ao mesmo tempo sobre uma base técnica e uma base política, em que as opções tecnológicas utilizadas não se referem apenas à produção de equipamentos (aqui considerados como tecnologias “duras”), mas estão profundamente ligadas ao conjunto de saberes que os embasam (denominadas tecnologias “leves-duras”) e, principalmente, à dinâmica relacional que se estabelece entre os diferentes atores envolvidos na produção de atos de saúde (e que se traduz em processos de vínculo, escuta, acolhimento e responsabilização), daí serem denominadas tecnologias “leves” ou tecnologias “de relações”. Estas conformam os processos cuidadores, que são os efetivamente responsáveis pela qualidade e pela integralidade do cuidado produzido.

As atuais conformações assistenciais vigentes no mercado privado de saúde, em suas formas polares, estão vinculadas às duas formas históricas de produção do capital

neoliberal no setor. A primeira refere-se à organização assistencial impetrada pelo modelo médico-hegemônico, ligado aos interesses do complexo médico-industrial, e que tem como principal característica a prioridade dada à produção de procedimentos, para o que é necessário o enfoque na autonomia do profissional médico e no seu conhecimento específico, em detrimento do investimento nos processos cuidadores, e cujas principais consequências são a fragmentação do cuidado produzido, bem como a geração de altos custos para o sistema. Paralelamente, assiste-se à introdução paulatina e silenciosa da nova proposta veiculada pela Atenção Gerenciada (AG), que almeja uma combinação ótima entre o gerenciamento dos custos e a qualidade da atenção produzida, sintetizadas no conceito conhecido como *gerenciamento do cuidado*. Isto implica primeiramente no deslocamento da micro-decisão clínica para a esfera administrativa (o que corresponde a uma redução da autonomia médica) e, adicionalmente, no privilegiamento de processos mais cuidadores e centralizados nas necessidades do usuário (através da valorização de equipes multi-disciplinares, das estratégias de des-hospitalização, das práticas de prevenção e promoção à saúde e do gerenciamento dos riscos), o que pode ser analisado, entretanto, sob uma perspectiva provavelmente mais voltada para a redução da sinistralidade e dos custos do que propriamente para a produção social de saúde.

Diante da necessidade de aprofundamento requerida pelo tema, e também, considerando-se a tendência a um certo grau de uniformidade que o discurso formador inspirado na AG possa estar condicionando no comportamento organizacional e assistencial das operadoras do mercado, em maior ou menor grau, optou-se pela realização de um estudo qualitativo, tendo como estratégia metodológica o **estudo de caso**. Procurou-se tomar como referência uma operadora que reunisse a maior parte das características apontadas e que pudesse ser considerada analisadora do problema que se pretende estudar. Nesse contexto, elegeu-se também o trabalho médico como analisador desses processos. O trabalho de campo consistiu na realização de entrevistas semi-estruturadas e abertas com dirigentes da alta direção e da gerência intermediária da operadora selecionada, bem como com prestadores a ela relacionados. A análise dos resultados baseou-se essencialmente na categoria analítica *processo de trabalho*, visto sob o prisma da *micropolítica do trabalho vivo*.

É nesse cenário, em grande parte já estruturado pelas influências citadas, o que foi amplamente observado no caso estudado, que a ação governamental procurará intervir. A hipótese deste estudo é que a formatação já estabelecida desse campo limita a sua receptividade e permeabilidade à ação reguladora do Estado, daí se interrogar e estabelecer como pautas para debate a viabilidade da instituição de marcos regulatórios estatais para o mercado de saúde suplementar sob essas condições, que ferramentas deve o Estado dispor para adentrar nesse campo, qual a natureza real do marco regulatório a ser instituído e que consequências o mesmo pode trazer para a conformação do mercado de saúde suplementar como um todo, no sentido de se atingir os objetivos propostos, sem perder de vista a preservação dos elementos que alimentam os processos cuidadores, cuja existência é de fundamental importância para a qualidade do cuidado produzido em todo o campo da saúde.

ABSTRACT

The market of private health plans and insurances, also known as supplementary health, has been achieving significant growth in the last 30 years. The importance and the complexity that it has acquired started to demand a state regulatory action, through the National Agency of Health (Agência Nacional de Saúde - ANS), created in January 2000.

Taking into consideration that the initial period of the governmental regulation was characterized by an eminently economic-financial focus, the general objective of this study is to establish a reflection concerning the meaning and the reach of the institution of regulatory marks for the qualification of the assisted-oriented processes and for the social production of health in the Brazilian supplementary health market by the state, trying to understand how much they are tuned with the formulation of the state politics for the sector. For this, there is a strong urge to analyze the operative assistance-oriented models, considering the external influences they have been under, previously to the existence of ANS, tuned in with the new needs of accumulation of capital, especially under its financial modality, in the context of the called productive reconstruction, which has gradually been shaping the organizational technologies and the configuration of the assistance-oriented processes, in different rhythms and degrees, through the unifying instructive speech transmitted by the Managed Care, which proposes a new form of care management, in an explicit or surreptitious way.

The theoretical-methodological referential used in this study is the micro-politics of living work, which considers that the conception of the assistance-oriented model lies at the same time on a technical base and a political base, in which the technological options used do not refer only to the production of equipment (in this matter considered as “hard” technology), but they are deeply linked to the knowledge on which they are based (in this matter called “light-hard” technology) and, mainly, to the relationship dynamics that goes on among the different participants involved in health care (and that can be interpreted as processes of relationship, hearing, sheltering and responsibility), which is the reason why they are called “light” technology or technology “of relationships”. These kinds of technology comprise the caretaker processes that are, indeed, responsible for the quality and for the integrity of the produced care.

The current assistance configurations in operation in the private health market, in their opposite forms, are linked the two historical ways of production of the neoliberal capital in the sector. The first one refers to the assistance organization petitioned by the hegemonic-doctor model, connected to the interests of the industrial-doctor compound and its main characteristic is the priority given to the production of procedures, for which it is necessary to focus on the doctor's autonomy and his specific knowledge, to the detriment of the investment in the caretaker processes, whose main consequences are the fragmentation of the produced care, as well as the generation of high costs for the system. At the same time, one can see the slow and silent introduction of the new proposal transmitted by the Managed Care, that longs for a perfect combination between the costs management and the quality of the produced attention, synthesized in the concept known as *care management*. This implies firstly in the change from the clinical micro-decision to the administrative sphere (what corresponds to a reduction of the doctor's autonomy) and, additionally, the privilege of more caring and centered processes in the user's needs (through the valorization of multidisciplinary teams, de-hospitalization strategies, prevention practices and health promotion and the risks management), which can be analyzed, however, under a perspective that is more directed towards the reduction of damages and the costs than to the social production of health itself.

Due to the need to go deeper into this theme, and also, taking into account the tendency to a certain uniformity degree of that the instructive speech inspired in AG can be conditioning in the organizational behavior of the market operators, to a greater or smaller extent, it was opted for the carrying out a quality study, having as methodological strategy the case study. One tried to take as a reference an operator that gathered most of the pinpointed characteristics and that could be considered as analyzer of the problem that was intended to be studied. In this context, the medical work was also chosen as analyzer of those processes. The fieldwork consisted of semi-structured and open interviews and open with leaders of high staff and of the intermediate management of the selected operator, as well as with third parties related to this operator. The analysis of the results was based essentially on the analytical category *work process*, seen under the prism of the *micro politic of the living work*.

It is in this scenery, mostly structured by the influences mentioned, which were thoroughly observed in the studied case, that the government action will try to intervene. The hypothesis of this study is that the already established formatting of this field limits its receptivity and permeability for the State regulatory action. Therefore the need question and establish as agenda for debate the viability of the institution of regulatory state marks for the market of supplementary health under those conditions, which tools should the State make available to penetrate in that field, what is the real nature of the regulatory mark to be instituted, and what consequences it can bring for the compound of the supplementary healthy market as a whole, in order to reach the proposed objectives, without ignoring the preservation of the elements that feed caretaker processes, whose existence is of fundamental importance for the quality of the care produced in health field.

Key-words: Health policy in Brazil; health management and planning; State regulation; health – technological innovation; quality in health care; health care plane.

INTRODUÇÃO

O mercado privado de saúde brasileiro, também chamado de mercado de assistência médica supletiva ou de saúde suplementar, constitui atualmente um significativo componente do sistema de saúde no país. Apesar disso, somente há pouco tempo, considerando-se o desenvolvimento histórico das práticas de saúde no Brasil, vem sendo considerado objeto merecedor de estudos no âmbito acadêmico, em particular na área de conhecimento representada pela Saúde Coletiva, que recentemente despertou para a importância e a magnitude dessa temática no campo da saúde. Esse reconhecimento data das duas últimas décadas, especialmente do período que imediatamente envolveu a criação da Lei 9656/98, considerado o marco regulatório do setor, e da Agência Nacional de Saúde (ANS), em 2000, e vem se traduzindo em um avivamento do debate em torno das principais questões que estão emergindo no seio de todo esse processo.

A esse reconhecimento tem correspondido, de forma perceptível, um aumento crescente da produção científica e um conseqüente acúmulo de conhecimento a respeito de algumas problematizações fundamentais que cercam um campo tão vasto e complexo, ainda que, como é perfeitamente compreensível, dada a juventude desse subsistema, de forma incipiente e exploratória, em boa parte das vezes.

Em uma breve revisão a respeito das incursões investigativas referentes a esses temas, pode-se dizer que, até a década de 1980, os estudos que versavam sobre a presença do sub-setor privado nas práticas de saúde tinham como abordagem central a sua constituição, especialmente a intimidade da sua gênese e do seu desenvolvimento com a história da Previdência Social brasileira. Além disso, foram de grande relevância os estudos que mostraram o impacto que a sua constituição causou sobre a prática médica liberal e o mercado de trabalho médico, ao lado da sua representação no que se denominou medicina tecnológica, que corresponde, por sua vez, a um período específico do processo de acumulação capitalista no setor¹.

No período que envolveu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei 8080, em 1990, em que já se determinava que o setor privado deveria ser

¹ A esse respeito, são referências de destaque os trabalhos de DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975; CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. *As Empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984; SCHRAIBER, Lília Blima. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: HUCITEC: 1993a.

regulado pelo Estado, a explosão do mercado privado de assistência à saúde, que então se verificou, ao lado da perplexidade produzida, ocasionada pela sua emergência no contrafluxo do processo de democratização do país (contraditória, portanto, com o ideário da universalização do direito à saúde garantida no texto constitucional e na Lei Orgânica da Saúde), reafirmou também a necessidade da regulamentação governamental para o setor, em um contexto marcado pela ausência de uma ação intervencionista por parte do Estado. A partir de então, os estudos que começaram a ser desenvolvidos a respeito do tema passaram a ser guiados por uma perspectiva marcadamente economicista, o que refletia a necessidade, por parte da esfera estatal, de constituir as premissas mais abrangentes e ordenadoras de caráter econômico-financeiro, através de um arcabouço legislador específico, bem como, simultaneamente, de demarcar o seu âmbito de atuação e afirmar sua autoridade. Além disso, tal enfoque na regulação macro-econômica estava em consonância com a própria evolução da constituição formal do processo de regulamentação desse subsistema, inicialmente sob a jurisdição do Ministério da Fazenda e só posteriormente transferido para o Ministério da Saúde. Tais estudos englobavam preocupações relacionadas a temas que variavam entre uma caracterização mais aprofundada do mesmo, visando o seu dimensionamento e sua segmentação, até os aspectos específicos atinentes à própria natureza da regulamentação que passou a reclamar por parte do Estado, consubstanciada na já referida Lei 9656/98 e que se consolidou posteriormente com a criação da ANS.

Na etapa inicial do processo de regulamentação já se colocavam então como interrogantes o verdadeiro papel da regulamentação governamental e a interface da mesma com o setor público, notadamente a relação com o Sistema Único de Saúde, bem como a funcionalidade do próprio mercado no que diz respeito aos dispositivos internos de regulação que se estabelecem reciprocamente entre as diferentes partes que o constituem e, principalmente, à qualidade da assistência prestada aos usuários dos planos (BAHIA, 2001a; BRAGA, 2001; TEIXEIRA, 2001). Já se evidenciavam, assim, novos desafios e horizontes para o Estado, no sentido de conhecer e clarificar pontos ainda obscuros, com vistas a uma intervenção adequada na condução do processo regulatório, para o que se tornaria necessário a construção de competências e tecnologias de gestão que subsidiassem a sua ação nesse campo.

Passado o período inicial de estruturação formal do aparelho regulatório e das suas diretrizes gerais, a preocupação com a dimensão assistencial da regulação passou a adquirir importância cada vez maior, o que pode ser verificado, por exemplo, no deslocamento do pólo regulador do Ministério da Fazenda para o Ministério da Saúde, culminando esse processo com a criação da ANS, em 28 de janeiro de 2000, através da Lei 9961/00. Assim, o momento por que passa atualmente o processo de regulação e a própria ANS coincide com o atendimento de duas necessidades: a definição de uma identidade para a macro-regulação estatal e a instituição de marcos regulatórios que privilegiem a dimensão assistencial anteriormente referida, no sentido de identificar, conhecer, investir e intervir adequadamente na qualificação dos processos assistenciais realizados pelas operadoras de planos e seguros privados, bem como na produção social de saúde que deverá ser exigida das mesmas.

Como produção social de saúde, utiliza-se aqui o conceito que reconhece a saúde como resultado de um processo de produção social que exprime a qualidade de vida de uma população, a qual, por sua vez, é a expressão da existência dos homens no seu viver cotidiano, um “viver desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individual, seja coletivamente (MENDES, 1996, p. 237).

Esta idéia revela uma evolução do conceito de saúde, o que implica em uma reforma sanitária que permita transitar do paradigma flexneriano para o que o autor acima citado denomina *paradigma da produção social de saúde*. A construção deste paradigma permite apreender a saúde não através das suas aproximações negativas com as doenças, com as seqüelas e com a morte, mas em sua acepção de positividade, como um processo dinâmico que pode melhorar ou deteriorar conforme a ação de uma sociedade sobre os fatores que lhe são determinantes, tanto sobre o estado de saúde acumulado como sobre as conseqüências da perda de saúde, daí a necessidade de se compreender a dinâmica da saúde como um processo de acumulação social (que inclui momentos de desacumulação), e que se expressa, em cada momento histórico, em um determinado *estado de saúde*. Assim, a produção social de saúde considera a possibilidade de um estado de saúde em constante transformação (uma vez que está sujeita àqueles processos de acumulação e desacumulação), além de erigir a saúde como um produto social, e, portanto, não dissociada dos fatores políticos, econômicos, ideológicos e cognitivos, o que significa inscrevê-la,

como campo do conhecimento, no campo da interdisciplinaridade e, como prática social, na ordem da intersectorialidade (idem, p. 241), o que está em consonância com o conceito de saúde como expressão da qualidade de vida de uma população.

O presente estudo insere-se e se identifica com a vertente do processo regulatório que procura imprimir a qualificação dos processos assistenciais e a produção social de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro, compartilhando e participando do interesse na instituição de parâmetros de regulação nesta esfera. Assim, dito ainda em linhas gerais, esta pesquisa tem como objeto a instituição de marcos regulatórios na dimensão assistencial do mercado de saúde suplementar brasileiro, que compõe um cenário altamente complexo, pelo menos no seu início amplamente heterogêneo e que, apesar ter ficado por muito tempo à margem da regulamentação governamental, também ensaia e articula movimentos e iniciativas próprios no sentido do aperfeiçoamento da sua auto-regulação, através da criação de mecanismos regulatórios internos e de propostas de novos modelos assistenciais, visando a prestação de serviços assistenciais de qualidade; a otimização dos custos e dos ganhos, em uma perspectiva de acumulação capitalista do setor; ou ambas as coisas.

Uma visão panorâmica sobre o dimensionamento do setor

Ao se debruçar sobre a literatura atualmente disponível sobre o assunto, uma constatação que emerge do material consultado diz respeito à existência das duas maiores dificuldades encontradas nas diversas linhas de abordagem que o tema comporta. A primeira refere-se justamente à ainda escassa produção de conhecimento existente sobre o tema, conforme anteriormente comentado. A segunda, que lhe é correlata, diz respeito à insuficiência, à parcialidade e à conseqüente baixa confiabilidade dos dados disponíveis, dada a inexistência de um sistema de informações ou de levantamentos mais completos das fontes oficiais mais conhecidas, o que dificulta uma apreciação fidedigna mesmo do simples dimensionamento do setor. Isto pode ser em parte atribuído à juventude do mercado de saúde suplementar, considerando-se aqui principalmente o período pós-regulamentação, o que obriga muitas vezes a que se recorra aos dados originados e produzidos no próprio mercado.

Assim, as fontes de informações disponíveis não são homogêneas, sendo em geral produzidas pelas próprias empresas que integram o mercado através de suas entidades representativas ou por firmas de consultorias privadas, que são contratadas pelas primeiras para a mensuração da concorrência e para induzir o investimento no setor. As fontes oficiais também são escassas, geralmente carecem de continuidade no levantamento dos dados ou se restringem a itens ou áreas geográficas específicas (ALMEIDA, 1998, p. 5). De qualquer forma, são estas as que aparentemente estão produzindo e apresentando os dados mais fidedignos acerca do dimensionamento deste sub-setor no que se refere a coberturas, abrangência geográfica, número de operadoras, financiamento etc, podendo ser citadas como as mais importantes o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD/1998) e a própria ANS.

Na sequência, será trazido um breve compilado dos principais dados que, sem uma pretensão de um aprofundamento do ponto de vista estatístico, permitam transmitir uma visão de certa forma impressionista acerca da magnitude desse sub-sistema.

Do ponto de vista cronológico, pode-se dizer que se trata de um setor jovem, que ganhou um impulso particularmente expressivo no começo da década de 1980. Nessa época, ainda que a quantidade de clientes registrada fosse bastante considerável, sugerindo a consolidação das empresas de planos de saúde como alternativas assistenciais para os trabalhadores sobretudo da região Sudeste, a visibilidade do mercado privado de assistência à saúde não correspondia à sua magnitude. Isto poderia ser atribuído à caracterização dos planos empresariais como benefícios concedidos pelo empregador e não como direitos de cidadania, ao lado de, possivelmente, uma menor dependência dos médicos e dos hospitais particulares do financiamento da saúde suplementar. No final dos anos 1980, a revelação da existência de um grande mercado esteve relacionada a uma intensificação da comercialização dos planos individuais, ao ingresso maciço das grandes seguradoras, a incorporação de novos contingentes de trabalhadores e a vinculação definitiva da assistência privada de saúde ao financiamento da assistência médica suplementar (BAHIA, 2001b, p. 5).

Atualmente, ainda existem divergências, por exemplo, no que se refere ao número de beneficiários dos planos. Enquanto a maioria das fontes estime que o setor de assistência médica supletiva cobre cerca de 26,8% da população brasileira, ou seja, 42

milhões de pessoas (ALMEIDA, op. cit., p. 15, apoiada em dados divulgados pela Federação Nacional de Seguros – FENASEG, de dezembro de 1997, bem como da Golden Cross e Associação Brasileira das Medicinas de Grupo – ABRAMGE), há quem estime cerca de 35 milhões de beneficiários. O cadastro de Beneficiários da ANS aponta 38.217.299 milhões de beneficiários ativos (BRASIL. Cadastro de Beneficiários – ANS/MS – data-base Mar/2004).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que tem por finalidade produzir informações para o estudo do desenvolvimento sócio-econômico do país, estimou em 38,7 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que corresponde a 24,5% da população do país, dos quais 75% estavam vinculados a planos de saúde privados e 25% a planos de instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar (BRASIL. IBGE, 2000).

A cobertura de planos de saúde é expressivamente maior em populações urbanas (29,2%, contra 5,8% nas áreas rurais). O IBGE estima que 25,7% das mulheres e 23,0% dos homens estejam cobertos por um plano de saúde. Quanto às faixas etárias, o percentual da população coberta por planos de saúde varia de 20,7% entre pessoas até 18 anos a 29,5% na faixa etária compreendida entre 40 a 64 anos, sendo que acima de 65 anos a cobertura atinge 26,1% dos homens e 28,2% das mulheres (idem).

Quanto à variável renda familiar, apenas 2,6% daqueles que se apresentam abaixo de um salário mínimo têm cobertura de planos de saúde, a qual aumenta progressivamente com o crescimento da renda, atingindo 76% de cobertura entre os que percebem rendimentos de 20 salários mínimos para mais (idem).

Segundo esta pesquisa, existe uma alta correlação positiva entre o acesso ao médico e o poder aquisitivo na população: enquanto 49,75% das pessoas de menor renda familiar declararam ter consultado médico nos últimos 12 meses, esse percentual sobe para 67,2% entre as pessoas com renda superior a 20 salários mínimos. Além disso, as pessoas sem rendimento foram as que apresentaram o maior coeficiente de internação hospitalar (11,5 por 100 pessoas no grupo).

A se depreender dos dados apresentados na referida pesquisa, os planos privados de saúde atuam no sistema de saúde brasileiro introduzindo mais um elemento

gerador de desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde, uma vez que cobrem uma parcela específica da população vinculada a uma maior renda familiar e a determinados ramos de atividade no mercado de trabalho e que avaliam o seu estado de saúde como muito bom ou bom (*idem*), sugerindo uma seleção de usuários jovens e/ou em atividade produtiva e predominantemente saudáveis.

Já o Cadastro de Beneficiários da ANS, que constitui a fonte oficial sobre o mercado de saúde suplementar, de preenchimento obrigatório por parte das operadoras², em março de 2004 contabilizava, como já foi dito, 38,2 milhões de beneficiários, que se distribuem da seguinte forma: 31,9% vinculados às Medicinas de Grupo; 24,3% às Cooperativas Médicas, 14,5% às Autogestões; 14,4% às Seguradoras; 7,9% às Odontologias de Grupo; 3,7% às Filantropias; e 3,3% às cooperativas Odontológicas (BRASIL. Cadastro de Beneficiários – ANS/MS – Mar/2004 e Cadastro de Operadoras – Mai/2004).

Este mesmo Cadastro computava, em maio de 2004, 1795 operadoras, com a seguinte distribuição: 13 seguradoras, 574 empresas de medicinas de grupo, 122 filantrópicas, 278 autogestões, 318 cooperativas médicas, 153 cooperativas odontológicas, 335 odontologias de grupo e 2 administradoras (BRASIL, 2004). Seus dados mostram ainda a maior concentração dos beneficiários nas grandes operadoras: 655 operadoras com até 2000 beneficiários (correspondendo a 1,27% do total) e 62 operadoras com mais de 1,9 milhões (englobando 52% dos beneficiários). Nesse contexto, as autogestões e as medicinas de grupo têm presença significativa em todas as faixas etárias, principalmente as últimas; as cooperativas médicas têm participação crescente na faixa situada entre 100.000 e 500.000 usuários; e as seguradoras, com participação pequena até 50.000 usuários, adquirem grande importância na faixa acima de 500.000 usuários.

Quanto à distribuição geográfica, há uma nítida concentração de operadoras (e de beneficiários) na região Sudeste (59,07%) e Sul (17,42%), o que se justifica pelo

² O Cadastro de Beneficiários das Operadoras de Planos de saúde foi instituído pela Resolução de Diretoria Colegiada – RDC Nº 03, de 20 de janeiro de 2000 e modificada pela Resolução Normativa – RN Nº 17, de 11 de novembro de 2002. É de preenchimento obrigatório por parte das operadoras, que devem enviá-lo até 60 dias após a obtenção do registro junto à ANS e atualizá-lo até o dia 10 de cada mês. As atualizações referem-se às movimentações da carteira, com registros de entrada e de saída de beneficiários. Todas as operadoras são obrigadas a mantê-lo atualizado (exceto as empresas de assistência do funcionalismo público estadual, visto serem empresas de direito público, não abrangidas pela lei), e a não observância da sua atualização implica em multa pecuniária.

maior poder aquisitivo da população e pela presença de numerosas indústrias e empresas, contratantes de planos coletivos. Ainda segundo a referida fonte, a região Norte detém o menos percentual de operadoras (3,05%), a região Nordeste abarca 13,93% e a região centro-Oeste detém o equivalente a 6,54% do montante geral.

O número de empresas ligadas à assistência suplementar vem se ampliando: as medicinas de grupo mais que triplicaram com base no ano de 1977, enquanto que cooperativas se multiplicaram por 5,4 vezes. O crescimento dos planos próprios de empresa é de difícil mensuração, porém parece ter havido um menor incremento do número de empresas nos períodos mais recentes em virtude de suas características não lucrativas, e de sua implantação, nos anos 1940 aos 1970, ter sido anterior à expansão das empresas de assistência suplementar lucrativas (BAHIA, 2001a, p. 340).

Concretamente, houve aumento de beneficiários de planos de saúde a partir do final da década de 1980, sendo que esse crescimento não foi homogêneo para as diferentes modalidades e em diferentes épocas. O período de 1987-94 foi marcado pelo aumento de cobertura em número de pessoas, com a liderança do seguro-saúde, seguido pelas cooperativas médicas e pelos planos próprios de empresas.

Assim, no que se refere à população coberta estimada (em milhões de pessoas), a medicina de grupo apresentou o menor crescimento nos períodos 1987-94 e 1994-96, porém sempre incremental, tendo sido maior no segundo: 6 e 8%, respectivamente (ALMEIDA, op. cit., p. 16). O seguro-saúde foi a modalidade que apresentou maior crescimento em todo o período (757,1%), o que se verifica também na percentagem de cobertura da população total (um crescimento superior a 533% só no período 1987-94), acompanhado em seguida pelas cooperativas médicas e pelos planos próprios de empresas, sendo que a medicina de grupo teve um decréscimo de 11,3% (idem). Uma possível explicação para o forte crescimento do setor seguro-saúde nesse período pode ser a transformação de grande parte dos planos de medicina de grupo em seguros-saúde pelas cláusulas contratuais mais flexíveis e vantajosas que oferecem para as empresas, frente às crescentes contestações judiciais ligadas à não cobertura dos planos de medicina de grupo.

Na primeira metade dos anos 1990, mesmo tendo o Plano Real proporcionado um aumento das demandas para os planos e seguros-saúde provenientes dos

trabalhadores de pequenas empresas, trabalhadores autônomos e de segmentos de menor renda, a recessão não deixou de afetar o setor. Assim, apesar de terem sido acionados alguns mecanismos, por exemplo, inclusão de agregados (dependentes não diretos) e desempregados – o que ao mesmo tempo amplia e mantém inalterada a massa de clientes, parece ter havido uma retração no volume total de clientes de planos e seguros. Parece haver um senso comum entre os próprios executivos de operadoras de planos e seguros acerca de uma descontinuidade no crescimento de clientes nesse mercado (idem, p. 334).

As relações entre os segmentos populacionais cobertos e a assistência médica suplementar podem ser inferidas preferencialmente através da análise do tipo de plano que através da análise do tipo de modalidade empresarial. Desse modo, as mais expressivas empresas de assistência médica suplementar que comercializam planos e seguros, qualquer que seja sua natureza jurídico-institucional, dispõem de planos adequados à segmentação hierárquica das empresas empregadoras e às faixas de rendas dos clientes individuais, sugerindo uma provável tendência a um crescente isomorfismo das várias modalidades assistenciais do mercado de assistência médica supletiva, o que quer dizer que a conformação das sub-redes de provedores privados de serviços nos grandes centros urbanos está mais ligada aos tipos de planos do que a um determinado tipo de modalidade empresarial, assunto que será retomado posteriormente.

Tratar, portanto, do mercado privado de saúde, no Brasil, é se referir à insinuação de um ator na cena sanitária brasileira que vem ganhando cada vez mais importância pela sua magnitude; pela sua alta complexidade, tanto na sua natureza intrínseca (marcada inicialmente pela heterogeneidade em sua gênese e constituição, que vem gradualmente adquirindo novas tinturas, como será posteriormente comentado) como nas suas relações com as demais instâncias constituintes do campo da saúde como um todo; pelas transformações que vem sofrendo em função da instauração de uma nova ordem determinada pela globalização da economia na conjuntura do neoliberalismo; e, ainda, pelo seu marcado caráter de auto-regulação, ou de livre atuação, que exigiu uma ação regulamentadora/reguladora por parte do aparelho de Estado, atualmente representado pelo seu braço operativo para o sub-setor, que é a Agência Nacional de Saúde. Ou seja, a despeito da sua juventude, o mercado demonstra com toda a eloquência que não é mais possível ignorá-lo, seja como objeto de interesse acadêmico, seja como uma dimensão que

reclama uma intervenção reguladora do Estado sob qualquer perspectiva que se pretenda observá-lo, especialmente a da qualidade da assistência à saúde que produz. É sobre este último aspecto que se volta a atenção do presente estudo, como será mostrado em seguida.

A instituição de marcos regulatórios para o setor como a linha principal de atuação estatal

Pode-se dizer que a ação reguladora do Estado sobre o mercado de saúde suplementar brasileiro inicia-se formalmente com a aprovação da Lei 9656/98 e que a regulação pública que passou a ser praticada vem mudando de enfoque desde então, o que se refletiu, em um primeiro momento, no deslocamento do pólo econômico da regulação, alojado inicialmente no Ministério da Fazenda, que tinha ascendência sobre o complexo SUSEP – CNSP (Superintendência de Seguros Privados e Conselho Nacional de Seguros Privados, respectivamente), para o pólo assistencial representado pelo Ministério da Saúde, que vem buscando estabelecer um novo patamar de intervenção no processo regulatório.

Por essa razão, tal regulação organizou-se, em um primeiro momento, com base nas premissas da necessidade de sobrevivência financeira das operadoras e dos direitos do consumidor, o que se traduziu em um amplo leque de atuação no sentido de estabelecer, de um lado, (a) as condições de ingresso, de operação e de saída do setor; bem como a constituição de reservas e garantias de solvência, com o objetivo de dar segurança ao consumidor quanto à capacidade econômico-financeira das operadoras para honrar os contratos assinados; e, de outro, (b) de contemplar os compromissos na prestação de assistência à saúde aos usuários de planos e seguros privados, conforme as especificações contratuais, basicamente definindo limites de cobertura e dando garantias assistenciais aos mesmos. No que se refere aos aspectos assistenciais, foram instituídos os tipos de segmentação e o rol dos procedimentos obrigatórios, definindo-se padrões de cobertura e de assistência para o mercado de saúde suplementar.

Pode-se dizer que esse tem sido, em linhas gerais, o modelo de regulação adotado em diversos países, entre eles o Brasil, o qual se concentrou inicialmente na vertente macro-regulatória, da ação estatal. Paralelamente, como já foi dito, os estudos e as pesquisas realizados em todo esse período seguiam também uma orientação claramente economicista, além de buscarem uma caracterização e dimensionamento do sub-setor, bem

como a compreensão dos padrões de segmentação das redes de prestadores para as diferentes clientelas, a identificação dos nichos de mercado etc.

Assim, o modelo de regulação vigente até o período que envolveu a promulgação da Lei 9656/98 até a criação da ANS (através da Lei 9961/00) não havia ainda conseguido se estruturar em torno de um eixo que demarcasse nitidamente um marco regulatório voltado para a qualificação assistencial da prestação de serviços realizada pelo mercado. A aprovação da Lei 9656/98, entretanto, ensejou uma disputa no interior do aparelho estatal, onde algumas correntes passaram a defender uma nova perspectiva do processo regulatório por parte do Estado, a quem novas atribuições passaram a ser imputadas, de modo que a dimensão assistencial da regulação sobre a prestação de serviços de saúde atingisse a necessária centralidade, visando-se tanto a qualificação dos processos assistenciais quanto a produção social de saúde por parte das operadoras de planos e seguros privados do país.

Tais setores partem do pressuposto de que as referidas operadoras podem e devem ser gestoras do cuidado e da saúde dos usuários de planos e que tal prática é passível de regulação pelo Estado, o que representa a abertura de uma nova frente de atuação do mesmo no processo regulatório. Com isso, observa-se o deslocamento de um enfoque baseado inicialmente na macro-regulação econômica para um novo patamar de intervenção, no qual a regulação da produção do cuidado realizado no mercado de saúde suplementar passa a ser objeto de atenção das políticas estatais para esse sub-setor.

Por outro lado, existe também o reconhecimento de que, dada a sua grande complexidade, não se consegue visualizar nítida e amplamente o mercado de saúde suplementar, o que cria limites à eficácia do processo regulatório. Tal complexidade pode ser creditada não só à heterogeneidade que caracterizou o mercado na sua gênese e constituição (pelo menos até um certo momento, como se verá adiante), mas também ao estado de livre atuação ou de auto-regulação em que o mesmo se encontrava antes do início formal do processo regulatório; às peculiaridades das injunções do modelo liberal ainda hegemônico que impregna a conjuntura sanitária brasileira; e a outras influências externas que vêm incidindo sobre o mercado de assistência supletiva, que se mesclam ou se sobrepõem às anteriormente citadas, e que serão objeto de maior consideração ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

Nesse contexto, as operadoras de planos e seguros privados de saúde, para sobreviverem no mercado, vêm desenvolvendo seus próprios mecanismos regulatórios em relação aos outros agentes presentes neste cenário de disputas – prestadores e usuários – dispositivos estes que muitas vezes representam verdadeiras contra-estratégias como forma de resistência à ação normatizadora do Estado. É possível que a exploração inadequada desses mecanismos possa resultar na fragmentação do cuidado produzido, que se torna centrado na lógica da oferta e da demanda dos contratos formais e, principalmente, na lógica da sinistralidade tributária dos seguros, ao invés de obedecer à lógica da integralidade da atenção e da produção social de saúde, revelando uma concepção em que a saúde tem sua representação como valor de troca e não como um bem público.

Em função das considerações feitas anteriormente, é de se supor que, na atual configuração do mercado de saúde suplementar, a possibilidade de que as empresas atuantes no mesmo possam ser gestoras do cuidado dos seus usuários e que essa prática possa ser regulada pelo Estado ainda não se sustenta integralmente, em parte porque a própria atuação estatal se restringiu por um certo tempo ao âmbito da macro-regulação econômica. A isto se acrescenta o seu déficit de conhecimentos e de domínio das ferramentas necessárias para exercer uma intervenção operatória adequada sobre um sistema tão complexo e tradicionalmente auto-regulado. Assim, a viabilização de uma nova perspectiva de regulação que permita compreender e intervir sobre a qualidade dos processos assistenciais e sobre a produção social de saúde no mercado privado de saúde depende também da aquisição de saberes e da construção de competências, por parte do Estado, sob a forma de tecnologias de gestão e de intervenção que instrumentalizem a sua ação nesse campo.

Portanto, uma nova forma de intervenção estatal, do ponto de vista regulatório, implica em um processo de apreensão investigativa dessa dimensão assistencial, onde se deve buscar compreender a funcionalidade do mercado tanto no que diz respeito aos seus mecanismos regulatórios quanto às formas de ordenação e operacionalização dos modelos assistenciais nele vigentes. Ao mesmo tempo, faz parte também do esforço da ANS a produção e o crescente acúmulo de conhecimentos acerca destas temáticas que, ao lado de subsidiarem a sua missão regulatória, também possam trazer contribuições enriquecedoras a este novo campo do conhecimento.

A pesquisa institucional geradora do presente estudo e o legado que deixa para reflexão

A necessidade anteriormente referida de produzir conhecimentos que possam orientar a ação regulatória do Estado sobre o mercado de saúde suplementar foi motivo para a encomenda formal, por parte da ANS, de duas pesquisas. Uma delas, intitulada “Estudo e Desenvolvimento de Modelos de Garantias Assistenciais para a ANS” (GEPEQ/DIPRO/ANS: P.27), foi encomendada ao grupo denominado P.27 e coordenada pela Profa. Dra. Deborah Carvalho Malta. A outra, designada “Mecanismos de Regulação Adotados pelas Operadoras de Planos de Saúde no Brasil”, foi delegada ao grupo denominado P.12, coordenada pelo Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, do qual a autora do presente estudo foi uma das participantes.

Ainda que originariamente independentes, tais pesquisas mostraram-se intensamente sinérgicas ao longo do seu desenvolvimento, tendo precocemente confirmado o que já se suspeitava desde o início, isto é, a indissociabilidade entre os mecanismos internos de regulação instituídos pelo próprio mercado e o desenvolvimento e a organização de modelos assistenciais nele vigentes.

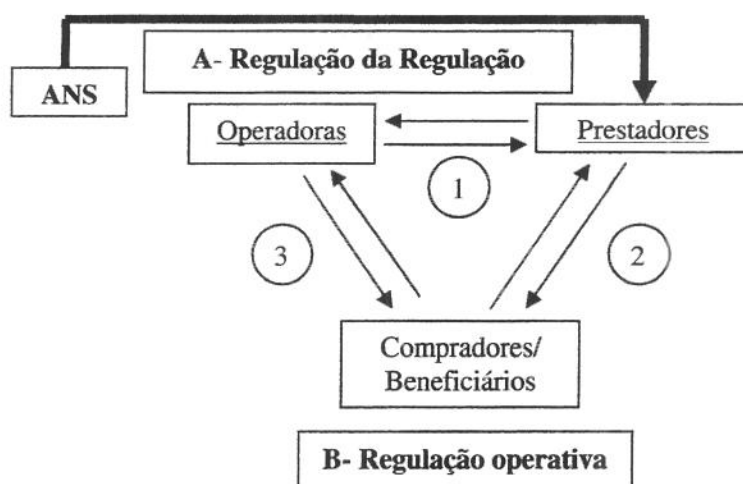
Para a realização da etapa inicial da pesquisa acima referida, foi percebida a importância de se percorrer o acervo institucional da própria ANS, sendo de grande valia o auxílio dos seus técnicos, não apenas por ceder o material bibliográfico, como por corroborar, de certa forma, os rumos que estavam sendo dados à investigação. O levantamento do material legislador fez perceber que tanto a lei que definiu o marco regulatório do setor (lei 9656, de 3/6/1998, acrescida da Medida Provisória nº. 1665, a qual, reeditada quase que mensalmente, resultou na MP 2177-44), a Lei 9961/00 que criou a ANS (em 28 de janeiro de 2000) e todo o cabedal de Resoluções que a sucederam (95 Resoluções de Diretoria Colegiada - RDC, 24 Resoluções Normativas, 116 Resoluções Operacionais e 32 Resoluções CONSU), na sua forma e conteúdo, expressam o caráter altamente regulamentador e fiscalizador da agência no seu processo de auto-constituição e legitimação. Algumas dessas Resoluções, em especial as Resoluções RDC, demonstram claramente o poder que investe a ANS na sua missão de legislar, regular e arbitrar sobre o mercado de saúde suplementar.

As disposições contidas nessas Resoluções abordam algumas questões nevrálgicas da regulação do mercado de saúde supletiva e delineiam o âmbito e o escopo de atuação da ANS, num esforço de preencher o vazio normalizador que até então era característico do setor, no que existe de mais conflitivo, que são as relações existentes entre os atores sociais envolvidos.

Foi possível perceber que todo o aparato legislador de que a ANS dispõe, representa, antes de tudo, em seu sub-texto, um diagnóstico situacional da situação desse mercado: o grande número de leis e resoluções, algumas muitas vezes reeditadas, modificadas, revogadas, expressam, na verdade, tanto a carência de uma legislação para o setor, como a sua intrínseca complexidade e a conseqüente dificuldade em regulá-lo.

Por outro lado, pode-se dizer também que esse arcabouço normativo possui não apenas uma coerência interna como expressa também poder material, força de lei, para o exercício da missão regulatória da ANS. Contudo, a formalização e a materialização da lei não assegura, por si só, a eficácia da sua ação, existindo uma distância entre o que ela dispõe, delibera ou arbitra e a forma como ela se traduz e se efetiva na linha final do processo regulatório, o que já dá uma mostra do desafio que tem pela frente o Estado. Isto é, de certa forma, atestado por MONTONE (2002), para quem “a complementação do arcabouço normativo marca, a rigor, a etapa atual do processo”. Daí poder se indagar se, com esse potente instrumental, a agência regula de fato o mercado de saúde suplementar, isto é, até que ponto esse aparato legislador confere eficácia real à sua ação regulatória.

Nesse contexto, e antes de dar continuidade às próximas reflexões, é interessante trazer uma representação da cartografia geral do mercado de saúde suplementar, que resume as considerações já feitas e permite visualizar graficamente as principais dimensões do processo regulatório (CECÍLIO, 2003):



Fonte: Cecílio (2003).

No diagrama acima apresentado podem ser identificados os dois grandes campos do processo regulatório: o **campo A** refere-se à macro-regulação realizada pelo Estado, representado pela Agência Nacional de Saúde, também denominado campo da **Macro-regulação**, campo da **Regulação da Regulação**, ou, simplesmente, da **Regulação**, que tem se materializado na produção dos regulamentos que configuram o arcabouço normativo específico para esta dimensão da ação reguladora do Estado. Assim, aquele conjunto de normas (bem como a sequência de eventos que a precederam), produzidas nos níveis dos poderes Legislativo e Executivo federais, da ANS, do CONSU e de outras entidades governamentais, caracterizam, do ponto de vista formal, o próprio território da macro-regulação, onde se produzem as regulamentações para o exercício da regulação propriamente dita.

O **campo B**, ou **campo da regulação operativa** ou da **auto-regulação**, compreende as formas de auto-regulação (também chamadas de **micro-regulação**) e de contratualização que se estabelecem entre as operadoras, prestadores e consumidores/beneficiários, e constitui o mercado de planos e seguros privados de saúde propriamente dito, sendo o âmbito passível de regulação pela ANS. É nesse campo que se desenvolvem e atuam os mecanismos de regulação internos, que estão sendo aqui denominados de **mecanismos de micro-regulação** (*micro-regulação* aqui entendida como não pertencente diretamente à macro-regulamentação exercida pela esfera governamental, mas que, pela importância que assume no mercado, pode ter um alcance mais amplo que

esta terminologia indica, como será visto mais adiante). É, portanto, um território eminentemente político, por natureza contraditório e conflitivo, uma verdadeira arena de disputas, onde interagem múltiplos e muitas vezes antagônicos interesses de distintos agentes ou forças sociais. A isto se acrescenta mais um ingrediente de complexidade, uma vez que esses atores sociais são, na verdade, macro-atores, pois constituem, ao invés de coletivos unificados por uma matriz discursiva comum, sub-arenas de disputa de interesses corporativos muitas vezes também divergentes entre si.

No conjunto compreendido pelos dois campos, podem ser diferenciados alguns espaços de intercessão entre os distintos atores, quais sejam:

- **O espaço relacional 1**, onde ocorrem as relações entre operadoras e prestadores.
- **O espaço relacional 2**, onde se estabelecem as relações entre as operadoras e os usuários/beneficiários.
- **O espaço relacional 3** é o que expressa o encontro entre os usuários e os prestadores.

A pesquisa institucional concentrou-se basicamente no espaço relacional 1, isto é, aquele em que se constroem as relações entre as operadoras e os prestadores e que pode ser designado como o “núcleo duro do processo regulatório”, tal a complexidade de relações que comporta e o impacto das mesmas para a discussão que será desenvolvida no presente estudo (CECÍLIO, 2003).

Em linhas gerais, a investigação mencionada buscou identificar como as operadoras vêm atuando na prestação de serviços e na modelagem dos seus projetos assistenciais, no sentido de produzir uma atenção de qualidade aos seus usuários (no que concerne aos princípios de acesso, acolhimento, resolubilidade e integralidade), ao lado da identificação e descrição dos mecanismos de micro-regulação implementados pelas operadoras sobre os outros agentes presentes nesse mercado, com uma maior ênfase nos mecanismos desenvolvidos sobre os prestadores.

Isto implicou em mapear e evidenciar as relações que se estabelecem entre as operadoras de planos e seguros privados de saúde e seus prestadores de serviços no múltiplo campo de relações inter-institucionais que configura o campo da regulação operativa anteriormente mencionado, através de modalidades específicas de relacionamento, que compreendem os já referidos mecanismos de micro-regulação

(sistemas de remuneração, compromissos recíprocos de remissão de clientela e a adoção de práticas assistenciais caracterizadas pelo estabelecimentos de protocolos clínicos, definição de níveis de incorporação tecnológica, adoção de sistemas de referência de pacientes, glosas, auditorias etc), bem como as formas de resistência desenvolvidas pelos prestadores a esses dispositivos. Paralelamente, foram mapeadas as formas como estão sendo concebidas as modalidades assistenciais adotadas no mercado para obter qualidade e integralidade da atenção prestada aos usuários, que estão, na maioria das vezes, se não na sua totalidade, atreladas à otimização dos custos do sistema.

Sem a pretensão de recuperar na íntegra os procedimentos metodológicos da pesquisa institucional anteriormente referida, para as finalidades a que o presente estudo se propõe, considera-se suficiente informar que se optou por um estudo de caráter essencialmente qualitativo, dada a complexidade do objeto pesquisado, sob a forma de estudos de casos múltiplos. Para isso, foram selecionadas operadoras conforme os seguintes critérios: representar os principais segmentos empresariais atualmente existentes no mercado brasileiro; ter importância significativa em âmbito regional e nacional; possuir um grande número de beneficiários. Foram escolhidas 7 operadoras vinculadas aos segmentos de Medicinas de Grupo (2), Auto-gestões (1), Seguradoras (2) e Cooperativas Médicas (2), localizadas nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Campinas e Belo Horizonte, sendo que as operadoras pesquisadas vinculadas aos três primeiros segmentos têm representação nacional. Por compromisso ético formalmente estabelecido, tais operadoras não foram identificadas nominalmente na pesquisa.

O desenvolvimento dessa investigação permitiu fazer algumas reflexões que se afiguram como fundamentais para o desenvolvimento da linha de raciocínio que norteia o presente estudo, bem como para a construção do seu objeto e para a elaboração dos procedimentos metodológicos nele utilizados:

Em primeiro lugar, reconhece-se que, se o campo da saúde, no sentido mais amplo, é constitutivamente tensional, pautado obrigatoriamente pelo confronto de interesses de múltiplas forças, no campo específico do mercado de saúde supletiva, esse tensionamento assume uma intensidade nitidamente maior, dados os interesses diretamente econômicos que estão em jogo, que se somam aos confrontos gerados pelo controle dos processos ligados à administração e à prestação de serviços, evidenciando as características

singulares das relações que se estabelecem entre operadoras, prestadores e usuários. Entretanto, a atribuição dos altos custos do sistema de saúde à prática médica e a existência de uma legislação atual (tanto proveniente da ANS como dos órgãos de defesa do consumidor)³ que tem coibido certas restrições de acesso diretamente aos consumidores sugerem que os mecanismos de micro-regulação, ainda que se desenvolvam em todos os espaços de relação existentes no campo da regulação operativa (operadoras-prestadores, prestadores-usuários e operadoras-usuários), incidem principalmente sobre o espaço relacional operadoras-prestadores, tendo como alvo privilegiado a prática destes, no que os aspectos ligados à autonomia da corporação médica tem uma centralidade quase que absoluta. Daí a necessidade de um controle da mesma, que se traduz em um acompanhamento administrativo sistemático da sua prática, o que pode se refletir na qualidade do cuidado produzido no âmbito desse mercado. Esse espaço relacional constituiu, assim, um locus de interesse explorado na pesquisa institucional.

Em segundo lugar, à evidente complexidade desse campo acrescentam-se outros elementos externos, uma vez que o modelo assistencial prevalecente, isto é, o modelo médico-hegemônico (que se identifica com a formação do mercado privado de saúde e a sua estreita ligação com a medicina tecnológica) passa a conviver com uma racionalidade que vem se insinuando paulatina e silenciosamente no cenário da saúde suplementar, imiscuindo-se e passando gradativamente a induzir e conduzir o comportamento do mercado: a lógica relativa ao modelo gerencial proposto pela Atenção Gerenciada (AG), também conhecida como *Managed Care*.

Esta modalidade gerencial, que vem se afirmando como uma nova mentalidade no gerenciamento do cuidado, buscando a otimização da relação entre a qualidade e o custo, envolve novos ordenamentos administrativos e assistenciais nas relações entre os atores atuantes no mercado privado de saúde, muito notadamente nas relações entre operadoras e prestadores, com a instituição, por parte das primeiras, de mecanismos de regulação da prática dos últimos, de modo a não apenas causar impactos na autonomia médica e na sua marcante influência na prestação de serviços de saúde, como interferir diretamente na regulação do acesso dos usuários ao sistema, estando os dois

³ Estão sendo aqui especificamente referidos o Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) e a Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON).

aspectos intimamente ligados entre si. E esta conformação administrativa e organizacional coincide com a constituição de um arcabouço estrutural de um novo paradigma de modelo assistencial, que pode estar colidindo com a realidade representada pela medicina tecnológica e seus corolários.

Parece estar havendo uma tendência à incorporação, no mercado de planos e seguros privados no Brasil, seja de forma explícita ou sub-reptícia, de preceitos da AG na prática de regulação que as operadoras exercem diretamente sobre prestadores, e, indiretamente, sobre os usuários, cujo desenvolvimento antecede a própria ação regulatória promovida pela ANS, o que pode trazer conseqüências sobre o cuidado final produzido e sobre a própria viabilidade do projeto regulatório do Estado, motivo pelo qual é de interesse identificar qual é de fato a magnitude dessa influência e qual o poder de intervenção do setor governamental sobre tais práticas, no sentido de modificar e modular apropriadamente a sua ação reguladora sobre esse campo.

Verifica-se, assim, a disputa entre duas vertentes do capital neoliberal pela hegemonia de formatos de gerenciamento do cuidado no mercado de saúde suplementar, que se traduzem em tipologias de modelos assistenciais. Estas, por sua vez, refletem concepções e tratamentos específicos dados aos processos de trabalho no interior dos mesmos. Assim, enquanto o modelo médico-hegemônico se caracteriza predominantemente pela valorização dos procedimentos técnicos, que passa inclusive a exercer uma intermediação na relação entre o profissional e o seu objeto de trabalho (o usuário e suas necessidades), na nova ordem imposta pelo capital parece estar havendo um desalojamento do profissional médico do núcleo decisório da assistência, o qual passa a ser controlado pela esfera administrativa, e um investimento em tecnologias organizacionais que dispensem ou minimizem a utilização de procedimentos custosos, das quais são exemplares a valorização das atividades de prevenção e promoção à saúde, a utilização de equipes multidisciplinares, entre outros exemplos, onde o médico já não ocupa o lugar central na produção do cuidado.

Isto vem mostrar a importância da análise dos processos de trabalho quando se tem como objetivo a avaliação de modelos assistenciais e a qualificação dos processos de produção do cuidado, particularmente no que diz respeito às múltiplas relações que se instituem entre os agentes envolvidos nesse processo, relações estas que primam pela não

consensualidade dos interesses, como já foi dito. Assim, a abordagem dos processos de qualificação assistencial, sob a perspectiva da regulação pelo Estado, implica em explorar e conhecer os espaços relacionais que se estabelecem neste campo, especialmente aquele compreendido entre operadoras e prestadores, e isto abarca um arco extenso de considerações, que variam desde a análise das tecnologias organizacionais que vêm sendo incorporadas e utilizadas pelas operadoras para o controle e captura dos processos de trabalho existentes no âmbito da saúde suplementar, até a compreensão de como se constituem as linhas de produção de cuidado e os processos de subjetivações que se constroem nas relações entre as equipes profissionais e os usuários nelas presentes, de modo a se obter maior qualidade e integralidade no conjunto das ações de saúde.

A modelagem dos modelos assistenciais no mercado de saúde suplementar deve ser entendida, portanto, à luz dos processos de trabalho em seus aspectos moleculares e micro-políticos, que têm tradução na dimensão reguladora intrínseca à própria funcionalidade dinâmica do mesmo, seja no nível macro ou no nível micro-regulatório. É de se esperar também que, frente às estratégias micro-regulatórias promovidas pelas operadoras em relação aos prestadores, contra-estratégias sejam desenvolvidas por estes para se esquivar à pressão controlista exercida por aquelas, o que já dá uma mostra da complexidade e da conflitividade presente neste cenário. Do mesmo modo, espera-se que às estratégias macro-regulatórias determinadas pelo Estado, correspondam contra-estratégias desenvolvidas pelas operadoras e/ou prestadores para resistir a essas ações, sendo que esses mecanismos nem sempre são explícitos, apresentando-se como “cripto-mecanismos” de regulação que, autônomos, desenvolvem-se como formas de resistência à ação regulatória da ANS, de modo a não serem totalmente alcançados pelo seu campo de visão, o que já pode configurar um certo grau de refratariedade do mercado à ação reguladora da agência estatal.

Pelo já exposto, percebe-se que a regulamentação (ou regulação) estatal não se realiza de forma autônoma e absoluta, visto que envolve o enfrentamento entre os dispositivos macro-regulatórios impetrados pelo Estado, as contra-estratégias desenvolvidas pelo mercado para resistir à sua ação reguladora/regulamentadora, bem como os próprios mecanismos de regulação internos que se instituem entre os distintos atores que interagem nesse mercado e disputam o seu controle.

Estabelecida, portanto, a primeira etapa da macro-regulamentação governamental a partir da Lei 9656/98, que definiu o marco regulatório para o setor e estabeleceu os parâmetros da regulamentação econômica visando garantir a “saúde financeira” do mercado, reafirma-se que, no segundo e atual momento, o esforço regulatório do Estado, via ANS, passou a se concentrar na regulação da qualidade dos processos assistenciais nele desenvolvidos. Isto quer dizer que, para viabilizar esse propósito, o Estado deverá deslocar seu foco de atenção da macro-regulação para o campo da regulação operativa, de modo a ampliar a sua compreensão acerca das relações que se constroem entre os agentes que atuam no mercado, construindo competências e tecnologias de gestão governamentais que instruem sua missão regulatória, com vistas a uma adequada intervenção sobre o mesmo.

A construção do atual estudo

A participação no grupo encarregado de investigar os mecanismos de regulação adotados pelas operadoras no mercado brasileiro de planos e seguros privados de saúde permitiu, no transcorrer do desenvolvimento da pesquisa já referida, a elaboração e a sistematização de algumas reflexões que deram origem ao presente estudo, daí a citada pesquisa institucional encomendada pela ANS vir a ser doravante mencionada como “pesquisa-mãe”. A inserção na mesma permitiu que tais reflexões e mesmo algumas inquietações que dela afloraram coincidissem com a construção de uma perspectiva voltada para uma nova abordagem no tratamento das suas questões fundamentais e do próprio material empírico obtido, o que resultou na formulação de novas indagações, que, finalmente, convergiram para a elaboração da pesquisa atual.

A partir da constatação da existência de um esforço real do Estado em construir uma agenda que tenha como eixo a instituição de marcos regulatórios que privilegiem a qualificação dos processos assistenciais existentes no mercado de saúde suplementar, bem como o estímulo à produção social de saúde por parte do mesmo (o que a própria encomenda da pesquisa institucional por si só já atesta), percebe-se também que já existe, ao mesmo tempo, uma formatação prévia nesse sub-sistema, que obedece a uma série de outras determinações, decorrentes não só da própria conformação histórica do mercado de saúde brasileiro como de outras influências externas vinculadas ao movimento

global de reestruturação dos processos de acumulação do capital, a ser posteriormente comentada – nos quais a proposta da AG está inscrita –, que vem moldando de forma ora explícita, ora sub-reptícia, o campo da regulação operativa (isto é, a funcionalidade micro-regulatória intrínseca ao próprio mercado) com que tem que se defrontar a regulação estatal.

Nesse contexto, uma das indagações que podem ser feitas de antemão é se a ação normativa da Agência Nacional de Saúde, enquanto instância governamental, está de fato condicionando e modulando a funcionalidade desse mercado, no que diz respeito às formas de relacionamento vigentes entre operadoras, prestadores e beneficiários, ao formato e à qualidade da assistência à saúde que nele é produzida, bem como à relação existente entre essas duas dimensões do campo da regulação operativa.

O conjunto das informações e das considerações reunidas até agora permite uma convergência, ainda que de forma provisória, ao objeto da presente pesquisa, que é o desafio que representa para a ação reguladora/regulamentadora do Estado a instituição de marcos regulatórios voltados para a implementação de processos de qualificação assistencial e para a produção social de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro, considerando-se a sua complexidade e a sua sinergia com parâmetros regulatórios instituídos pelo próprio capital. Para isso, é necessário investigar a atual conformação dos modelos assistenciais nele presentes, bem como observar a relação existente entre o cuidado aí produzido e as práticas micro-regulatórias desenvolvidas pelas operadoras sobre os outros atores nesse cenário, em especial os prestadores, sobre quem a pressão da micro-regulação recai de forma mais incisiva.

Uma formulação ainda abrangente do problema da pesquisa atual, a ser aperfeiçoado e delimitado ao longo do desenvolvimento deste trabalho, pode ser sintetizada na seguinte pergunta:

O marco regulatório que o capital vem instituindo no âmbito do mercado privado de saúde no Brasil, nos cânones da medicina liberal tecnológica, (vinculada ao complexo médico-industrial), ou do capital financeiro internacional (via Atenção Gerenciada), previamente à ação da ANS, suporta a re-significação que o Estado brasileiro busca instituir, tendo como eixo o controle público da qualificação dos processos assistenciais e da produção social de saúde?

Diante das considerações já colocadas até agora, uma interrogação que imediatamente sobrevém à anterior, e que lhe é especular, diz respeito ao real sentido da regulação que o Estado procura empreender para intervir no espaço da regulação operativa e que se expressa da seguinte forma:

O esforço real que o Estado vem fazendo para intervir nesse campo, através do seu aparato regulador jurídico e instrumental, logra efetivamente êxito nesta missão? Qual deve ser a verdadeira natureza dessa intervenção e que marcos regulatórios devem orientá-la? Que instrumentos e tecnologias de gestão a ANS deve dominar para adentrar nos espaços relacionais que se estabelecem entre os diferentes atores – em especial no binômio operadoras-prestadores – e imprimir a marca regulatória do Estado no campo da regulação operativa?

As hipóteses centrais defendidas neste estudo, que neste momento ainda estão sendo colocadas em linhas gerais e em caráter também provisório, podem ser resumidas e desdobradas nas seguintes formulações, como se segue:

1) No mercado de saúde suplementar brasileiro, a trajetória e a dinâmica instituída pelo capital, inicialmente através do modelo médico-hegemônico, e posteriormente capitaneada pelo capital financeiro, não são totalmente permeáveis às determinações regulamentadoras/reguladoras que a Agência Nacional de Saúde, enquanto braço regulador do Estado, tenta imprimir no sub-setor privado de saúde, nos moldes em que estas têm se realizado até agora.

2) O êxito da ação reguladora/regulamentadora estatal neste campo está diretamente ligado à sua capacidade de promover uma redefinição do modelo regulatório, isto é, de instituir novos marcos regulatórios para o setor, o que implica em uma intervenção na dimensão micro-política da regulação operativa do mercado, reciprocamente remetida ao plano macro-político, de modo a tornar as operadoras de planos e seguros privados em gestoras do cuidado, promovendo, assim, a qualificação dos processos assistenciais existentes e a produção social de saúde.

O objetivo geral desta pesquisa é, portanto, estabelecer uma reflexão acerca do significado e do alcance da instituição dos marcos regulatórios voltados para a qualificação dos processos assistenciais e para a produção social de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro, por parte do Estado. Para isto, torna-se necessário identificar e analisar os modelos assistenciais nele vigentes, buscando-se compreender o quanto estão afinados com a formulação da política estatal para o setor, bem como a sua receptividade e

permeabilidade à ação reguladora do Estado, considerando-se as influências externas que vêm recebendo, previamente à existência da ANS, e que estão sintonizadas com as novas necessidades dos processos de acumulação capitalista, no contexto internacional da reestruturação produtiva. Tais influências vêm moldando paulatinamente as tecnologias organizacionais e a conformação dos processos assistenciais, em diferentes ritmos e graus, através do modelo veiculado pela AG que vem propondo uma nova forma de gestão do cuidado.

O leitor está convidado a participar do debate que esta temática suscita, a partir da apresentação do referencial teórico que a fundamenta, o que será feito nos momentos seguintes. A organização deste material em capítulos procurará sistematizar as principais reflexões que envolvem o tema, bem como discutir os pressupostos teóricos que conduzem à construção da metodologia da pesquisa.

O primeiro capítulo dedica-se a repassar o debate em torno das questões que envolvem o paradoxo da própria gênese do mercado privado de saúde, no seio de uma conjuntura favorável à concretização do ideário democratizante, que defende o direito universal à saúde (previsto no texto constitucional de 1988 e na Lei 9090, de 1990, que estabeleceu a criação do SUS), à luz da intermediação entre o público e o privado, constitutiva do desenvolvimento histórico das práticas de saúde e das políticas governamentais voltadas para o reordenamento do setor. Destaca-se a centralidade da Previdência Social no estímulo ao desenvolvimento do sub-sistema privado até fins da década de 1970 e a emergência da forma neoliberal de produção de assistência à saúde relacionada à primeira fase de acumulação de capital no setor, consubstanciada no que veio se denominar modelo médico-hegemônico, intimamente vinculado ao complexo médico-industrial. Observa-se, ainda, como a política previdenciária, especialmente após a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, fomenta o processo de constituição de redes segmentadas de provedores com base na segmentação hierárquica das empresas e nas faixas de renda dos clientes individuais, que vem encontrar na teoria do risco, que rege o mercado de seguros, um grande aliado, o que é especialmente importante para se compreender a fragmentação do cuidado produzido neste mercado, em sua raiz.

No segundo capítulo, em um processo mais detalhado de aproximação do objeto e da metodologia da pesquisa, procura-se recuperar algumas reflexões atinentes a um

aspecto crucial da situação atual do mercado de saúde suplementar brasileiro – o embate existente entre as duas formas neoliberais de produção de serviços de saúde, representado pelas duas facções do capital que disputam a hegemonia deste mercado: o capital originado do complexo médico-industrial (e que está na base do modelo médico-hegemônico, que, por razões evidentes, também é denominado modelo médico-produtor de procedimentos) e o capital financeiro internacional, que está na retaguarda da construção da máquina organizacional e ideológica representada pela Atenção Gerenciada, propondo uma nova racionalidade de gerenciamento do cuidado, cuja idéia nuclear se vincula à otimização da relação entre a qualidade do cuidado e o seu custo. Procura-se mostrar que tal disputa entre as duas correntes ligadas aos processos de acumulação de capital se dá no plano da conformação dos modelos assistenciais, que, no caso da segunda, reflete uma prática micro-regulatória controlista do trabalho em saúde, notadamente do profissional médico e da sua conhecida autonomia, para o que as novas tecnologias de gestão organizacional desempenham papel fundamental, visando a sua captura.

O terceiro capítulo, que pode ser considerado o coração deste estudo, pretende estabelecer e refletir sobre os pilares teóricos sobre os quais se fundam as reflexões e a argumentação essencial que se procura desenvolver aqui. Isto significa primeiramente considerar que a concepção de modelo tecno-assistencial envolve uma dimensão técnica, política e, sobretudo, micro-política, estando diretamente ligada à compreensão de como se processam as relações entre os atores nos distintos espaços relacionais, traduzidas nas tecnologias do trabalho em saúde. A miríade desses processos relacionais, por estar repleta de processos de subjetivações, compõe as denominadas tecnologias “de relações” ou tecnologias “leves”, que, associadas ao domínio do conhecimento e da técnica, conformam distintas modalidades tecnológicas que exercem uma ação inquestionavelmente operatória sobre a produção de um determinado formato de assistência à saúde, expresso no cuidado como produto final, que será dotado de maior ou menor qualidade e integralidade em função das composições entre essas diferentes tecnologias. Considera-se, ainda, que tais composições tecnológicas estruturam-se em duas vertentes enquanto resultados do trabalho no campo da saúde: a da produção de bens concretos ou simbólicos diretamente ligadas ao cuidado do usuário e a da conformação de tecnologias de gestão organizacional, que, no mercado de saúde suplementar, estão

vinculadas à instituição de mecanismos de (micro)regulação da utilização de serviços de saúde, para o que se torna fundamental o controle, ou a captura, do trabalho dos profissionais de saúde, especificamente do médico.

Este parece ser o cerne de um movimento de verdadeira transformação do *status quo* tecnológico das práticas assistenciais atualmente vigentes no mercado privado de saúde e que se exprime na concepção dos novos modelos assistenciais que vêm sendo propostos. Pretende-se, com isto, a reversão da mentalidade produzida no modelo médico-hegemônico – a da valorização e da fetichização dos procedimentos como a corporificação do cuidado em si – para uma nova ordem em que outros elementos passam a ser incorporados ao provimento do cuidado: o incentivo às práticas de prevenção e promoção à saúde, a utilização das equipes multidisciplinares, entre outras, para o que o deslocamento do médico de uma posição até então central para uma mais periférica, bem como a captura contínua da sua autonomia, passam a ser vitais para o êxito da nova proposta de gerenciamento do cuidado e, principalmente, para a sobrevivência desse sub-sistema como um todo. Nesse sentido, a inflexão que a nova racionalidade gerencial almeja alcançar pode estar significando uma *transição tecnológica* dos processos produtivos em saúde, dentro do já referido contexto de reestruturação produtiva do capital, assunto que será discutido com maior profundidade nesse capítulo. E este processo está intimamente ligado ao sentido e à efetividade da ação regulatória estatal no setor.

Integra ainda este capítulo a definição da estrutura metodológica da pesquisa, o desenho do campo de investigação para a concretização da etapa empírica e a apresentação das categorias de análise utilizadas no tratamento dos dados obtidos no trabalho de campo.

O quarto capítulo destina-se a apresentar os dados obtidos no trabalho de campo, que se referem a uma operadora selecionada como estudo de caso pelos critérios apresentados no capítulo anterior. Simultaneamente à apresentação, será feita a análise do material empírico, à luz do referencial teórico utilizado, através de categorias analíticas. Tal análise buscará recuperar a riqueza do material produzido na “pesquisa-mãe”, agora submetido a um novo tratamento, mas explorando as duas dimensões propostas naquela: a da micro-regulação e a da configuração do modelo assistencial, bem como a eventual, para não dizer obrigatória, associação existente entre ambas.

No quinto e último capítulo, à guisa de conclusão, buscar-se-á uma convergência dos resultados obtidos na etapa empírica para que se possa retomar o fio condutor da pesquisa, produzindo-se uma reflexão acerca do desafio que representa, para o Estado, a instituição de marcos regulatórios na dimensão assistencial, bem como o real sentido desta macro-regulação estatal, se o da preservação ou o da mudança, no que diz respeito à qualidade e a integralidade da assistência à saúde, em um cenário que, pela sua própria natureza, tem sido marcado pela segmentação e fragmentação do cuidado, bem como pela negação de um princípio de cidadania constitucionalmente garantido.

Diante de um tema tão estimulante, é muito bem-vinda a participação e a contribuição do leitor no debate a que se propõe ser o presente estudo.

***1. O DESENVOLVIMENTO DO MERCADO DE
SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO E A
REGULAMENTAÇÃO ESTATAL SOBRE O SETOR
À LUZ DA INTERMEDIÇÃO ENTRE O
PÚBLICO E O PRIVADO***

A conformação histórica das práticas sanitárias no Brasil, especialmente o processo de constituição e expansão do sub-setor privado de assistência à saúde, pode ser compreendido à luz da dinâmica formada pelo mosaico entre o público e o privado, que culmina e se condensa com o início da intervenção do Estado sobre o mercado de saúde suplementar a partir da Lei 9656/98 e da posterior criação da Agência Nacional de Saúde, em 2000.

Neste capítulo, procurar-se-á fazer algumas reflexões e considerações ligadas à gênese e à constituição deste mercado (que em um determinado período ficou à margem da regulamentação estatal) e o processo regulatório instaurado sobre este sub-setor, sob esta perspectiva. Para isto é necessário primeiramente fazer uma recuperação histórica do desenvolvimento do mesmo, bem como do processo de regulamentação estatal, mapeando os momentos em que o *mix* público-privado revelou de forma mais incisiva a tensão latente que existe entre a concepção de saúde como direito de cidadania e, portanto, como bem público, e a concepção que a toma como valor de mercado e, portanto, na sua dimensão de objeto de consumo. Esta contradição acompanha de perto e está presente, como nota de fundo, em qualquer debate que envolva a instituição de marcos regulatórios sobre o sub-setor privado por parte do Estado.

1.1. O DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE E A EXPANSÃO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – UM INCÔMODO PARADOXO

Conforme já referido anteriormente, a expansão do sub-setor privado de assistência à saúde, de forma paralela ao processo de consolidação de valores democráticos próprios de um Estado provedor de direitos sociais universais (afinado com os fundamentos emanados do que se convencionou denominar Estado de Bem-Estar-Social), cristalizados na Constituição de 1988 e, posteriormente, na Lei 8080/90, que instituiu a criação do SUS – cujos princípios mais caros são a universalização, a equidade e a descentralização – configurou um incômodo paradoxo.

Ainda que algumas hipóteses tenham sido aventadas para explicar o fenômeno, por exemplo, eventuais insuficiências verificadas na execução dos preceitos do SUS que tivessem levado a um rebaixamento da qualidade dos serviços públicos de saúde, a compreensão do mesmo refuta explicações simplistas. Na verdade, embora a flutuação no aporte de recursos à saúde tenha sido uma realidade a partir da década de 1970, e o sub-financiamento do setor público tenha efetivamente comprometido a qualidade dos serviços, o agravamento deste fenômeno tem expressado suas conseqüências em momentos mais recentes, não sendo a explicação anterior suficiente para compreendê-lo em sua totalidade.

Alguns autores defendem que uma abordagem mais completa e realista da questão necessariamente envolve a observância da intrincada intermediação entre o público e o privado, que tem caracterizado a prestação de serviços de saúde no Brasil desde os seus primórdios (BAHIA, 2001b, p. 2). Como um tema dessa amplitude e profundidade por si só já mereça um estudo à parte, não cabe aqui uma recuperação extensiva e aprofundada da discussão que envolve o mosaico público-privado no campo da saúde, interessando aqui tão somente o que diz respeito à temática central do presente estudo¹.

ACIOLE (2003) lembra que analisar as relações estabelecidas entre o público e o privado (que sinteticamente representa as relações entre o Estado, o mercado e a sociedade), implica em compreender e explorar a polaridade dialética existente entre ambos, bem como as relações de interpenetração inerentes a essas duas dimensões. Assim, a intermediação público-privada expressa o fato de que parte da esfera privada vem se tornando pública, enquanto o público coloca-se a serviço dos interesses privados que o orientam, uma vez que, historicamente, o intervencionismo estatal sempre tem se organizado em função dos mesmos, os quais, de certa forma, modulam a própria ação do Estado. Considera, assim, que a clivagem entre o público e o privado não deixa de ser artificial, e denota a própria relação entre liberalismo e democracia, que se materializa na constituição dos direitos. Esta abrange, de forma polarizada, os direitos públicos do cidadão, isto é, o estatuto de cidadania, (elemento civil do Estado) e a segunda, o estatuto do consumidor, enquanto elemento fundamental do mercado.

¹ Para um maior aprofundamento da questão, recomenda-se consultar ACIOLE, Geovane Gurgel. *A saúde no Brasil: entre o Estado e o mercado*. Campinas: UNICAMP/FCM, 2003. (Tese – Doutorado).

Já é de conhecimento geral que a intermediação público-privada é constitutiva da assistência à saúde no Brasil, permeando-a e atravessando-a, nas suas origens e desenvolvimento, em todas as suas dimensões, o que abrange desde as considerações de natureza propriamente epistemológica, ligadas ao antagonismo entre o saber clínico e o epidemiológico que subjaz a dicotomia entre a Saúde Pública e a Medicina (inclusive na sua expressão material observada na composição tecnológica das práticas de saúde, que traduz a polarização prevenção *versus* cura, ao longo dos tempos), passando pelas distintas conformações organizacionais, administrativas e tecnológicas do sistema de saúde, até os processos políticos e sociais que contextualizam essas práticas. Isto pode ser verificado principalmente a partir da década de 1930, quando teve início a concepção e a organização de “seguro social”; no posterior estímulo ao empresariamento da medicina no contexto da política previdenciária, nas décadas de 1960 e 1970; nas experiências de reordenamento setorial das políticas governamentais (voltadas para uma racionalização do setor, no sentido de se obter uma maior eficiência e racionalidade nas ações de saúde, com base no princípio de descentralização, ao lado de um esforço de integração entre as ações preventivas e curativas, fomentando uma maior integralidade do cuidado) e, em seguida, na reforma setorial que vem sendo conduzida pelo capital financeiro, visando um redesenho da ação do Estado no setor, a partir da década de 1980, em um contexto mundial de globalização da economia.

Desse modo, no campo da saúde, que se caracteriza por um aparato organizado de serviços e ações, a duplicidade apontada apresenta-se tanto no plano conceitual como operacional, a partir da interação existente entre indivíduo e o coletivo, bem como entre o Estado e o mercado. A saúde pode ser considerada, portanto, um analisador da antinomia entre o público e o privado, o que envolve tanto a dualidade citada entre a Saúde Pública e a Medicina como as relações existentes entre esta e a estrutura econômica, no sentido de propiciar perpetuação da sociedade capitalista, através da manutenção e da reprodução da força de trabalho, bem como da sua participação na atenuação dos antagonismos sociais (idem, p. 30, 79).

No período mais recente da história do país, a contradição anteriormente apontada reflete de maneira privilegiada, por assim dizer, as tensões presentes no período de transição democrática, entre os neoliberais, defensores da não ingerência do Estado na

política e na administração das práticas de saúde, e os defensores da ausência de parceria Estado-mercado, bem como do fortalecimento do setor público em sua radicalidade, preservando-se os fundamentos da Reforma Sanitária, que veio culminar com a garantia do direito à saúde no texto constitucional, em meio à eclosão e fortalecimento do sub-setor privado. Este, que já vinha se estruturando desde a década de 1960, ganhou novo impulso com as reformas setoriais, mas agora com características já completamente diferentes. A cristalização do reconhecimento das determinações pública e privada no sistema de saúde pode ser vista pela própria criação da lei 9656/98 e da Agência Nacional de Saúde (ANS), em 2000, que se propõe a imprimir diretrizes e marcos regulatórios em um mercado que, até a sua criação, primava pela não regulamentação, ou melhor, pela auto-regulação.

Ao longo de todo o seu desenvolvimento, tem-se a oportunidade de constatar que a construção e consolidação do subsistema privado se deu a partir da sua interpenetração com o setor público, processo este que, em toda a sua gênese e constituição, apresenta a marca da heterogeneidade.

A conformação do mercado privado de saúde à luz do mix público-privado – algumas demarcações fundamentais e incontornáveis

O sistema de saúde no Brasil constituiu-se historicamente por estabelecimentos públicos e privados tanto para a cobertura de ações mais preventivas/coletivas, como para as curativas, mais ligadas à assistência médico-hospitalar individualizada. Assim, desde o início do século, já se pode identificar uma determinação híbrida, público-privada, no interior das empresas e entidades mutuais, sistemas fechados de proteção social, com vistas a defender o processo de industrialização dos riscos do trabalho, através das concepções liberais então vigentes de não intervenção estatal nas relações entre empresários e trabalhadores (BAHIA, 2001a, p. 327). Desde então, a vinculação entre saúde e previdência social já configura a principal expressão entre as esferas pública e privada do campo.

Ao longo do tempo, assistiu-se ao desenvolvimento e fortalecimento de uma concepção de “seguro social” tecida mediante o estabelecimento de uma política previdenciária que havia se tornado responsável pelos benefícios pecuniários e pela

assistência médica a determinadas categorias de trabalhadores urbanos. Assim, a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), em 1923, através da Lei Eloy Chaves, representou um primeiro momento de incorporação de uma concepção e de um formato de “seguro social” originado pelas relações contratuais entre o capital e o trabalho (CORDEIRO, 1984, p. 20). Antes da revolução de 1930, o sistema de previdência social através de Caixas abrangia pequenos contingentes de assalariados, restringindo-se ao âmbito de empresas isoladas.

A partir de 1933, teve início a organização dos segurados por categorias de empresas, através da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que trouxe modificações significativas ao modelo de seguro social, ao possibilitar a extensão progressiva de direitos sociais a todos os assalariados urbanos, a padronização dos direitos assegurados e o deslocamento do controle do sistema previdenciário, antes representado pelo vínculo direto entre o empregado e o empregador, para a esfera do Estado, através da sua subordinação ao Ministério do Trabalho (DONNANGELO, 1975, p. 15). A ampliação da massa segurada baseava-se na sua incorporação aos institutos por categoria profissional, diferentemente das caixas, que era por empresas.

Na conjuntura histórica da transição entre a economia de base agro-exportadora e o incipiente processo de industrialização, em que a emergência de setores assalariados urbanos já era um fato evidente (inicialmente os ligados ao setor de serviços relacionados à economia cafeeira e, posteriormente, os trabalhadores inseridos na atividade propriamente industrial), a interferência estatal já se fazia indispensável à continuidade do desenvolvimento capitalista no Brasil, ou seja, ampliava-se na esfera econômica para responder às necessidades de reorganização do capital e do trabalho. Nesse sentido, em vista das cada vez mais emergentes demandas das classes trabalhadoras, a Previdência Social aparece como “a contrapartida necessária das tensões sociais em desenvolvimento e expressa a ação mediadora do Estado nas relações entre classes sociais, assim como suas novas funções entre o capital e o trabalho” (idem, p. 12, 14).

A substituição parcial das Caixas pelos IAPs, além de representar uma modernização do aparelho de Estado, era uma forma de gerar um regime de capitalização, com aplicações em investimentos rentáveis, fazendo com que o Estado, ao assumir o controle dessas instituições, vinculasse a Previdência Social aos interesses das classes

dominantes. Assim, no período que se seguiu à unificação dos IAPs, o aparelho previdenciário aplicava seus recursos em investimentos nos ramos estrategicamente relevantes para o processo de acumulação capitalista (no setor habitacional, em aplicações no sistema bancário, entre outros), cujo retorno deveria ser assegurado de forma a não comprometer a base técnica dos cálculos atuariais para o pagamento de benefícios. Em consequência da sua vinculação a esse modelo de capitalização de reservas, de bases nitidamente atuariais, o projeto de Previdência Social então vigente relegava a assistência médica a um plano secundário. Além disso, ainda não se havia constituído, nesse período, um segmento privado de prática médica de base técnica e financeira expressivas a ponto de se organizar em empreendimentos médico-hospitalares de feição empresarial, uma vez que a prática médica ainda era de caráter nitidamente autônomo, que institucionalmente só se fazia representar por hospitais filantrópicos e estatais sem importância significativa (CORDEIRO, op. cit.).

É importante salientar o caráter contratual da concepção de seguro social vigente no período, em função da estreita vinculação existente entre os benefícios concedidos e a disponibilidade dos recursos resultantes das contribuições e do regime de capitalização, o que deveria ser mantido sob rígido controle em função da previsibilidade atuarial, de modo a se obter a otimização a longo prazo dos investimentos feitos no setor produtivo. Com isto, era possível articular aquela forma específica de política social com os processos de acumulação do capital e a própria viabilização política e econômica do regime.

Assim, a transformação das CAPs em IAPs expressou a ação centralizadora e racionalizadora do governo na gestão da Previdência Social, através do que os Institutos constituíram-se em um comprador de dimensões consideráveis e sem precedentes no mercado, ímpar quanto ao poder de compra e de recursos que acumulava. Somente a partir de 1940, e já marcando o advento do início da crise da concepção capitalizadora que nortearia a ação da Previdência Social, o Estado retomaria para si a oferta de assistência médico-hospitalar, o que pode ser verificado através do investimento em serviços próprios, que foi a tônica da política previdenciária no período compreendido entre 1945 e 1964 (ACIOLE, op. cit., p. 135-6).

Paralelamente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões, surgiram caixas de assistência para os empregados de determinadas empresas, que, aos benefícios relativos à Previdência oficial, acumularam empréstimos ou reembolso de utilização de serviços de saúde. Assim, no período que antecedeu a unificação dos Institutos na Previdência (INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, em 1967), a organização de serviços assistenciais restritos a algumas empresas se difundiu, a partir da década de 1940, com a organização de Caixas de Assistência dos Funcionários, como a CASSI (do Banco do Brasil), e, durante a década de 1950, de sistemas assistenciais próprios às empresas nacionais e multinacionais que se instalaram no país, como a da indústria automobilística, especialmente das montadoras estrangeiras. Além disso, foram criados também os Institutos de Aposentadorias e Pensões independentes da Previdência Social para os servidores públicos das mais importantes administrações municipais e estaduais, sendo que os funcionários dos Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Industriários estruturaram a Assistência Patronal, que veio a se constituir no GEAP – Grupo Executivo de Assistência Patronal (BAHIA, 2001a, p. 327). Tais sistemas particulares, que vieram constituir o que se denominou segmentos de *auto-gestão* ou *planos próprios de empresas*, possuíam serviços próprios e dispunham da alternativa de reembolso para as despesas médico-hospitalares contraídas pelos seus empregados com provedores de serviços autônomos. Tais planos de saúde próprios do empregador, embora existissem desde a década de 1940, vieram ganhar impulso no final dos anos 1970, com a legislação que criou os sistemas fechados e abertos da previdência complementar.

No período compreendido entre a criação das CAPs e, posteriormente, dos IAPs, até a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, não houve, portanto, indicações nítidas das transformações capitalistas das práticas médicas através do empresariamento da medicina, bem como modificações das bases técnicas da prática e do saber médicos, inclusive as ligadas à produção de equipamentos e medicamentos. Isto pode ser atribuído a alguns fatores, entre os quais podem ser citados: (a) a dominância de uma prática médica autônoma, liberal e caritativa, aliada à inexistência de uma estrutura tecnológica mais ampla, que se alicerçava nas bases materiais conferidas por hospitais de caráter religioso, filantrópico ou até mesmo mutualistas, como já mencionado; (b) a pouca atratividade exercida pelo setor de serviços para a aplicação de excedentes de capital,

especialmente no que se relaciona à assistência médica, que teria uma rentabilidade menor que a dos setores agrário-exportador e industrial; e, finalmente, (c) ao caráter contratual restritivo de uma Previdência Social mais afeita a uma perspectiva atuarial, do que decorre o fato de a assistência médica ter recebido tratamento desigual e descontínuo ao longo de todo o período marcado pelo seguro social representado pelas CAPs e IAPs, em função das diferentes injunções políticas e técnico-atuariais da época.

No período compreendido entre 1945 e 1964, que teve como característica marcante a crise do sistema de capitalização de reservas, de bases atuariais, verificou-se uma extensão dos benefícios e a ampliação da assistência médica, operando-se uma transformação do conceito restritivo de “seguro social” para o de “seguridade social”. Foi justamente a crise desse regime de capitalização um dos fatores determinantes para o reordenamento do aparelho previdenciário, em 1966, com a fusão dos IAPs e a prevalência do regime de partição, igualando-se as contribuições e os benefícios das diversas categorias profissionais, havendo, ainda, a incorporação de novas parcelas da população ao sistema previdenciário (CORDEIRO, op. cit., passim).

Em relação à participação estatal na organização de programas de assistência médica, DONNANGELO (1975) afirma que esta não decorreu de uma política previamente deliberada, até porque o setor saúde não constituía uma prioridade nas definições da política econômico-social do Estado, destacando a inexistência *a priori* de qualquer projeto de constituição de uma rede estatal de serviços médico-hospitalares. A autora identifica dois aspectos que denotam a forma e a extensão da interferência estatal na política de assistência à saúde do período:

O **primeiro** deles consiste na consideração de que a ampliação quantitativa e qualitativa da assistência médica, no âmbito das instituições previdenciárias, está mais relacionada com as pressões do consumidor e com fatores ligados a características institucionais da Previdência e não diretamente relacionados à assistência médica do que com a ação deliberada do Estado para absorver ou mesmo controlar o sistema de produção e consumo de serviços. O **segundo** aspecto diz respeito ao fato de que a interferência estatal, no momento em que ocorreu, comportou formas de privilegiamento do produtor

privado de serviços de saúde. (DONNANGELO, 1975, p. 24-5, grifos da autora).

Ainda que não se pretenda reconstituir aqui todo esse processo, em relação ao primeiro ponto, pode-se dizer, resumidamente, que está relacionado às demandas das classes trabalhadoras por benefícios pecuniários (por exemplo, seguro-doença e seguro-invalidez), em vista dos baixos níveis de saúde do trabalhador urbano, como forma de se manter a continuidade e a regularidade no trabalho necessária ao processo de acumulação de capital. Disso resultava a pressão sobre os recursos financeiros da Previdência Social, cuja concessão exigia o controle médico das condições de saúde do trabalhador.

A expansão de serviços médico-hospitalares deveu-se também à necessidade de uma resposta de caráter populista à pressão do consumidor representado pela população assalariada, que, em função dos baixos níveis de saúde já apontados, da sua incapacidade de compra de serviços médicos diretamente no mercado e da intensificação das suas necessidades de consumo, aproveitaria a via institucional que surgia para dar vazão a uma procura cada vez maior pela prestação de serviços médicos curativos (idem, p. 30).

Concomitantemente a essas questões, a ampliação da assistência médica atendia também à necessidade de solução dos problemas de natureza técnico-atuarial, em razão do que representantes da tecnoburocracia da Previdência Social, ao lado de advogarem pelo fortalecimento de uma vertente previdenciária mais voltada à seguridade social, defendendo a necessidade de se garantir acesso aos serviços de saúde a maiores contingentes da população, numa perspectiva de ampliação de direitos sociais inspirada na ideologia européia do bem-estar-social, compreendiam também a alternativa da expansão da estrutura assistencial como forma de diminuir os encargos atuariais com as modalidades de seguros mencionadas. Em outras palavras, dentro de um enfoque predominantemente voltado ao equilíbrio atuarial, o investimento na ampliação da assistência médica aliviaria e compensaria os gastos gerados pelos auxílios pecuniários vinculados ao seguro social propriamente dito. A assistência médica passou então a ser vista como uma garantia da produtividade do trabalhador, economizando-se gastos previdenciários com benefícios e aposentadorias precoces, voltando-se claramente para a reprodução da força de trabalho produtiva.

O advento do golpe militar, em 1964, imprimiu uma nova orientação à Previdência Social, num processo de reformulação política que culminou com a fusão dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). É importante salientar que esse processo de unificação da Previdência Social, enquanto parte do processo de modernização do aparelho do Estado autoritário (que requeria para a sua concretização a introdução de modificações e dispositivos institucionais que permitissem a criação de novos mecanismos financeiros, legais e de participação direta do Estado na produção, no sentido de viabilizar a retomada do desenvolvimento capitalista), tinha como elemento constitutivo a exclusão dos mecanismos de expressão e participação política das classes trabalhadoras, através das organizações mutualistas e sindicais, dos processos de decisão.

Nesse contexto, a compra de serviços de estabelecimentos médicos e hospitalares passou a ser decisivamente o principal mecanismo de organização da oferta da medicina previdenciária. Firmando-se o Instituto (ou o Estado) como grande comprador, estabeleceu-se uma articulação com segmentos do setor de serviços, não mais como resultado dos investimentos diretos da Previdência Social, mas mediante a transferência de recursos para a remuneração de serviços médicos prestados à população previdenciária (CORDEIRO, op. cit., p. 18).

Assim, em relação ao anteriormente aludido privilegiamento do produtor privado², pode-se dizer que a forma básica através da qual se dá o relacionamento entre o Estado e o produtor é a compra de serviços pelo Estado, tendência que foi mais marcadamente observada no que concerne aos serviços hospitalares, fenômeno este que combina um processo de esvaziamento da autonomia do produtor individual via assalariamento com a garantia de continuidade do setor privado (DONNANGELO, op. cit., p. 35-6). Naturalmente que neste entremeio a condição de comprador, associada às limitações decorrentes do volume de recursos disponíveis, já conferiam ao Estado o papel de regulador de preços.

² Donnangelo faz a distinção entre o que denomina categoria “médico” e categoria “produtor privado”, a primeira referindo-se a características ocupacionais, a segunda relacionando-se à situação do profissional no conjunto da produção dos serviços de saúde, ou seja, a terminologia “produtor privado” refere-se à parcela de profissionais que conservam, de forma total ou parcial, o controle sobre os meios de produção do setor. Cf. DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Medicina e sociedade; o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

Tal processo se concretiza de forma mais evidente com a reforma institucional da Previdência através da criação do INPS, quando são introduzidos no sistema dispositivos que favorecem a reorganização e capitalização do setor privado sob a forma do empresariamento da medicina. Ela sintetiza os movimentos através dos quais a ação do Estado preservava o setor privado:

ao sustentar, pela manipulação concentrada de recursos, uma procura ampliada quantitativa e qualitativamente; ao garantir a continuidade e expansão, sob controle privado, de uma rede de produção de serviços que incorpora progressivamente a tecnologia moderna; ao manter o produtor privado sob controle direto dos processos de produção, conquanto limitado pela capacidade de custeio (idem, p. 36).

A intervenção dos governos militares sobre o seguro social materializou-se em alguns pontos fundamentais (ACIOLE, op. cit.):

1. Em uma política social de expansão de cobertura e generalização da assistência médica, em nome da racionalidade administrativa, que advogava a relação custos mínimos (através da simplificação tecnológica) e benefícios máximos, que também teriam um efeito amortizador sobre as consequências sociais geradas pela crise econômica;
2. Na priorização dada à prática médica assistencialista, individual e curativa (em detrimento das ações coletivas e de saúde pública), em uma clara opção por um modelo financiador da expansão da atividade privada de produção de serviços médicos e hospitalares, consolidando a medicina previdenciária;
3. No estímulo ao desenvolvimento e consolidação da indústria de equipamentos e medicamentos;
4. Em uma forma de interferência estatal na Previdência Social, através da qual se deu o privilegiamento do produtor privado, o que formalmente se manifesta através dos dispositivos institucionais que, a partir de 1974, dão o tom das políticas sócio-econômicas do período. Prova disso é a criação do MPAS – Ministério da Previdência e da Assistência Social (desvinculado do Ministério do Trabalho), que consolida definitivamente, como política social, a supremacia da medicina previdenciária sobre as ações de saúde pública.

O propiciamento das condições para a capitalização do sistema, que caracterizou esse período, foram dadas pelo financiamento a hospitais privados, pelo credenciamento para compra de serviços e pelo estabelecimento dos convênios com as empresas, como se verá abaixo, configurando o INPS como o grande financiador e comprador de serviços do setor privado.

No período compreendido entre 1964 e 1966, e como antecipação do que posteriormente veio se configurar como o empresariamento da medicina propriamente dito, teve início, portanto, a implantação dos convênios-empresa, ou seja, o estabelecimento de convênios entre as empresas e grupos médicos como modalidade assistencial que tinha o aval da Previdência Social. Essa prática, na verdade, teve início em 1960, quando o governo deu permissão para que os empregados das empresas fossem atendidos por serviços próprios e contratados, em uma experiência inaugurada pelo IAPI através do denominado Plano de Emergência, visando o atendimento do operariado industrial do ABC paulista, como forma de atender às pressões geradas pelo aumento dos gastos previdenciários, aliada à necessidade de atrair e manter a mão-de-obra especializada das grandes indústrias, de modo a garantir a retomada do desenvolvimento capitalista.

O primeiro convênio-empresa homologado pela Previdência Social foi com a Volkswagen, em maio de 1964. Tal experiência viria depois, com a criação do INPS, servir de modelo para a criação dos convênios-empresa, que deram materialidade à política assistencial da Previdência Social, através do credenciamento de profissionais e da contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços próprios da Previdência. Essa estratégia veio tomar um impulso mais significativo e adquirir uma importância muito maior a partir de 1974, através do Plano de Pronto Ação, que será objeto de comentários posteriormente.

ALMEIDA (op. cit.) destaca a transferência da função provedora para a iniciativa privada como uma estratégia para diminuir o ônus do Estado e “aliviar” seu papel na provisão de serviços de assistência médica, lembrando que os convênios-empresa representaram a concretização inicial desse movimento, uma vez que legitimaram uma nova forma de articulação público-privada e estimularam o empresariamento dos grupos médicos.

Tal regime assistencial implantado pelo INPS se fez realizar através de um conjunto de normas emanadas pelo Plano de Ação para a Previdência Social (PAPS), dispositivo institucional que iria nortear o funcionamento da Previdência Social. Aquele promoveu as interligações, conhecidas como “anéis burocráticos”, entre segmentos ligados à vertente privatizante da tecnoburocracia previdenciária, os empresários médicos e os

capitalistas dos setores produtivos e de serviços, criando-se as bases legais e institucionais para o incentivo ao empresariamento dos grupos médicos (CORDEIRO, op. cit., p. 60).

Um momento especialmente importante do processo de reorganização do aparelho previdenciário foi a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 25 de julho de 1974, como resultado do desdobramento do Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Enquanto o período entre a criação do INPS e a criação do MPAS, em 1974, caracterizou-se pela consolidação institucional da Previdência Social e pela extensão dos benefícios e da ampliação da massa segurada, o período consecutivo à formação do segundo inaugurou um novo ritmo à política de privatização da assistência médica, estabelecendo um padrão diferenciado ao desenvolvimento do complexo médico-empresarial.

Em uma conjuntura social e política de expansão do processo de urbanização e do crescimento do contingente de assalariados, associado à crescente demanda por serviços médicos e a insatisfação gerada pela diminuição do salário real de segmentos consideráveis das classes trabalhadoras, criaram-se novas exigências para a formulação de uma política social do governo que possibilitasse a viabilização política do regime e a manutenção do ritmo de acumulação capitalista, ao lado da modernização tecnológica. A criação do MPAS em setembro de 1974 inscreve-se, portanto, nesse quadro, integrando privilegiadamente um conjunto de medidas mais afiliadas ao caráter de “seguridade social” adotado como diretriz do novo sistema previdenciário, em contraposição à concepção já em superação de “seguro social”, no sentido de conciliar os objetivos políticos e econômicos do processo de acumulação de capital e a manutenção de uma rígida política salarial e de controle sindical, atenuando as tensões geradas pela diminuição da capacidade de consumo, em que o consumo de serviços médicos representaria uma forma de salário indireto. Isto se traduziu no incentivo à universalização da cobertura previdenciária, na extensão dos benefícios da assistência médica a parcelas crescentes da massa assalariada urbana e também a setores da população rural, com o intuito de deslocar o enfoque contratualista que até então embasava a concepção previdenciária de “seguro social” para uma ênfase na “seguridade social” que tinha como essência da sua expressão o “direito de cidadania” nos moldes dos princípios preconizados pelas políticas do *welfare state* europeu.

O Plano de Pronta Ação (PPA) sobressaiu-se entre as medidas elaboradas e implementadas na vigência do MPAS, estipulando normas e rotinas de funcionamento voltadas à consolidação da prestação da assistência médica através da contratação de serviços, credenciamentos e convênios, mantendo e ampliando a multiplicidade de formas institucionais de prestação de assistência médica. Estimulou, portanto, o desenvolvimento do complexo médico-empresarial, transferindo recursos aos grupos médicos representados pelo setor hospitalar, pelas empresas de medicinas de grupo, pelas cooperativas médicas e pelos produtores credenciados autônomos, concretizando a efetivação de uma política já dominante de priorização da assistência curativa de âmbito setorial em uma prática decisivamente hegemônica, consolidando a opção por uma orientação modernizante-privatizante da Previdência Social, que se materializava em um modelo de atenção calcado na assistência médica individual.

Assim, o período compreendido entre a criação do INPS, especialmente a partir de 1974, até o início da década de 1980, caracterizou-se pela implementação de um elenco de medidas que, ao mesmo tempo em que formalizaram e finalizaram o processo de unificação e centralização do aparelho previdenciário, solidificaram os dispositivos normativos legais do convênio-empresa, produzindo-se, assim, as bases para a sustentação e legitimação das empresas de pré-pagamento. Foi o período em que efetivamente houve uma aceleração do processo de penetração capitalista na prática médica, especialmente nos segmentos do complexo médico-empresarial ligados à Previdência Social, representados inicialmente pelos hospitais e grupos médicos, e, posteriormente, pelas cooperativas médicas e seguradoras (idem, p. 18). Assim, estimulados pela demanda do setor produtivo em expansão, em função de uma clientela crescente e diversificada, e incentivados pelo Estado, os grupos médicos organizaram-se em bases empresariais. Já estavam então institucionalizadas as bases do sistema de saúde privados, que incluem a atuação empresarial dos segmentos acima mencionados.

A consubstanciação da medicina previdenciária através dos convênios-empresa alicerçou o desenvolvimento de uma prática de assistência médica que solidificou a relação entre o Estado e o mercado, formalizando mecanismos de assistência à saúde produzidos segundo a lógica liberal, e tornando a ação estatal mais circunscrita à gestão e à administração dos fundos públicos destinados à extensão de cobertura aos estratos médios e

inferiores da população, deixando a iniciativa privada, ou o mercado, praticamente entregue aos grupos empresariais médicos. Pode-se dizer que a interferência estatal, via Previdência Social, fortaleceu a medicina previdenciária através do desenvolvimento de dois fenômenos mutuamente implicados: a priorização da prática médica assistencialista e curativa (em detrimento das ações coletivas, preventivas ou de saúde pública) e o fomento e financiamento do mercado de produção e consumo de serviços de saúde em privilégio do produtor privado, o que se explicita formalmente através dos dispositivos institucionais já citados, que dão a tônica das políticas sócio-econômicas do governo, consolidando a supremacia da medicina previdenciária como expressão principal da política estatal. Isto porque, a partir de 1960, a abrangência e o poder político obtidos com a uniformização das ações e das decisões através da política nacional para o setor via INPS, induziram os médicos a uma organização em moldes mais empresariais, o que propiciou o fortalecimento e a expansão do mercado de serviços privados de assistência médica, marcando definitivamente a passagem do modelo liberal de prática para um novo modelo calcado na medicina tecnológica e empresarial (SCHRAIBER, 1993a, p. 133; ACIOLE, op. cit., p. 164, 167).

Tal processo teria repercussão significativa sobre a atividade do produtor individual, produzindo uma alteração substantiva na organização da prática médica no que se refere à perda do monopólio no estabelecimento e na definição de constituintes importantes dos seus padrões de produção, em função da progressiva substituição dos seus meios de trabalho conseqüente à superação do padrão artesanal da prática médica liberal clássica pela chamada medicina tecnológica: os seus meios de trabalho, a liberdade de escolha por parte da sua clientela e a capacidade de formulação e determinação do valor do seu trabalho (SCHRAIBER, op. cit., p. 132)³.

³ A organização da atividade da categoria médica em bases empresariais afetaria o seu trabalho em várias dimensões: (a) no deslocamento da sua base de trabalho centrada no consultório para unidades de serviços fundadas no trabalho hospitalar ou em clínicas ambulatoriais; (b) na vinculação do seu modelo organizativo às políticas públicas e na sua estreita vinculação com os ramos industriais produtores de tecnologia industrial; (c) na crescente incorporação desta tecnologia e no aumento dos custos da assistência médica daí decorrentes; e, finalmente, (d) na interposição desta entre o médico e o seu objeto de trabalho, o que teria profundo impacto na formação profissional (através da valorização das sub-especialidades médicas), na relação médico-paciente e nos valores essenciais à profissão, sendo que tudo isso teria como resultante final a fragmentação do objeto e do cuidado (SCHRAIBER, 1993a, p. 131).

O processo de empresariamento da medicina, conforme descrito anteriormente em linhas gerais, fruto das políticas previdenciárias que se instituíram às custas da ruptura dos esquemas associativos assistenciais de caráter mutualista, e que se operacionalizou através do credenciamento de provedores privados para o atendimento das demandas mais universalizadas ou do financiamento para a transformação dos grupos médicos em empresas médicas, constituiu a matriz originária das modalidades assistenciais representadas pelas medicinas de grupo e cooperativas médicas.

As primeiras colocam-se como intermediárias entre os usuários de planos e o trabalho médico, contratando assistência médica diretamente nos consultórios ou nos hospitais, e explorando a contradição latente no ideário que preside a prática médica, enquanto forma de manutenção de uma suposta autonomia, de um lado, e de uma aparente livre-escolha, do outro, ambas camufladas por protocolos de regulação da prática médica, que, tendo como base de argumentação o gerenciamento da relação custo-benefício, conformam práticas vistas como mercantilistas e predatórias à relação entre o médico e o paciente (ACIOLE, op. cit., p. 169).

As cooperativas médicas surgiram como cisão desse movimento, em virtude das divergências entre os próprios médicos a respeito da mercantilização da medicina, em oposição à preservação da autonomia profissional. Enquanto as primeiras organizaram-se em torno de proprietários e/ou acionistas de hospitais, as últimas buscaram preservar a prática nos consultórios médicos através de cooperativas de trabalho. Desse modo, as empresas médicas organizaram suas redes assistenciais próprias, mas, por determinação da Previdência Social, que representava um financiador de peso, impondo normas quanto a coberturas mínimas e exigindo atendimento ambulatorial em determinadas especialidades, foram instadas a ampliar as suas redes de serviços, sendo que as Unimeds o fizeram através do credenciamento de hospitais e de laboratórios, e as medicinas de grupo mediante a compra de consultas médicas realizadas pelos profissionais em seus próprios consultórios (BAHIA, 2001b, p. 4).

Ainda que as medicinas de grupo já configurassem desde o início o segmento mais nitidamente capitalista do complexo médico-empresarial, enquanto pólo dinâmico de penetração das relações capitalistas de produção na organização da prática médica, as cooperativas médicas, apesar de terem se constituído como modalidade

antagônica às primeiras, também pautaram seu comportamento e sua trajetória em direção à adoção dos convênios-empresa, gerindo e repassando recursos de forma semelhante às empresas médicas. Desse modo, ainda que no plano do discurso institucional, rejeitassem a prática capitalista da medicina, também passaram a integrar o complexo médico-empresarial e previdenciário, com as conhecidas conseqüências sobre o trabalho médico, especialmente no que concerne à crescente perda de autonomia. Assim é que as duas modalidades, ainda que formalmente opostas nos seus propósitos institucionais e organizacionais, passaram a disputar a mesma clientela potencial, como as empresas industriais e de serviços, dentro de uma mesma lógica assistencial e de financiamento, adotando o sistema de pré-pagamento, com ou sem a intermediação da Previdência Social (CORDEIRO, op. cit., p. 71, 95). No campo político, o relacionamento com a tecnoburocracia da Previdência Social se realizou através das suas entidades representativas – a Associação Médica Brasileira (AMB), no caso das cooperativas médicas, e a Associação Brasileira de Medicinas de Grupo (ABRAMGE), como porta-voz das medicinas de grupo.

Nessa época, essas mesmas entidades representativas dos grupos médicos já alertavam e se insurgiam contra a penetração silenciosa de empresas multinacionais na área de assistência médica, como um indício do movimento de internacionalização do complexo médico-empresarial brasileiro, que estaria sendo fomentado pelos interesses de investimento no setor pelas companhias de seguro privado dos Estados Unidos, denotando uma potencial articulação de setores ligados ao capital financeiro ao complexo, que veio se concretizar, de forma cada vez mais expressiva, com o início da participação das seguradoras de saúde no país, algumas em associação com capital estrangeiro.

Os seguros-saúde, que se apresentam como um segmento ligado às premissas da livre-escolha e do reembolso de despesas, prerrogativas do mercado securitário em geral, constituem uma modalidade empresarial que veio se expandir nos anos 1980, quando a SUSEP instituiu o seguro grupal de assistência hospitalar, e, mais especificamente em 1989, quando aquela entidade, através de um dispositivo legal, outorgou às seguradoras o referenciamento de serviços, possibilitando às mesmas um aumento da competitividade com as outras empresas do setor, através da comercialização de planos de saúde, tendo como base o referenciamento de redes de serviços. Assim, a partir do final da década de 1980, com o ingresso das seguradoras iniciando a

comercialização de produtos no mercado privado de saúde, sobretudo as vinculadas ao capital financeiro, sinalizou-se um processo integrado de empresariamento da assistência médico-hospitalar no país (BAHIA, 2001a, p. 329).

É importante perceber que, nesse último período, já estava em jogo o acolhimento e a criação de mecanismos para a sustentação de uma medicina tecnológica mais sofisticada, que não apenas exigia altos montantes de investimentos como envolvia um entrelaçamento de interesses nas áreas de produção e comercialização de medicamentos e de equipamentos, dando a tônica à composição organizacional e tecnológica do modelo assistencial que viria se tornar posteriormente hegemônico. Isto implicou, como já foi dito, o estabelecimento de uma forma de organização dos processos de trabalho que passou a ser imposta aos serviços médicos totalmente distinta dos moldes do exercício da medicina liberal clássica, caracterizada pelo aumento da divisão do trabalho, que se consubstanciava na diferenciação das especialidades, bem como pela ampliação quantitativa e qualitativa dos meios de produção, o que obrigava à realização de investimentos cada vez maiores no setor.

Já se pode identificar, nesse contexto, a conformação de um potente complexo médico-empresarial, que deslocaria significativamente o pêndulo da balança prevenção versus cura para esta segunda direção e que encontrou sua tradução específica na organização tecnológica dos serviços de saúde no Brasil, em que o tom principal passaria a ser dado pela valorização das práticas curativas e dos procedimentos técnicos, com todas as suas conseqüências, inclusive na forma com que o sistema previdenciário passou a remunerar os profissionais/serviços contratados (médicos, hospitais, laboratórios e serviços de diagnóstico, de um modo geral), caracteristicamente uma remuneração por unidades de serviço, ou procedimentos, através da modalidade de pós-pagamento. Pode-se afirmar que esta valorização dos procedimentos médicos técnicos e sua correspondente forma de remuneração deu especificidade a esta concepção e modalidade de prestação de serviços de assistência à saúde consubstanciada no que se chamou de modelo médico-hegemônico, intimamente ligado ao complexo médico-industrial. Nele, as ações de saúde passaram a se vincular fortemente à presença do hospital no conjunto do sistema de saúde como um todo, daí ser também denominado modelo hospitalocêntrico, ao qual subjaz uma concepção própria de processo saúde-doença e da forma de organizar serviços e ações de saúde, que

tem sua difusão garantida pelo processo de medicalização da sociedade, que será abordada em um momento posterior do presente trabalho.

Pode-se perceber, com base nas considerações anteriores, que o mesmo processo que produz as políticas públicas de extensão de serviços às massas assalariadas, através de mecanismos previdenciários, dão simultaneamente origem e concretude às organizações empresariais para a oferta de serviços de assistência à saúde. Esse processo revela também o intenso vínculo que tiveram previdência e saúde na cena sanitária brasileira, em que a assistência médica foi quase que inteiramente patrocinada pela estrutura previdenciária, através de diversos mecanismos, entre eles os de renúncia fiscal, como a isenção de impostos e de taxas, afora a própria compra de serviços e os mecanismos de credenciamento de provedores. Desse modo, os hospitais conveniados do INAMPS, de um lado, capitalizaram-se pela garantia de um mercado cativo de internações e assistência ambulatorial financiados por aquele instituto e, de outro, atenderam às necessidades dos grupos médicos e do segmento burguês e consumidor da sociedade, reafirmando a sua identidade mercadológica (ACIOLE, op. cit.).

A referida política previdenciária, que favoreceu e patrocinou o empresariamento dos grupos médicos, através de um conjunto de medidas e dispositivos que puderam proporcionar uma transferência crescente de recursos financeiros ao complexo médico-empresarial, bem como os altos custos gerados por um modelo assistencial predominantemente curativo e excessivamente tecnificado, criou também uma crise fiscal sem precedentes, que já se fazia notar ao final da década de 1970.

As políticas de reordenação do setor saúde visando sua racionalização dos anos 1960 aos anos 1980

O modelo de atenção previdenciário, calcado na assistência médica individual e com benefícios claros para o setor privatista, já dava alguns sinais de esgotamento, porque, além de oneroso e não identificado com as reais necessidades da população, teve como principais características a multiplicidade de órgãos em várias esferas do governo, um baixíssimo grau de integração programática e operacional, a superposição de recursos, a excessiva centralização política e financeira no nível federal e, finalmente, a

fragmentação das ações de saúde, que foi praticamente uma consequência dessa extensão da assistência médico-hospitalar. Paralelamente à ampliação do alcance assistencial da Previdência Social, ficava também evidente o caráter discriminatório da política de saúde, em função da desigualdade no acesso quantitativo/qualitativo pelas diferentes clientela (fenômeno denominado “universalização excludente”, que viria a se consolidar na década de 1980): medicina terceirizada, de alto padrão, para consumidores de alto poder aquisitivo, e hospitais contratados ou credenciados pela Previdência, bem como redes de pronto-atendimento, para o restante da população.

Paralelamente, o aumento da exigência de serviços médicos e o desdobramento da crise econômica, que gerou queda do nível de renda da maioria dos assalariados, no período posterior a 1974, passaram a exigir maiores investimentos na área social que, no caso da saúde, deveriam ser convertidos em medidas modernizadoras e racionalizadoras, mas que, simultaneamente, promovessem a necessária ampliação da oferta de serviços.

Assim, o padrão de organização da produção gerou, no interior da tecnoburocracia previdenciária ligada à assistência médica, a necessidade de se formular uma reordenação do setor saúde, de cunho racionalizador, por parte do Estado, no sentido de ampliar o controle institucional sobre a produção mediante o controle dos custos e a otimização das ações assistenciais. Ao mesmo tempo, almejava-se uma retração cada vez maior da presença do mesmo na produção de serviços e o simultâneo deslocamento dessa atribuição para o setor privado mediante o repasse de recursos.

No Brasil, a preocupação com a elaboração de políticas de reordenamento do setor saúde, remonta, na verdade, à década de 1960, quando já se ensaiava o modelo assistencial privatista e já estavam presentes os elementos essenciais para a racionalização do setor que se estenderiam pelas duas décadas seguintes. A situação específica da saúde inscrevia-se em um contexto mais amplo da crise vivida na América Latina, para o que, com o apoio de agências internacionais, tiveram lugar diversas iniciativas ligadas à formulação de projetos de políticas setoriais, que visavam racionalizar a intervenção estatal, no sentido de se obter alterações no padrão de estruturação das sociedades latino-americanas, em prol do seu desenvolvimento e modernização.

No curso dessa tendência, e ainda no período que antecedeu a emergência da medicina previdenciária, foi formulada uma metodologia de planejamento e programação específica para a saúde em busca de uma maior efetividade para os problemas do setor, que se traduziu, em 1965, no modelo denominado “Programação em Saúde”, ou Método CENDES-OPS. Este representou a primeira proposta sistematizada para o planejamento em saúde na América Latina, com base na escola tradicional do Planejamento Normativo, pretendendo aplicar noções de economia no manejo de recurso frente aos problemas de saúde (MERHY, 1995).

Nesse contexto, foi enunciada a Atenção Primária à Saúde (APS), que se referia aos serviços básicos ou essenciais de saúde, numa tentativa de aumentar as coberturas populacionais com ações básicas de saúde, conformando uma estratégia de atenção primária que se fundamentava em uma proposta de organização da atenção baseada em recursos mínimos, simplificação tecnológica e estratificação dos níveis de atenção em razão de sua complexidade tecnológica, definidos como primário, secundário e terciário. Constituiu-se na matriz para a formulação de diversas políticas públicas de saúde do Brasil originárias do CENDES-OPS, as quais, mesmo com variações nos seus aspectos configurativos, tinham-na como matriz inspiradora.

A APS seria também a base da Medicina Comunitária⁴, ambas radicando nos princípios de outras propostas de recomposição da prática médica, como a Medicina Integral e a Medicina Preventiva, que se lhe seguiu, cuja descrição e detalhamento, porém, foge ao âmbito desta pesquisa.

No período de vigência da medicina previdenciária, e em vista do agravamento da crise do setor, agora com diferentes matizes decorrentes da intensificação

⁴ A Medicina Comunitária formulou alguns princípios estruturadores das novas propostas de saúde que viriam a ser amplamente recuperadas, de forma aditiva, nas práticas de reordenação do setor saúde no Brasil: a integração das atividades de promoção, prevenção e de cura no mesmo serviço de saúde, a regionalização e a hierarquização das atividades e a ampla utilização de agentes não médicos. Esses elementos estavam intrinsecamente embutidos nas idéias de extensão e de simplificação dos serviços dirigidos às populações carentes e consolidaram a Medicina Comunitária, em escala internacional, como o marco referencial das políticas de extensão da APS, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978. Desde então, a APS foi adotada como a principal estratégia para se alcançar a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. Para um maior aprofundamento do tema, consultar DONNANGELO, Maria Cecília Ferro, e PEREIRA, Luiz. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976; ANDRADE, Maria das Graças G. *O Ensino Médico e os Serviços de Saúde: estudo de caso do Projeto Paulínia*. Campinas: Unicamp/FCM, 1995 (Tese – Doutorado).

da demanda por serviços médicos e dos altos custos gerados pelo repasse de recursos previdenciários, houve uma reatualização das políticas de reordenamento do setor. Estas se traduziram basicamente pelas propostas de extensão de cobertura, que se deram, por um lado, pela necessidade de legitimação social de um sistema excludente e, por outro, por uma necessidade de se superar um modelo dicotômico, fragmentado e de resolutividade já posta em questionamento, além de ser uma forma de financiar a baixo custo o setor privado. Procuravam compatibilizar a necessidade de ampliação da assistência aos contingentes excluídos da medicina previdenciária com o aumento dos custos, sem modificar as características dominantes do modelo, dentro de um enfoque racionalizador. Distinguiram-se por um atendimento simplificado, operando com custos mínimos e baixa incorporação tecnológica (tanto no que concerne aos recursos humanos quanto à tecnologia material). Essa estratégia levou à implementação de dois grandes planos, emblemáticos das preocupações daquele momento: o Plano de Pronto Ação (PPA)⁵, do MPAS, em 1974, já comentado, e o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)⁶, em 1976, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde.

Gradualmente, em função do reconhecimento geral da situação de crise do setor saúde em geral e da Previdência Social em particular, passou a haver uma preocupação com a organização global do sistema e com a formulação de uma política nacional de saúde, o que levou à criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), através da Lei 6.229, em 1975. Este propunha a integração da assistência médica praticada pela Previdência com as práticas de saúde pública, objetivava a rearticulação das unidades do setor público e do setor privado, e foi embrionário da discussão da regionalização e

⁵ O Plano de Pronto Ação (PPA) consistiu em um conjunto de portarias do MPAS que visavam normatizar o atendimento previdenciário, facilitando o acesso aos beneficiários da Previdência Social e promovendo a universalização da cobertura, através da desburocratização do atendimento dos casos de urgência, inclusive para os não-previdenciários (ANDRADE, 1995). Além disso, conforme já comentado foi o instrumento normativo que possibilitou a formalização dos convênios-empresa.

⁶ O Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) caracterizou-se como um amplo programa de extensão de cobertura, criado no âmbito federal, em 1976, e foi uma expressão, no âmbito nacional, das propostas da Medicina Comunitária. Visava a implantação de uma estrutura que pudesse atender a parcelas da população sem acesso a cuidados médicos-sanitários nos pequenos municípios da região Nordeste do país (tendo se estendido posteriormente para as regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste). Implementou-se através de um modelo extremamente simplificado tecnicamente, com ênfase na implantação intensiva da rede física e nas unidades básicas de saúde e se constituiu em um exemplo para outros programas igualmente baseados na medicina simplificada.

hierarquização da assistência médico-sanitária (considerando-se os perfis epidemiológicos de cada região do país e a disponibilidade de recursos), bem como da descentralização como princípios e estratégias da política de saúde. Além disso, no plano institucional, buscava concretizar a transferência para o Ministério da Saúde do controle de todos os serviços médicos sob responsabilidade da Previdência Social⁷. O SNS já se configurava, então, como o prenúncio de uma tendência racionalizadora mais ampla no setor saúde.

A universalização da atenção médico-hospitalar promovida pelo Estado, e a elaboração do processo de descentralização administrativa (esta ainda incipiente), foram se dando através de projetos de cunho reformista, como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A Proposta das AIS, projeto integrante do Plano CONASP⁸, foi entendida como estratégia de transição para o reordenamento do setor saúde, por ter proposto uma ação integrada sobre a gestão pública que superasse a fragmentação da atenção e permitisse atingir todas as instituições com todos os seus recursos, atendendo às necessidades prioritárias da população a partir de critérios epidemiológicos e sociais (ARAÚJO, 1988). Com as AIS obteve-se um maior avanço no processo de integração e articulação com as instituições públicas, uma maior descentralização no planejamento e na administração, levantando-se ainda a possibilidade de participação popular no controle dos serviços. Ademais, abriram caminho para o SUDS, e já continham os elementos essenciais para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi a experiência mais reconhecida como possibilitadora de uma redefinição democratizante, dentro de uma política racionalizadora, e que desembocou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

O desenvolvimento desses planos mostra que estava em pauta a necessidade de elaboração de uma estratégia que apontasse para uma mudança qualitativa da saúde, o

⁷ O SNS expressava uma redefinição do poder do Estado, que reduzia a sua importância como produtor e minimizava a sua responsabilidade na regulação de preços, reservando-se o papel de financiador e estimulando a ampliação da compra direta por serviços no mercado privado (DONNANGELO, 1975).

⁸ O Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), órgão do MPAS, criado em 1981, representou a iniciativa mais ampla das políticas racionalizadoras na organização da assistência médica previdenciária, recuperando as proposições gerais do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) como a regionalização do sistema de saúde e a hierarquização de todos os serviços públicos e privados conforme sua complexidade, dentre outros objetivos. Tendo como finalidade a integração das ações de saúde, visava também uma redução dos gastos da medicina previdenciária, associando, assim, uma estratégia racionalizadora a uma política de planejamento orçamentário.

que só seria possível através da formulação de uma política nacional para o setor que propiciasse o oferecimento desses serviços de forma equitativa para toda a população, atingindo a meta “Saúde para Todos no ano 2000”⁹. Esse processo que integrava o Movimento Sanitário e reformista do Estado desembocou na Reforma Sanitária, que pretendia, através do SUS, fazer uma revisão profunda do modelo tecno-assistencial, o qual superaria as propostas de expansão de cobertura baseadas apenas em aspectos quantitativos e na simplificação tecnológica do atendimento.

A despeito dessa reconstituição panorâmica de algumas estratégias de racionalização do setor saúde por parte do Estado, pode-se dizer que toda a história das práticas de saúde no Brasil tem, de um lado, a marca da interpenetração entre as ações públicas ou estatais e as de caráter privado e, de outro, até como seu corolário, é plena de intencionalidade racionalizadora e reguladora. Nesse sentido, a própria criação do INPS, que corresponde a uma necessidade de reestruturação do aparelho previdenciário, obedece a uma exigência de regulação e de regulamentação do aparelho estatal sobre o setor privado.

Recentemente, a lógica da racionalização administrativa estatal produz adaptações das ações segmentares e focais vistas anteriormente, também visando a ampliação de cobertura e igualmente calcadas na simplificação tecnológica. É o que se tem visto em um conjunto de medidas que implicam em um desmonte da estrutura estatal, paralelamente a um esvaziamento da organização autônoma dos trabalhadores, fruto de uma concepção neoliberal globalizante que projeta seu ideário e suas influências tanto no sub-setor privado como no público. Isto pode ser concretamente observado através da centralização das políticas sociais que estabelecem programas de corte nacional, como os Programas de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS), que intentam um re-ordenamento das relações entre o poder central e os poderes locais, e que representam, em última instância, a implementação de uma intervenção voltada para a consolidação e a reedição das ações de simplificação tecnológica através de

⁹ Esse lema constituiu-se na meta das políticas de extensão de cobertura, inscritas na proposta de Atenção Primária, entendida como estratégia a ser adotada pelos países para a reorganização da prestação de serviços em saúde, e defendida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978.

“cestas básicas” de procedimentos, reservando, desta forma, nichos rentáveis de mercado aos interesses econômicos (ACIOLE, op. cit., p. 200-2).

Tais ações programáticas recuperam pontos dos programas de racionalização de cunho preventivista anteriores (baseados na APS), como a inter-setorialidade e a territorialização, bem como a ênfase na família, envernizados agora pelos novos paradigmas da administração, ao mesmo tempo em que incorporam outros, como a multi-profissionalidade, todos afinados com o objetivo da diminuição do custo, além de esvaziar o papel de gestor único do espaço público, visto que ocorre uma revalorização da regionalização em detrimento da municipalização (e com isto, um enfraquecimento dos níveis federativos), restringe o sistema público à atenção básica, ao passo que delega os setores de maior complexidade, mais interessantes, do ponto de vista econômico, ao mercado.

É importante destacar que a universalização da assistência através da expansão da cobertura médica, a partir dos anos 1960, converteu-se também em uma dimensão de ampliação de cobertura para o **consumo** de serviços, que suplantaria o direito de cidadania à saúde. Nesse sentido, a existência do INAMPS significou a reafirmação de um discurso racional organizador que estabeleceu um projeto de classe, no qual a classe média passou a se ver como consumidora de serviços de saúde, que é o conteúdo ideológico de fundo provavelmente mais importante do projeto político e econômico da Previdência Social. E foi justamente a dificuldade de formação de um mercado consumidor que viabilizasse a produção social de serviços de assistência médica em moldes liberais que fez com que o Estado assumisse o cuidado de grande parcela do que seria um mercado consumidor de serviços e passasse a patrocinar ou a produzir a oferta de serviços demandada (idem).

Assim, a implantação do modelo de reforma das práticas de assistência à saúde pela Estado cristaliza-se no discurso oficial como uma polarização entre dependentes e não dependentes do SUS, de forma que se tornam coetâneos ao desenvolvimento das políticas estatais para o setor saúde a formação e o incentivo ao mercado consumidor de serviços privados de saúde como seu complementar. Ou suplementar. Uma dimensão evocando e revelando a outra, o que terá implicações diretas para o estabelecimento da ação reguladora estatal sobre o sub-sistema privado de saúde, como se verá adiante.

A recuperação histórica feita até aqui permite confirmar que o sub-sistema privado de saúde do país constituiu-se concomitantemente à construção da saúde pública brasileira, tendo podido contar com a intensa contribuição do Estado na sua implantação, financiamento e, especialmente, na isenção reguladora do mesmo em relação ao mercado. Nesse contexto, a constituição de uma política estatal de assistência à saúde é coetânea à consolidação de um significativo mercado consumidor, o que revela o duplo papel que vem sendo exercido pelo Estado, o qual, a partir da política previdenciária e da própria estrutura burocrática estatal, opera formas de convivência entre os dois mundos.

A resultante desse processo é a estruturação de um mercado dependente da ação estatal, em que a organização da prestação de assistência à saúde é o instrumento de execução de uma política de expansão de cobertura do cuidado médico patrocinado pelo Estado. Daí a dificuldade em se distinguir a dualidade público-privada na cena sanitária brasileira, visto que os dois sistemas exercem funções complementares e suplementares baseadas em relações de profunda interdependência e interpenetração. Os médicos, que, com sua transversalidade, estabelecem a ponte entre ambos, são a principal demonstração disso, e garantem a vinculação da medicina enquanto prática social e o processo de acumulação capitalista, ou seja, corporificam a ligação visceral entre o Estado e o mercado.

A interposição da dinâmica público-privada, fundamental na articulação das distintas instituições envolvidas na prestação de serviços de saúde no Brasil, que já vinha se estabelecendo antes mesmo da instituição das políticas previdenciárias, ganha contornos específicos com o seu fortalecimento e se consolida especialmente em dois movimentos específicos: o primeiro é imediatamente relacionado ao ciclo expansivo de modernização econômica impulsionado pelo Estado autoritário, em que a intervenção estatal, materializada na Previdência Social, através do INPS, teve dupla atuação, ou seja, a extensão de cobertura para os segmentos de menor renda (também chamada de *universalização excludente*) e, paralelamente, o atendimento dos interesses ligados ao empresariamento dos grupos médicos. O segundo movimento correspondeu ao período de transição democrática, num contexto de diminuição da produção econômica, que redundou na racionalização da oferta de serviços, em contenção de custos e na profunda crise financeira do sistema previdenciário, ocorrida entre 1981 e 1984, em que a estratégia de contenção de custos e a perda da capacidade de estabelecer preços competitivos foram

continuamente agravadas pelos planos estabilizadores, o que levou o Estado a não assinar novos contratos com as empresas nem renovar os então existentes.

Assim, a incorporação de novas parcelas da população (agora já não apenas os segmentos vinculados ao mercado formal de trabalho), associada aos altos custos da assistência médica, não foram acompanhadas pelo correspondente investimento estatal, levando o setor público a um processo de deterioração e descrédito, além de que os mecanismos de compra de serviços também já se encontravam debilitados.

Nesse momento, cristalizou-se o embate entre as tendências neoliberais, que refutavam o que consideravam uma excessiva intervenção do Estado nas atividades econômicas, aí incluída a saúde, e as correntes ligadas ao Movimento Sanitário, contrárias a uma parceria entre o Estado e o mercado e favoráveis à defesa do fortalecimento do setor público e do direito universal à saúde.

Desse modo, no processo de sucessivas reformas de assistência à saúde implementadas nos últimos 30 anos, o Estado primeiramente desencadeou e estimulou uma política de cunho privatizante, através das já referidas parcerias com o setor privado e, em um segundo momento, isentou-se das suas funções intermediadora e reguladora, permitindo que as relações entre o público e o privado atuassem sem intervenção, prevalecendo, assim, a atuação de um mercado caracteristicamente não regulado ou auto-regulado. Este, a bem da verdade, já havia se emancipado, passando a alçar vôos próprios, haja visto que as empresas médicas, com a maior independência adquirida perante o governo, passaram a negociar os planos diretamente com as empresas ou com os compradores individuais (ALMEIDA, op. cit., p. 13). Nesse sentido, foi notório e significativo o ingresso das seguradoras no mercado de comercialização de planos de saúde, especialmente as vinculadas a instituições financeiras, a partir da década de 1980, sinalizando a participação crescente do capital financeiro no setor e a consolidação de um processo integrado de empresariamento da assistência médico-hospitalar no país, especialmente a partir de 1989, quando receberam autorização para operar através do referenciamento de serviços (BAHIA, 2001a, p. 329).

As considerações anteriores, obtidas através da revisão de literatura, permitem compreender como a contradição presente na gênese da constituição desse mercado exprime não apenas existência e a continuidade do padrão híbrido do mix público-

privado que embasa a assistência à saúde no país, como mostra um setor privado que, nascido das entranhas do Estado, adquiriu autonomia em relação ao mesmo, ainda que esta autonomia nunca houvesse sido completa, variando conforme os interesses em jogo em cada momento. O mosaico público-privado também reflete, de forma mais factual, os tensionamentos existentes no período de transição democrática entre as duas principais correntes que disputavam o controle do projeto político para o setor: uma, intransigente na defesa do fortalecimento da esfera pública na prestação de serviços de saúde e do princípio constitucional do direito universal à saúde, e outra propugnando a ausência de regulação estatal e a defesa de uma grande margem de autonomia para o capital financeiro, expressos nas propostas de reforma setorial, em cuja base conceitual está a noção de saúde como mercadoria e, portanto, como bem de consumo.

Por outro lado, no início dos anos 1990, a marcada deterioração dos serviços públicos e a ampliação das demandas da assistência médica suplementar foi justamente o que tornou obrigatória a inclusão do tema na agenda governamental. Assim, em vista do crescimento das clientelas de planos e seguros-saúde, surgiram várias iniciativas por parte do Legislativo Federal, das Assembléias e dos Executivos estaduais, de entidades profissionais e de órgãos governamentais voltadas para a elaboração de um ordenamento jurídico-legal para a assistência médica supletiva que se revestisse de um caráter de regulamentação pela instância governamental. Uma maior visibilidade ao tema foi dada com a divulgação pela imprensa principalmente de problemas relacionados a aumentos abusivos de preços (especialmente de planos individuais para idosos), restrições de cobertura, bem como recusas de atendimento de clientes por parte dos planos de saúde, o que exigiu uma intervenção por parte dos médicos, do Judiciário e de órgãos de defesa do consumidor.

A avalanche de mercantilização da saúde provocou reações, tendo em vista os problemas de assimetria de poder econômico, de informação e de acesso inerentes ao funcionamento dos mercados numa economia capitalista. Nessa direção, o Código de Defesa do Consumidor alimentou o impulso protetor regulatório, que culminou com a Lei 9656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde (BRAGA, 2001, p.40).

Paralelamente a isso, as entidades médicas e as entidades de defesa do consumidor aliaram-se em torno de questões atinentes à livre escolha de profissionais e de serviços.

Assim, se por um lado o avanço de tendências privatizantes parece, em um primeiro momento, desafiar a efetivação de um sistema de saúde mais justo, igualitário, democrático e universal, por outro, reafirma obrigatoriamente a necessidade de regulação/regulamentação de práticas que à primeira vista tendem a ser o inverso do provimento de uma atenção à saúde mais qualificada e integral.

Com base na reconstituição anteriormente realizada, visando o estabelecimento de algumas demarcações a respeito da intermediação entre as determinações públicas e privadas na conformação do mercado de planos e seguros privados no Brasil, bem como o estabelecimento de um fio condutor para as idéias que norteiam este trabalho, é possível perceber também que esse processo, com um enfoque privilegiado no empresariamento da medicina, não se notabilizou pela continuidade, homogeneidade ou consensualidade entre os diversos atores e instituições. Ao contrário, a sua principal marca é precisamente a não linearidade, a contraditoriedade e uma grande heterogeneidade, não apenas no que se refere a uma intencionalidade prévia e única na sua formulação, como também nas relações dos distintos segmentos com o aparelho estatal de saúde, uma vez que as políticas previdenciárias lançaram mão de múltiplas alternativas políticas muitas vezes de forma *ad hoc* nas diversas conjunturas existentes, para atender as necessidades de assistência médica externalizadas por diferentes grupos de atores e seus interesses políticos, numa perspectiva multi-institucional. Agregue-se a isso o componente da diversidade intrínseca à própria conformação dos distintos segmentos do mercado de planos e seguros privados de saúde, não apenas nas suas origens e desenvolvimento, como nas suas formas de atuação e na sua estrutura organizacional, ainda que nestes dois últimos casos, a heterogeneidade parece estar existindo cada vez mais apenas na aparência. Nesse sentido, é perceptível a tendência a uma maior uniformidade ou a um isomorfismo das organizações privadas de prestação de serviços de saúde, o que será objeto de considerações ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

Outro aspecto importante a ser pontuado é que as experiências anteriormente mencionadas de racionalização do setor saúde desenvolvidas pelo Estado foram também

proposições de caráter regulador ou regulamentador do sub-setor privado, ainda que isso não tivesse um caráter oficial ou uma materialidade em um corpo legislativo próprio. Vale a pena destacar, porém, que esta regulação se exercia em uma perspectiva quase endógena e auto-referenciada, uma vez que o mercado privado, no seu processo de constituição, praticamente integrava a estrutura do sistema como um todo, em uma relação de extrema dependência do aparelho previdenciário estatal. Com a progressiva autonomia adquirida pelo mercado de saúde suplementar ao longo desse processo (autonomia esta que, a bem da verdade, até hoje é relativa, sobretudo no que se refere ao seu financiamento), a regulação governamental certamente tem pela frente novos desafios, uma vez que o objeto a ser regulado, nascido no interior do Estado, tornou-se praticamente autônomo, um “estranho” auto-regulado e, portanto, potencialmente mais refratário à ação reguladora estatal, principalmente com o agenciamento de outras influências externas determinadas pela introdução do capital financeiro nesse sub-setor, como se verá adiante.

De qualquer modo, se por um lado a expansão do mercado de planos e seguros de saúde privados no país, dado de realidade impossível de ser ignorado, desafia a construção de um sistema de saúde público e de inclusão social, por outro, torna imperativa a regulação/regulamentação sobre um campo necessariamente segmentado em sua própria constituição e pela sua própria natureza. A coexistência entre tendências tão opostas, mas que concretamente convivem na realidade do país, suscita uma primeira pergunta: é possível transcender essa contradição, no que concerne ao estabelecimento de marcos regulatórios para o setor? É possível estabelecer uma política regulatória que faça jus à universalização do direito constitucional à saúde e do seu provimento de forma integral e ao mesmo tempo garanta efetivamente os interesses dos cidadãos em um campo norteado por outra lógica, qual seja, a dos benefícios serem condicionados à capacidade individual para adquiri-los?

O processo de segmentação das redes de provedores no mercado de planos e seguros privados no Brasil e sua base conceitual – a teoria do risco

Antes de adentrar nas reflexões diretamente pertinentes ao processo regulatório estatal, convém trazer elementos que possam clarear alguns aspectos

relacionados ao atual objeto de estudo, ainda em processo de elaboração, para, assim, poder avançar na linha de raciocínio que permita a pavimentação do percurso com vistas à delimitação e construção do problema da presente proposta de pesquisa. Trata-se de algumas considerações a respeito do processo de conformação e segmentação das redes de provedores, cujo entendimento também está relacionado aos objetivos de qualificação dos processos assistenciais desejados pela ANS e que são de relevância para a compreensão do material a ser posteriormente tratado e das interrogações que serão formuladas nos momentos seguintes.

Como já foi dito, o processo de empresariamento da medicina e de grupos médicos, como parte de uma orientação privatizante empreendida pela política previdenciária, teve como sua principal expressão formal o credenciamento de serviços tanto pela Previdência Social como pelas empresas médicas – medicinas de grupo e cooperativas médicas, em um primeiro momento e, posteriormente, pelas seguradoras, estas a partir da década de 1980. Assim, no período que sucedeu a unificação dos institutos previdenciários no então INPS, os sistemas de assistência médico-hospitalar passaram a se caracterizar pelo credenciamento de provedores de serviços, que compuseram a base da oferta, tanto dos sistemas fechados de assistência médico-hospitalar quanto das empresas médicas e da Previdência Social.

Esse processo deu lugar ao estabelecimento de relações multiconveniais entre os provedores de serviços, os financiadores governamentais, empresas empregadoras e empresas médicas, e, com isso, a uma especialização de uma mesma base de provedores para o atendimento dos estratos cobertos relacionados aos distintos segmentos sócio-ocupacionais. A referida especialização dos serviços a diversos segmentos de demanda estruturou-se, então, através de uma base comum à Previdência Social e aos sistemas suplementares, materializando-se na estratégia da compra dos mesmos e na conformação de sub-redes delineadas conforme o status ou poder aquisitivo da clientela, distribuída em diferentes faixas salariais no mercado de trabalho. Dito em outras palavras, a segmentação dos serviços adequou-se à posição hierárquica do trabalhador na empresa e uma mesma

base física de recursos passou a compor múltiplos sistemas diferenciados, em função de um gradiente de prestígio de profissionais, laboratórios e hospitais (BAHIA, 2001b, p. 3)¹⁰.

Assim, a marca das décadas de 1960 e 1970 é a constituição das redes de serviços privados contratados e aquelas organizadas em torno do mercado de compradores institucionais privados.

No início dos anos 1980, a quantidade de clientes de planos de saúde já havia se ampliado significativamente, o que denota a consolidação da nova realidade de prestação de serviços de saúde no país. A visualização de um grande mercado de planos de saúde, nesta década, deveu-se a uma conjunção de fatores, como a intensificação dos planos individuais, a entrada das seguradoras no ramo saúde, a incorporação de novos estratos de trabalhadores (especialmente funcionários públicos da administração direta, autarquias e fundações) e uma vinculação da assistência privada ao financiamento da assistência médica suplementar.

Esse processo de expansão de mercados e seguros privados acentuou ainda mais as duas características da organização dos serviços para essas demandas – o credenciamento e a segmentação dos provedores de serviços para o atendimento de agrupamentos sócio-ocupacionais. Assistiu-se à constituição de redes vinculadas a planos diferenciados por níveis hierárquicos das empresas e faixas de rendas de clientes individuais, traduzidos em padrões de credenciamento especializados no atendimento de clientes de nível executivo, gerencial e operacional. Por seu turno, os provedores também estabeleciam relações “multiconveniais”, tendo por referência um mesmo tipo de plano comercializado por diversas operadoras (idem, p. 5).

Com o ingresso das seguradoras do mercado de saúde suplementar, esse padrão multiconvenial, reciprocamente estabelecido entre operadoras de planos e seguros privados e os provedores individuais e hospitalares, adquiriu uma nova feição, no sentido de que as maiores operadoras do mercado de assistência médica supletiva passaram a

¹⁰ Para um maior aprofundamento do assunto, consultar BAHIA, Lígia. *Mudanças e padrões da relação público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1999 (Tese – Doutorado), bem como em alguns de seus artigos – *O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação*; in: NEGRI, Barjas; e GIOVANNI, Geraldo di (org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: UNICAMP/IE, 2001a, p. 325-61; *Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90*. Ciênc. saúde coletiva [online], 6(2):329-339, 2001b.

comercializar planos adequados à segmentação hierárquica das empresas empregadoras e das faixas de renda dos clientes individuais independentemente de sua natureza jurídica. Em outras palavras, a conformação das sub-redes de provedores privados de serviços nos grandes centros urbanos passou a estar mais ligada aos tipos de planos do que a um determinado tipo de modalidade empresarial. É possível verificar que os tipos de planos oferecidos mesmo por empresas diferentes sobrepõem-se em relação à natureza institucional das empresas que os comercializam ou administram, de modo que a constituição das redes de provedores em múltiplos sub-sistemas é o que na realidade estabelece a distinção entre as diferentes empresas e mesmo entre os diferentes segmentos empresariais.

O fenômeno do credenciamento/segmentação já configura um primeiro indicador da homogeneidade que pode estar se apresentando como uma espécie de tendência no mercado de saúde suplementar, principalmente no que se refere às maiores operadoras, que moldam determinados padrões de comportamento perante as demais e praticamente ditam as regras do mercado.

Pode-se compreender o credenciamento e a segmentação como interfaces de um mesmo mecanismo básico de organização de prestação de serviços no mercado de planos e seguros privados de saúde. A importância disso reside nas possíveis implicações sobre a qualidade do cuidado prestado, uma vez que a segmentação está diretamente ligada à capacidade de pagamento dos diferentes estratos de usuários, mais uma vez atestando a sobreposição da figura do usuário-consumidor em relação à do usuário-cidadão.

A gestão do risco como base do mercado de planos e seguros privados

Falar sobre comercialização de planos e seguros de saúde privados e sobre processos de credenciamento e de constituição de sub-sistemas diferenciados na oferta de serviços é se remeter a um elemento que lhes dá centralidade e que justifica uma segunda digressão a ser feita aqui – a gestão de riscos como base conceitual da gestão organizacional deste mercado, o que tem um significado especial quando se insere a discussão em um contexto social e político em que expectativas quanto ao exercício da cidadania e ao usufruto dos direitos sociais garantidos constitucionalmente foram criadas.

Uma vez que a gestão do risco consiste em maximizar as áreas onde se tem certo controle sobre os resultados, minimizando-se aquelas em que as possibilidades de previsão são reduzidas, as sociedades seguradoras comercializam seus produtos baseadas em cálculos de risco, que, quanto mais precisos, determinam o sucesso em manter o futuro sobre controle. Toda a teoria do seguro repousa sobre a noção de risco e, nesse sentido, o seguro pode ser definido como uma *tecnologia do risco*, não sendo o uso desta faculdade prerrogativa das sociedades que operam a comercialização de seguros em sentido estrito, mas, ao contrário, impregna todas as instituições voltadas para a comercialização de planos e seguros privados de saúde que se reúnem sob a denominação de “securitárias” (as quais englobam as empresas de medicina de grupo, as cooperativas médicas e as seguradoras), que se diferenciam das “mutualistas”, ou empresas de auto-gestão (BAHIA, 1999).

A gestão de riscos omite e descaracteriza a subjetividade inerente ao julgamento feito tanto em relação à estratificação quanto à gravidade dos mesmos, bem como quanto à seleção dos indivíduos a serem contemplados com as ações compensatórias, através de uma capa de pretensa neutralidade e cientificidade de que se reveste. A subjetividade está presente também quando se precisa fazer uma escolha racional acerca dos riscos em relação aos quais se pretende estar protegido, o que permite que a questão seja colocada em termos da individualização do risco. Desse modo, problemas sociais passam a ser tratados como disposições pessoais, o que justifica a transferência de responsabilidades pertencentes a uma esfera decisória de natureza política e social para um plano pessoal ou individual (idem).

O uso da teoria do risco já cria, portanto, uma contradição essencial com a expectativa de provimento de direitos sociais mínimos inerentes à concepção de cidadania, além trazer o inconveniente de colocar em uma mesma escala de valores riscos potenciais e doenças ou necessidades de cuidado de saúde.

No caso da assistência à saúde, o seguro-saúde representa uma adaptação do processo de seleção de riscos indenizáveis financeiramente, uma vez que a saúde não é mensurável quantitativamente e, portanto, a reparação de perdas de saúde se realiza através da prestação de serviços médicos financiados pelas seguradoras e pelas empresas médicas. No contrato entre as operadoras ou seguradoras e os consumidores, o risco é traduzido na **média da probabilidade de consumo de serviços**. A expressão sinistralidade, que

expressa a probabilidade de ocorrência de riscos, nos casos dos seguros de saúde, compreendidos em sentido amplo, não se refere a um dado perfil de mortalidade e sim aos padrões de utilização dos serviços médico-hospitalares e de apoio diagnóstico de um dado segmento segurado (idem, p. 71).

Algumas especificidades presentes no campo da saúde entram em conflito com a lógica dos riscos securitários. Uma delas diz respeito à intermediação da prática médica, que modifica a prática das seguradoras, reordenando as atividades de indenização dos riscos decorrentes de doenças em um conjunto de garantias de procedimentos-padrão relacionados ao consumo de serviços de saúde. Pode-se referir também ao fato de que as concepções acerca do processo saúde-doença entram em conflito com o cálculo teórico dos riscos. Assim, verifica-se, com frequência, que os princípios de seleção de riscos que balizam as atividades das seguradoras e das empresas médicas em geral conflitam com a experiência real de probabilidade de exposição ao risco e de consumo de serviços.

Algumas das situações que demonstram isso são as denominadas “falhas” ou imperfeições do mercado de seguros, que ocorrem de forma mais acentuada no caso do seguro-saúde, conhecidos como *moral hazard* (traduzido inapropriadamente com “dano moral”), que representa uma tendência a uma maior utilização de serviços pelos segurados devido à disponibilidade das coberturas estipuladas, independentemente da sua necessidade real; e a seleção adversa, que consiste em um comportamento de procura preferencial por seguros por parte de indivíduos já portadores de riscos. O primeiro é dependente não apenas do consumidor, mas da própria organização do provimento de serviços, de forma que o consumo destes passa a ser função da relação paciente-provedor, daí a importância de mantê-los permanentemente sob controle. Já a seleção adversa é minimizada pelas seguradoras mediante a discriminação dos consumidores segundo o grau de risco, e que é a própria essência da análise e da gestão de riscos. Esta determina a fixação das tarifas de seguros proporcionalmente ao risco moral e à seleção adversa.

Sendo, portanto, extremamente difícil fazer a discriminação de riscos no caso da saúde, torna-se uma necessidade para as seguradoras encontrar mecanismos de redução de custos, mediante diluição e *transferência* dos riscos para a redução dos preços dos prêmios. Isso explica a preferência, por parte das seguradoras e das outras empresas privadas de planos de saúde, pelas apólices e contratos coletivos, que garantem a

homogeneização dos riscos, minimizando o *moral hazard* e a seleção adversa em função da menor voluntariedade na procura do seguro (idem, p. 72). Inversamente, tanto os seguros individuais como os contratos com pequenas empresas e com trabalhadores autônomos e inativos, representam uma fonte de *moral hazard* e seleção adversa para as seguradoras, fazendo com que essa preferência já constitua, assim, um primeiro critério de seleção de riscos. Quase todos os outros critérios são condicionados à seleção de grupos populacionais definidos, ao lado da adoção de mecanismos de regulação da utilização de serviços e dos mecanismos de desestímulo às despesas com assistência médico-hospitalar.

No Brasil, os mecanismos de seleção de riscos mais evidentes para todas as empresas que operam planos e seguros privados de saúde têm sido, após a regulamentação governamental através da lei 9656, que impede exclusões de cobertura para Doenças e Lesões Pré-existentes (DLP), a preferência nem sempre explícita por grupos populacionais mais hígidos e a limitação da utilização de serviços médico-hospitalares, mediante principalmente o controle da prática dos prestadores, temática esta que se inscreve no escopo da presente pesquisa.

No mercado de planos e seguros privados de saúde do Brasil, pode-se inferir que todas as instituições a ele pertencentes (operadoras de planos e seguradoras), embora possam diferir quanto a suas bases organizacionais e seus objetivos, compartilham da tecnologia do risco para instrumentalizar a gestão dos mesmos, que se embasam em análises atuariais, independentemente da natureza jurídica das empresas.

Assim, a dificuldade de mensuração do risco, bem como a interposição da prática médica, que, muitas vezes, é o fator determinante no padrão do consumo de serviços, reorienta a prática das operadoras em outras direções, o que envolve as inter-relações com os outros atores desse cenário: com o Estado, através da transferência de riscos¹¹; com o consumidor, através da regulação do acesso visando o controle dos serviços,

¹¹ A análise da importância e da operacionalização do risco no mercado de planos e seguros privados no Brasil necessariamente revela as implicações e as interfaces existentes entre as empresas médicas, o Estado, o trabalho e a prática médica, na medida em que as operadoras que atuam nesse mercado estão intimamente relacionadas às formas de intervenção estatal para a gestão dos riscos referentes à utilização de serviços médicos e hospitalares pelos trabalhadores, o que equivale a dizer, pelas formas adotadas para a “externalização” ou transferência dos riscos dos usuários pelas empresas empregadoras para o âmbito público. Assim, classicamente, são descritas duas modalidades de transferência dos riscos de adoecimento da população segurada, conforme as diferentes opções na gestão de riscos com despesas médico-hospitalares pelas empresas empregadoras, que, por sua vez, definem as duas grandes matrizes tipológicas das operadoras

bem como estratégias visando prevenir o risco (programas de prevenção e promoção à saúde); e com os prestadores, através dos dispositivos de micro-regulação da sua prática e do compartilhamento de riscos, que é parte integrante do processo de investigação em curso.

A própria estratégia comercial de contratação de redes de prestadores (ainda que a restrição de coberturas tenha sido coibida com a Lei 9656, através do estabelecimento do Plano Referência como única modalidade de plano comercializável, bem como do Rol de Procedimentos) fez-se também necessária para as seguradoras pelo motivo anteriormente alegado – o de que, no mercado de planos e seguros privados, dada a intensa influência da prática médica na reorganização dos princípios e modos operacionais da atividade do seguro, a sinistralidade não está diretamente ligada à exposição a riscos ou a perfil de morbi-mortalidade, mas às especificidades na oferta de prestadores (conforme diferenciações de prestígio, de qualidade, de padrões de incorporação de tecnologia etc). Tem-se, a partir daí, a necessidade de modelação das redes para os diferentes segmentos sócio-ocupacionais, em função do seu status sócio-econômico, com vistas a uma mais eficiente modulação do acesso aos serviços de saúde, que resulta em um melhor controle dos custos da assistência médica e na subsequente acumulação de capital.

A organização dos serviços através do credenciamento de sub-redes de provedores é necessária, portanto, para a racionalização do custeio das despesas médico-hospitalares e representa, como se verá no decorrer do presente trabalho, uma poderosa

de planos privados. A primeira, relacionada às operadoras vinculadas aos esquemas mutualistas, está assentada no financiamento e na organização dos trabalhadores até a unificação previdenciária, daí sua inscrição na classificação de mutualistas. Nestas, a assistência médica praticada diretamente pelas empresas era obrigatória, integrando o contrato de trabalho, ou era oferecida opcionalmente; os planos de saúde eram total ou parcialmente financiados pelas empresas (sendo, neste último caso, complementados pelos funcionários, proporcionalmente ao salário), e as coberturas eram padronizadas. Tinham como característica fundamental a retenção de risco dos trabalhadores pela empresa empregadora, ou seja, não havia transferência dos riscos dos empregados para outra empresa conveniada ou para o Estado. A segunda matriz empresarial, denominada securitária, abrange as empresas médicas (medicinas de grupo e cooperativas médicas) havendo ingressado, em um momento posterior, as seguradoras. Esta modalidade implica uma “externalização” do risco pelas empresas empregadoras, isto é, a transferência de riscos de adoecimento dos trabalhadores e seus dependentes, pela empresa empregadora, mediante a contratação de empresas especializadas no mercado de planos e seguros privados. Também resulta no estabelecimento de formas gerenciais de seguros baseadas na hierarquização dos riscos, o que se traduz na oferta de planos e seguros privados padronizados para os clientes, conforme as formas de cobertura e a capacidade de pagamento dos distintos segmentos sócio-ocupacionais (BAHIA, 1999).

ferramenta de regulação da utilização de serviços, constituindo-se no formato mais abrangente do que se entende como direcionamento para prestadores preferenciais.

Importa reiterar que as práticas capitalistas de organização de serviços, fortalecidas com a unificação da Previdência Social, nas décadas de 1960 e 1970, têm como algumas das suas expressões principais o credenciamento de serviços e a conformação de sub-redes de provedores, que, em última instância, implicam a segmentação da assistência à saúde com base no poder aquisitivo dos diferentes agrupamentos sócio-ocupacionais ou dos usuários como um todo. E que tais conformações assistenciais têm como seu substrato conceitual a teoria do risco securitário, que penetra toda as outras formas organizacionais do mercado de saúde suplementar em suas várias dimensões.

Desse modo, a busca de usuários sadios no mercado privado de saúde, que está subjacente à defesa unânime da segmentação dos planos por parte das operadoras de matriz securitária, operando também, portanto, na lógica da segmentação da assistência, já configura uma outra forma, menos explícita, de seleção de riscos, e serve como reafirmação da tecnologia do risco e do caráter securitário do mercado como um todo. Adicionalmente, o compartilhamento de riscos, que vem integrando de forma crescente o repertório discursivo das operadoras, como poderá ser visto posteriormente, é outra confirmação da valorização da teoria do risco, novamente reiterando a base securitária do mercado. Assim, pode-se dizer que praticamente todas as operadoras hoje atuantes no mercado de assistência supletiva compartilham a “cultura” do risco e que isto representa o oposto da cidadania como valor.

No ponto em que o presente trabalho se encontra, torna-se necessário pontuá-lo com novas perguntas: é possível imprimir uma diretriz regulatória de qualificação da assistência sobre um cenário edificado sobre a lógica do risco e da segmentação da assistência? Como compatibilizar a linguagem da qualificação da assistência e da produção social de saúde enquanto objeto da ação regulatória do Estado em um mercado que tem se capitalizado tirando proveito justamente da segmentação dos processos assistenciais e, portanto, do fracionamento do cuidado?

1.2. A REGULAMENTAÇÃO DO SUB-SETOR – A CRIAÇÃO DA LEI 9656/98 E DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS)

Como já foi visto, o processo de constituição do sub-sistema privado redundou na emergência de uma cultura do consumidor, especialmente a partir dos anos 1990, o que culminou com a criação de organismos estatais, como o PROCON (Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor), e organizações não-governamentais, como o IDEC (Instituto de Defesa do Consumidor), às quais veio se juntar o Ministério Público como uma nova instituição da estrutura judiciária. Reforça-se, assim, a noção de consumo como uma das dimensões de cidadania, ambas inscritas no texto constitucional, sendo que a ambigüidade entre os direitos de cidadania e do consumidor seria finalmente regulamentada em 1990, com a aprovação do Código de Defesa do Consumidor e da Lei Orgânica da Saúde, que criou o SUS.

Pode-se mesmo dizer que os princípios de regulação/regulamentação do sub-sistema privado encontram-se ainda ancorados nas matrizes normativas do direito do consumidor, o que não contempla a complexidade do objeto “saúde”, que reclama o seu reconhecimento como direito de cidadania e como bem público, daí a necessidade de se construir uma perspectiva intervencionista do espaço público sobre a esfera privada, que não pode mais ser vista como um território livre (ACIOLE, op. cit.).

O estabelecimento de um formato de intervenção estatal para o setor envolve, portanto, o rompimento da dicotomia entre a lógica do direito de cidadania, central no sistema estatal, e a do direito do consumidor, intrínseca ao sistema privado, através de mecanismos reguladores e, mais que isso, de marcos regulatórios para o setor como parte de uma política de Estado.

Não faz parte do interesse direto da presente pesquisa uma descrição minuciosa do processo de regulamentação do setor, que pode ser encontrada de forma mais aprofundada e apropriada em outros trabalhos¹², senão o que guarda uma afinidade mais

¹² Entre esses autores constam ALMEIDA, Célia. *O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar*. BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento/IPEA, Texto para Discussão nº 599, novembro de 1998; BAHIA (2001a, 2001b); BRAGA, José Carlos de Souza. *Dimensões econômicas e sociais do mercado de assistência suplementar*; TEIXEIRA, Aloísio. *Mercado e imperfeições de mercado: o caso da assistência suplementar*. In: BRASIL. MS/ANS. *Cadernos de Saúde Suplementar: 2º Ciclo de Oficinas*, 2001; TEIXEIRA, Aloísio et al. *Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas no Brasil*; VIANA, Ana Luiza et al. *Estado e Regulação da*

próxima com o objeto deste estudo. Desse modo, as informações abaixo descritas selecionam os aspectos mais diretamente ligados ao enfoque da regulação que se pretende analisar na presente pesquisa.

Conforme já dito anteriormente, a partir da década de 1980 o mercado de planos e seguros privados de saúde no Brasil vigorou de forma inteiramente auto-regulada, o que se deu principalmente devido à perda da capacidade financiadora sobre o setor pela Previdência Social, já materializada no então INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), em vista da profunda crise financeira que atingiu o sistema previdenciário, o que fez com que este abdicasse das suas funções mediadora e reguladora das relações entre as forças publicizantes e privatizantes. Registra-se entre 1981 e 1984 a perda da capacidade de fixar preços competitivos e a não realização de novos credenciamentos, bem como a não renovação dos antigos, que deu margem a um vazio normatizador, onde já se podia constatar a autonomia alcançada pelas empresas atuantes nesse mercado.

Entretanto, a despeito da mediação e regulação empreendida pelo modelo previdenciário, que não tinha a rigor um caráter explicitamente regulador do setor, pode-se identificar uma regulamentação sobre a comercialização de planos e seguros-saúde na implementação do Decreto-Lei nº 73, de 1966, referente à conformação do sistema nacional de seguros, que autorizava a operação do seguro grupal (seguro-empresa) e o referenciamento de provedores de serviços médico-hospitalares pelas seguradoras, sendo que esse dispositivo não incluía as operadoras “não lucrativas”. Em vista das divergências entre as cooperativas médicas e as medicinas de grupo que diziam se enquadrar nesta categoria e que, por isso, alegavam necessitar de uma “proteção” para se desenvolver, as operadoras permaneceram atuando no mercado sem qualquer regulamentação específica. As seguradoras, porém, já dispunham de uma regulamentação da sua atividade, que se formalizava através de sua vinculação com a SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), por sua vez sob a jurisdição do Ministério da Fazenda.

Saúde; e UGÁ, Maria Alicia et al. *A regulação da atenção à saúde nos EUA*. In: BRASIL. MS/ANS. *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. ANS, Rio de Janeiro, 2002.

O desenvolvimento do mercado de saúde suplementar brasileiro e a regulamentação estatal sobre o setor à luz da intermediação entre o público e o privado

Em 1993, começaram a tramitar no Senado e na Câmara Federal projetos pontuais de regulamentação de planos e seguro-saúde, que se concentraram basicamente em dois aspectos: ampliação de coberturas (procedimentos e faixas etárias) e ressarcimento monetário do atendimento a clientes em instituições públicas (BAHIA, 2001a, p. 358). Em 1997, foi constituída uma comissão especial para tratar da regulamentação, tendo se dado na Câmara Federal a aprovação do Projeto de Lei de regulamentação do setor de Saúde Suplementar.

O processo de regulamentação estatal – o deslocamento do enfoque nas questões econômicas para a ênfase na qualificação da assistência

O processo de regulamentação do mercado de saúde suplementar brasileiro pode ser dividido em quatro etapas, no decorrer das quais pode ser verificada a mudança de ênfase que vem sendo dada à natureza do mesmo, o que é descrito por MONTONE (2002) em um documento institucional publicado pela ANS – *Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas*¹³:

A **primeira etapa** da regulamentação do sistema de saúde suplementar teve seu marco na Constituição de 1988 e se estendeu até a promulgação da Lei 9656/98 e da Medida Provisória 1665/98, após debate e aprovação no Senado. No início desse período de 10 anos, a Constituição de 1988, que estabeleceu a saúde como direito universal, ao estabelecer também a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) universal, integral e gratuito, em 1990, também definiu a saúde privada como um setor regulado pelo Estado.

A regulamentação do sub-setor da Saúde Suplementar só teria seu processo iniciado em 1997, com a aprovação do projeto de lei na Câmara Federal, e tinha como principal foco a forte regulação da atividade econômico-financeira, embora já existisse um reconhecimento da outra dimensão – a relacionada à assistência à saúde, que o processo regulatório deveria comportar.

Sob a perspectiva econômico-financeira da regulação, a Constituição definia as condições de ingresso, de operação e de saída do setor e exigia a constituição de reservas

¹³ JANUARIO MONTONE foi Diretor-presidente da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) na gestão do então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso.

e garantias, com o objetivo de dar segurança ao consumidor quanto à capacidade econômico-financeira das operadoras para honrar os contratos assinados, além de assegurar a transparência e a competitividade no setor (MONTONE, 2002, p. 8). Já na dimensão da assistência à saúde, a inovação foi a exigência de que as operadoras demonstrassem a capacidade de produzir assistência integral à saúde, tendo para isso sido criado o Plano Referência, um plano de assistência integral à saúde que exigia a cobertura de todas as doenças classificadas no Código Internacional de Doenças (CID).

Nesse contexto, estabeleceu-se que a regulação seria exercida pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), que tinha suas diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP). Assim, o órgão regulador básico era o composto formado pela SUSEP e pelo CNSP, uma vez que a base conceitual do modelo era a da regulação da atividade econômica, atribuição do Ministério da Fazenda, sendo nesse momento o papel do Ministério da Saúde ainda secundário.

Durante o primeiro semestre de 1998, ao ser debatido no Senado, o projeto de regulamentação sofreu duas importantes alterações, sendo que uma delas foi o fortalecimento do pólo assistencial da regulação, isto é, do Ministério da Saúde no processo, para cuja viabilização o instrumento utilizado foi a transformação do Plano Referência em plano obrigatório, que passou a ser o único modelo de plano aprovado para comercialização, o que significou a proibição de redução ou exclusão de coberturas assistenciais. Assim, embora fosse facultada às operadoras a possibilidade de comercializarem planos exclusivamente ambulatoriais ou hospitalares, havia a exigência de que a assistência fosse integral no segmento, ainda que isto significasse a assunção oficial de uma linha de clivagem nos processos de assistência à saúde. A outra alteração foi a criação e o reforço de regras de proteção ao consumidor, como o controle de preços e reajustes por faixa etária, a proibição da seleção de risco e a proibição de rompimento unilateral do contrato com os usuários de planos individuais.

Tal mudança no conceito de regulamentação fez com que as bases do sistema passassem a compartilhar tanto a regulação da atividade econômica quanto a regulação da atividade assistencial, o que implicou um fortalecimento gradual do papel da área da saúde. A partir disso, emergiu no Senado o sistema de Regulação Bi-Partite, através do qual a regulação da atividade econômica continuaria a cargo da SUSEP-CNSP (e, em

última instância, do Ministério da Fazenda), e a da atividade de produção dos serviços de saúde (inclusive a autorização para a comercialização dos produtos, bem como toda a fiscalização relativa à área) passaria a ser atribuição do Ministério da Saúde, que atuaria através da Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Saúde Suplementar e do então criado Conselho de Saúde Suplementar (CONSU). Também foi instituída a Câmara de Saúde Suplementar como órgão consultivo permanente na regulação da assistência à saúde.

Este novo modelo concebido no Senado, por se diferenciar do modelo aprovado na Câmara Federal, acabou por ser viabilizado através de uma Medida Provisória (a MP 1665/98), após amplo processo de discussão e negociação no Congresso Nacional. Desse modo, a Lei 9656/98 foi promulgada conforme o projeto aprovado na Câmara, em 3 de junho de 1998, sendo que a Medida Provisória, então de nº 1665, alterando a lei conforme negociação no Senado, foi ditada em 5 de junho de 1998. O conjunto formado pelas duas, isto é, pela Lei 9656 e pela MP 1665, estabeleceu o **marco regulatório do setor**, que, entretanto, só entrou em vigor em janeiro de 1999, sendo nesse período editadas inúmeras Resoluções pelo CONSU, necessárias para viabilizar as exigências da legislação.

A **segunda etapa** da regulamentação ocorreu ao longo de 1999, quando a legislação entrou em vigor, já expondo as insuficiências do modelo Bi-Partite, no sentido de que a desvinculação entre a regulamentação e fiscalização econômico-financeira e a regulamentação e fiscalização da produção dos serviços de assistência à saúde dificultava “a sinergia e a unidade estratégica no processo de regulamentação, gerando problemas de efetividade” (idem, p. 14).

Em função disso, ao final de 1999, teve lugar a **terceira etapa** do processo, com a unificação de todas as atribuições de regulação do setor sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. Aqui, o CONSU transformou-se em Conselho Ministerial, integrado por 5 ministros de Estado (entre eles, o da Saúde e o da Fazenda), e a Câmara de Saúde Suplementar passou a ter as suas atribuições ampliadas, de modo a abranger todos os aspectos econômicos e financeiros da regulação.

A **quarta etapa** do processo foi deflagrada pela criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em 28 de janeiro de 2000, através da Lei 9961/00, que constituiu o marco referencial da revisão do modelo de regulação, assumindo todas as

atribuições de regulação do setor de saúde suplementar. Como Agência Reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, passou a ser dotada de um maior poder de atuação, além de deter autonomia orçamentária, administrativa e política, expressas por uma arrecadação própria, decisões em diretoria colegiada e poder legal próprio das agências reguladoras para a efetivação de suas resoluções.

É importante destacar que a maior parte dos estudos que até então tomaram como objeto a regulamentação governamental brasileira sobre o mercado de planos e seguros privados de saúde, sobretudo no período que imediatamente envolveu a criação da ANS, tinha um recorte predominantemente economicista, o que é compreensível, a se depreender da própria evolução do processo de regulamentação que transitou de um pólo em que a regulação, inicialmente centralizada na SUSEP, vinculada ao Ministério da Fazenda, foi progressivamente transferida para o âmbito do Ministério da Saúde. Desse modo, esses estudos exploravam aspectos relacionados às bases econômicas e financeiras da regulamentação, principalmente se for considerada a cultura do mercado de seguros que praticamente desencadeou o processo de regulamentação do setor, e geralmente se relacionavam aos aspectos ligados à preservação da estabilidade do mercado e à correção ou atenuação das anteriormente referidas *falhas* (como a assimetria de informação entre clientes, operadoras e provedores de serviços), ou *externalidades* do mesmo, isto é, a seleção adversa e o *moral hazard*, através da denominada seleção de riscos por parte das operadoras, que preferem propiciar coberturas para os bons riscos, isto é, os usuários saudáveis.

ALMEIDA (op. cit.) remete-se a Chollet e Lewis para indicar os objetivos da regulação pública do seguro privado, e por ela reinterpretados: (1) A manutenção da estabilidade do mercado segurador, que inclui a definição de padrões financeiros e éticos que regulem a entrada, operação e saída das seguradoras ou operadoras do mercado (considerando-se aqui as regras para o capital financeiro mínimo inicial, capacidade de poupança, condições fiscais e garantias para o caso de insolvência das empresas, bem expressos na vertente econômica da regulação conduzida pela ANS); (2) o controle da assimetria de informação, que deve reger a regulação das cláusulas contratuais e do *marketing* dos planos de seguro, e a regulação das relações entre planos de saúde e prestadores de serviços; e, finalmente (3) a maximização da participação do consumidor no

mercado privado da saúde, que se refere às formas de regulação que tentam conciliar as práticas do mercado privado de seguros com as demandas sociais de justiça e maior equidade no acesso aos serviços de assistência médica, incluindo-se aqui três tipos de normatizações: proibição ou restrição de exclusões, proibição ou restrição da vinculação dos preços às condições de algumas variáveis (saúde, idade, sexo etc) e obrigatoriedade de cobertura para determinados benefícios ou serviços.

Teixeira (2001) chama a atenção para o campo da assistência à saúde ao relacioná-lo a um “complexo industrial”, que abrange um bloco dos prestadores de serviço muito diferenciado (hospitais, serviços de assistência médica, clínicas, laboratórios etc), usuários, setores de intermediação público e privado, bem como setores de comercialização, pesquisa e desenvolvimento, fornecedores de insumos e de equipamentos, indústria farmacêutica, meios de comunicação etc, com “uma intrincada teia de relações a montante e a jusante”, no qual o mercado de planos é apenas uma parte, e que deve ser estudado para se conhecer o papel e as características dos diversos atores, bem como suas formas de interação.

Pensando na necessidade de aperfeiçoamento da regulação governamental, BRAGA (op. cit.) considera que, para um mercado que permaneceu em auto-regulação nos últimos trinta anos, não bastaria um conjunto de procedimentos focalizados para a assistência à saúde suplementar, o que configuraria uma atuação restrita da ANS, defendendo a importância de um alargamento do conceito de regulação de modo que este envolvesse outros segmentos do sistema de saúde, isto é, a base industrial, os investimentos da rede de prestadores públicos e privados etc. Nesse contexto complexo:

a regulação do sistema de Saúde, no Brasil, só avançará significativamente na medida em que o governo, através da ANS, atinja o objetivo de compatibilizar dinamismo empresarial, respeito as direitos dos usuários e melhoria crescente da qualidade da assistência médica suplementar, ao mesmo tempo em que o Ministério da Saúde, na condição de instituição superior, vá constituindo uma ampla política pública que torne possível a universalização do acesso, a qualidade dos serviços de saúde (tanto dos prestadores públicos como dos empresariais), a adequada magnitude e distribuição geográfica dos investimentos, a prática de preços que remunerando o capital não

implique abuso de poder econômico nem exclusão dos “consumidores-pacientes” (idem, p. 43).

BAHIA (2001a) analisa que o debate em torno da elaboração da lei 9656 teve o mérito de revelar o elenco de abusos das operadoras contra os clientes, remetendo devidamente à esfera pública as atribuições de regulação e controle da assistência intermediada pelas empresas do mercado de saúde suplementar, não conseguindo êxito, porém, na elaboração de proposições efetivas para a regulação das extensas interfaces público-privadas da gestão de riscos à saúde. Numa feliz expressão, lembra que alguns temas ainda “não foram atingidos pelos refletores do processo de regulamentação”, como aqueles relativos ao financiamento dos planos de saúde, aos modelos já consolidados de empresariamento da assistência médica suplementar e, sobretudo, aos seus mecanismos de auto-regulação. Refere ainda que “os maiores desafios para transformar a regulação do mercado de planos em um processo relacionado com as proposições de melhoria das condições de saúde estão ainda intocados” (BAHIA, 2001b, p. 361).

A ainda pouca ênfase dada à qualificação dos processos assistenciais, bem como à produção social de saúde, que se mostra uma constante nos textos consultados, pode ser então também compreendida, como já foi dito, como um reflexo da própria evolução da formalização do processo de regulamentação, sintetizada na centralidade inicial da regulação no complexo SUSEP/CNSP/Ministério da Fazenda e o posterior deslocamento desse eixo para o Ministério da Saúde, sinalizando uma priorização crescente que passou a ser dada ao tema. Em discurso feito pelo Ministro José Serra no Seminário de Planos de Saúde, em Brasília, também não se detecta ainda uma atenção específica em relação a isso, sugerindo que o período inicial de gestão da ANS tenha sido marcada por outras preocupações, pertinentes àquele momento histórico específico (imediatamente posterior à sua criação) e que, no campo da assistência à saúde propriamente dito, além da instituição de alguns programas e protocolos mínimos para a esfera assistencial, esta temática ainda estava por se construir¹⁴.

¹⁴ Transcrição do discurso do Ministro José Serra no seminário dos Planos de Saúde/ Brasília, em 28/08/01, e que se encontra na coletânea organizada pela Agência Nacional de Saúde intitulada “Textos de Apoio”. Rio de Janeiro, 2002.

Este período reflete bem o privilegiamento do enfoque na macro-regulação estatal e a lacuna ainda existente no que diz respeito à instituição de marcos regulatórios no campo da regulação operativa, ou da micro-regulação, que envolve a funcionalidade do próprio mercado de planos e seguros privados de saúde, tanto no que diz respeito à dinâmica da sua gestão organizacional (do qual faz parte a utilização de mecanismos micro-regulatórios por parte das operadoras sobre os outros atores desse cenário) como à própria concepção e conformação dos modelos assistenciais e suas práticas.

As referências dos diversos autores anteriormente mostradas, bem como as reflexões que vêm sendo trazidas e reunidas acerca dos assuntos tratados, trazem à tona três aspectos extremamente relevantes e que sintetizam as principais tensões vividas pela instância governamental e sua agência reguladora no atual momento do processo regulatório:

- O conflito imanente à constituição e à própria existência do mercado de saúde suplementar brasileiro, que é a questão ainda insolúvel a respeito do reconhecimento do direito universal à saúde do usuário-cidadão e a noção do direito do consumidor, que subentende uma cidadania dependente da capacidade de consumo (ou, em outras palavras, é vinculada a uma concepção em que o consumo é visto como marca de cidadania). Tal conflito constitui uma tensão latente a desafiar o processo regulatório, posto que denuncia as próprias contradições do mesmo;
- A complexidade do cenário da saúde suplementar, que representa uma verdadeira arena de disputas, e a multiplicidade dos atores nele envolvidos, em permanente disputa pelo seu controle, entre os quais alguns macro-atores se destacam (como será visto posteriormente), bem como suas estratégias e contra-estratégias frente à ação reguladora/regulamentadora estatal;
- A reconhecida existência de regiões de “opacidades” a serem enfrentadas pelo processo regulatório, ou seja, zonas de ocultamento dos verdadeiros interesses dos distintos atores envolvidos, em especial os macro-atores citados, e que se mostram mais refratárias à regulação governamental;
- A necessidade de instituição de marcos regulatórios em um território que declaradamente tem se tornado o principal alvo das preocupações da ANS e o seu maior desafio atual: a qualificação dos processos assistenciais e a produção social de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro.

De qualquer forma, pode-se dizer que a criação da ANS, naquele contexto, atendeu e deu uma solução definitiva à necessidade de se estabelecer um *locus* institucional para a regulamentação. Ainda que sua existência denote uma assunção oficial e institucional de um modelo que entra em conflito com preceitos constitucionais, no sentido

de materializar e acolher iniciativas contrárias aos princípios de universalização, equidade e descentralização, inequivocamente é também uma expressão institucional do alargamento das atribuições setoriais do Ministério da Saúde, no sentido de, finalmente, deter e consolidar a governabilidade necessária para regular o setor privado (BAHIA, 2001b). Com isso, evidencia-se também claramente a necessidade da construção e afirmação da sua identidade institucional no campo da saúde suplementar e que se vincula ao seu principal desafio já citado: a instituição de marcos regulatórios que reconheçam a centralidade da assistência à saúde, a qualificação dos processos assistenciais e a produção social de saúde pelas organizações atuantes nesse sub-setor.

Nesse ponto, novamente se pode reelaborar a pergunta anteriormente feita: com a ampliação das funções reguladoras do Ministério da Saúde sobre o mercado de planos e seguros privados, é possível de fato o Estado, através da sua agência reguladora, instituir marcos regulatórios voltados para a qualificação da assistência à saúde, de modo a não incompatibilizá-los com o ideário constitucionalmente sacramentado? Existe ainda alguma possibilidade de re-significar o usuário no sentido de não enxergá-lo apenas como um consumidor, e sim como um usuário-cidadão? É possível criar mecanismos ou dispositivos que instrumentalizem o Estado para regular os processos assistenciais de modo a se obter uma melhor qualidade do cuidado prestado pelas empresas atuantes nesse mercado, elevando as condições de saúde da população por elas atendida e, mais que isso, atingindo-se um novo patamar – o da produção social de saúde, na plena positividade desta acepção?

As reflexões anteriores convergem, então, para esse aspecto essencial, no sentido de permitir uma aproximação ao objeto do presente estudo, ainda em processo de construção: a instituição de marcos regulatórios voltados para os processos de qualificação da assistência e para a produção social de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro enquanto objeto da política regulatória do Estado, bem como o seu real significado, seu alcance e seus possíveis limites, tendo em vista a concorrência das múltiplas forças, nem sempre consensuais, que atravessam esse sub-setor. Para isto, reafirma-se a necessidade de se conhecer a funcionalidade do campo da regulação operativa, na sua dimensão organizacional e assistencial, identificando e analisando a conformação dos modelos assistenciais nele presentes. As considerações que serão

pontuadas nos próximos momentos visam organizar o campo e clarear outros pontos que possam proporcionar uma delimitação mais precisa do objeto e do problema deste estudo.

Dentro dessa linha de abordagem, pode-se explicitar, então, que o objetivo geral da presente pesquisa é estabelecer uma reflexão acerca da instituição de marcos regulatórios voltados para a qualificação dos processos assistenciais e da produção social de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro, por parte do aparelho de Estado, buscando-se, ao mesmo tempo, compreender em que medida os modelos assistenciais nele vigentes estão em sintonia com a política regulatória estatal frente a esses propósitos, e determinar a sua receptividade e permeabilidade à ação reguladora da Agência Nacional de Saúde, considerando-se as distintas lógicas que atravessam esse complexo cenário e que muitas vezes se contradizem com o ideário da integralidade do cuidado (entre elas, a lógica do risco e a segmentação da assistência).

O próximo capítulo pretende aprofundar e clarear este tema com o acréscimo de novas contribuições teóricas que permitam uma delimitação mais precisa do objeto, no sentido de reunir os subsídios necessários à construção da metodologia da pesquisa.

**2. OS MUNDOS DO CAPITAL – O
NEOLIBERALISMO E SUA INFLUÊNCIA SOBRE
O MERCADO PRIVADO DE SAÚDE NO BRASIL:
PROSSEGUINDO NO PROCESSO DE
APROXIMAÇÃO AO OBJETO E À
METODOLOGIA DA PESQUISA**

As considerações apresentadas até agora buscaram circunstanciar, de forma gradual, e reunindo elementos ainda dispersos na literatura consultada, o que a presente proposta de pesquisa toma como objeto: a instituição de marcos regulatórios governamentais sobre os processos assistenciais atualmente vigentes no mercado de saúde suplementar brasileiro e a conseqüente necessidade de compreender em que medida isto pode ser de fato objeto da ação regulatória do Estado através da Agência Nacional de Saúde. A apresentação das idéias de forma ainda muito ampla reclama um recorte e um delineamento mais precisos da questão central que a norteia. Isto implica em trazer novos elementos e subsídios teóricos, em um movimento de aproximações sucessivas que possibilite ao leitor um melhor clareamento e encadeamento das idéias aqui expostas, com vistas a um acercamento do problema central que está presente nesta proposta de trabalho e, assim, convergir para o processo de elaboração e construção do caminho metodológico a ser percorrido na investigação em curso.

As considerações que serão apresentadas na seqüência procuram mostrar a conformação dos processos assistenciais no mercado de assistência supletiva brasileiro à luz do confronto que vem se estabelecendo entre as duas forças que mais têm influenciado o campo da saúde, no Brasil, sob a égide do neoliberalismo: a forma neoliberal que está na base do complexo médico-industrial brasileiro e a que vem sendo capitaneada pelo capital financeiro internacional.

2.1. A FORMA NEOLIBERAL VINCULADA À FORMAÇÃO DO COMPLEXO MÉDICO-INDUSTRIAL BRASILEIRO

A evolução histórica da formação do mercado de planos e seguros privados de saúde, no Brasil, que teve estreita correspondência com o processo de capitalização e empresariamento da medicina, incentivado e patrocinado a partir da intervenção estatal, conforme já descrito no capítulo anterior, desembocou no que veio posteriormente se constituir em um modelo de assistência à saúde denominado modelo médico-hegemônico, intimamente vinculado ao complexo médico-industrial, como representação de uma forma neoliberal específica e historicamente determinada de produção de serviços. Esta tem

constituído uma forma dominante de produção no campo da saúde à qual se articulam outras distintas modalidades assistenciais, considerando-se mesmo que “as bases sob as quais se desenvolvem a ideologia e os projetos neoliberais acham-se inscritas na própria estrutura organizacional do sistema de saúde brasileiro” (CAMPOS, 1992, p. 41), cuja consolidação, no plano político, econômico e ideológico, permite a reprodução da estrutura privatizada da atenção e do próprio sistema de acumulação de capital no setor.

No contexto social e previdenciário brasileiro, o surgimento e a incorporação de novidades tecnológicas vêm combinados com as já citadas estratégias de extensão de cobertura à maior parte da população, demandando para isto um grande investimento de capital e/ou a intervenção do Estado. Sob esse aspecto, pode-se dizer que, de um lado, o processo de constituição das redes de provedores (credenciadas pelo Estado ou pelas empresas médicas) e os correlatos processos de extensão de cobertura (com base física amplamente distribuída), e de outro, a correspondente incorporação de tecnologia são interfaces de um mesmo processo, que é a capitalização do setor e o fortalecimento e a perpetuação de um determinado modo de produção.

Este modo de produção de assistência à saúde, que tem representação e sustentação material no complexo médico-industrial, realiza-se dinamicamente e funcionalmente através de modalidades de produção de serviços e de ordenações tecnológicas de processos de trabalho que lhes são próprios. Além disso, tem significativa penetração no espaço público, não só no que se refere ao fornecimento de técnicas de gestão concebidas no âmbito privado e no compartilhamento das redes de serviços e seus estabelecimentos, como também na formação de um imaginário que permeia as relações de trabalho e de poder entre os distintos atores que compõem os múltiplos cenários em que habita, bem como a relação existente entre os trabalhadores de saúde (aqui se incluindo os médicos) e os usuários ou consumidores, podendo-se considerar que tenha impregnado ideologicamente o espaço público de assistência à saúde como um todo.

Esta forma liberal de produção de serviços de saúde tem sua representação máxima no hospital, que passa a adquirir uma centralidade sem precedentes no sistema de saúde brasileiro, tanto na esfera privada como na pública, centralidade esta acompanhada de uma autonomia quase que absoluta em relação ao restante do modelo. Tal autonomia se expressa nas articulações com o restante do modelo, nas formas de captação de clientela

(que não obedecem a critérios de prioridade, seja epidemiológicos, seja baseados nas necessidades da população, mas em bases tipicamente liberais), na organização dos processos de trabalho, nas relações entre os diferentes serviços e entre os serviços e os usuários, na centralidade do trabalho médico em relação aos demais profissionais, nas formas de financiamento etc (idem, p. 47).

Este modelo médico-hegemônico, como também é denominado, assenta-se, portanto, em dois pilares: no privilegiamento da assistência médica individual e predominantemente curativa, e no caráter hospitalocêntrico de prestação de serviços, ambos respaldados na autonomia do profissional médico e da sua prática, como se verá ao longo deste trabalho.

Para atender aos interesses e à necessidade de reprodução do capital oriundo do complexo médico-industrial, a prática médico-hospitalar obedece mais a uma lógica econômica que a uma racionalidade clínica, sendo a regra o prevalecimento das normas de mercado, no que diz respeito à seleção de procedimentos a serem ofertados, dos equipamentos e dos recursos humanos a serem incorporados, bem como no recorte da demanda a ser atendida. Sendo assim, o sentido do desenvolvimento da moderna empresa médico-hospitalar e do perfil de serviços que oferta caminham em direção diferente daqueles indicados pelos padrões epidemiológicos (seguindo as determinações do risco securitário-individual e não do risco epidemiológico-populacional) e pelas necessidades de saúde da população (idem, p. 54).

No que diz respeito à organização dos processos de trabalho, diferentemente do que ocorre em outras organizações modernas, onde a burocratização dos processos organizacionais tende a fazer uma clivagem entre as atividades de planejamento e administração e as de execução, nas organizações de saúde isto não ocorreu de forma definida e completa em função das especificidades do próprio campo. Estas são dadas principalmente pelo papel preponderante do saber técnico, especialmente dos profissionais médicos, ao lado de outras singularidades da organização do trabalho sanitário. O saber técnico confere um maior grau de liberdade e poder dentro da organização aos profissionais que o detêm, o que explica a autonomia desfrutada pelos médicos em relação ao conjunto dos trabalhadores da instituição hospitalar e mesmo nos ambientes ambulatoriais ou nos consultórios privados. Desse modo, mesmo com a expropriação dos meios de trabalhos

próprios da medicina liberal a que foram submetidos, como resultado do processo de concentração de capital investido na área, aliado à intervenção estatal, que acarretou a transferência da propriedade dos meios de trabalho para as empresas ou para o governo (o que também redundou na complexificação das técnicas e práticas organizacionais que vieram repercutir na sua prática dentro das instituições hospitalares), os médicos continuaram preservando a sua autonomia.

Assim, mesmo com a incorporação de novos equipamentos e inovações tecnológicas no campo da saúde em geral, e no ambiente hospitalar, em particular, diferentemente do que ocorreu na indústria, o profissional médico não teve sua autonomia diminuída, dado o monopólio do saber e exclusividade para operar as diferentes técnicas, procedimentos e máquinas. Isso pode ser, de certo modo, generalizado para a força de trabalho em saúde, em geral, que não se viu na condição de ser substituída pela tecnologia maquínica no interior dos hospitais. Enquanto na indústria uma das formas de subordinação do operário reside na sua dependência ao funcionamento e ao ritmo das máquinas, fazendo com que haja uma adaptação do homem à linha de produção fabril, no caso do setor saúde, o trabalhador consegue preservar padrões mínimos de autonomia (ou de auto-governo), ou até aumentá-la – isto constituindo uma importante característica do trabalho neste campo, conforme a sua inserção na organização hierárquica da instituição e o seu grau de especialização, o que é particularmente evidente no caso dos médicos.

O parcelamento de atividades, decorrente do aumento da complexidade tecnológica, na medicina e no trabalho médico, tem também como consequência a fragmentação da atenção prestada ao paciente, uma vez que a avaliação do cuidado prestado passa a ser feita não necessariamente em função da composição do produto final do mesmo, mas através das suas tarefas intermediárias, muitas vezes condensadas em procedimentos técnicos, que podem ser destacados da totalidade do conjunto e remunerados independentemente do cuidado final produzido.

Os procedimentos, se por um lado estão articulados aos interesses do complexo médico-industrial, enquanto materialidades da produção industrial (equipamentos e/ou medicamentos) que passaram a simbolizar, por outro, passam a representar uma interposição na relação entre o profissional médico e o seu objeto de trabalho, muitas vezes se convertendo em um novo objeto da assistência à saúde. Ao adquirir uma conotação de

uma atividade que se encerra em si mesma e que tem uma finalidade auto-determinada e auto-justificada, acaba por deslocar o próprio paciente para um plano subsidiário na relação que se estabelece entre ele e o profissional. Isso faz com que a prática clínica instituída dentro do modelo médico-hegemônico/hospitalocêntrico se distancie progressivamente dos seus compromissos com a qualidade do cuidado e com a produção social de saúde.

Tal intermediação que se estabelece na relação entre o profissional e o paciente, consubstanciada na fetichização que o procedimento veio representar, exige uma re-significação dos conceitos de tecnologias em saúde, uma vez que a compreensão do fenômeno remete à dimensão relacional entre os sujeitos, especialmente entre o trabalhador e o usuário. Dentro disso, MERHY (1997, 2002) traz o conceito de *micropolítica do trabalho vivo em ato*, que expressa os ordenamentos dos processos de trabalho que se constroem nas dimensões micro-políticas ou moleculares das organizações e que necessariamente se reportam à interação relacional entre os diferentes atores, especificamente a que se estabelece entre o profissional e o usuário, dentro de um âmbito por ele denominado de “espaço intercessor”¹. Esse relacionamento pode ser pautado pela lógica da realização de procedimentos, envolvendo tecnologias ligadas a equipamentos ou tecnologias ditas “duras”, muitas vezes em detrimento das reais necessidades do usuário, ou pode privilegiar o que ele denomina de tecnologias “relacionais” ou tecnologias “leves”, que pressupõem a valorização de diretrizes como vínculo, acolhimento, responsabilização, integralidade do cuidado, o que equivale a dizer que são centralizadas nos interesses do mesmo.

Dito de outra forma, esses ordenamentos tecnológicos podem se balizar na concepção que tem o usuário como eixo do trabalho em saúde (“usuário-centrados”) ou podem se sustentar na produção de tecnologia material – os procedimentos – como objetivação do cuidado em saúde (“procedimento-centrados”), os quais têm constituído a base tecnológica do modelo assistencial desenvolvido na primeira fase da forma de produção neoliberal. Esses conceitos serão reapresentados no capítulo seguinte de forma

¹ O autor, nos seus textos originais, utilizava o termo “interseção” para designar os espaços de relação que se estabelecem entre dois ou mais agentes ou sujeitos em processo, no interior de um dado cenário, preferindo atualmente usar o termo “intercessor”, motivo pelo qual doravante será assim aqui escrito.

mais completa e aprofundada, dada a sua relevância para a fundamentação metodológica da presente pesquisa.

Vale acrescentar que a realização de procedimentos em larga escala e a conseqüente valorização da sua prática, em detrimento da prática clínica tradicional (calcada em moldes liberais clássicos e balizada em um tipo de relação médico-paciente menos dependente de tecnologia material), veio constituir uma cultura e um valor no seio do modelo médico-hegemônico vinculado ao complexo médico-industrial conferindo-lhe tal especificidade a ponto de ser cunhado ***modelo médico-hegemônico produtor de procedimentos***. A valorização dessa prática sob várias representações tem sido significativa enquanto valor ideológico enraizado no imaginário dos atores presentes no cenário da saúde – usuários (“consumidores” ou “clientes”, no caso do mercado de saúde suplementar), trabalhadores, prestadores, gestores, representantes do setor de produção etc. Os valores desse modelo procedimento-centrado têm impregnado o próprio SUS, que passou a remunerar o trabalho em saúde usando os procedimentos como base de cálculo².

O processo de medicalização da sociedade

Para os propósitos mais palpáveis desta pesquisa, é de interesse destacar alguns pontos relacionados ao processo de extensão da prática médica que coincide com o processo de privatização do setor saúde no Brasil, sob os auspícios da participação estatal através da Previdência Social enquanto parte do aparelho de Estado. Assim, um dos olhares com que se pode enxergar e compreender o modelo médico-hegemônico quanto à sua inscrição e perpetuação no denominado complexo médico-industrial é através da sua relação com o fenômeno social denominado por DONNANGELO (1976) *medicalização da sociedade*, cujo conceito está estreitamente ligado à extensão da prática médica (na acepção da ampliação quantitativa de serviços e a correspondente incorporação das populações ao cuidado médico) e, paralelamente, à extensão do campo da normatividade da medicina por referência às representações ou concepções de saúde e dos meios para obtê-la.

² A valorização dos procedimentos até hoje norteia a remuneração do trabalho médico no mercado privado de saúde, como pode ser observado na discussões que vêm sendo feitas em torno da aprovação da CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, pelas entidades representativas da corporação médica.

Assim, na medida do possível, tentar-se-á fazer um paralelismo entre a constituição do mercado de saúde suplementar, sob a égide do modelo médico-hegemônico, ao qual é coetâneo e com quem tem ligação visceral, e o referido processo de medicalização. Este expressa a difusão dos produtos ligados à prática médica enquanto prática social, somados aos seus correlatos valores no plano político-ideológico, que passam então a circular no seio de uma sociedade de classes e denotam a especificidade do papel assumido pela medicina na estrutura social capitalista, para atender as necessidades de acumulação de capital, através da sua articulação com a estrutura econômica e com as suas dimensões política e ideológica.

No que se refere à sua articulação com a dimensão econômica, um primeiro aspecto a se destacar é a vinculação da prática médica, na continuidade do processo de acumulação capitalista, com o momento da produção, tendo como uma das principais finalidades a reprodução da força de trabalho, mediante a aplicação da prática médica sobre o corpo biológico do trabalhador, enquanto agente socialmente determinado da produção econômica. Sob esse ângulo, acentua-se “o papel da medicina no processo de produção da mais-valia, em particular da mais-valia relativa através basicamente da produtividade do trabalho...” (DONNANGELO & PEREIRA, 1976, p. 34-5). Isso será especialmente importante durante a exposição da etapa empírica da pesquisa, ao se demonstrar o caráter inequívoco desta relação apontada pela autora nas estratégias regulatórias vigentes no atual mercado de planos e seguros privados, no que concerne às formas de contratualização observadas nos planos empresariais, e sua direta articulação com os modelos assistenciais adotados pelas operadoras nele atuantes.

O segundo aspecto indicativo da relação apontada entre a prática médica e a estrutura econômica remete à questão dos meios de trabalho médicos, em vista da interposição dos novos conhecimentos biológicos e das novas intervenções técnicas nas mediações existentes entre o médico, seus meios de trabalho e o seu objeto, bem como as diretas implicações disso sobre as novas ordenações tecnológicas dos processos de trabalho médico. Assim, o caráter imediato da relação médico-paciente originária da medicina liberal, que era dado pela simplificação tecnológica dos meios de trabalho médicos, compondo um circuito fechado na relação terapêutica, foi substituído pela interferência de um aparato de maior complexidade tecnológica na relação entre o médico e o seu objeto de

trabalho que, além de modificar substancialmente a natureza e os nexos internos envolvidos nos processos de trabalho, tem implicação direta em uma forma específica de articulação entre a medicina e a produção em geral (idem, p. 37-8).

Tal aparato tecnológico instrumental corresponde à necessidade de capitalização dos diferentes segmentos industriais, cujos produtos tornaram-se passíveis de veiculação e escoamento através da extensão quantitativa de serviços e do consumo do ato médico em si, podendo-se dizer que esses setores constituíram, enquanto um coletivo, um dos atores com maior acúmulo de poder no cenário do “complexo industrial”, sendo por isto mesmo um dos que mais resistência tem oferecido às medidas de regulação do setor, sejam elas oriundas da esfera governamental ou do âmbito da regulação operativa do mercado, através do exercício de micro-regulação que se desenvolve entre os diversos agentes do mercado de assistência médica supletiva na atualidade.

A articulação da medicina com as *condições supra-estruturais* – ideológicas e políticas – constituem um outro prisma através do qual se pode compreender o papel da prática médica no processo de acumulação capitalista, agora já não no plano da reprodução dos fatores de produção, mas no plano do exercício da hegemonia, compreendida como o domínio ideológico e político das classes no poder sobre as demais classes da sociedade, no sentido de evitar que se manifestem as contradições instaladas no nível da produção a partir da negação dos antagonismos de classe que poderiam levar à transformação do próprio modo de produção (idem, p. 40). Produzem-se assim, através de várias instituições sociais, concepções acerca da medicina e da prática médica que passam a ser veiculadas na sociedade com vistas ao exercício do seu domínio no plano político e ideológico, o que é observável através da difusão, por exemplo, de representações de saúde e de doença, enquanto valores simbólicos, mediante os quais a medicina chamaria para si a tarefa de regular e normatizar a vida privada como parte do processo de reprodução das relações de classe.

No que concerne diretamente aos propósitos deste estudo, uma das expressões concretas da articulação da prática médica com o processo de hegemonia político-ideológica pode ser encontrada em situações em que está em pauta o aumento das possibilidades de consumo dos serviços médicos, no sentido do que efetivamente exprimem as políticas sociais voltadas para a atenuação dos antagonismos de classe. Trata-se aqui de

fazer com que o processo de controle destes antagonismos imprima uma negação das diferenciações de classe, deslocando a ênfase para o plano da hierarquização ou da estratificação das categorias sociais. Explicando melhor, no que se refere ao consumo médico, o conteúdo ideológico disseminado pela hegemonia procura ocultar as contradições de uma sociedade de classes, atenuando-a com a argumentação de que as diferenças podem ser explicadas pela desigualdade quantitativa de renda, o que é mais facilmente passível de correção através do fornecimento de padrões de consumo distintos também em bases quantitativas, sem que se precise alterar o modo de produção na sua radicalidade. Assim, a estratificação social justificaria e condicionaria os diferentes padrões de consumo, de sorte que este pudesse ser estendido a todos, conforme as possibilidades de pagamento de cada um.

Sob esse aspecto em particular, é interessante notar o paralelismo existente entre essas considerações e a anteriormente comentada conformação de sub-redes de prestadores no mercado de saúde suplementar, cuja hierarquização em distintos padrões de conforto, conforme o *status* sócio-econômico dos diferentes segmentos sócio-ocupacionais, atenderia, em tese, ao poder de compra de “todos os bolsos”, contrapondo-se explicitamente ao ideário do direito universal à saúde e estabelecendo escalonamentos de “cidadania”. Assim, o anteriormente citado credenciamento de serviços, bem como a conformação de sub-redes de provedores para as diferentes modalidades de planos, que lhe é correlata, podem ser entendidos também à luz do fenômeno da medicalização da sociedade descrito pela autora, no sentido de que negam e escamoteiam as diferenças de classe (e, conseqüentemente, o próprio modo de produção vigente), além de se contraporem frontalmente à concepção que entende o usuário como cidadão.

Pode-se observar, portanto, que a implementação, a manutenção e a durabilidade do modelo médico-hegemônico obedecem a determinações muito maiores, que vão desde um alinhamento cultural, nas sociedades ocidentais, a uma interpretação racionalista/objetivista/biologicista da realidade (fortemente influenciada pelo padrão de medicina flexneriana), como, no caso brasileiro, é também reflexo de um longo período de medicalização da sociedade, que levou a uma extensão da normatividade da medicina, na esfera sócio-cultural (envolvendo, por exemplo, as representações de saúde internalizadas na sua cultura), e à generalização do consumo de serviços médicos, no plano social e

econômico, processo este que, justamente por ter se impregnado ideologicamente no imaginário da sociedade brasileira, tem sido de difícil reversão, a menos que seja substituída por outro processo que atue da mesma forma, ou seja, também no plano da ideologia.

No período que sucedeu a unificação formal das políticas previdenciárias, esse processo adquiriu impulso e um poder de influência sem precedentes sobre a sociedade brasileira nas suas mais variadas dimensões, que englobam desde os aspectos mais nitidamente econômicos referentes à materialidade do sistema de produção capitalista, tendo a prática médica como eixo e sustentáculo (a produção industrial propriamente dita, a conformação do mercado privado de saúde, a conformação das redes de serviços, as estratégias políticas e organizacionais que configuram o seu arcabouço e sua funcionalidade etc), até a impregnação de conteúdos simbólicos e ideológicos ligados aos valores e às representações de saúde e de doença, bem como do consumo como marca de cidadania. Sendo que, como é evidente, todos esses elementos articulam-se em uma ordenação maior que visa atender às necessidades de reprodução dos processos de acumulação do capital. Assim, é possível se recorrer aqui à imagem de “dobra” para se referir à identificação entre a constituição do modelo médico-hegemônico e o processo de medicalização da sociedade, que comporta um universo de valores e uma “cultura” voltada para a sua manutenção e perpetuação nas instâncias mais moleculares do sistema.

Para finalizar esse tópico, pode-se sintetizar que, para as finalidades a que se propõe a presente pesquisa, a pedra de toque dessa forma de produção neoliberal – a produção de assistência médica individual – tem se sustentado em dois pilares: a autonomia do produtor privado (seja instituição hospitalar ou prestador individual) e a produção de procedimentos. Foi justamente essa ligação visceral da medicina com o capital industrial e com setores do Estado – em um período fortemente marcado pela presença da Previdência Social – que deu sustentação a esse modelo. Além disso, repercutiu também no âmbito da formação profissional: maior tempo de formação profissional em função das especializações e, com isso, a maior fragmentação do ato médico, utilização de um maior volume de equipamentos, aumento dos custos dos serviços, multiplicação das tarefas profissionais etc (DONNANGELO & PEREIRA, op. cit., p. 34-40, 76-7).

O desenvolvimento e a continuidade dessa forma de produção, entretanto, esbarrou nos limites e nas contradições da sua própria racionalidade, representada pela questão dos custos médicos progressivos e irreversíveis, considerando-se a manutenção dessa lógica e das suas formas de operar, passando a ter que se defrontar com o seu próprio esgotamento, além de desencadear uma reação de setores do capital no sentido de implementar ações voltadas para o controle dos gastos gerados pela prática médica ou a ela imputados.

Justamente aqui o capital revela a sua potencialidade e a sua imensa plasticidade, pois, se em uma dada conjuntura construiu uma configuração específica de assistência à saúde, com toda a sua concretude, para a produção de mais-valia no setor que respondesse às suas necessidades de acumulação, pelas consequências nefastas determinadas pela sua própria lógica, é capaz de reconstruir todo o cenário para o atendimento dessas mesmas necessidades, agora reatualizadas, através da formulação de novas concepções, de novas políticas e de práticas organizacionais e assistenciais mais condizentes com a sua nova realidade.

O modelo médico-hegemônico, umbilicalmente ligado ao complexo médico-industrial, representa, portanto, no campo da saúde, um primeiro estágio de inserção do capital na conformação e na modelagem do mercado privado de saúde, mas que já vem apresentando sinais de esvaziamento, pelo desbalanceamento entre os altos custos e a falta de efetividade do sistema.

No âmbito público, tal diagnóstico deu origem às políticas de reordenação setorial, cuja principal pauta era a elaboração de uma estratégia que apontasse para uma modificação qualitativa da saúde, o que só se viabilizaria através da formulação de uma política nacional para o setor. Como já foi dito, tais propostas desembocaram, em última instância, na Reforma Sanitária, que pretendia, através da criação do SUS, fazer uma revisão profunda do modelo assistencial, superando as até então existentes propostas de extensão de cobertura baseadas apenas nos aspectos quantitativos da ampliação de serviços médicos e na simplificação tecnológica para a clientela que não pudesse arcar com o custo do mercado nem dispusesse de planos e seguros privados de saúde. Já era então praticamente um consenso entre os estudiosos do modelo e os atores mais diretamente implicados com o tema (representantes do Movimento Sanitário, do setor governamental e

da tecnoburocracia previdenciária) a necessidade de uma alteração da lógica de produção de serviços, contrapondo-se, em bases institucionais, um projeto alternativo de Reforma Sanitária ao modelo neoliberal, o que ainda não se converteu em realidade. O que se observa é a reiteração do modo de produção dos serviços já existentes, através de versões atualizadas dos PECs e de outras propostas baseadas na APS, como é o caso dos Programas de Saúde de Família, na esfera pública.

No plano da produção de serviços privados, o processo acima citado vem assumindo novas feições, de certa maneira em direção contrária às orientações determinadas pelo modelo médico-hegemônico. Tais tendências, sintonizadas com uma nova configuração que vem apresentando o sistema capitalista contemporâneo no contexto mundial de globalização da economia, vem impondo uma nova ordem no campo da saúde, e que vem caracterizando, especialmente no mercado de planos e seguros privados, uma segunda etapa e uma nova forma de atuação do capital.

2.2. A EMERGÊNCIA DE UMA NOVA FORMA LIBERAL DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA ERA DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA – O CAPITAL FINANCEIRO E SEUS TENTÁCULOS

A nave comercial Nostromo, com uma tripulação de 7 membros, faz uma expedição de rotina no espaço, quando, na rota de retorno à Terra, e tendo entrado em um outro sistema que não o Solar, intercepta transmissões provenientes de um planeta desconhecido, representadas por sinais acústicos emitidos a cada 12 segundos. Como Ash, o oficial cientista da tripulação, lembra que o contrato feito entre a empresa e a equipe determina que qualquer sinal que possa significar vida inteligente deve ser investigado, a nave, apelidada carinhosamente pelo grupo de “Mãe”, aterrissa no local indicado, momento este em que partes do aparelho entram em avaria.

Um grupo de três tripulantes sai da nave para fazer a inspeção do inóspito e sombrio ambiente, deparando-se, perplexos, com uma grande formação de aspecto totalmente inusitado, de difícil descrição, semelhante a um fóssil gigante, de estrutura arqueada e com uma grande projeção para cima, apresentando uma natureza ao mesmo tempo orgânica e inorgânica, como se fosse uma estrutura metálica de grandes proporções. Identificam-na como uma possível forma de vida alienígena, morta e fossilizada, tendo no seu interior formações que lembram um grande ovo dobrado para fora, como se houvesse sido explodido por dentro, exteriorizando estruturas de aparência orgânica.

Enquanto isso, no interior da nave, a tenente Ripley, oficial que ocupa o terceiro posto de comando da nave (o primeiro comandante havia saído com a primeira parte do grupo para a exploração do local), descobre que o sinal detectado havia sido considerado pelo sistema de computação da nave um sinal de alerta para o grupo e não propriamente um pedido de socorro. Ela expressa a intenção de procurá-los, mas Ash, o oficial cientista, não a deixa sair, já demonstrando alguns conflitos nas relações de poder dentro do grupo.

Fora da nave, adentrando pela estrutura fossilizada, os três tripulantes observam conformações que lembram o arco costal de um esqueleto, bem como lacunas semelhantes a cavernas recobertas por camadas de neblina, como se fossem poças. No fundo de uma destas, descobrem objetos coriáceos grandes, semelhantes a ovos, quando um deles escorrega e cai dentro de uma delas. Ao tocar em uma dessas formações, esta reage e abre o que parece ser um óstio, uma boca que se move. “Parece ter vida, vida

orgânica...”, dizem eles. O ovo vai se abrindo até deixar exposta outra estrutura interior, de aparência arredondada e visceral, que se projeta e ataca rapidamente o que havia caído na poça, grudando-se na sua face.

Ao tentarem retornar à nave, para prestar socorro adequado ao colega ferido e desacordado, a tenente Ripley, como atual comandante da mesma, tenta impedir a entrada dos três, alegando possibilidade de contaminação e a necessidade de respeito ao princípio de quarentena. Entretanto, passando por cima da sua ordem, Ash permite a entrada do grupo.

Já no interior do aparelho, e com o colega Kane em coma, percebem que o objeto que se grudara no seu rosto tem aparência orgânica, de aspecto gelatinoso e com prolongamentos digitiformes, como tentáculos. Ash sugere que “A Coisa”, como passam a chamar o alienígena, alimente Kane com oxigênio, ao mesmo tempo em que o mantém em coma para poder alimentar-se a si próprio. A despeito do interesse de Ash em manter a criatura viva, Dallas, o primeiro-comandante, assume a responsabilidade de matá-lo, cortando-o pelas articulações, quando este esguicha um líquido altamente corrosivo, identificado como ácido molecular, que seria o seu próprio “sangue”, e que danifica o casco da nave em vários planos.

Ao ser inquirido pela tenente Ripley sobre a condição de Kane e sobre o alienígena, Ash responde que este tem uma camada externa de proteínas, retira as suas células e as troca por silicone polarizado, o que lhe confere resistência alta e prolongada a situações ambientais adversas. Ripley o questiona e o repreende por haver infringido as normas da nave, desrespeitado a quarentena e posto todos em risco, ao ter permitido que o grupo voltasse à mesma, contra o que ele argumenta que assim agiu por ter recebido ordem direta para tal, que, ademais, quis salvar Kane, que assume suas responsabilidades como oficial cientista da expedição e que ela se atenha às suas próprias.

Depois de algum tempo, ao irem visitar o colega em coma, Dallas, Ash e Ripley percebem que “A Coisa” se descolou do rosto de Kane, e sua carcaça cai sobre a oficial, apresentando uma movimentação reflexa, com uma aparência orgânica no seu interior. Ash convence o primeiro-comandante, Dallas, que o alienígena deve ser preservado para estudos. Ripley confia a Dallas que não confia no oficial-cientista.

Surpreendentemente, Kane se recupera como se nada houvesse acontecido, e todos vão alegremente almoçar. Durante a refeição, gradualmente ele mostra indisposição, que evolui para um estado de total asfixia, convulsiona, debate-se, e todos, aterrados, vêem explodir do interior do seu tronco um pequeno monstro terrível, de aparência extremamente ameaçadora. Já em pé, este enfrenta a todos com um olhar desafiador e, exibindo sua dentadura agressiva, emite um guincho assustador e rapidamente foge, mostrando uma cauda comprida, para a total perplexidade dos presentes. Antes da fuga, porém, Parker, um dos tripulantes, tenta atacá-lo com um objeto, mas Ash o impede de fazê-lo.

Após o reparo de algumas partes avariadas do aparelho, conseguem sair do estranho planeta. A partir daí, todo o enredo se desenrola em torno das estratégias e tentativas de caçar “A Coisa”, usando um aparelho rastreador apresentado por Ash. Um dos tripulantes, ao se dispersar para procurar o gato mascote do grupo, percebe e pega um resto de pele morta, de aspecto emborrachado, quando o monstro reaparece, de dimensões já maiores, com uma face e uma dentição expostas de forma ainda mais agressivas, sendo atacado contundente e mortalmente pelo mesmo. Interessante notar é que, nessa nova aparição, o monstro já se apresenta com uma aparência cada vez menos orgânica, mais metálica, além de já estar muito maior que antes.

Visivelmente assustada, a tripulação restante descobre que, além de grande, **o monstro desloca-se rapidamente pelos dutos de refrigeração da nave, o que o impede de ser localizado facilmente, além de ter se adaptado muito bem à atmosfera da mesma**, segundo Ash. Elaboram estratégias para fazê-lo recuar, obstruindo todas as saídas para matá-lo pelo fogo. Às indagações a respeito da forma e das chances de neutralizar o alienígena, o sistema de computação da “Mãe” apenas emite como resposta que tais informações não são computáveis.

Dallas, o comandante, resolve pessoalmente procurá-lo nos dutos de ar da nave, fechando as portas das junções dos mesmos atrás de si para encurralar o monstro e o destruir com fogo, quando aquele o encontra e o ataca também de forma fulminante, e de modo a não deixar vestígios de sangue. Todos passam a viver em torno da ameaça que se instalou, e as opções que então se afiguram como mais razoáveis para o grupo, cada vez mais apavorado, é a fuga pelo módulo da nave, explodindo sua parte principal, onde o monstro se encontra, ou mesmo matá-lo diretamente.

Esse processo é permeado por conflitos dentro da equipe quanto às estratégias a serem adotadas, e Ripley assume o comando da situação. Ash permanece impassível durante todo o processo. Ao consultar a “Mãe” sobre a impossibilidade por ela anteriormente notificada de neutralizar o alienígena, a tenente solicita um aprofundamento para melhor esclarecimento desta resposta, quando recebe a mensagem de que a Ordem Especial 937 é apenas dirigida ao oficial cientista, e que esta prevalece sobre a ordem de emergência anterior. É esclarecida também de que os comandos da *Nostromus* foram trocados e que as novas coordenadas são: “Investigar novas formas de vida e coletar espécimes” e que a prioridade da missão é assegurar o retorno do organismo: “O demais é secundário. Tripulação descartável”, diz a “Mãe”. Nesse momento, ela percebe que Ash, que havia trocado os comandos da nave, está ao seu lado e, indignada, tenta agredi-lo, mas ele fecha as saídas, ataca-a com violência e tenta sufocá-la, quando aparece Parker, que a livra das mãos de Ash. Ambos travam luta com este (posteriormente auxiliados pela companheira Lambert), que deixa escorrer um líquido branco leitoso pela face e, ao ser decapitado durante a luta, mostra que sua estrutura não é a de um ser humano, e sim a de um robô.

Ripley e Parker religam os fios presentes no seu pescoço para obterem mais informações e ele, já com a cabeça separada do corpo, confirma que a prioridade número um é trazer “a forma de vida”, e que o restante estava “rescindido”. Ao ser perguntado como poderiam matar o monstro, responde: **“Vocês não podem matá-lo. Vocês não sabem com o que estão lidando. O organismo perfeito. Perfeição estrutural igualada apenas pela hostilidade”**. Diz ainda que: **“Admiro sua pureza. Um sobrevivente. Não tolhido pela consciência. Remorso. Ou ilusões de moralidade”**. Antes de ser definitivamente desligado, ainda diz: “Não posso mentir sobre suas chances. Vocês têm minha solidariedade”.

Diante dessas respostas, os três tripulantes restantes resolvem explodir a nave e tentar escapar pelo módulo. Ripley diz aos outros dois que teriam sete minutos para preparar o refrigerador, enquanto ela prepararia o módulo, antes da explosão da nave contendo o monstro. É óbvia a tensão gerada ante a perspectiva de que todos os dispositivos para a preparação do evento estejam devidamente acionados em tão pouco tempo.

Enquanto Ripley fica sozinha tomando as providências necessárias (entre elas, guardar o gato-mascote dentro de uma caixa para deixá-lo a salvo do perigo), “A Coisa” reaparece para os outros dois, atacando-os ferozmente e de forma igualmente letal. Novamente, é notável como, além de a criatura aparecer em dimensões cada vez maiores, apresenta-se de forma cada vez mais inorgânica, mais siliconizada (como um grande crustáceo com a cabeça comprida e proeminente, uma cauda cada vez mais longa e um aspecto facial ainda mais hostil em vista da dentição cada vez mais numerosa e assustadora), mimetizando-se com a estrutura da nave, como se a esta se incorporasse e com ela progressivamente fosse se confundindo.

Apercebendo-se da morte dos dois últimos companheiros, ela corre contra o tempo para acionar o mecanismo de destruição de emergência da nave, ainda se depara pessoalmente com o monstro (tudo na explosão máxima de adrenalina), mas consegue fugir do mesmo e, posteriormente sair da nave, detonando-a e se transferindo para o módulo. Posteriormente, em um momento de merecido relaxamento, já desfrutando do fato de haver se livrado do perigo, ela percebe, atônita e contrariamente às suas expectativas, que o monstro está presente no módulo, movendo-se lentamente dentro dele, ou seja, que também havia conseguido escapar da nave e passar para o mesmo. Tudo indica que ele ainda não a viu, daí ela conseguir se esconder em uma vestimenta espacial. Novamente, fica ainda mais visível o aspecto agora já completamente metálico do monstro, que tem a dentição cada vez mais multiplicada e aterrorizante, uma forma totalmente aberrante e de dimensões ainda maiores.

Ela aciona um mecanismo para expulsá-lo do módulo, ao se aperceber disso ele ainda procura atacá-la, mas ela finalmente consegue ejetá-lo da cápsula e ele é projetado no espaço, mostrando sua sinistra forma desta vez por inteiro.

ALIEN, O 8º PASSAGEIRO – Filme dirigido por Ridley Scott e estrelado por Sigourney Weaver, 1979, que ganhou o Oscar de Efeitos Especiais.

A partir da segunda metade do século passado, o mundo assistiu a profundas mudanças no modelo de desenvolvimento capitalista americano, essencialmente identificado com o padrão fordista de produção industrial, resultantes da crise estrutural vivida pelo capitalismo após a aguda recessão mundial, em 1973³, cuja consequência foi justamente o enfraquecimento do paradigma taylorista-fordista e da hegemonia norte-americana frente à emergência e ascensão de novos mercados, como Europa (particularmente a Alemanha) e Japão, que cresceram economicamente às custas da dinamização dos seus mercados internos, da difusão de bens duráveis e da renovação tecnológica e organizacional.

Após a recessão de 1973, tal quadro de crise estrutural do capitalismo impulsionou uma transição no interior dos processos de acumulação do capital, no sentido de se buscar novos padrões de competitividade e de elevação da produtividade, para o que seria necessário a conformação de um novo padrão tecnológico e produtivo. Este foi atingido através da implementação de um vasto processo denominado *reestruturação produtiva do capital*, visando a recomposição e a recuperação do ciclo de reprodução do mesmo, que veio afetar profundamente o mundo do trabalho.

Uma das consequências mais visíveis da crise do modelo de desenvolvimento americano, até então hegemônico, foi o enfraquecimento do sistema de *welfare state* social-democrata, vigente no maior período de prosperidade capitalista nos 25 anos que sucederam a Segunda Guerra, que concebia as políticas sociais como atribuições do Estado, o qual deveria proporcionar a todos os cidadãos o acesso a direitos universais mínimos. Tais políticas inspiraram os movimentos reformistas brasileiros, conforme já dito anteriormente, o que resultou na garantia formal desses princípios na Constituição de 1988.

As políticas de bem-estar social sustentavam-se na presença de um Estado com função ampliada e diversificada, que exercia o papel de intervenção na reprodução da

³ A crise vivida pelo capitalismo em 1973 pode ser atribuída a múltiplas determinações, entre as quais podem ser citadas: a diminuição dos ganhos com a produtividade do trabalho nos países industrializados associada à crescente insatisfação com as condições de trabalho que geraram questionamentos acerca dos princípios tayloristas-fordistas de organização do trabalho e do próprio modelo de desenvolvimento; a manutenção de elevadas taxas de juros e de inflação, bem como o aumento dos custos da produção secundários à elevação dos preços do petróleo; e o esgotamento da própria industrialização em função da saturação dos mercados internacionalizados e da financeirização da riqueza produzida. Cf. PIRES, Denise. *Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil*. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT; Annablume, 1998, p. 41.

força de trabalho, de forma a compatibilizar o ritmo de produção industrial e do modelo de acumulação com os níveis salariais e de consumo, ou seja, um Estado que conciliava as funções de regulação da macroeconomia e de administração da demanda, através da implementação de políticas econômicas que assegurassem o pleno emprego. Ao seu declínio corresponderam, portanto, profundas modificações no mundo e nas relações de trabalho da sociedade capitalista industrial.

Tal processo de regressão da social-democracia obrigou-a a atuar de forma identificada com a agenda neoliberal, que passou a ditar o ideário e os programas a serem implementados, inicialmente pelos sistemas capitalistas centrais e, posteriormente, pelos periféricos, contendo medidas que correspondiam a uma nova ordenação econômica do capital: reestruturação produtiva, privatização acelerada, enxugamento do Estado, políticas fiscais e monetárias, todas atenuadas com as deliberações dos organismos mundiais de hegemonia do capital, e que no Brasil encontraram ampla ressonância no governo Collor.

No modo capitalista de produção, quer na manufatura, quer na grande indústria, a divisão do trabalho visa centralmente a garantia de acumulação, para o que é vital a expropriação do processo de trabalho, de modo que o trabalhador dependa da venda da sua força de trabalho para a sua sobrevivência. Para se obter o controle do trabalho pelo capital e para aumentar a margem de lucro, várias estratégias tecnológicas e organizacionais têm sido elaboradas e postas em prática, através da introdução de novos equipamentos e da sistematização e implementação de alternativas visando a organização dos processos de trabalho pela gerência. Taylor e Ford conceberam inovações organizacionais que conformaram um marco paradigmático para a obtenção da otimização do trabalho desenvolvido na indústria.

No que diz respeito especificamente aos novos processos de produção industrial, bem como àqueles relacionados à organização dos processos de trabalho, um primeiro apontamento a ser feito é o impacto direto que a reestruturação produtiva produziu sobre o modelo de produção industrial taylorista-fordista, que se tornou obsoleto, embora permanecendo de forma residual, em diferentes graus, na composição de diversos processos produtivos. Assim, nos novos processos de trabalho que emergiram na era da reestruturação produtiva, o cronômetro e a produção em série e de massa que caracterizaram o modelo de desenvolvimento anterior foram substituídos por novos parâmetros, como a “flexibilização”

da produção e a “especialização flexível”, que garantem novos padrões de busca da produtividade e novas formas de adequação da produção à lógica de mercado, como será mostrado mais detidamente abaixo.

Tanto Taylor como Ford preocupavam-se com a eliminação dos “tempos mortos” da produção, de modo a transformá-los em tempos produtivos, sendo que o último levou ao extremo a separação entre concepção e execução, a desqualificação dos trabalhadores, o parcelamento e o caráter repetitivo das tarefas, instaurando o método de produção em massa, com produtos absolutamente padronizados que economizavam força de trabalho, e que designavam, mais que um modelo organizacional, uma forma de organização social e de intervenção estatal, que estabeleceu as condições para o surgimento de um novo padrão de organização da sociedade americana. Pode-se dizer que o modelo proposto por ambos, que tradicionalmente é analisado em conjunto, foi eficaz no atendimento às necessidades específicas de uma determinada etapa do processo de acumulação capitalista da sociedade industrial no mundo ocidental, cristalizando-se em um novo padrão de desenvolvimento hegemônico no modo de produção capitalista, que se expandiu intensamente no Pós-Segunda Guerra.

Assim, enquanto era constitutivo do processo de acumulação capitalista a produção de grandes volumes e a competição em função de quantidades e custos, em função da própria sequência do processo de trabalho implantado pela escola taylorista-fordista, a produtividade estava garantida, bem como os ganhos sobre o capital daí decorrentes. A partir do momento em que a crise do sistema capitalista se instalou, com ela advindo um horizonte de instabilidades, incertezas e imprevisibilidades, a presença ou a permanência de uma empresa no mercado passou a depender principalmente da sua capacidade de responder a uma situação de demanda amplamente imprevisível tanto em quantidade como em qualidade, ou seja, passada a época dos produtos padronizados e fabricados em série da era fordista, o que passava a contar era a qualidade e a diferenciação (CORIAT, 1992, p. 23). Assim, experiências apoiadas em conceitos novos trouxeram contribuições para o aumento de produtividade no sentido de propiciar uma maior flexibilidade das organizações produtivas, para o que desempenhou papel fundamental a automação e a eletrônica, em um momento posterior.

Desse modo, o salto tecnológico presenciado no novo modelo de produção industrial surgido nos anos 1980 trouxe para o universo fabril a aplicação da automação, da robótica e da tecnologia digital de base microeletrônica, tendo sido verificados progressos também nos setores de química fina, dos novos materiais, da biotecnologia e da engenharia genética, auxiliados, por sua vez, pelo desenvolvimento dos processos de informatização. Todos esses elementos passaram a fazer parte da paisagem da produção industrial, inserindo-se e participando dos processos ligados às relações de trabalho e de reprodução do capital. Não só o taylorismo e o fordismo passaram a se mesclar com outros processos produtivos (neofordismo, neotaylorismo, pós-fordismo) como posteriormente viram-se substituídos quase que definitivamente pelo modelo japonês denominado toyotismo, que será objeto de considerações posteriormente. Este penetra, mesclando-se ou substituindo o padrão fordista dominante em várias partes do capitalismo industrializado, tanto em países de capitalismo avançado como do Terceiro Mundo industrializado.

Assim, a diminuição da importância ou mesmo o declínio de sistemas rígidos de produção em grandes volumes, bem como da produção em série de produtos indiferenciados determinado pelo estímulo a novos comportamentos de consumo, marcados pela exigência de diferenciação, tornou inevitável a alteração das estruturas de produção, especificamente a adoção de linhas flexíveis. Desse modo, a automação integrada flexível passou a ser uma das características dos novos processos produtivos no seio da reestruturação produtiva do capital. Com isso, tornou-se possível fabricar produtos diferentes a partir de uma mesma organização básica de equipamentos e com um reduzido tempo para o seu ajuste. Isto é, os novos equipamentos fabricados (especialmente de microeletrônica) vieram atender às necessidades de rápida adaptação às exigências de um mercado altamente competitivo porque, sendo programáveis, poderiam adaptar-se às flutuações do mercado tanto no que se refere à sua diferenciação quanto à quantidade dos pedidos feitos à indústria. Assim, possibilitariam modificações e diferenciações no produto sem demandar mudanças físicas no sistema. Daí poder se compreender as facilidades oferecidas pela microeletrônica, que trouxe para as linhas de produção a flexibilidade e a adaptabilidade requeridas, dado o caráter essencialmente aleatório dos mercados (CORIAT, op. cit., p. 26-7; PIRES, 1998, p. 46).

Coriat considera que a eleição e as decisões técnicas são resultado das pressões para valorização do capital ou, dito de outro modo, existe uma *direção impressa* nas mudanças técnicas ou tecnológicas. Nesse sentido, a automatização dos processos produtivos, alimentada pela microeletrônica e pela informática, constituiu um avanço considerável para a evolução dos meios de trabalho na indústria, que chegou a seu ápice com a automatização programável, que veio representar o que o autor designa uma ***nova trajetória tecnológica***, a qual é constituída por uma série orientada e acumulativa de inovações sucessivas. Esta teve como determinantes para a valorização do capital o esgotamento dos recursos clássicos para a obtenção de ganhos de produtividade provenientes das técnicas tayloristas e a incerteza e a diferenciação dos mercados. Tais determinações constituíram a direção impressa das mudanças tecnológicas e suscitaram o aparecimento de dois novos paradigmas fundantes da nova trajetória tecnológica: a **integração** (como via renovada para a obtenção de ganhos de produtividade) e a **flexibilidade** das linhas produtivas (como base de adaptação para a aleatoriedade e diferenciação dos mercados), que vieram representar, em composições diversas nas diferentes situações, a simbolização da nova era de reestruturação produtiva do capital. Constituem, por assim dizer, a direção geral e o conteúdo particular da nova trajetória tecnológica (CORIAT, op. cit., p. 60-1).

A **integração** busca otimizar os tempos da produção, sendo inspirada nas economias de tempo tayloriano-fordiano, abreviando ao máximo os tempos mortos e aumentando os tempos de intervenção efetiva das máquinas, dos manipuladores ou dos homens, para o que se torna necessário buscar uma maior compatibilidade das seqüências temporais da produção, como o uso das novas tecnologias, especialmente a informática e a eletrônica. Tais tecnologias de informação permitem primeiramente um salto qualitativo na “otimização” das relações entre tempos de operação e tempo de circulação, causando um deslocamento de tal modo que a tensão incida mais sobre o trabalho morto e sobre a racionalização dos tempos-máquina que sobre a intensificação do trabalho vivo. Desse modo, ainda que esteja em pauta a economia de tempo, toma-se agora como objeto da organização do trabalho a otimização do tempo-máquina, ao invés da intensificação do tempo humano (trabalho vivo humano).

As novas tecnologias permitem, adicionalmente, dentro da lógica da integração, uma *economia geral de fluxos* presentes na produção material, diretamente relacionada ao abastecimento de peças intermediárias, consumo de energia e de materiais – os “insumos”, que correspondem ao conceito teórico de *capital circulante*. Assim, diferentemente da era fordista, em que a organização dos fluxos matéria-peças elementares tinha como principal objetivo a articulação dos ritmos de trabalho e, conseqüentemente, a intensificação do trabalho vivo, passou a interessar agora a administração do próprio capital circulante em si. Instaura-se, assim, um novo paradigma, em que os custos de produção já não são concebidos como dependentes apenas dos tempos humanos, mas também dos tempos e das intervenções das máquinas, de modo que a administração dos fluxos e das matérias concentre-se mais na economia conjunta de capital circulante e na intervenção efetiva nos capitais fixos que no objetivo de encadear o trabalho humano ao processo produtivo (idem, p. 64). Assim, enquanto no primeiro caso, a economia tayloriana de tempos e movimentos inscreve-se em uma economia de capital fixo, no segundo caso, a economia fordiana de “produção fluida” insere-se em uma lógica de economia de capital circulante.

Tais observações encontram paralelismo no conceito emitido por Marx de *composição orgânica do capital*, o qual pode ser desdobrado na sua dimensão constante (também denominado capital constante) e na sua dimensão variável (ou capital variável), o que remete à teoria do valor, no que concerne aos componentes do capital conhecidos como meios de produção, de um lado, e como força de trabalho, de outro, para o que se torna necessário uma breve digressão a este tema. Tais componentes significam as diferentes formas de existência que o valor do capital originário (investido no processo de produção) assumiu ao transformar-se da forma dinheiro nos fatores do processo de trabalho (MARX, 1983, p. 173).

Sem a pretensão de fazer no momento uma incursão aprofundada a respeito da teoria do valor, exceto no que diz diretamente respeito às idéias deste trabalho, pode-se dela destacar que o capital constante refere-se à fração do capital que se transforma em meios de produção, ou seja, matérias-primas, matérias auxiliares e meios de trabalho (maquinário), que não altera sua grandeza de valor no processo de produção, antes o conserva, uma vez que representa o valor de uso que é consumido no processo de trabalho e

reaparece em outro valor de uso, isto é, o valor do produto. Assim, sob a forma da conservação, o valor dos meios de produção reaparece no valor do produto final, mas em si mesmo ele não se reproduz, daí o seu estatuto de dimensão constante do capital (idem, p. 170).

Já a parte do capital convertida em força de trabalho corresponde à própria força de trabalho em ação carregada de subjetividade, ou seja, a dimensão criativa do trabalho, que o autor denomina de trabalho vivo, em contraposição ao trabalho morto, inscrito nos meios de produção anteriormente citados. Contrariamente à primeira, esta muda seu valor no processo de produção, uma vez que agrega valor pela incorporação quantitativa de tempo de trabalho, em cujo processo cada momento do seu movimento cria valor adicional, isto é, novo valor. Desse modo, este segundo fator do processo de trabalho reproduz seu próprio equivalente, além de produzir um excedente – a mais-valia – que em si mesma pode variar, de modo que de grandeza constante transforma-se permanentemente em grandeza variável, daí ser denominada capital variável (idem, p. 173).

Assim, resumidamente, as mesmas partes componentes do capital que, do ponto de vista do processo de trabalho distinguem-se como fatores objetivos (meios de produção ou trabalho morto) e subjetivos (força de trabalho ou trabalho vivo), do ponto de vista do processo de valorização, correspondem, respectivamente, às categorias de capital constante e capital variável.

A fração constante do capital, por sua vez, compõe-se de outras duas partes, que refletem as naturezas diferentes dos meios de produção. A primeira delas é representada pelas estruturas físicas, máquinas e aparelhos – que são os meios de trabalho propriamente ditos –, e tem como característica permanecer fixada ao meio de trabalho e ao próprio processo de trabalho, daí ser também denominada *capital fixo*. A segunda refere-se às partes que são completamente absorvidas no processo de produção, entrando de forma independente no mesmo, perdendo suas características iniciais e reaparecendo como propriedades do produto. Em outras palavras, tais componentes constituem a substância do produto, mas sob uma nova forma, sendo representado por todos os outros elementos do capital empregado, como é o caso das matérias-primas, do consumo de energia, das peças

intermediárias e das matérias auxiliares, enfim, dos insumos (BORCHARDT, 1975, p. 44-8)⁴.

As novas estratégias econômicas e gerenciais vigentes no contexto da reestruturação produtiva do capital parecem estar lidando, portanto, com uma nova forma de correlação entre essas duas dimensões do capital, o que foi expresso anteriormente no pensamento de Coriat e que também poderá ser observado na etapa de estruturação metodológica, na etapa empírica e na fase de análise do material coletado na presente pesquisa.

A **flexibilidade**, que pode ser considerada o segundo paradigma da nova trajetória tecnológica, baseia-se no caráter programável das gerações atuais de máquinas e de manipuladores, por força da contribuição das novas tecnologias de informação. Com isso, torna-se possível fabricar uma gama diferenciada de peças sobre uma base física pré-determinada, em função do aporte de diferentes séries e alternativas de modos operatórios sobre uma disposição de uma linha de máquinas e manipuladores. A linha flexível daí resultante permite a adaptação rápida às diferentes necessidades de diferenciação de produtos demandados pelo mercado.

O que interessa sedimentar aqui é que os pressupostos de integração e flexibilidade, enquanto marcadores de mudanças tecnológicas que se apóiam nos recursos proporcionados pelas novas tecnologias de informação, estão diretamente vinculados a uma atualização dos processos voltados para as novas necessidades de acumulação do capital, no contexto da reestruturação produtiva.

É importante reter também que os novos tratamentos acima aludidos, concernentes aos investimentos em capital fixo (constante) e economias na sua dimensão variável (ou na fração circulante do capital constante) são centrais e constitutivos dos processos ligados à reprodução e acumulação de capital na era da reestruturação produtiva,

⁴Segundo Julian Borchardt, os próprios capitalistas, ao considerarem a mercadoria fabricada, parecem não reconhecer a diferença entre capital constante e capital variável, por não levarem em consideração a produção do valor e a mais-valia, apenas que no custo da mercadoria estão incluídos os meios de produção e os salários. No cômputo do custo da produção e do lucro, conseguem visualizar melhor a diferença entre capital fixo e capital circulante, quando passam a considerar os custos dos meios de trabalho, das matérias-primas e do pagamento dos salários, neste caso incluindo estes últimos na categoria de capital circulante, que, rigorosamente, do ponto de vista conceitual, estariam incluídos na dimensão variável do capital (BORCHARDT, 1975, p. 44-8). Pode-se observar, assim, que as atuais estratégias gerenciais visam a economia tanto de capital circulante como de capital variável.

incluindo-se aqui até as áreas não diretamente ligadas à produção industrial, como é o caso dos processos produtivos desenvolvidos no setor de serviços, dos quais o da saúde é um exemplo, especificamente o que se refere ao sub-setor da saúde suplementar, objeto do atual estudo, como será mostrado mais adiante, porém ressaltando-se, evidentemente, as necessárias especificidades deste campo.

Integração e flexibilidade são, então, as novas palavras de ordem do capital na era da reestruturação produtiva. Surgidas inicialmente como uma nova alternativa aos preceitos do fordismo na busca do aumento da produtividade para a acumulação de capital, acabaram por se condensar em um novo modelo que aparentemente subsumiu o anterior: o modelo japonês ou *toyotismo*, também conhecido como *ohnismo*, por ter sido concebido por Ohno, engenheiro que idealizou o modelo na Toyota.

O toyotismo é o modelo que condensa e corporifica verdadeiramente o ideário do novo comportamento do capital no que se denomina reestruturação produtiva. Em sua forma pura, foi o que maior impacto causou nos processos organizacionais ocorridos no contexto da nova ordenação imposta pelo capital, não apenas pela revolução técnica que produziu na indústria japonesa, mas também pela disseminação e inoculação de alguns dos seus preceitos em outros parques industriais, em escala mundial.

Na verdade, continua objeto de controvérsias por parte de diversos estudiosos se o toyotismo, ao invés de constituir um modelo novo de organização de processos produtivos, não representa uma reedição, continuidade ou uma adaptação da trajetória do capitalismo e do próprio fordismo, que muitas vezes continua oculto ou na base de outras combinações de processos produtivos na indústria.

Pode-se identificar como pontos básicos do toyotismo:

- O fato de ser uma produção voltada e produzida diretamente para a demanda, sendo, assim, uma produção variada, diversificada e pronta para suprir o consumo. Este é que determina o que será produzido e, deste modo, a produção sustenta-se na existência de estoque mínimo. Esta inovação organizacional, também conhecida por *Kan-Ban*, estrutura a produção em cadeia desde o final até o início do processo, de modo que, a partir dos pedidos feitos à fábrica e, portanto, a partir dos produtos efetivamente vendidos, programam-se as necessidades em unidades e materiais, decompondo-se os produtos finais vendidos em unidades elementares desde o último posto do processo de produção, passando os pedidos por todos os postos até

o primeiro (CORIAT, op. cit., p. 85)⁵;

- A garantia do melhor aproveitamento do tempo da produção pelo *just in time* (no que se refere ao controle de qualidade e ao estoque, no sentido de que só se produz o que já está vendido);
- A sustentação da produção em um processo de produção flexível e na polivalência do trabalhador, o que permite que o mesmo possa operar várias máquinas ao mesmo tempo, combinando várias tarefas simples. A *desespecialização* e a *polivalência* dos operários profissionais e qualificados fazem com que eles se transformem em *trabalhadores multifuncionais*;
- A realização do trabalho em equipe, rompendo-se com o caráter parcelar típico do fordismo;
- A flexibilidade nos processos de trabalho e a flexibilização do aparato produtivo (agilidade na adaptação do maquinário e dos instrumentos para que novos produtos sejam elaborados), conforme já comentado anteriormente;
- A horizontalização da produção, através da qual o âmbito de produção da montadora é reduzido, passando a estendê-lo para empresas sub-contratadas, diferentemente da integração vertical das montadoras no fordismo. É uma terminologia que encontra correspondência nos conceitos de *subcontratação* e *terceirização*. A horizontalização acarreta a expansão dos métodos toyotistas a toda a rede subcontratada de fornecedores, de modo a veicular os conteúdos de flexibilização, *kan-ban*, *just in time*, CCQ, Controle de Qualidade Total, empresa enxuta, sindicalismo de empresa etc (ANTUNES, 2003).

Em seu livro *Adeus ao Trabalho?*, Ricardo ANTUNES (op. cit.) traz várias contribuições acerca do toyotismo e do seu significado para o mundo do trabalho, seja no que se refere à organização dos processos produtivos como às novas relações de trabalho que se instauraram com o seu aparecimento e que têm se expandido, em maior ou menor grau, para toda a sociedade industrial.

⁵Segundo CORIAT (1992), *Kan-ban* é semelhante a um processo denominado MDOF (Método de Ordens desde o Final), dele se diferenciando pelo acréscimo da subcontratação externa e do método *just in time*. O *Kan-ban* propriamente dito corresponde à forma plenamente desenvolvida da inovação japonesa, que não existia na sua forma original, tal como foi concebida nos EUA, onde estava associado ao modelo de funcionamento dos supermercados, que repõem os produtos na prateleira após a venda. O *Kan-ban* busca alcançar o objetivo dos cinco zeros: zero demora, zero erro, zero avaria, zero existência (no sentido da não retenção de mercadoria estocada) e zero papel (referindo-se à exigência de desburocratização total do processo). Cf. CORIAT, Benjamin. *El Taller Y el Robot: ensayos sobre el fordismo y la producción en masa en la era de la electrónica*. México: Siglo Veinteuno Editores, 1992, p. 84-9.

Ele aponta como ponto essencial do toyotismo o fato de que a flexibilização do aparato produtivo demanda uma inevitável flexibilização dos direitos dos trabalhadores, o que significa que se possa dispor da força de trabalho em função direta das necessidades da indústria e das demandas do mercado consumidor. O sistema estrutura-se com a utilização de um número mínimo de trabalhadores, que pode ser ampliado através de horas extras, utilização de trabalhadores temporários ou sub-contratação, a depender das condições do mercado, o que tem como consequência inevitável o desemprego estrutural. O autor define sinteticamente esta situação com o que chama de *processualidade contraditória* em que, de um lado, reduz-se o operariado industrial e, de outro, aumenta-se o sub-proletariado, o trabalho precário e o assalariamento no setor de serviços, bem como a incorporação do trabalho feminino e a exclusão dos mais jovens e dos mais velhos.

Ao desemprego e à sub-proletarização associa-se ainda a terceirização, que, independentemente de qualificar ou desqualificar, desemprega ou deixa a classe trabalhadora mais vulnerável. A qualificação de alguns setores acarreta um processo de intelectualização do trabalho industrial e a concomitante desqualificação em outros.

O citado autor insere a abordagem do trabalho industrial contemporâneo na lógica do metabolismo social do capital, o qual necessita cada vez menos de trabalho estável e cada vez mais de diversificadas formas de trabalho parcial ou *part-time*, terceirizado. Segundo ele, é necessário considerar a relação entre trabalho vivo e trabalho morto, bem como a combinação entre ambas para se constatar a perpetuação e a permanente necessidade do trabalho, no caso socialmente combinado (ANTUNES, op. cit., passim) e que representa, em última instância, a busca permanente da otimização da relação existente entre essas duas formas de realização do trabalho.

Uma vez que o capital não consegue eliminar definitivamente o trabalho vivo do processo de produção de mercadorias, torna-se necessário: (a) incrementar sem limites o trabalho morto, que corresponde, em última instância, ao que Marx denomina capital constante, capital fixo ou dimensão constante do capital, corporificado no maquinário técnico-científico, conforme já comentado anteriormente; e (b) aumentar a produtividade do trabalho de modo a intensificar as formas de extração do sobretrabalho em tempo cada vez mais reduzido. A redução do proletariado taylorizado, a ampliação do trabalho intelectual abstrato nas plantas produtivas de ponta e a ampliação generalizada dos

novos proletários precarizados e terceirizados na nova empresa “enxuta” atendem a esses ditames (idem, p. 160).

Assim, o uso de maquinário sofisticado, ao invés de incorrer na extinção do trabalho, necessita dele cada vez mais, estabelecendo-se um processo de retro-alimentação que torna necessária a utilização de uma força de trabalho ainda mais complexa e multifuncional, que deve ser explorada de forma mais intensa e sofisticada. A intensificação das formas de exploração do trabalho, levada às últimas conseqüências, acabam por efetivar uma inter-relação acentuada das formas de extração da mais-valia absoluta e relativa, que se realiza em escala ampliada e mundializada (idem, p. 185), de modo a se obter uma otimização na relação existente entre o trabalho vivo e o trabalho morto, isto é, da máxima captura daquele por este.

Além do que já foi dito até agora, pode-se dizer que a fase da produção denominada acumulação flexível apóia-se na flexibilidade dos mercados e dos processos de trabalho, dos produtos e dos padrões de consumo. Caracteriza-se pelo aparecimento de setores de produção inteiramente novos, novas formas de funcionamento de serviços financeiros, novos mercados e taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. Nesse contexto, outra importante característica observada nos processos produtivos vigentes na sociedade capitalista pós-fordista atual é a expansão do trabalho dotado de maior dimensão intelectual para as esferas informatizadas não apenas industriais, mas também para aquelas não diretamente produtivas, como o setor de serviços e a área de comunicações. Aliás, uma das características mais visíveis da nova sociedade industrial capitalista é a expansão em termos absolutos e relativos do “setor terciário”, ou seja, do setor de serviços, motivo por que passa a ser conhecida como “sociedade de serviços”, que se reflete, por exemplo, no conseqüente assalariamento dos setores médios, dos quais os trabalhadores da saúde constituem um exemplo, e que integram o âmbito do presente estudo.

Tal ampliação de bens e serviços tem com um dos seus principais corolários a maior importância que vem tendo a produção de conhecimento e o desenvolvimento da tecnociência, o que explica e estimula a ampliação dos saberes intelectuais por parte dos trabalhadores, ou seja, a valorização da dimensão intelectual do trabalho, de modo que a ampliação e a valorização das formas imateriais de trabalho se tornem uma marca

característica do novo sistema de produção. Observa-se, assim, uma imbricação entre atividades não classicamente consideradas como produtivas com o trabalho produtivo, a interpenetração do trabalho material com o imaterial, das atividades industriais com as de serviços, das atividades laborativas com as atividades de concepção, as quais, subordinadas à lógica da produção de mercadorias e dos processos de acumulação capitalista, expandem-se para a funcionalidade da reestruturação produtiva do capital e expressam, no seu conjunto, o que o autor designa de *noção ampliada de trabalho* (idem, p. 162, 186).

Outra importante repercussão determinada pelas alterações produzidas pela nova ordem capitalista sobre o trabalho dá-se nos âmbitos da materialidade e da subjetividade dos trabalhadores. Assim, além do desmonte de alguns direitos sindicais clássicos oriundos do fordismo, como a estabilidade no emprego, verifica-se a retração e a desmobilização dos trabalhadores em relação à organização sindical. O ideário do trabalhador passa a ser subsumido ao do capital, que adota a via do sindicalismo participativo e inteiramente atrelado aos interesses da empresa. Assim, no modelo japonês, o sindicalismo da empresa, participacionista, adere à cultura e ao projeto das empresas, em troca de garantias de estabilidade quanto a empregos e salários, bem como de perspectivas de participação na organização dos processos de trabalho. A sujeição dos trabalhadores ao ideário da empresa, e, por extensão, ao próprio capital, é de intensidade e qualidade distintas da vigente no fordismo, que era explicitamente mais despótica, enquanto que o cultivado pelo toyotismo, é “mais consensual, mais envolvente, mais participativa, em verdade, mais manipulatória” e que pode ser observado na identificação do trabalhador com o “espírito” Toyota ou com a “família” Toyota, como forma de cooptação do mesmo (idem, p. 42).

Uma extensão das observações anteriores que se encontra diretamente implicada com as questões centrais da presente pesquisa refere-se à consideração de uma outra dimensão do trabalho que se encontra presente sob os auspícios da reestruturação produtiva, no sentido de uma intensificação desse fenômeno em relação a períodos anteriores – o *estranhamento* do trabalhador em relação ao seu objeto de trabalho, determinado pela nova ordenação imposta pelo capital.

Assim, considerando-se a forma com que é objetivado na sociedade capitalista, o trabalho torna-se degradado e aviltado. O processo de trabalho torna-se meio

de subsistência e a força de trabalho é convertida em mercadoria, que tem como finalidade a produção de novas mercadorias. Ao invés de se constituir em primeira necessidade da existência humana, o trabalho torna-se meio, e, conseqüentemente, “um ser estranho a ele, um **meio** de sua **existência individual**” (idem, p. 125-6, grifos do autor), cujo produto aparece ao trabalhador como algo que lhe é alheio e estranho e que se lhe torna algo coisificado, fruto de uma relação puramente objetual.

Assim, no capitalismo, o valor de uso, que corresponde ao produto do trabalho concreto, ao invés de servir para a satisfação das necessidades, transforma-se para satisfazer as necessidades de outrem, não-possuidor, ou seja, para servir como valor de troca, de modo que a atividade produtiva, ao invés de constituir a mediação entre o homem e a natureza, coisifica e reifica o homem e suas relações, desidentificando-o da sua essência e individualidade, bem como das relações que lhe conferem existência presencial e social. Desse modo, ao invés de o trabalho constituir uma atividade vital que propicia a identidade entre o indivíduo e o gênero humano através das relações sociais, torna-se tão objetivado na sociedade regida pelo capital que as relações sociais e de trabalho assumem a forma de relações meramente objetais.

O mundo do toyotismo, além de produzir um estranhamento baseado na desidentidade do trabalhador em relação ao seu objeto de trabalho, o faz baseado também no chamado envolvimento cooptado e manipulatório, que possibilita ao capital o apropriar-se do saber e do fazer do trabalho. Isto pode ser observado em alguns processos organizacionais que, a título de incentivar a discussão acerca do trabalho e do desempenho, representam uma forma de apropriação do “saber fazer” do trabalho pelo capital e da eliminação da organização autônoma dos trabalhadores, como ocorre com os Círculos de Qualidade Total – CQT (idem, p. 42, 149-50).

Assim, na lógica da integração toyotista, o trabalho continua se voltando para a produtividade e para a defesa da reprodução do capital, porém *dando a impressão* de que foi superada a contradição entre elaboração e execução no processo de trabalho ou, em outras palavras, entre o capital e o trabalho, falcia esta verificável no fato de que tanto a concepção dos produtos como o controle do seu processo de produção não pertence absolutamente aos trabalhadores e sim ao modo de produção capitalista produtor de mercadorias.

A seleção das reflexões dos autores acima citados foi feita visando-se proporcionar uma convergência rumo à delimitação do problema central da presente pesquisa, bem como uma facilitar a conexão desses conteúdos com os dados obtidos na etapa empírica da mesma, como se verá mais adiante.

A ENTRADA DO CAPITAL FINANCEIRO NO MERCADO PRIVADO DE SAÚDE E SUAS DIRETAS IMPLICAÇÕES NOS PROCESSOS PRODUTIVOS DO SETOR

Que relações guardam as considerações anteriores com o campo da saúde e, mais especificamente, com o sub-setor privado de prestação de serviços de saúde no Brasil? É possível transpor processos e problematizações típicos da produção industrial, observados em escala mundial, para o mercado de saúde suplementar brasileiro, que representa, na verdade, uma parcela do setor de serviços da sociedade capitalista, e, portanto, não diretamente ligado às atividades produtivas, na acepção estrita da expressão? A reestruturação produtiva anteriormente aludida tem uma representação real no campo da saúde? Em caso afirmativo, o que isto realmente significa? Que impactos reais têm produzido os novos processos de acumulação do capital no campo da saúde que possam estar implicadas com a gestão e a regulação que o Estado pretende imprimir ao setor?

A crise do modelo de acumulação capitalista ocorrida na década de 1970 teve como repercussões, no cenário internacional, recessão mundial, profundas transformações das formas de produção, o domínio do capital financeiro no sistema econômico mundial, o crescente endividamento interno e externo dos países, inflação alta, problemas de balanço de pagamento e desemprego, tudo isso ocorrendo principalmente nos países em desenvolvimento, especialmente os latino-americanos.

As características e a magnitude da crise deram lugar, a partir das imposições dos países capitalistas centrais, às políticas de ajuste estrutural nesses países, as quais vieram acarretar, em última instância, mudanças substantivas no papel do Estado, identificado e responsabilizado como o causador da crise, em vista da sua ineficiência na administração de empresas estatais produtivas (petrolíferas e siderúrgicas, entre outras) e de serviços (em especial de transportes e de comunicações), bem como nos crescentes gastos sociais, atribuídos principalmente aos setores de saúde, educação e seguridade social. Os

planos de ajuste estrutural exigiam a contenção do gasto público, o controle da emissão monetária e a reforma do Estado.

A saída encontrada pelos governos latino-americanos à crise foi a aceitação das políticas impostas pelos organismos multilaterais de crédito, o que acarretou superendividamento, a abertura da economia aos capitais, a diminuição dos gastos principalmente sociais e a privatização das empresas estatais de produção e serviços como elemento central e estratégico desse processo.

No campo da saúde, as transformações vividas pelo capital estão diretamente ligadas ao processo de transnacionalização do setor, o que pode ser verificado através da crescente participação do capital financeiro internacional no mesmo, impulsionada pelos organismos financeiros internacionais, principalmente o Banco Mundial, e que encontram perfeita tradução nas propostas de reforma setorial experimentadas pelos países latino-americanos a partir da década de 1980.

Conforme já comentado em tópicos anteriores, a preocupação com a racionalização do setor saúde já pode ser observada desde a década de 1960, através das propostas inspiradas ou moldadas no modelo conhecido como Programação em Saúde ou método CENDES-OPS, que representou a primeira proposta sistematizada para o planejamento em saúde na América Latina, com base na escola tradicional do planejamento normativo. A idéia central era a obtenção de maior eficiência nas instituições de saúde mediante a melhor relação custo-benefício, a partir da aplicação de noções de economia no manejo de recursos frente aos problemas de saúde, sendo a descentralização um dos seus princípios organizativos mais importantes, ao lado de outros conceitos até hoje ainda vigentes, como eficiência, eficácia, relação custo-benefício, participação comunitária, programas locais etc.

Esses conceitos foram novamente retomados nas propostas de reordenamento setorial da saúde na década de 1980, quando, em função dos altos custos determinados pela política previdenciária, aliados à inefetividade da assistência, em um contexto de profunda crise dos sistemas de financiamento da atenção à saúde, gestou-se o caldo de cultura que deu origem, primeiramente, às propostas de reorganização do sistema, de cunho racionalizador, no início, nascidas nas entranhas da tecnoburocracia da Previdência Social estatal. A estas mais tarde se afiliaram as correntes ligadas ao

Movimento Sanitário, defensoras de propostas reformistas inspiradas no *welfare state*, que culminaram, posteriormente, com a inclusão da universalização do direito à saúde na constituição de 1988, conforme já comentado. É importante lembrar é que tais propostas de reordenamento setorial atrelavam-se a uma concepção de sistema de saúde que se inscrevia em um modelo de acumulação capitalista baseado em processos produtivos de plena ocupação, que necessitava de um Estado produtor de bens e de serviços preocupado em garantir a reprodução da força de trabalho para a viabilização dos processos de acumulação de capital.

Vinda de outra direção, a nova reforma setorial obedece a determinações completamente diferentes e imbuídas de propósitos praticamente antagônicos, tendo como elemento nuclear a modificação do sentido anteriormente atribuído à saúde: de bem social e objeto de política social do Estado converte-se agora em bem de mercado, isto é, mercadoria que se deva adquirir mediante capacidades escalonadas de pagamento, passando a ser, portanto, de responsabilidade individual. Assim, pode-se dizer que tal reforma dos sistemas de saúde está claramente inserida na lógica imposta pelo capital financeiro internacional, que passa a exercer sua ação instituinte através de uma forma específica de intervenção que inspirará inclusive outras iniciativas de organização de serviços de saúde, mesmo no âmbito público, como os já mencionados Programas de Saúde de Família.

IRIART (1999) dedicou-se especificamente a esse estudo na sua tese de doutoramento *Atenção Gerenciada: Instituinte da reforma neoliberal*, onde analisa os processos de exportação e internacionalização do capital financeiro oriundos principalmente dos Estados Unidos, que se constitui como sujeito das reformas setoriais nos países latino-americanos, exercendo sua intervenção, no campo da saúde, através da AG. Esta corporifica um novo modelo assistencial que delineia à perfeição a trajetória e as mudanças organizacionais e assistenciais que o capital necessita imprimir às relações Estado-sociedade, especialmente aos sistemas de saúde dos referidos países.

A inserção do capital financeiro multinacional vem impondo, portanto, uma transformação significativa na conformação do setor saúde na América Latina, em graus diferenciados entre os diversos países, principalmente em vista da reconfiguração do capitalismo a partir da crise de meados da década de 1970, quando, através dos organismos

multilaterais de crédito, passou a utilizar novos nichos para a alocação e aplicação de seus excedentes e a conseqüente obtenção de lucro. A saúde vem a ser um deles, tanto no que se refere à já tradicional indústria de medicamentos e de alta tecnologia em equipamentos, como também na sua administração e financiamento (idem).

As principais formas com que se efetivam a transnacionalização e penetração desses capitais financeiros são: a compra de empresas já estabelecidas voltadas à venda de seguros ou de planos privados de saúde (sob as formas de planos de pré-pagamento, em uma integração vertical, nos moldes das HMOs – Health Maintenance Organizations – americanas.); a associação com outras empresas do tipo *joint venture*⁶; e/ou os acordos para operar o gerenciamento das instituições estatais e dos fundos de seguridade social médica.

No setor da saúde, a configuração material, organizacional e assistencial através da qual o capital financeiro opera esse processo de internacionalização, de forma estrutural, é a AG, que atua como instituinte, no espaço sanitário, das profundas transformações no modelo de acumulação capitalista, ou seja, consubstancia o próprio eixo da reforma (idem).

A AG, no seio dos novos processos de acumulação do capital, instala-se e atua através da difusão de determinados fundamentos, que vêm se tornando hegemônicos e propiciam a transformação da representação social acerca do processo saúde-doença, bem como a respeito do direito universal à saúde como expressão de cidadania. Tais fundamentos, que se perpetuam nos discursos dos distintos atores (sejam governos, técnicos dos organismos financeiros e mesmos dos peritos e intelectuais da saúde pública) veiculam algumas afirmações que se apresentam como juízos de valor e se tornam cada vez mais integrantes do repertório do senso comum, quais sejam: que o diagnóstico da crise da saúde está relacionado aos altos custos financeiros gerados principalmente pela prática médica; que existe a necessidade de uma nova racionalidade gerencial para debelar a referida crise, o que subentende a subordinação da prática clínica a uma racionalidade administrativa no sentido de diminuir custos; que a eficiência depende de uma separação entre financiamento

⁶ O caso brasileiro mais recente é o do grupo holandês ING, que comprou a Aetna, esta anteriormente vinculada ao grupo segurador brasileiro Sulamérica S.A., constituindo o grupo SulAmérica-ING, em cuja parceria este passa a contar com a participação de 49% das ações, tornando-se, assim, o maior grupo segurador no ramo da saúde, no Brasil. Disponível em: <<http://www.sulamerica.com.br>>. Acesso em 20 de outubro de 2003.

e prestação de serviços, devendo haver ainda uma competição saudável entre os setores estatal, de seguridade e privado; que o subsídio deve ser feito à oferta e não à demanda; e, finalmente, fazem a defesa da necessidade de flexibilização das relações de trabalho como meio para a obtenção de eficiência, produtividade e qualidade dos serviços de saúde (idem, p. 60).

O êxito na sua implementação vincula-se à premissa de que a crise setorial é de caráter financeiro, o que por sua vez está ligado à atribuição do crescente déficit fiscal como causa do problema estrutural nos países latino-americanos. Associando-se isto ao fato de que a massa de financiamento mais significativa é administrada pelo Estado, a implantação da reforma passa a requerer a desarticulação dos sistemas estatais pré-existentes. Isto significa também que se torna obrigatória, nesta nova etapa do processo de acumulação capitalista, a isenção do Estado em relação às políticas sociais e a conseqüente liberação dos recursos públicos para o pagamento da dívida externa e para a sua captação pelos novos investidores (idem, p. 110-3).

Isso envolve não apenas a subversão da representação social da saúde de bem público em bem de mercado como também, em função da alteração do paradigma tecnológico imposto pela reestruturação produtiva do capital, no não cumprimento, por parte do Estado, do papel anteriormente assumido na reprodução da força de trabalho. Ocorre, assim, um deslocamento da importância dos trabalhadores (até então elementos centrais dos processos de acumulação capitalista, o que justificava a preocupação da esfera estatal com a reprodução da força de trabalho), cujos custos devem ser reduzidos, uma vez que não mais despertam interesse enquanto consumidores e já não há mais a necessidade de se ter toda a população economicamente ativa, em vista da diminuição da demanda de mão-de-obra pela transformação da produção, decorrente do desenvolvimento da informática e da robótica e da reorganização da força de trabalho, em um contexto produtivo agora marcado pela diversificação e diferenciação de produtos. Assim, de forma análoga à indústria, passam a vigorar relações flexibilizadas de trabalho tanto nos serviços estatais como na seguridade social médica, em que os profissionais passam a trabalhar com contratos muitas vezes temporários, com base na produtividade, sem estabilidade e sem os benefícios trabalhistas garantidos pelo sistema anterior, os quais seriam responsáveis pela ineficiência e falta de compromisso dos trabalhadores em relação à produtividade. No caso

dos profissionais médicos, verifica-se um fenômeno até então inédito, que é a diminuição de postos de trabalho, sobretudo no segmento dos especialistas (idem, p. 146; MERHY, 2002, p. 110).

Por outro lado, a necessidade de liberação de recursos pelo Estado, passíveis de serem captados pelo capital financeiro, que necessita de novas áreas de investimento e lucro para aplicar os seus excedentes líquidos, tem como corolário a transformação do usuário em “cliente” ou “consumidor”, trazendo inclusive o conceito inovado de “consumidor inteligente”. A consequência disto é que este não apenas pode consumir saúde (agora difundida como mercadoria ou como valor de troca, ou seja, na condição de consumidor individual e não mais como cidadão portador de direitos), como pode também optar entre as distintas ofertas de serviços de seguridade privada, agora já não mais providas e controladas pelo Estado. Entram em jogo, portanto, os mecanismos macro e micro-políticos para individualizar as cotizações a serem disponibilizadas aos usuários, bem como a criação de um mercado de saúde em que instituições públicas e privadas podem simultaneamente ofertar serviços e captar financiamento em igualdade de condições. Para isto, torna-se necessário que as instituições hospitalares transformem sua natureza jurídica de modo a poder captar financiamento extra-orçamentário, através, por exemplo, das *Organizações Sociais*⁷. Com a abertura das instituições de seguridade social, estas deverão competir pelos afiliados ou consumidores-inteligentes, que, de posse de sua

⁷ Conforme projeto de pesquisa realizado por MERHY et al., as Organizações Sociais (OS) integram um projeto do governo federal, na gestão presidencial de José Sarney, referente à formulação de uma proposta de reformas organizacionais do Estado brasileiro feita pelo MARE (Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado), com o objetivo de gerir equipamentos públicos complexos (hospitais, empresas, universidades etc), através da qual seria feita a transformação desses estabelecimentos em pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, sob a forma de fundações ou associação civil, que devem captar recursos no mercado, além do que for obtido junto ao orçamento público, em clima de competição gerenciada. Tem continuidade e sinergia com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96), que admite como propostas centrais: 1) a gestão do sistema mediante duas tipologias – a plena do sistema e a plena da atenção básica, ou seja, a criação de dois subsistemas de saúde, em que se cria uma “cesta básica” de assistência à saúde através da implementação de programas como o PSF (Programa de Saúde da Família) e o PACS (Programa de Agentes Comunitários da Saúde), a serem operados pelos gestores plenos da rede básica, dando a liberdade do mercado para o setor privado, ou público privatizado, crescer à margem do público, como prestador de assistência hospitalar especializada, e 2) a construção de um novo paradigma médico e sanitário que supere o modelo clínico e vise a produção social de saúde, sendo que ambas (OS e NOB-96) identificam-se com as reformas neoliberais preconizadas para a saúde, com base na adoção de um receituário similar ao proposto pelas agências internacionais, como o Banco Mundial, e que correspondem à Atenção Gerenciada. Para um maior aprofundamento sobre o tema, cf. MERHY, Elias Merhy. *Relatório-Resumo...* (s/d), no qual encontra-

cotização, poderão optar e aplicá-la livremente para a instituição pública ou privada que mais lhes convier (IRIART, op. cit., p. 142-3, 149). Desse modo, aposta-se que os estabelecimentos de saúde se tornam mais competitivos entre si e, portanto, mais eficientes, em um cenário regulado pela lógica do mercado, para conquistar bons níveis de financiamento entre os distintos grupos que os disputam.

Vinculados a essas perspectivas, os governos latino-americanos incorporam o arsenal de propostas de reorganização dos equipamentos organizacionais em saúde rumo a um projeto privatizante instituinte de uma concepção de “modernização” dos serviços de saúde que inclui tanto o mercado de planos e seguros privados de saúde como o espaço público, como já foi dito.

A ATENÇÃO GERENCIADA – BREVE REVISÃO HISTÓRICA

A Atenção Gerenciada, considerada como o sujeito das reformas setoriais que vêm sendo descritas, surgiu nos EUA e, embora conste como uma reforma recente, tem seus antecedentes marcados na década de 1960, a partir dos estudos de Alain Enthoven, um economista americano, estando sua origem inicialmente ligada à elaboração de propostas que visavam a criação de critérios e parâmetros que subsidiassem a ação governamental, no contexto da guerra do Vietnã, no sentido de se atingir uma otimização entre os custos de ação da guerra e o resultados estratégicos militares a serem atingidos. Somente a partir da década de 1970, passou a estar identificada mais diretamente a uma metodologia a ser utilizada no campo da saúde, o que se deu em função do crescimento exponencial dos gastos de saúde a partir da década de 1960, atribuídos freqüentemente à prática médico-hospitalar. A partir de então, vários estudos e propostas tiveram lugar no sentido de conter esses gastos, o que exigiu uma correlação de forças entre companhias de seguro, empregadores e o próprio governo contra os prestadores, considerados responsáveis pela inflação dos gastos no setor (MERHY, 2002, p. 68-70).

Materializaram-se, então, várias propostas juntos ao governo americano, no sentido de se instituir uma estratégia nacional de manutenção de saúde, o que se associa à

se também inclusa a palestra do Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira feita em Buenos Aires, em outubro de 1995.

Os mundos do capital – o neoliberalismo e sua influência sobre o mercado privado de saúde no Brasil: prosseguindo no processo de aproximação ao objeto e à metodologia da pesquisa

idéia de um aumento de competência no setor privado. Em 1977, na vigência da administração Carter, e a partir das idéias e iniciativas de Paul Ellwood, foi proposto um plano de saúde por escolha do consumidor, baseado em uma competição regulada no mercado privado, em torno de uma estratégia de manutenção de saúde. As idéias centrais dessa proposta eram a determinação do controle administrativo sobre as decisões clínicas, visando a redução de exames complementares e procedimentos custosos e, em um outro plano, o fomento à competição no mercado entre grandes organizações prestadoras de serviços ou de financiamentos para estabelecer disputas por preços (idem, p. 72-3). Ainda que este plano houvesse sido recusado, criou as bases para as HMOs (Health Maintenance Organizations). Estas, tradicionalmente organizações de caráter não lucrativo, surgidas nos anos 1970-1980, originaram-se das idéias de Ellwood, que defendia a criação de organizações pré-pagas com uma visão integral da saúde que premiasse a promoção e a prevenção da saúde e não a enfermidade.

Posteriormente, em função de não conseguirem conter os gastos, levando as indústrias americanas a perderem competitividade no mercado nacional e internacional, desenvolveram-se outras propostas, passando a haver um predomínio das empresas com fins lucrativos sobre as sem fins lucrativos (ou seja, as HMOs), havendo então uma transição para a proposta da Atenção Gerenciada, através das Managed Care Organizations (MCOs).

A partir da metade dos anos 1980 em diante, a “competição gerenciada” veio ocupar o centro de uma agenda para o qual convergiam os interesses de economistas e dirigentes empresariais, no sentido de adaptar a proposta original aos pressupostos do “livre-mercado”, o que veio se ampliando gradualmente, a ponto de vir a ser incluído na campanha presidencial de Bill Clinton, como componente do seu plano do governo para o estabelecimento de uma reforma do programa nacional de saúde. A despeito do não êxito do plano, a perspectiva de implementação de reformas com esse receituário foi exportada e disseminada para vários países, sob a orquestração das grandes empresas de seguros privados (idem, p. 74).

Algumas das principais diferenças entre as organizações sem fins lucrativos com as de fins lucrativos, nas quais se incluem as MCOs, reside no fato de que, enquanto as primeiras controlam custos reforçando as ações preventivas, as últimas o fazem

restringindo o acesso a serviços. Além disso, as sem fins lucrativos têm obrigação de reinvestir no próprio setor saúde e seus serviços (planta física, honorários, tipos de serviços oferecidos etc), ao passo que as outras transferem fundos da saúde a atividades especulativas ou investem em outros setores, às vezes fora do próprio país, provocando uma drenagem nos fundos do sistema de saúde (IRIART, 2003, p. 4).

Assim, a AG tem como principal objetivo a redução dos gastos de saúde mediante a contenção de custos e, para obtê-la, estabelece uma intermediação entre prestadores e usuários, fazendo uma distinção entre a administração financeira e a prestação de serviços. Isto inclui a incorporação da figura das administradoras, que gerenciam o financiamento (sistemas de capitação), segundo o conceito de risco compartilhado, e a contratação de provedores segundo a lógica de rede, dos quais os serviços estatais ou universitários podem ser parte integrante. Além disso, é uma política organizacional-gerencial que tem como mote a implantação de reformas do tipo administrativo-financeiras que visam combater o que é considerado o elemento nuclear da crise do setor saúde, que é o aumento dos custos dos serviços, atribuído na maior parte das vezes à prática médica.

Nesse sentido, pode-se dizer que a AG baseia-se no pressuposto da subordinação da prática clínica à lógica gerencial, ou seja, da imposição da racionalidade econômica sobre os critérios clínicos, através da implantação do controle administrativo sobre estes, para o que é vital dissociar o financiamento da prestação de serviços, daí a introdução da noção de “compradores inteligentes”, já comentada. O exercício da sua prática baseia-se no diagnóstico de que o aumento dos custos deve-se ao sobreatendimento (o que equivale a dizer, a uma alta sinistralidade), ao crescimento do valor dos honorários médicos, ao uso abusivo de tecnologias de alta complexidade, à prescrição de medicamentos de alto custo por parte dos médicos e à falta de controle por parte dos usuários, do Estado ou da seguridade médica.

O controle administrativo para isto envolve a utilização de um arsenal de dispositivos de regulação que atuam em várias dimensões das relações estabelecidas entre as operadoras e os diferentes atores do mercado, especialmente os usuários e os prestadores privados (empresariais ou individuais), a maioria delas tendo como denominador comum a diminuição da sinistralidade, isto é, do consumo dos serviços médicos. Por outro lado, como a legislação regulamentadora governamental, no Brasil, coíbe restrições de acesso

explícitas (ao lado da ação fiscalizadora dos órgãos de defesa do consumidor, como o IDEC e o PROCON), a pressão regulatória incide sobretudo sobre os prestadores, tidos como os principais responsáveis pelos altos custos do sistema, especialmente no que se refere à incorporação de tecnologias.

Uma das formas com que se efetiva esse controle administrativo é através da normatização da prática médica e do estabelecimento de algoritmos para cada diagnóstico e tratamento, motivo pelo qual emerge, com importância cada vez maior, inclusive no interior das sociedades médicas, a denominada *medicina baseada em evidências*, que passa a embasar técnica e cientificamente essas normas e a própria prática médica. Isso sem contar a instituição do processo de des-regulamentação das corporações médicas, de modo que a representatividade de classe fique fragmentada e inefetiva.

Segundo UGÁ (2002), o termo Atenção Gerenciada descreve uma série de mecanismos pelos quais os planos de saúde buscam conter os custos e/ou racionalizar a utilização de serviços/insumos incorporados em cada tratamento. Tais planos e produtos integram um sistema que associam financiamento e prestação de assistência à saúde, bem como as organizações que oferecem tal cobertura – *Health Maintenance Organizations* (HMOs), *Point Of Service* (POS), e os planos denominados *Preferred Provider Organizations* (PPOs) bem como os seguros propriamente ditos, num espectro que varia conforme as possibilidades de acesso à rede estruturada pelo plano (se referenciada/credenciada) e que vai de um exíguo ou quase nulo poder de escolha conferido aos beneficiários, como é o caso das HMOs, ao extremo que concede uma maior poder de escolha aos mesmos, associada à possibilidade de reembolso (POS e os próprios seguros). Esta autora inclui, portanto, as HMOs como um dos tipos de organização de AG.⁸ A

⁸ Quanto à tipologia das organizações de Atenção Gerenciada, Ugá alerta para a sua complexidade, alegando que não se fundamenta em um consenso geral, em função do dinamismo existente nesse mercado e, principalmente, da diversificação dos produtos oferecidos. De um modo geral, essas organizações se distinguem fundamentalmente pela forma de relacionamento com os prestadores e pelo tipo de plano oferecido. Dentro de uma classificação norte-americana mais tradicional, isto se expressa na extensão da liberdade de escolha do consumidor, no acesso à rede, na existência de gatekeeper (“médico-porteiro”) e na forma de remuneração dos prestadores, entre as quais o grau de escolha do consumidor parece ser a categoria regulatória principal, por definir o grau de controle do custo específico de cada tipo de organização, que é máximo no caso das HMOs e de menor intensidade no caso dos seguros. No Brasil, esta tipologia é mais mesclada, uma vez que mesmo as seguradoras adotam a estratégia da conformação de redes de provedores, e as medicinas de grupos

tipologia atual dessas organizações baseia-se em algumas características do plano oferecido, a liberdade do consumidor, o acesso à rede, a existência do mecanismo de porta de entrada através da figura do *gatekeeper* (médico “porteiro”, que tem a função de conter o referenciamento a especialistas ou a outros níveis de maior complexidade ou a especialistas) e a forma de remuneração dos prestadores – pagamento por ato médico, salário, capitação ou uma composição dos três modelos (idem, p. 244).

A formatação das concepções assistenciais contidas no ideário da AG engloba, portanto, os seguintes elementos:

1. A separação entre o financiamento e a prestação de serviços para intermediar os interesses dos financiadores e dos usuários, bem como o estímulo à competição entre os financiadores, intermediada pelos administradores e captadores de financiamentos, o que permitiria uma oferta de maior qualidade e menor custo, como já foi anteriormente descrito;
2. A transferência do controle dos processos micro-decisórios da clínica para o âmbito administrativo através de mecanismos de controle organizacionais, impactando, portanto, a hegemonia e a autonomia da clínica em relação aos processos produtivos e ao padrão de incorporação tecnológica gerado pelo modelo médico-produtor-de-procedimentos;
3. O controle permanente da sinistralidade, tanto no que diz respeito ao consumo quantitativo de serviços de saúde como ao consumo de ações de saúde de alta complexidade tecnológica, para o que é de fundamental importância:
 - A disponibilização de uma “cesta básica” de intervenções assistenciais que incidam sobre um determinado padrão de adoecimento de uma população específica, de modo a manter controlado o seu nível de saúde, mantendo, assim, o consumo de atos de saúde dentro de margens programáveis quanto ao seu custo;
 - A focalização das intervenções de saúde sobre grupos populacionais de riscos controláveis ou evitáveis, que se traduz na segmentação dos sistemas, de modo a

(mais assemelhadas às HMOs tradicionais) também oferecem a opção da comercialização de produtos de livre escolha e reembolso. Isto mostra que as diferenças não estão mesmo relacionadas à estrutura organizacional, mas a uma linha diversificada de produtos que oferece alternativas aos consumidores em termos de sistemas de provisão de serviços de saúde, o que reitera as observações feitas no capítulo I de que a constituição das sub-redes de prestadores sobrepuja a diferenciação da natureza jurídica dos segmentos empresariais vigentes no mercado de saúde suplementar brasileiro. Cf. UGÁ, Maria Alicia D. *Texto base sobre o tema: Novas formas de contratação e compartilhamento do risco com provedores de serviços*. s/dl.

se obter um controle gerencial que possibilite uma maior efetividade na relação custo x qualidade;

- A busca incessante de consumidores saudáveis que gerem custos mínimos ou nulos ao sistema, através (a) da exclusão de grupos de alto risco sob as mais variadas formas de seleção de risco; (b) do investimento em ações de prevenção e promoção à saúde; e (c) de estratégias administrativas e comerciais, como a defesa da segmentação de planos através de vários recortes, entre eles, o baseado nas faixas etárias, com uma nítida predileção pelos grupos jovens;
- A subordinação da prática clínica ao controle gerencial, como já foi anteriormente comentado.

Os principais elementos organizacionais, utilizados para viabilizar os objetivos acima são em seguida enumerados:

1. Contratação seletiva de prestadores através da constituição de redes:

2. Gerenciamento de utilização de serviços finais e intermediários, incluindo:

- Adoção de protocolos clínicos;
- Introdução de médico generalista como “porta de entrada”;
- Requisição de autorizações prévias;
- Revisão/supervisão das práticas médicas;
- Adoção de incentivos financeiros e não financeiros aos prestadores para conter custos, bem como aos beneficiários, para induzir a escolha de prestadores associados aos planos ou aqueles considerados preferenciais;
- Remuneração condicionada à verificação das práticas do prestador;
- Negociação de preços em troca de um volume maior de pacientes;
- Gerenciamento de qualidade – satisfação do cliente;
- Controle do consumo de serviços;
- O investimento em ações preventivas para controle de custos, o que é uma herança das HMOs tradicionais (idem).

Os elementos que dão especificidade à Atenção Gerenciada são a integração horizontal (através da constituição de redes), o sistema de risco compartilhado através da capitação (que consiste no estabelecimento de contratos com os provedores mediante um sistema de pré-pagamento correspondente a um grupo de pacientes a serem atendidos preferencialmente no primeiro e segundo nível de complexidade, com possibilidades de terem seus ganhos diminuídos através de várias formas de retenção dos honorários se não cumprirem tais metas) e o sistema de incentivos. Isso explica a valorização de médicos generalistas, de atenção primária ou de família, que se responsabilizam por uma clientela adscrita sob o sistema de capitação, isto é, recebem um pagamento fixo pelo atendimento

de pacientes no primeiro e no segundo nível de complexidade, com o que pagam os honorários dos especialistas referidos, assim como as práticas de diagnóstico requeridas. São os já denominados *gatekeeper* ou “médicos-porteiros”, que controlam a demanda dos pacientes evitando o máximo possível transferi-los para os níveis de atenção mais complexos.

Outra tendência mais recente na América Latina seria o aparecimento de uma nova figura jurídica, as administradoras ou gerenciadoras terceirizadas, geralmente representantes do capital financeiro dos organismos multilaterais de crédito, os quais passam a requerer participação na administração dos fundos públicos, na seguridade social e na administração de planos e seguros privados de saúde (IRIART, 2003).

Para produzir a reconfiguração de todo o cenário-alvo, vale a pena enfatizar o que IRIART (1999) denomina de processo “silencioso” para designar como se realiza a ação instituinte da AG, como representante do capital financeiro, nos níveis macro e micropolíticos. No primeiro caso, efetiva-se uma coligação entre o Estado, os organismos multilaterais de crédito, os capitais multinacionais e outros aliados locais para sancionar em nível legislativo normas ou regulamentações que permitam ir legalizando as mudanças (no Brasil, isto se deu através das Normas Operacionais Básicas, conforme já comentado), mas de forma a envolver, em cada etapa, apenas os atores pertencentes a cada sub-setor (público, privado ou de seguridade social médica), o que possibilita a perda de perspectiva da interligação existente entre as alterações institucionais em seu conjunto, bem como da amplitude do seu alcance por parte dos mesmos, de modo tal que suas reais intenções não sejam imediatamente reveladas e apreendidas. Com isso, promove-se uma rearticulação do sistema a partir de des-regulamentação das instituições estatais e de seguridade social médica e da regulamentação das empresas de pré-pagamento e de produtores de serviços privados.

No plano micropolítico, a operação se realiza, de um lado, segmentando processos, fragmentando as instituições estatais e de seguridade social, de modo que o sistema de saúde se desarticule em instituições isoladas que disputam receitas. Integra também esse processo a transformação dos usuários em “clientes” ou “consumidores”, que pode optar pelos diferentes serviços, passando a ser, portanto, reguladores naturais da qualidade e dos custos do sistema. Paralelamente a isso, desenvolve-se um processo de

difusão de valores, no plano ideológico, absorvido pela população, pelos técnicos da área social e pelos representantes dos diferentes segmentos do mercado privado de saúde, no sentido de não apenas transformar a representação social em torno da concepção da saúde, como também de incutir a inevitabilidade e a premência das reformas em função dos altos custos do sistema (creditados principalmente à prática médica e à ineficiência do Estado), que se insinua de forma paulatina nos interstícios do sistema como um todo. **Tal como um Alien**, que penetra nas estranhas dos seres e das estruturas que invade, desloca-se pelos seus veios, deles se alimenta, posteriormente destruindo-os, vai trocando de invólucro e adquirindo formas cada vez maiores em um processo de mimese com o ambiente (como se passasse a dele fazer parte), o que dificulta a sua visualização integral, além de assumir uma configuração final totalmente irreconhecível em relação à sua apresentação inicial.

A difusão ideológica desses valores introduzidos pelo capital, através das suas representações transnacionais, encontram, portanto, receptividade nos diferentes setores, veiculando-se um determinismo de difícil refutação para a solução dos problemas a partir desse receituário, o que contribui para a disseminação e impregnação de um discurso formador unicista e comum aos diferentes segmentos do mercado.

A existência desse discurso formador, de forte repercussão ideológica no imaginário dos diferentes atores presentes no cenário da assistência médica supletiva, contribui para a aceitação e a viabilização política, institucional e mercadológica da formulação de modelo assistencial proposta pela Atenção Gerenciada. Com isso, a matriz discursiva elaborada passa a inspirar e a comandar a(s) modelagem(ns) assistencial(is) das diferentes modalidades empresariais vigentes no mercado, ainda que em diferentes graus. A consequência disso é a verificação de uma homogeneidade cada vez maior entre os segmentos empresariais de um mercado antes claramente caracterizado pela heterogeneidade, o que tem implicações de ordem metodológica para a presente pesquisa.

No atualmente nebuloso cenário da saúde, os dois alinhamentos pelos quais se estrutura o capital sinalizam e reproduzem, portanto, os confrontos entre os defensores do Estado mínimo, que procuram impor a lógica privada de mercado e a desregulamentação da ação estatal, e os que defendem a organização social das sociedades capitalistas sob a perspectiva do bem-estar-social, propugnando uma ação mais efetiva do Estado na garantia dos direitos de cidadania como atribuições do Estado.

É possível compreender também que o mercado de saúde suplementar brasileiro apresenta-se como um mosaico resultante da afluência de duas trajetórias até certo ponto contraditórias percorridas pelo próprio capital. A primeira corresponde às determinações do modelo médico-produtor-de-procedimentos, vinculado a uma organização histórica específica e até certo ponto superada de processos produtivos do capital neoliberal. A outra, de viés globalizante e modernizante, busca romper com a lógica anterior, manifestando-se de maneira oposta àquela, cujo sentido final, no plano abstrato e ideológico, é a transformação do ideário da saúde de direito de cidadania para o de bem de mercado, e, no plano operacional, é marcada pela modelagem de processos produtivos que prescindam de intervenções custosas, para o que se torna fundamental a transformação do valor dado ao trabalho médico.

Autonomia do profissional médico e altos custos gerados pela medicina tecnológica produtora de procedimentos. Dois pontos cruciais a serem frontalmente atacados pela nova ordenação imposta pelo capital, que, via Atenção Gerenciada, buscará implantar um novo referencial de gestão organizacional de serviços e de práticas de saúde, mediante novas composições tecnológicas e assistenciais que combinem uma tecnologia de ação do setor administrativo sobre os custos médicos das ações de saúde com ofertas de ações de saúde mais eficazes e baratas, de modo a haver uma profunda repercussão no custo geral do sistema, a partir da construção do conceito conhecido como “gestão do cuidado”.

Gerenciamento do cuidado. Outra expressão-chave para designar o que efetivamente está em jogo no movimento assíncrono estabelecido entre as duas correntes do capital: a disputa pela hegemonia de uma modelagem assistencial para o mercado privado de saúde que configure um sistema de atenção mais apto a atender às novas necessidades de acumulação do capital em sua apresentação mais contemporânea. E já é possível observar a percepção tida pelo próprio capital acerca da estreita relação que isso guarda com as ordenações tecnológicas dos processos produtivos em saúde que os caracterizam, e que constituem o próprio cerne das concepções de modelos assistenciais que procuram implementar.

2.3. MODELOS ASSISTENCIAIS VIGENTES NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR E REGULAMENTAÇÃO ESTATAL – UMA ANTECIPAÇÃO DA METODOLOGIA

As reflexões anteriores convergiram, até o atual momento em que a presente pesquisa se encontra, para o confronto existente entre o capital empresarial médico-industrial, que está na linha de frente do modelo assistencial atualmente hegemônico no país (o já denominado modelo-médico-hegemônico-produtor de procedimentos) e as propostas anti-hegemônicas, das quais a mais poderosa investida é representada pela AG, quase sempre de forma não explícita nem oficial. E esse confronto pode ser verificado na disputa pela hegemonia do modelo assistencial no mercado de saúde suplementar, e do que, enfim, ele representa enquanto composição de ordenamentos tecnológicos envolvidos nos processos assistenciais, tema este que será objeto das próximas reflexões para a construção da proposta metodológica deste trabalho.

Modelos tecno-assistenciais podem ser compreendidos como projetos de política, no sentido de que as opções por determinadas delimitações dos problemas de saúde e de determinadas estratégias de ação no âmbito institucional são politicamente determinadas.

Ao se falar do modelo tecno-assistencial estamos falando tanto da organização da produção de serviços a partir de um determinado avanço dos saberes da área, bem como de projetos de instalação de ações sociais específicas (...). Entendendo deste modo, que os modelos tecno-assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial, e em uma tecnológica, para expressar-se como um projeto de política (CECÍLIO, 1994, p. 23).

A tematização de modelos assistenciais envolve, portanto, a compreensão das ordenações tecnológicas que encadeiam e vitalizam os processos produtivos em saúde em direção a uma determinada conformação assistencial. Isto, por sua vez, reporta ao pressuposto teórico do processo de trabalho, especialmente em sua dimensão micropolítica, enquanto categoria analítica de primeira linha da organização dos sistemas ou modelos de assistência à saúde.

Tais processos serão objeto de abordagem no próximo capítulo, motivo pelo qual não receberão um tratamento mais aprofundado neste momento. O que se pode por ora

antecipar é que os processos tecnológicos que modelam e dão a sustentação a uma determinada conformação, politicamente determinada, podem se orientar (ou se organizar) em duas direções: (a) segundo uma lógica centrada nos interesses e nos auto-governos dos agentes ligados à produção de procedimentos e, portanto, teoricamente mais privatizante e menos vinculada aos interesses dos usuários, ou, de outro modo, podem se balizar (b) segundo uma orientação mais cuidadora, introjetando as diretrizes da integralidade do cuidado, do vínculo, do acolhimento e da responsabilização, o que equivale a dizer, mais centrada no usuário e nas suas reais necessidades, o que implica a valorização dos processos de subjetividades a eles inerentes.

A maior parte dos estudos referentes à conformação de modelos tecno-assistenciais até há pouco tempo era prerrogativa da produção de conhecimento acadêmico e de outras correntes de estudiosos mais identificados com o sub-setor público de assistência à saúde. Já no mercado de saúde suplementar, o assunto ainda é pouco conhecido e estudado, constituindo um tema de investigação que vem sendo desbravado e construído. Um caminho aí ser ainda percorrido.

Até o momento, os modelos de assistência à saúde que têm vigorado no mercado de saúde suplementar, em função de terem se organizado durante muito tempo sob a regência do modelo médico-hegemônico têm, em linhas gerais, as principais características: a ênfase na produção de procedimentos, de um lado, tributária da tradição flexneriana biologicista e, de outro, defensora dos interesses do mercado, em que a persistência e a valorização da onipresença e centralidade do hospital no sistema de saúde é uma outra face do mesmo processo; a atomização do cuidado, sem uma amálgama cuidadora que encadeie e coordene a produção dos diferentes atos de saúde; e os altos custos daí decorrentes, o que compromete a eficácia e a efetividade desse modelo, além da criação de modalidades assistenciais diversas e correspondentes a diferentes expectativas de cidadania, que variam conforme o poder aquisitivo do usuário. Nesse modelo, a assistência à saúde empobrece-se no destaque dado ao ato prescritivo que produz o procedimento, omitindo-se as determinações sociais e ambientais do processo saúde-doença, bem como as legítimas necessidades dos usuários e a dimensão dos processos de subjetivações aí envolvidos.

Atualmente, a formulação de novas propostas de modelagem de serviços de saúde procura incorporar como aportes outros campos de saberes e de práticas de saúde que se apresentem como alternativas anti-hegemônicas ao modelo anteriormente referido, principalmente no que se refere à reorganização de processos de trabalho, à instituição e à valorização de novas tecnologias voltadas para a produção do cuidado, entre as quais incluem-se abordagens e intervenções no espaço relacional compreendido entre os trabalhadores e os usuários, de modo a promover acolhimento e a dar respostas mais condizentes às necessidades destes últimos com vistas a um cuidado coordenado e integral.

Pode-se constatar, assim, a ingerência de novos atores e de novas linhas de força instituintes nos espaços voltados à produção de ações de saúde, de modo a inverter a lógica centrada na hegemonia da corporação médica. Nessa direção anti-hegemônica, observa-se, por sua vez, a disposição de duas correntes: uma que representa setores ligados ao Movimento Sanitário e que concebe a transformação das práticas de saúde a partir do movimento gerado na própria intimidade do processo de trabalho, ou seja, nas suas dimensões moleculares, publicizando os eventos micro-políticos e tirando proveito da autonomia e do auto-governo dos trabalhadores, inclusive do médico, no sentido de redirigi-los para a democratização das relações no espaço da saúde e para a qualidade e integralidade do cuidado em prol do usuário e do enriquecimento da própria equipe. A outra tendência é dada pela nova ordem que o capital financeiro busca instituir através do arcabouço tecno-organizacional-assistencial formulado pela AG, buscando o equacionamento perfeito entre a qualidade da atenção e a otimização plena dos recursos, para o que é necessário justamente eliminar, através das mais variadas estratégias controlistas e regulatórias, o auto-governo dos processos de trabalho em saúde, notadamente o que se refere ao trabalho médico, análise esta que integra o escopo desta pesquisa.

Portanto, a reestruturação dos processos produtivos no campo da saúde implica em colonizar uma nova lógica, pautada na renovação das composições tecnológicas, que subverta a cultura do cuidado fragmentado pela produção de atos desconexos (geralmente traduzidos pela realização de procedimentos), de alto custo e de baixa efetividade. MERHY (2002) traz a noção de *transição tecnológica* para designar o conjunto dos processos envolvidos na subversão dessa lógica através da introdução de

novos referenciais tecnológicos que causem impacto no que ele denomina trabalho vivo em ato e em sua efetivação no plano molecular ou micropolítico. Somente através dessa “revolução” micropolítica seria possível pensar na possibilidade de uma transformação radical das práticas de saúde, redirecionando-as para novos patamares produtivos.

Os macro-atores envolvidos no mercado de saúde suplementar brasileiro e o que efetivamente está em jogo no cenário de disputas

Com base nas considerações anteriormente colocadas, pode-se então identificar, na atual conjuntura assistencial brasileira, caracterizada pela alta complexidade e confronto dos interesses dos distintos atores, a existência de três macro-atores envolvidos na reestruturação dos processos produtivos e na disputa do desenho organizacional do sub-sistema privado de saúde suplementar: (1) o capital associado ao modelo neoliberal e ligado ao complexo médico-industrial; (2) o capital financeiro ligado às grandes empresas de seguros (nacionais e transnacionais); e, finalmente, com o advento da regulamentação governamental sobre o sub-setor privado de saúde suplementar, (3) o Estado brasileiro, que, através da Lei 9656/98 e da criação da Agência Nacional de Saúde, vem procurando pautar e modular a dinâmica das relações existentes nesse mercado, no sentido de fomentar a qualificação dos processos assistenciais nele produzidos.

Ante o processo ainda em curso de se visualizar, delimitar e expor com maior nitidez o objeto desta pesquisa, com base na discussão que vem sendo realizada e que considera a primazia da qualificação da assistência à saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro, novas indagações se interpõem: até que ponto os conteúdos da AG estão presentes nas práticas assistenciais desenvolvidas pelas operadoras atuantes no mercado de saúde suplementar brasileiro? Que tendências podem ser identificadas nessas empresas quanto aos modelos assistenciais que estão sendo adotados, considerando-se a influência que pode estar exercendo sobre elas o discurso da Atenção Gerenciada? O modelo tecno-assistencial que o capital financeiro vem tentando instituir no mercado de assistência médica supletiva via AG é capaz de uma transformação real das práticas de saúde sem implicar apenas na subordinação dos usuários aos interesses do capital, ou seja, a AG (ou propostas de modelagens assistenciais afins) tem potência para efetivar uma

transição tecnológica que conduza os processos de trabalho em saúde a novos patamares produtivos, sem representar apenas uma redução dos custos e maximização de lucros, mas também pautada pelas necessidades dos usuários? Essa formulação de modelo tecno-assistencial pode, ao lado de atender seus inquestionáveis e esperados interesses de acumulação de capital, convergir para a implementação de processos que viabilizem, em sua positividade, a produção social de saúde? As conformações assistenciais que parecem estar sendo introduzidas são efetivamente passíveis de regulação pelo poder governamental ou, em vista da sua própria gênese e das influências externas recebidas atuam de forma refratária em relação à ação regulamentadora do Estado?

Um aspecto importante a ser destacado é o fato de ser parte integrante da organização dos processos produtivos sob a égide da Atenção Gerenciada o estabelecimento de mecanismos de regulação internos ao próprio mercado privado de saúde que balizam as relações entre os diversos agentes desse cenário, sendo do interesse direto desta pesquisa aqueles dispositivos de micro-regulação impetrados pelas operadoras em relação, principalmente, aos prestadores. Essa questão será desenvolvida e justificada com maiores detalhes também no capítulo seguinte.

A relevância do tema foi o motivo para a demanda formal, por parte da ANS, das duas pesquisas já citadas, as quais mostraram intenso sinergia e entrelaçamento no decorrer do desenvolvimento dos trabalhos. Foi objeto de estudo de um dos grupos a identificação e análise dos modelos assistenciais vigentes no mercado de assistência médica supletiva, enquanto que o segundo grupo teve sob a sua responsabilidade a análise dos mecanismos de regulação nele prevalentes, e que se traduzem por vários dispositivos de regulação de acesso e de controle da prática médica, entre outros.

As idéias apresentadas até agora, com base na literatura revisitada, convergem, portanto, para a necessidade de se fazer uma reflexão sobre o significado e o alcance da instituição de marcos regulatórios, por parte do Estado, voltados para a qualificação dos processos assistenciais e para a produção social de saúde, buscando-se apreender a sua receptividade e permeabilidade à ação reguladora do Estado via ANS, para o que se faz necessário compreender os modelos assistenciais vigentes nesse mercado sob a perspectiva dos processos de trabalho e das tecnologias em saúde, os quais se inscrevem em um arcabouço teórico específico, cuja compreensão instruirá a metodologia da pesquisa,

constituindo o conteúdo do próximo capítulo. Para as finalidades a que a presente pesquisa se propõe, será feita posteriormente uma seleção do material coletado e analisado na “pesquisa-mãe” que possa responder às interrogações que estão sendo aqui colocadas, ao mesmo tempo em que será feita uma rearticulação e adequação do material empírico às necessidades de operacionalização da investigação atual.

**3. A METODOLOGIA DA PESQUISA: A
MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO COMO
REFERENCIAL TEÓRICO QUE EMBASA O
DELINEAMENTO DOS PROCEDIMENTOS
METODOLÓGICOS E O DESENHO DO CAMPO
DE INVESTIGAÇÃO**

*A presença implica a sensibilidade, a vulnerabilidade.
Estar presente é dispor-se a ser tocado.
A presença do coração ou plena consciência
é a raiz de todas as virtudes.
(Pierre Lévy - O fogo liberador)*

Tendo-se em mente os processos de reestruturação vividos pelo capital industrial, anteriormente descritos, bem como suas formas de representação no campo da saúde, mais especificamente no mercado de saúde suplementar brasileiro, é possível perceber que está em jogo a disputa pela hegemonia do modelo assistencial, embate este conduzido, de um lado, pelo capital financeiro e, de outro, pelo modelo que tem sido até agora hegemônico, perpetrado pelo complexo médico-industrial, composto pela corporação médica e pelas indústrias de medicamentos e equipamentos.

A concepção de modelo tecno-assistencial envolve o reconhecimento de uma composição entre um conjunto de saberes tecnológicos operatórios e de uma intensa politização das relações de trabalho instrumentalizadoras das práticas de saúde. A mudança de modelo tecno-assistencial, ou melhor, a disputa em torno da instituição de um novo modelo assistencial, condizente com as atuais necessidades de acumulação do capital, deverá se verificar, portanto, tanto na sua dimensão política como na sua dimensão tecnológica, conforme a definição de modelo tecno-assistencial eleita no capítulo anterior. Isto significa, em última instância, o agenciamento das potencialidades instituintes das múltiplas forças atuantes nesse cenário, com seus diferentes acúmulos de poder, em torno do controle dos processos produtivos vigentes no mercado privado de saúde no Brasil, o que inapelavelmente remete à discussão da conformação das tecnologias em saúde e, por extensão, aos processos de trabalho desenvolvidos no setor. Estes passam a constituir o referencial teórico fundamental para o delineamento dos procedimentos metodológicos a serem adotados na presente pesquisa.

3.1. MODELOS ASSISTENCIAIS E TECNOLOGIAS DO TRABALHO EM SAÚDE: PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Desde o advento do Movimento Sanitário e, posteriormente, da Reforma Sanitária, era consenso que uma mudança de modelo assistencial implicaria uma alteração da lógica da produção de serviços e das práticas de saúde. Isto se deve ao reconhecimento

de que a lógica neoliberal do modelo médico-hegemônico, de cunho hospitalocêntrico, impregna as dimensões mais moleculares do sistema, tanto nos estabelecimentos públicos como privados de saúde, no Brasil. Sem uma modificação nos processos de trabalho, que refletem e reproduzem essas determinações, não parece possível reverter a estreita articulação entre a predominância da política neoliberal, no nível micro-estrutural, e a dinâmica do exercício do poder nas organizações de saúde, seja nos aspectos técnico-operacionais, seja nos atinentes às questões administrativo-financeiras (CAMPOS, op. cit., p. 53).

A análise dos processos de trabalho em saúde há algum tempo vem se constituindo em objeto de estudo no campo da Saúde Coletiva, sendo que os principais marcos teóricos nessa vertente são proporcionados, inicialmente, pela produção intelectual e científica de Ricardo Bruno Mendes GONÇALVES (1994) e, posteriormente, pela de Emerson Elias MERHY (1997, 2002), com a qual se identifica a linha teórica da presente pesquisa, como se verá nos momentos seguintes.

Em seu trabalho *“Tecnologia e organização social das práticas de saúde”*, considerado um texto clássico para o estudo das tecnologias dos processos de trabalho em saúde, Gonçalves formula os conceitos fundamentais sobre este temário, tendo se constituído em uma reconhecida referência teórica neste campo.

Para as finalidades a que se destina o presente estudo, o conceito de **tecnologia** formulado por este autor designa o conjunto dos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos próprios do trabalho, através dos instrumentos e dos seus agentes, que reciprocamente determinam configurações específicas, conforme os objetivos e as finalidades do mesmo. Ele considera que os instrumentos tecnológicos materiais só adquirem existência concreta enquanto expressam essas relações entre homens e objetos sobre os quais trabalham, cuja adequação é definida pelas relações sociais de produção. Assim, sendo a tecnologia o elemento teórico unificador entre a concepção de objeto e das ações de saúde como práticas sociais, sua definição final para tecnologia pode ser sintetizada, portanto, como o “conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social” (GONÇALVES, 1994, p. 32).

Um elemento importante na construção do conceito de tecnologias em saúde é a noção de objeto que o fundamenta, sendo que esta concepção de objeto equivale, em última instância, à concepção de perfil de necessidades que cada modelo toma como princípio, o que é de fundamental importância na organização tecnológica do trabalho. Nesse sentido, o referido ator considera como legítimas as necessidades socialmente determinadas, que seriam conformadas *a priori* a partir de um recorte e de um instrumental epidemiológico, cuja lógica conduziria a morfologia e a mecânica do modelo assistencial, no que se refere à ordenação tecnológica dos processos de trabalho nele envolvidos.

O que caracteriza a abordagem do estudo dos processos de trabalho deste autor é o condicionamento da concepção do objeto e dos processos produtivos às determinações sócio-econômicas mais amplas. Para ele, é justamente quando essas determinações externas se interiorizam no objeto e passam a constituí-lo que ocorre a sua apreensão (idem, p. 61).

O autor citado identifica-se como uma corrente de pensamento que foi dominante por muito tempo na Saúde Coletiva, e que chegou a constituir um referencial teórico da tecnologia do trabalho na área da saúde para muitos outros autores¹. Suas idéias podem ser condensadas em alguns pontos básicos diretamente concernentes a este trabalho:

- O entendimento da tecnologia como um conjunto de saberes que fundamenta e subsidia a produção de atos de saúde, tanto no que se refere ao encadeamento dos processos de trabalho, como a produção dos próprios equipamentos, das práticas organizacionais e dos seus produtos;
- A percepção da natureza essencialmente relacional da tecnologia, entendendo-a como a síntese dos nexos que ordenam, encadeiam e vitalizam os processos produtivos em saúde, em vista das articulações que opera entre a concepção de necessidades (condensadas nos objetos próprios do trabalho), a atividade operante (através dos instrumentos tecnológicos materiais e imateriais) e as finalidades da mesma, expressando, assim, a rede de relações sociais através das quais seus agentes se articulam à totalidade social.

¹ Para um melhor aprofundamento a respeito deste tema, é recomendável reportar-se também ao material contido em MENDES, Eugênio Vilaça (org.). *Distrito Sanitário: o processo social das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994; SCHRAIBER, Lilia Blima (org.). *Programação em Saúde Hoje*. 2ª ed. revista e ampliada. São Paulo: HUCITEC, 1993b. Neste volume, cf. o capítulo de NEMES, Maria Inês Baptistella. *Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de Programação*.

- A compreensão de que a concepção de necessidades informa a configuração do modelo de atenção, pois é o equacionamento da relação entre necessidades/produção de serviços e de práticas de saúde, tendo como finalidade a satisfação das mesmas, que deve constituir o núcleo dos interesses das conformações tecnológicas dos processos de trabalho.

Os modelos tecno-assistenciais formulados até a década de 1980 assentavam-se em concepções de necessidades identificadas tecnicamente pelos saberes clínicos ou epidemiológicos, sendo que Gonçalves, defendia, além da primazia da perspectiva epidemiológica para a sua apreensão, que elas seriam resultantes de determinações macro-sociais mais amplas, o que se refletiria na conformação dos processos de trabalho.

Outros autores, representantes do projeto conhecido como **Movimento em Defesa da Vida**², defendem que as necessidades não são apenas resultado das determinações molares do modo de produção vigente, mas que com ele estabelecem uma ação recíproca. Desse modo, não só a estrutura de produção determina o padrão de consumo, como as necessidades também condicionam a produção, passando a se constituir em necessidades coletivas e historicamente definidas. Como força social concreta que ordena o processo de produção e a distribuição dos seus produtos, passariam a determinar um novo tipo de consciência sanitária nos indivíduos e nos movimentos sociais (CAMPOS, op. cit.).

Dentro dessa linha de pensamento, os serviços de saúde deveriam orientar as suas intervenções não apenas a partir das necessidades tecnicamente identificadas pelos saberes clínicos ou epidemiológicos, mas, principalmente, a partir das necessidades reais das pessoas, da consciência sanitária de cada usuário ou de cada grupo em potencial, bem como do reconhecimento da subjetividade que existe não somente nas representações da doença por parte dos usuários como na própria dimensão relacional que existe entre estes e os trabalhadores de saúde.

Trata-se, então, de instituir uma nova forma de apreensão dessas necessidades, para o que é necessário que se incorpore ao instrumental tecnológico da

² O projeto "Em defesa da Vida" é a denominação de um movimento vinculado à área da saúde que foi implantado em Campinas no início dos anos 1980, cujos integrantes participaram ativamente do Movimento Sanitário e da ideação da Reforma Sanitária. Conforme já dito anteriormente, sua concepção de modelo tecno-assistencial envolve o reconhecimento de uma composição entre um conjunto de saberes tecnológicos operatórios e de uma intensa politização das relações de trabalho instrumentalizadoras das práticas de saúde.

atenção à saúde mecanismos “sensores” das mesmas, dentre os quais se inscreve a subjetividade na relação trabalhador-usuário, de modo a tornar o social, o psíquico e o afetivo partes do acervo tecnológico colocado à disposição do usuário (CAMPOS, 1991).

Tal formulação de modelo tecno-assistencial toma como ponto de partida a forma como se constrói coletivamente a relação entre o usuário e os serviços, o que significa construir um novo campo de necessidades, que leva em conta as expressões e manifestações dos usuários, de forma individual e coletiva, do modo como eles as trazem, como um sofrimento concretizado em doença, ou através de suas representações, isto é, sem se enquadrar rigidamente em critérios clínicos ou epidemiológicos.

Isto já é suficiente para estabelecer uma linha divisória com modelos anteriores, uma vez que esta nova concepção de necessidades rompe com o conceito arraigado de objeto construído única e exclusivamente a partir de uma referência coletiva, do que deriva uma tecnologia de trabalho estritamente assentada na perspectiva epidemiológica. Desta forma, ao se adotar uma concepção de necessidades não normalizável por esquemas rígidos previamente determinados, mas considerando as necessidades da forma como o(s) usuário(s) a(s) traz(em), inaugura-se um novo registro e um universo tecnológico bem diverso dos anteriores. (MENESES, 1998, p. 54-5).

A abordagem das tecnologias do trabalho em saúde com no pressuposto anteriormente referido implica em compreender que o campo da saúde envolve uma múltipla dinâmica institucional, tanto no que se refere às relações entre Estado e sociedade, quanto à configuração das organizações prestadoras de serviços de saúde e, finalmente, à dinâmica do processo de trabalho em saúde no interior do qual concorrem múltiplas linhas de força convergentes ou divergentes, representantes de várias ordens de interesses.

Assim, tomando como objeto esta nova concepção de necessidades, o processo de planejamento para a operacionalização tecnológica das práticas de saúde toma como matéria-prima a dinâmica institucional do setor, cuja composição de forças e interesses é que determina o desenho dos modos de gerenciamento e de sua expressão tecnológica prática. Assim, somente através da explicitação dessas diferentes linhas de interesses é que se poderá determinar modos de planejamento, gestão de serviços e construção de modelos tecno-assistenciais das políticas de saúde (MERHY, 1995, p. 145).

O Movimento em Defesa da Vida, utilizando-se do aporte metodológico da gestão estratégica, reconhece que no campo dos variados interesses presentes na saúde, as possibilidades de afirmação das respectivas linhas de força, bem como as formas de apreensão das necessidades, estão intrinsecamente associadas ao processo de construção das subjetividades. Estas, através de suas formas de expressão, de seus significados e de suas intencionalidades irão atuar não só na capacidade operatória dos projetos de intervenção nesse campo, como também irão definir o conteúdo ético-político que as rege. Assim, conseguir colocar no centro do planejamento em saúde esta disputa e esta composição de forças, é também produzir um processo de gestão do trabalho e de política que seja contemporâneo à própria constituição das subjetividades (idem, p. 147).

Nesse universo operatório e, ao mesmo tempo, simbólico, emerge o referencial de vínculo como uma diretriz essencial e ordenadora do sistema. Assim, o vínculo com o usuário, juntamente com as múltiplas conexões internas que estabelecem uma teia de inter-relações no interior do sistema, com todos os seus vazios e contradições, é que determinarão uma maior qualidade e integralidade na assistência à saúde (MENESES, op. cit., p. 56).

A disponibilidade para a escuta das necessidades do outro já significa uma nova relação entre trabalhadores e usuários, ou melhor, com o objeto, sem uma prévia decodificação do mesmo a partir de pré-requisitos biológicos ou epidemiológicos, podendo-se observar então o deslocamento de uma relação assimétrica para uma atitude de recepção e continência do outro. Assim, o que passa a sustentar a organização das formas de trabalho em saúde, ao invés de ser apenas a concepção de objeto, ou das necessidades, é a própria conformação da relação entre o sujeito e o “objeto”, que pode ser traduzida grosso modo na relação entre trabalhadores e usuários ou, de uma forma mais ampla, entre produtores e consumidores, como se verá adiante.

Assim, a consideração da dimensão da subjetividade perpassa a organização das práticas de saúde não só na concepção primeira das necessidades de saúde, mas, também, no que concerne às suas finalidades – vinculadas a um conteúdo ético e político –, e à própria organização dos processos de trabalho. A subjetividade constrói e organiza a dinâmica institucional em todos os momentos e em todos os níveis do processo de produção do cuidado, referenciada, em grande parte, na relação primeira entre o trabalhador e o

usuário. Ao se fazer presente em toda a engrenagem da vida institucional, a subjetividade, que aqui pode ser singularizada na idéia de vínculo, valoriza um novo conceito de tecnologia, um campo diferenciado de saberes tecnológicos, um novo tipo de nexos nos encadeamentos internos do processo de trabalho. Considera-se aqui que são essas ligações que amalgamam a estrutura geral do processo de trabalho e dos seus produtos finais, expressos sob as diferentes formas de cuidado, passando a qualidade da atenção a exprimir a composição final desse tecido de relações que se estabelecem na organização do trabalho (idem, p. 58-9).

Torna-se obrigatória, então, uma aproximação ao tema pelo ângulo da molecularidade dos processos de trabalho em saúde, isto é, a qualificação da atenção de um dado modelo tecno-assistencial passa a depender do engendramento e da composição intestina das relações que se interconectam nos processos de trabalho, uma vez que se compreende que é na intimidade dos mesmos que se dá o encontro entre as necessidades, as finalidades do trabalho e a produção real do cuidado, processos esses sempre perpassados pelas subjetividades, o que se expressa na configuração final das tecnologias do trabalho em saúde.

A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO EM ATO – SUAS MEDIAÇÕES TECNOLÓGICAS E SEUS PRODUTOS

As contribuições mais completas e de mais longo alcance, dentro da produção do conhecimento acumulada na área da Saúde Coletiva a respeito dos processos de trabalho em saúde são os estudos de Emerson Elias Merhy, distribuídos em várias de suas publicações, e que, para os objetivos a que esta pesquisa se propõe, encontram-se em sua maior parte condensadas nos livros *Agir em saúde: um desafio para o público* (1997) e *Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo* (2002). Enquanto no primeiro ele elabora sua fundamentação teórica inicial sobre os processos de trabalho em saúde, considerados na dimensão micropolítica do trabalho vivo em ato, no segundo ele reinterpreta e articula essas considerações à luz da reestruturação dos processos produtivos iniciados na indústria e suas repercussões no panorama atualmente existente no campo da saúde, mais especificamente o da assistência médica supletiva, como uma possibilidade de definição de um movimento de

transição tecnológica do setor para um novo patamar produtivo, assunto este que receberá um tratamento mais aprofundado daqui para a frente.

Os conceitos fundantes da teoria do trabalho vivo em ato

Nos seus trabalhos, embora considere a realidade da internalização das determinações macro-sociais na conformação das práticas de saúde defendida por Gonçalves, MERHY (1997) aponta para a possibilidade de transformação das mesmas a partir da intimidade do próprio processo de trabalho.

Nessa linha de pensamento, a cumplicidade com o usuário representa a construção de um elo que talvez signifique a mais importante expressão da qualidade e mesmo da identidade de um modelo assistencial, anterior ao seu aparato instrumental, incluindo-se no conjunto dos saberes necessários para concretizar a experiência do trabalho. Institui-se, portanto, a idéia de vínculo como constitutiva do acervo tecnológico do trabalho em saúde.

Assim, enquanto Gonçalves constrói uma metodologia de investigação do processo de trabalho baseado no determinismo social sobre a tríade objeto/meios/finalidades, fazendo com que as relações de trabalho e o aparato institucional cristalizem-se e passem a comandá-lo, ou seja, tem como dado o aprisionamento do processo de trabalho em saúde a uma lógica instituída e estruturalmente definida (especialmente ao considerar os saberes tecnológicos constituídos e a influência determinante e supostamente irremovível da totalidade histórico-social sobre a micropolítica do trabalho), Merhy, sem ignorar as determinações externas “molares” do mesmo, acrescenta a idéia da existência de uma dinâmica própria e permanentemente instituinte dos processos de trabalho a partir de sua dimensão micropolítica. Esta, por sua vez, constrói-se pela presença dos processos ligados às subjetividades de todas as forças instituintes nele envolvidas, que emanam como uma substância “viva” do interior das relações de trabalho, daí serem denominadas “subjetividades em produção”³, que permitem

³ Esta é uma expressão utilizada por algumas correntes do Institucionalismo, segundo as quais não existe um sujeito único e eterno dotado de uma estrutura universal, preenchido com conteúdos históricos sociais variáveis quanto a aspectos de desenvolvimento, conteúdo ou estilo, ao contrário do que defendem algumas correntes filosóficas e psicológicas. O que na verdade existe são

A metodologia da pesquisa: a micropolítica do trabalho vivo como referencial teórico que embasa o delineamento dos procedimentos metodológicos e o desenho do campo de investigação

redirecionar e projetar o *modus operandi* do trabalho e do próprio modelo para outros horizontes e com outros formatos.

Antes de dar continuidade a novas reflexões, é pertinente revisitar e firmar os conceitos de “Trabalho Morto” e “Trabalho Vivo utilizados por Merhy no campo da saúde. O primeiro refere-se às composições do trabalho que se relacionam aos processos instituídos e estruturados, como, por exemplo, os saberes estruturados, as normas, os equipamentos e os procedimentos técnicos. Podem ser enquadradas nessa categoria também as macro-determinações sociais e as necessidades socialmente construídas, que comandam e “capturam” em graus variáveis os processos produtivos, especialmente o Trabalho Vivo (idem, p. 109). Este representa, por sua vez, o trabalho criador, em permanente processo de instituição, que se expressa através das “subjetividades em produção”, e que tem como uma de suas principais expressões a autonomia ou o auto-governo dos trabalhadores e das demais forças instituintes, entre elas a do próprio usuário portador de necessidades, que buscam sua afirmação no cenário de disputas, bem como os processos intercessores que produzem, e que se fazem representar através das tecnologias ditas “de relações”.

É a “subjetividade em produção”, portanto, que define e delinea a existência do *trabalho vivo em ato*, ao extravasar-se do instituído como uma substância viva, energética, pulsante, desejante, política, existencial e espiritual que o trabalho morto não consegue esmagar. De sua posse, os sujeitos são portadores potenciais do movimento de transformação dentro dos processos de trabalho.

Os processos de subjetivações apresentam-se sob várias formas: como necessidades dos consumidores (que podem ser tanto os usuários como os próprios trabalhadores entre si, nos diversos âmbitos de relação) não formatadas em cânones epistemológicos pré-estabelecidos; na maneira de realizar a apreensão das necessidades dos consumidores por parte dos produtores de atos de saúde, e que pode se manifestar através

processos de produção de subjetividades ou de subjetivações, contingentes a cada conjuntura histórica, em que, a partir do motor do desejo, geram-se sujeitos singulares para cada acontecimento. O Institucionalismo propõe-se a criar, através da análise e da intervenção, dispositivos capazes de disparar acontecimentos e os modos de subjetivação necessários à constituição dos sujeitos necessários a um dado contexto social, em cada momento histórico. Cf. BAREMBLITT, Gregorio. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1998, p. 50-1.

A metodologia da pesquisa: a micropolítica do trabalho vivo como referencial teórico que embasa o delineamento dos procedimentos metodológicos e o desenho do campo de investigação

de diretrizes como o vínculo, o acolhimento, a disponibilidade para a escuta, a responsabilização; na autonomia com que os trabalhadores de saúde executam a produção dos atos de saúde, privatizando os seus espaços de atuação, cada um com o seu *quantum* de poder ou de auto-governo para este exercício; e em todo o universo de relações simbólicas ou operatórias que se estabelecem entre os diversos agentes envolvidos na produção de atos de saúde, e que constituem, em seu conjunto, a própria “subjetividade em produção”.

Pode-se perceber, portanto, que o conceito de subjetividade está intimamente associado à percepção e ao respeito em relação às necessidades do outro, bem como a disponibilidade para satisfazê-las, por parte do auto-governo dos diferentes atores (por exemplo, o trabalhador), no interior de um determinado processo de trabalho.

Assim, um momento fundamental do processo micropolítico de trabalho é o encontro entre o usuário e o trabalhador, que, em última instância, é um encontro onde se interpõem as necessidades e as expectativas do primeiro, através de sua representação de “problema”, e a aptidão para a escuta e a disponibilidade do trabalhador em atendê-lo por parte do segundo. Este espaço de interseção entre as duas partes sofre o cruzamento de várias linhas de forças instituintes cuja resultante se dará no sentido de respeitar e acolher – ou não – o que é considerado necessidade pelo usuário (idem, p. 90).

Esta etapa é de importância central no processo de trabalho, pois a apreciação ou interpretação das necessidades do usuário feitas nesse momento pelo trabalhador (personificando uma parte do sistema de saúde com o seu “auto-governo”) equivale a um julgamento e a uma concepção de objeto. Já nesse momento é possível se avaliar o grau de aproximação e envolvimento entre o produtor e o consumidor e as consequências que isso vai gerar em termos de opções tecnológicas. Pode-se dizer que esse encontro relacional já demarca um posicionamento estratégico de um perante o outro, e a sequência de posições daí decorrentes dependerá grandemente do modelo de atenção e dos princípios éticos e políticos que o regem.

Sob o ponto de vista metodológico, é possível apreender e compreender o exercício da “subjetividade em produção” (ou, em outras palavras, do trabalho vivo em ato) reconhecendo-a no campo de disputa de múltiplos interesses, para o que Merhy utiliza o conceito de “*espaços intercessores*”, enquanto representação do lugar onde se exerce o trabalho vivo e enquanto ferramenta analisadora dos processos de trabalho. Estes espaços

intercessores constituem, então, o(s) campo(s) onde se cruzam as relações de múltiplos agentes, representantes de diferentes interesses ou “linhas de força”, hegemônicas ou não, e que lutam para se expressar e ganhar força instituinte. É, pois, o espaço em que o processo de inter-relação de sujeitos (*intercessores/instituidores*) produz o que ele chama de **tecnologias “leves”** ou **tecnologias “de relações”**, que se traduzem na produção de vínculo, acolhimento, disponibilidade para a escuta, autonomização, bem como a gestão dos próprios processos de trabalho, que determinam e modificam a qualidade do cuidado dispensado e expressam a direcionalidade do modelo de atenção. Tais tecnologias, que se configuram em processos de intervenção em ato, como encontros de subjetividades presentes no processo de trabalho em constante interação, constituem e substanciam a micropolítica do trabalho vivo.

Além das tecnologias “leves” ou relacionais, Merhy descreve as **tecnologias “duras”**, compostas pelos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, pelas normas e pelas estruturas organizacionais, e as **tecnologias “leves-duras”**, representadas pelos saberes bem estruturados utilizados no trabalho em saúde (a clínica médica, a psicanálise, a epidemiologia, bem como aqueles ligados à teoria da administração etc). Estas, como se verá posteriormente, também desempenham um papel fundamental na concretização dos produtos do trabalho, bem como na gestão organizacional dos estabelecimentos de saúde.

Nesse encontro de interesses e expectativas que se constroem no espaço relacional denominado “espaço *intercessor*”, estabelece-se um jogo de instituintes entre produtores e consumidores, em que os interesses divergentes ou confluentes expressam-se em diferentes formatos de necessidades e de satisfações. O espaço *intercessor* implica, portanto, uma negociação em ato do encontro de necessidades e, assim, afigura-se como um espaço relacional para a escuta dos problemas, troca de informações, tomada de decisões e possibilidades de intervenção pertinentes e/ou eficazes – ou não (idem, p. 87-90). Como um lugar de vozes e escutas, revela, no interior do processo de trabalho, o encontro entre dois agentes instituintes face a face – produtor e consumidor, que pode se dar de forma cúmplice, presente, compromissada e cuidadora, ou alheia e descompromissada, em uma relação “objetalizada”.

É, portanto, na forma como se instituem os espaços *intercessores* (que, em última instância, representam o reconhecimento e a interpretação das necessidades com

vistas a uma dada intervenção para a sua satisfação), que se explicita a concepção de necessidades e a própria natureza de um modelo tecno-assistencial. Entendendo-se aqui necessidades não estritamente como carência, mas em sua acepção de positividade, como afirmação instituinte da potência do ser. O espaço *intercessor* constitui, então, o espaço onde se revela a disputa das diferentes forças instituintes e a forma como o instituído as incorpora (ou é por elas transformado) ou exerce uma ação moduladora sobre elas⁴.

O espaço *intercessor* formado entre o trabalhador e o usuário é, então, o lugar que torna factível o trabalho vivo em ato, de modo a atender e a gerir o jogo de instituição de necessidades/satisfação de necessidades que se define no interior de um processo sempre em estruturação, como é o caso do trabalho em saúde.

Isto quer dizer que o trabalho vivo em ato é que ele só adquire estatuto de real na ação, no seu momento “aqui e agora” de estar acontecendo durante a inter-relação de sujeitos, pois tem uma natureza eminentemente situacional, sendo único e singular em cada instante, para cada relação. Desse modo, o encontro que se estabelece entre dois sujeitos, portanto, só existe para os dois em ato, ambos se colocando como instituintes, portadores de suas respectivas necessidades e respostas, mas nunca fora deles. A relação estabelecida nos espaços *intercessores* pressupõe, portanto, “presentificação”, no sentido de um sujeito estar presente para o outro, disponível para ele, ou mesmo desterritorializado para, com ele, entrar em relação, em ato. Desterritorializar-se é, então, condição para entrar em relação, para estar disponível para a “presentificação” ao outro e dele também poder receber sua presença. Desse modo, as tecnologias “de relações” que produzem e medeiam os processos *intercessores*, não só podem gerar novas tecnologias como, na sua ação essencialmente situacional, podem constituir o próprio processo terapêutico, além de determinarem sua eficácia (idem, p. 106-7).

⁴ Isto remete à reflexão de que em todo processo de trabalho há sempre uma parte do trabalho vivo cristalizado como trabalho morto, sendo este considerado qualquer composição do processo de trabalho que tenha ação prescritiva. Assim, este autor considera o trabalho morto não só o universo tecnológico dos equipamentos, mas também os saberes normatizados e mesmo as necessidades socialmente determinadas (MERHY, 1997). Em última instância, o próprio modelo tecno-assistencial, em sua ação prescritiva sobre o processo de trabalho passa a ser a representação máxima do que se chama de trabalho morto, se for considerado, conforme Gonçalves, como a encarnação das forças sociais instituídas do modo de produção capitalista. Desse modo, a forma como são instituídas socialmente as necessidades ou a rigidez como é feito o reconhecimento e a interpretação das mesmas dentro do jogo produção/consumo/satisfação, pode expressar uma variável captura de trabalho vivo pelo morto.

O espaço *intercessor* substancia-se, então, como o lugar onde se processa molecularmente a dinâmica do modelo de atenção, expressa através da micropolítica do processo de trabalho em sua intimidade. Sendo o espaço do encontro entre o trabalhador e o usuário, é o espaço de encontro da necessidade e das formas tecnológicas de satisfazê-la. É onde as subjetividades em produção, mediante um emaranhado de relações, expressões das tecnologias “leves”, expressam-se como trabalho vivo em ato, que, com seu potencial interrogador e analítico, pode transformar a própria lógica do processo de trabalho.

Os dispositivos interrogadores/analísadores dos processos produtivos em saúde

Como já foi dito antes, as necessidades requerem reconhecimento para o seu atendimento e a assimetria nas relações entre essas forças instituintes interfere nesse reconhecimento. Assim, numa relação “objetal”, ainda que o espaço *intercessor* pressuponha um mínimo de compartilhamento, pode ocorrer o abafamento de algumas dessas linhas de forças que, impedidas de exercer suas ações instituintes, passam a gerar “ruídos” no seu interior. Esses “ruídos” ou contradições ou “quebras” funcionam como dispositivos reveladores ou interrogadores das falhas dos processos instituintes que buscam interlocução para os seus projetos, numa relação de permanente negociação e conflito. Ou seja, são elementos que interrogam os processos já instituídos, forjando a instituição de outras lógicas para a sua expressão. Portanto, numa relação “objetalizada”, o usuário ou qualquer outro tipo de consumidor de serviços (que pode ser inclusive outro trabalhador), ao não encontrar sua expressão instituinte, não se elide do espaço *intercessor*, mas passa a agir de forma oculta em busca de sua instituição. Num contexto em que a relação objetal se exprime de forma mais concreta, como parece ser o caso do modelo médico-hegemônico, a finalidade do trabalho será a produção de procedimentos impostos ao usuário sem um processo de escuta adequado. O usuário, assim objetalizado, procurará outras formas de exercer sua expressão instituinte, por exemplo, na busca de outros serviços com a expectativa de ser escutado e atendido.

Assim, o “espaço *intercessor*” é sempre um lugar eminentemente relacional e, conseqüentemente, não consensual, portador de diferentes lógicas e interesses nem sempre evidentes, no interior do qual emergem conflitos, contradições, “estranhamentos”

ou “ruídos”, que podem permitir o desvelamento das diferentes forças instituintes e do processo *intercessor* que se encontra em atuação⁵.

Esses “estranhamentos” não devem ser confundidos com dispositivos que apenas revelam falhas corrigíveis como meras distorções estruturadas no cotidiano institucional, subordinadas, assim, a uma lógica instrumental sistêmica. Os “ruídos” estão sendo aqui considerados como elementos interrogadores e analisadores da dinâmica micropolítica do trabalho, que viabilizam agenciamentos de novos processos no campo da subjetividade existente no âmbito da atuação dos “auto-governos” presentes no trabalho vivo em ato. Permitem, então, não só o questionamento do modelo de atenção quanto às suas formas de operar, como também a invenção e a instituição de novos sentidos para o processo de trabalho, de modo que através dele se possa produzir alterações significativas no modo de se prestar assistência em saúde.

Nesse universo de produção de subjetividades, o auto-governo (ou a autonomia) dos trabalhadores é de crucial importância para a efetivação dos processos de trabalho em saúde, uma vez que é condição indispensável para a sua realização, não sendo possível a sua total captura pelos processos estruturados e instituídos do trabalho morto, sob qualquer forma em que este se apresente. Pode se efetivar de forma muito ampla e heterogênea, que varia de um modo intensamente privatizante e fragmentário e, portanto, alheio às necessidades reais do usuário, a um modo mais publicizado, integral e cuidador, refletindo, assim, a própria natureza do modelo tecno-assistencial que o produz, ao mesmo tempo em que contribui para a conformação do mesmo. A sua existência confere identidade ao trabalho vivo enquanto afirmação das atividades em produção (que pode ser entendido como a expressão da própria autonomia do trabalhador de saúde nas múltiplas relações

⁵ Essa concepção de “ruídos” está baseada nas idéias de MERHY (1997), quando ele afirma, inspirado nos institucionalistas, que o cotidiano institucional se expressa em uma dupla dimensão ou “dobra”, na qual está presente, de um lado, o mundo das significações, dos aspectos explícitos da contratualidade dos agentes institucionais coletivos, das identidades e dos papéis conhecidos e visíveis. Esta dimensão é continuamente invadida ou “atravessada” pelo seu outro lado – o mundo dos sentidos e dos “sem sentidos” – que contém as intencionalidades ocultas das diversas subjetividades em ação, bem como das relações que mantêm entre si. Tais conteúdos, ainda que escondidos ou dissimulados, são intensamente atuantes e geram processos ruidosos que se fazem presentes de modo não funcional, causando “estranhamentos” no cotidiano. Esses “estranhamentos” ou “ruídos”, ao permitirem o acesso aos sentidos ocultos dos espaços de relação, no cotidiano das instituições (justamente por serem sua expressão), podem ser utilizados como dispositivos que, a partir da informação, expõem os espaços *intercessores*, as distintas linhas de força existentes no seu interior e os processos micropolíticos através dos quais estas atuam.

intercessoras que produz), fazendo com que este seja um elemento constitutivo do trabalho em saúde, daí se constituir em um alvo privilegiado de intervenção de projetos de gestão institucional, que permanentemente ambicionam controlá-lo, sejam oriundos da esfera pública/governamental ou elaborados a partir de uma perspectiva de mercado, como se verá oportunamente através da atuação da Atenção Gerenciada. Ao mesmo tempo, representa também o ponto onde se pode iniciar a transformação dos processos assistenciais/organizacionais rumo a outras direcionalidades mais permeáveis a processos cuidadores e publicizantes.

Assim, a micropolítica do trabalho vivo no cotidiano institucional, exercido como múltiplos processos de subjetividades em interação recíproca e constante, fundamentada na qualidade ética do vínculo e da solidariedade com o usuário, através desses elementos interrogadores, não só tem a potência de comandar os processos tecnológicos, como também de gerar novas tecnologias e redefinir a dinâmica e os limites do próprio espaço *intercessor*. Nesse sentido, as tecnologias ditas “leves” ou relacionais têm centralidade absoluta nesse processo, instituindo-se como interrogadoras e analisadoras do mesmo e, em última instância, da conformação dos próprios modelos assistenciais. Por revelar sua estrutura e dinâmica, os processos de trabalho em saúde, tendo o trabalho vivo como seu epicentro, através das tecnologias “de relações”, constituem, então, a categoria analítica de eleição para a avaliação dos modelos tecno-assistenciais e dos processos de qualificação da assistência.

Desse modo, o processo de trabalho em saúde envolve não só uma produção material de bens concretos como também uma relação simbólica entre sujeitos. Isto implica uma análise do processo de trabalho dentro do campo da subjetividade e das relações inter-humanas, incluindo, como possibilidade de atuação/intervenção nos espaços intercessores, o uso de tecnologias “leves”, que se concretizam com a produção de produtos simbólicos, entre os quais o vínculo se afirma estrategicamente como diretriz tecnológica. É da concepção de vínculo e do auto-governo dos trabalhadores, bem como dos processos relacionais entre as forças instituintes como constitutivos do patrimônio tecnológico do trabalho vivo que se pode instituir o processo de trabalho como analisador da qualificação dos processos assistenciais.

Assim, o trabalho vivo em ato, com sua natureza essencialmente intercessora de ser, e que atua através de formas tecnológicas leves, é um tipo de força que opera em processo e em relações, expressando-se enquanto ação operatória, seja no que concerne à produção de bens (simbólicos ou concretos), seja no que concerne à gestão de processos institucionais (MERHY, 1997, p. 98-101). Ou seja, a despeito de sua natureza abstrata, desempenha uma intervenção operatória concreta sobre a realidade no que diz respeito aos produtos do trabalho e à construção de tecnologias de gestão de processos organizacionais. É importante salientar que serão privilegiados aqui os aspectos relacionados à gestão institucional dos processos de trabalho, os quais serão alvo da incursão e da abordagem metodológica da presente pesquisa, com vistas ao desenho do trabalho de campo, uma vez que estão estreitamente vinculados à modelagem da nova proposta assistencial que vem se desenhando pela ação do capital financeiro, na sua tentativa de desbancar a lógica de mercado neoliberal do modelo médico-hegemônico vinculado ao complexo médico-industrial.

A “dimensão cuidadora” como a principal expressão assistencial do trabalho vivo em ato

O campo da saúde vem constituindo um campo de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, no interior do qual a prática médica tem se tornando dominante, o que não exclui a existência de vários formatos de organizações de ações de saúde dentro dessa matriz. E esse conjunto de ações – não apenas executado pelos médicos, mas por todos os outros trabalhadores de saúde –, conjuga todo um arsenal de saberes e práticas relacionadas à viabilização dos atos cuidadores.

Desse modo, a concretização do cuidado por parte dos trabalhadores de saúde, através da produção de atos de saúde, implica a mobilização e a disponibilização de um conjunto de saberes e de ferramentas, específicos a cada agrupamento ou corporação profissional, e que, como já se viu, traduzem-se em tecnologias, como conjunto de saberes, nas diferentes modalidades tecnológicas: “leves” ou relacionais (cujos saberes são mais afeitos aos processos de subjetivações), “leves-duras” (referentes aos saberes quase estruturados de cada núcleo profissional específico) e mesmo as “duras”, vinculadas aos aspectos mais diretamente capturantes do trabalho vivo (maquinário, normas, estruturas

organizacionais etc). O arranjo interno dessas modalidades tecnológicas não apenas confere especificidade e identidade ao modelo assistencial como reflete os variados grau de submissão do trabalho vivo ao trabalho morto.

Dentro dessa linha de raciocínio, leva-se em conta as diferentes formas de exercício do auto-governo dos profissionais de saúde e os processos intercessores que medeiam através das tecnologias “leves”, que é a base conceitual e referencial do próprio trabalho vivo, bem como o saber-fazer das diversas categorias profissionais envolvidas na produção de atos de saúde, expressas nas tecnologias “leves-duras” anteriormente citadas, ambas compondo o seu acervo tecnológico. A composição final dessas duas modalidades de tecnologias, ao longo de uma determinada linha de produção de cuidado, determina (e é determinada por) projetos terapêuticos distintos que dão especificidades aos modelos tecno-assistenciais, no que se refere à qualidade do cuidado dispensado ao usuário.

Uma melhor compreensão da afirmação anterior é dada por MERHY (2002), que chamou a atenção para o fato de que todo trabalho em saúde, para a obtenção do seu produto final, efetiva-se primeiramente através da produção de atos de saúde que se estruturam em torno de linhas de produção do cuidado, materializando o que ele denomina *projetos terapêuticos*, os quais, conforme se dê a configuração desses processos, exprimem as modalidades do cuidado em saúde. O processo de produção de atos de saúde, que coincide com os processos de trabalho, dando existência material ou imaterial aos produtos finais, envolve, assim duas dimensões do trabalho assistencial, que podem ser assim sintetizadas: uma **dimensão propriamente cuidadora** e uma dimensão centrada nos saberes disciplinares de certos agrupamentos profissionais, também denominada **dimensão profissional específica**. Ambas constituem territórios de práticas técnicas presentes em qualquer processo de produção de atos de saúde, e que se definem como campos de saberes tecnológicos, conforme o modelo de atenção (idem, p. 102, 117, 123-5).

A dimensão cuidadora circunscreve e amalgama os núcleos de competência específica de cada grupo profissional e do conjunto de profissionais ligados às práticas de saúde, constituindo a base do trabalho assistencial. A produção de saúde sempre implica, então, uma tensão entre duas dimensões: aquela dominada pelos núcleos de competência específicas de cada grupo profissional e do conjunto de profissionais, e a dimensão cuidadora, que engloba a primeira. Este território cuidador inclui habilidades e capacitações

que transcendem os requisitos meramente técnicos, sendo conformato basicamente pelos processos relacionais. Pode ser considerado, assim, o lugar privilegiado para a produção de tecnologias leves (idem).

Portanto, todos os grupos profissionais ligados à saúde, antes de lidarem com os saberes específicos à sua atividade, estão mergulhados em um espaço cuidador. E, novamente, tanto os aspectos cuidadores (mais centrados nas necessidades reais dos usuários, e portanto, mais integralizadores) como os profissionais específicos (que se atuam isoladamente e de forma dominante – como ocorre com a medicina tecnológica – compõem um projeto fragmentário sem a amálgama dos processos relacionais) são constitutivos de qualquer ação de saúde. O que quer dizer que, qualquer que seja a combinação produzida entre ambos para operar a produção de atos de saúde, haverá sempre a pressão pela manifestação do núcleo cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias “leves” (idem, p. 124-25, 146).

Assim, os projetos terapêuticos que podem ser identificados ao longo da conformação de uma linha de produção do cuidado expressam o formato do envolvimento existente entre o trabalhador e o usuário, que pode se dar no sentido de uma relação compartilhada, acolhedora e integralizada, isto é, **usuário-centrada**, ou no sentido de uma relação “objetalizada”, fragmentária e alheia às necessidades do mesmo, neste último caso passando a ser caracterizada pela realização de atos isolados e desconexos que intermediam esse relacionamento, como se dá com a valorização da produção de procedimentos inerente ao modelo médico-hegemônico, daí ser este também chamado de **médico-procedimento-centrado**. Pode-se dizer que essas são as duas formas polares com que se conforma um modelo tecno-assistencial, tomando-se como referência a centralidade do trabalho vivo nele presente e os seus variáveis graus de captura pelo instituído.

É, pois, da composição final entre essas duas dimensões que se tem a indicação da qualidade e da integralidade do cuidado produzido em uma determinada linha de produção do cuidado, de modo que, quanto maior o centramento e o privilegiamento da competência centrada no conhecimento profissional específico (de natureza “leve-dura” ou “dura”) menor a expressão da dimensão cuidadora, e vice-versa. Esse equacionamento, não deixa de ser o reflexo da captura do trabalho vivo do trabalhador (seu auto-governo exercido através das tecnologias leves) pelo trabalho morto representado pelo já estruturado

e instituído, entendendo-se aqui como instituído, além do que já foi dito, as próprias relações de poder travadas entre os diversos grupos profissionais.

A articulação dos saberes contidos no núcleo cuidador – *locus* de produção de tecnologias “leves” – com aqueles próprios do núcleo profissional específico (tecnologias “leves-duras”) compõe, então, um arsenal tecnológico, uma verdadeira “caixa de ferramentas” que organiza o saber-fazer não apenas dos trabalhadores de saúde como também dos gestores dos processos produtivos e organizacionais dos estabelecimentos de saúde. Este saber-fazer, portanto, é dinâmico, no sentido de que depende da composição *ad hoc* dos saberes em cada situação e da integração dos saberes dos diversos grupos profissionais, em uma perspectiva interdisciplinar.

A abordagem da interdisciplinaridade entre os saberes acionados para a produção de ações de saúde sempre envolve, portanto, a vivificação do espaço cuidador, podendo este ser identificado como o elemento unificador ou de convergência das competências específicas e das relações interdisciplinares e “intercessoras”, que pode modificar positivamente a qualidade da produção do cuidado em saúde.

O obstáculo à efetivação do trabalho interdisciplinar reside justamente no fato de que, nas práticas sociais de saúde, as equipes de trabalho têm reproduzido, no seu interior, as posições ocupadas pelas diversas profissões no campo da saúde como um todo. Segundo SPINK (1992):

O indicador mais óbvio desse fenômeno é a posição subalterna das diversas profissões face à profissão hegemônica: a medicina, e esta distribuição reflete a posse diferencial de capital específico na área: o conhecimento específico sobre saúde-doença.

Isto mostra, mais uma vez, como a configuração tecnológica concreta dos modelos de atenção, que fica mais nítida com a visualização da molecularidade dos processos de trabalho e da transversalidade do trabalho vivo, é uma representação dos territórios de disputas de forças reais e socialmente determinadas, com recortes interessados da realidade, que disputam sua instituição em todos os âmbitos dos processos de produção, inclusive no que diz respeito à hegemonia dos saberes dos diversos conjuntos de atores, entre eles, os profissionais que atuam no campo da saúde.

Desse modo, os processos de produção de ações de saúde hoje vigentes, sob a perspectiva do modelo médico neoliberal hegemônico, é concebido a partir dos problemas específicos, valorizando nitidamente o núcleo profissional específico, sobretudo do médico, de modo a relegar a ação cuidadora a um papel secundário e complementar. Em um modelo com essas características, a ação dos outros profissionais subordinam-se à lógica médica dominante, e a dimensão cuidadora resultante apresenta-se empobrecida. Pode-se dizer que o esvaziamento ou o arrefecimento dessa condição cuidadora tem sido a tônica em todo o sistema colonizado pela racionalidade do modelo médico-hegemônico, tanto no âmbito público como no privado, que, devido à supervalorização da técnica, tem sua expressão na fragmentação do cuidado e dos processos de trabalho/atos de saúde, bem como na alienação dos trabalhadores em relação ao produto final das suas ações.

Os territórios tecnológicos são, portanto, os lugares em que forças sociais portadoras de interesses e projetos (algumas delas representadas pelas corporações profissionais) disputam suas ações instituintes com outras forças, de modo a impor suas concepções acerca do significado da saúde como bem (público ou de mercado), bem como acerca das finalidades a serem dadas aos processos produtivos, definindo, assim, as conformações tecnológicas dos modelos de atenção.

Do ponto de vista da gestão dos processos produtivos, superar esses estado de coisas implica em operar dispositivos que permitam redefinir os espaços de relação e as competências entre os vários atores envolvidos nesses processos, alterando as missões dos estabelecimentos de saúde e ampliando suas possibilidades de produção de ações de saúde, com o estímulo à realização de atos cuidadores, mas sem desprezar as competências dos núcleos profissionais específicos. Isto significa estabelecer como diretriz organizacional que a mediação e a coordenação entre as diferentes modalidades ou opções tecnológicas existentes nos espaços relacionais ou “intercessores”, lugares de tensão tecnológica permanente, seja efetuada pelas tecnologias “leves”, de modo a articular e colonizar o núcleo profissional mais específico com o núcleo cuidador, bem como tornar esses processos mais públicos (MERHY, 2002, p. 129). Desse modo, ao se determinar que o núcleo cuidador se sobreponha em relação aos centrados nas competências específicas, atenuando as relações de dominação existentes entre as categorias profissionais, permite-se que o espaço cuidador possa aproveitar e explorar a cooperação entre os diferentes saberes

e o partilhamento decisório das ações, ou seja, que possa constituir o espaço de convergência das relações interdisciplinares, como já havia sido dito anteriormente, o que passa a ser papel do gestor do cuidado.

A modelagem dos processos produtivos em saúde ocorrida no esteio da lógica da produção neoliberal relativa à primeira fase de acumulação capitalista no setor, através da parceria entre a medicina tecnológica e o capital industrial (isto é, mediante a combinação de interesses da corporação médica e das necessidades de acumulação de capital das indústrias de medicamentos e equipamentos diagnósticos e terapêuticos), que vem atuando micropoliticamente nos espaços públicos e privados de saúde através de projetos terapêuticos procedimentos-centrados, ao invés de usuário-centrados, possibilitou, em um determinado período, uma significativa rentabilidade para o setor. Contudo, os projetos terapêuticos assim formatados foram se mostrando paulatinamente contraditórios com os interesses de outras parcelas do capital, pela inefetividade global do sistema e pelos altos custos gerados pelo mesmo, que já vem demonstrando sinais de exaustão.

Isto tem levado a variadas tentativas de correção dessas distorções, buscando ampliar e sobrepor o papel da ação cuidadora em relação ao das profissionais específicas, através de estratégias de gerenciamento do cuidado que valorizem os atos cuidadores e reduzam a importância dos processos médico-centrados, que se fazem representar nos dois movimentos já mencionados: de um lado, o Movimento Sanitário, cujas propostas anti-hegemônicas propugnam pela defesa da vida e pela publicização e democratização dos processos decisórios, tendo como eixo estruturante os interesses do usuário. De outro, conjugando propostas até certo ponto similares, mas que têm como motor a redução de custos voltadas para o processo de recuperação da acumulação capitalista no setor, apresenta-se a Atenção Gerenciada e suas congêneres, que se manifestam através de alguns pontos-chaves: (a) a revalorização de um profissional generalista como panacéia, através de variados formatos de Programas de Saúde de Família, adscrição de clientela etc, muitas vezes desprezando a incontornável necessidade de multi-disciplinaridade e a adequação da inserção dos saberes profissionais específicos ou, ao contrário, a adoção de equipes multi-disciplinares em que a minimização da figura do médico representa uma estratégia para baixar custos; (b) a busca de modalidades de produção de saúde de baixo custo, baseadas na simplificação tecnológica; (c) as estratégias de des-hospitalização, através de projetos do

tipo *home care*; e, finalmente, (d) um estímulo ao movimento consumista do usuário por uma assistência segmentada e de menor custo porquanto baseada na seleção de usuários saudáveis, em função da lógica do risco, através de estratégias mercadológicas que atraíam consumidores de poder aquisitivo diversificado, como já profetizara DONNANGELO (1976).

Sobre esses aspectos versam as considerações que se seguem, em que se procurará demonstrar a atualidade e a pertinência desses conceitos e do conjunto da teoria do trabalho vivo e sua dimensão cuidadora na compreensão dos processos produtivos em saúde atualmente em desenvolvimento pelo capital através da AG ou de outras propostas que “bebem” na mesma fonte, seja no que diz respeito à produção de bens (simbólicos ou concretos), seja na gestão dos processos institucionais propriamente dita. Centralizar-se-á nessa discussão a questão diretamente ligada ao presente estudo, que é a inscrição desses processos, no mercado de saúde suplementar brasileiro, na agenda regulatória do Estado.

3.2. A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA COMO EXPRESSÃO MÁXIMA DA OTIMIZAÇÃO DO TRABALHO VIVO

Como vem sendo dito ao longo do desenvolvimento deste trabalho, as transformações por que vem passando a indústria e o setor de serviços com a crise do capitalismo, a partir do final do século XX, paralelamente à introdução de tecnologias de ponta, vem promovendo uma reestruturação dos processos produtivos que pode estar sinalizando como tendência uma transição tecnológica na produção industrial. Tal fenômeno impacta de modo radical justamente os processos de trabalho, o mercado da força de trabalho, suas formas de utilização/exploração, bem como os processos produtivos de um modo geral, de modo a se poder preservar vantajosamente o ciclo de acumulação do capital, o que já demonstra a importância da sua abordagem nos estudos voltados para a análise dos processos produtivos também no campo da saúde.

Também já foi enfatizado, no que se refere ao trabalho em saúde, a dupla implicação dos processos de trabalho, tendo como núcleo o trabalho vivo (mediado pelas tecnologias leves), tanto em relação à produção de bens finais (simbólicos ou relacionais, e concretos, isto é, diretamente ligados à materialidade do cuidado, enquanto produto final

das ações de saúde), como em relação à gestão dos estabelecimentos de saúde enquanto equipamentos institucionais, nos âmbitos público e privado. Considere-se ainda a importância na interpenetração público-privada desses processos, ao se tomar o trabalho vivo como elemento analítico da conformação e da própria qualificação dos processos assistenciais em saúde, o que é especialmente pertinente em um estudo que pretende levantar algumas interrogações e buscar algumas respostas a respeito da potência da ação governamental sobre a qualificação da assistência à saúde do mercado de planos e seguros de saúde privados, no Brasil.

Nesse contexto, pode-se dizer que vem adquirindo uma relevância cada vez maior os aspectos atinentes à gestão dos processos produtivos na indústria, que também vem acenando pela incorporação de novos referenciais, denotando que tanto os processos produtivos como sua dimensão organizacional vêm sendo instituídos não mais apenas pela maior complexidade e sofisticação dos equipamentos, mas também por novas concepções acerca dos processos de trabalho, bem como pela sua utilização na conformação das novas tecnologias de gestão.

Procurar-se-á priorizar doravante a compreensão dos processos de trabalho sob os aspectos da gestão organizacional dos equipamentos institucionais, no cenário da reestruturação produtiva do capital, alinhando-os à discussão anteriormente tecida acerca da micropolítica do trabalho vivo, trazendo-a, em seguida, para o âmbito dos processos assistenciais em saúde. Para isto, será feito o levantamento de algumas idéias de alguns autores, que, no seu conjunto, contribuem para a compreensão dos elementos que vêm inovando a concepção e a modelagem dos processos produtivos na sociedade capitalista atual.

Peter DRUCKER (1994), um dos expoentes da gestão empresarial e dos estudos sobre os processos de trabalho das organizações, em um contexto de crescimento do setor de serviços dentro do capitalismo moderno, traz algumas considerações acerca da gestão do conhecimento, por ele considerado como a principal força produtiva dentro dos processos de reestruturação do capital.

Ele chama a atenção para a mudança no significado de conhecimento, na modernidade⁶, que passou a ter também o sentido de coisa útil, como meio para a obtenção de resultados sociais e econômicos, transformando a sociedade e a economia. Além disso, o conhecimento passou a ser utilizado para descobrir como o próprio conhecimento já existente pode ser aproveitado, com vistas à obtenção de melhores resultados do ponto de vista gerencial – isto é, o conhecimento sendo aplicado ao próprio conhecimento (idem, p. 21-2). Nesse contexto, as próprias organizações podem ser consideradas como ferramentas, que, quanto mais especializadas, terão maior capacidade de desempenho, no sentido de pôr o conhecimento para realizar não apenas produtos próprios do trabalho, mas para produzir mais conhecimento, voltado para o empreendimento de constantes inovações e rompendo estruturas anteriores, ou melhor, os antigos saberes estruturados e cristalizados (idem, p. 31, 35-6).

No panorama atual do mercado, em que os recursos tradicionais (mão-de-obra, terra e capital) promovem rentabilidade cada vez menor, a atividade econômica passa a se organizar em torno da informação. Com o caráter de transnacionalidade assumido pelo dinheiro, os maiores produtores de riqueza passaram a ser a informação e o conhecimento, daí a importância assumida pelo controle da informação como instrumento de dominação política, embora, na verdade, mesmo a informação tenha passado a ser considerada transnacional atualmente, ou seja, matéria tão volátil como o próprio capital. Isto tem grande relevância no que se refere à gestão dos processos institucionais, inclusive no âmbito do mercado de saúde suplementar, o que poderá ser constatado nos achados do trabalho de campo realizado para este estudo, a serem posteriormente apresentados.

É possível perceber que, embora exista um certo paralelismo entre as idéias deste autor e a linha de pensamento anteriormente defendida, que considera o conjunto de

⁶ O autor diferencia a palavra grega *techné* de conhecimento, que, para diversas culturas da antiguidade, qualquer que fosse o seu significado (auto-conhecimento para alguns, o conjunto da gramática e retórica, para outros, e, para outros ainda, representava o saber sobre o que dizer), estava desvinculado de uma finalidade utilitária. *Techné* referia-se ao mistério de uma habilidade ou aptidão para a realização de alguma atividade, estando, pois, diretamente ligada à utilização deste saber e à aplicação prática do mesmo, encontrando uma correspondência, em termos atuais, no saber-fazer necessário às atividades direta ou indiretamente produtivas. A palavra tecnologia, por sua vez, vem combinar *techné* com “logia”, que significa um conhecimento sistemático, organizado e significativo. Já aqui se pode demarcar que o conceito de tecnologia está vinculado ao fato de que as manifestações efetivas do universo material, expressas em ferramentas, processos e

saberes que informam as tecnologias do trabalho em saúde (nos aspectos relacionados à imaterialidade das tecnologias atualmente em voga, bem como o seu caráter operatório no que diz respeito à especialização do conhecimento voltado para os processos produtivos e para a própria constituição de tecnologias de gestão organizacional), ele não explora as facetas relacionadas à captura do trabalho vivo proporcionadas pela conformação dos saberes nem leva em conta o caráter interrogador e analítico que as tecnologias imateriais possam ter em relação aos processos organizacionais.

Nesse sentido, e também tomando como base a potencialidade do conhecimento e da informação, Pierre LÉVY (1996), em seu livro *Tecnologias da Inteligência*, vai um pouco mais longe, ao apresentar a técnica como uma questão política e, mais que isso, uma micropolítica em atos. Numa visão um pouco diferente da de Drucker, afirma que o que define uma cultura, mais que a gestão social do conhecimento, é a distribuição de representações, idéias, enunciados ou imagens por ele gerados.

Usando a informática como exemplo de tecnologia intelectual (como o foi e continua sendo a escrita), que organiza os espaços das funções cognitivas, ele enuncia o conceito de *ecologia cognitiva*, que é o estudo das dimensões técnicas e coletivas da cognição, em que o próprio pensar passa a ser uma prerrogativa da intersecção existente entre os homens e as coisas, consubstanciando um “*coletivo pensante homens-coisas*”, através do que o conhecimento das máquinas se estende até a competência cognitiva e social. Por este conceito, a tecnologia intelectual inaugura e consubstancia um novo estilo cognitivo em um coletivo, através dos agenciamentos que contribuem para a conformação do que se pode chamar de rede sócio-técnica.

Enquanto tecnologia intelectual que tem como matéria-prima a informação, a informática, além de exercer uma intervenção na construção de uma ecologia cognitiva, atua na produção de processos de subjetivação individuais e coletivos, em que o desejo e a subjetividade interpenetram-se com os agenciamentos de ordem técnica, de forma a ocupar e até substituir os espaços relacionais, que antes eram prerrogativas das relações inter-humanas.

produtos, são o resultado da análise e da aplicação sistemática e intencional do conhecimento. Cf. DRUCKER, Peter. *Sociedade Pós-Capitalista*. 2ª ed. São Paulo: Pioneira, 1994, p. 9-10.

A metodologia da pesquisa: a micropolítica do trabalho vivo como referencial teórico que embasa o delineamento dos procedimentos metodológicos e o desenho do campo de investigação

Além de serem dotados de uma multiplicidade de tecnologias que contêm e combinam, as quais se transformam e se redefinem mutuamente, os dispositivos técnicos de comunicação criam redes, em que cada conexão nova contribui para modificar os usos e as significações sociais de uma determinada técnica, sempre gerando novas significações, novos agenciamentos, novas relações e novos usos sociais. Por isso, a técnica não existe em si mesma enquanto essência, sendo dependente da rede de relações sociais que estabelece, devendo ser analisada como uma rede de interfaces⁷, aberta a novas conexões.

O conceito de interface pode ser compreendido como uma transposição das tecnologias intelectuais da sua dimensão molar para o seu nível molecular, enquanto expressão dos agenciamentos sócio-técnicos nos espaços relacionais, de natureza ao mesmo tempo material (enquanto dispositivo técnico em si) e imaterial, no que tange às conexões e relações que determina no coletivo. Desse modo, as interfaces podem ser também compreendidas como a transposição de uma forma de conhecimento para outra, de um saber anterior para uma nova modalidade de tecnologia, o que se pode verificar, por exemplo, na conversão das tecnologias intelectuais, das quais a informática é um exemplar, em tecnologias de natureza relacional. Finalmente, podem ser compreendidas como a transposição de uma modalidade de tecnologia para o seu produto final, de natureza material ou imaterial, como ocorre tão freqüentemente no campo da saúde, podendo-se perceber aí uma similaridade entre o conceito de “interfaces” e o de “espaços intercessores” que mediatizam as tecnologias leves, no conjunto da micropolítica do trabalho vivo em ato, anteriormente comentada ao se falar sobre tecnologias do trabalho em saúde. Assim, mais do que enfatizar as tecnologias autônomas, o autor privilegia o enfoque nos processos e nas relações que elas intermediam.

Considera-se aqui importante definir como pensamento singular do autor, dentro do âmbito de interesse da presente pesquisa, que: (a) a dimensão técnica constitui

⁷ Lévy usa o termo “interface”, como é expresso no jargão especializado, para designar um dispositivo que garante a comunicação entre dois sistemas informáticos distintos, ou entre um sistema informático e uma rede de comunicação. Para além desse significado mais restrito, assinala que o termo evoca a idéia de “operações de tradução”, de estabelecimento de contato entre meios heterogêneos, de superfície de contato, de passagem, de transformação, enfim, de “dobra”. Cf. LÉVY, Pierre. *As tecnologias da inteligência*. Trad. Carlos Irineu da Costa. São Paulo: Editora 34, 1993 (3ª reimpressão, 1996), p. 176.

um terreno político ou uma arena de disputas, de interpretações não consensuais de múltiplos atores, sendo, portanto, um espaço de negociações e conflitos; (b) as tecnologias intelectuais (que envolvem a informação, o conhecimento e a própria tecnologia material), ao se expandirem através dos agenciamentos sócio-técnicos ou através das subjetividades para o domínio do imaterial, com a criação de redes de relações sociais, passam a ter uma potencialidade crescente de interrogação, intervenção e transformação do coletivo.

Fernando FLORES (1989) também traz contribuições interessantes ao tema, ainda tomando como base a informação e a comunicação, mas incorporando novas perspectivas de análise. Ele defende que os problemas de comunicação e administração podem ser compreendidos à luz da teoria da linguagem e da ação. Seu fundamento teórico é que, sendo os homens seres fundamentalmente lingüísticos, a ação ocorre na linguagem dentro de um mundo por ela constituído. Assim, ao emitir enunciados através da linguagem, o falante inevitavelmente contrai compromissos. Diz-se, então, da força ilocucionária dos atos de fala – os “*atos ilocucionários*” –, que expressam os compromissos para a ação, uma vez que os atos de linguagem inauguram e exprimem compromissos sociais. Nesse sentido, a conversação passa a ser, então, uma forma de interação social que subentende compromisso para a ação no mundo.

Do ponto de vista da gestão institucional, a percepção da administração como um fenômeno lingüístico implica em reconhecer e explorar a dimensão da prática gerencial diretamente implicada com os processos relacionais e, portanto, com o próprio trabalho vivo. Nesse sentido, as organizações podem ser consideradas como “*redes de conversações*”, o que envolve a determinação de uma pactuação de petições e compromissos entre as partes envolvidas, expressa através dos já referidos atos ilocucionários, cujos compromissos para a ação estão voltados para o atendimento dos interesses das empresas.

Desse modo, as organizações são estruturas para a coordenação social da ação, geradas em conversações e baseadas em solicitações e promessas. Tais distinções ou especializações de ação lingüística são essenciais para estruturar a tecnologia para a organização e administração. Isto é possível através da construção de alguns mecanismos ou dispositivos gerenciais que propiciam a competência comunicativa necessária para a efetivação e o êxito dessas redes de entendimento na esfera organizacional, cujo desenho

deve estimular a tomada de consciência e as responsabilidades dos elementos envolvidos, com vistas à adequada integração entre os pedidos e as respectivas respostas dadas aos mesmos, ou seja, entre as petições e os compromissos já citados. Os processos produzidos nas “redes de conversações” podem ser aplicados e alterar completamente o campo de possibilidades nas áreas de bens e serviços, por exemplo (idem, p. 67, 76), o que se identifica perfeitamente com o assunto tratado no presente trabalho.

No processo de interação lingüística podem surgir ainda os chamados “quebras”, que expressam justamente o não compartilhamento ou a assincronia que pode existir entre o compromisso ilocucionário contido nos atos de linguagem e as ações vitais para o cumprimento da ação institucional. Os “quebras” revelam os nexos das relações necessárias ao cumprimento das tarefas institucionais e são não só constitutivos desses processos, como também expõem sempre os ruídos existentes na linguagem entre pares. Assim, passa a ser tarefa da gestão administrativa a ativação e a articulação das redes de compromissos aliada ao desenvolvimento da capacidade de escuta, sobremaneira dos “quebras”, enquanto estratégia organizacional.⁸.

A partir das reflexões feitas anteriormente por Flores, torna-se extremamente evidente e natural o paralelismo entre a natureza ilocucionária dos atos de fala nos ambientes institucionais empresariais, essencialmente interativa e relacional nas “redes de conversações”, aliada ao seu atravessamento cotidiano pelos “ruídos” ou “quebras” nos fenômenos lingüísticos que mediatizam, e as discussões feitas anteriormente acerca da micropolítica do trabalho vivo e dos “ruídos” que perpassam os espaços “intercessores” presentes nos cenários de produção de atos de saúde. Tais fenômenos de linguagem estabelecidos entre os membros de uma organização, também portadores de auto-governos

⁸ O autor sugere que o desenho organizacional visando o apoio ao trabalho interativo entre as organizações, com base na teoria da linguagem/ação, seja feita através de sistemas de computação como o descrito como *El Coordinator*, “software” concebido para elaborar a ação do tempo e que se funda em uma teoria de compromisso lingüístico e de realização de conversações, funcionando como um “administrador de conversação”. É tido como um sistema que, através de ferramentas específicas de comunicação, educa os usuários nos princípios da conversação e da ação, evidentemente voltadas para a especificidade da missão institucional em questão. Sua principal vantagem parece ser justamente a possibilidade de se detectar os “ruídos” ou “quebras”, no sentido de gerar novas intervenções e mudanças nas práticas sociais. Cf. FLORES, Fernando. *Inventando la Empresa Del Siglo XXI*. 3ª ed. Santiago (Chile): Hachette, 1991, p. 94-6).

para o exercício das suas tarefas institucionais, expressam o reconhecimento, por Flores, da dimensão do trabalho vivo sempre presente na esfera organizacional que gerencia os processos de trabalho, produzidos de maneira interativa. Ele, entretanto, não só não faz referências aos formatos de enquadramento desse trabalho vivo no ambiente organizacional como estratégia vital para os processos institucionais vigentes na empresa capitalista moderna (nem mesmo pelos dispositivos do campo da informática que propugna para o seu gerenciamento) como não identifica de forma incisiva o potencial interrogador-analítico dos “ruídos” no cotidiano das organizações como fatores reveladores e desveladores dos conflitos institucionais e potencialmente inauguradores de novas realidades organizacionais.

As contribuições dos autores acima confluem para dois pontos importantes e complementares, no que diz respeito diretamente à presente pesquisa. O primeiro deles vincula-se à percepção de que a informação e o conhecimento, enquanto dimensões imateriais da tecnologia, podem ser usados na composição de um acervo de opções tecnológicas, que atuam, simultaneamente, como agente e instrumento do saber-fazer na gestão dos processos organizacionais. O segundo aspecto relaciona-se ao reconhecimento, principalmente no caso dos dois últimos autores citados, dos processos de subjetivações nas redes de relações sociais que conformam um coletivo cognitivo, expondo a dupla dimensão material/imaterial do domínio da técnica, além do potencial de uso, do ponto de vista gerencial, das características interativas e relacionais que tais processos encerram, ainda que o seu potencial interrogador e analítico não tenha sido suficientemente explorado. Essas reflexões, entretanto, não produzem ainda a inflexão de pensamento necessária para levar em conta o que aqui está sendo tratado como ponto nevrálgico e constitutivo dos processos de trabalho enquanto transição tecnológica: as formas de inserção do trabalho vivo nos processos produtivos da moderna empresa capitalista, especialmente no espaço terciário da produção, bem como a tensão gerada pelos vários formatos da sua captura, que vem se tornando uma marca dos processos de gestão na era da reestruturação produtiva do capital.

Isto significa que uma organização industrial capitalista moderna tem entre suas principais estratégias o desenvolvimento e o aprimoramento permanente de um conjunto de ações que visam, em última instância, a plena captura do trabalho vivo em ato

pelo trabalho morto na linha de produção, no sentido de reduzir ao máximo o auto-governo dos trabalhadores, moldando-o à lógica empresarial capitalista previamente definida. Lembrando que isto pode ser feito, do ponto de vista de gestão organizacional, de formas mais refinadas ou imperceptíveis que na era taylorista, em que a captura do trabalho vivo era feita de forma mais explícita. Já se viu que no *toyotismo* a captura se dá sob um véu de valorização do trabalho vivo, com a estimulada participação do trabalhador nos processos decisórios, pelo menos na aparência.

Atualmente, portanto, no universo da reestruturação produtiva e da transição tecnológica, que vem sendo caracterizado por um aumento do setor terciário da produção, a gestão das organizações produtivas passou a ocupar o centro dos interesses do capital, o que corresponde ao investimento em um arsenal de tecnologias “leves-duras” (enquanto um conjunto de saberes quase-estruturados) e “leves”, em substituição ao privilegiamento das tecnologias duras ocorrido na década anterior, e que expressa a intensificação da mais-valia relativa. Isto equivale a dizer que

As “revoluções no mundo tecnológico da produção” não se fazem só com a entrada em cena de novas máquinas, mas também de novos modos de gerir as organizações, a fim de garantir a “captura” do trabalho vivo em ato na produção, permitindo que os auto-governos tenham que ser “coerentes” com a natureza do processo produtivo capitalista. Além de estarmos sugerindo que quanto mais intensiva a exploração direta do trabalho vivo na produção, há a necessidade de se ampliar a capacidade de “captura” deste por estratégias organizacionais localizadas nos processos de gestão do equipamento institucional, devido à ação do trabalho vivo no duplo espaço da gestão: de um lado a dobra da gestão no espaço do processo de trabalho, de outro lado a dobra no espaço da gestão organizacional do estabelecimento produtivo (MERHY, 1997, p. 94).

Em outras palavras, as transformações ocorridas no mundo tecnológico da produção passam a depender não mais apenas de máquinas, mas também dos processos relacionais e do conjunto de saberes que entram na composição de uma verdadeira “caixa de ferramentas” para a efetivação dos produtos do trabalho propriamente ditos, e, principalmente, para a constituição de **tecnologias de gerir tecnologias**, isto é, tecnologias de gestão para operar intervenções tecnológicas adequadas, tanto no sentido da produção

explícita de bens ou produtos do trabalho (concretos ou simbólicos, ainda que, no caso do mercado privado de saúde, sempre inseridos em uma concepção de saúde que a toma como valor de troca), como no sentido de possibilitar graus diferenciados, mais criativos e mais produtivos de captura do trabalho vivo.

Portanto, operar mudanças profundas em processos institucionais de alta complexidade implica, mais do que apenas mobilização de recursos, domínio das tecnologias de gestão, para o que se torna necessário o manuseio apropriado do acervo de possibilidades disponíveis que permitam ir além dos processos produtivos propriamente ditos, através da compreensão das estratégias de captura do trabalho vivo (algo sempre presente e cristalizado nos meios de produção e nos processos de trabalho no cenário do capitalismo atual), de modo a se poder, assim, explorar a interpenetração público-privada dos mesmos, além de continuamente interrogar sua natureza ética, técnica e política.

Atualmente, é possível assistir a tentativas de intervenção nos processos intra-organizacionais que visam induzir mudanças focalizadas, a partir de uma “caixa de ferramentas” tecnológica voltada para o controle do trabalho vivo no interior dos processos produtivos e, principalmente, para o aprimoramento da própria capacidade gestora, através da construção e produção de conhecimento que subsidiem tecnologias de gestão que possam intervir em tecnologias voltadas para a produção de bens (através dos processos de trabalho propriamente ditos) e para a própria inovação organizacional. Compõe esse arsenal uma gama eclética de opções, nas quais se incluem recursos financeiros, conhecimentos, valorização e aproveitamento das subjetividades compostas pela autonomia dos atores e do usuário, domínio de técnicas de organização, enfim, um arsenal de saberes e procedimentos que subsidiam o saber-fazer como tecnologia vital para a ação organizacional, inclusive pela esfera governamental, através do adequado manuseio dos núcleos de tecnologias “leves” e “leves-duras” enquanto objeto da ação gestora.

Este núcleo de reflexões constitui a vertente mais diretamente implicada com os aspectos metodológicos deste estudo, e que por isso receberá um tratamento mais pormenorizado nos momentos seguintes.

Impactos da reestruturação produtiva nos processos de trabalho vigentes no mercado privado de saúde brasileiro

As reflexões feitas anteriormente para os processos produtivos industriais espalham-se em um espectro de variados matizes e especificidades ao se tentar fazer um paralelo do impacto que a reestruturação produtiva do capital tem causado às práticas de saúde, entre os quais podem ser citados: (a) o fato de estas estarem teoricamente mais identificadas com o setor de serviços, ainda que isto seja efetivamente uma das características de todas as sociedades capitalistas industriais na era da reestruturação produtiva; (b) a indissociabilidade entre os momentos da produção e do consumo, que são sempre coetâneos nas ações de saúde; (c) a natureza freqüentemente imaterial dos seus nexos tecnológicos e não raras vezes dos seus produtos, nesses casos caracterizados por bens-relações; (d) o fato de constituírem sempre, conforme já sobejamente comentado, processos não-estruturados ou quase-estruturados, que envolvem espaços relacionais de factibilidade do trabalho vivo, continentes de múltiplos e privatizados interesses, onde o auto-governo dos variados atores desempenha um papel fundamental.

Por outro lado, se a produção científica voltada para os processos de trabalho em saúde ligados à medicina tecnológica *sensu lato* já tem uma certa expressividade tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo, a abordagem das tecnologias do trabalho em saúde, na conjuntura produzida pela reestruturação produtiva do capital, não só ainda é escassa e incipiente como reclama novos referenciais teóricos de análise, do ponto de vista metodológico.

O mérito do desbravamento desta temática pode ser creditado a alguns autores, entre os quais podem ser citados Denise PIRES (1998), Túlio FRANCO (2003), Celia IRIART (anteriormente citada pelas suas contribuições acerca da introdução da Atenção Gerenciada na América Latina) e Emerson Elias MERHY (2002, 2003), sendo os estudos deste último referência obrigatória, em função da construção de um arcabouço teórico de investigação e análise desses processos, a partir do referencial analítico da micropolítica do trabalho vivo em ato, que subsidia a proposta metodológica e é o fio condutor do presente estudo.

O estudo inaugural acerca da reestruturação produtiva no campo da saúde foi dado por PIRES, em sua tese de doutoramento *Reestruturação Produtiva e trabalho em saúde no Brasil* (1998), no qual a autora investiga o impacto provocado pelos novos processos de ajuste macro-econômicos que estão sendo vividos no interior do capitalismo sobre os processos produtivos no campo da saúde, através da avaliação dos processos de trabalho desenvolvidos em dois hospitais, um público e um privado.

A abordagem de Pires reafirma o crescimento que tem sido verificado no setor de serviços como um todo, bem como a influência que o mesmo tem recebido da nova lógica de acumulação de capital, da tecnologia e das formas de organização de trabalho utilizadas na indústria. Assim, ainda que o setor terciário tenha sido inicialmente influenciado pelo trabalho parcelado e pela gestão taylorista-fordista, as inovações tecnológico-organizacionais do recente processo de reestruturação produtiva também se fizeram presentes na dinâmica do setor, ainda que em grau menor (idem, p. 61, 76-7).

Para esta autora, se os elementos mais marcantes na indústria são os relativos às mudanças na organização e nos processos de trabalho (já referidas como a polivalência do trabalhador, a valorização da dimensão intelectual do trabalho, a realização de trabalhos em equipe etc.), no campo da saúde poucas mudanças têm sido observadas em relação ao modelo tradicional, que segue uma dupla orientação: a do trabalho parcelado da divisão manufatureira do trabalho e a do trabalho profissional do tipo artesanal. Apesar de acentuar o fato de o trabalho em saúde ser compartimentalizado, sem espaços de planejamento e debate coletivo acerca dos processos decisórios, bem como fundamentalmente centrado no poder da corporação médica, a autora põe em destaque algumas iniciativas que sinalizam algumas mudanças, como a formação de grupos de estudos de equipes multidisciplinares, entre outros, em ambos os hospitais estudados.

O foco central da sua análise é a relação por ela estabelecida entre a incorporação de tecnologias de ponta e suas repercussões sobre os processos de trabalho nos dois hospitais analisados. Resumidamente, pode-se dizer que, além dos benefícios observados, por exemplo, na evolução dos pacientes (maior precisão diagnóstica, menor índice de complicações, menor tempo de internação, maior conforto decorrente do uso de procedimentos não invasivos etc) e na liberação de tempo útil para os trabalhadores (idem, p. 229), o seu achado fundamental é o de que não houve substituição da força de trabalho

existente pela maquinaria, o que equivale a dizer que a utilização e a valorização das tecnologias “duras” não invalida o trabalho vivo em saúde pelas características singulares do mesmo, incluindo-se aqui a dimensão intelectual que lhe é inerente, e que tem sua expressão concreta na não diminuição de postos de trabalho, diferentemente do que tem ocorrido na indústria e nos bancos, onde a automação e os processos de reestruturação têm resultado não infreqüentemente na diminuição dos mesmos.

Em relação aos aspectos atinentes à gestão organizacional das duas instituições, ela assinala que diversas estratégias são utilizadas no setor saúde, enquanto produção material, para racionalizar a produção e maximizar os lucros, das quais a mais importante é a terceirização: “Para reduzir custos, o hospital está investindo na terceirização, em equipamentos de tecnologia avançada, como forma de conseguir maior rendimento do trabalho e na qualificação dos trabalhadores, com o objetivo de aumentar a resolatividade das ações assistenciais” (idem, p. 177).

Quanto à repercussão sobre a força de trabalho (condições de trabalho, qualificação profissional etc), serão transcritas algumas reflexões contidas em uma de suas conclusões:

O uso intensivo de tecnologia de ponta, até o presente momento, não resultou em aumento do desemprego. Ao contrário, tem aumentado postos de trabalho. Isso se explica porque a utilização desses equipamentos não substitui o trabalho humano de investigação, avaliação e decisão sobre a terapêutica e tratamentos de forma geral. **Não substitui os cuidados, bem como para a utilização de qualquer equipamento é preciso decisão humana, programação para funcionamento, definição de parâmetros e avaliação constante das informações fornecidas pelos equipamentos. Os equipamentos são utilizados no tratamento de seres humanos que têm reações individuais e precisam ser tratados e avaliados individualmente.** Parte significativa dos equipamentos de tecnologia de ponta são utilizados para investigação diagnóstica e não substituem o trabalho de investigação clínica, de modo que são acrescentados novos instrumentos ao trabalho assistencial, os quais, muitas vezes, requerem locais especiais, com pessoal preparado para manuseio. (...)

No entanto, o uso de tecnologia de ponta aumentou o rendimento do trabalho, permitindo que os serviços fossem ampliados, utilizando o mesmo contingente de força de trabalho. Permitiu, também que alguns procedimentos ficassem menos invasivos, propiciando uma recuperação mais rápida dos clientes e com menos complicações. Associando estes fatores com o aumento da externalização e do auto-serviço, a médio prazo pode ocorrer uma redistribuição do emprego em serviços e a longo prazo poderá ocorrer mudanças na tendência atual de crescimento do emprego em saúde (idem, p. 241, grifos nossos).

Os achados e conclusões da autora permitem algumas reflexões dentro da temática que vem sendo tratada neste estudo. Assim, à parte o inegável mérito do ineditismo do seu trabalho, é importante destacar algumas das suas demarcações principais. Em primeiro lugar, a sua conclusão de que o trabalho humano é insubstituível nos processos produtivos da saúde testemunham a centralidade do trabalho vivo nos mesmos, como vem sendo defendido até aqui, através do auto-governo dos trabalhadores, em especial do médico, ainda que esta autonomia seja considerada sob um prisma mais propriamente técnico e relativo à dimensão intelectual do trabalho (sobretudo do médico) do que pela sua natureza propriamente relacional, não tendo sido dada tanta ênfase nesse estudo a esta natureza interacional e potencialmente conflitiva.

Além disso, reconhece que os processos de gestão institucional no campo da saúde vêm recebendo influências dos processos produtivos da indústria, e que as intervenções na dimensão da gestão são fundamentais para a reestruturação produtiva da saúde, ainda que sua abordagem tenha se limitado à terceirização. Deve ser lembrado, contudo, que o seu objeto empírico foram dois prestadores hospitalares, que operam com a lógica da medicina tecnológica do modelo médico-hegemônico, reproduzindo, portanto, os processos de incorporação de tecnologia que já lhes eram peculiares, embora ela mencione algumas iniciativas de trabalho multidisciplinar dentro do ambiente hospitalar. Não se refere, portanto, ao contexto mais amplo em que estão inseridos os dois hospitais estudados, por exemplo, as suas relações com o mercado de saúde suplementar e com as empresas de planos e seguros privados de saúde, o que possivelmente traria resultados um pouco diferentes dos que foram mostrados no trabalho de campo.

Os limites que podem ser apontados no seu trabalho relacionam-se basicamente ao fato de que ela identifica e associa diretamente reestruturação produtiva (e as alterações por que vem passando o trabalho em saúde) à crescente incorporação de tecnologia de ponta, dentro de um cenário ainda pautado pelas regras do modelo médico-hegemônico.

Na verdade, a reestruturação dos processos produtivos relacionada à incorporação de equipamentos como eixo das tecnologias do trabalho em saúde ocorreu de forma mais visível na transição da medicina liberal para a conjuntura da medicina tecnológica, incentivada pelo complexo médico-industrial, quando a organização dos processos de trabalho em saúde esteve vinculada à valorização das especializações na qualificação profissional. Atualmente, a simples presença ou o acoplamento por adição de maquinário crescentemente mais sofisticado ao trabalho em saúde não chega a compor uma transição tecnológica para um novo patamar produtivo, representando apenas uma continuidade de um processo que já se houvera iniciado com a medicina tecnológica vinculada ao complexo médico-industrial. “Assim, o que a autora encontra pela frente não é o impacto reestruturante da entrada de novos equipamentos de ponta nos processos produtivos, mas sim a continuidade de um modelo hegemônico com alterações que não compõem uma transição” (MERHY, 2002, p. 26-8).

Antes de dar prosseguimento a novas reflexões, e com base na afirmação anterior, é necessário, portanto, deixar claro o que precisamente representa reestruturação produtiva no campo da saúde enquanto conceito que preside a análise aqui pretendida, e que está intimamente ligada ao conceito de transição tecnológica que pode estar sendo produzida nesses processos.

O referencial teórico aqui adotado novamente é o do próprio MERHY (2002), cujas formulações sugerem que, contemporaneamente, uma reestruturação produtiva no campo da saúde só se realiza se estiver associada a um fenômeno por ele denominado de **transição tecnológica**, que determina uma inflexão real na própria base tecnológica dos processos produtivos do setor – a micropolítica do trabalho vivo em ato – de modo que as novas tecnologias aí conformadas, privilegiadamente as tecnologias “leves” e “leve-duras”, ensejem a mudança para um novo patamar produtivo das ações de saúde, que a simples adição de novos equipamentos não consegue proporcionar.

A reestruturação produtiva em si é um processo intrínseco ao próprio capital que, na sua lógica de acumulação, induz a um processo de substituição contínua de equipamentos e instrumentos do trabalho, para o que conta com o progresso científico e tecnológico, em um movimento de permanente mudança. Em determinados momentos, isto se condensa de tal forma que culmina com um significativo incremento de tecnologias, que pode se acompanhar ou não de alterações significativas dos processos de trabalho. Quando isto ocorre, pode-se testemunhar movimentos de transição tecnológica, que “sinalizam mudanças nos processos produtivos” (idem). Portanto, a reestruturação produtiva, ao invés de ser um fenômeno meramente acumulativo e epidérmico dos processos produtivos em saúde, uma adequação quase que natural à permanente disponibilização de tecnologias de ponta, é um processo muito mais intenso e profundo, estrategicamente articulado a territórios tecnológicos não materiais e que envolve a miríade de aspectos relacionais, de processos de subjetivações, em uma perspectiva cuidadora e usuário-centrada, que só as tecnologias leves conseguem propiciar. Isto, aliás, já parece ter sido descoberto pelo mercado, em que algumas empresas mais aderentes ao projeto da AG ou similares vêm incorporando tais estratégias, como poderá ser visto nos dados obtidos no trabalho de campo.

A exigência de substituição contínua de equipamentos e insumos pressiona pelo consumo de novas tecnologias a intervalos cada vez menores, em função da obsolescência das máquinas (conhecida como “obsolescência programada”), que, por sua vez, induz à inovação tecnológica, num círculo vicioso, em que cada vez mais rapidamente introduz-se no mercado maquinário mais sofisticado, do ponto de vista técnico, de modo a diminuir o *tempo de rotação do capital*, ou seja, o tempo gasto para se obter o retorno do capital empregado na aquisição das máquinas e na remuneração dos seus fabricantes (FRANCO, 2003, p. 101).

Na cadeia produtiva da saúde, ocorre fenômeno semelhante, fomentado pelo complexo médico-industrial, através do estímulo ao consumo de equipamentos de última geração, cada vez mais sofisticados e precisos, que produz algumas alterações na produção do cuidado, mas sem chegar a causar impacto sobre a molecularidade desses processos, ou seja, sem causar transformações mais profundas ou rupturas no núcleo tecnológico do trabalho, que continua dependente e centrado nas tecnologias duras, que apenas se

substituem umas às outras. Desse modo, ocorre uma incorporação de novas tecnologias por acréscimo ou substituição, mas sem haver uma inflexão significativa na relação entre trabalho vivo e trabalho morto, ou seja, mantendo-se os padrões de captura do trabalho vivo praticamente nos mesmos moldes de outrora.

Esta parece ter sido a dimensão do processo de reestruturação produtiva apreendida por Pires, ou seja, uma alteração na modelagem da assistência com base no acréscimo de tecnologias de ponta, sob a forma de tecnologias duras, sem considerar, contudo, que na produção do cuidado, em sua essência, outros fenômenos já estão ocorrendo em escala mundial, para cuja compreensão torna-se necessário a eleição de novas categorias de análise. Assim, lembrando novamente MERHY (2002),

Uma reestruturação produtiva que implique substancial mudança nas configurações tecnológicas dos processos de produção, alterando não periféricamente a força de trabalho, mas centralmente, pois levam à própria produção de novos produtos, deve estar mapeada pelos novos territórios de tecnologias não-equipamentos.

ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE E SUAS PRÁTICAS COMO UMA “FÁBRICA” – UMA ANALOGIA PARA ENTENDER A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E A POSSÍVEL TRANSIÇÃO TECNOLÓGICA QUE VÊM SE PROCESSANDO NO SETOR

Uma forma de se analisar o impacto causado pela reestruturação dos processos produtivos industriais sobre as práticas de saúde pode ser feita, do ponto de vista didático e esquemático, mediante a comparação entre os estabelecimentos ou organizações de saúde e uma fábrica. Isto implica em respeitar e demarcar, de antemão, algumas especificidades dos primeiros, que podem ser relacionadas, em linhas gerais, como se segue:

- As práticas de saúde não estão implicadas com atividades diretamente produtivas por estarem mais identificadas com o setor terciário da produção, representado pelo setor de serviços;
- Diferentemente das atividades caracteristicamente produtivas, onde a produção e o consumo das atividades se realizam em momentos distintos, na saúde produção e o

consumo se dão concomitantemente e em ato, o que faz com que o trabalho em saúde seja essencialmente não-estruturado ou esteja em permanente estruturação;

- Nesse sentido, o próprio objeto das ações de saúde, que, como já se viu, corresponde às próprias necessidades de saúde, não é estruturado (o que pode variar conforme o modelo tecno-assistencial vigente, já que necessidades socialmente construídas tendem a apresentar um maior grau de estruturação, que, contudo, nunca é completa), enquanto nas atividades industriais e produtivas as próprias necessidades são explicitamente produzidas, moldadas e capturadas de modo a atender os interesses do capital;
- A produção de atos de saúde inscreve-se necessariamente em um cenário penetrado por distintos e muitas vezes antagônicos interesses, que permanentemente atravessam e procuram influenciar e modelar esses processos produtivos;
- Tais práticas efetivam-se em espaços relacionais ou “intercessores”, onde se produzem e se estabelecem as relações entre produtores e consumidores (tanto representados pelo binômio trabalhador-usuário, como pelo binômio trabalhador-trabalhador, e mesmo por aqueles formados entre trabalhadores e instituições, entre instituições etc), de modo a tornar possível o trabalho vivo em ato, isto é, o jogo necessidades/produção/consumo e satisfação de necessidades ali produzido, constituído por processos caracteristicamente não-estruturados ou quase-estruturados;
- É constitutiva dos processos de trabalho em saúde, que se molecularizam nos referidos espaços relacionais estabelecidos entre produtores e consumidores, a existência do auto-governo dos trabalhadores e, por extensão, das subjetividades a eles inerente, cuja captura nunca pode ser completa, sob pena de inviabilizar o próprio trabalho em saúde. Assim, no caso da saúde, a força de trabalho não pode ser completamente substituída pela maquinaria, em vista da já discorrida centralidade do trabalho vivo em ato na produção de ações de saúde.

Este último tópico constitui o ponto nevrálgico da discussão que envolve a análise e a gestão dos processos institucionais, tanto no âmbito público-privado da assistência e da gestão empresarial do setor, como enquanto objeto de ação governamental sobre o mercado privado de saúde, que se pretende enfatizar neste trabalho.

Quanto às similaridades existentes entre os processos produtivos industriais e os das organizações de saúde, pode-se recuperar alguns elementos relacionados à versão *toyotista* (ou *ohnista*) da reestruturação produtiva:

- a. Uma maior valorização do conhecimento generalista e da polivalência do trabalhador, que tem sua expressão nas opções assistenciais que mostram o ressurgimento do médico generalista, como ocorre nos Programas de Saúde de Família e outras estratégias assistenciais de baixo custo;

- b. A valorização do trabalho de equipes multidisciplinares e cuidadoras, que contribuem com o aporte de diversos e complementares saberes, o que pode ter como consequência direta a redução de contratação de profissionais (já podendo se observar em alguns países a diminuição de postos de trabalho para médicos, sobretudo os especialistas);
- c. A valorização crescente do trabalho vivo, como fator de redução de incorporação de trabalho maquínico, isto é, de trabalho morto (de forma a reduzir os custos gerados pelo equipamento em si, bem como pela depreciação natural do mesmo devido ao uso), e também de agregação de valor aos produtos.
- d. A terceirização de algumas atividades (sobretudo atividades-meio);
- e. O desenvolvimento do setor de serviços dentro das empresas, sobretudo os ligados ao controle da informação e aos sistemas de inteligência organizacional e informacional;
- f. As formas de contratualização adotadas, na maioria das vezes através de relações precarizadas de trabalho.

Finalmente, outro ponto que identifica os serviços de saúde como uma fábrica está ligados exatamente à organização dos processos de trabalho, tendo como mote o trabalho vivo, e que se refere à:

- g. Conformação de **linhas de produção do cuidado**, no interior das quais se confrontam, em tensão permanente, o pleno exercício do trabalho vivo e as suas formas de captura, a serem em seguida comentadas.

Como já vem sendo dito, os modelos tecno-assistenciais atualmente presentes no campo da saúde constituem-se em objeto de disputa de duas correntes ou segmentos econômicos-corporativos do capital, uma buscando impor uma visão de modelo assistencial centrado em procedimentos e competências corporativas específicas, que tem sido hegemônica até agora, e outra buscando atuar na própria base tecnológica do trabalho, ou seja, na micropolítica do trabalho vivo em ato, com todo o significado relacional nela contido, de modo a criar uma nova mentalidade voltada para a valorização da dimensão cuidadora e, portanto, usuário-centrada, o que implica em um novo tipo de tratamento a ser dado ao trabalho vivo em ato. Tais inovações, contudo, tanto podem servir a um ideal democratizante, tendo como eixo a privatização/publicização dos interesses do usuário e a defesa da vida, como a reatualizados interesses de acumulação capitalista, que concebem a

saúde apenas como valor de troca, para o que as novas modalidades de intervenção estão intimamente vinculadas às necessidades de redução de custo do sistema como um todo.

Embrenhar-se nesta discussão implica necessariamente fazer uma digressão a uma questão fundamental que encontra síntese precisamente na transformação social que a concepção de saúde vem sofrendo enquanto “bem” público, dotado de *valor de uso*, para a dimensão que lhe vem sendo imposta de *valor de troca*.

Não parece pertinente fazer aqui uma imersão aprofundada na teoria econômica do valor nem em outros aspectos específicos de economia política. No que diz respeito a esses conceitos voltados para a área da saúde, será recuperada e reinterpretada a discussão feita por FRANCO (2003, 2004)⁹, adequando suas considerações analíticas em relação aos processos produtivos na saúde ao enfoque privilegiado neste estudo, quando ele lembra que, na indústria, o valor dos produtos é determinado primeiramente pela transferência do valor da máquina para o produto e, secundariamente, pela transferência do tempo de trabalho e da qualidade do mesmo dispendidos na sua elaboração (FRANCO, 2003, p. 139).

No mercado privado de saúde, de forma similar, a composição do valor do produto final também é determinado pela transferência do valor pelas máquinas, pelos instrumentos e pelo trabalho do profissional, uma vez que os seus produtos são gerados com intenção de geração de lucro e não apenas por necessidade. Acrescenta-se a isso o caráter social da produção, em que se conjugam as participações de outros trabalhos incorporados ao maquinário (trabalho morto), além do que o trabalhador executa em ato (que, como já foi visto, constitui o trabalho vivo), que também tem repercussão direta no valor final do produto. Daí advém a afirmação de que toda produção é socialmente determinada, ou seja, produto de relações sociais anteriormente construídas e condensadas na atualidade do produto final, fonte de inspiração para a teoria dos processos de trabalhos

⁹ As contribuições deste autor que estão sendo aqui apresentadas foram extraídas da sua tese de doutoramento e do seu relatório final da pesquisa encomendada pela ANS, que versou sobre a análise dos modelos assistenciais atualmente vigentes no segmento de cooperativas médicas. Cf. FRANCO, Túlio Batista. *Processos de Trabalho e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde*. Campinas: FCM/UNICAMP, 2003 (Tese – Doutorado); e *Estudo e Desenvolvimento de Modelo de Garantias Assistenciais para ANS – Produto 6: Análise e Relatório Final, contendo os modelos assistenciais existentes para o segmento de cooperativas médicas*. Rio de Janeiro: MS/ANS, n° GEPEC/DIPRO/ANS: P. 27, fevereiro de 2004.

em saúde, já reconhecida desde Gonçalves (op. cit.), ao se referir à rede de relações sociais que encadeiam os ordenamentos tecnológicos dos processos de trabalho em saúde.

Ao se trazer a discussão para os processos de trabalho em saúde, mais detidamente para o seu núcleo tecnológico (que, conforme já dito, expressa-se molecularmente nos “espaços intercessores”), pode-se estabelecer e compreender a relação entre o trabalho vivo e o trabalho morto, ou seja, os graus de liberdade e de captura daquele em relação a este. Para isto, o autor cria uma categoria analítica denominada **Composição Técnica do Trabalho** (CTT), que busca exprimir a relação e a composição entre o trabalho morto e o trabalho vivo existente em uma determinada configuração de processos de trabalho e que pode ser extrapolada para a conformação de todo um modelo tecno-assistencial, a depender da frequência e da regularidade com que esse padrão venha a se apresentar (FRANCO, 2003, p. 118-9).

Ao expressar a relação entre o trabalho vivo e o trabalho morto contida em determinada produção de atos de saúde, a CTT exprime automaticamente também a correlação entre as tecnologias leves, leves-duras e duras nela existente, determinando não apenas os produtos finais do processo de trabalho (já vistos como bens concretos ou simbólicos, isto é, bens-relações) como também o seu custo. Assim, um processo produtivo em saúde centrado na maquinaria e no instrumental (isto é, no trabalho morto e nas suas expressões tecnológicas “duras”), de forma a consumir uma maior quantidade de insumos, de valor incorporado pela tecnologia dura e de tempo e qualidade de trabalho humano incorporado, terá um custo final evidentemente maior do que aquele que usa predominantemente como força produtiva o trabalho humano (isto é, o trabalho vivo em ato e suas expressões tecnológicas “leves” especialmente, as “leves-duras”).

As linhas de produção do cuidado como representações das composições tecnológicas

Transpondo-se essa problematização para uma linha de produção de cuidado, de forma análoga a uma linha de produção industrial, pode-se delinear uma seqüência de etapas que envolvem os processos de produção de atos de saúde voltados para o atendimento a um determinado usuário. Estas envolvem primeiramente a sua chegada/recepção no serviço e, posteriormente, o acesso ao cardápio de opções

tecnológicas disponíveis no estabelecimento de saúde, que inclui quase que obrigatoriamente a consulta médica, que ordinariamente resulta em prescrição de exames, a providência dos mesmos pelo usuário e o retorno ao médico para a definição do diagnóstico e o estabelecimento do planejamento terapêutico. Simultaneamente a essa trajetória, desenham-se e se estruturam os processos de trabalho nela envolvidos, através de micro-processos produtivos relativos aos atos de cada trabalhador ou de um conjunto de trabalhadores com vistas à obtenção de um produto final, o qual, juntamente com a forma com que se organiza todo o processo produtivo, dependerá do projeto terapêutico vigente e de suas premissas éticas, técnicas e políticas¹⁰.

Assim, conforme o projeto terapêutico que preside a produção da assistência em curso, os processos produtivos desenvolvidos podem ser realizados de forma integral e contínua ou de forma fragmentária e descontínua; podem ser centrados em procedimentos e em saberes dos núcleos profissionais específicos de forma isolada (aqui se incluindo um instrumental de diagnose de natureza mais “dura”, prescrição predominantemente medicamentosa ou, de um modo geral, um processo mais voltado para a valorização do conhecimento especializado) ou podem ser conduzidos por uma equipe multi-profissional sob uma perspectiva cuidadora (coordenadas pelas tecnologias relacionais). Enfim, podem ser centrados na produção de atos isolados, traduzidos na produção de procedimentos sem compromisso com a conformação final dos cuidados ou podem ser usuários-centrados, numa perspectiva integralizadora, de forma a promover autonomização do usuário (MERHY, 2002, *passim*; FRANCO, 2003, *passim*).

Isto tudo significa que, em última instância, podem existir nas linhas de produção de ações de saúde ênfases variadas dadas aos processos cuidadores, bem como diferentes graus de liberdade nos processos de trabalho, expressos no trabalho vivo em ato, ou seja, variáveis graus de captura do trabalho vivo pelo morto, que Franco equaciona na

¹⁰ Segundo MERHY (in: FRANCO, 2003, p. 110-12), a construção da linha de cuidado é determinada pela missão institucional dos estabelecimentos de saúde, sendo necessário, para a sua efetivação, que para ela se estabeleça e conflua um pacto, conhecido como “rede de petição e compromissos”, entre os diversos atores (serviços, trabalhadores, gestores ou prestadores) que alimentam sua produção e a fazem funcionar. Sua configuração e seu funcionamento expressa os projetos terapêuticos eleitos para a produção dos atos assistenciais, que podem inclusive determinar a identidade de um dado modelo tecno-assistencial e da concepção de necessidades que o fundamenta.

CTT, enquanto expressão da relação existente entre ambos, e que pode ser o retrato de uma tendência dominante ou mesmo de todo um modelo tecno-assistencial.

Raciocinando ainda em termos de linhas de produção, a valorização dos produtos da saúde pode ser compreendida com base nas categorias *valor-de-uso* – em função da utilidade intrínseca dos mesmos e da sua capacidade de agregar valor – e *valor-de-troca*, que se vincula à propriedade assumida por esses produtos ao incorporarem determinado valor com vistas à sua disponibilização para o consumo no mercado, neste caso, vindo a se constituir em objeto de interesse dos já mencionados segmentos do capital.

Um aspecto relevante a ser destacado é que o maquinário, enquanto trabalho morto, não cria valor novo nos processos produtivos, pois o conteúdo transferido é retirado do próprio equipamento, que perde este valor relativo e sofre um processo de depreciação para produzir, o que gera também um impacto no preço final do produto. Já a força de trabalho, que corresponde ao trabalho vivo, não transfere, mas cria valor novo para os mesmos produtos. Com a agregação de valor, possibilita o lucro e a acumulação. Ou seja, no caso da saúde, a força de trabalho tem uma propriedade útil, ao gerar produtos que têm uma utilidade intrínseca, criando, assim, valores-de-uso, ao mesmo tempo que promove acumulação de capital, dada a sua capacidade de agregar valor. Assim, o que diferencia os produtos e os resultados na assistência à saúde é a forma e o grau com que o trabalho vivo se expressa e com que é capturado pelo trabalho na intimidade da base tecnológica do cuidado, o que tem implicações diretas no custo final da assistência. Acrescenta-se a essa centralidade que o trabalho vivo ocupa na cadeia produtiva, no que diz respeito à geração de valor, outros matizes, como os processos de produção do conhecimento ligados às atividades de pesquisa, à criação de novas tecnologias de gestão, à produção de insumos etc (FRANCO, 2004).

Em outras palavras, para atingir a sua finalidade primeira, que é a obtenção de lucro, o capital necessita atribuir valores de troca a todos os produtos da saúde, tanto os que tradicionalmente consomem tecnologias “duras” (e que consubstancia de forma mais definida e socialmente aceita os produtos da saúde sob a forma de mercadorias comercializáveis) como os que consomem conhecimento e energias vitais emanadas dos processos relacionais em ato, que é o caso das tecnologias “leves-duras” e “leves”, respectivamente. Assim, mesmo as ações de saúde que envolvem predominantemente

tecnologias “leves” têm atribuídas a si valores de mercado, convertendo-se objetivamente em “valores de troca” como todos os outros, cuja magnitude está relacionada à necessidade de redução de custos do sistema, bem como na obtenção de lucro. Isto se manifesta claramente nos “novos” produtos lançados no mercado de saúde suplementar, através dos quais se preconiza “*remunerar saúde ao invés de remunerar a doença*”, para o que se torna fundamental a redução da sinistralidade através de medidas preventivas e de promoção à saúde, que serão apresentadas posteriormente, na etapa empírica da pesquisa.

O valor é um elemento analítico necessário mas não suficiente para a determinação dos preços dos produtos da saúde e mesmo para a compreensão dos processos produtivos no setor, existindo a necessidade de se ativar o debate em torno de outras questões. Como já vem sendo sistematicamente dito, o processo de trabalho em saúde, sobretudo através da sua dimensão micropolítica de trabalho vivo em ato, produtor de tecnologias leves, permite interrogar e analisar o modelo de atenção sob diversos ângulos, uma vez que a molecularidade é transversal e atende a diversos propósitos. Além disso, configura-se claramente como cenário de disputas, que é permanentemente atravessado por diversas lógicas instituintes, que são a expressão dos múltiplos auto-governos em ação. Assim, as linhas de produção do cuidado, em seu aspecto micropolítico, deixam transparecer claramente as muitas lógicas que procuram exercer sua ação instituinte, e que podem representar interesses muito distintos, o que reporta a outros sujeitos e cenários que interferem de forma bastante incisiva na cadeia produtiva da saúde, nos processos assistenciais e em seus resultados, expressando a disputa já explicitada desde o início deste trabalho entre as duas tendências neoliberais atualmente existentes: a ligada ao complexo médico-industrial e a representada pelo capital financeiro internacional e seus similares nacionais.

A expressão mais contundente desse embate na cadeia produtiva da saúde fica bem visível no fenômeno de **incorporação de novas tecnologias**, através dos quais os segmentos industriais ligados ao complexo médico-industrial, produtores de tecnologias cada vez mais sofisticadas, bem como de insumos para a saúde, de um modo geral, pressionam os setores ligados à prestação de serviços no sentido de absorverem seus produtos, com a legitimidade muitas vezes conferida pela corporação médica, sob o argumento não raras vezes falacioso de que a evolução e o aprimoramento da qualidade do

diagnóstico e da terapêutica estão a eles diretamente relacionados. Perpetua-se, assim, a organização de processos de trabalho centrados nas tecnologias duras, ou seja, na produção de procedimentos, mostrando que essa tensão (entre processos assistenciais centrados em procedimentos e processos centrados nos atos cuidadores, por sua vez assentados no conhecimento e nas tecnologias “leves”) vai persistir enquanto existirem setores detentores de capital muito poderosos nela interessados.

Paralelamente ao desenvolvimento tecnológico e à premente necessidade de acumulação de capital, a pressão pela incorporação de novas tecnologias (geralmente “duras”) deve-se também, por um lado, à depreciação sofrida pelo uso do maquinário quando da transferência do seu valor aos produtos, o que o faz desacumular valor ao longo do tempo e exigir sua substituição por novas tecnologias continuamente. Por outro, quanto mais produtos relacionados à indústria de equipamentos forem colocados à disposição para o consumo, menor o tempo gasto para o retorno do capital empregado no investimento feito sobre as tecnologias “duras”. Com isto, a pressão pela incorporação de novas tecnologias é cada vez maior dada a sua constitutividade no processo de acumulação capitalista do setor, entenda-se, daquela facção do capital neoliberal ligada ao complexo médico-industrial.

Na produção de processos assistenciais centrados no trabalho vivo, a tecnologia maquínica passa a ser substituída pelas tecnologias que envolvem processos relacionais (tecnologias “leves”) e conhecimentos (“leves-duras”), e o “tempo de rotação do capital” perde o sentido, havendo, portanto, diminuição do consumo de tecnologias “duras”, o que atua de forma contrária aos interesses do segmento do capital acima referido (idem, p. 76).

É importante salientar que todo esse processo tem sua base de sustentação e aprovação social garantidas pela inoculação desses valores no imaginário de toda a sociedade através de mecanismos ideológicos. Estes se assentam, de um lado, em uma base de legitimidade científica incutida pelos princípios flexnerianos (de cunho biologicista, que teve como uma das principais conseqüências a excessiva tecnificação da medicina) e, de outro, na própria fetichização da mercadoria que associa a qualidade dos produtos da saúde à utilização de tecnologia “dura”, sendo a disseminação e a impregnação desses valores garantida pelo maciço processo de medicalização a que foi submetida a sociedade, conforme já comentado no capítulo anterior.

Este constitui um dos principais pontos críticos a serem enfrentados pela regulação governamental do sub-setor da saúde suplementar, pois estão em jogo macro-interesses totalmente antagônicos na disputa pelos processos produtivos no mercado privado de saúde, revelando uma verdadeira briga de titãs¹¹, ou seja, denotando um confronto de consideráveis proporções ante os olhos da agência reguladora estatal.

Assim, na busca de uma analogia entre as organizações de saúde e o espaço fabril, as idéias de Franco têm contribuído não apenas para pautar e reiterar um elemento nuclear na discussão, que é a inscrição da saúde no universo dos valores de troca, dentro da concepção vigente no mercado de saúde suplementar, como também para inserir essa discussão dentro da perspectiva de análise da constituição de linhas de produção do cuidado, com um olhar voltado para a micropolítica do trabalho vivo e sua relação com o trabalho morto, através da categoria por ele eleita de Composição Técnica do Trabalho. Esta, por sua vez, além de refletir o grau de captura do primeiro pelo segundo, exerce influência no custo final atribuído aos produtos dos processos assistenciais.

Interpretando resumidamente as considerações anteriormente desenvolvidas, sob a perspectiva das finalidades objetivas deste estudo, pode-se dizer que a idéia de CTT, do ponto de vista didático, traz subsídios à análise que vem sendo desenvolvida na presente pesquisa por expressar:

- A relação existente entre o trabalho vivo e o trabalho morto (ou seja, a correlação de forças existentes entre as tecnologias “leves”, “leves-duras” e “duras”) enquanto expressão do Núcleo Tecnológico do Trabalho (NTT) em uma dada linha de produção de cuidado, que é reflexo de uma opção ética, técnica e política de um determinado projeto terapêutico, o qual pode, por sua vez, ser a representação de todo um modelo tecno-assistencial;
- Como consequência, expressa automaticamente os graus de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto do projeto terapêutico, ou seja, a forma de se lidar com os auto-governos, ou seja, o próprio trabalho vivo em ato dentro de um determinado formato de gestão organizacional dos processos de trabalho em um dado modelo assistencial;

¹¹ O conflito gerado em torno da incorporação de novas tecnologias pelo sub-setor privado de saúde tem amiúde redundado em sobrecarga e ônus ao Sistema Único de Saúde (SUS), que termina por atender os usuários da Saúde Suplementar ante a necessidade de se submeterem a procedimentos diagnósticos e terapêuticos mais custosos, tendo por isso seu atendimento negado pelas operadoras. Daí resulta a resolução governamental que obriga as operadoras a ressarcirem o setor público quando os usuários de planos e seguros privados de saúde forem atendidos nos equipamentos públicos de assistência à saúde, através da Lei do Ressarcimento ao SUS (Resolução RDC nº 62, de 20 de março de 2001 – ANS).

- A concepção de tecnologias e processos de trabalho em saúde dominantes em um modelo tecno-assistencial, que determina a sua configuração final;
- Os valores incorporados ao processo de trabalho para se estipular o custo final do cuidado como produto comercializável, isto é, como valor de troca, não parecendo exagero estabelecer aqui uma relação quase que direta entre a CTT e o equacionamento já referido entre capital constante e capital variável, o primeiro expressando a preferência pelo investimento em capital fixo (nos quais se incluem os meios de produção e outros custos fixos), e o segundo exprimindo a qualidade do investimento (ou da economia de investimento) em força de trabalho, isto é, no trabalho vivo humano.

Independentemente de se aderir ou não à construção analítica da CTT proposta pelo autor, reconhece-se que ela constitui uma representação sintética da discussão que vem tomando corpo e forma no presente estudo, que é a compreensão dos modelos assistenciais atualmente desenvolvidos no mercado de assistência supletiva brasileiro sob a ótica dos formatos organizacionais de captura dos auto-governos empreendidos pelas operadoras do referido mercado, através de dispositivos regulatórios comuns. Para isto, toma-se como categoria de análise a micropolítica do trabalho vivo em ato e os variáveis graus de captura a que o mesmo é submetido pelo trabalho morto, através de um cardápio de opções tecnológicas vinculadas à construção do conhecimento relacionado à gestão institucional dos processos de trabalho em saúde, especificamente das empresas que atuam no sub-setor privado de saúde, no Brasil.

Novamente sob o prisma do ohnismo/toyotismo, pode-se dizer que a reestruturação que este veio representar para os processos produtivos industriais, tendo como alvo os processos de trabalho, verificou-se de forma mais incisiva sobre a modelagem do trabalho vivo, em suas diversas manifestações, embora sempre calcada na incorporação e na valorização da dimensão intelectual do operariado da indústria. Desse modo, a organização do trabalho sob suas diretrizes teve como repercussões sobre o trabalho fabril a valorização do trabalho em equipe, da polivalência do trabalhador e sua concomitante desespecialização, que se de um lado eleva o seu grau de liberdade para intervir na cadeia produtiva em função do seu maior conhecimento acerca do processo de produção, por outro subtrai poder e autonomia às antigas castas de operários hiper-especializados, já que no novo contexto todos devem deter um conhecimento semelhante sobre o que é necessário e suficiente para a realização do trabalho.

Paradoxalmente, e como parte da necessidade contínua do capital em pressionar pelo consumo de novas tecnologias, estas continuam a ser maciçamente incorporadas, com o conseqüente investimento em trabalho morto nos processos produtivos, o que corresponde a uma redução da dimensão variável do capital em decorrência de um maior investimento na sua dimensão constante.

Como o capital não pode eliminar o trabalho vivo do processo de mercadorias, sejam elas materiais ou imateriais, ele deve, além de incrementar **sem limites** o trabalho morto corporificado no maquinário técnico-científico, aumentar a **produtividade do trabalho de modo a intensificar as formas de extração do sobretrabalho em tempo cada vez mais reduzido**. Tempo e espaço se convulsionam nessa nova fase dos capitais. A redução do proletariado taylorizado, a ampliação do *trabalho intelectual abstrato* nas plantas produtivas de ponta e a ampliação generalizada dos novos proletários precarizados e terceirizados da “era da empresa enxuta” são fortes exemplos do que acima aludimos (ANTUNES, op. cit., p. 160, grifos do autor).

Isto significa que na produção industrial duas tendências opostas e complementares passam a coexistir, ou seja, o investimento em trabalho morto (maquinário) convive com uma original valorização do trabalho vivo, que passa a ser submetido a formas cada vez mais refinadas de exploração e captura por parte daquele, podendo-se verificar uma inter-relação acentuada das formas de extração e intensificação de mais-valia *relativa* e *absoluta*, em uma tensão que passa a ser constitutiva dos processos produtivos.

Assim, se nos processos produtivos industriais tradicionais a eliminação do trabalho vivo é impraticável, daí a necessidade de se desenvolver tecnologias de gestão que promovam a sua captura através de formas cada vez mais criativas e rentáveis, é fácil deduzir a importância que passa a ter, do ponto de vista organizacional, a captura organizada e sistemática do mesmo no campo da saúde, a quem confere alta complexidade e identidade, enfatizando-se aqui a específica necessidade de captura da prática médica, freqüentemente responsabilizada pelos altos custos da saúde. Também aqui passam a conviver, portanto, processos estruturados, comandados pelo trabalho morto, e processos “em estruturação”, substanciados pelo trabalho vivo em ato. Também aqui é a tensão

existente entre as expressões do trabalho vivo (coordenados pelas tecnologias leves e leve-duras) e do trabalho morto (representado pelas tecnologias duras), bem como suas relações de interdependência que determina a própria configuração do modelo tecno-assistencial.

É nesse sentido que a incorporação pura e simples de tecnologias de ponta ao trabalho em saúde não caracteriza uma reestruturação produtiva do setor (ou talvez represente apenas um primeiro momento desse processo) nem estabelece um referencial analítico que proporcione uma abordagem metodológica adequada para a compreensão da dinâmica desse fenômeno – a captura do trabalho vivo na esfera organizacional.

A verdadeira expressão da reestruturação dos processos produtivos da saúde depende, portanto, de um processo de transição tecnológica que opere uma profunda inflexão no núcleo tecnológico do trabalho, na sua base molecular que é o próprio “espaço intercessor”, onde se expressa a dinâmica micropolítica do trabalho. Somente ao nível do trabalho vivo em ato é possível produzir uma transformação real das tecnologias em saúde, uma ruptura e uma subversão da relação entre o trabalho vivo e o trabalho morto com a hegemonia do primeiro. Esperando-se que isto se manifeste tanto no plano dos processos de produção de bens, em que o auto-governo dos trabalhadores de saúde possa ser orientado e estimulado para a adoção de atitudes institucionais dirigidas à apreensão e ao acolhimento das necessidades dos usuários, sob uma perspectiva cuidadora (modificando qualitativa e “quantitativamente” os graus de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto), como na conformação de dispositivos institucionais e gerenciais de modelagem e captura dos mesmos, mediante a elaboração de tecnologias de gestão desses processos produtivos.

Sob esse aspecto, vale registrar aqui a distinção feita entre o conceito de reestruturação produtiva feito neste estudo e o proposto por Franco. Enquanto ele considera que existe uma diferença conceitual entre reestruturação produtiva e transição tecnológica – a primeira se caracterizando quando a relação entre trabalho morto e trabalho vivo for favorável ao primeiro, e a segunda se pautando pelo contrário –, ou seja, como entidades independentes entre si, a visão adotada no presente estudo é que a transição tecnológica é uma condição *sine qua non* para que a reestruturação produtiva de fato ocorra. Dito de outra forma, considera-se aqui que a reestruturação produtiva só pode verdadeiramente se verificar às custas de uma inflexão no núcleo tecnológico do trabalho que se pautar pela supremacia das tecnologias “leves”, de modo a conduzir a produção das ações de saúde a

um outro patamar produtivo, e que vem se consubstanciar no que está sendo aqui denominado transição tecnológica.

Torna-se necessário, de agora em diante, proceder-se a um afinamento e um refinamento das idéias expostas, com o intuito de estabelecer as diretrizes para a elaboração dos procedimentos metodológicos a serem adotados na construção do campo de investigação desta pesquisa.

3.3. A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO COMO CATEGORIA ANALISADORA DOS MODELOS ASSISTENCIAIS VIGENTES NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO NO CONTEXTO DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA

Como já vem sendo dito repetidas vezes, o trabalho vivo em ato, com a sua natureza intrinsecamente micropolítica, tem uma dupla implicação na concretização da produção do cuidado, ou seja, na conformação direta dos processos produtivos e dos seus resultados (materiais ou imateriais, enquanto bens-relações), e na conformação de ferramentas de gestão dos processos institucionais, que se apresenta como um verdadeiro acervo de tecnologias de gestão organizacional e dos próprios processos produtivos.

Nesse âmbito, a utilização das tecnologias leves permite interrogar e analisar o modelo de atenção sob diversos ângulos, uma vez que a molecularidade atende a diversos propósitos, desde o dimensionamento das necessidades do usuário pelo auto-governo dos trabalhadores, passando pela efetivação dos processos de trabalho e seus produtos (de natureza material ou imaterial), pelas suas finalidades, até a formulação de tecnologias de gestão de processos institucionais. Por isso mesmo, são dotadas da transversalidade necessária para interrogar as várias dimensões dos processos de trabalho em saúde, e, extensivamente, dos modelos tecno-assistenciais.

Assim, do ponto de vista metodológico, a análise sobre a transição tecnológica, articulada à sua potencialidade em promover a reestruturação produtiva do setor, implica em compreender o papel multi-articulado e transversal desempenhado pelas tecnologias leves, no núcleo tecnológico do trabalho, em suas várias dimensões: no reconhecimento das necessidades dos usuários; nas formas de a elas responder através das

materialidades geradas nos processos de trabalho, enquanto territórios de disputas dos diferentes atores que procuram impor sua visão de modelo assistencial, de modo a inaugurar novos processos produtivos; na composição das “caixas de ferramentas” utilizadas pelos protagonistas dessas disputas; e, finalmente, na sua inesgotável capacidade de interrogar o instituído, o modelo em curso e o seu próprio papel em todo esse processo.

O aspecto referente ao papel da dinâmica micropolítica dos processos de trabalho na conformação e desenvolvimento de ferramentas tecnológicas ou tecnologias de gestão para efetuar a modelagem dos novos processos produtivos, tendo como eixo a captura e o ordenamento do trabalho vivo, é uma questão extremamente atual e estratégica no mercado privado de saúde, tanto sob o ponto de vista exclusivo da gestão como da produção e conformação de novos modelos de assistência.

Pode-se mesmo dizer, com base em tudo que vem sendo dito, que a disputa pelos modelos assistenciais no campo da saúde expressa, na verdade, a disputa pela hegemonia do núcleo tecnológico do trabalho nas linhas de produção do cuidado, que, por sua vez, exprime o papel relativo ocupado pelo trabalho vivo no mesmo, como o mostram tanto as iniciativas anti-hegemônicas originadas de setores do Movimento Sanitário e do setor governamental (das quais são exemplares os Programas de Saúde de Família) como as propostas oriundas do capital financeiro, que se fazem representar pelas várias facetas da Atenção Gerenciada. Tais inovações concretizam-se com a incorporação de novas tecnologias, de novos saberes e da valorização da dimensão cuidadora, em que os processos de subjetividades/necessidades do usuário tornam-se a matéria-prima necessária para a conformação das práticas de saúde e dos seus produtos, pelo menos em tese. Tais propostas parecem claramente identificar o campo de ação do trabalho vivo em ato, dada a sua capacidade de produzir novos arranjos tecnológicos em saúde, como o lugar central para se efetuar uma transição tecnológica para um outro patamar produtivo, ou, no mínimo, para se atingir de forma vital e incisiva a relação custo-benefício do sistema. Ou seja, tais disputas ganham síntese no núcleo tecnológico do trabalho, no sentido de explorar o potencial econômico do trabalho vivo em ato de forma cada vez mais criativa e lucrativa.

Portanto, a centralidade do trabalho vivo, bem como as várias opções tecnológicas que visam a sua captura, do ponto de vista da gestão organizacional, foi compreendida e assimilada pela Atenção Gerenciada (e pelas modelagens assistenciais que

nela se inspiram) à perfeição. A grande aposta desses novos paradigmas gerenciais, na sua disputa com os poderosos grupos médicos, é que o território das tecnologias “leves” e “leves-duras” que compõem o ato de cuidar, bem como o arsenal tecnológico (“caixa de ferramentas”) que permite formular tecnologias de gerir tecnologias (voltadas para os processos produtivos em si), ao alterar a configuração tecnológica dos processos de trabalho em sua raiz, possa ser o *locus* da transição tecnológica em saúde para um novo patamar produtivo (MERHY, 2002, p. 91), ainda que sempre atendendo, prioritariamente, às necessidades de acumulação de capital, mesmo que de forma camuflada.

Isto é perfeitamente observável na transferência do controle da microdecisão clínica para o nível gerencial ou nas várias modalidades de regulação que vêm sendo implementadas no mercado de saúde suplementar brasileiro visando o controle e a domesticação do auto-governo dos trabalhadores de saúde, especialmente do médico, considerada uma das formas mais evidentes e impactantes, embora não seja a única, de se obter o que é considerado fundamental no mercado privado de saúde – a redução dos custos crescentes atribuídos à absorção de tecnologias “duras”, para o que se torna necessário a redução das taxas de sinistralidade, que traduz justamente a taxa de consumo de serviços médicos.

hoje, a transição tecnológica que vem se construindo, provocada pela presença do capital financeiro no setor de modo cada vez mais maciço (...) busca atingir o núcleo tecnológico do trabalho vivo em ato na sua capacidade de produzir novas conformações dos atos de saúde e o seu lugar na construção dos processos produtivos, descentrando o trabalho em saúde até mesmo dos equipamentos e dos especialistas (idem, p. 31).

A Atenção Gerenciada, enquanto representação de um novo paradigma gerencial-assistencial, tem como principal mote, portanto, o desmonte de uma lógica assistencial centrada na corporação médica para uma lógica capital-orientada ou capital-centrada, nem que para isto precise construir uma ótica e uma ética que considere a centralidade do usuário, agora convertido em cliente, sob um rótulo mercadológico cliente-centrado. Em outras palavras, para que o novo paradigma gerencial consiga a legitimidade necessária para continuar favorecendo o acúmulo de capital, ou seja, para continuar sendo

capital-centrada, ideologicamente precisa “vender” a idéia de um modelo centrado no interesse do cliente.

Através da matriz discursiva conhecida como “gerenciamento do cuidado” adotado pelas corporações financeiras e por algumas operadoras nacionais, através da qual se busca uma relação ótima entre a qualidade do cuidado e o seu custo, a AG desenvolve um conjunto de tecnologias voltadas, de um lado, para a regulação do mercado em geral, e da prática médica, em particular (aqui consideradas como tecnologias de gerir tecnologias) e, de outro, voltadas para a produção dos atos de saúde propriamente dita. Aqui, ela recupera o conteúdo valorativo que vem sendo atribuído nesta pesquisa às tecnologias “leves” e “leves-duras”, através do investimento no trabalho multidisciplinar e multiprofissional, muitas vezes sem a figura do médico na equipe; de ações programáticas voltadas à identificação e acompanhamento de grupos de risco; das atividades de prevenção e promoção à saúde; de estratégias de des-hospitalização (das quais o atendimento domiciliar – *homecare* – é um exemplo) etc.

A simples existência desse conjunto de práticas por si só não testifica a reversão do núcleo tecnológico de produção do cuidado, uma vez que o tratamento dado ao trabalho vivo pode continuar existindo em moldes tão capturantes como antes, apresentando-se como práticas centradas no trabalho morto através das normas e saberes estruturados, repetindo a fórmula dos projetos médico-cêntricos¹², sem dar a ênfase necessária aos processos relacionais entre trabalhadores e usuários ou mesmo entre trabalhadores, inerentes a uma perspectiva mais cuidadora e multiprofissional, em que a dimensão da subjetividade é prerrogativa absoluta e imanente aos diversos modos de produção do cuidado.

¹²A esse respeito, pode-se dizer que mesmo as iniciativas emanadas do setor público de assistência, como as propostas de racionalização do setor já citadas no capítulo II (e iniciadas com o programa de Medicina Comunitária), os SILOS (Sistemas Locais de Saúde) e mesmo sua versão mais atual – os PSF (Programas de Saúde de Família) não conseguiram ainda promover uma transição tecnológica em direção a outros patamares produtivos justamente por não terem logrado uma reestruturação profunda nos processos de trabalho, ou seja, por não terem conseguido romper e subverter a estrutura do seu núcleo tecnológico, que mantém e perpetua a lógica médico-cêntrica dominante. O PSF “*muda a forma de produzir saúde a partir de núcleos familiares e da referência no território, mas a Composição Técnica do Trabalho* (construção do autor que expressa a relação entre o trabalho vivo e o trabalho morto) *continua centrada no Trabalho Morto, operando um modelo produtor de procedimentos*” (FRANCO, 2003, p. 58).

Nesse momento, novas perguntas vêm à tona: as práticas propagadas pela AG atingem de fato o núcleo tecnológico do trabalho em saúde a ponto de promover uma transição tecnológica em direção a um novo patamar produtivo ou, ao capturar de forma extensiva o auto-governo dos trabalhadores, sem deixar espaço para um exercício mais livre do trabalho vivo em ato, as novas práticas constituem apenas uma versão atualizada de técnicas gerenciais trabalho morto-centradas? Tais práticas, ao lado de legitimamente impactarem os altos custos do sistema, comprometem-se efetivamente com os usuários e suas necessidades ou atêm-se pura e simplesmente à lógica do lucro baseada na redução da sinistralidade? Enfim, as práticas atualmente adotadas no mercado de saúde suplementar brasileiro, inspiradas nos preceitos da AG, têm a potência de promover uma real transição tecnológica em direção a um novo patamar produtivo que tenha como horizonte, ao lado da recuperação de corpos (pelo aumento da qualidade dos processos assistenciais), a produção social de saúde?

3.4. A INSCRIÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS VIGENTES NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO NA AGENDA REGULATÓRIA DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS)

A regulação impetrada no mercado de saúde suplementar como um formato de tecnologia gerencial

A identificação dos mecanismos de regulação impetrados pelas operadoras no mercado de saúde suplementar brasileiro e a identificação dos modelos assistenciais vigentes no referido mercado constituíram os dois subconjuntos da pesquisa encomendada pela ANS a duas equipes de pesquisadores, da qual a autora da presente pesquisa foi uma das participantes, como já foi dito. Precocemente teve-se a oportunidade de perceber o elevado grau de interpenetração entre as duas frentes de trabalho, o que confirmava suspeitas levantadas desde o início quanto à indissociabilidade das temáticas, dentro da discussão que vem sendo aqui trazida pelo referencial fornecido pelos processos de trabalho, na sua dimensão micropolítica de trabalho vivo em ato, como categoria analítica fundamental a ser desenvolvida e utilizada na pesquisa institucional mencionada.

Nesse contexto, os mecanismos de regulação prevalecentes nesse mercado estão sendo considerados no atual estudo como uma forma de tecnologia que integra a “caixa de ferramentas” de tecnologias de gestão atualmente disponíveis no referido mercado, ou seja, tais dispositivos conformam tecnologias de gerir tecnologias que se mostram como estratégias vitais para o processo de acumulação de capital (MENESES, 2003, 2004). Os mecanismos de regulação aplicados no mercado de assistência supletiva traduzem-se, em sua maior parte, em dispositivos de regulação da utilização ou do acesso aos serviços de saúde, podendo-se citar os diversos mecanismos do tipo **porta de entrada** (onde se pode contar com a presença de um médico generalista fazendo a assistência básica e controlando o acesso da clientela para os outros níveis); **direcionamento da demanda**; **autorizações prévias**; **co-pagamentos**; **protocolos clínicos**; **pacotes** ou **gabaritos** para serviços hospitalares; **glosas**; **controle de informação** etc, que serão vistos mais pormenorizadamente no próximo capítulo.

Assim, tomando como base de referência a dimensão micropolítica do trabalho vivo em ato na produção do cuidado realizado no mercado de saúde suplementar brasileiro, torna-se necessário, para as finalidades a que esta pesquisa se propõe, além de identificar e caracterizar os modelos assistenciais que estão sendo implementados no referido mercado, ao que se soma a identificação dos mecanismos de regulação da utilização do acesso mais utilizados pelas operadoras, também observar determinada(s) tendência(s) que, pela regularidade e frequência com que aparece(m), permita(m) estabelecer um certo padrão de constitutividade no mercado, tanto no que concerne aos mecanismos de regulação quanto aos modelos assistenciais, o que é absolutamente vital para o processo de acumulação capitalista e que se manifesta com mais evidência no estabelecimento de estratégias de custos para o setor.

Os modelos assistenciais vigentes no mercado de saúde suplementar e o papel da regulação exercida pelo Estado sob a ótica da micropolítica do trabalho vivo

Tentando fazer a convergência das reflexões anteriores para os aspectos voltados à gestão dos processos produtivos em saúde, tanto na esfera pública quanto na privada, um dos pontos de unanimidade é que todo o conjunto das ações de saúde está

assentado em terreno de base constitutivamente tensional, sendo o território de práticas de saúde um espaço de disputa e de constituição de políticas, inapelavelmente marcado pela multiplicidade e pautado obrigatoriamente pelo entrecruzamento de interesses de múltiplas forças que se aliam ou se confrontam, buscando impor suas concepções interessadas a respeito da saúde como bem, quer na qualidade de valor de uso ou de valor de troca, no que freqüentemente fica exposta a interpenetração público-privada dos processos produzidos nos distintos espaços de relação entre os múltiplos sujeitos coletivos que deles participam.

No sub-setor relativo ao mercado de saúde suplementar, o tensionamento que marca o campo é elevado a uma potência maior, uma vez que os interesses ordinariamente recaem na esfera dos determinantes francamente econômicos, em função das altas cifras aí circulantes, e que se confrontam com os interesses relativos ao controle dos processos ligados à administração e à prestação de serviços – aqui representado pelo auto-governo dos trabalhadores, em especial a autonomia da prática médica – e, evidentemente, os interesses dos usuários, que não serão diretamente objeto de estudo nesta pesquisa. Como a clareza dessas múltiplas conexões não está efetivamente dada, ou seja, as opacidades destas relações têm sido constitutivas desse campo, passa a ser um papel do Estado (representado pela Agência Nacional de Saúde, no seu esforço de regulamentação do setor), procurar conhecer as formas que assumem os relacionamentos entre todos esses atores para o cumprimento da sua missão reguladora sobre um mercado que durante muito tempo atuou à revelia da regulação estatal.

Como vem sendo dito, a disputa entre os atores envolvidos neste campo trava-se em torno do núcleo tecnológico do trabalho em saúde, identificando-se como os macro-atores mais significativos, dentro da discussão que vem sendo aqui feita: (a) o segmento do capital vinculado ao modelo médico-hegemônico produtor de procedimentos e ao complexo médico-industrial; (b) os grupos anti-hegemônicos vinculados ao capital financeiro ou às suas contrafações nacionais, mas com a emissão de um discurso coincidente com o propagado pela Atenção Gerenciada; e (c) o Estado brasileiro, que busca fazer a intermediação entre os interesses prevaletentes no setor e o interesse público.

Pode-se dizer, assim, que os interesses em torno da reestruturação produtiva são de origens diversas e têm como principal objeto de disputa o controle dos modelos assistenciais, molecularizados no núcleo tecnológico do trabalho, por parte dos sujeitos

atuantes no cenário político e decisório. Tais atores representam interesses de várias ordens, entre eles os de natureza corporativa, que defendem os micro-poderes privados já conquistados e cristalizados nos processos produtivos; os ligados à determinação normativa do organismo estatal; e os ligados aos interesses do mercado, sobretudo na sua modalidade de capital financeiro e seus similares nacionais. A correlação de forças que se constrói com a pactuação dos diversos atores em cena determina configurações específicas de processos produtivos e, conseqüentemente, dos próprios modelos tecnológicos de produção de saúde, que expressam no nível macro e micropolítico essas relações e determinações.

Isso demonstra que a saúde vem se consolidando como um dos principais campos de ação e um importante objeto de interesse tanto do Estado como do capital, o que passou a exigir a construção e o aprimoramento de competências de ambas as partes para o desenvolvimento especializado de ferramentas tecnológicas de gestão em saúde, tanto na direção da gestão de processos diretamente ligados à produção de atos de saúde quanto daqueles relacionados à formulação e implementação de políticas governamentais para o setor.

Passa a ser uma exigência para o Estado brasileiro, na sua missão de governar o setor saúde, em sua acepção mais ampla, e de regular/regulamentar o sub-setor privado, a observância de alguns pontos fundamentais:

1. A assunção de que qualquer mudança substantiva no campo da saúde não pode se dar às custas da negação da realidade da construção do SUS, dentro do ideário já sacramentado da Constituição de 1988, que erige a saúde como bem público e, portanto, direito universal e dever do Estado;
2. Com base no pressuposto acima colocado, a produção do cuidado em saúde deve ser sempre centrada em torno do interesse do usuário, quer isto se dê na esfera privada ou pública, pactuando-o e o publicizando como se expressasse o interesse de todos;
3. Para que a produção do cuidado esteja centrada no usuário, deve ser uma opção dos processos de gestão do mercado e da esfera estatal a mobilização e a valorização do trabalho vivo, através das tecnologias leves e leves-duras, sem desconsiderar a pertinência da produção de procedimentos e a valorização dos conhecimentos profissionais específicos, quando isto se fizer necessário, que mobiliza tecnologias “leves-duras” e “duras”;
4. A produção do cuidado em saúde atua sempre no limiar entre o público e o privado, tensão esta constitutiva do próprio campo. Em função disso, embora se inscreva necessariamente em uma dimensão pública, o que implica a publicização dos

processos produtivos e decisórios (em que o território particular do usuário é a razão da publicização de todos os outros), não se pode eliminar totalmente a autonomia do exercício privado, ou o auto-governo, dos distintos atores nos processos relacionais, sob pena de descaracterizar e mesmo de desqualificar o trabalho em saúde.

As considerações teóricas que foram anteriormente desenvolvidas trazem como referencial de análise para o estudo dos modelos assistenciais vigentes no mercado de saúde suplementar brasileiro e sua inclusão na agenda reguladora do Estado, os processos de trabalho em saúde como categoria analítica mais abrangente. Em uma prospecção metodológica mais profunda, a molecularidade do trabalho vivo em ato vem se afigurar como uma categoria de análise mais refinada e específica. Finalmente, a sua potencialidade em promover uma inflexão no núcleo tecnológico do trabalho em saúde através de uma transição tecnológica em direção a novos patamares produtivos, visando a produção social de saúde (configurando, assim, uma verdadeira reestruturação produtiva no setor), vem constituir um novo elemento analisador e interrogador do engajamento ético, técnico e político desses processos, bem como do próprio olhar armado da esfera governamental que o examina e regulamenta.

Desse modo, o setor estatal, para exercer sua missão regulatória sobre o mercado de assistência supletiva com o enfoque na melhoria da qualidade da assistência, ao ser informado acerca do que representa a tensão entre o trabalho vivo e o trabalho morto, que nada mais é que a representação da captura a que os auto-governos são submetidos, deve colocar no centro da sua agenda não apenas o conhecimento do estado em que se encontra a conformação dos modelos assistenciais vigentes no setor como também uma capacitação da própria agência governamental – a ANS – em relação ao núcleo tecnológico do trabalho, de modo a poder intervir nesse cenário e induzir novas formações tecno-assistenciais que estejam de acordo com o interesse do usuário. Em outras palavras, o próprio Estado tanto deve arregimentar subsídios para se municiar a respeito das tecnologias de gestão usadas correntemente no território da saúde suplementar por parte dos prestadores e das operadoras que atuam no mesmo, como deve construir sua própria competência de gestão e intervenção sobre o setor, de modo que a regulação/regulamentação do mesmo, tendo como horizonte a qualificação dos processos assistenciais e a produção social de saúde, logre êxito no controle do potente auto-governo

dos outros macro-atores envolvidos, de modo a tornar factível a exposição dos processos decisórios em prol do interesse público.

Qualquer intervenção de carácter mudancista nesse mercado inexoravelmente participa dos conflitos de interesses nele existentes, o que significa atuar nas suas formas de representação molecular, ou seja, na dimensão micropolítica dos processos de trabalho. Assim, quer sob a ótica da regulamentação governamental, publicizante e democrática, quer sob o prisma do capital, as mudanças inevitavelmente incidem sobre o plano das tecnologias “leves” e “leve-duras”, o que equivale a dizer que envolve as diferentes formas de controle do trabalho vivo (isto é, do auto-governo dos trabalhadores de saúde e, em especial, do profissional médico) e a expressão plasmada da dimensão cuidadora. No caso da AG, a transição tecnológica, que já pode estar operando no nível molecular da produção do cuidado nesse sub-sistema, dá-se através do seu já mencionado avanço “silencioso” nos interstícios do sistema. A mudança de modelo assistencial que propugna, sob a égide do “gerenciamento do cuidado”, também atua na “dobra” intrínseca aos processos de trabalho, isto é, nos processos de produção de bens e de gestão dos processos organizacionais, sob o arcabouço dos dispositivos de micro-regulação, dentro do espaço da regulação operativa do mercado de saúde suplementar.

Com base nas considerações anteriormente apresentadas, que visaram delimitar o marco teórico deste estudo, conclui-se que, para que a expectativa governamental a respeito da qualificação dos processos assistenciais no mercado privado de saúde brasileiro se traduza em produção social de saúde, torna-se necessário iniciar um processo investigativo que permita apreender essa dimensão no seu interior, com um olhar armado para a apreensão da sua micropolítica, regido pelas premissas éticas e políticas já descritas.

O caminho a ser percorrido para isto envolve dois movimentos sincrônicos. O primeiro consiste em diagnosticar o “estado da arte”, isto é, determinar a conformação atualmente existente dos modelos assistenciais vigentes nesse mercado, à luz da reflexão teórica aqui proposta, reconhecendo a disputa pelo núcleo tecnológico da produção do cuidado que se dá entre as duas modalidades de produção neoliberal descritas. Um segundo movimento consiste em debruçar-se sobre a dinâmica do núcleo tecnológico do trabalho propriamente dito, observando-se como se dá a relação entre trabalho vivo e trabalho

morto, isto é, a inserção do primeiro nos processos de produção do cuidado e as diferentes formas de captura a que é submetido pelo segundo, através das estratégias controlistas prevalentes no mercado, que (micro)regulam a ação dos seus atores, sobretudo dos prestadores. Considera-se necessário que a ANS se detenha sobre este âmbito molecular da assistência, com vistas a uma interrogação analítica, a fim de poder exercer sua intervenção operatória nesse cenário.

O momento atual vivido pela ANS está marcado pela necessidade de estabelecimento de um marco regulatório que converta as operadoras do mercado de planos e seguros privados de saúde em gestoras do cuidado, de modo a instituir a qualificação dos processos assistenciais e a produção social de saúde no mesmo. Isto significa que estas organizações devem se tornar responsáveis pela articulação das linhas de cuidado, visando a qualidade e a integralidade das ações de saúde, re-significando a relação profissional-usuário a partir de referências cuidadoras que tenham o usuário no eixo da assistência à saúde, sem, contudo, descaracterizar ou anular o trabalho vivo que é a alma da produção de ações de saúde. Daí a importância de compreender também como se dá a valorização do trabalho vivo nesses processos, bem como os processos de captura a que o mesmo é submetido, tendo sido eleito aqui o trabalho médico para esta abordagem, conforme já assinalado.

Para atingir esse propósito, a ação/intervenção regulatória do Estado, via ANS, deve incorporar ao seu arsenal de conhecimentos o debate acerca dos processos de trabalho em saúde, estabelecendo como categorias centrais para a coordenação desses processos as tecnologias “leves” e “leves-duras”, tanto sob uma perspectiva interrogadora como intervencionista e operatória, remetendo reciprocamente os níveis micro e macropolíticos para a avaliação da efetividade e da eficácia das ações em saúde.

É vital, portanto, que a inscrição desses processos, considerados dentro de uma racionalidade gerencial que relacione qualidade do cuidado com o custo da assistência, sejam sobredeterminados por um controle público, de modo que as modalidades tecnológicas citadas, nas quais se incluem as tecnologias de gestão organizacional (que envolvem uma composição de conhecimento, de relações e da própria técnica em si, no que já se denominou “caixa de ferramentas”) não sejam subsumidas por uma lógica estritamente econômica, tendo no horizonte não apenas a redução dos riscos e das taxas de

sinistralidade como forma de maximização dos lucros por parte das operadoras de planos, mas também se pautando por uma perspectiva cuidadora e orientada pelos interesses do usuário-cidadão, de forma a garantir a qualidade e na integralidade da assistência, a autonomização do usuário e a defesa da vida.

3.5. A ARQUITETURA METODOLÓGICA DA PESQUISA

As reflexões anteriores visaram enfatizar a importância e a centralidade dos processos de trabalho, em especial do trabalho vivo em ato e das suas formas de controle pelo instituído, na abordagem dos modelos assistenciais vigentes e em processo de formatação no mercado de saúde suplementar brasileiro, bem como o seu papel enquanto objeto da ação reguladora do Estado.

Assim, dentro do ultra-complexo cenário de disputa de diferentes interesses que o mercado de saúde suplementar brasileiro representa, os processos de trabalho podem ser vistos como a síntese das mediações existentes nos múltiplos processos “intercessores” envolvidos na produção de atos de saúde (que, por sua vez, conformam uma miríade de arenas moleculares representantes dos interesses já estruturados ou de novos processos em estruturação), que atuam no plano geral da produção/consumo/satisfação de necessidades inerentes ao campo da saúde em seu sentido mais amplo, mas com especificidades consideráveis no mercado privado de saúde, no Brasil.

Desse modo, os processos de trabalho em saúde, sobretudo na sua modalidade de trabalho vivo, que atua através de tecnologias “leves”, informam tanto a positividade da sua própria existência como os formatos de sua captura pelo instituído (sob a forma de processos estruturados, representados pelo trabalho morto), atuando ao mesmo tempo como interrogadores, analisadores e reveladores da sua dinâmica micropolítica, bem como do sentido e da direcionalidade dos processos produtivos em saúde.

O uso do trabalho vivo em ato como analisador pode se dar em três vertentes: (a) na lógica que preside a concepção acerca das necessidades de saúde; (b) nos ordenamentos tecnológicos dos processos produtivos propriamente ditos; (c) na gestão organizacional dos processos institucionais; e (d) no auto-questionamento do seu sentido e da sua própria captura pelo instituído, representado pelo trabalho morto, sinalizando

direcionalidades para o modelo tecno-assistencial vigente, estas duas últimas merecedoras de especial atenção no presente estudo.

Sob o prisma da análise institucional, o analisador é o “que permite revelar a estrutura da instituição, **provocá-la, forçá-la a falar**” e, nesse sentido, as relações entre instituição e ideologia dependem das relações entre instituição e tecnologia, uma vez que a infra-estrutura organizacional das instituições sobrepõem-se aos discursos articulados e explícitos, que “são dissimulados pelo segredo, pela canalização da informação, pelas racionalizações ideológicas”, uma vez que tudo o que é não dito é denunciado pela estrutura do aparelho (LOUREAU, 1970, p. 283-4, 287).

Para Barembritt (1992), qualquer materialidade ou mesmo imaterialidade pode ser suporte de um analisador, como um discurso, um monumento ou “*uma característica dos modos de relação*”. Além disso, um analisador, não apenas exprime, manifesta, desvela ou denuncia, como contém também os próprios elementos para se interrogar e se auto-entender, isto é, para deflagrar o processo do seu próprio esclarecimento, o que demonstra a potencialidade interrogadora e ruidosa das tecnologias do trabalho em saúde, sobretudo as tecnologias “leves” na análise de processos produtivos e também dos processos institucionais.

Enquanto dispositivo metodológico, portanto, o trabalho vivo (principalmente através das tecnologias “leves”) pode ser utilizado, para interrogar não apenas os processos produtivos propriamente ditos (produção de “bens”) como a gestão dos processos institucionais (tecnologias de gestão), ao publicizar os processos “intercessores” em sua dinâmica micropolítica e desprivatizar alguns outros processos micro-decisórios sem eliminar a autonomia que é imanente ao campo da saúde.

É importante salientar que essa centralidade do trabalho vivo enquanto analisador se exerce em uma espécie de dupla via, ou seja, tanto do lado do mercado como do da esfera estatal que procura ordená-lo. Desse modo, o processo de trabalho, a partir de um olhar ético-analisador interrogador e ruidoso, afirma-se como categoria analítica central e geral, não só para a avaliação da qualidade da assistência em si no mercado de saúde suplementar brasileiro, como das formas de intervenção institucional que este comporta, seja do lado das organizações empresariais nele atuantes, seja como subsídio para a ação governamental via ANS na sua tarefa de publicizar os processos organizacionais e

tecnológicos nele existentes. Em outras palavras, para subsidiar a própria Agência Nacional de Saúde na construção de tecnologias de gestão, no plano da macro-regulação, com vistas à gestão da micro-regulação desenvolvida no cenário da regulação operativa.

Em um plano mais específico, o trabalho vivo em ato constitui-se na categoria analítica mais discriminadora dos processos já descritos. Finalmente, sua atuação como suporte para uma transição tecnológica que pode estar sendo sinalizada no mercado de saúde suplementar configura um terceiro nível de análise.

Resumidamente, determina-se então, para efeito de seriação dos níveis de análise da proposta metodológica desta pesquisa:

1. Categoria analítica central ou de primeiro grau: processo de trabalho;
2. Categoria analítica de 2º grau: a dimensão micro-política do processo de trabalho, revelada através das tecnologias “leves”, associadas às “leves-duras”;
3. Categoria analítica de 3º grau: o trabalho vivo como suporte para uma transição tecnológica do mercado privado brasileiro de saúde no contexto da reestruturação produtiva.

O trabalho médico como foco de análise do trabalho vivo

Pelo conjunto de considerações que têm sido feitas até o momento, a centralidade do trabalho médico no campo da saúde é um ponto inquestionável, principalmente quando se pretende analisar as formas de controle do trabalho vivo neste campo da atividade humana. Pode-se dizer que as atividades ligadas à saúde têm sido identificadas com o próprio trabalho médico, pelo menos dentro do modelo médico-hegemônico-produtor de procedimentos, como evidentemente era de se esperar, desde o advento do Relatório Flexner, em 1910, que estruturou as bases do paradigma clínico, configurando um modelo de assistência médica que alimentou científica e ideologicamente aquela forma neoliberal de produção de serviços de saúde. A medicina flexneriana estrutura uma lógica tecno-assistencial que tem como mote, portanto, o enfoque na doença e nas intervenções através de processos de trabalho instruídos pela clínica.

Os pressupostos do referido Relatório, traduzidos nas recomendações que foram estimuladas e aproveitadas pela indústria capitalista, determinaram uma mudança na prática médica americana, estabelecendo marcos estruturais que norteiam a prática médica

ocidental até hoje, como o mecanicismo, o biologismo, individualização, parcelamento do ato médico decorrente da especialização da medicina, ênfase na medicina curativa, excessiva tecnificação da medicina, exclusão das práticas alternativas, privilegiamento do hospital como espaço terapêutico, para ficar em alguns exemplos (MENDES, 1994, p. 141-2).

Tal referencial teórico tem conferido ao trabalho médico a própria identidade do modelo médico-hegemônico, embora atue desde a época da medicina liberal mais clássica e esse receituário, geralmente voltado para os aspectos biológicos e clínicos do processo saúde-doença, esteve relacionado à valorização da tecnificação e especialização da medicina, e conseqüentemente, aos altos custos daí decorrentes.

A participação do médico na gênese, no fortalecimento e na perpetuação do modelo médico-hegemônico, bem como sua marcada identidade com o mesmo, expressa-se na sua resistência a qualquer espécie de controle da sua autonomia (principalmente perante a estatização), fazendo com que se torne o alvo mais visado por todas as iniciativas – tanto por parte do Estado como do capital – que buscam conter e domesticar seu auto-governo, mais do que o de qualquer outra classe de trabalhadores de saúde.

Embora não seja interesse repetir aqui as considerações já feitas acerca dos projetos terapêuticos médico-centrados, em que a dimensão cuidadora pode estar esvaziada ou mesmo anulada, no conjunto da produção de atos de saúde, o fato é que o médico sempre lida com as três ordens de modalidades tecnológicas já citadas (“leves”, “leves-duras” e “duras”), variando a intensidade e a composição entre elas. A categoria médica tem se valido disso para exercer um domínio sobre as outras profissões, em função do seu capital de conhecimento específico sobre os aspectos ainda que estritamente biológicos do processo saúde-doença e, como decorrência, sobre os recursos de diagnose e terapia. Isto tem lhe conferido poder delegacional e prescritional absoluto (ainda que com a contrapartida da responsabilidade legal) e, conseqüentemente, uma liderança supostamente “natural” dentro das equipes de trabalho de forma mais constante e incisiva do que acontece com outras categorias profissionais.

Se a posse do saber técnico é pressuposto para o exercício do poder (ainda que seja um saber insuficiente e não totalizante, por não apreender o processo saúde-doença em todas as suas dimensões), potencialmente utilizado para favorecer interesses

corporativos, interroga-se: é possível reverter a liderança do médico no interior das equipes de saúde? Que tratamento isso recebe no mercado de saúde suplementar, no contexto da reestruturação produtiva? Como transformar o ponto nevralgico dos auto-governos em potência de realização de um trabalho interdisciplinar, trazendo uma categoria, detentora de prerrogativas até então intransferíveis, para participar desse processo? É possível trazer os médicos para uma nova atitude, sem esvaziá-los dos componentes positivos da sua autonomia? Como os mecanismos de controle/regulação desenvolvidos pelas operadoras no âmbito da regulação operativa pode reordenar essa correlação de forças?

Não é por outro motivo – a excessiva e incômoda autonomia usufruída pelo profissional médico – aliada aos altos custos atribuídos à prática médica tradicional, que o médico e o seu trabalho vivo têm sido objeto privilegiado de captura dos processos de gestão organizacional conduzidos pelo capital no setor. Não é por outra razão que o aparato micro-regulatório exercido no âmbito da regulação operativa pelas operadoras volta-se precipuamente para o deslocamento do controle microdecisório da prática clínica para a esfera administrativa, numa clara determinação de desmontar a lógica assistencial centrada na corporação médica em direção a uma ótica capital-centrada pretensamente a serviço do usuário. Os processos que estão sendo introduzidos por essa nova forma de intervenção, originariamente conduzida pelo capital financeiro, caracteriza-se justamente por uma modalidade de intervenção e monitoramento dos serviços de saúde que visa atingir diretamente os efeitos que o modelo médico tem produzido em relação ao consumo de serviços de saúde e de procedimentos a eles afins, o que pode ter implicações diretas na composição da força de trabalho, na redefinição dos papéis profissionais, no mercado de trabalho etc.

Outra forma não tão direta de se efetivar a regulação da prática e da microdecisão clínica pode ser observada através da implementação de projetos terapêuticos mais integralizadores, ações voltadas para a prevenção de riscos e de promoção à saúde, a incorporação do saber epidemiológico e do instrumental fornecido pela medicina baseada em evidências, estratégias voltadas à des-hospitalização (*home care*, adscrição de clientela, entre outras) etc. Isto mostra uma preocupação em ampliar o papel da dimensão cuidadora, em detrimento da produção pura e simples de procedimentos, mas com o olhar aparentemente voltado à redução da sinistralidade e dos custos. Com isto, o capital

financeiro, ao disputar incisivamente o controle pela base tecnológica do cuidado, procura instituir um novo modelo de controle, “procurando colocar uma leveza no campo das ‘leveduras’ e uma certa dureza nas ‘leves’, que permitam construir uma gestão de cuidado individual a partir da noção de acidentalidade (sinistro) em saúde e das possibilidades de seu controle ou, pelo menos, minimização. Vai buscar ferramentas do campo de ação da saúde pública, da administração dos serviços de saúde” (MERHY, 2002, p. 107-8).

O real impacto desses processos sobre o setor, enquanto viabilização de uma transição tecnológica sinalizando uma reestruturação produtiva, contudo, ainda não é visualizado com clareza, necessitando de novos instrumentais para ser apreendido de forma mais completa.

Todas essas transformações têm levado a uma tensão transformadora do trabalho médico, expressando os interesses de diferentes segmentos do capital no setor (financeiro, liberal, industrial monopolista), bem como de blocos governamentais específicos (ANS, 2004, p. 24), o que pode redundar na conformação de novas modelagens tecnológicas que atendam aos diversos interesses. Parece claro, porém, que

Esse processo procura promover a troca de um médico centrado em procedimentos por um outro, ordenado a partir das relações cuidadoras, mas opera essa transição afirmando mais um cuidador do capital do que um cuidador do usuário. A lógica acumulativa do capital financeiro não busca a defesa da vida individual e coletiva como sua finalidade no campo da saúde, seu eixo é a produção de um projeto terapêutico que permita o controle da incorporação de tecnologia de alto custo, nem que isto custe a própria vida do usuário (MERHY, 2002, p. 111).

De todo modo, já se torna evidente o quanto a reestruturação induzida por uma transição tecnológica eventualmente em curso atinge de forma ampla e profunda a organização dos serviços de saúde, afetando tanto o mercado de assistência supletiva como as políticas governamentais, no sentido de que setores estatais já vêm incorporando traços de suas propostas, influenciando a configuração das tecnologias em saúde, o que repercute na composição da força de trabalho, na formação profissional, no papel e na valorização de novas profissões, nos processos de parcelamento do cuidado, no reordenamento dos processos burocráticos e hierárquicos, em que o redimensionamento do espaço

administrativo está voltado para reestruturar de forma radical e específica o trabalho médico. Desse modo, tanto o mercado vem sofrendo alterações importantes (não se podendo minimizar o desaparecimento de postos de trabalho, principalmente para os especialistas), quanto o território tecnológico vem sendo ocupado por novos saberes e práticas, em que novas modalidades de assistência vêm adquirindo relevância e novas competências profissionais vêm sendo requeridas.

Assim, em função da sua complexidade e do seu caráter multifacetado e intrinsecamente contraditório, o trabalho médico afigura-se como um paradoxo, por de um lado servir como dispositivo estratégico para instituir um modelo de atenção em tese procedimento-centrado e descompromissado com o usuário, e simultaneamente, atuar como um analisador capaz de interrogar e modificar a sua própria prática rumo a um novo patamar produtivo (idem, p. 115-6). Tudo isto reitera a opção metodológica de utilizá-lo como analisador dos novos formatos de modelos assistenciais que vêm se desenhando no cenário do mercado de saúde suplementar, sob a perspectiva da captura do seu auto-governo, isto é, do seu trabalho vivo, o que pode resultar em uma maior ou menor efetividade e qualidade do cuidado produzido, a depender de como se canalize o potencial transformador da sua autonomia identitária, que definitivamente não pode ser exterminada, por ser intrínseca ao trabalho em saúde.

O PROCESSO DE APREENSÃO DO REAL NO PROCESSO DE PESQUISA

A delimitação do objeto e sua inserção na realidade empírica

Considera-se, aqui, que, a partir do momento em que um fenômeno se apresenta como um problema, necessariamente ele já está ancorado, enraizado na realidade e com ela comprometido. Portanto, o problema desde o início já faz parte do real. O problema delineado representa, assim, o “incômodo vivencial” que instigou, através de um processo de abstrações e elaborações sucessivas, a formalização da pergunta central do estudo, a qual reclama as pertinentes respostas no terreno empírico.

Por outro lado, o reconhecimento de alguns elementos da realidade como problema já significa um primeiro processamento do empírico, um primeiro entendimento deste, uma vez que aquela parte do real (fenômeno ou coisa que sucessivamente se

converterá em objeto) gera necessidade de conhecimento. E esta parte destacável da realidade pode ser apropriada reflexivamente em níveis cada vez mais abstratos, através de conexões, mediações e significados da situação concreta invisíveis ao olhar inicial no processo de conhecimento (SCHRAIBER, 1993a, p. 23).

A captação do objeto do real depende, então, de uma sucessão de abstrações que constituem o primeiro movimento de elaboração intelectual, mas que é também um movimento de trazer aquele objeto inicialmente sentido em estado bruto, o “incômodo vivencial”, para o plano da consciência e da razão. O movimento seguinte consiste em devolvê-lo novamente à totalidade originária através do trabalho empírico, de modo a tornar a abstração legítima, agora convertida em sua dimensão concreta compreendida, organizada, coerente e inteligível.

Sendo o objeto um recorte singular e individualizado da realidade, o conhecimento de suas conexões, articulações ou mediações com o real é necessário para conhecer sua função e significado enquanto parte. Isto é, o objeto passa a ter existência, enquanto tal, através das suas mediações com o real, ou, dizendo de outro modo, o principal mediador do objeto, de uma certa forma, é a própria realidade empírica que nele está expressa. Portanto, o objeto encerra vários sentidos internos e externos de significação, o que lhe permite ser ao mesmo tempo particularização e síntese do todo. Neste, o concreto se reapresenta como unidade de múltiplas determinações, passando a refletir no objeto sua processualidade e sua própria contraditoriedade.

Como síntese do real, portanto, o objeto recortado passa a constituir um universo próprio em função daquelas mediações, através das quais se dá a presença do todo na parte, a qual, por sua vez, também contribui para a reprodução do todo, daí a poder-se dizer que o objeto é “*estrutura estruturada e estruturante*” do conjunto do real. (SCHRAIBER, 1993a). Assim, o objeto, como particularização de um real multifacetado e contraditório, passa a condensar essa mesma dinâmica em seu interior. Por outro lado, o singular capta e explica apenas aspectos e fragmentos da realidade, uma vez que a totalidade é inapreensível, só podendo ser vista em sua historicidade e em determinados níveis de apreensão. Só rearticulando o objeto à sua totalidade originária será garantida sua legitimidade e compromisso com o real.

A primeira apreensão da realidade, o “incômodo vivencial” ou “estranhamento”, é feita através do sentimento, ou seja, no plano das percepções subjetivas, que, por assim dizer, desencadeiam o processo de objetivação do real, num jogo de luzes e sombras que confere a este a densidade necessária para a compreensão, ainda que sempre fugaz, da sua multidimensionalidade. Através do processo de apropriação reflexiva, a razão transforma o objeto de abstração em objeto de estudo. A consciência, no sentido de uso da razão, é o ponto de inflexão necessário para a produção do objeto no plano da realidade empírica.

A subjetividade, porém, não se restringe ao movimento inicial de recorte do objeto, já constituindo, na verdade, uma primeira mediação com o real, perpassando todo o processo de conhecimento, desde a referência situacional do investigador/sujeito no contexto da pesquisa, passando pela construção metodológica do campo de investigação até a etapa de análise e interpretação dos dados (MINAYO, 1994, p. 21).

A inclusão do pesquisador num dado contexto histórico, técnico, político e ideológico determina a sua atitude como sujeito diante do processo investigativo, o que lhe confere um olhar analisador dotado de um conteúdo ético e político frente ao seu campo de investigação. A anterioridade ético-política desse olhar perpassa todo o processo de apreensão do real desde o seu início e também se institui num mediador por excelência entre o objeto e o real.

Uma vez delimitado o problema da pesquisa e, subsequente, a hipótese que norteia este trabalho, torna-se necessário estabelecer um planejamento metodológico com vistas ao desenho e à construção do trabalho de campo que corresponde à etapa empírica da pesquisa, concebendo-se campo de pesquisa, com base em MINAYO (idem), como o **“recorte que o pesquisador faz em termos de espaço**, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação” (grifos da autora).

Assim, na construção do campo de investigação, tanto o processo de delimitação do objeto como a validação das hipóteses deverá se concretizar no plano do real. Esta passagem para a apreensão do real, que constitui um momento de construção reflexiva do pesquisador, implica na construção e no domínio do trabalho de campo, dentro

do qual a singularidade do objeto recortado deverá representar, pelo menos parcialmente, a totalidade do real (SCHRAIBER, 1993a).

Trazer, então, a pergunta proposta no trabalho (resultante das elaborações sucessivas do “incômodo vivencial”) para o plano do empírico implica, a partir das suas mediações, em tecer o fio que irá conduzir o objeto ao real concreto, o que deverá se concretizar objetivamente no delineamento do campo de investigação.

O DESENHO DO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO – OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS UTILIZADOS PARA A SUA CONSTRUÇÃO

A definição do caráter da pesquisa e a estratégia metodológica utilizada

As informações acima são importantes para compreender a presente pesquisa no seio da pesquisa institucional mais ampla, já citada, fruto de uma encomenda formal da Agência Nacional de Saúde. Nesse sentido, são dignas de destaque duas observações em relação à proposta metodológica da pesquisa em curso. A primeira delas envolve as próprias injunções da pesquisa institucional, que circunscrevem e condicionam, até certo ponto, o formato metodológico do atual estudo. O segundo aspecto está relacionado à referência situacional do próprio sujeito da pesquisa, que é superposto pela da instituição demandante, a qual também pode ser considerada como um sujeito da mesma, ainda que as pesquisas (a atual e a institucional que a gerou) tenham natureza e objetivos diferentes. De qualquer forma, a precedência ético-política do olhar investigativo e analisador do sujeito-pesquisador e do sujeito-instituição se identificam neste caso, o que não quer dizer que componham uma unidade indivisível.

Conforme já assinalado na parte introdutória do presente estudo, os conteúdos trazidos na “pesquisa-mãe” permitiram visualizar com clareza, por exemplo, o elevado grau de interpenetração existente entre a operacionalização dos mecanismos de micro-regulação já citados e a organização e ordenação de modelos assistenciais neste mercado, o que será demonstrado também na etapa empírica da presente pesquisa. Adicionalmente, foi possível verificar que todos os segmentos empresariais compartilham de uma agenda muito semelhante quanto à aplicação dos mecanismos micro-regulatórios, independentemente da sua natureza jurídico-institucional, ainda que existam, evidentemente, especificidades próprias a cada um deles. Isto sugere uma tendência a uma

certa uniformidade do mercado, ao menos sob esse ponto de vista, o que pode estar refletindo a influência exercida por um discurso formador comum na prática de gestão organizacional das operadoras nele atuantes.

Assim, para a definição do caráter da pesquisa foram levadas em consideração as postulações de ordem teórica explicitadas até agora e as determinações de ordem técnica já referidas e contingenciadas pela pesquisa institucional de caráter mais amplo. Percebeu-se então que, em vista da alta complexidade do sub-setor de assistência supletiva, da multi-dimensionalidade que cerca o tema proposto para estudo, bem como do próprio referencial teórico que o sustenta, a pesquisa deveria assumir um caráter essencialmente **qualitativo**, de modo a se analisar de forma mais aprofundada as questões postas em debate. Em vista das considerações acima, ao lado da complexidade anteriormente referida que o tema suscita, demandando uma abordagem qualitativa, a opção adotada como estratégia metodológica foi o **estudo de caso**.

Vale dizer que na pesquisa mais ampla encomendada pela ANS, a opção metodológica já havia sido o estudo de casos múltiplos, abrangendo os segmentos Medicinas de Grupo (entre as quais se incluíam duas operadoras), Seguradoras (tendo sido também estudadas duas seguradoras), Cooperativas médicas (idem) e uma empresa de auto-gestão¹³, através de critérios de elegibilidade previamente definidos. Para a pesquisa agora em foco, acrescenta-se, aos motivos anteriormente citados, o aspecto que já havia sido mencionado no capítulo anterior, atinente ao possível grau de isomorfismo que parece estar tomando conta do mercado de planos e seguros privados no Brasil, fruto de um discurso formador único ou de uma matriz discursiva originária da Atenção Gerenciada, que vem colonizando técnica e ideologicamente as concepções de modelo tecno-assistencial nos diferentes segmentos do mercado, em maior ou menor grau para cada um deles, como já vem sendo dito.

¹³ Por questões de ordem ética, ligadas ao compromisso de sigilo estabelecido com as operadoras participantes da pesquisa por parte da ANS, estas não terão sua identificação divulgada.

Para alguns autores, o estudo de caso não é uma técnica específica de pesquisa, mas um meio de organizar os dados sociais preservando o caráter unitário do objeto estudado, o que equivale a dizer que é uma abordagem que considera qualquer unidade social como um todo (a história de vida de um indivíduo, a história de um grupo, ou um processo social delimitado), ainda que não logre, como ademais não o faz nenhuma outra técnica, apreender o objeto em toda a sua unicidade. A adequação dos dados é conduzida e conferida pelo próprio problema que norteia a pesquisa. Conseqüentemente, este método não é considerado capaz de captar o único, mas afigura-se como uma tentativa de manter juntas, como uma unidade, as características marcantes e importantes para o problema sob investigação (GOODE & HATT, 1973, p. 422-4, 432).

O estudo de caso, também conhecido como pesquisa sintética de caso, é uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma unidade de análise e, nela, a observação do caso se faz pelo interior, sendo que o potencial explicativo desta estratégia provém da coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso e da coerência das variações dessas relações no tempo. Assim, o potencial explicativo vem decorrer da profundidade da análise do caso e não do número de unidades de análises estudadas (CONTANDRIOPOULOS, 1994, p. 40).

O estudo de caso único compreende dois entre quatro modelos utilizáveis em estratégias de pesquisa por ele descritas, e que correspondem (a) ao estudo de caso único com um só nível de análise ou análise holística, e (b) ao estudo de caso único com vários níveis de análise (unidades de análise imbricadas), que atende ao interesse do pesquisador em estabelecer diferentes níveis de explicação para um mesmo fenômeno, como é o caso da presente pesquisa. A definição dos níveis de análise deve ser feito à luz do marco teórico da pesquisa, sendo que este recurso pode permitir selecionar um caso que melhor atenda ao problema central da mesma (idem, p. 40-1). O estudo de caso único, apoiado sobre um ou vários níveis de análise, é dotado de um alto potencial de validade interna, que representa “a capacidade de um estudo testar, de maneira simultânea, um conjunto de relações, compondo um modelo teórico”. Tal validade é conferida (a) pela qualidade, complexidade e exclusividade da articulação teórica sobre a qual baseia-se o estudo, e (b) pela adequação entre o modo de análise escolhido e o modelo teórico a ser testado (idem, p. 45).

Para a obtenção dos dados holísticos, como são chamados os dados obtidos nos estudos de caso, pode-se lançar mão de técnicas utilizadas em outras formas de organização, como entrevistas intensivas, questionários, autobiografias, documentos, relatos de casos de outros, cartas etc. “A manutenção do caráter unitário do caso é auxiliada pela amplidão e níveis acrescentados aos dados obtidos, o uso de índices e tipologias, e a ênfase na interação na dimensão de tempo” (GOODE & HATT, op. cit., p. 432-3).

Ao longo da “pesquisa-mãe” já mencionada, teve-se a oportunidade de confirmar que as grandes tendências e os traços principais observados nas operadoras pertencentes aos quatro segmentos estudados, no que se refere aos propósitos do presente estudo, podiam ser encontrados de forma condensada em uma das empresas de medicina de grupo selecionada, conforme já dito. Esta passou a constituir uma referência emblemática das tendências de comportamento sinalizadas para todos os grupos ou segmentos, dentro do enfoque da conformação de modelos assistenciais prescritos na conjuntura internacional de reestruturação dos processos produtivos no campo da saúde, como agenciadora em potencial de uma possível transição tecnológica para uma nova configuração dos processos produtivos em saúde (ainda que dentro de uma visão controlista do mercado proporcionada pelo tipo de regulação que impetra no mesmo).

Trazendo-se a problematização mais ampla (que já havia sido formulada na parte introdutória da pesquisa), para um plano mais concreto e passível de verificação empírica, e se considerando a possibilidade inúmeras vezes lembrada acerca da tendência a um possível isomorfismo do campo (pelo menos no que se refere à utilização de um arsenal micro-regulatório compartilhado e à modelagem de modelos assistenciais inserida no arcabouço estrutural do primeiro, entre as operadoras investigadas na “pesquisa-mãe”), uma possível forma de se posicionar diante de uma pergunta com aquela amplitude pode ser feita através da investigação e análise desta operadora que, por condensar algumas das características mais reveladoras das tendências existentes no atual mercado de saúde suplementar brasileiro, possa estar representando um caso típico, ou um tipo-ideal, podendo servir, assim, de analisador para a formulação de problema que vem se construindo neste estudo.

A seleção de uma operadora portadora de um determinado conjunto de características no universo do mercado de saúde suplementar brasileiro, que lhe permite ser

considerada emblemática do comportamento do mercado, dentro da discussão teórica que vem sendo articulada, implica em reatualizar e formular com mais objetividade e precisão novas interrogações. Desse modo, como uma evolução das indagações já formuladas na introdução desta pesquisa, interroga-se:

Uma operadora que sirva de paradigma no universo do mercado de saúde suplementar brasileiro, sob o ponto de vista micro-regulatório e assistencial (no sentido de arregimentar as premissas determinadas pelas novas tecnologias organizacionais), apresenta sinergia com o marco regulatório estatal, podendo ser utilizada como analisadora do projeto macro-regulatório do Estado sobre o setor?

O conjunto de informações existentes até agora permite que se transite de uma perspectiva mais abrangente para uma mais realista e objetiva com vistas à delimitação final do problema da pesquisa, sem diminuir o escopo da pesquisa. Assim, as interrogações anteriores podem ser retraduzidas e sintetizadas da seguinte forma:

1) *O marco regulatório que o Estado tenta imprimir no mercado de saúde suplementar, re-significando os parâmetros que o norteiam, no sentido de obter a qualificação dos processos assistenciais e a produção social de saúde, comporta o marco regulatório que o próprio capital (quer sob os pressupostos da medicina tecnológica, quer sob o novo paradigma imposto pelo capital financeiro via Atenção Gerenciada) já vem instituindo independentemente da ação estatal?*

2) *Uma operadora que reúna características emblemáticas e afinadas com a nova lógica do capital (sob o ponto de vista da sua organização micro-regulatória e assistencial), ou seja, que opere em sintonia com o marco regulatório por ele estabelecido, pode ter sinergia com o marco regulatório do Estado, sendo de fato vulnerável ao impacto da sua política reguladora? Qual deverá ser o sentido da regulação estatal para intervir na formatação até certo ponto já estruturada desse campo e causar um impacto regulatório efetivo sobre operadoras com essas características? Como convertê-las em organizações gestoras do cuidado, tomando-se como eixo os processos relacionais existentes entre os atores, de forma a modular adequadamente os seus auto-governos em direção à implementação de processos mais cuidadores, com vistas à qualificação dos processos assistenciais e à produção social de saúde?*

Com base nas considerações já tecidas até agora, pode-se, então, atualizar as hipóteses deste estudo, que de certa forma são complementares, nos seguintes termos:

Hipótese 1: *No mercado de saúde suplementar brasileiro, a dinâmica instituída pelo capital (inicialmente através do modelo médico-hegemônico,*

e posteriormente, através do capital financeiro, sob a modelagem assistencial desenhada pela Atenção Gerenciada), não é totalmente permeável à política regulatória da Agência Nacional de Saúde, enquanto braço regulador do Estado, nos moldes em que esta tem se realizado até agora. Assim, organizações que tenham como característica uma construção muito definida e estruturada da sua prática micro-regulatória sobre a produção do cuidado podem tanto atuar em sinergia com o marco regulatório do Estado como, opostamente, tornar-se potencialmente refratárias à ação reguladora do mesmo, o que permite que sejam utilizadas como analisadoras do projeto regulatório estatal sobre o setor.

Hipótese 2: O êxito da intervenção estatal neste campo está diretamente ligado à sua capacidade de promover uma redefinição do modelo assistencial através da instituição de marcos regulatórios que impliquem uma intervenção na dimensão micropolítica da regulação operativa do mercado (modulando adequadamente as relações entre os seus agentes, sobretudo entre as operadoras e os prestadores), reciprocamente remetida ao plano macro-político, de modo a tornar as operadoras de planos e seguros privados em organizações gestoras do cuidado, no sentido de promover a qualificação dos processos assistenciais e a produção social de saúde.

A seleção da operadora em pauta permite que o seu comportamento possa ser examinado e analisado com a profundidade que o tema requer, sem comprometer eventuais especificidades encontradas em outros segmentos, reproduzindo ou mesmo indicando novas tendências comportamentais dentro do mercado de saúde suplementar.

É feita menção também a alguns dados referentes a outra medicina de grupo, a título de cotejamento dos mesmos com o da operadora selecionada, quando se mostraram evidentes algumas diferenças entre ambas no conceito de “gestão do cuidado” e na sua implementação organizacional e assistencial.

Em decorrência do compromisso de sigilo estabelecido em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido firmado entre as partes, fica preservado o anonimato da operadora estudada, esclarecendo-se tão-somente tratar-se de uma operadora pertencente ao segmento das empresas de medicina de grupo.

A coleta de dados

De um modo geral, além da revisão bibliográfica tradicional, foi feita um levantamento de informações atinentes ao tema específico da saúde suplementar junto a revistas especializadas, publicações diversas, dados oficiais do IBGE, pesquisas nos sites da

operadora escolhida e sua entidade representativa – a ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicinas de Grupo), *site* do Conselho Regional de Medicina, captação de informações junto à própria Agência Nacional de Saúde e entrevistas com os seus técnicos mais diretamente ligados à formulação do projeto institucional.

No que diz respeito mais diretamente ao campo de investigação, o principal recurso metodológico para a apreensão do real utilizado neste trabalho é a **informação**, elemento presente nos processos de trabalho produzidos no interior dos estabelecimentos de saúde, bem como na gestão organizacional da instituição tomada como objeto de estudo e da própria instituição governamental que financiou a pesquisa mais abrangente já mencionada.

Considera-se, aqui, que dois tipos de informação podem ser mobilizados para a construção do trabalho de campo: (1) a **informação de caráter institucional**, que possibilita a descrição dos processos de trabalho a partir de fontes documentais institucionais (depoimentos ou documentos escritos), ou mesmo de depoimentos de atores comprometidos com a imagem oficial das instituições, especialmente da operadora estudada; e (2) a **informação não institucional**, obtida, por exemplo, através das representações dos sujeitos ou atores não diretamente encarregados de representar ou preservar a imagem da instituição (cujos componentes cognitivos e objetivos também são constitutivos do real), as quais podem coincidir ou não com a primeira.

No caso da informação gerada no nível institucional, novamente há que se reportar ao fato de a pesquisa atualmente em curso ser descendente de um projeto mais amplo de investigação sobre o mercado da saúde suplementar, ainda que tenha se constituído em um estudo independente, com especificidades quanto ao seu objeto e aos seus objetivos, bem como em relação à própria abordagem metodológica da investigação. Sendo assim, a informação institucional refere-se tanto à própria instituição demandante da pesquisa (com o seu acervo informacional próprio acerca do mercado de saúde suplementar) como à operadora selecionada para o estudo de caso, através dos seus representantes da alta direção e da direção intermediária. Um momento especialmente importante da pesquisa foram as entrevistas realizadas com estes últimos, cujo detalhamento será feito a seguir.

A focalização do estudo em grandes linhas do cuidado

Em função da discussão teórica já estabelecida anteriormente, foi feita a opção de concentrar o estudo em grandes linhas de cuidado, especificamente de alguns dos seus momentos mais críticos, dada a sua importância tanto no contexto epidemiológico brasileiro, como na organização tecnológica dos serviços de saúde. As linhas de cuidado selecionadas foram:

- (a) A linha de produção do cuidado na assistência materno-infantil;**
- (b) A linha de produção do cuidado na assistência às doenças cardiovasculares.**

O recurso utilizado para a obtenção de informações foi a realização de questionários semi-estruturados e entrevistas abertas, aplicados a alguns informantes-chave em todo o processo. Procurou-se captar as visões de essencialmente dois grupos de entrevistados: os representantes da direção da operadora (incluindo-se aqui elementos da alta direção e da gerência intermediária) e os prestadores. Estes, por sua vez, foram segmentados em prestadores hospitalares e prestadores médicos individuais.

Para efeito de sistematização do trabalho de campo tem-se, então:

a) **Entrevistas com informantes-chaves da operadora:** foram feitas entrevistas com representantes da alta direção e com representantes da gerência intermediária.

- *Representantes da alta direção da operadora:* Estes foram representados pelo Diretor Clínico da operadora (que integra o Conselho da operadora), pelo Assessor do Conselho da mesma; pelo representante da Diretoria Técnica e de Recursos Credenciados; e pelo representante da Diretoria Executiva Financeira e Operacional, também responsável pela Central de Atendimento ao Cliente (CAC ou Call Center).
- *Representantes da gerência intermediária:* foram entrevistados o gerente de Credenciamento, uma das coordenadoras da Auditoria de Análises Médicas e o gerente de Contas Médicas.

Além desses, foram entrevistados ainda dois outros gerentes, que, dada a sua importância no contexto organizacional da operadora, merecem referência particularizada:

- *O gerente médico do Departamento de Medicina Preventiva e*
- *A gerente da Central de Atendimento ao Cliente (Call Center).*

Com o Diretor Clínico e o Assessor do Conselho da operadora, que foram abordados conjuntamente, foi feito um questionário semi-estruturado e uma entrevista aberta, no sentido de explorar mais amplamente algumas questões não presentes de forma direta no questionário e de deixá-los expor com mais liberdade os seus pontos de vista e a filosofia geral da operadora.

Com os demais informantes foram feitas entrevistas abertas, por questões operacionais e também porque os dados mais estruturados já haviam sido obtidos na primeira entrevista citada.

b) Entrevistas com prestadores da rede própria e da rede credenciada.

Crítérios de seleção dos prestadores:

Foi pedida a indicação dos prestadores hospitalares e médicos junto à operadora, segundo o critério de maior produção no universo da mesma. Procurou-se entrevistar dois prestadores de cada segmento de cada linha de cuidado estudada, o que poderia ser modificado (mediante ampliação ou redução da amostra), conforme a necessidade de se obter respostas a novas indagações ou mesmo saturação ou repetição das respostas da amostra inicial. Foi observada ainda a sua forma de vinculação com a operadora, procurando-se selecionar para entrevistas os prestadores conforme a sua inserção na rede própria ou credenciada, por se entender que o tipo de inserção poderia trazer informações qualitativamente diferentes tanto em relação aos aspectos atinentes aos mecanismos de regulação impetrados pela operadora (bem como as suas diferentes formas de resistência aos mesmos) quanto aos aspectos de percepção e adesão ao padrão assistencial vigente na mesma.

Foram realizadas entrevistas abertas, associadas à aplicação de questionários semi-estruturados, com prestadores hospitalares e individuais pertencentes às linhas de cuidado selecionadas. No caso da operadora em estudo, os primeiros foram dois hospitais da rede credenciada, enquanto os últimos totalizaram 7 entrevistas: 3 pediatras (1 da rede

própria e 2 da rede credenciada¹⁴), 2 cardiologistas (1 da rede própria e 1 da rede credenciada) e 2 ginecologistas (1 da rede própria e 1 da rede credenciada).

É importante ressaltar que, no caso dos prestadores hospitalares, foi feita a opção de se entrevistar dois prestadores hospitalares credenciados, ao invés de um prestador próprio e um credenciado, pelo fato de se considerar que um diretor da rede própria é um representante da política gerencial da operadora, com referenciais endógenos à própria empresa, havendo a possibilidade de constituir uma interlocução reverberante, com pouca ou nenhuma explicitação das tensões que permeiam a relação operadora-prestadores e dos próprios mecanismos de regulação que se pretende estudar, uma vez que os hospitais próprios seguem as diretrizes gerenciais definidas pela própria operadora. Desse modo, os mecanismos utilizados são estabelecidos pela e para a própria instituição, bem como para uma equipe previamente contratada dentro de parâmetros e regras já conhecidos. Assim, diante da possibilidade de não se obter informações adicionais e significativas além do que as outras entrevistas com elementos-chave da operadora já haviam revelado, considerou-se mais enriquecedor entrevistar dois prestadores da rede credenciada, um da cidade de São Paulo e outro fora dela (no caso, Campinas), no sentido de se poder perceber como a operadora se comporta onde não dispõe de rede própria.

Todas as entrevistas, bem como os comentários paralelos acerca das perguntas dos questionários, foram gravadas com o consentimento dos entrevistados, com exceção de dois prestadores (um da cidade de São Paulo e outro da cidade de Campinas). Em função do arcabouço geral determinado pela pesquisa institucional encomendada, que procurava investigar os modelos assistenciais vigentes no mercado de saúde suplementar brasileiro, bem como os mecanismos de regulação que se estabelecem entre os seus agentes (mais especialmente, entre operadoras e prestadores¹⁵), o conteúdo dos questionários e

¹⁴ Foram feitas 3 entrevistas com pediatras porque a primeira realizada com uma pediatra credenciada em Campinas, não pareceu ser satisfatória logo de início, uma vez que ela não permitiu a gravação da entrevista e se mostrou bastante lacônica nas respostas, o que se somou ao fato de o volume de usuários da operadora ser ainda muito pequeno na cidade. Contudo, optou-se posteriormente por aproveitá-la por se tratar da visão de um prestador de fora da cidade de São Paulo.

¹⁵ Como já havia sido dito anteriormente, dois grupos de pesquisadores foram incumbidos de investigar, em duas pesquisas independentes, os modelos assistenciais vigentes no mercado de saúde suplementar e os mecanismos de regulação prevalentes no mesmo entre os seus diversos agentes. Foi feita uma opção metodológica por parte do segundo grupo de pesquisadores explorar especificamente os mecanismos de regulação (ou de micro-regulação) existentes entre operadoras e prestadores. Isto pode ser explicado, em parte

A metodologia da pesquisa: a micropolítica do trabalho vivo como referencial teórico que embasa o delineamento dos procedimentos metodológicos e o desenho do campo de investigação

entrevistas versou em torno desses dois temas, o que foi capital para a compreensão e análise dos processos de trabalho e da combinação das modalidades tecnológicas existentes como expressão da política organizacional da operadora, tendo como horizonte a reestruturação dos processos produtivos.

Com a finalidade de esclarecer com precisão alguns pontos analisados, bem como de mostrar fidedignidade dos dados coletados, serão feitas, à medida do necessário, citações das falas dos entrevistados.

A incorporação das representações como parte da investigação leva em conta a existência de um domínio consciente dos sujeitos sobre o processo histórico, o que ocorre de forma extremamente variável e dependente do recorte interessado da realidade por parte de cada um deles. Assim, os diferentes sujeitos, com seus depoimentos, reconstituem as suas vivências no interior do cenário do mercado privado de saúde, expondo, através da sua experiência pessoal, a sua compreensão particular de como ele se organiza, testemunhando, assim, a vivacidade dos processos de trabalho e das suas formas de gerenciamento e captura, na sua micropolítica, como uma nova ordem organizacional dos processos institucionais, que tem sua expressão nos processos assistenciais. Os testemunhos desses sujeitos, ao revelar facetas da micropolítica do trabalho vivo, dentro dos espaços de relação, podem reconstituir um quadro mais completo do objeto sob investigação, que pode estar demonstrando uma tendência a uma uniformidade de comportamento no mercado de saúde suplementar como um todo, sem a pretensão de desconsiderar as inegáveis especificidades e dissonâncias sempre constitutivas de qualquer realidade que se pretenda estudar.

pelas dificuldades de operacionalização que a inclusão dos usuários acarretaria, em vista do grande volume de informações a serem acrescentadas, que por si só seria motivo para a realização de uma outra pesquisa, mas sobretudo em função da fundamentação teórica já apresentada ao longo deste trabalho que envolve a problematização da relação entre operadoras e prestadores, expressa na remodelagem dos processos tecnológicos.

A metodologia da pesquisa: a micropolítica do trabalho vivo como referencial teórico que embasa o delineamento dos procedimentos metodológicos e o desenho do campo de investigação

4. OS RESULTADOS DA PESQUISA

*A insensibilidade, a indiferença, a anestesia representam
a pobreza absoluta já que anulam todas as riquezas.
A ausência transforma tudo o que toca em chumbo.
A sensibilidade e a abertura, por sua vez, são a riqueza absoluta
já que exaltam e dão sentido a todas as outras riquezas.
O amor transforma tudo o que toca em ouro.
(Pierre Lévy – O fogo liberador)*

A apresentação dos dados obtidos no trabalho de campo será feita simultaneamente à análise dos mesmos, levando-se em conta o referencial teórico apresentado no capítulo anterior e se considerando ainda alguns resultados e conteúdos obtidos na pesquisa institucional realizada para a Agência Nacional de Saúde. Desse modo, pretende-se conciliar as temáticas das duas frentes de pesquisa, atinentes aos modelos assistenciais vigentes no mercado de saúde suplementar brasileiro e aos mecanismos de regulação de utilização que se realizam na esfera da regulação operativa do setor, dentro do enfoque e dos objetivos do presente estudo. Por esta razão, o processo de apresentação e análise dos resultados da mesma envolve, de forma mutuamente remetente, aspectos ligados aos mecanismos de micro-regulação adotados pela operadora analisada e à conformação do modelo assistencial por ela construído, no sentido de mostrar como são engendradas as formas de realização e de gestão dos processos produtivos nela presentes, procurando-se neles identificar a existência de um padrão de constitutividade, tomando-se como base o núcleo tecnológico do trabalho.

O fato de a entrevista ter sido realizada por uma pesquisadora credenciada pela ANS certamente pode ser considerado um viés no estudo, mas que já havia sido assumido como uma condição *a priori* pelos dois grupos de pesquisadores, no sentido de se evitar que a legitimidade e a credibilidade da pesquisa pudesse ser posta em questão. Assim, uma primeira avaliação parece apontar uma certa necessidade dos entrevistados em produzir “discursos ideais”, transmitindo a impressão de transparência e de que tudo funciona em conformidade com a regulamentação governamental, descaracterizando qualquer antagonismo ou desrespeito em relação à mesma, bem como qualquer possibilidade de que os mecanismos de micro-regulação impetrados possam representar restrições de acesso e, portanto, uma incompatibilidade com as diretrizes regulamentadoras da ANS e dos órgãos de defesa do consumidor.

Em vista do compromisso formal de garantia do anonimato das operadoras abordadas, a operadora atualmente em estudo será denominada de Operadora X ou,

simplesmente, operadora. Os dirigentes serão identificados de acordo com os seus cargos na empresa. Já os prestadores hospitalares serão identificados como Hospital 1 e 2, enquanto que os médicos serão referidos de acordo com a sua especialidade e a sua forma de vinculação com a operadora, ou seja, conforme a sua inserção na rede própria ou credenciada da mesma.

4.1. A REGULAÇÃO COMO PRINCÍPIO DIRETOR DOS PROCESSOS GESTORES E ASSISTENCIAIS

Através da análise dos dados coletados no trabalho de campo, teve-se a oportunidade de comprovar a importância da regulação desenvolvida pela operadora no espaço da regulação operativa no mercado de saúde suplementar brasileiro e, mais do que isto, o quanto ela é constitutiva do processo de acumulação capitalista no setor.

Um aspecto ficou bem patente e merece destaque: a regulação, aqui entendida como regulação operativa, não é apenas uma prática de controle administrativo que se expressa através de alguns instrumentos concretos e palpáveis de controle do acesso ao sistema e da prática assistencial. A verdadeira regulação não é aparente nem se expressa necessariamente nos mecanismos de regulação do acesso usuais, que se traduzem em porta de entrada, direcionamento, hierarquização, autorizações prévias, protocolos, co-pagamentos etc. É relevante o fato de que a regulação, mais do que faz supor sua simples expressão material nesses instrumentos de controle administrativo do consumo de serviços adotados pelas operadoras, constitui, na verdade, um princípio diretor dos processos gestores e dos processos ligados à prática assistencial desenvolvidos pela operadora, aí se inscrevendo com primazia os mecanismos de controle da prática médica.

A regulação empreendida pelas operadoras de planos e seguros saúde é, portanto, a “alma” dos seus processos gestores, é o eixo em torno do qual se estrutura a denominada **gestão do cuidado**, sendo um pressuposto para se obter qualidade da assistência com custo compatível.

Regulação e controle da informação

Para se realizar, a regulação faz uso de uma poderosa ferramenta, que é a informação, sendo a intimidade que ambas mantêm entre si tão grande a ponto de se

confundirem uma com a outra. A informação expressa as diferentes formas de linguagem através da qual a regulação se efetiva, e, através destas, conforma os diferentes âmbitos relacionais e os compromissos inter-atores neles contidos, denominados anteriormente de *atos ilocucionários*, que são os compromissos sociais produzidos e assumidos através desses atos lingüísticos.

Assim, o controle da informação é um componente absolutamente estratégico desse processo, e pode ser apreendido de forma onipresente no cotidiano da empresa, seja nos aplicativos de informática do macro-sistema, seja na micropolítica mais fina. A estrutura de informação construída na operadora é gigantesca para atender a todos os controles administrativos que são exigidos, internos e externos à operadora, o que pode ser atestado pelas palavras do seu Diretor Clínico: “Graças à ANS, a operadora X é mais uma empresa de informática do que qualquer outra coisa”. O Assessor do Conselho também se manifesta nesse sentido: “Aliás, um dos problemas que a gente tem hoje, é arquivo em grande quantidade, volume muito grande, controle, tudo isso custa muito”.

Na verdade, a quase obsessão com a informação cria uma peculiaridade na estrutura de mando, que é o seu caráter panóptico, extremamente vigilante, sobre todos os processos administrativos e assistenciais, que se acentua ou se agrava ante a possibilidade de responsabilização da operadora em eventuais processos jurídicos devidos à má prática, contra o que eles se resguardam com o registro documental minucioso de tudo o que se passa na empresa e na sua relação com os prestadores. Além disso, está estreitamente vinculada ao controle da vida funcional dos trabalhadores, chegando mesmo a tangenciar a vida privada dos mesmos, bem como a dos usuários. É como condição precípua para a regulação da utilização de serviços, e sobretudo para a captura do trabalho vivo, portanto, que ela ganha grande importância, constituindo este o enfoque prioritariamente dado nesta pesquisa.

Na verdade, pode-se dizer que todos os processos gerenciais desenvolvidos na operadora têm como uma de suas principais finalidades a regulação de *per si*. Pode-se dizer, então, que praticamente todas as atividades-meios da empresa redundam em regulação, tendo como base a informação. Desse modo, tanto na gestão dos processos institucionais como na prestação de serviços propriamente dita, considerando-se tanto as relações da operadora com os prestadores como com os usuários, a regulação tem uma

relação de anterioridade enquanto conceito e enquanto estratégia, precedendo a sua própria materialidade, através dos instrumentos já conhecidos e previamente citados, constituindo uma **tecnologia de gerir tecnologias**.

Ainda que a informação enquanto sustentáculo da regulação seja constitutiva de toda a ordenação empresarial desta operadora, merecem destaque, para as finalidades desta pesquisa, alguns núcleos específicos onde a sua importância para a gestão organizacional (aqui se incluindo a regulação da utilização de serviços) e dos processos assistenciais pode ser apreendida de forma mais direta: o **Call Center** e sua interface com a área de Credenciamento, e o **Programa de Medicina Preventiva**, com toda a base física, tecnológica, de inteligência e informacional que lhes dá suporte, ambos representando verdadeiros centros logísticos da operadora, no que se refere à discussão que vem sendo travada no presente estudo, como se verá mais adiante.

O Call Center pode ser visto como um lugar estratégico, um centro nevralgico do exercício da regulação e também como uma estação de recepção, acúmulo, processamento e emissão de informações. Nele, a potência e o alcance dos sistemas de informação é o que preside a articulação das redes de conversações entre a empresa e os clientes internos, e entre estes e os externos, sendo que os de maior interesse para esta pesquisa são os prestadores. No primeiro caso, fica evidente a vigilância obsessiva e ininterrupta sobre os processos administrativos em geral, e sobre os operadores do setor, em particular, de traço claramente panóptico, ao ponto em que todos atuam como fiscais de tudo e de todos em prol da satisfação do usuário e, principalmente, da própria empresa. O segundo caso, referente aos prestadores, será abordado com um maior detalhamento ao longo da apresentação do material empírico.

É interessante perceber, a partir das declarações dos entrevistados que, no que diz respeito à regulação da utilização dos serviços, parece estar havendo uma mudança de mentalidade gerencial na operadora em questão e nas grandes operadoras, de uma maneira geral. Assim, em função de alguns fatores como: (a) a regulação excessiva do acesso poder ser contraproducente em vista da possibilidade de gerar mais despesas futuras, em função do agravamento do quadro nosológico do usuário; (b) a legislação atual (tanto proveniente da ANS como decorrente da ação dos órgãos de defesa do consumidor, como IDEC e PROCON) ter coibido certas restrições de acesso diretamente aos usuários; e (c) os

altos custos do sistema serem historicamente atribuídos aos gastos provocados pela prática médica, pode-se perceber que os mecanismos de micro-regulação, ainda que se desenvolvam em todos os espaços de relação existentes no campo da regulação operativa (operadoras-prestadores, prestadores-usuários e operadoras-usuários), incidem principalmente sobre o espaço relacional operadoras-prestadores, tendo como alvo privilegiado a prática destes, daí a necessidade de um controle do processo de trabalho dos mesmos, que se traduz em um acompanhamento administrativo sistemático da sua prática através das práticas micro-regulatórias a serem doravante apresentadas.

Portanto, no que diz respeito à regulação do acesso propriamente dito, a mudança de enfoque gerencial pode ser observada em relação a um dos principais mecanismos de micro-regulação, que são as autorizações prévias para exames e procedimentos, cujo controle passa a ser exercido com muito maior intensidade sobre os prestadores que sobre os usuários, como se verá posteriormente. Nesse sentido, é vital a interface existente entre o Call Center e a área de Credenciamento, que está sob o controle direto da Diretoria Técnica e de Recursos Credenciados, e que também dispõe de uma potente estrutura de informação como suporte.

Pode-se dizer que, na relação que se estabelece com os prestadores, a regulação já começa com o próprio credenciamento, ou seja, este configura uma forma de regulação em si, o que se evidenciou nas conversas com os dirigentes. O Gerente de Credenciamento entrevistado afirmou que, com base no princípio de conformação de sub-redes de provedores, o processo de credenciamento de um prestador, individual ou empresarial, envolve todo um processo de pré-qualificação do mesmo, cujo detalhamento é completo e exaustivo até a materialização do seu contrato com a operadora. Tudo é apurado e registrado em contrato, inclusive os contatos e correspondências que ele faz com a operadora, numa rigorosa documentação de todos os eventos que porventura ocorram.

Posteriormente, é a diretriz do direcionamento que passa a presidir a regulação sobre os prestadores no Call Center, através principalmente do Custo Agregado, ferramenta de monitorização de *performance* médica que é construída e alimentada pelos dados gerados no Call Center e cujo alcance pode ser medido através da redução de solicitações médicas de exames e procedimentos, como será mostrado posteriormente.

O Programa de Medicina Preventiva, a ser também posteriormente descrito, é um outro exemplo de como o controle da informação é peça indissociável da regulação, desta vez enquanto conceito e enquanto estratégia de modelo tecno-assistencial. No que diz respeito especificamente à discussão sobre informação (sem entrar ainda no mérito da sua proposta tecno-assistencial e do seu alcance regulatório), pode-se dizer que a Medicina Preventiva (MP) compreende um verdadeiro **observatório** de toda a movimentação produzida no campo assistencial da operadora pela extensiva articulação que mantém com todos os setores e todas as dimensões da produção do cuidado efetivadas no interior da mesma, visando a saúde integral, a des-hospitalização e a estratégia de direcionamento em seu sentido mais amplo, tudo isso inscrita em uma ideologia de **gerenciamento do cuidado e dos custos da utilização**.

A valorização da qualidade no universo da regulação e dos processos assistenciais

A valorização da qualidade da atenção prestada ao usuário, comentada pelos seus dirigentes como um objetivo permanente da empresa, também pode ser considerada como um pressuposto para a regulação, estando estreitamente ligada aos mandamentos da Atenção Gerenciada. Nesse sentido, é interessante recuperar alguns trechos da fala do Diretor Clínico da operadora:

O que custa menos é o que é resolvido da primeira vez e bem. A qualidade é foco permanente na empresa, não só no atendimento médico mas **nas formas de acesso**, nas formas de profilaxia, na formas de acompanhamento de casos de risco...(...) **A qualidade é praticada mesmo antes, (quando) a gente seleciona um funcionário ou um credenciado**. Quem não tem qualidade pessoal não vai praticar qualidade. Isto é, **o cuidado com a qualidade começa no credenciamento, começa na contratação do empregado**, porque só pratica a qualidade quem tem qualidade pessoal. Você parte desse princípio. A partir daí, você tem que fornecer a ele ferramentas para desenvolver programas estruturados de qualidade. (grifos nossos)

Olha, empresa fala que faz Managed Care sem saber o que é Managed Care, e os médicos falam que são contra sem ter nem idéia do que é. Você sabe disso? (...). Você não pode entender Managed Care como restrição. Restringir exame ou procedimento, por exemplo... É burrice.

Quem fala que é pra restringir, é burrice, porque vai gastar muito mais na frente. O problema é o seguinte: também, dizer que não faz gestão...? Se você tem um recurso finito...porque o recurso é finito. Nem a população nossa tem dinheiro pra gastar mais em plano de saúde nem as empresas têm mais dinheiro pra financiar mais do que... nem o governo tem. Então o que que significa? Que você tem que fazer a gestão, a hierarquização dos recursos. Você tem que organizá-los, como qualquer conceito de produtividade moderna, pra quê? Pra oferecer a melhor qualidade, ao menor custo, com maior resolutividade. Isto chama-se gestão. Se você quiser chamar de Managed Care, você pode chamar de Managed Care. (...) Porque o problema é você jogar fora o desperdício, o trabalho feito em desconformidade. Você pega hoje pra atender um paciente, você estratifica o atendimento em tantas especialidades, em tantas coisas, que você perde eficácia, perde efetividade, perde... o pior, a qualidade de vida do paciente. Então, você tem que levar (em conta) duas coisas importantes... Precisa fazer gestão, sim. A gestão não pode, em hipótese alguma, significar restrição ao acesso, ou restrição dos direitos garantidos em contrato. A gestão, muito pelo contrário, ela deve visar a melhor qualidade pelo custo absolutamente compatível.

A valorização da saúde integral em seu depoimento também integra essa mesma lógica, justificando os altos investimentos feitos na Medicina Preventiva:

Se você pode dizer que a “Operadora X” tem foco, o foco na qualidade é: saúde integral, ou seja, você não pode cobrir patologias, você tem que buscar a saúde do indivíduo como um todo. Então, **saúde integral é um ponto. Dois: com qualidade, buscando a melhor relação custo-benefício.** E se você busca de alguma forma ampliar a tua empresa, crescer... o aspecto de custo do benefício, a melhor relação custo/qualidade/efetividade é o que a gente busca incessantemente... (grifos nossos)

As declarações acima mostram que, na verdade, a busca da qualidade não apenas configura um objetivo, mas constitui uma base conceitual (até mesmo ideológica) ou um pré-requisito para se atingir outros objetivos, compondo um complexo instrumental para se exercer a regulação da assistência. Em outras palavras, não apenas a regulação visa a obtenção de qualidade (dos produtos) como também a qualidade produz as condições para se exercer um determinado formato de regulação, com o objetivo de se alcançar a melhor

relação custo-benefício. Assim, a qualidade constitui uma condição que tem precedência em relação à prática da regulação, no sentido de que é um dos seus objetivos a manutenção e o aperfeiçoamento desta.

As considerações anteriores permitem compreender que a regulação representa um pano de fundo para todas as atividades desenvolvidas pela dentro da operadora em estudo, como se a regulação constituísse um princípio, um meio e quase um fim em si mesma. Isto é particularmente importante quando se traz a discussão da conformação dos modelos assistenciais, pois fica claro que as opções por determinadas modelagens de assistência desenvolvidas, se por um lado perseguem a qualidade dos seus produtos, que pode se refletir na qualidade da assistência à saúde aos usuários dos planos (até mesmo sob uma perspectiva de ampliação de mercados), por outro, visam a excelência da própria regulação, parcialmente traduzida através dos mecanismos de micro-regulação mais conhecidos e corriqueiros. A verdadeira regulação, portanto, ainda que tenha uma tradução parcial nesses instrumentos, em grande parte não é apreensível à primeira vista, uma vez que é constitutiva da engrenagem e da própria base ideológica do sistema.

Em outras palavras, é possível perceber que, ao mesmo tempo em que a regulação pode ter um impacto sobre a conformação dos modelos assistenciais, por outro lado, a concepção assistencial é forjada juntamente com os processos de micro-regulação (a maior parte deles incidindo sobre a prática médica), e de uma forma que vise a própria regulação quase como um produto ou um objetivo em si, ainda que isso não seja isento de conflitos. Não é demais dizer que essa regulação (sustentada por sistemas de informação) implica na observação e vigilância contínua de todos os objetos a serem regulados e que essa observação visa não apenas detectar as necessidades da sua população e as formas de realização do cuidado para atendê-las, mas incide sobremaneira sobre o auto-governo do médico, chegando, em última instância, às raias de perscrutar a vida das pessoas no seu âmbito mais privado, até mesmo sob uma perspectiva de controle social. É importante reconhecer principalmente o que tudo isso representa em termos de impacto no núcleo tecnológico do trabalho em saúde, expressa nas diferentes formas de captura do trabalho vivo, notadamente dos prestadores.

Para uma melhor visualização do que está sendo dito (isto é, a interligação existente entre a funcionalidade micro-regulatória e a política assistencial da operadora)

será feita inicialmente, uma apresentação sumária da constituição do Call Center (Central de Atendimento ao Cliente – CAC) da operadora em estudo, que configura a principal unidade logística da mesma, do ponto de vista micro-regulatório, procurando-se identificar os aspectos atinentes ao enfoque que está sendo dado na pesquisa.

Na sequência, serão mostradas alguns dos principais mecanismos de regulação utilizados pela operadora em estudo, de forma particularizada, dados esses que serão compreendidos de forma mais ampla à luz das entrevistas feitas com os prestadores hospitalares e individuais, da rede própria e credenciada da operadora, sobre quem a aplicação desses dispositivos recai de forma preferencial.

Optou-se por fazer o arremate da exposição com a apresentação do Departamento de Medicina Preventiva da operadora, aqui considerado como o núcleo logístico e o ponto alto da concepção assistencial da mesma, em um compilado organizado com base nos dados obtidos na entrevista com o seu responsável e idealizador, aqui denominado “gerente médico”, o que torna possível alinhar as considerações que vêm sendo desenvolvidas neste estudo. Com isso, pode-se visualizar de forma mais abrangente e completa, dentro do referencial teórico da pesquisa, a relação existente entre a conformação de modelo assistencial adotado pela operadora, sua prática micro-regulatória e o impacto que ambos produzem sobre o núcleo tecnológico do trabalho, ou seja, sobre os processos de captura do trabalho vivo, expressos na correlação entre o trabalho vivo e o trabalho morto, bem como a influência e a importância que isso pode ter para a instituição de marcos regulatórios estatais para o setor.

4.2. O CALL CENTER

O Call Center, ou Central de Atendimento ao Cliente (CAC), é um dos setores mais estratégicos de uma operadora de planos privados de saúde. É, por assim dizer, o elo de ligação concreto entre a empresa e o usuário, o lugar onde este apreende de forma mais imediata a imagem da empresa, e onde tem também a percepção de como é reconhecido por ela. Constitui-se em uma estação de recebimento, acúmulo, processamento e saída de informações, ou seja, é onde se dá a entrada da maior parte das demandas dos clientes, bem como o lugar onde são dadas as respostas às mesmas.

As informações obtidas a respeito do Call Center da operadora estudada

foram obtidas em entrevistas realizadas com o Diretor Executivo e Financeiro da operadora, responsável direto pelo mesmo, e com a Gerente da Central de Atendimento ao Cliente, que lhe é imediatamente subordinada. Proceder-se-á inicialmente a uma descrição sumária do seu funcionamento, com base nos dados coletados nas entrevistas e em seguida será feita uma análise do mesmo, tendo como base a problematização referente aos mecanismos de micro-regulação adotados pela operadora e sua relação com os processos de controle do trabalho vivo, inscritos na concepção de modelo assistencial vigente na mesma¹.

O funcionamento do Call Center em linhas gerais

A CAC, nos moldes em que se apresenta hoje, é resultado de uma concepção empresarial que tem o cliente como foco principal, visando-se ainda a desburocratização do processo de atendimento.

O atendimento do Call Center na operadora é uma estratégia importante de diferenciação em um mercado já muito padronizado e se caracteriza por um atendimento ao usuário “muito afável”, nas palavras do Diretor Financeiro. Segundo ele, o “T.M.O.” (“tempo médio de operação”), um indicador utilizado no meio e que determina “a alma do Call Center”, é de no mínimo 3 minutos e trinta segundos na Operadora X, o que é considerado muito alto no universo de Call Centers. Isto porque na operadora a ênfase não é dada ao TMO e ao custo que ele representa, mas sim à satisfação do cliente, o que tem um

¹ Nesta operadora, a estrutura do Call Center, também denominada Central de Atendimento ao Cliente (CAC), foi dividida, desde outubro de 2003, em duas grandes partes, em função do crescimento e da complexidade que o Call Center foi adquirindo ao longo do tempo. Uma delas é resultado da terceirização de serviços pela hoje considerada como a maior operadora de Call Centers no Brasil, sendo denominada Central de Marcação de Consultas (CMC). Através dela, é realizado o agendamento dos clientes na rede própria (hospitais e centros médicos), recebendo-se atualmente cerca de 180.000 ligações por mês. A recepção das ligações é feita por operadores desta empresa, conforme regras previamente determinadas pela operadora. Esta Central de Atendimento é considerada como tendo uma estrutura mais simples, com funcionamento das 8h00 às 19h00. A segunda parte do Call Center constitui uma estrutura mais complexa que a anterior e compreende, por sua vez, duas outras partes: uma, relacionada ao atendimento nacional (0800), que foi centralizado recentemente (antes desse desmembramento, cada uma das unidades regionais tinham operadores atendendo localmente, “sem a ciência de um Call Center”, porque “o Call Center tem toda uma ciência”, segundo o entrevistado). A outra refere-se ao atendimento de usuários de São Paulo, não estando necessariamente ligada ao atendimento na rede própria. Ambas perfazem um total de 220.000 ligações por mês, ou seja, a estrutura global do Call Center recebe cerca de 400.000 ligações mensais. Funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, num regime denominado de 24 por 7.

impacto considerável em termos de custos, uma vez que o número de ligações vem aumentando (em outubro de 2003, foram 473.000 ligações).

Para dar suporte a esse atendimento, a operadora conta com uma equipe de 170 funcionários, que realizam um intenso trabalho voltado para o mesmo, que se organiza através de uma escala de hierarquia – o gerente, a supervisão, a liderança e a operação – na qual tem lugar todo um processo de fiscalização de cima para baixo, embora, na prática, todo mundo fiscalize de tudo um pouco. Para isso, existe todo um processo de monitoramento, qualidade, *feedback* e desenvolvimento dos operadores durante todo o período trabalhado, no sentido de qualificar ao máximo a conformidade do atendimento aos usuários. Os líderes, que se sentam nas pontas, monitoram os operadores das suas fileiras e anotam, dentro de um *check-list* previamente determinado, a presença de atributos como educação, amabilidade, objetividade, assertividade etc no funcionário, os quais recebem um *feedback* dos supervisores idealmente duas vezes por mês. Segundo a gerente da CAC:

Eu costumo falar que é um trabalho de conscientização, é um grande desafio... Porque hoje a gente tem aí a grande responsabilidade de buscar a excelência no atendimento, que é um diferencial no mercado. A gente trabalha hoje com produtos que são até muito parecidos... E o nosso grande diferencial é o atendimento, o nosso serviço. E a gente tem essa consciência. Então eles são muito sensíveis a isso. E é um trabalho que a gente já vem desenvolvendo há muito tempo. Então não é da noite para o dia que você conscientiza as pessoas. Então é com muita conversa, é com muito *feedback*, muita orientação. (...) **Enfim, as necessidades do cliente alinhadas às metas da empresa...** (grifos nossos)

Para incrementar a participação da equipe são feitos com frequência trabalhos motivacionais, que envolvem treinamentos comportamentais, parabenização dos funcionários do mês, café da manhã com grupos de 8 operadores fora da empresa a cada 15 dias para se conversar sobre variados assuntos, premiação mensal dos melhores operadores (almoço ou jantar com os premiados, prêmios em dinheiro etc), publicação dos elogios recebidos pelos usuários em mural com carta de agradecimento da empresa e assinatura de todos os funcionários, dentre outros incentivos. Apesar de tudo isso, o sistema de avaliação é bastante rigoroso, e a pirâmide de hierarquização representa, na verdade, segundo o Diretor Financeiro, uma grande escala de fiscalização, que pode resultar em valorização,

advertência ou mesmo exclusão do operador que não se enquadrar nos parâmetros de qualidade estipulados pela empresa.

O relacionamento com o usuário

Segundo o Diretor Financeiro, a CAC é a instância por onde entra a maior parte dos pedidos, com exceção das pessoas jurídicas, que têm outros canais de comunicação com a operadora, através dos R. E., que são os Representantes Executivos da operadora nas empresas, e através dos quais é feita a maioria dos pedidos dos clientes corporativos. Afora isso, todo o restante das demandas, segundo ele, refere-se a pedidos de senhas para liberação de exames ou procedimentos, bem como dúvidas, perguntas a respeito de pagamentos em atraso, indicação de profissionais etc. Em função da diversidade de demandas, a CAC se estruturou de modo a ter interface com os diferentes setores da operadora, como a Tesouraria, o departamento de emissão de senhas e guias etc.

Como já foi dito, todo o funcionamento do Call Center visa a valorização do vínculo com o usuário como estratégia diferencial no mercado de saúde suplementar, que se encontra atualmente bem homogeneizado. Nessa perspectiva, um discurso comum aos entrevistados é a respeito da disposição para a escuta das necessidades do cliente, nas quais se inclui, como já mencionado, o não enfoque no TMO (“Mas o nosso Call Center é um Call Center que é dedicado a atender ao cliente, não a ter redução de custo. Tanto é que é uma discussão muito grande, toda vez que vai falar de plano estratégico, tudo, porque é isso que dá a qualidade”). A Gerente da CAC refere-se ainda à necessidade de se trabalhar com a percepção do cliente, com as suas necessidades subjetivas. Em função disso, não existe a formatação de um “script radical”, segundo ela, na abordagem feita com o usuário, procurando-se ir além da própria demanda, oferecendo novas alternativas além de um cardápio básico de opções, sempre com o intuito de trazer o cliente para a empresa.

No que concerne às autorizações prévias para exames ou procedimentos, a gerente do setor afirmou que para exames de baixa ou média complexidade e de alta frequência, a senha é dada por telefone pela própria operadora, auxiliada com suporte do pessoal administrativo ou não, estando isto sob a responsabilidade da Diretoria Executiva e Financeira. Para exames de alta complexidade ou internações, a autorização está sob a jurisdição do departamento de senhas e guias, de responsabilidade do Diretor Técnico. A

especialização ali requerida é de médicos, que recebem os pedidos por fax, fazem a análise dos pedidos e liberam a senha em 48 horas. No caso de internações na urgência, os hospitais já têm um formulário específico, sendo o pedido de internação também feito via fax. Segundo o Diretor Financeiro, o fundamento da liberação é médico e o processo de análise médica pode envolver um contato com o médico solicitante no sentido de verificar a conformidade do pedido que foi feito. Contudo, a liberação é sempre dada, a menos que haja algum impedimento de ordem burocrática, geralmente relacionado à elegibilidade. Se houver algum questionamento, este é feito *a posteriori*.

Uma demanda especialmente importante no que concerne aos mecanismos de regulação é a relacionada ao referenciamento ou direcionamento de pacientes a profissionais. Ambos os entrevistados confirmaram o atrelamento dessas indicações a uma ferramenta gerencial denominada “Custo Agregado”, que será comentado mais detalhadamente nos próximos tópicos. Os objetivos deste, segundo o Diretor Financeiro, são: coibir possíveis fraudes, avaliar a *performance* do médico, do ponto de vista quantitativo, bem como estabelecer regras para se evitar excessos por parte dos prestadores. Assim, com base nessas regras e conforme a localização geográfica, é feito um *ranking* por especialidade, recomendado pela área de Credenciamento, de forma a orientar o operador quando houver a oportunidade de uma indicação. A gerente entrevistada acrescenta que, com base neste *ranking*, o arquivo que é produzido no Credenciamento é o mesmo arquivo visualizado na CAC, e que inclusive gera o livreto para o usuário. Segundo o entrevistado, tal ferramenta “propicia a inteligência” para poder determinar como e quando liberar determinados procedimentos, e este produto final é acessado pelas operadoras da CAC frente às demandas dos usuários.

Comentários

A partir da apresentação descritiva feita do Call Center da operadora em estudo, algumas conclusões podem ser tiradas, ainda que sujeitas a cotejamento posterior com os outros dados coletados no trabalho de campo:

- O uso do controle da informação de forma onipresente e panóptica em todos os momentos e sobre vários objetos, quais sejam, os operadores, os usuários, os prestadores e toda a vida funcional da empresa. Como consequência disso, a regulação adquire uma

dimensão muito maior do que sua simples materialização em mecanismos de (micro)regulação estruturados.

- A importância do Call Center como lugar estratégico de exercício da regulação, no sentido do acúmulo e registro das informações que ali chegam e se produzem, e, principalmente, no uso dessas informações para regulação da prática médica, através da construção da ferramenta gerencial denominada Custo Agregado, cujos parâmetros são ali gerados e publicizados para uso cotidiano.
- As declarações dos entrevistados fornecem uma visão da concepção de necessidades do usuário vigente na operadora: a prioridade dada ao enfoque no usuário e na qualidade do atendimento, enquanto estratégia organizacional e gerencial da empresa atesta isso. Conseqüentemente, o exercício da (micro)regulação da utilização não incide sobre ele de forma direta, mas através do controle da prática médica, como já vem sendo dito.

4.3. OS MECANISMOS DE REGULAÇÃO ADOTADOS E SUA IMPORTÂNCIA NA LÓGICA ORGANIZACIONAL E ASSISTENCIAL DA OPERADORA

Será feita abaixo uma apresentação panorâmica de alguns mecanismos de regulação da utilização adotados pela operadora estudada, bem como sua importância na prática assistencial da mesma. Na seqüência, serão analisados outros instrumentos de regulação à luz do seu significado no interior dos espaços relacionais aqui privilegiados, notadamente aqueles estabelecidos entre a operadora e os seus prestadores hospitalares e ambulatoriais.

O direcionamento como diretriz regulatória

As entrevistas realizadas com os membros da alta direção da operadora, cotejadas com as realizadas com prestadores hospitalares e médicos credenciados atestam a grande importância do direcionamento como instrumento de regulação da utilização, considerando-se este como qualquer estratégia para conduzir o paciente para onde ela possa ter um maior controle sobre os custos do procedimento indicado, seja para a rede própria, seja para os prestadores credenciados preferenciais.

Conquanto a maior parte dos mecanismos de regulação sejam utilizados, os achados empíricos confirmam que não só o direcionamento é o principal mecanismo de regulação da utilização, como, praticamente, todos os demais instrumentos estão estruturados para atender às suas determinações, estando a ele direta ou indiretamente ligados, daí poder ser considerado uma diretriz regulatória, como será visto mais adiante.

Diversas falas dos entrevistados permitem perceber a supremacia desse mecanismo. As palavras do Diretor Técnico e também responsável pelas relações com os serviços credenciados da operadora são bastante precisas a esse respeito:

Eu acho que o direcionamento, sem dúvida nenhuma, é o maior instrumento, hoje. É o maior instrumento. Não tenho dúvida disso. (...) Quando a gente vê que tem a necessidade de você estar fazendo a remoção do paciente, você primeiro conversa com o paciente, com a família, com o médico assistente, no sentido de dar um entendimento geral do que o recurso ali pode estar oferecendo... (...) Se for o entendimento comum entre o médico assistente, a família e a operadora, a gente faz o processo de busca do melhor recurso, não necessariamente pra a rede própria. (...) Se você realmente tem argumentos suficientes pra chegar pro paciente, pra a família, falar: olha, o menor risco pra ele é estar aqui e não aqui, não só em função de custos, mas também de você realmente estar dando a melhor assistência, você até consegue mobilizar, senão fica muito difícil... porque, de alguma forma, a rede que ele está utilizando, ele passa a ter direito. Então, hoje você tentar vender o produto, e falar: olha, você pode utilizar aqui, aqui, aqui, aqui e depois, no dia-a-dia, você não dá esse direito, eu acho que já não tem mais espaço pra você fazer. O que você tem, na realidade, é que mostrar pro usuário que os serviços, onde você tem uma boa negociação, porque você já foi lá, analisou qualidade, tecnologia, você está disponibilizando pra ele realmente da melhor forma.

A preponderância do direcionamento sobre os demais mecanismos de micro-regulação tem sua principal expressão material na sólida estruturação da rede própria da operadora, constituída por três hospitais e onze centros médicos, o que, aliás, parece estar sendo uma tendência no segmento das medicinas de grupo. No caso da operadora em análise, tal estrutura visa atender praticamente todo o seu movimento assistencial, na prestação de serviços ambulatoriais, na urgência-emergência e, principalmente, na prestação de serviços hospitalares ligados a internações e cirurgias. Observa-se que a média e a alta complexidade fica praticamente toda concentrada nos seus recursos próprios, no que conta com a organização complexa e altamente articulada do departamento de Medicina Preventiva da operadora, que será analisado com maiores detalhes posteriormente.

O direcionamento na prestação de serviços hospitalares:

Na base de referência geográfica da operadora, a maior parte da prestação de serviços hospitalares (internações eletivas ou mesmo de urgência, cirurgias e realização de procedimentos que requeiram internação), é realizada nos hospitais próprios, o que parece ocorrer para quase todos os planos. Fica reservado para o atendimento fora da rede própria praticamente só o atendimento em Pronto-Socorro e a assistência ao parto, que são eventos não previsíveis.

Do lado dos prestadores hospitalares, sobretudo credenciados, pode-se contar com diversas declarações, entre as quais sobressaem-se as do Diretor Clínico do Hospital 1, que alega que o movimento de internação desta operadora X no hospital é muito pequeno, uma vez que ela canaliza tudo para a sua rede própria. Confirmando a citação anterior, refere que quando usuários da operadora chegam ao Pronto-Socorro do referido hospital, recebem contato daquela a fim de autorizarem sua transferência para um hospital próprio. Ao ser indagado se isso é previamente acordado com a operadora, ele respondeu:

Não é acordada! Nossa!!! É totalmente ao contrário dos nossos interesses, inclusive porque, pra nós, você sabe que pesa muito mais bolar uma boa assistência na emergência do que no eletivo. O eletivo é bem mais tranquilo, quer dizer, não precisa de tanta estrutura, certo? Triar médicos experientes, que é difícil, manter um nível adequado de remuneração, estrutura de enfermagem para o volume que a gente tem atendido? 10 mil doentes por mês! É muita coisa!... E na hora que o cliente vai internar, que é o que interessa pro hospital, aí ele é transferido. Então, pra a gente, como prestador de serviço, é um problema isso. (...) Então, é exatamente o contrário, à gente interessaria ficar com os pacientes... E fora que pro médico, em particular, independente da instituição, pro médico é sempre um risco, porque você vai transferir um doente, e hoje a legislação não é suficientemente clara e tal, mas a nossa responsabilidade permanece, da hora que ele está sendo transferido até que ele esteja no local. Segundo: Nós não conhecemos pra onde o doente vai, freqüentemente, a gente conhece mais ou menos. Então, às vezes, a família pede para o médico informações que nós não sabemos dar: "O senhor tem certeza que eu vou estar sendo bem atendido?". Eu fico num mato sem cachorro. Eu não conheço! Mesmo o transporte, nós não podemos

assumir uma responsabilidade por uma transportadora que não é nossa, não é verdade? Então, o que nós fizemos foi desenvolver alguns documentos para a transferência bastante detalhados, para explicar o que nós sabemos e o que nós não sabemos. (...) A gente não libera paciente nenhum se a gente não tem certeza de que as coisas estão andando...

A Diretora Comercial do mesmo hospital acrescenta:

No caso da Operadora X, assim... eles procuram manter conosco aqueles diagnósticos que não vão gerar um custo muito alto para eles.(...) Se for, por exemplo, algum procedimento que vai envolver cirurgia, UTI, que eles sabem que tem uma sequência de gastos, que eles sabem que podem administrar melhor no recurso próprio deles, fatalmente eles vão transferir. Então, isso é padrão acontecer com as operadoras que têm hospitais próprios...

Mesmo fora da sua base geográfica, onde a operadora não dispõe de rede própria, a prática do direcionamento é utilizada, sendo que, neste caso, o paciente é encaminhado para hospitais de menor custo. No caso do outro prestador hospitalar entrevistado, Hospital 2, considerado um hospital *top* na sua cidade, não há menção ao fato de o paciente ser contatado para transferência simplesmente porque a operadora não utiliza a infra-estrutura de internação do hospital. O presidente do hospital informa:

Vale a pena ressaltar aqui, como a Operadora X, existe uma série de operadoras que nos procuram... isso existe em São Paulo, no Brasil inteiro, eles nos procuram pra captar clientela, e nos põe, modéstia à parte, nos põe em primeiro plano. Pelo que é o hospital, pelo nível de atendimento... Olha, nós vamos fazer um convênio com tal empresa, nós temos o Hospital 2, viu, mas, no fim, os doentes não aparecem aqui... Eles vão pra os hospitais de menor custo. (...) Eu não sei se a senhora até sabe, que tem hospitais, por exemplo, lá em São Paulo isso é comum, eles cobram uma taxa pra isso. Falam: "Se você não me usar, 'cê vai me pagar uma taxinha aí, de 500, 1000 reais por mês..."

Segundo a Diretora Clínica da mesma instituição:

Eles se credenciam a nós, as operadoras, mas depois direcionam para seus hospitais próprios pra poder haver maior controle do custo... E eles colocam o nome da gente, como diz o doutor Presidente, como um chamariz, como um atrativo comercial, só pra alavancar suas vendas...

O direcionamento na prestação de serviços ambulatoriais:

Do ponto de vista do atendimento ambulatorial, o médico praticamente se restringe às consultas, sendo a maior parte dos procedimentos reservados para a rede própria, realizados por uma equipe própria e fixa, o que se verifica tanto no atendimento ambulatorial (realizados nos centros médicos da operadora) ou mesmo em consultório credenciado, uma vez que os prestadores só conseguem se credenciar para a realização de consultas ou, no máximo, para procedimentos simples.

Os prestadores médicos individuais em consultório, vinculados às três linhas de cuidado estudadas (cardiologia, pediatria, materno-infantil), confirmam a existência da prática de direcionamento, como se segue.

O cardiologista credenciado, que também tem vínculo com o hospital de referência citado, afirmou só realizar eletrocardiograma (ECG) no seu consultório. O restante dos exames/procedimentos é realizado naquele hospital ou em alguns serviços credenciados pela operadora exclusivamente para isto.

O pediatra credenciado manifesta-se a respeito, confirmando a retenção dos casos na rede própria em função da “diminuição de custo” e a repercussão disso no movimento do seu consultório:

O que eles fizeram? Eles fizeram uma reforma no ambulatório deles e jogaram todo mundo nos consultórios, depois que ficaram prontos os consultórios deles, então eles enxugaram.(...) Drenou tudo pra lá, então só ficaram alguns planos pra a gente. (...) Por exemplo, antes eu podia atender tudo, inclusive standard, e depois eu não podia mais atender standard (...). Eles enxugaram o plano standard e reduziu muito, caiu, o movimento meu reduziu pela metade, depois que eles fizeram isso.

O ginecologista credenciado entrevistado também traz informações interessantes nesse sentido, sendo que o mesmo tem a peculiaridade de ter um duplo vínculo com a operadora – é ginecologista credenciado e também integrante da equipe fixa de cirurgias ginecológicas da rede própria da operadora. Informou que os procedimentos que faz como médico credenciado é apenas assistência ao parto, e mesmo assim para os planos que dão direito ao médico pré-natalista, pois nos planos que não dão direito a pré-natalista (standard e outros) o parto é feito por plantonistas da operadora e ele não recebe pelo procedimento, a menos que a usuária possa fazer complementação de honorários.

Como os planos que dão direito a pré-natalista dão direito simultaneamente a outras maternidades (geralmente preferidas pelas usuárias), sendo por isso mais caros, ele acaba por fazer apenas uma parcela dos partos cujo pré-natal ele acompanha.

Quanto aos outros procedimentos cirúrgicos ginecológicos, ele só pode realizá-los como membro da equipe fixa da operadora, recebendo para isso salário fixo, conforme declarações abaixo:

(Só faço) Assistência ao parto. Assim, como eu presto serviço pra eles na especialidade de cirurgia ginecológica, eu realizo esses procedimentos, mas são pacientes que eu atendo no centro médico deles e opero na Rede. Não pelo consultório. O lado ruim é porque a Operadora X é um plano (sic) que não permite que as pacientes de consultório, mesmo nesses planos melhores, mais diferenciados, sejam operadas, escolham o seu médico e faça a cirurgia com o médico dela e esse médico seja remunerado. Obrigatoriamente, essas pacientes têm que ir pra uma equipe de cirurgia ginecológica da operadora, da qual eu faço parte e opero pela equipe e recebo um salário fixo, um pacote, seja lá como for a forma de remuneração. Então, isso é um aspecto bastante negativo que eu vejo... Mesmo nos planos mais altos. (...) Desde que o plano dela dê reembolso ela pode, mas só os planos de reembolso, aqueles que não dão reembolso ela é obrigada a ir, e isso ocorre com a grande maioria, elas vão com a equipe e a equipe acaba assumindo todo o movimento cirúrgico, de cirurgia ginecológica, que não é pequeno (...) Então, pra mim, seria muito melhor eu estar atendendo no meu consultório, existe indicação cirúrgica, eu indico, eu faço o procedimento e recebo pelo procedimento, como é com a maioria das operadoras de saúde... (...) Então, esse é um aspecto muito negativo da Operadora X, os pacientes que buscam um plano bom, diferenciado, eles querem ter a autonomia de escolher o médico do pré-natal, de escolher o médico cirurgião, 'tá certo? E não ser obrigada a ir pra uma equipe, veja, embora eu faça parte da equipe.

A realização das cirurgias apenas na rede própria independe do grau de complexidade das mesmas, segundo ele:

Mas não só caso complicado, por exemplo, um simples nódulo de mama, um nódulo benigno, fibroadenoma, ninguém pode operar, só a equipe.(...) É um caso simples, uma cirurgia ambulatorial, muitas vezes, mas não pode operar, o sistema da Operadora X é isso, pra

direcionar pra a equipe, por quê? Porque isso custa muito menos, o que eu ganho por mês pra fazer... (...) quinze, vinte cirurgias por mês, é o que eu ganharia com duas cirurgias na tabela AMB. Então, é muito mais barato pra a Operadora X ter uma equipe própria atendendo, fazendo todo esse volume cirúrgico, do que ela abrir pra a rede credenciada.

As constatações anteriores permitem inferir que, ao lado dos exemplos já dados, procedimentos auto-gerados por prestadores credenciados em seus serviços particulares praticamente inexistem, estando sob o total controle da operadora para o gerenciamento do seu custo, dentro dos seus recursos próprios, pagando salários fixos a equipes fixas, independentemente da produção realizada.

Assim, tendo como ponto de partida a declaração explícita do Diretor Técnico da operadora, que assume a importância do direcionamento como principal instrumento de regulação, doravante será possível perceber como este organiza e articula os demais mecanismos de micro-regulação mais evidentes, como as autorizações prévias, as auditorias médicas, o uso de protocolos, de pacotes e, finalmente, o que é também considerado outro instrumento de regulação por excelência – a Medicina Preventiva, que será objeto de estudo à parte, dentro do enfoque da denominada gestão do cuidado. Perceber-se-á que grande parte das considerações que serão doravante apresentadas têm como objetivo o direcionamento ou são por ele condicionadas.

As co-participações

Constituem uma modalidade de mecanismo de (micro)regulação bastante utilizada nos planos corporativos, muitas vezes como demanda da própria empresa contratante, em função de possibilitarem uma taxa de manutenção mais baixa. Alega-se que, com isto, o próprio usuário faz o gerenciamento da sua assistência (um auto-gerenciamento). Além disso, pode ser minimizada ou excluída na vigência de outros mecanismos de regulação mais importantes, como o direcionamento para os recursos próprios ou para a Medicina Preventiva, que representa uma outra dimensão da regulação do consumo, também na rede própria.

Eu acho que você pode compor esse modelo exatamente trabalhando assim... olha, eu tenho aqui toda uma área de Medicina Preventiva... E

nós vamos fazer um desenho de co-participação pra atendimento no geral, mas se o usuário quiser marcar as atividades preferencialmente dentro da minha Medicina Preventiva, dentro dos meus centros médicos... Quando for encaminhado pra dentro do meu Pronto-Socorro ou eu reduzo ou eu até elimino a co-participação. (...) Então, você tem alguns modelos que você pode estar fazendo... que é extremamente saudável. (*Diretor Técnico*)

Enquanto ele tiver no plano ele passa a ser acompanhado comigo, ele tem toda a estrutura à disposição dele da Medicina Preventiva, por exemplo, empresas que têm co-participação, quando o paciente entra pra a Medicina Preventiva ele não tem mais co-participação. (...) a gente não tem mais a co-participação, nós mandamos o relatório pra a empresa... (...) Ele não tem co-participação nas... utilizações. (*gerente médico da Medicina Preventiva*)

Isso mostra como o direcionamento para os serviços próprios e, no caso específico, para a Medicina Preventiva, articula-se com os demais mecanismos de micro-regulação, subsumindo-os ou tendo sobre eles efeito suspensivo, como ocorre na situação anteriormente citada, ou seja, quem está aderido ao programa de Medicina Preventiva tem o valor da co-participação minimizado ou é até dispensado de co-participar.

As autorizações prévias

Quanto às autorizações prévias, cuja operacionalização já foi descrita no tópico relativo ao Call Center, a maior parte dos prestadores individuais entrevistados não observou problemas, o mesmo ocorrendo com os médicos da rede própria, uma vez que, se de um lado, estes já estão mais alinhados à política regulatória da operadora, por outro (e até em função disso também), a própria autorização prévia já é mais desburocratizada, sendo providenciada pelo próprio serviço de atendimento ao cliente dos serviços próprios, não necessitando ser intermediada pela Central de Atendimento ao Cliente (que integra o Call Center).

Um aspecto interessante comentado pelo Diretor Técnico e pelo Diretor Financeiro é que as autorizações prévias perderam a importância que já tiveram no passado, quando tinham um enfoque de negativa frente aos pedidos solicitados pelos prestadores, principalmente os de alto custo ou em situações de repetição do exame ou procedimento

num intervalo de tempo considerado curto pela operadora, quando se solicitavam justificativas por escrito ao prestador. Segundo o primeiro, o que prevalece atualmente é a liberação de todos os exames, podendo algum questionamento com o prestador ser feito *a posteriori*.

Há algum tempo atrás, quando vinha um segundo pedido de um mesmo exame, a gente estava pedindo pra justificar antes. Só que como o volume é razoavelmente grande, a gente notou o seguinte: a justificativa em noventa e oito por cento dos casos era plausível. Então, a gente tinha que liberar, porque a gente vai falar com o médico, não com o paciente, o paciente só quer ser examinado. Então, o que é que a gente determinou: não compensa você botar esse tremendo funil que empaca toda a satisfação do nosso cliente em troca de dois por cento de questionamento. Então, a gente enxerga na tela, mas libera. Se tiver o pedido do médico, tiver tudo direitinho, o plano dele der direito etc, se precisar fazer uma segunda ressonância em duas semanas... (*Diretor Financeiro*)

Isso é uma coisa que tenho falado muito dentro da operadora. Eu entendo que cada peça realmente tem a sua importância e a gente não pode desconsiderar. Ao longo do tempo, você vê que tem algumas peças que têm tomado uma importância maior. Aí, logicamente, a liberação, digamos, essa autorização prévia, ela deixa de ter a importância que ela teve no passado, que ela tinha uma força de negativa em balcão e hoje ela já não tem isso. O que tem, na realidade, como instrumento pra eu entender o quanto caótico está a assistência... pra pegar essa informação e no *real time* você estar conversando com o colega médico e tentar corrigir a distorção, falar: oh, você pegou esse paciente com esse diagnóstico, solicitou esses outros exames aqui, não estão relacionados, quer dizer, eu fico com a dificuldade agora de tentar justificar pro paciente a não necessidade... Quer dizer, vamos tentar trabalhar de uma forma onde você vai tentar seguir um mínimo de protocolo nosso ou teu, mas que, de alguma forma, justifique aquilo que está sendo solicitado, não é? Então, quer dizer, essa conversa é importantíssima. Então, quando tem a condição da autorização prévia e com médicos ali no cenário, consegue-se interagir e fazer esse trabalho. (*Diretor Técnico*).

O ginecologista credenciado afirmou, entretanto, que em algumas ocasiões são feitas solicitações de relatório para justificar repetição de pedidos de exames (2ª mamografia em prazo inferior a um ano, ultrassom obstétrico com 8 semanas e 12 semanas, para avaliar translucência nuchal, por exemplo).

Pode-se observar, com base no conteúdo global das respostas dadas nas citações acima transcritas, que a atitude predominante parece se inserir numa estratégia empresarial que tem o foco principal no cliente, numa lógica que agregue valor para a satisfação do usuário e, portanto, como ponto de venda para atrair clientela. Tais afirmações sugerem que a opção logística da operadora não é fazer um controle direto da utilização que seja visível para o usuário, no sentido de causar insatisfação ao mesmo – o atendimento ao cliente na operadora de forma altamente satisfatória é considerado um diferencial indispensável para a sobrevivência em um mercado tão concorrido, sem contar a pressão exercida pelos órgãos de defesa do consumidor e pela própria ANS. Além disso, já foi reconhecida como contraproducente, do ponto de vista financeiro, a restrição de acesso a exames e procedimentos, pois a sinistralidade pode até se agravar posteriormente, conforme citação anterior do Diretor Clínico da operadora. Desse modo, os achados empíricos vêm confirmar que o que parece ser prioritária é a **regulação da utilização sobre os prestadores**, através de vários mecanismos, que serão abordados de forma mais detalhada oportunamente: o uso de ferramentas gerenciais de controle da performance médica (“Custo Agregado”), o uso de protocolos, de pacotes, as auditorias médicas, a própria concepção assistencial expressa na opção pela Medicina Preventiva (dentro do que se denomina gestão do cuidado), chegando até mesmo à interferência na relação médico-paciente, como se verá adiante.

Os mecanismos de regulação exercidos diretamente sobre os usuários dão-se de forma mais camuflada, menos perceptível, através, por exemplo, do próprio direcionamento para os recursos próprios (obrigatório no caso dos planos mais baratos, como nos planos *standard*), do estímulo à adesão à Medicina Preventiva (ou mesmo sua quase compulsoriedade, no casos dos planos empresariais, em que toda a estrutura é construída para que ele faça uso desse recurso, inclusive através da Medicina Ocupacional, como será visto posteriormente), da própria co-participação e, no limite, até dos

mecanismos de seleção de risco, que podem ser acionados mesmo depois de o usuário ter comprado o plano, cuja abordagem foge ao escopo direto desta pesquisa.

Isso justifica por que a opção metodológica foi convergindo para esses dois grupos de atores – operadoras e prestadores médicos e hospitalares, bem como suas estratégias de regulação e contra-regulação, considerando-se que os médicos, por deterem um olhar privilegiado desse processo, constituem um analisador por excelência das estratégias de controle vigentes no mercado de saúde suplementar brasileiro por parte das operadoras de planos e seguros de saúde, que será desenvolvida em seguida.

Desse modo, o próximo bloco de considerações versará sobre o relacionamento existente no interior do binômio operadoras-prestadores, que envolvem mecanismos específicos de micro-regulação, quais sejam, os protocolos, os pacotes, as auditorias, o acompanhamento da performance médica, entre outros, que serão conjuntamente abordados.

4.4. A RELAÇÃO OPERADORA-PRESTADOR COMO ANALISADORA DOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO NÚCLEO TECNOLÓGICO DO TRABALHO E SUA RELAÇÃO COM O MODELO ASSISTENCIAL ADOTADO: O DESVELAMENTO DAS TENSÕES PRINCIPAIS

A escuta dos prestadores confirmou algumas suposições já feitas anteriormente e acrescentou novas luzes para a compreensão do intrincado relacionamento entre operadoras e prestadores. Nos momentos seguintes, proceder-se-á à apresentação dos conteúdos das falas dos prestadores contrapostas às dos dirigentes da operadora, dentro de uma abordagem analítica.

Confirmando o que já vem sendo afirmado a respeito da intensa conflitividade e tensão presentes entre os diversos atores do mercado de saúde suplementar, em função do constante entrecruzamento dos distintos interesses, notadamente nesse espaço relacional, as palavras do Diretor Clínico da operadora são emblemáticas:

Vou te colocar uma outra coisa: o sistema está errado, você remunera doença, você não remunera saúde, quer dizer, quanto mais doente a pessoa for, melhor pra o médico, melhor pra o hospital. Ou seja, os interesses não estão alinhados. Qual o interesse da operadora? Dar uma assistência de boa qualidade, com custo bastante adequado pra

poder ganhar mercado (...). Ela está alinhada com o interesse do beneficiário, que quer o quê? Quer uma assistência de boa saúde, de boa qualidade, pagando um valor razoável. **Então, o interesse da operadora e do usuário estão alinhados, mas está desalinhado dos médicos e dos hospitais.** Porque, pra mim, quanto mais progresso eu faço, quanto melhor a resolução do caso, quanto mais bem diagnosticado, mais bem tratado, mais rapidamente recuperada a saúde, melhor pra mim, melhor pra o cliente. (...) Está desvinculado o interesse... quanto mais doente a pessoa for, melhor é pra o hospital... (grifos nossos).

A afirmação em destaque acima expressa um determinismo praticamente insolúvel do conflito presente nesse espaço relacional, representado pelo que ele chama de desalinhamento de interesses entre a operadora e os prestadores, o que supostamente não ocorreria no binômio operadora-usuários (e que se traduz em uma política gerencial de não enfrentamento direto com estes, a não ser de forma camuflada, como já vem sido dito). Assim, a regulação do consumo de serviços envolve uma série de estratégias para enquadramento e disciplinamento da categoria médica, que vão desde um controle rigoroso da sua prática, no sentido de limitar sua autonomia (através de protocolos, de pacotes, de interferência na relação médico-paciente e até mesmo no sigilo médico) até a implementação de estratégias que envolvem mudanças no paradigma assistencial visando esvaziar a importância do ato médico-centrado em procedimentos, como ocorre com o modelo proposto pela Medicina Preventiva, que será mostrado adiante, o que demonstra, mais uma vez, que a verdadeira regulação nem sempre é feita de forma direta e visível, mas envolve diversas dimensões do controle da sinistralidade.

Para a construção desta pesquisa, procurou-se criar categorias de análise que correspondam a blocos temáticos de modo a atender à problematização existente nesse espaço de relações. Tais categorias representam uma adaptação de uma matriz inicialmente concebida pelo coordenador do grupo P.12, Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira CECÍLIO (2003), que foi parcialmente modificada para atender às necessidades e particularidades do atual estudo.

Inicialmente, será feita uma abordagem com os prestadores hospitalares, com suas matrizes analíticas próprias e, posteriormente, com os prestadores individuais, fazendo-se a distinção entre médicos da rede própria e da rede credenciada.

4.4.1. A ESCUTA DOS PRESTADORES HOSPITALARES

Um aspecto que chamou a atenção nas abordagens realizadas com os prestadores hospitalares foi a disponibilidade para prestar informações enquanto manifestação de uma necessidade de vocalização e de ter um canal de interlocução com uma instância hierarquicamente superior que pudesse acolher as suas queixas, no caso, a própria Agência Nacional de Saúde.

Outro fato que merece ser apontado é que, apesar de a abordagem privilegiar o depoimento do prestador em relação à Operadora X, inevitavelmente a entrevista derivava para comentários sobre outras operadoras, permitindo inferências sobre outros aspectos da regulação que não tinham sido abordados previamente, o que redundou em aumento da potência analítica do material coletado.

A abordagem com o prestador constou de um questionário com perguntas semi-estruturadas e uma segunda parte com perguntas abertas. Nesta, procurou-se também explorar algumas das principais questões apontadas em uma pesquisa encomendada pelo SINDHOSP ao Instituto Datafolha, que foi realizada entre maio e junho de 2003 e que visava detectar os problemas existentes no relacionamento entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde. Entre as queixas mais relevantes constam com maior frequência os atrasos de pagamentos; as glosas; a demora para dar autorizações prévias para exames e internações; e a transferência de pacientes para a rede própria das operadoras².

É importante lembrar ainda que a (micro)regulação exercida pelas operadoras sobre os prestadores hospitalares é maior e mais tensa que a estabelecida em relação aos prestadores médicos, em função da complexidade desta relação e, principalmente, pelos altos custos envolvidos na prestação dos serviços hospitalares.

Os prestadores hospitalares pesquisados foram:

- **Hospital 1:** enquadra-se na categoria de hospital geral, está registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos e não é credenciado pelo SUS, embora integre uma entidade filantrópica que compreende, no território nacional, 29 hospitais, a maioria atendendo o SUS. As unidades “privadas”, que são 5, entre elas a unidade abordada, repassam parte do

² Referência à pesquisa encomendada pelo SINDHOSP (Sindicato dos Hospitais de São Paulo) ao Instituto Datafolha em 2003. Disponível em: <http://www.sindhosp.com.br/Imprensa/Result_Pesq/jornal4_5.html>; <http://www.sindhosp.com.br/Imprensa/Result_Pesq/jornal6.html>; e <http://www.sindhosp.com.br/Imprensa/Result_Pesq/jornal7.html>. Acesso em 18 de dezembro de 2003.

faturamento para as outras credenciadas ao SUS, o que é feito de forma legal e comprovada, segundo o seu Diretor Clínico.

Essa sociedade mantenedora tem um braço assistencial, que são os hospitais; um braço social, que são as creches; e um braço na área de Educação, que é a Universidade. Os principais cursos do centro universitário é Administração Hospitalar, Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia, que fazem uma integração com o hospital, inclusive com o fornecimento de estagiários.

A unidade abordada dispõe de 80 leitos, não havendo leitos fixos específicos para os diferentes setores, e sim a predominância de internação clínica em um andar, internação cirúrgica e obstétrica em outro, locais de permanência menor etc. Apenas a Pediatria e as UTIs têm leitos fixos: Pediatria, 10 leitos; UTI pediátrica, 8 leitos; e UTI adulto, 11 leitos.

Os serviços ofertados para apoio à internação são: interconsultas; SADT; Centro Cirúrgico; UTI pediátrica e de adultos; centro obstétrico; Neonatologia; hemoterapia; hemodiálise; quimioterapia; Fisioterapia; Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

- **Hospital 2:** é um hospital considerado de primeira linha na sua região, tendo feito uma reforma recente que ampliou suas instalações, o que aumentou sua capacidade funcional, tendo sido citada como exemplo a realização de cirurgias cardíacas. Pertence à classificação de hospital geral, maternidade e cardiológico.

- É cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos.

- Não é credenciado pelo SUS.

- Dispõe de 142 leitos, dos quais só tem vagas especificadas para ginecologia/obstetrícia (11 leitos, aproximadamente), CTI (14 leitos) e CTI neonatal (8 leitos)

- Conta como serviços de apoio interconsultas, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT), Centro Cirúrgico, CTI, serviços de hemoterapia, quimioterapia, Centro Obstétrico, Neonatologia (com UTI neonatal de excelência reconhecida na região) e cirurgia cardíaca, entre outros.

Tem como particularidade o fato de que, embora seja prestador vinculado a várias operadoras, também tem, há 30 anos, seu plano próprio, cuja carteira é composta majoritariamente por planos individuais e familiares (80%), numa tendência inversa à do mercado, o que é justificado por dois fatores: em primeiro lugar, este é um nicho de mercado no qual eles vêm sendo bem sucedidos há 30 anos (é um plano que “passa de pai para filho”); em segundo lugar, segundo o seu Presidente e Diretor Financeiro, porque é muito difícil enfrentar a cooperativa local nos planos empresariais, uma vez que esta praticamente monopoliza o mercado privado de assistência à saúde no município.

O agrupamento das questões pertinentes à relação operadoras prestadores hospitalares organizou-se em torno dos seguintes temas, ou blocos temáticos, que serão apresentadas em quadros analíticos ao final desse tópico.

1) **O direcionamento:** São válidas para esse item todas as considerações feitas ao longo deste trabalho.

2) **O acesso do paciente aos serviços hospitalares:**

a) *Ao Pronto-Socorro*

Parte da discussão em relação a esse tema já foi desenvolvida no início deste capítulo, mas algumas outras informações e reflexões podem ser ainda acrescentadas.

Em primeiro lugar, ficou claro nas entrevistas, especialmente a do Hospital 1, que a maior parte do acesso dos pacientes é pelo Pronto-Socorro, o que faz jus à prática de direcionamento, que procura concentrar ao máximo na rede própria o que é eletivo ou previsível. O imponderável acaba sendo mesmo o atendimento em PS ou, eventualmente, um parto. Mesmo assim, em casos que requeiram internação, é feito um contato com a família e com o hospital para que a transferência seja providenciada, o que pode ter várias conseqüências, já apontadas anteriormente pelo Diretor Clínico da instituição.

As autorizações prévias para internação na urgência geralmente não causam problemas, normalmente é feita avaliação de auditores, mesmo *a posteriori*, mas a internação não deixa de ser feita.

Glosas nos atendimento de urgência ocorrem principalmente quando a operadora questiona se o atendimento caracterizou realmente urgência ou não. Isso implica na necessidade de se fazer triagem médica no PS, o que é inviável, pois a triagem já coincide com o próprio atendimento, e a instituição alega que não tem como caracterizar urgência sem atender o paciente. Implica também, muitas vezes, na violação do sigilo médico, pois a operadora exige a informação acerca do início dos sintomas ou da doença para efeito de descaracterização de urgência ou mesmo de detecção de preexistência. Como desdobramento dessa questão, glosas também ocorrem quando o paciente resolve espontaneamente retornar ao PS e a operadora alega incentivo ao retorno em PS por parte do hospital.³

³ Tais observações foram feitas em relação às operadoras em geral, não se referindo especificamente à operadora atualmente em estudo.

Outra questão que traz dificuldades e constrangimentos de ordem ética para o médico, também ligada à questão do sigilo, é que em algumas situações há a necessidade de se conhecer e registrar o tempo de evolução de uma doença: se ele fizer o registro por escrito na ficha do paciente, este pode perder o plano e ele (o médico) ainda ficar sujeito a uma sanção ética; se ele deixar de fazê-lo, outro colega que eventualmente vier a atender esse paciente em um outro horário, pode incorrer em uma conduta iatrogênica se desconhecer o diagnóstico prévio, por exemplo, hipertensão, administrando uma medicação inadequada e piorando o quadro clínico do paciente⁴.

b) *Aos serviços de internação hospitalar*

- Em relação à assistência ao parto:

O **Hospital 1** está credenciado para fazer partos de gestantes da Operadora X cujos convênios dão direito a pré-natalista ou, no caso de o credenciamento ser só para atendimento de urgência, a gestante faz complementação de honorários ao médico e ao hospital, acertando-se posteriormente com a operadora.

- O acesso às vagas hospitalares é feito através do encaminhamento do obstetra que acompanha a gestante com guia previamente autorizada;
- É possível planejar com antecedência leitos de UTI para gestantes de risco, o que não ocorre com pacientes da Operadora X, pois esses casos são encaminhados para o pré-natal de risco no hospital de referência da rede própria.

No **Hospital 2**, onde o direcionamento é depreendido pelo pequeno volume de pacientes para internação (o faturamento do hospital com a Operadora X gira em torno de 2% do faturamento total da instituição, uma vez que é feita a drenagem dos casos para os hospitais de menor custo), o acesso às vagas hospitalares é feito através do encaminhamento do obstetra que acompanha a gestante com guia previamente autorizada, sendo o acesso à UTI por gestantes de risco dependente da disponibilidade de vagas.

- Em relação à assistência cardiológica:

Em ambos os hospitais, a internação por urgência cardiológica é feita mediante acesso prévio ao PS, não sendo feito *follow-up* dos pacientes após a alta em nenhum dos casos (no caso do **Hospital 1**, porque a operadora não credenciou o hospital

⁴ Idem em relação à nota anterior.

para fazê-lo, já que os pacientes são convocados para os *case management* da mesma, e, no caso do **Hospital 2**, porque as internações referem-se aos pacientes de médicos do seu próprio corpo clínico, e para estes retornam para seguimento).

3) As estratégias de regulação da utilização hospitalar propriamente ditas

O território hospitalar constitui-se na principal arena de embate dos distintos interesses que permeiam a saúde suplementar, em função dos altos valores monetários que estão em jogo, disputados e manipulados pelos dois agentes mais poderosos do mercado. É onde têm lugar os cripto-mecanismos de regulação, bem como as distintas formas de a eles resistir ou burlar, por parte dos agentes envolvidos, como forma de se contrapor à força do poder econômico. É uma zona de nebulosidades por excelência, de opacidades, de regras do jogo não respeitadas ou controladas por poucos. Sendo o território mais aparentemente inalcançável pela ação regulamentadora governamental, é também um dos que mais a reclama.

Aqui entram em cena os mecanismos de regulação citados como mais importantes pelos Diretores Clínico e Técnico da Operadora estudada, ainda que secundários, obviamente, ao direcionamento – os protocolos e os pacotes. Enquanto o primeiro declara que “Se a gente tivesse condição, a gente acha que a grande solução, o grande encaminhamento de resolutividade é... **protocolo e pacote**” (grifo nosso), o segundo considera as auditorias como o melhor instrumento de regulação da utilização hospitalar.

Nesse campo, estão presentes, portanto, os seguintes temas: os protocolos; os pacotes; os itens materiais/medicamentos/diárias hospitalares como núcleo mais resistente ao controle, bem como as glosas daí decorrentes; as auditorias; e a incorporação de novas tecnologias, esta como síntese dos principais conflitos, para a qual confluem os diversos campos da regulação.

- ***Os protocolos***

Pode-se dizer que os protocolos, bem como os pacotes, constituem instrumentos que se caracterizam, via de regra, por uma negociação previamente acordada entre as partes, não comportando, aparentemente, maiores conflitos, embora não configurem propriamente uma unanimidade. São geralmente elaborados pelos próprios

médicos, como estratégia de controle de custos feita pelo próprio hospital, e também para se estabelecer um código comum de argumentação na negociação com as operadoras, antecipando-se às iniciativas de controle das mesmas.

Na rede própria da operadora estudada, os protocolos vigoram sobretudo nas áreas de cardiologia, cirurgia cardíaca, gestação de alto risco, oncologia, nefrologia (hemodiálise, transplante, litotripsia), ou seja, especialidades de alta complexidade e de alto custo, sendo sempre capitaneados pelo programa de Medicina Preventiva, como será visto posteriormente. Segundo seus dirigentes, estão em implantação, com tendência a um maior uso.

O Diretor Técnico da operadora considera difícil avançar na assistência médica como um todo devido a uma resistência muito grande do médico à adesão aos protocolos e a uma discussão sobre quais seriam os protocolos ideais de comum interesse entre os *players* (sic) da área da saúde. Acredita também que deve servir como um norte para o médico, ser orientativo da conduta médica, não podendo haver rigidez nos mesmos, pois existem patologias cruzadas (com sinais e sintomas semelhantes).

Na verdade, uma vez que os protocolos são vistos como um limite ao auto-governo do médico, o Diretor mencionado defende que o seu uso deva partir das próprias escolas médicas, no sentido de se obter uma mudança de atitude e de cultura do profissional, cuja formação ainda é muito alienada do conjunto da sociedade, das suas necessidades e dos limites impostos pelos custos reais da prática médica e pelo seu impacto sócio-econômico sobre o paciente. Para evitar desgastes e obter respaldo técnico-científico junto à rede prestadora, a operadora recorre às sociedades de especialidades médicas ou sociedades representativas da categoria como um todo (AMB, CFM), encaradas como segundas opiniões médicas, que divulgam algoritmos, baseados na denominada *Medicina baseada em evidências*, como afirma a Coordenadora da Análise Médica da operadora:

Às vezes um exame, alguma técnica nova que apareceu num congresso, e o colega quer fazer, mas às vezes ela não consta no rol de procedimentos, e a gente explica, porque o colega que está no consultório não necessariamente sabe o que é um rol de procedimentos, ou sabe o que é uma tabela AMB, então a gente tem que estar explicando isso. Por isso, a gente mantém médicos no setor. Justamente para ter uma conversa de médico para médico, para poder

estar explicando. Mesmo porque também tem outros, além da AMB, você vê, o próprio laboratório Fleury, ele divulga mensalmente alguns algoritmos... Se você entrar nas Sociedades Brasileiras de qualquer especialidade, eles também te dão, se você tiver alguma dúvida, você pode questionar a sociedade e ela te manda um retorno, sobre determinados procedimentos, se ele é experimental, se não é experimental, tudo. No próprio CRM, tanto você pode entrar com pesquisa como ele mesmo emite parecer sobre técnicas cirúrgicas, tem um setor do CRM que é de auditoria médica, quando você tem dúvida você pode recorrer a esse setor de auditoria do CRM e ele te emite o parecer. Então ficou muito mais fácil, quer dizer, você não faz mais da sua cabeça. Você tem pareceres embasados.

O protocolo também guarda uma interface com outro aspecto que será abordado posteriormente, que é a incorporação de novas tecnologias. Nesse sentido, paralelamente à interlocução feita com as sociedades médicas, a operadora tem lançado mão nos últimos anos de outro recurso que lhe confere respaldo técnico-científico para a elaboração dos protocolos e que funciona também como uma segunda opinião médica para a avaliação da pertinência de incorporação das mesmas: a contratação de profissionais com referência técnica diferenciada, super-especializados, ligados às grandes escolas de medicina ou aos grandes serviços médico-hospitalares e que estão inteirados dos últimos avanços da tecnologia médica, passando a compor verdadeiros **núcleos de excelência** dentro da operadora e recebendo, por isso, remuneração diferenciada. Assim, diante da emergência de uma nova tecnologia, participam da elaboração de um protocolo mínimo no sentido de referendar ou não a sua liberação para determinado tratamento que não esteja incluído no rol de procedimentos.

No caso dos hospitais credenciados, observou-se, em todas as entrevistas realizadas, que a adoção dos protocolos é feita por iniciativa dos próprios prestadores, enquanto objeto de discussão do corpo clínico como um todo, ainda que isso não represente exatamente uma unanimidade entre os seus membros.

No caso do **Hospital 1**, existe uma estrutura racionalizada de organização dos protocolos: o próprio Diretor Clínico do hospital coordena uma empresa que gerencia os pronto-socorros e a cardiologia, tendo sido montado “um protocolo de como montar protocolos”, no sentido de que estes tenham embasamento sólido fundamentando cada item

considerado, bem como os níveis de evidência consideradas pertinentes a cada caso (...) Segundo ele, os médicos valorizam muito os protocolos, são profissionais que têm interesse e avidez em participar da sua elaboração e das reuniões científicas, sendo que esse interesse constitui inclusive um critério de contratação de membros para o corpo clínico.

As áreas que vêm sendo priorizadas são Pronto-Socorro, internação e UTI, pelo alto custo que representam. Contudo, não há uma transposição automática dos conteúdos emanados das sociedades médicas, mas uma adaptação dos mesmos, levando-se em conta peculiaridades regionais. São protocolos orientativos da conduta médica e de definição do tipo de procedimentos a serem realizados, com um fluxograma pré-determinado, existindo inclusive uma prescrição-padrão. A relação desses protocolos com a prática de regulação das operadoras é expressa no fato de que, caso o profissional fuja do protocolo, ele tem que argumentar o porquê da sua atitude, para que fique bem caracterizado para o hospital se esta foi uma falha de orientação médica ou se existe uma justificativa bem fundamentada, uma vez que aquilo vai ser auditado posteriormente.

No **Hospital 2**, embora não haja um processo formal de elaboração dos protocolos, existe a preocupação, por parte do corpo clínico, em se conectar com as diretrizes das sociedades médicas (CFM, AMB) através de reuniões clínicas. As áreas mais mobilizadas para isso são a neurocirurgia, a cirurgia cardíaca, a nefrologia, a ortopedia, a clínica médica, a hematologia e a oncologia. Também aqui as decisões técnico-científicas são dadas pelo prestador hospitalar em consonância com os conteúdos das sociedades médicas, definindo-se orientação da conduta médica, tipo e número de procedimentos autorizados. De forma semelhante ao prestador anterior, o uso dos protocolos é incentivado pelo próprio hospital (que, no caso, também é uma operadora), no sentido de se obter melhores resultados (melhor controle da patologia, alta precoce, racionalização dos exames subsidiários) com um custo compatível para o prestador enquanto empresa comercial, ou seja, interpondo uma visão administrativo-financeira no horizonte assistencial.

Assim, nas entrevistas realizadas com os dois prestadores hospitalares, a operadora não participou da elaboração dos protocolos nem os impôs como pré-condição para qualquer negociação ou mesmo credenciamento, ainda que, segundo a diretora comercial do Hospital 1, as operadoras recomendem o seu uso, uma vez que, com protocolos estabelecidos, as contas médicas e o faturamento final ficam facilitados. A

adoção dos protocolos, portanto, é de interesse do próprio hospital, com vistas à racionalização dos custos, principalmente em vista da baixa margem de lucro que as operadoras impõem por ocasião da remuneração das contas hospitalares, o que geralmente é feito nas especialidades ou setores geradores de custos mais altos.

- *Os pacotes*

Os pacotes constituem um dos instrumentos mais eficientes de regulação da prática médica, na visão dos dirigentes da operadora, sendo um dos pontos em que há uma (pelo menos aparente) concordância entre a operadora e o prestador. Nas palavras do Diretor Técnico, o pacote é “*um grande facilitador*” desse relacionamento. Segundo o seu Diretor Clínico, a vantagem dos pacotes é a diminuição do trabalho administrativo, paralelamente à garantia que o prestador pode ter de uma remuneração mais ou menos constante, que lhe permite fazer um planejamento dos seus ganhos. A dificuldade, segundo ele, é que fora de São Paulo não existe uma cultura de se trabalhar com pacotes, optando-se freqüentemente por atrelar o pagamento dos prestadores às tabelas AMB, o que não é bem aceito pelas operadoras.

Os pacotes são geralmente utilizados nas especialidades que trabalham com um volume grande e relativamente constante, como na Ortopedia e Obstetrícia, ou onde existe tradicionalmente uma tendência à realização de procedimentos auto-gerados. Segundo o Diretor Técnico, ao longo dos anos, a freqüência desses eventos esteve totalmente distorcida e a especialidade “procedeu” (sic) o máximo que pôde, no sentido de haver realizado um alto índice de procedimentos. Assim, uma das vantagens dos pacotes é que o profissional, ao invés de querer realizar o maior número de procedimentos sem um critério adequado para a sua indicação, começa a ter interesse em racionalizar e otimizar a indicação dos mesmos (colocação de gesso na Ortopedia, por exemplo). Assim, após um certo tempo, passa-se a ter uma referência mais próxima do real em relação à quantidade de procedimentos necessários para aquela especialidade.

A negociação por pacotes é feita também no nível de diagnóstico (SADT), com o credenciamento de serviços de ultrassom, de tomografia, de ressonância magnética etc.

Normalmente, a remuneração é feita por procedimento, dentro de um valor previamente estabelecido pela operadora, através do acompanhamento de uma série histórica dos últimos 6 meses, podendo haver uma variação de percentual para mais ou para menos, conforme a variação do crescimento da carteira, isto é, do volume, embora ele afirme que “*não chega a ser ainda uma per capitação*”. Tal expressão soa como uma denegação, ou seja, é como se, na realidade, funcionasse justamente como uma “per capitação”, que é um dos elementos que identificam e especificam a Atenção Gerenciada (*Managed Care*).

Assim, a adoção dos pacotes tem como implicação direta o direcionamento da clientela a prestadores preferenciais, os quais passam a ser responsáveis por toda (ou quase toda) a prestação de serviços em determinada especialidade, em função da junção **custo mais baixo por procedimento x volume**.

Ainda segundo o Diretor Técnico, os preços dos pacotes podem ser revistos, valendo a pena recuperar sua fala, ao ser indagado a esse respeito:

Sim, sem dúvida. Quer dizer, você tem que estar acompanhando porque senão você corre o risco de, de repente, matar **a galinha dos ovos de ouro**. Quer dizer, você acha um prestador parceiro, com qualidade... É, porque nós temos prestadores aqui que são... ligados à escola e são eles que dão toda a grande assistência em determinadas especialidades, quer dizer, uma qualidade fantástica, que se você por isso falar: é isso e pronto! Não discuto mais, o risco desse cara, de repente, quebrar, porque, apesar da gente ter profissionais muito bons, eles não são necessariamente os melhores pra negociação, pra administração, pra gestão. (...) Então, o risco de você quebrar essa equipe é muito grande. (grifos nossos)

No caso dos prestadores hospitalares entrevistados, observou-se que o **Hospital 1** só trabalha com pacotes para parto com a operadora em estudo e com todas as outras, por ser um padrão do hospital não trabalhar com pacotes para procedimentos cirúrgicos, segundo a Diretora Comercial da instituição. Na cidade de São Paulo, isto parece estar em consonância com a política da operadora de negociar pacotes apenas em determinadas áreas, como na Obstetrícia, uma vez que a grande maioria dos casos cirúrgicos são drenados para a sua rede própria.

O **Hospital 2** não trabalha com pacotes. A Diretora Clínica do hospital reconhece que é uma possibilidade a ser estudada para o futuro, por se tratar de uma tendência moderna e evitar glosas. O Presidente e Diretor Financeiro da instituição diz que o hospital nunca foi procurado para esse tipo de negociação, o que faz sentido, pelo fato de tratar-se de um hospital “top de linha”, não devendo ser de interesse das operadoras tê-lo como prestador preferencial, pelos altos custos que acarretaria para a mesma.

As afirmações feitas anteriormente permitem sistematizar algumas reflexões a respeito do papel dos pacotes na regulação que as operadoras exercem sobre os prestadores, bem como as tensões existentes nesse espaço relacional:

1. A valorização dos pacotes e dos protocolos como “encaminhamento de resolutividade” traduz a confiança na eficiência desses instrumentos na regulação do exercício da prática médica, por proporcionarem a normatização das suas ações (isto é, um disciplinamento, um enquadramento da corporação médica e da sua prática), bem como da construção de um certo domínio sobre os seus saberes, uma vez que, com os pacotes, tanto a operadora quanto o profissional passam a ter um conhecimento, uma referência sobre a quantidade de procedimentos necessários a cada especialidade, de modo a se fazer uso dos recursos da maneira mais otimizada possível. Isto, aliado à fixação de uma precificação para os serviços em patamares menores que os estipulados pelas tabelas corporativas médicas (e que, como já foi dito, está relacionada à garantia de um volume ou um fluxo constante para o prestador), consegue estabilizar e favorecer, para a operadora e possivelmente também para o prestador, a equação custo e resolutividade.

2. A negociação de pacotes com prestadores credenciados, em função da junção custo versus volume, permite o direcionamento para prestadores preferenciais, que é um dos pressupostos da Atenção Gerenciada, trazendo inclusive implícito o conceito, ainda que impreciso e negado no plano discursivo por um dos dirigentes da operadora, de “per capitação”, que constitui uma das principais especificidades daquela. É interessante perceber que os hospitais mais valorizados no mercado, em função do maior poder de barganha com as operadoras, geralmente não aceitam negociar pacotes, o que sugere que quem o faz são principalmente hospitais de nível médio ou os menos cotados no mercado, em função justamente dos valores mais baixos pagos pelos mesmos, pois é uma forma de garantirem um afluxo constante de clientela, o que os torna prestadores preferenciais. Desse modo, mais uma vez percebe-se a articulação do direcionamento enquanto diretriz regulatória estratégica com outros mecanismos de (micro) regulação, que em maior ou menor medida para ele confluem, numa relação de subalternidade em relação ao mesmo.

3. Os itens 1 e 2 permitem perceber, portanto, a dupla implicação da opção pelos pacotes em relação à captura do trabalho vivo do médico: de forma direta (uma vez que racionaliza e domestica a sua prática, em bases claramente econômicas) e, de forma indireta, através do direcionamento, que constitui a forma mais ampla de controle e disciplinamento da prática médica.

4. A utilização de pacotes subentende uma opção gerencial por estratégias comerciais do tipo “custos fixos inibindo o custo variável”, de modo que a previsibilidade dos custos inerente ao “empacotamento” garanta a existência e o planejamento dos ganhos sobre o capital, isto é, o lucro, bem ilustrada na expressão “galinha dos ovos de ouro”, cunhada pelo Diretor Técnico, daí a sua grande relevância enquanto estratégia de direcionamento e, portanto, de regulação.

- ***Os itens materiais/medicamentos/diárias hospitalares como núcleo mais resistente ao controle das operadoras***

Se os protocolos e os pacotes são estratégias de regulação da utilização relativamente bem sucedidas, uma vez que abrangem quase tudo que é possível em termos de previsibilidade de gastos (o pacote sendo considerado um “grande facilitador” e os protocolos já sendo incorporados ao cotidiano dos médicos de forma progressiva), existe, outrossim, uma família de itens que escapa ao controle e às estratégias de disciplinamento e enquadramento impostas pelas operadoras de planos, extravasando os mecanismos de regulação e contenção por estas determinados. São os itens **materiais, medicamentos e taxas hospitalares**, que constituem a principal zona de nebulosidade existente no espaço relacional que envolve as operadoras e os prestadores, bem como estes e a própria Agência Nacional de Saúde, e, por isto mesmo, a que mais incita desgastes no relacionamento, traduzidos nas **glosas**. O tensionamento existente entre os distintos atores, nos diversos territórios da assistência privada à saúde, aqui é elevado a uma potência maior, dado o confronto direto de interesses econômicos, em que altas cifras estão em jogo. É provavelmente o terreno dos conflitos mais agudos, das disputas mais acirradas e diretas em um *tour de force* que, por ser desigual, gera diversas contra-estratégias de ambos os lados para a sobrevivência no mercado, nem sempre explícitas, apresentando-se como “cripto-mecanismos” de regulação, que, autônomos, desenvolvem-se muitas vezes à margem da ação reguladora da ANS (“fora dos seus holofotes”). Constitui, portanto, o âmbito onde a captura do trabalho vivo encontra maiores dificuldades para se realizar por parte das operadoras, em função dos constantes “vazamentos” provocados pelos prestadores. Por ser um ponto fulcral das tensões entre esses dois atores, constitui-se também em um analisador privilegiado desse espaço relacional.

➤ *A visão da operadora*

O Diretor Técnico da operadora admitiu serem esses os três grandes itens de discussão e desgastes no relacionamento com os prestadores:

Sem dúvida nenhuma, os três grandes itens de discussão e desgastes no dia-a-dia ali com relacionamento com prestadores, são: medicamentos, materiais e taxas hospitalares. Esses são os três grandes itens, que, na realidade, você não tem uma clareza na forma, uma transparência... Então, o prestador, dependendo da forma, da inteligência que existe no sistema de faturamento dele, ele faz uma composição maior ou menor... Então, você vê aí, na realidade, variações no mesmo nível de qualidade de hospitais, mas com faturamentos extremamente diferentes. Então, você pega uma variação de custos muito grande. Com a auditoria local vendo o prontuário, inclusive de você estar discutindo a condição da checagem de medicamento... Você vê cobrança de medicamentos independente de terem sido realmente checados pela enfermagem... Quer dizer, taxas hospitalares que, na realidade, elas se sobrepõem. Então, isso é bastante comum.

Ainda segundo ele, a dificuldade está instalada na saúde para todos e os prestadores tentam seguir uma linha de compensar os baixos ganhos no valor desses itens. Apesar dos questionamentos da operadora e da existência de auditoria nos hospitais, muita coisa ainda passa de forma despercebida; segundo ele, “ainda passa muito gol no meio das pernas”, porque, “na realidade, não (se) tem uma seriedade no mercado com relação a materiais e medicamentos”.

Ele refere, por exemplo, que o Brasíndice, a tabela de referência para medicamentos, utilizada por quase todos os hospitais, é totalmente sobretaxado, sendo que, embora os hospitais afirmem não aceitar trabalhar com genéricos, cobram pela marca, mas usam o genérico. Já a referência para os materiais é o preço de mercado, o preço de nota fiscal (que muitas vezes é super-faturada).

➤ *A visão dos prestadores:*

Nessa composição de itens, os que mereceram maior destaque foram os materiais especiais, de alto custo, entre os quais podem ser citados os materiais ortopédicos,

os filtros de hemodiálise e o *stent* com rapamicina, este já se afigurando como emblemático da tensão entre operadoras e prestadores na discussão que envolve a incorporação de novas tecnologias. Foram citados também os itens de segurança (materiais descartáveis em cirurgias), bem como de diárias hospitalares e taxas de sala, em menor escala de importância.

- Hospital 2

A equipe entrevistada enfatizou alguns dos pontos principais que geram desentendimentos e glosas. Assim, foram citados primeiramente os filtros de hemodiálise, que, por determinação da ANVISA, não devem ser reutilizados e a operadora só paga 1/12 avos do seu valor, subentendendo-se que a reutilização deva ser feita 11 vezes, o que pode ter óbvias implicações no que se refere a infecção hospitalar. O Presidente da instituição, que também é ortopedista, citou o caso da lâmina de *Shaver*, que também, por determinação da ANVISA, não deve ser reutilizada:

As glosas devidas são muito poucas, as glosas indevidas... acaba tendo um montante muito grande, porque são materiais caros, os materiais especiais. O exemplo mais frisante disto é o *Shaver* (?) ...eu sou ortopedista; então, o pessoal faz muito artroscopia, e se usa o *Shaver*, que é uma lâmina que a ANVISA já determinou que ele não deve ser reutilizado; ele até já foi reutilizado, mas depois ela emitiu aí um parecer, porque a limpeza dele é complicada, entende? E você não tem a segurança de, se você limpar, que ele 'tá bom pra ser reutilizado. Então, o *Shaver* desse equipamento da artroscopia, é um exemplo bem típico. E tem outros aí que se enquadram bem nisso, e tem operadoras de saúde, não é só a Operadora X ... Operadora X nem sei se já fez isso, mas outras também fazem isso, que insiste em querer pagar 1/3 só disso, entende? E acabam glosando, você justifica, fala tudo, por escrito, inclusive, e eles acabam glosando... Então, isso é... área de atrito constante...

Foram feitas referências também aos denominados itens de segurança: aventais e campos descartáveis, necessários em algumas situações, como cirurgia cardíaca, cirurgia de prótese ortopédica, neurocirurgia, em que há muito sangramento, muitos fluidos, com o conseqüente risco de infecção hospitalar. São itens que, apesar do benefício já comprovado que proporcionam, as operadoras não pagam ou demoram para fazê-lo.

- Hospital 1

Foram citados basicamente dois itens: materiais ortopédicos e o *stent* com rapamicina. Em relação aos primeiros, especialmente as próteses, o Diretor Clínico lembra que o responsável pela equipe de Ortopedia do hospital é “*chefe de Quadril do HC*” (Hospital de Clínicas da USP), constituindo, segundo ele, um páreo difícil para a argumentação por qualquer auditor de operadoras. Além disso, o uso das próteses utilizadas no serviço é sempre embasada por protocolos.

Em relação aos *stents*, refere que hoje em dia são bem mais aceitos pelas grandes operadoras, pois são materiais de uso já difundido, sendo exceção o *stent* farmacológico, de custo muito alto. A esse respeito, cita o caso de uma seguradora conhecida, com a qual têm um bom relacionamento, exatamente pela existência de um médico na operadora que serve de interlocutor entre ambas as partes e que possui o mesmo protocolo utilizado no hospital.

Percebe-se, assim, que, diante da dificuldade de captura do trabalho vivo neste campo, a cientificidade passa a ser um elemento utilizado como argumento por ambas as partes, o que se cristaliza nos protocolos, que parecem estar se tornando um código comum para a minimização dos conflitos inerentes à incorporação de novas tecnologias pelas operadoras do mercado de saúde suplementar.

- ***As principais estratégias utilizadas pelas operadoras: as glosas, o fornecimento de materiais e as auditorias***

- *As glosas*

Na pesquisa já citada empreendida pelo SINDHOSP, as glosas foram uma queixa freqüente dos hospitais pesquisados (49%). A insatisfação com esse item foi também amplamente confirmada pelos dois prestadores hospitalares entrevistados.

Ainda que as glosas incidam sobre vários momentos da prestação de serviço hospitalar (por exemplo, glosas feitas para atendimento em Pronto-Socorro por inadequação da autorização prévia para exames de alto custo na urgência em finais de semana, pelo questionamento se o atendimento caracterizou urgência ou não, se foi

considerado retorno pela operadora etc), o grande volume das glosas é voltado para as contas hospitalares, principalmente no que se refere aos três itens citados.

As glosas traduzem a cristalização do desacordo entre operadoras e prestadores. Estes afirmam sofrer muito com as glosas, que compromete a saúde financeira da instituição. Com base no conteúdo das entrevistas, a imagem que os prestadores têm das operadoras depende muito da forma como as glosas são feitas: o Diretor Clínico do Hospital 1 afirmou que muitos auditores conquistam o respeito dos prestadores pela coerência e pertinência do seu sistema de glosas, classificando inclusive alguns convênios como “do mal”, com base nesse critério, por utilizarem uma série de manobras para impingi-las⁵.

As principais contra-estratégias utilizadas pela operadora para o enfrentamento dessa questão, além dos protocolos e dos pacotes, são:

- *O fornecimento de materiais hospitalares*

Para fazer frente à imprevisibilidade dos gastos hospitalares, dentro de uma política gerencial-comercial de estabelecimento de custos fixos para a empresa, um expediente que tem sido usado pelas operadoras, além das auditorias, é o fornecimento dos materiais para os hospitais, comprados de fornecedores conhecidos, como afirma o Diretor Técnico da operadora:

Os materiais especiais de alto custo, nós ‘tamos tentando inclusive na rede credenciada... Assim, se a gente não consegue a negociação porque vem, a gente ‘tá fazendo a cotação interna, então, se o valor que o hospital ‘tá propondo cobrar ‘tá próximo de uma taxa de comercialização 10, 15%, a gente até libera pra não haver tanto desgaste...(…) Mas se o hospital se coloca numa posição irredutível, o

⁵ As principais reclamações a esse respeito, por parte dos dois prestadores, são: 1) Glosas injustificadas e feitas aleatoriamente, mesmo quando é feito embasamento técnico pelo prestador; 2) Glosas feitas para descaracterizar certos atendimentos, como, por exemplo, urgência no PS; 3) Glosas feitas na autorização a exames de alto custo na urgência, em finais de semana, ou por inadequação do sistema de atendimento ao cliente, que não dispõe de médico plantonista 24 horas para julgar a solicitação, ou mesmo porque as operadoras não enviam um auditor no 1º dia útil após o ocorrido para verificar a pertinência do pedido; 4) Falta de critérios ou de padronização nas glosas (cada operadora tem um sistema diferente e, mesmo assim, fluido e sem clareza); 5) Glosas feitas para ganhar tempo para pagamento, no sentido de ver se o prestador vai recorrer ou não, tidas, portanto, como estratégias protelatórias para fazer fluxos de caixas internos; 6) Muita demora para responder aos recursos de glosas – de meses a até mais de um ano, principalmente nas contas altas, sendo necessárias, às vezes, várias reapresentações por parte do prestador, desrespeitando às cláusulas contratuais que determina que a glosa deve ser discutida e devolvida dentro de um prazo estabelecido.

que eu falo, na realidade, vale até pegar esse paciente, levar pro hospital até top de linha, 'tá? Ter até uma condição de *upgrade* no atendimento... (...) É porque existem realmente situações absurdas quando se fala de materiais especiais. Então, realmente... estão sobretaxados de uma forma... inescrupulosa.

Diante de um caso, em Brasília, que a operadora trouxe para ser submetido a cirurgia em São Paulo, em função das dificuldades encontradas com os prestadores hospitalares locais, acrescentou:

Então, você, em alguns momentos, você tem que fazer isso, de mostrar tua força! Falar: "*eu pago mais caro, mas não vai ser pra vocês!*" Porque você não 'tá sendo parceiro, quer dizer, na realidade, a gente até entende que a dificuldade está instalada na saúde pra todo mundo. (...) Mas você tentar seguir uma linha de tentar tirar no valor dos materiais, principalmente materiais, é muito complicado e, mesmo assim, a gente sabe que muita coisa passa...

Os prestadores alegam, contudo, que a qualidade dos materiais fornecidos pelas operadoras é sempre inferior, o que pode trazer conseqüências para o cuidado prestado, por exemplo, necessidade de repetir o procedimento para troca do material, ou mesmo infecção hospitalar, cuja responsabilidade acaba sempre recaindo sobre os prestadores.

- As auditorias

Como contraposição às freqüentes divergências nas contas hospitalares e no sentido de manter um controle estreito sobre as mesmas, as auditorias desempenham um papel fundamental na regulação da utilização hospitalar, como já foi dito.

Uma modalidade de auditoria é a denominada "auditoria de campo", em que os auditores verificam *in loco* as contas hospitalares, bem como acompanham as altas hospitalares, autorizam ou não autorizam as prorrogações de internação etc. Existe uma variação da regularidade da presença dos auditores de campo nos hospitais, o que se dá na dependência do volume de internação da operadora naquele prestador.

É consenso entre ambas as partes que a presença dos auditores externos é benéfica para todos os lados, embora duas ressalvas houvessem sido feitas pelos entrevistados: (a) o fato de as auditorias externas serem terceirizadas, o que pode causar um

distanciamento nessa relação; (b) o risco de o auditor ultrapassar as suas atribuições, se não tiver boa formação, interferindo na conduta médica.

Contudo, a presença de auditores externos nos hospitais não representa uma garantia absoluta para a operadora quanto ao que ela possa considerar lisura das contas apresentadas, pois, como disse o Diretor Técnico da operadora, muita coisa ainda passa despercebida.

Os altos custos da utilização hospitalar na rede credenciada, de forma nem sempre controlável pela operadora, portanto, é mais um fator a reforçar a opção pelo direcionamento para a sua rede própria para a maior parte dos usuários, bem como pelos investimentos em Medicina Preventiva (o que também envolve uma outra dimensão do direcionamento), visando o máximo possível a des-hospitalização e os altos custos dela decorrentes.

Em função das dificuldades do mercado de assistência médica supletiva, portanto, e da própria relação nem sempre amistosa com as operadoras, os prestadores, se por um lado, anseiam por uma regulamentação governamental para estabelecer normas para esse relacionamento e dirimir os pontos obscuros, por outro, também podem usar a falta de transparência a seu favor. Assim, no sentido de enfrentar de forma menos desfavorável os instrumentos de força utilizados pelas operadoras e a própria desigualdade inerente a esta relação, os próprios prestadores hospitalares entrevistados admitem, em alguns momentos, que o manuseio desse conjunto de itens (principalmente no que se refere a materiais especiais) é o que permite a sua sobrevivência comercial:

Você sabe que os hospitais vivem de vender. Hoje, o drama do hospital, qual que é? Nós somos oficialmente prestadores de serviço, da área de serviços. Mas, na prática, nós somos da área de comércio. E isso, pra a gente, é uma contradição desgraçada, nós não temos cabeça de comércio. fora a nossa gerente comercial, é um dilema pra médico fazer esse tipo de coisa. (...) Há muitos anos, com essa crises, todas essas taxas hospitalares ficaram sub-dimensionadas e o hospital é obrigado a viver de material e de medicamento. Da margem de comercialização de material e medicamentos. E isso é um inferno. Aí acabou, porque se eu baixo esse valor o hospital morre. Se eu abro mão das margens de comercialização, ou se o mercado, o fornecedor,

interfere no preço, conforme ele fizer, nós estamos perdidos. (*Diretor Clínico do Hospital 1*)

Assim, percebe-se que as modalidades de regulação e contra-regulação desenvolvidas nesses espaços de relação visam, de certa forma, encontrar um nicho nesse circuito que seja fluido e inalcançável pela lei, propiciando um certo auto-governo a ambas as linhas de força em disputa, numa relação ainda de pouca confiança e transparência, ainda que as operadoras ainda tenham claramente a prevalência nesse jogo, não só devido ao poder econômico, mas, principalmente, em termos organizacionais.

- ***A incorporação de novas tecnologias***

Todas as considerações anteriores envolvendo protocolos, materiais especiais e medicamentos, desembocam em um tema extremamente sensível no seio do mercado de saúde suplementar brasileiro, que é a incorporação de novas tecnologias, que conclama a participação de todos os atores do cenário.

- ***A visão dos dirigentes das operadoras***

Os dois primeiros dirigentes da operadora entrevistados já admitiam que esse era um ponto de desgaste entre operadora e usuários, prestadores, a ANS e até a Justiça. O questionamento é feito pela operadora por se tratar de técnicas que não estão no Rol de Procedimentos e eles são instados a pagar por isso. Segundo eles, isto leva a uma distorção do mercado, uma vez que são tecnologias concentradas em poucos serviços em todo o território nacional, ou somente nas capitais, que atendem a interesses econômicos específicos, causando uma grande expectativa na população, que não pode pagar por tecnologias mais complexas e caras. Com isso, as operadoras são obrigadas a arcar com esses altos custos num mercado altamente recessivo, de uma forma sempre imprevisível, uma vez que novas técnicas sempre estão surgindo, o que inviabiliza a saúde financeira das empresas. Isto, por sua vez, tem influência na precificação dos produtos, pois as operadoras passam a aumentar os preços, embutindo um ***fator de proteção*** contra uma série de fatores que ainda não se conhece bem, entre eles, uma cobertura de risco futuro de incorporação de novas tecnologias, dada a dificuldade de se calcular o risco para contratos novos, o que a faz perder mais usuários em um mercado já restritivo. Para enfrentar essa questão, a

operadora defende a idéia da flexibilização dos planos e de cobertura, o que permitiria a segmentação da assistência e, portanto, o estabelecimento de custos mais adequados. Depreende-se que isto facilitaria a incorporação de um maior contingente de usuários saudáveis, sem patologia, diluindo o risco de sinistralidade em uma massa sadia, o que não deixa de ser uma seleção de riscos invertida.

O Diretor Técnico, se por um lado admite a precificação de produtos nesse contexto, ou seja, a sobreprecificação em decorrência da obrigatoriedade legal de cobertura para qualquer nova tecnologia que apareça, por outro, considera que a negação do procedimento pode gerar não apenas insatisfação para o usuário, como, inclusive, o próprio aumento da sinistralidade em um momento futuro, caso a nova técnica seja realmente a solução para aquele problema. Nesse sentido, ele traz ainda outras duas reflexões: a primeira é a necessidade de ir se acompanhando as novas tecnologias com o respaldo técnico-científico de uma equipe altamente capacitada para isso, responsável pela ordenação de protocolos de forma criteriosa, conforme já comentado. Assim, diante da emergência de uma nova tecnologia, tais profissionais elaborariam um protocolo mínimo no sentido de referendar ou não a sua liberação para determinado tratamento que não esteja incluído no rol de procedimentos. A segunda é tentar trazer o melhor para o usuário compondo isso com o recurso da operadora, para o que ele considera de grande importância a gestão do cuidado no setor. Essas duas idéias são resumidas por ele, de um lado, no **direcionamento** e nos **protocolos** como uma forma de (regulação da) utilização e de qualidade no atendimento, e, de outro, no investimento na Medicina Preventiva.

➤ *A visão dos prestadores hospitalares*

Os dois prestadores hospitalares entrevistados também demonstraram preocupação em relação a esse assunto. O Diretor Clínico do Hospital 1 chamou a atenção para o papel desempenhado pela pressão gerada na sociedade pela informação proporcionada pela mídia, daí a necessidade de uma ação educativa tanto sobre o paciente, como sobre o próprio médico, neste caso, manifestando uma concordância com a visão do entrevistado anteriormente citado acerca da importância do papel dos protocolos para mediatizar esses conflitos. O caso mais emblemático novamente envolve a utilização do

stent com rapamicina, que já passou inclusive a ser demanda do paciente, sobre o que ele afirma:

Então, a expectativa dele é que o convênio cubra o mais caro, porque pra ele tudo o que é mais caro, é melhor. E isso não é verdade, porque tem indicação própria. Então como é que a gente vai solucionar isso? É através dos protocolos, porque a gente educa o médico, e o médico 'tá mais habilitado pra tentar educar o cliente. E, se der errado, ele seguiu o protocolo.

O Presidente e Diretor Financeiro do Hospital 2 por diversas vezes também manifestou sua preocupação a respeito da incorporação de novas técnicas, explicitando sua dupla condição de prestador e dirigente de operadora em situações que envolvem novas técnicas e utilização de materiais especiais, considerando-se que: (a) existe uma pressão social, bem como do médico e do paciente para que a nova tecnologia seja incorporada e realizada; (b) em decorrência disso, a operadora acaba dando uma autorização imprecisa para dar uma satisfação ao cliente, mas sem uma garantia de que isto de fato ocorra; (c) os procedimentos são de alto custo, geralmente relativos a materiais importados, gerando contas hospitalares altas (a “famosa conta grande”) que forçosamente levam a questionamentos pela empresa pagadora, culminando em dificuldades para o ressarcimento das mesmas ao prestador. Em vista disso, ele questiona até que ponto as operadoras têm que arcar com esses custos, se sempre surgem novas técnicas, e portanto, teoricamente, esse problema nunca tem fim?

O alto custo desses materiais a ser coberto pelas operadoras tem também como consequência o achatamento dos honorários médicos, já que os materiais costumam custar de 10 a 20 vezes mais do que os médicos vão receber pelas tabelas.

Com base no que foi anteriormente apresentado, pode-se depreender que a tríade materiais especiais, medicamentos e taxas hospitalares (especialmente os primeiros) constituem uma espécie de “caixa preta” onde se expressa mais fortemente os choques mais diretos entre interesses econômicos de várias ordens (da operadora, dos prestadores, de todos os envolvidos na fabricação e comercialização desses itens em diversas instâncias, vinculados ao complexo médico-industrial, na esfera nacional e internacional etc), conformando um dos espaços em que o núcleo-duro do capital se mostra ainda impenetrável a uma ação regulamentadora mais incisiva por parte da própria ANS, o que

talvez justifique, pelo menos em parte, a adesão das operadoras, a uma nova concepção organizacional/assistencial de prevenção e controle do risco e da sinistralidade, através do direcionamento da clientela para os recursos próprios ou preferenciais, bem como para os programas de Medicina Preventiva, que, entre outras coisas, também desempenham um papel de direcionamento de fluxo.

4.4.2. A ESCUTA DOS PRESTADORES MÉDICOS

A escuta dos prestadores médicos revela uma dinâmica bem diferente da dos prestadores hospitalares, a começar pela pouca disponibilidade dos mesmos para a realização das entrevistas, principalmente por parte dos médicos credenciados, que têm vários vínculos de trabalho. Outro aspecto observado nos médicos da rede credenciada foi um certo receio em relação à gravação da entrevista: em dois casos houve recusa direta e nos outros dois houve uma certa hesitação para a autorização da mesma, sendo que um deles chegou a explicitar textualmente temor perante um eventual descredenciamento. Alguns chegaram a ser lacônicos, outros falaram um pouco mais após a suspensão da gravação.

De forma análoga à realizada com os prestadores hospitalares, a abordagem analítica do material coletado com os prestadores individuais obedeceu a um matriciamento em categorias analíticas ou blocos temáticos, ainda que de modo diferente dos elaborados para as operadoras e para os prestadores hospitalares, de modo a facilitar a compreensão e a permitir a comparação entre as diversas perspectivas do problema em análise na presente pesquisa.

Os prestadores da rede própria, ou “da casa”, como são chamados dentro da operadora, apresentam características muito diferentes dos da rede credenciada, como se verá em seguida. Procurou-se fazer uma distinção entre ambos, elegendo-se as mesmas categorias analíticas para compará-los.

Os blocos temáticos eleitos para análise foram:

1. O acesso do paciente ao consultório médico;
2. O grau de autonomia do médico no exercício da sua prática cotidiana;

3. A construção da linha de cuidados (ou o médico na linha de cuidado pré-determinada pela operadora);
4. A relação com a operadora;
5. O protagonismo do médico no contexto da regulamentação governamental.

1) O acesso do paciente ao consultório médico

Entre os médicos da rede credenciada entrevistados, a maioria referiu que a marcação de consultas é feita por demanda espontânea, sendo que dois relataram encaminhamento direto pela operadora apenas excepcionalmente.

Quanto aos médicos da rede própria, a marcação de consultas é feita pela própria operadora, através da Central de Marcação de Consultas (CMC), já citada, que é uma central de atendimento ao cliente específica para o agendamento de consultas na rede própria.

É importante reafirmar que o encaminhamento dos profissionais credenciados na Central de Atendimento ao Cliente (CAC, que é o Call Center próprio para o atendimento fora da rede própria na cidade de São Paulo) é feita com base na ferramenta gerencial denominada “**Custo Agregado**”, que comporta as informações atinentes à performance do médico em relação à quantidade de exames, procedimentos, cirurgias ou internações que gera para a operadora, dentro de uma faixa considerada “ótima”. Segundo informação prestada pela gerente da CAC, o próprio livreto do usuário já obedece a essa determinação. Isto significa que a relação dos profissionais disponíveis contidas no manual do usuário da operadora já é elaborada de forma a priorizar os profissionais com o Custo Agregado considerado satisfatório.

Isto relativiza significativamente o princípio básico da livre escolha (que foi muito defendida pelos dois primeiros dirigentes entrevistados – o Diretor Clínico e o Assessor do Conselho), uma vez que já existe uma seleção prévia criteriosamente construída pelo setor de credenciamento da operadora, devendo-se dizer que a livre escolha é feita com margem de liberdade bastante reduzida por parte do usuário, e que, aparentemente, esses critérios são desconhecidos por este e também pelos médicos.

Nos centros médicos da rede própria, isto evidentemente não se aplica, pois os médicos lá existentes já trabalham sob regras previamente determinadas pela operadora e atendem à grande maioria dos usuários consumidores dos planos mais acessíveis em termos

de preço (a maior parte sendo os denominados “chão de fábrica”), em que a livre escolha nem é colocada na pauta de negociação dos planos, uma vez que as sub-redes de prestadores são oferecidas de forma fechada para a maior parte dos planos corporativos, sobretudo os planos básicos.

2) O grau de autonomia do médico no exercício da sua prática cotidiana

No interior desse bloco, alguns temas analisadores foram selecionados, e modo a abranger a maior parte dos assuntos ligados à autonomia do médico no seu consultório.

▪ *Determinação do agendamento*

Na rede credenciada, não foi apontada por nenhum dos médicos regras para agendamento (reserva de horários para pacientes do plano, tempo de espera para agendamento de consulta) ou limites para a produtividade mensal. Todos referiram disponibilidade para atendimento de casos agudos ou eventuais (encaixes). Desse modo, o médico credenciado mantém o controle sobre a sua agenda.

Já na rede própria, como era de se esperar, o agendamento é feito pela própria operadora através da já referida CMC, havendo regras para número de consultas por hora (geralmente, é marcada uma consulta a cada 15 minutos), para período de espera (não pode ser superior a 5 dias), havendo disponibilidade de horários para casos eventuais, controle da assiduidade do médico, entre outros. A própria modalidade de inserção profissional já determina um controle mais estreito, uma vez que, pelo fato de serem prestadores de serviços, a remuneração depende do período trabalhado. A existência de um coordenador médico nos centros médicos garante o bom funcionamento do serviço também sob os aspectos de ordem burocrática e organizacional.

▪ *A adoção de protocolos*

Na rede credenciada, nenhum dos médicos entrevistados trabalha com protocolos formais, algumas vezes seguem algumas padronizações respaldadas nas orientações das sociedades médicas ou mesmo do conhecimento técnico-científico já acumulado, mas sem que haja uma recomendação expressa da operadora quanto a isso.

Nos serviços próprios, existem protocolos sobretudo nas especialidades de Cardiologia e Ginecologia-Obstetrícia (este para o acompanhamento da gestação de risco), estruturados pela equipe de Medicina Preventiva, conforme informou um dos entrevistados, o que está de acordo com as informações dadas pelo Gerente da Medicina Preventiva, que serão retomadas oportunamente. Na Pediatria, existem alguns protocolos para diarreias, pneumonias, segundo o pediatra entrevistado, que, entretanto, não soube informar como os mesmos são elaborados.

▪ *A eliminação dos procedimentos auto-gerados nos consultórios*

Como já foi dito na parte introdutória deste capítulo, um aspecto que ficou patente durante a realização das entrevistas, é a inexistência de credenciamento, por parte da operadora, para serviços que ultrapassem as consultas simples ou os procedimentos muito básicos para as especialidades, como ECG, na Cardiologia, e assistência ao parto, na Ginecologia-Obstetrícia e mesmo assim nesta última apenas para os planos que dão direito a pré-natalista, que são uma minoria. No caso da Pediatria, qualquer procedimento além das consultas simples devem ser encaminhados para os especialistas da rede própria, mesmo que os médicos tenham habilitação ou especialização para tal.

O ginecologista credenciado foi bem enfático em relação a isso, inclusive exemplificando duas situações bem ilustrativas a esse respeito: a primeira, já comentada, é o fato de não poder fazer a assistência ao parto das gestantes que acompanha no pré-natal, quando estas não têm o plano que dão direito ao parto com o pré-natalista, o que constitui uma expectativa totalmente contrária aos interesses médicos e comerciais do obstetra e da gestante, que sempre prefere fazer o parto com o obstetra que a acompanhou durante toda a gestação.

Partos, com exceção de um plano ou outro que você tem direito, senão nem parto você pode fazer também. Então, essas operadoras com rede própria elas geralmente direcionam pra a rede própria, seja os casos de parto, seja os casos de tratamento cirúrgico. (...) Isso é péssimo pro paciente, é ruim pro médico, o médico não ganha, ele conduz todo o caso, faz as consultas, faz o acompanhamento... (...) Não dá prosseguimento, fica a remuneração do parto, que é interessante pra o médico, é o trabalho todo que ele tem durante o pré-natal... e, na hora

H, perde-se isso. Então, isso não é interessante pra nenhum dos lados, só pra a operadora.

A segunda situação, já citada, é o fato de não poder realizar procedimentos cirúrgicos ligados à sua especialidade, mesmo os de baixa complexidade, enquanto médico credenciado, pois os mesmos são encaminhados obrigatoriamente para a equipe cirúrgica da rede própria, da qual ele, coincidentemente, faz parte (nesse caso sendo remunerado de forma fixa, como funcionário da operadora).

Esta é uma outra faceta da política de direcionamento para os recursos próprios, que, se por um lado pode se mostrar eficiente na racionalização dos custos e na contenção dos abusos ocasionados pelo exacerbamento nos pedidos dos exames auto-gerados, por outro, pode ter como consequência a desapropriação e o desenraizamento do profissional em relação ao seu trabalho, uma vez que este acaba deixando de praticar atos que tradicionalmente dão especificidade à sua identidade profissional. Isto pode ter implicações na qualidade da rede de cuidado construída para o seu paciente, uma vez que ele pode paulatinamente perder o sentimento de responsabilização em relação à mesma, ao lado do surgimento de uma *desidentidade* em relação ao seu objeto de trabalho, já que certamente outros profissionais da rede própria da operadora complementarão o atendimento.

▪ *A monitorização da performance médica através de ferramentas gerenciais específicas: o “Custo Agregado”*

Dentro da linha de raciocínio que vem sido desenvolvida no presente estudo, e que vem se confirmando com a análise das entrevistas restantes com representantes da direção da operadora e com os prestadores hospitalares e médicos, o investimento da pressão regulatória por parte das operadoras incide sobretudo sobre os prestadores, sendo a (micro)regulação sobre os usuários feita de forma mais velada. Perante os usuários, as autorizações para exames de média e alta complexidade são sempre dadas, mesmo que haja questionamento por parte da operadora, no que a Central de Atendimento (Call Center) tem absoluta centralidade, em vista de ser um lugar estratégico para a comunicação direta com o usuário, buscando a sua satisfação.

Assim, para compensar a aparente liberalidade existente para as autorizações prévias, a operadora lança mão de outros recursos de regulação da utilização que atuam na

sua origem, que é o próprio pedido do médico, o que tem a vantagem de não ser perceptível para o usuário: é a ferramenta gerencial denominada **Custo Agregado**, que é um sistema de informações gerenciais que monitoriza especificamente a performance do prestador médico do ponto de vista quantitativo, isto é, medindo o quanto o médico está gerando de custo para a operadora através dos exames subsidiários e consultas realizadas (excluindo-se procedimentos de alto custo, internações e atendimento de urgência-emergência). Esta performance é representada em um gráfico, determinando-se uma faixa de variação em relação ao que é considerado ótimo, combinando custo com resolutividade do profissional, pois um profissional pode ter um custo mais alto, por pegar casos mais complexos, mas ser assertivo, enquanto um outro pode pedir poucos exames e ser pouco resolutivo, segundo um dos dirigentes da operadora, daí a necessidade de se combinar as duas variáveis (em outras operadoras que utilizam ferramentas semelhantes, foi visto que há uma comparação do desempenho do prestador em relação à média da sua especialidade, o que não ficou claro na Operadora X). Caso o profissional ultrapasse a faixa considerada satisfatória por um certo tempo, ele recebe a visita de médicos visitantes, alertando-o sobre o seu comportamento. Esta ferramenta gerencial embasa o referenciamento feito pelas atendentes da CAC, quando o paciente pede uma indicação de nomes de profissionais.

Porque nós temos de alguma forma, uma ficha qualitativa, de resposta desse prestador, ao longo do tempo, junto com a operadora ...de fidelização. Então, se realmente é um profissional que tem histórico de um bom atendimento aqui, quer dizer, é um profissional que já está bem negociado, que é referenciado pelo próprio universo da operadora, no sentido da qualidade, logicamente já foi vista, então, sem dúvida nenhuma, ele é diferenciado dentro do sistema pra ser um prestador preferencial. Nós ajustamos esse trabalho de Custo Agregado de forma logicamente a tentar fazer o direcionamento pra aqueles profissionais que estão dentro da faixa da variação... Eu tenho uma média com uma variável pra mais ou pra menos, pra não correr um risco, exatamente por causa dessa complexidade de patologias, dentro da especialidade. Então, toda vez que vai fazer um programa de direcionamento, você procura exatamente buscar esse profissional que vem trabalhando dentro de uma faixa... satisfatória... resolutiva.

(Diretor Técnico)

Entre os médicos credenciados entrevistados, 2 referiram conhecê-la: a pediatra credenciada refere que há 3 anos recebeu uma carta alertando-a sobre o pedido excessivo de exames, mas ela afirmou que, embora reconheça que às vezes pede exames demais, não admite nenhum cerceamento ao exercício da sua prática, buscando sempre o melhor para a sua clientela, afirmando que prefere o descredenciamento a qualquer restrição ou imposição em relação ao seu trabalho. Segundo ela, já que é inevitável trabalhar com convênios, pelo menos o bom nível de atendimento tem que ser mantido. Mas, de um modo geral, não sente sua autonomia sendo cerceada pela operadora.

O pediatra credenciado havia recebido uma visita de outra colega pediatra naquela semana pelo mesmo motivo, o que foi motivo de indignação da sua parte, não entendendo como um colega se sujeita a fazer esse tipo de trabalho, considerado por ele como não ético.

Os outros dois prestadores credenciados nunca foram advertidos quanto a isto: o cardiologista argumentou que sua equipe é muito experiente, criteriosa ao solicitar exames, e, portanto, não dá margem para algum tipo de cerceamento por parte das operadoras. Aliás, ao longo do tempo, ele foi selecionando para trabalhar justamente as operadoras que permitem maior autonomia ao médico.

O ginecologista afirmou desfrutar de total autonomia na operadora, pois, embora afirme que seja uma das que pior remunera o profissional, nunca sentiu restrições à sua prática, o que considera um benefício para os pacientes, pois gera uma boa qualidade de prestação de serviços. Aliás, também afirmou que prefere não trabalhar com operadoras que causem esse tipo de problema, pois em primeiro lugar está a sua liberdade de conduta, pois, na eventualidade de algum problema acontecer, não é a operadora que se responsabiliza, é o seu registro no CRM que está em jogo, sendo que ele inclui isso na categoria das condições mínimas de trabalho.

Os médicos da rede própria entrevistados, por seu turno, também não sentem qualquer restrição nesse sentido, uma vez que já trabalham com base em regras conhecidas dentro da operadora, sendo que também faz parte da política da mesma facilitar as autorizações dentro da rede própria, o que, aliás, é colocado como um incentivo não financeiro para os clientes: com o uso dos serviços próprios, o paciente é dispensado da autorização prévia.

Assim, a pressão regulatória sobre o médico assume variados formatos, sendo o Custo Agregado um dos mais valorizados atualmente por várias operadoras para a abordagem do profissional no nível ambulatorial, embora com denominações diferentes para cada uma deles.

▪ ***As pesquisas de satisfação de clientela***

Outra forma de monitorização do trabalho médico se dá através das pesquisas de satisfação da clientela, que são realizadas periodicamente, e onde vários parâmetros do atendimento médico são avaliados. É feito, assim, um controle externo da prática médica, mais uma vez evidenciando a primazia do usuário e a incidência da prática regulatória sobre o médico.

3) A interferência da operadora na intimidade da relação médico-paciente e no sigilo médico

Esse assunto, pelas características especiais que enseja, é de abordagem difícil e delicada e merece ser tratado à parte. Com base em alguns trechos de entrevistas, contudo, é possível perceber que esse âmbito não ficou imune à ação regulatória e fiscalizadora das operadoras, o que gera consequências bem concretas e evidentes para os usuários e para os próprios médicos.

O Diretor Clínico do Hospital 1 fez outras referências mais diretas à interferência no sigilo médico por parte das operadoras, por exemplo, quando da necessidade da caracterização de urgência para atendimentos realizados em Pronto-Socorro, bem como do requerimento de informações por parte dos auditores, que merecem ser registrados:

Você imagina o que significa pro médico. O médico tem que coletar os dados que possam dar segurança pro atendimento. Então, todos nós aprendemos na faculdade a tirar a história de doente. E tem de ser detalhada, tem que pôr: há 30 anos tem hipertensão arterial... está fora de inclusão porque era doença preexistente. Pronto. Aí vem a família no seu pé: "Olha, o convênio me informou que o senhor botou lá que eu..." Aí, tem no Código de Ética que eu não posso revelar informações do paciente que possam prejudicá-lo. Antigamente, isso aí significava outra coisa, hoje em dia é também um prejuízo o

paciente perder o convênio... eu não posso escrever o que eu deveria escrever. Não escrevo que ele é hipertenso... Então, outro que vem atender o cliente no meio da noite não sabe que ele é hipertenso, vai “burrar”. Então, você vê, a gente fica num mato sem cachorro, entende? E por isso ele pode ir parar na Comissão de Ética. O que eu faço?

Então, a rigor, o que acontece? Os auditores, eles deveriam ter acesso a mim, mas eles são obrigados ao sigilo médico. Eles não poderiam passar esse tipo de informação para a operadora, no entanto, eles passam (...). O auditor pergunta: “Qual? Como? Aonde?” Aonde eu vou me defender? Então acaba, esse troço do sigilo também é complicado.

Acrescentou ainda que as operadoras estão se imiscuindo no interior da própria consulta médica para efetuar a remuneração da mesma, por exemplo, checando se houve realização de exame físico ou não, neste caso, aplicando glosa ao procedimento:

Outra coisa: consulta de ambulatório. Você sabe que no consultório você atende, a pessoa assina comprovando que esteve lá, alguns passam com o cartãozinho automático... Basta isso, houve consulta! Frequentemente, os convênios estão partindo agora pra ver o atendimento, dependendo do atendimento, “*eu não vou pagar*”! Ah, porque você (não) fez, não anotou o exame físico. O que tem a ver anotar o exame físico com o fato de haver consulta ou não? É o primeiro critério, na verdade, é a relação médico-paciente. Se o doente vem pra discutir comigo a indicação de uma cirurgia ou se ele vem pra chorar as pitangas no meu ouvido – e tem todo o direito de fazer isso, dividir comigo suas preocupações e ansiedade – e eu não anotar... Não teve exame físico, de fato, eu escutei o doente durante meia hora, combinei com ele, solicitei algum exame... Ninguém pode me glosar essa consulta. No entanto, não tem exame físico, não tem não sei o quê... E ‘tá glosado.

Um depoimento bastante significativo em relação ao sigilo médico foi dada por outro médico credenciado, referindo-se à pergunta do questionário relacionada à possibilidade de recusa ou exclusão do plano de pacientes com doença grave por parte da operadora, tendo sido indagado especificamente sobre preexistência:

Chega situações assim, como eu faço a parte de cirurgias, às vezes, **em algumas situações eu sou solicitado pelo departamento de autorização, de guias, pelos procedimentos, sobre a temporalidade da doença.** Então, por exemplo, uma paciente com mioma, uma paciente com cisto, provavelmente são casos de pacientes que estão há menos tempo no plano, então eles querem que eu faça um relatório de quanto... isso é a coisa mais difícil pro médico, há quanto tempo a paciente está com aquele problema. (...) **São os tais relatórios de temporalidade.** Eu não tenho uma bola de cristal, eles querem saber, a paciente chega com um mioma pra mim numa primeira consulta, com o útero aumentado de volume, com miomatose, como é que eu vou saber, nunca vi a paciente em outra situação, nunca atendi, é o primeiro atendimento que eu estou fazendo, como é que eu vou imaginar quanto tempo que ela tem aquele mioma. Um mioma pode evoluir em um ano, pode evoluir em cinco anos, pode evoluir em três meses, não sei, é a situação mais absurda e difícil que eu tenho que resolver. (grifos nossos)

Esta é mais uma demonstração clara de que o cercamento regulatório ao usuário existe, mas é feito de forma indireta, isto é, através do médico, até de forma a coagi-lo na transgressão da relação de confiança construída com o paciente. Isto tem consequências evidentemente concretas para o paciente, no que se refere à possibilidade de este não ter a cobertura da sua patologia garantida ou mesmo de vir a ser excluído do convênio, bem como para o médico, pelas evidentes implicações de ordem ética que isso pode lhe trazer. Isso sem contar a incompatibilidade desse tipo de prática (a seleção de riscos após o usuário ter adquirido o plano) com a integridade e a qualidade da linha de cuidado desses pacientes.

4) A construção das linhas de cuidado

Pelo que se tem visto até o momento, o delineamento da rede de cuidados construída na operadora em estudo, conquanto pareça ser eficiente, é totalmente concebida pela mesma. Isto porque, como já vem sendo dito, o que preside a concepção assistencial, dada pelo enfoque central na Medicina Preventiva, tem como base de sustentação o uso maximizado dos recursos próprios. Assim, todo o tecido do cuidado é construído nesse sentido, numa mega-operação de encaminhamentos para os recursos próprios e para a

Medicina Preventiva, que, por sua vez, volta-se também para a rede própria, tudo isso inserido na concepção da “gestão do cuidado”, de modo a combinar custo e qualidade da atenção. Sob essa perspectiva, o médico é uma parte desse processo, sendo que os que atuam no nível ambulatorial se atêm às consultas simples e a fazer encaminhamentos, a menos que tenham também um segundo vínculo com áreas de internação e cirurgias. Contudo, de um modo geral, o médico, principalmente o credenciado, procura valorizar o vínculo com o paciente, pois este é ainda um dos poucos elementos remanescentes da prática liberal autônoma que fortalecem sua identidade profissional.

No que concerne às três linhas de cuidado abordadas, algumas informações prestadas nas entrevistas corroboram as afirmações acima. O assunto será visto em linhas gerais, visto que já foi objeto de considerações em tópicos anteriores.

▪ ***Pediatria***

Entre os pediatras ligados à rede credenciada, a rede de cuidados é determinada essencialmente pelo vínculo estabelecido entre o médico e o paciente na sua sequência habitual de consultas, complementada pelos eventuais encaminhamentos para as sub-especialidades (dentro da rede própria ou para os especialistas credenciados) e pelas esporádicas internações, que é uma característica desta especialidade. Não há referências conclusivas a outras formas de atendimento, por exemplo, através de equipes multidisciplinares próprias para a área de Pediatria. Na rede própria, ocorre praticamente o mesmo, inclusive os encaminhamentos para especialistas e internações através da central de atendimento dos centros médicos. Não existem *case management* específicos para a faixa etária pediátrica, sendo os casos mais complexos encaminhados para os núcleos gerais de atendimento multidisciplinar já existentes na operadora.

▪ ***Cardiologia***

Na área de cardiologia, o profissional entrevistado inscreve-se na categoria dos prestadores preferenciais, centralizando os encaminhamentos feitos pela operadora e triando os casos que requeiram intervenções de maior complexidade. Mesmo assim, ele se limita à realização de ECG em seu consultório, encaminhando todo o restante de procedimentos para clínicas credenciadas ou para o próprio hospital de referência da

especialidade. Contudo, foi percebida uma resistência do mesmo a encaminhar seus pacientes para os *case management*, tendo referido que os seus pacientes preferem continuar a ser atendidos por ele, e que o consultório não deve se resumir ao atendimento dos casos “fáceis”. Ele acha que a operadora deveria incentivar a realização de programas preventivos (com grupos de pacientes) nos consultórios, para que os médicos não fiquem alijados desse processo.

O cardiologista da rede própria faz um atendimento exclusivamente ambulatorial, encaminhando os casos mais complexos (que necessitem fazer cineangiocoronarografia, cirurgias etc) para o cardiologista credenciado anteriormente mencionado ou mesmos para alguns serviços de diagnose já existentes nos centros médicos (ecocardiograma e teste ergométrico, por exemplo). Alguns casos selecionados são encaminhados para os *case management* (por exemplo, de hipertensão), recebendo-os posteriormente de volta para acompanhamento. Segundo ele, os programas da Medicina Preventiva ainda não estão suficientemente conectados com o atendimento realizado nos centros médicos, acha que as coisas ainda são feitas em separado, faltando uma ponte entre os dois lados: “faz isso que a gente vai... cuida disso que eu cuido... cuida da dieta que eu cuido do remédio, ou cuida do remédio que eu cuido da dieta...” ou “... No caso de uma dieta... eu passo a dieta aqui, porque eu não sei se a pessoa vai passar a dieta lá, e eu quero que o paciente faça a minha dieta, também”. Afirma, porém, que os pacientes apreciam um programa extra-consulta e ele próprio considera boa a eficácia do programa. Também não acompanha pacientes internados, embora pareça manter um bom contato com as equipes das áreas de internação.

▪ *Ginecologia-Obstetrícia*

O entrevistado credenciado também faz acompanhamento apenas ambulatorial no seu consultório. Só consegue ter um raio de ação mais ampliado por ser também membro da equipe fixa de cirurgia da rede própria, como já foi dito anteriormente, o que lhe traz algumas desvantagens, devido à forma de remuneração que o vínculo empregatício obriga (não recebimento por procedimentos). Também realiza poucos partos, o que já foi suficientemente comentado anteriormente. Ele está incluído na relação de

prestadores preferenciais também por ser uma referência para casos de Mastologia, que é a sua sub-especialidade.

A ginecologista da rede própria também atende prioritariamente os casos de baixa (e, muito eventualmente, média) complexidade, entre eles o pré-natal de baixo risco, sendo os casos obstétricos de maior complexidade encaminhados para o pré-natal de risco. Ela realiza poucos partos, pelo fato de a maior parte das pacientes que frequenta à rede própria ter planos que não dão direito a pré-natalista ou mesmo porque ela própria não tem condições de sair do atendimento no momento do parto. Assim a grande maioria dos partos de gestantes acompanhadas nos centros médicos acabam sendo realizados geralmente na maternidade de referência da rede própria pelos plantonistas do dia.

Pode-se concluir, portanto, que a organização das redes de cuidado na referida operadora é fruto de uma concepção assistencial específica, forjada juntamente com uma política gerencial de controle da sinistralidade à qual se atrela um ideário de saúde integral. Tudo isso é articulado de modo a conter o atendimento nos recursos próprios, de modo que o controle da qualidade associada ao controle dos custos seja feito de forma muito próxima e com rédeas bem seguras, prescindindo-se ao máximo não só dos serviços credenciados, quanto da própria assistência eminentemente curativa, daí o papel estratégico da Medicina Preventiva na organização da assistência. Nessa perspectiva, a conformação do cuidado é prerrogativa da operadora, sendo expropriada ao médico, que se restringe muitas vezes às consultas dos casos mais simples ou ao papel de “encaminhador” ou “direcionador” para as instâncias de maior complexidade (e, conseqüentemente, de custo mais alto), só enxergando e realizando parte do processo total, cujo desenho fica sob o total controle da operadora, que detém a auto-suficiência de um sistema de saúde paralelo.

5) A relação com a operadora

▪ A relação contratual e a remuneração

As relações contratuais que a operadora estabelece com os seus prestadores assume variados formatos, sempre predominando, e como tendência crescente, a prestação de serviços. Entre os médicos entrevistados, um referiu vínculo empregatício dentro da rede própria com a operadora, pelo fato de ser um dos mais antigos da atual população de prestadores, mas este caso parece constituir uma exceção.

Assim, entre os prestadores credenciados, vigora o sistema de pagamentos por procedimentos, seja como pessoa física ou como pessoa jurídica, neste caso o prestador constituindo empresa de pessoa jurídica para receber sua remuneração. Esta parece ser a modalidade preferida pela operadora, tanto que o pediatra credenciado afirmou que tem sido pressionado para mudar a sua relação contratual para pessoa jurídica.

Todos os médicos credenciados fizeram a ressalva de que é um dos convênios que pior remunera o médico, mas, afora as glosas, tem como característica a pontualidade dos pagamentos. É tida como um convênio que paga pouco, mas paga em dia. Atualmente, o valor pago por consulta é R\$17,00 brutos, segundo informações dos prestadores, dado este que se contrapõe à informação dada pelo Diretor Técnico, que afirmou que o valor da consulta gira em torno de “vinte (reais) e pouquinho”.

Já na rede própria, prevalece o sistema de contratação pelo que eles denominam cooperativa. Os médicos da rede própria têm que se vincular a essa cooperativa e/ou constituir pessoa jurídica, sendo que o pagamento é calculado por horas trabalhadas. Essas são basicamente as formas referidas nas entrevistas. Em todos os casos, exceto para as contratações antigas, o regime é o de prestação de serviços e, portanto, sem os benefícios trabalhistas previstos pela lei.

▪ *Condições gerais de trabalho*

- **Na rede própria**, todos consideram boas as condições de trabalho, no sentido de que não sofrem nenhuma imposição, restrições para pedir exames e que a infra-estrutura do atendimento é satisfatória, havendo todos os recursos necessários para uma boa assistência.

Foi também bastante valorizada por um dos entrevistados a existência de um coordenador médico, a quem os médicos podem recorrer em qualquer situação sobre quaisquer problemas, seja ligados aos pacientes, seja ligados a questões administrativas, a condições de trabalho, salariais, até mesmo a problemas pessoais ou familiares. Este é considerado um bom interlocutor entre os médicos e as instâncias superiores. O mesmo entrevistado falou sobre o respeito como o profissional médico é tratado, o que ele considerou um diferencial em relação a outras operadoras com que trabalha.

Alguns chegaram a dizer que, comparativamente a outros existentes no mercado, a operadora analisada é o melhor convênio para se trabalhar, tendo sido o critério

utilizado por um deles para caracterizar um bom convênio a liberdade para pedir exames e a remuneração do médico. A única ressalva feita por dois entrevistados dos centros médicos próprios é a contratação pela cooperativa, que não dá os benefícios previstos pela, não dando, conseqüentemente, segurança para o médico, que, caso necessite se afastar por motivo de saúde por um tempo prolongado, não recebe sua remuneração (“Se trabalha, ganha, se não trabalha, não ganha”).

- **Na rede credenciada**, a operadora é tida como um convênio “tranquilo” para se trabalhar, no que se refere às não restrições para a autorização de exames. As exceções foram os dois pediatras citados.

▪ *O envolvimento cooptado*

Tendo como base os depoimentos dos prestadores entrevistados, especificamente os dos centros médicos da rede própria da Operadora X, um fato que chama a atenção é o grau de fidelização à operadora. Deu-se bastante ênfase às condições de trabalho, à liberdade de atuação do profissional e, segundo uma entrevistada, o respeito com que os médicos são tratados dentro da empresa, para o que contribui a existência do citado coordenador médico. Foi feita referência também a uma pesquisa de satisfação de clientela a cada 6 meses nos centros médicos, onde os médicos (e outros setores do atendimento) são avaliados segundo vários critérios (pontualidade, assiduidade, qualidade do atendimento etc). Assim, periodicamente, uma determinada quantidade de médicos de cada especialidade recebe um prêmio em dinheiro (acompanhado de um *botton*, um certificado etc), havendo uma festa de entrega desse prêmio. Todos os médicos parecem disputar o prêmio (há “*uma briguinha*” para ver quem vai ganhá-lo). Isto é visto de forma muito positiva pelos profissionais médicos, que dizem nunca ter encontrado isso em nenhum outro lugar onde trabalharam.

Se isto pode significar o êxito de uma opção gerencial de valorização de recursos humanos, pode estar refletindo também as más condições gerais do trabalho médico na cidade como um todo. Este diferencial oferecido pela operadora garante a adesão dos médicos à sua política gerencial, que, aliada às boas condições materiais de trabalho assistencial, suplantam e fazem submergir os aspectos negativos da mesma, que é a reiterada má remuneração do médico e a falta de vínculo empregatício. Ao lado disso, pôde-se também perceber que todos os profissionais ingressam na operadora por indicações

peçoais, de modo a se preservar as relações de amizade, neutralizar os conflitos e, assim, garantir um bom ambiente de trabalho. Tudo se passa como se fosse uma grande família, a “família Operadora X”, que se identifica com o ideário “toyotista”, como já foi visto no capítulo II. Assim, a preservação e o incentivo aos laços de amizade entre os médicos, entre estes e o coordenador e também em relação às instâncias hierarquicamente superiores sugerem uma cooptação do quadro médico ao ideário da empresa, já que ninguém quer perder, no contexto de um mercado francamente recessivo e cada vez mais asfixiante para o médico, um posto de trabalho onde todos são bem tratados (possivelmente como parte de uma estratégia empresarial) e onde as condições de trabalho são consideradas boas (condições materiais para a assistência, com consultórios aparelhados com os recursos necessários para o atendimento ao paciente), mesmo que a remuneração seja insatisfatória, ou que tenham que definitivamente abrir mão de direitos trabalhistas mínimos.

Com base nas entrevistas realizadas, pode-se perceber que as duas grandes ordens de tensão existentes no espaço relacional operadoras-prestadores, sejam estes hospitalares ou individuais (médicos) gravitam essencialmente em torno de dois temas: **autonomia no exercício da atividade profissional**, com todos os seus corolários (liberdade para solicitação de exames ou realização de procedimentos; bem como para a disponibilização do arsenal terapêutico que consideram mais adequado para o provimento do cuidado e da cura do paciente), e **remuneração** (tanto na esfera hospitalar quanto na ambulatorial).

Já foi visto também que na esfera hospitalar, onde se congregam os três itens já citados, com especial destaque para os materiais especiais e os medicamentos, a autonomia na eleição da terapêutica sofre maiores interferências, havendo, em contrapartida, uma maior capacidade de barganha da corporação médica para negociar os valores pagos pelo seu trabalho.

Já na esfera ambulatorial, a (micro)regulação se faz de modo mais velado, através dos instrumentos de mensuração de *performance* do profissional médico, o que pode ser entendido como parte de uma estratégia mercadológica de não impingir negativas ao usuário, que “só quer ser examinado”, não melindrando sua satisfação enquanto cliente e também não expondo a operadora aos processos judiciais incentivados pela legislação dos direitos do consumidor. Confirma-se, assim, a suspeita de que a regulação por parte das

operadoras incide no que atualmente pode ser talvez considerado o elo mais fraco entre os prestadores, que é o prestador individual, o qual detém menor capacidade de negociação, de impor suas regras nesse jogo e também com baixa capacidade de mobilização política em virtude dos múltiplos vínculos que é obrigado a ter para manter seus ganhos em patamares mínimos.

A remuneração torna-se, portanto, o ponto crítico desse relacionamento, levantado de forma anônima por todos os entrevistados. Os próprios dirigentes já haviam dado indicações a respeito desse elemento de conflito entre a operadora e os médicos, denotando um quase impasse na resolução dessa questão. O Diretor Técnico reconhece que, embora a operadora esteja avançada no que diz respeito à contratualidade com os prestadores, a remuneração ainda deixa muito a desejar no que diz respeito aos honorários médicos, principalmente dos prestadores médicos individuais.

Quando a gente fala, na realidade, de rede hospitalar, os reajustes têm sido bastante poucos, mas, de alguma forma, eles ainda têm acontecido; quando a gente fala pra a rede de médicos, aí realmente a gente entende que a coisa 'tá bastante complicada pra todo mundo porque foi onde menos se fez reajuste. (...) A gente entende que, pra 2004, nós vamos ter que, de alguma forma, abrir a possibilidade de reajuste. Como fazer e aonde achar a verba pra isso é o que é nosso enigma... A AMB, ela norteou, sem dúvida nenhuma com relação a quantidade de CHs, toda a parte de diagnóstico com relação à unidade de serviços pra toda a parte de procedimento cirúrgico; pra consulta, já muitos anos que ela deixou de ser referência, essa é uma verdade! Você tem determinadas praças onde você tem uma força maior, onde você conseguiu uma negociação e credenciamento num valor menor. Então, de repente, você fala: não, esse médico aqui não aceita ganhar esse valor, mas, de repente, você tem dois outros bons médicos...

Assim, embora alguns profissionais recebam remuneração diferenciada – aqueles ligados à área acadêmica e aos programas de Medicina Preventiva – este é um contingente muito pequeno e mesmo assim a diferença de salário não é muito grande em relação ao restante, segundo o entrevistado anterior. A grande massa de prestadores, segundo ele, ainda recebe um valor menor, o que se verifica principalmente na Grande São Paulo, onde a competitividade entre os médicos é muito grande e a operadora tem maior poder de barganha, isto é, de impor honorários menores. Já em praças onde existe, por

exemplo, a presença de cooperativas médicas impondo valores, a negociação tem que ser diferente, segundo ele.

Ele atribui a difícil situação em que o médico se encontra à má situação financeira da saúde suplementar como um todo, em vista do aumento da sinistralidade nos últimos anos, agravada pelos sub-reajustes concedidos pelo setor governamental e também à postura alienada do médico em relação à realidade do setor privado, em consequência da própria formação recebida nas universidades, que não procura enxergar o impacto dos seus atos nos custos finais do cuidado. Ele defende ser necessário que o médico se sensibilize, no sentido de otimizar o sistema de saúde para o seu próprio benefício, revertendo a tendência atual de valorização dos procedimentos, devendo-se rever o desenho no sentido de “tirar um pouco do bolso da indústria diagnóstica e voltar pro bolso do médico...”, o que é uma boa expressão da disputa entre o modelo médico-hegemônico e o capital representado pelas empresas do mercado de saúde suplementar.

Ao longo da entrevista concedida, em vários momentos ele faz referência ao compartilhamento de riscos que deve ser assumido pelos médicos, tecendo uma linha de raciocínio bem identificada com os preceitos da Atenção Gerenciada. Assim, preconiza que os médicos devem se inserir na discussão do setor saúde, questionando a sociedade e “**assumindo riscos** junto com os outros *players* (sic) da saúde pra efetivamente... novamente, o médico buscar o seu espaço”, compartilhando com os diversos setores a gestão da saúde.

Muita coisa se perdeu no meio do caminho com essa colcha de retalhos que, na realidade, hoje é a lei; com essa complexidade de entendimento de você tentar, na realidade, obrigatoriamente, trazer as sociedades médicas, os conselhos, também pra a responsabilidade no sentido de achar a solução, pra a gente tentar caminhar junto. Porque a impressão que dá é que se deixa, na realidade, fomentar essa coisa da... não, são as operadoras só que estão ganhando dinheiro, não sei o quê. E todos os balanços mostram totalmente o contrário. E, mesmo assim, a sociedade médica como um todo continua fomentada por esses órgãos no sentido de... olha, eles são os vilões. A gente precisa quebrar isso; precisa trazer todo mundo pra falar: ou senta junto, discute, vê o modelo, fala: olha, na realidade, assim... nós temos que mudar tudo isso. O médico tem que entender, realmente, que ele vai precisar

otimizar o atendimento dele... vai ter que entrar e **assumir risco junto dentro desse processo** e exigir ganho. Aí, sim! (grifos nossos)

No sentido de se tratar mais adequadamente esse assunto, o que já é sentido como necessidade pela própria operadora, ele propõe a utilização do Custo Agregado como critério para uma bonificação médica:

Mas a gente entende que principalmente pra determinadas regiões, você, de alguma forma, vai ter que estar fazendo uma composição melhor. A idéia é que a gente possa até usar o programa de Custo Agregado, ver alguns médicos que realmente estão trabalhando com o melhor resultado, pra você tentar trabalhar uma bonificação, pra ele tentar entender esse programa e se estimular a estar acompanhando também isso. Se nós conseguirmos entrar realmente com esse programa, eu acredito muito mais nisso como mecanismo de gestão, porque aí o médico começa junto com a gente a fazer toda a gestão da saúde... Ele começa a se preocupar de estar solicitando tudo aquilo que precisa, porque nós não vamos falar: não, você tem ficar abaixo; não, você precisa, pura e simplesmente, estar dentro da faixa de variação...

Com base em tudo o que foi exposto até agora, algumas conclusões podem ser tiradas:

- A construção da linha de cuidado por iniciativa e sob o total controle da operadora, ainda que tenha como aspectos positivos uma melhor racionalidade no uso dos recursos e, teoricamente, um melhor resultado global das ações de saúde, por outro lado, quebra ou desvaloriza indistintamente o trabalho vivo do médico (com as esperadas consequências que isso possa ter na relação identitária do mesmo para com o seu objeto de trabalho e mesmo na eficiência do seu trabalho como um todo, o que pode alterar a eficácia global das ações de saúde pela operadora) e a própria relação médico-paciente. Seria importante aquilatar também as repercussões que isso possa ter na integralidade do cuidado, dito aqui de um modo a se considerar a repercussão que a continuidade do acompanhamento com profissionais ou serviços diferentes possa causar na aceitação do tratamento por parte do usuário.
- Em segundo lugar, o quanto a remuneração médica em patamares tão baixos é vital para o crescimento e para a posição de destaque da operadora no mercado brasileiro. Em outras palavras, se num mercado francamente recessivo a operadora em estudo tem podido investir tão intensamente em tão variada gama de recursos próprios (físicos, com modernização de suas instalações, e tecno-assistenciais, como a própria Medicina Preventiva), é porque pode contar com a economia gerada por alguns setores, entre eles a remuneração dos prestadores, considerada uma das mais baixas do mercado (“aviltante”, segundo um dos entrevistados).

- Que a oferta de boas condições de trabalho para os profissionais da rede própria desta operadora acaba por mascarar a má remuneração, que fica ocultada por tais condições (atualmente rarefeitas no mercado de assistência médica supletiva em São Paulo), pela pontualidade nos pagamentos e por uma estratégia de envolvimento dos trabalhadores que mascara os baixos ganhos dos prestadores através de expedientes como bom ambiente de trabalho, premiações periódicas pela atuação em serviço etc, que os faz temerem perder esse posto de trabalho.
- Tudo isto parece se inscrever em uma estratégia gerencial de investimento em custos fixos para inibir os custos variáveis, o que justificaria a opção pelo alto investimento feito na rede própria, onde a constituição de equipes próprias e fixas (que detêm boa parte do capital do conhecimento técnico-científico e que realizam a maior parte dos procedimentos de média e alta complexidade) com uma remuneração também previsível e subdimensionada, bem como a adoção dos mecanismos de regulação, como os protocolos e os pacotes (que guardam uma certa identidade entre si), contribuem em conjunto para o aumento das margens de ganhos sobre o capital.
- Que a expressão “compartilhamento de riscos”, que denota uma especificidade da Atenção Gerenciada, tem se tornado peça habitual do discurso do Diretor Técnico da operadora, embora ainda não se apresente como uma “per capitação” no sentido estrito do termo. E que, na verdade, não representa uma prática nova da empresa, pois já vem se traduzindo há tempos no achatamento dos honorários médicos⁶.

Nesse contexto, os médicos adotam atitudes distintas conforme a sua forma de inserção nos processos de trabalho na operadora: enquanto os médicos credenciados manifestam-se frontalmente contra o arrocho imposto às remunerações, os médicos assalariados da rede própria demonstram-se satisfeitos ou resignados com as suas condições, pelo contraste com a situação atualmente existente no mercado, que se mostra ainda pior, tanto no que concerne aos aspectos salariais quanto nos relacionados às condições de trabalho, onde se inclui a possibilidade de manutenção da sua autonomia profissional.

6) O protagonismo do médico no contexto da regulamentação/regulação

Os achados empíricos obtidos até agora atestam a centralidade do médico, seja enquanto parte integrante do universo hospitalar, seja enquanto ator individual, no cenário da saúde suplementar. As informações obtidas indicam também que, em função

⁶ Em conversa telefônica, o Diretor Clínico da operadora comentou que, se, de um lado é verdadeira a afirmação de que nos últimos 8 anos não houve reajuste dos honorários médicos, por outro, o “custo agregado” dos médicos subiu quase 200%, o que significa que, na prática, a remuneração médica atual já reflete um compartilhamento de riscos determinado unilateralmente pela operadora.

disso, o eixo da regulação/regulamentação volta-se precipuamente sobre a sua prática, embora nem sempre ele próprio apreenda a totalidade desse processo, bem como a sua importância no mesmo. Um exemplo disso é que a maioria dos prestadores individuais entrevistados não conhece a Lei 9656/98, assim como não conhece os critérios das operadoras para referenciamento, que, no caso desta operadora, é balizado pelo seu Custo Agregado, que determina inclusive a sua inscrição no livreto do usuário.

A centralidade do médico é reconhecida pela operadora, não só em função dos mecanismos mais corriqueiros e estruturados já citados, como também pela sua importância na viabilização do programa de Medicina Preventiva, no que diz principalmente respeito à captação dos usuários através dos encaminhamentos. Não é por outro motivo que a operadora está em vias de implementar um programa de reciclagem médica, onde a tônica é sensibilizar o prestador individual para o direcionamento de pacientes para a Medicina Preventiva, como será visto mais adiante.

Não é inteiramente apreensível ao prestador o peso crescente que vem tendo a nova concepção assistencial que vem se desenhando com o programa de Medicina Preventiva na rede de cuidados articulada para os seus pacientes. Do mesmo modo, escapa-lhe o alcance das ferramentas de mensuração de *performance*, as quais, além de monitorizarem a sua prática cotidiana, também têm repercussão na forma como a operadora dita a política de remuneração. E, finalmente, pode-se dizer que ainda não faz parte do seu universo de considerações que todas essas estratégias compõem um mosaico de uma política mais ampla de regulação da sua prática, que se consubstancia no que parece ser uma leitura brasileira da Atenção Gerenciada.

Nos quadros analíticos que se seguem, encontram-se sistematizadas as considerações que foram feitas até agora.

QUADRO 1: Mecanismos de regulação adotados pela operadora⁷

ESTRATÉGIAS MICRO-REGULATÓRIAS ANALISADORAS	“DISPOSITIVOS DE OPERAÇÃO”	OPERA-DORA “X”
1- Direcionamento da clientela para prestadores preferenciais (regulação estrutural ou diretriz regulatória) Medicina Preventiva (dimensão ideológica da regulação)	• Constituição de sub-redes de prestadores/ segmentação dos planos	SIM
	• Porta de entrada	NÃO SIM
	• Fortalecimento da rede própria	SIM
	• Negociação de protocolos e “pacotes” com prestadores preferenciais, associando custos mais baixos a maior volume de direcionamento de pacientes;	SIM
	• Hierarquização de encaminhamentos para prestadores individuais a partir da utilização de “padrões de custos”;	SIM
2- Controle/disciplinamento da prática dos médicos (prestadores individuais)	• Programas de prevenção e promoção	SIM
	• Estratégias de des-hospitalização	SIM
	• Gerenciamento de riscos: case management; disease management	SIM
	• Credenciamento criterioso dos médicos em seus consultórios a partir de critérios “mercadológicos” bem definidos pela seguradora;	SIM
	• Gerenciamento de qualidade/Avaliação de fidelização dos pacientes (Pesquisas de satisfação da clientela/CallCenter)	SIM
3- Controle/disciplinamento dos prestadores hospitalares	• Autorização prévia/análises médicas para exames complexos e/ou de maior custo e para internações e cirurgias eletivas.	SIM
	• Acompanhamento da “performance” do médico: o “Custo Agregado”	SIM
	• Adoção de protocolos	NÃO
	• Glosas	SIM
	• Descredenciamento, no limite	SIM
3- Controle/disciplinamento dos prestadores hospitalares	• Credenciamento de redes de provedores – negociação de “pacotes” com prestadores preferenciais, associando custos mais baixos a maior volume de direcionamento de pacientes;	SIM
	• Adoção de protocolos	Recomenda
	• Glosas	SIM
	• Auditorias.	SIM
	• Corpo consultivo da operadora para interlocução com prestadores (Ex: p/ incorporação de novas tecnologias)	SIM

Fonte: Cecílio (2003, adaptado)

⁷ Este quadro foi utilizado originalmente para comparação entre os quatro segmentos de operadoras, sendo esta uma adaptação para a operadora atualmente em estudo.

QUADRO 2- Quadro analítico das entrevistas dos prestadores hospitalares

BLOCO TEMÁTICO	PRINCIPAIS TEMAS
O direcionamento	• O fortalecimento da rede própria – as estratégias de “des-hospitalização” • O investimento nos programas de Medicina Preventiva
O acesso do paciente aos serviços hospitalares • Ao Pronto-Socorro • Aos serviços de internação hospitalar	• O atendimento em situação de urgência/emergência • Autorização prévia/CAC • A drenagem de pacientes para a rede própria
As estratégias de regulação da utilização hospitalar propriamente ditas	• Os protocolos • Os pacotes • Os itens materiais/medicamentos/diárias hospitalares – as glosas • As auditorias • A incorporação de novas tecnologias

QUADRO 3- Quadro analítico das entrevistas dos médicos.

BLOCO TEMÁTICO	PRINCIPAIS TEMAS
O acesso do paciente ao consultório do médico	“Livre escolha” x direcionamento
O grau de autonomia do médico no exercício da sua prática cotidiana.	• A determinação do agendamento • A adoção de protocolos • A eliminação da prática de exames auto-gerados • O “Custo Agregado” como monitorização da performance médica • As pesquisas de satisfação de clientela
A interferência na relação médico-paciente	• O sigilo médico
A construção da linha de cuidado	• O vínculo com o paciente • A existência de mais de um vínculo com a operadora ampliando a rede de cuidado • O grau de intermediação da operadora entre o médico e o usuário: a expropriação da coordenação do cuidado ao médico.
A relação com a operadora	• As modalidades contratuais e a remuneração • As condições de trabalho • O envolvimento cooptado
O protagonismo do médico no contexto da regulamentação	• o conhecimento das regras da operadora • o grau de conhecimento da lei 9656

4.5. A MEDICINA PREVENTIVA

Desde as primeiras entrevistas com os dirigentes desta operadora, podia-se perceber a grande ênfase que esta vem dando ao programa de Medicina Preventiva, onde é concebida e construída toda a política assistencial da operadora, a qual se inscreve em uma estratégia maior de foco na qualidade e na saúde integral, com custos compatíveis, sintetizada na expressão “gestão do cuidado”, visando a melhor relação custo-benefício. Esse enfoque foi marcante nas entrevistas realizadas com o Diretor Clínico, o Diretor Técnico e o Diretor Financeiro, tendo este a definido explicitamente como uma “estratégia de controle de sinistro”.

Dada a relevância do tema, foi feita uma visita ao programa de Medicina Preventiva, bem como uma entrevista com o seu responsável e idealizador, que é o seu gerente médico.

4.5.1. DESCRIÇÃO GERAL DO PROGRAMA

O Programa de Medicina preventiva da operadora em estudo vem sendo desenvolvido desde 1991, inicialmente através de palestras de educação continuada nas empresas, até que, paulatinamente, a sua direção foi percebendo a necessidade de se desenvolver um programa específico para este campo. Há mais ou menos 5 anos, foi se delineando essa possibilidade, utilizando-se como base os modelos americanos de *disease management* e *case management*.

O *disease management*, ou Gerenciamento de Doenças, visa identificar, na população assistida, a presença de doença já instalada, bem como dos riscos para desenvolvê-las, estratificando –os em leve, moderado e elevado. É considerado um modelo pró-ativo e sistemático de gerenciamento da população prospectada, um identificador de riscos, no sentido de promover uma intervenção precoce, juntamente com um cuidado continuado, associado à participação ativa do paciente no seu estado de saúde. Nos casos de risco leve, as ações desenvolvidas consistem em orientações gerais através de palestras, panfletos etc, que constituem a **Medicina Preventiva primária**.

Uma vez identificados os indivíduos portadores de risco moderado e elevado, o *case management* (Gerenciamento de Casos) estabelece as ações no sentido de

evitar o desenvolvimento da doença ou, no caso de doença já instalada, propõe-se a fazer o gerenciamento do acompanhamento da doença crônica, no sentido de estabilizá-la, promover a cura ou evitar o agravamento ou surgimento de complicações. Assim, o termo *case management* está mais apropriadamente associado à medicina terciária, ou seja, aos casos crônicos e/ou de maior complexidade, estando a medicina secundária ligada principalmente às doenças sem manifestação clínica. Constitui, na verdade, uma zona de transição entre a **medicina secundária e a medicina terciária**, e visa a detecção de pacientes com alta complexidade (com alta utilização, alto custo e dificuldades de acompanhamento), e seu acompanhamento personalizado através dos núcleos e de equipe multidisciplinar. Além disso, segundo o entrevistado, propõe-se a atuar

junto ao cliente na conscientização e informação sobre as diversas ações preventivas que tragam uma melhor qualidade de vida, priorizando ações que contribuam para a manutenção do estado de saúde para uma **melhor gestão do custo**, orientando sobre a melhor utilização dos recursos disponíveis, sempre no intuito de antecipar essas situações, hábitos ou vícios para o bem-estar do nosso cliente com **custo gerenciado** (grifos nossos).

Captação dos pacientes:

As formas de prospecção ou de captação dos pacientes dos pacientes dependem do nível de atendimento envolvido:

- Medicina preventiva primária: Questionários de Saúde (aplicados aos clientes empresariais), Semana de saúde.
- Medicina preventiva secundária: Questionários de Saúde, Semana de saúde e encaminhamento médico (nível generalista).
- Medicina preventiva terciária: Os anteriores mais Relatórios de utilização (Sinistralidade), bem como encaminhamento médico no nível de especialista. A inscrição também pode ser feita através do Website da operadora. Ainda que não incluída nas páginas do seu site, foi relatado também pelo Diretor Clínico da operadora a captação dos pacientes através dos CIDs.

Obs: O encaminhamento médico pode ser feito por médicos da rede própria (dos centros médicos próprios e dos hospitais, após a alta) e por médicos credenciados, através de protocolos. Além disso, nas empresas, o encaminhamento médico pode ser feito pela Medicina Ocupacional (médicos do Trabalho), como será comentado adiante. Nos hospitais da rede própria, o encaminhamento também pode ser feito por uma analista da Medicina

Preventiva, geralmente uma psicóloga que também atua na pré-consulta do paciente que vai ingressar nos *case management*.

Fluxo do paciente no sistema

O fluxo do paciente na Medicina Preventiva, mais especificamente no *case management*, após as formas de captação descritas, obedece ao seguinte vetor: após a identificação, o paciente é encaminhado para uma entrevista inicial, feita com a analista de Medicina Preventiva, denominada *entrevista bio-psico-social*, onde é feita uma avaliação das suas necessidades, dificuldades e eventual presença de patologia. Daí, o paciente é encaminhado para uma pré-consulta de enfermagem e, posteriormente, para o núcleo de atendimento multidisciplinar ou para o médico especialista de referência específico. Nesse núcleo, segundo o entrevistado, ele “tem todo o apoio”, pós-consulta de enfermagem, pós-consulta com nutricionista, pós-consulta com outras especialidades, se for o caso, para dar o complemento (Ex.: paciente diabético que precisa de uma avaliação oftalmológica, nefrológica etc). Além da consulta multidisciplinar, é feito ainda o apoio psicológico, através dos grupos de ajuda, de modo a aumentar a adesão ao tratamento.

Uma vez tendo a doença estabilizada, após a superação da fase aguda, o paciente pode ser dispensado de participar da equipe multidisciplinar e sai do *case management*, sendo encaminhado para o nível do especialista, o qual, após um certo tempo, pode encaminhá-lo para um clínico, com quem passa a ser acompanhado por um ano, no sentido de **reduzir a utilização no nível do especialista**.

Todos os pacientes vinculados aos *case management* são acompanhados por prontuário eletrônico, passando automaticamente a integrar um monitoramento informatizado da utilização e dos custos que gera. Todas as informações sobre o paciente podem ser acessadas a qualquer momento em qualquer hospital ou centro médico da rede própria através do programa específico da Medicina Preventiva, de modo a se evitar superposição de ações e, assim, novamente, **minimizar a sua utilização**.

4.5.2. AS LINHAS DE CUIDADO EM ESTUDO E O PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA

Em relação às linhas de cuidados abordadas na presente pesquisa, pode-se dizer que são contempladas no programa de Medicina Preventiva da operadora especificamente as ligadas à assistência do paciente com patologia cardiovascular e com gestação de risco.

- **Linha de produção do cuidado na assistência às doenças cardiovasculares:**

No núcleo (*case management*) ligado às doenças cardiovasculares a hipertensão arterial é a patologia de maior prevalência, havendo também acompanhamento de pacientes com hiperlipidemia, revascularizados etc. O paciente, uma vez submetido ao processo de captação, segue a rotina do núcleo multidisciplinar e, uma vez compensado da fase mais aguda, é encaminhado para seguimento só com o especialista ou mesmo com o cardiologista normativo da rede (dos centros médicos). No caso de o cardiologista achar que o paciente já prescinde do seu acompanhamento, ele o encaminha para o clínico, que faz o acompanhamento por um ano, no intuito de diminuir as consultas com o especialista. Uma vez tendo ingressado no *case management*, o paciente passa a ser monitorizado pelo resto da vida (não necessariamente no núcleo multidisciplinar ou mesmo com o cardiologista), mas as consultas são feitas com intervalos cada vez maiores, no sentido de diminuição da sua utilização, isto é, 2 consultas por ano, só para controle.

O hospital de referência da alta complexidade centraliza as cirurgias cardíacas feitas na operadora, como, por exemplo, cirurgia de revascularização, *stents* etc., tem seus protocolos próprios e também encaminha os casos para os *case management* através dos protocolos.

- **Linha de produção do cuidado na assistência materno-infantil:**

As gestantes de risco identificadas nos centros médicos da operadora são encaminhadas, através de protocolos para o pré-natal de risco da maternidade de referência, onde passa a receber acompanhamento especializado até o final da gestação, bem como assistência ao parto pela equipe própria daquele hospital. Na vigência de qualquer intercorrência, a gestante pode procurar esta maternidade. Segundo o entrevistado, nesta

unidade existe UTI neonatal, que já fica preparada para receber esses casos. As vagas em UTI são sempre garantidas para os mesmos na rede própria, pois, como já existe todo esse acompanhamento prévio, já se tem as previsões aquilatadas, mantendo-se sempre uma reserva de vagas em caso de necessidade. Ele considera esse acompanhamento estratégico das gestantes de risco dentro da rede própria mais efetivo não apenas em termos de **qualidade**, como também em termos de **gestão de utilização e custo**.

Existe também o programa da “mãe-canguru”, em que o recém-nascido prematuro fica junto da mãe para a amamentação, sendo que posteriormente os casos são acompanhados pela equipe de neonatologia daquele hospital.

Já em relação ao atendimento pediátrico, não existe nenhum programa específico na Medicina Preventiva, uma vez que, segundo ele, o pediatra já faz prevenção no consultório. As crianças portadoras de patologias graves e/ou que requeiram atendimento multidisciplinar são encaminhadas para os *case management* habituais. Essa ausência de acompanhamento terciário específico para crianças pode também ser explicada, além do que foi dito acima, pelo baixo custo que representa a especialidade da Pediatria para o sistema como um todo, bem como pela raridade com que aparecem casos mais graves nessa faixa etária.

4.5.3. OUTROS PROGRAMAS EM ANDAMENTO

Outros programas concebidos para serem postos em prática em 2004 são:

- **Programa para o idoso:** Neste programa, procura-se fazer o acompanhamento de todos os usuários acima de 60 anos, com patologia ou não, com utilização ou não, os quais são convidados a participar de uma palestra orientativa sobre terceira idade, que inclui abordagem com nutricionista, geriatra e psicóloga. A partir daí, se for detectada a necessidade de um acompanhamento médico, o paciente já é encaminhado para uma entrevista com a analista de Medicina Preventiva, que o direcionará ao núcleo de *case management* específico para a Geriatria ou para o programa de Medicina Preventiva como um todo. Pretende-se, com este programa, detectar as necessidades desses pacientes e dar orientações relativas à alimentação, estilo de vida, uso adequado de medicamentos, saúde mental, cuidados gerais etc. Planeja-se para o próximo semestre o ensinamento do manejo

de Internet para os idosos, de modo que estes possam estar se munindo de informações através deste veículo. Cogita-se ainda a criação de grupos de lazer, grupos de palestras de orientação de cuidados pessoais, de gastronomia, de cosmetologia etc.

- **Programa para os crônicos:** também para os portadores de patologia crônica é oferecido suporte pelos *case management* e pelos grupos de apoio.

- **Programa para os hiper-utilizadores:** Este programa foi desenvolvido para um conjunto de pacientes com alta utilização dentro do sistema – os denominados “*campeões de utilização*” (segundo o gerente médico, existem pacientes que chegam a fazer 70 consultas/ano no Pronto-Socorro) – e que foram identificados como não portadores de patologias significativas, muitas vezes estando perdidos na assistência sem uma coordenação do cuidado ou necessitando apenas de um pouco de atenção. Assim, nas palavras do Diretor Técnico:

Na realidade, o que a gente pretende pra 2004 é realmente fazer uma diferenciação de uma massa não necessariamente patologia crônica, não necessariamente acima de 60 anos, mas que hiper-utiliza... quer dizer, na realidade, esse 3º programa é exatamente identificar esses usuários que estão hiper-utilizando sem norte. Quer dizer, ele vai de um médico para outro, faz um exame aqui, aqui e aqui, nem ele mesmo, na realidade, está entendendo pra onde ir... que acontece muito isso, na realidade, acho... pelo hiper-utilizador, a gente tende até a falar: ele ‘tá errado, mas, muitas vezes, ele está perdido dentro da assistência... sem coordenação. Então, a idéia é realmente fazer um programa específico e começar pelos maiores em utilização e trazendo isso aí, no máximo possível, no sentido de diagnosticar, na realidade, o porquê dessa hiper-utilização, se realmente é um paciente que necessitava tudo isso ou se, pura e simplesmente, ele precisa só de um carinho, de um cuidado, de uma atenção e aí, de repente, você colocar ele em grupos específicos...

Assim, o programa consiste em se fazer um *screening* desse grupo de usuários, no sentido de identificar suas necessidades e dificuldades, oferecendo-lhes suporte através de grupos de orientação com psicóloga e outras providências que se fizerem necessárias, visando, em última instância, a redução da utilização excessiva.

- *Programa de reciclagem médica*, com a participação de laboratórios: será comentado posteriormente.

O entrevistado refere também a existência de um sistema integrado de acompanhamento remoto do paciente diabético, através do qual o paciente recebe um glicosímetro e faz o controle da sua glicemia em casa, comunicando-se a uma central via Internet ou telefonando para o Departamento de Medicina Preventiva. Caso seus valores estejam alterados, o paciente deve entrar em contato com o programa em 24 horas e, caso não o faça, ele é contatado pelo mesmo e convocado. Isto permite que o paciente possa ter sua glicemia controlada sem ter que passar por consulta, exceto nos períodos já previstos.

Ele afirmou ainda, que diferentemente dos outros casos, o paciente diabético é o único que, mesmo quando compensado, continua com o especialista, não retornando para o acompanhamento com o clínico geral, o que só acontece com os intolerantes à glicose.

4.5.4. OS USUÁRIOS E O PROGRAMA

Os programas de Medicina Preventiva são oferecidos a todos os usuários da operadora. Segundo o entrevistado, 50% dos usuários são provenientes dos planos coletivos e 50% são planos individuais, embora os empresariais encontrem mais canais de comunicação com a operadora através dos mecanismos de captação já existentes nas empresas, como os questionários de saúde, os Representantes Executivos (R.E.) e a própria Medicina Ocupacional. Ele acrescenta que desde o segundo semestre de 2003 o programa de Medicina Preventiva está sendo implantado em todas as empresas que estão fazendo contratos novos com a operadora, e que todas estão realizando o questionário de saúde. Na sua opinião, o grande segredo de todo o processo é o questionário de saúde, cujas informações possibilitam a realização de um relatório médico, que contém o perfil de risco daquela comunidade empresarial: é feita uma estratificação do risco segundo faixa etária, sexo, hábito de fumar, uso de álcool, peso, patologias etc, que é classificado em ausência de risco, risco leve, moderado e elevado. Daí são elaboradas as ações: de massa, para os casos classificados como leves, e os restantes (moderado e elevado) são chamados para acompanhamento nos núcleos.

Para os usuários individuais, a captação é feita através de Relatórios de Sinistralidade e por cartazes.

A adesão dos usuários ao programa

Ao ser perguntado sobre a adesão dos usuários a esses programas, bem como o grau de resposta dos clientes corporativos aos questionários de saúde, o entrevistado primeiramente afirmou terem os programas receptividade total, embora tenha dito que no início havia alguma resistência por parte dos funcionários das empresas por receio de que essas informações pudessem pôr em risco sua permanência no emprego ou no plano de saúde. Em um momento posterior da entrevista, porém, ele admitiu que, embora tudo pareça ser “*bonito*”, a resistência do usuário é muito grande.

Quando eu levo o programa numa empresa eu levo pra a alta direção, porque ele tem que ser creditado de cima pra baixo, porque senão você não consegue, entendeu? Agora tem empresas que dão o maior apoio, por exemplo, tem empresa que o presidente é um alemão, e ele chegou pra mim e falou: Doutor... eu só quero saber uma coisa, dos meus funcionários quem não respondeu? Veja, eu dou um plano de saúde, a Operadora X vem aqui pra ajudar, descobrir as necessidades não só dele como dos familiares e ele não responde? Esse funcionário não é muito bom pra mim. Isso na concepção dele, entendeu? Porque, na verdade, ele precisaria estar instruindo, mudar a cultura desse funcionário. Porque aquilo que está sendo feito é pro bem dele. Então, você precisa mudar essa cultura em todos os níveis, é isso que eu estou querendo explicar pra você... A gente precisa ter a possibilidade de estar transferindo esse conhecimento, esse *expertise* a nível nacional, entendeu? E usar toda essa rede que a gente tem pública...

Tanto isso ocorre que existe todo um *expertise* (sic) desenvolvido pela operadora para se obter o formulário preenchido. Segundo o entrevistado, cada empresa emprega um método diferente: entrega do formulário com o holerite, com o adiantamento do pagamento, após uma reunião da empresa, mediante recebimento de brindes etc.

Outra estratégia utilizada para estimular ou induzir o usuário a fazer uso dos recursos proporcionados pela Medicina Preventiva é a redução ou a eliminação das co-participações nas utilizações, a título de estímulo financeiro, como já foi dito.

Ainda em relação à adesão dos usuários ao programa de Medicina Preventiva, outro possível obstáculo apontado é a distância dos locais onde é feito o atendimento e a residência do usuário, que eles procuram minimizar colocando ambulâncias à disposição do mesmo, através de atendimento domiciliar (*Home Care*), embora isso não seja o habitual, só para os casos selecionados.

Outro aspecto abordado, em relação à inclusão do usuário nos programas de Medicina Preventiva, é sobre a possibilidade de desvinculamento do mesmo com o profissional que o acompanhava anteriormente, ou mesmo pelo fato de seu atendimento passar a ser feito em uma rede diferente da que ele originalmente contratou. O entrevistado alegou que o programa não tira o paciente do seu médico, mas oferece a ele uma infraestrutura (equipe multidisciplinar, apoio psicológico, nutricionista etc) que o consultório do seu médico não proporcionaria, e que o próprio paciente acaba preferindo ser acompanhado no programa. Além disso, ele passa a ter acesso a todos os recursos quando se inscreve nos programas de prevenção, apenas numa rede diferente da que ele contratou, segundo ele.

O call center pró-ativo como dispositivo para a captação de usuários

A principal estratégia para viabilizar as formas de captação citadas no início do capítulo (questionários de saúde e semana de saúde para os clientes empresariais, e encaminhamento médico – clínico, especialista e médico do trabalho, através de protocolos), além das mencionadas acima para assegurar a resposta aos questionários de saúde, é o Call Center Pró-Ativo voltado principalmente para os clientes atendidos nos serviços credenciados. É um serviço existente apenas no Departamento de Medicina Preventiva da empresa, que revela quão prioritária e estratégica é esta atividade para a operadora:

O grande segredo nosso é a pró-atividade, então a gente tem um call center pequeno, mas tem. (...) Nós temos o call center pró-ativo. Não receptivo, como o call center normal dos centros médicos, que marca consulta pra qualquer centro médico e pra a Medicina Preventiva. Nós temos o call center pró-ativo que é próprio, estamos com duas pessoas que fazem as ligações pra as pessoas que nós vamos convidar. É, porque é um trabalho um pouco mais, vamos dizer assim, diferenciado, então eu não posso massificá-lo. E é uma qualificação

especial, entendeu? Fazemos todo um *expertise* e um acompanhamento disso. O que eu posso dizer pra você é que realmente a gente consegue desenvolver todo esse processo de forma objetiva, consegue começar a ter resultado como eu estou te mostrando, de forma regular e contínua.

A Medicina Ocupacional e a Medicina Preventiva

Há seis meses, este gerente médico foi convidado a assumir também a gerência da Medicina Ocupacional e dos ambulatórios das empresas clientes da operadora estudada, com a finalidade de fazer a integração entre a Medicina Preventiva e a Medicina Ocupacional. Segundo ele, para todos os novos contratos com empresas clientes já está se fazendo o acompanhamento da Medicina Ocupacional integrado ao conceito e à orientação da Medicina Preventiva.

Assim, a partir das normativas já existentes na Medicina Ocupacional, pode-se identificar, nos relatórios das empresas, as necessidades e as dificuldades dos trabalhadores, desenvolvendo ações, sob a orientação do programa de Medicina Preventiva, que impeçam o surgimento de doença, o absenteísmo e a excessiva utilização em relação a consultas, exames e internações.

Com a vinculação existente entre a Medicina Ocupacional e a Medicina Preventiva, a captação de pacientes para esta última torna-se muito mais eficaz, daí ser essa associação bem estratégica para os interesses dos dois lados envolvidos: para a empresa contratante, que, afora o controle social mais estreito exercido sobre o funcionário, terá reduzido os seus níveis de absenteísmo; e para a operadora, que poderá direcionar uma massa significativa de clientela para as ações preventivas, de modo a otimizar seus ganhos com a redução da utilização dos clientes empresariais, que constituem a parte mais expressiva da sua carteira.

A conectividade

Ainda em relação à captação da clientela para os programas, um fator apontado pelo entrevistado como ainda necessitando de aperfeiçoamento é a **conectividade**, isto é, a integração eletrônica entre a Medicina Preventiva e os médicos da rede credenciada das filiais fora da cidade de São Paulo, dando-se a possibilidade de um

médico das filiais da operadora poder estar participando do programa e estar fazendo seu atendimento no consultório via Web, enviando os dados *on line* para a matriz da Medicina Preventiva. Nesse caso, o acompanhamento se daria até o nível do especialista, denominado de “*case especialista*”, que engloba o primeiro e o segundo níveis de atendimento, sem contar ainda com o atendimento multidisciplinar nos núcleos através do *case management*. Assim, identificado o credenciado, ele é convidado a participar do programa e a realizar palestras nas empresas. Caso aceite, passa a receber um protocolo, bem como todo o material didático produzido pela Medicina Preventiva, passando todos os pacientes identificados naquela região a ser direcionados para esse médico. Esse trabalho vem sendo desenvolvido em algumas cidades importantes do país.

4.5.5. A MEDICINA PREVENTIVA E OS MÉDICOS

Conforme informações dadas pelo entrevistado, toda a equipe diretamente envolvida com os programas de Medicina Preventiva da operadora é uma equipe própria (isto é, alocada na rede própria) e, quando envolvida nos núcleos dos *case management*, é também multi-disciplinar, composta por médicos, psicólogas, nutricionistas, profissionais de enfermagem, entre outros.

Os médicos, em número aproximado de 30, são geralmente profissionais considerados “diferenciados”, ligados ao meio universitário, o que inclui professores aposentados com alta titulação acadêmica, pós-graduandos (com doutorado concluído ou em curso) e profissionais do 3º ou do 4º anos de residência médica, que constituem uma segunda opinião médica, uma espécie de **núcleo de excelência** dentro do sistema, conforme já mencionado anteriormente.

Tais profissionais são geralmente contratados em regime de prestação de serviços, com carga horária variável e recebem uma remuneração diferenciada do restante do sistema. Embora a diferença salarial não pareça ser muito discrepante, o entrevistado enfatiza que o grande estímulo para a adesão desses profissionais são as condições de trabalho que ele encontra, a possibilidade de “fazer uma medicina de primeira linha”: têm um agendamento menor de pacientes, aos quais podem se dedicar mais (30 a 40 minutos, a depender da especialidade), bem como o apoio de informática diferenciado, uma vez que ao receber o paciente, as informações já vêm no prontuário eletrônico. Segundo ele, são

médicos especiais, que “entendem o processo e têm interesse de desenvolver esse tipo de acompanhamento”. O pagamento é feito aos mesmos por produtividade, mas não necessariamente por hora trabalhada: como eles despendem um tempo maior no atendimento, são remunerados em função do gasto como um todo da medicina preventiva, em função da captação nova, do volume de atendimento que está em crescimento e gerando necessidade de mais horas de trabalho.

São esses profissionais mais gabaritados em relação ao médico de padrão médio que constituem a referência de excelência do modelo assistencial da operadora, além de darem o respaldo técnico-científico para a elaboração dos protocolos da mesma, bem como para os programas de aperfeiçoamento, ainda incipientes, para o restante dos médicos da rede própria. Contudo, são igualmente submetidos a um controle da qualidade da sua prática, de forma até certo ponto similar aos dos médicos da rede própria já entrevistados. Assim, são avaliados pelos pacientes através de questionários de satisfação de clientela (que “todas as vezes é feito aos clientes”), por uma coordenação médica, que faz um acompanhamento individualizado dos colegas, existindo ainda uma “vigilância” por parte dos psicólogos integrantes das equipes multidisciplinares (“... como os nossos clientes que estão na Medicina Preventiva são multidisciplinares, vamos dizer assim, tudo que eles têm necessidade e dificuldade nós ficamos sabendo, pela área principalmente dos psicólogos, então a gente é colocado e tal não sei o quê”). De qualquer modo, são médicos que, segundo ele, para aceitar o tipo de paciente que frequenta os programas, já tem um perfil diferenciado, com “um cabedal de conhecimentos muito bom”, bem como um bom relacionamento com a operadora.

Participam ainda dos programas de Medicina Preventiva, ainda que indiretamente, os médicos da rede própria que fazem o encaminhamento médico (dos centros médicos e dos hospitais) e os médicos da rede credenciada, bem como os médicos auditores de campo, durante a visita que fazem ao paciente internado nos hospitais credenciados.

A adesão dos médicos ao Programa de Medicina Preventiva

Ainda que não tenha sido entrevistado nenhum médico ligado à equipe própria e fixa da Medicina Preventiva, exceto o próprio coordenador do programa, parece

bem claro para a operadora que a adesão ao programa ainda está restrita aos médicos “da casa”, como são denominados pelos dirigentes os médicos da rede própria.

O gerente médico profere as seguintes palavras, que praticamente sintetizam os objetivos assistenciais da Medicina Preventiva da operadora versus a prática curativista ainda vigente no mercado, bem como as perspectivas para o futuro:

Eu faço um trabalho já desde 91 de formiguinha e a gente faz uma orientação com todos os colegas, então nós fazemos seminários, palestras, orientações, introduzimos os protocolos e a partir disso a gente tem uma orientação maior pra eles... de adesão. Existe um ceticismo, vamos dizer assim, de num primeiro momento falar, “*eles estão tirando o paciente de mim*”. Eu não tiro o paciente o médico, eu só vou dar um apoio de estrutura. Isso eu estou falando para o credenciado. A mudança de cultura, que o médico hoje ele é formado para curar e não pra prevenir uma doença, o enfoque hoje do médico, quando ele é formado, ele não é muito no sentido da promoção da saúde e com o desenvolvimento da sub-especialidade, super-especialidade, todo mundo querendo fazer procedimentos, utilização de grandes formas de diagnósticos, de tipo de ressonâncias especiais e cirurgias, existe uma tendência muito grande no foco do médico curativo e hoje a tendência é justamente a mudança nesse sentido que a gente está tentando introduzir. A resistência é cada vez menor, mas existe em todos os níveis...

Nas entrevistas realizadas com prestadores, pôde-se observar que os programas de Medicina Preventiva, mesmo para os médicos da rede própria, são conhecidos apenas superficialmente, atendo-se os profissionais a fazer os encaminhamentos exigidos nos protocolos. Um deles, cardiologista “da casa”, chegou a explicitar que não existe uma integração adequada entre esses programas e as atividades desenvolvidas na rede própria, que as condutas ainda são dadas de forma muito dissociada, faltando uma conexão maior entre as duas instâncias.

Na rede credenciada, os médicos se referem a esses programas com distanciamento, de um modo geral referem-se superficialmente ao mesmo como positivo, mas não têm um envolvimento direto nem mesmo através dos encaminhamentos. Um deles diz que já faz prevenção no consultório e não vê a necessidade de programas de prevenção no setor privado. Outro opinou que embora os programas sejam importantes, não deveriam

ficar restritos à operadora, dentro dos seus recursos próprios, e que deveria ser feito um incentivo à prática desses programas no consultório do médico, com remuneração apropriada a esse tipo de atividade.

Não é sem razão que hoje um dos maiores desafios é aumentar a captação de pacientes para o programa, que é considerada ainda pequena, principalmente na rede credenciada. Enquanto o grande volume dos programas de prevenção e promoção à saúde, na base geográfica da operadora, está concentrado na rede própria, existe a preocupação, segundo o Diretor Técnico, de encontrar profissionais muito bem referenciados para dar suporte a esse serviço. Segundo ele, a falta de adesão pelos médicos da rede credenciada deve-se à inexistência de um trabalho dessa natureza pela sociedade como um todo, havendo poucas empresas que se preocupam em fazer “prevenção na massa”, daí a necessidade de se promover programas de aperfeiçoamento técnico-científico para o profissional médico. Até hoje, esses programas se resumiram aos médicos da rede própria, sobretudo por falta de recursos para ampliar o seu alcance. O entrevistado afirma, ao ser perguntado a esse respeito:

Temos agora pra 2004 programado pra começar atingir os médicos credenciados fora também da rede própria. Tem logicamente aí alguns obstáculos, porque a gente tem que encontrar recursos, você entendeu? O que acaba acontecendo é que esses grandes laboratórios conseguem a verba suficiente pra incentivar o médico. Pra a nossa população de médicos que ‘tá atendendo a maior (parte da) população de usuários da operadora, nós já temos feito esse trabalho. Então, trazendo grandes profissionais de referência pra palestras com temas específicos a gente imagina que consiga aí já fazer alguns eventos de atividade continuada também já pra a rede credenciada pra 2004. (...)A gente entende que é importantíssimo, até tentar trazer um pouquinho do que é a atividade de uma operadora hoje, o porquê da necessidade de você estar acompanhando aquilo que está sendo solicitado e o que está sendo liberado pro paciente... a importância de o médico entender que o ato, que a caneta dele vai muito além, pura e simplesmente, daquela responsabilidade dentro do consultório. Que o que ele acaba, na verdade, impactando dentro da sociedade; é muito mais do que ele imagina... Então, você tem que tentar aproveitar esses eventos pra tentar trazer pro médico um pouquinho disso, também.

O gerente médico confirma que, para atender a esse objetivo, está em vias de ser implementado em 2004, um grande projeto de reciclagem médica em parceria com os laboratórios, focado principalmente na rede credenciada, no sentido de aumentar a efetividade da captação através dos encaminhamentos:

O projeto maior que nós estamos agora desenvolvendo é possivelmente uma parceria com os laboratórios, no sentido de criar uma reciclagem médica, explicando a importância da Medicina Preventiva. E trazendo também pra eles, nesse momento, a identificação do nosso programa, para que eles possam estar encaminhando os pacientes quando forem identificados e precisarem de um acompanhamento com uma equipe multidisciplinar, como de nutricionista, psicólogos e assim por diante. Então, é uma nova possibilidade que a gente vai estar desenvolvendo no intuito de uma participação dos laboratórios, no sentido de que eles tenham o *expertise* de conhecimento e de material que a gente nem sempre tem, então, eles estariam fornecendo isso numa forma de participar em conjunto na orientação desses pacientes. Sem, evidentemente, estar dizendo pra ele tomar o remédio do A, do B ou do C. Na verdade, a gente não vai estar direcionando o paciente para a utilização de medicamentos, nós vamos estar orientando esse paciente para a orientação dele da promoção da saúde.

4.5.6. O IMPACTO DO PROGRAMA SOBRE A UTILIZAÇÃO – ALGUNS RESULTADOS

O entrevistado apresentou alguns dados numéricos a respeito do impacto causado pelo programa sobre a utilização em 31 de dezembro de 2003. Relatou que atualmente são 17.662 pacientes acompanhados, sendo 15.765 pacientes no *case management* abrangendo os vários núcleos. Desses, após sete meses de acompanhamento, houve uma diminuição de 42,57% nas consultas, 39,48% nos exames e 43,18% nas internações. No nível de especialista, existem 1.837 pacientes em acompanhamento, tendo havido uma redução de 56,21% nas consultas, 47,74% nos exames e 49,22% nas internações. No nível de clínico geral, a diminuição nas consultas foi de 10%, nos exames, 10% e, nas internações, 100%.

Em relação ao impacto do programa sobre o custo da assistência, ele citou que, no nível de *case management*, o custo da população atendida, que era R\$ 19.050.196,81 caiu para R\$ 8.912.889,36, o que representa uma redução de 53,21% em relação ao montante anteriormente gasto.

COMPARAÇÃO DO PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA DA OPERADORA X COM O DE OUTRAS OPERADORAS

O entrevistado considera que o programa de Medicina Preventiva da Operadora X tem qualidades que o diferenciam de outros produzidos por outras operadoras, tendo feito um paralelo especificamente entre o da operadora em estudo e o de uma outra, que aqui está sendo denominada operadora Y.

Abaixo são transcritas suas opiniões em relação a isso. Ao ser indagado sobre a diferença entre o programa da Operadora X e os de outras operadoras, respondeu:

Primeiro que a gente considera o seguinte, o meu paciente quando ele é identificado ele é acompanhado e ele não largado na rede... e outra coisa, eu tenho resultado dele, eu meço o resultado, então eu tenho um começo, um meio e um fim e ele só deixa de ser acompanhado quando é uma doença crônica, por exemplo, como diabetes, só quando ele morrer ou sair do plano. Enquanto ele tiver no plano ele passa a ser acompanhado comigo, ele tem toda a estrutura à disposição dele da Medicina Preventiva, por exemplo, empresas que têm co-participação, quando o paciente entra pra Medicina Preventiva ele não tem mais co-participação.

Ao se referir a alguns resultados alcançados pelo programa, ele fez uma comparação direta com a operadora Y:

O custo total de dezoito milhões para oito, desses dezesseis mil, deu pra entender? (...) E eu não escondo, porque está aqui escrito, tem o nome de cada um antes e depois, não é invenção minha, porque eu não manipulo isso, porque isso daqui sai do banco de dados, entendeu? Isso daqui é a utilização que ele tem, de contas médicas, tudo 'tá aqui dentro, o que ele tinha e o que ele faz, eu não manipulo isso daqui, por isso que eu digo que ninguém tem isso, nem a operadora Y, nem nada, aliás a operadora Y é o contrário, ele gasta mais depois que entra na Medicina Preventiva do que antes, tanto que ele está refazendo agora mais ou menos semelhante ao nosso, eu

conheço muito bem, nós tivemos com ele... (...) Eles têm um outro foco, eles não tem todo esse *expertise* que nós temos, toda essa consistência. Porque a consistência minha está em identificar, acompanhar, orientar, sempre, entendeu? Não é porque eu identifiquei você como diabética, mandei você pro médico, ele deixou você em ordem, que eu mando você ir pra quem você quiser, tchau e benção, se algum dia você tiver algum problema apareça. Não é assim, eu tenho o Call Center, eu vou te mostrar, se você não vem na consulta eu vou te procurar, por que você não veio na consulta? (...) Qual é a sua dificuldade? O senhor tem alguma necessidade que nós possamos estar ajudando? Ah, eu não consegui marcar consulta, eu esqueci, então, posso estar remarcando? (...) Isso eu tenho apresentado, porque eu estou falando isso porque a gente apresenta junto, e a gente tem até o mesmo foco. Só que ele tem uma forma de acompanhamento diferente da minha, ele acha que questionário não funciona, eu acho que funciona. O que eu acabei desenvolvendo aqui foi justamente no sentido de unir uma situação que a gente coloca justamente nesse tipo de slide... **Promoção da consolidação, maior foco no relacionamento médico...** Este médico do *case* ele passa a ser um médico da família, deu pra entender? Ele é diabético, mas ele caiu e quebrou o pé, ele liga pra quem? E ele vai dizer aonde ele tem que ir, o que ele tem que fazer...

Essas afirmações denotam, ao lado de uma evidente disputa de projetos, que, por sua vez, traduzem uma disputa de mercados entre duas operadoras, uma distinção importante: enquanto a operadora X apostou suas cartas na medicina preventiva, considerando-a uma importante estratégia de qualificação assistencial e de controle da sinistralidade, a Operadora Y prioriza a assistência médica como ponto de venda dos seus produtos, sendo a prevenção e a promoção à saúde coadjuvantes nesse processo. As palavras de um de seus dirigentes são claras a respeito:

O que a gente quer com esses programas, e aí a nossa ação difere um pouco do que o mercado faz: a gente quer ação médica, muito mais do que dizer: eu vou à sua empresa fazer uma palestra, mostrar um cartaz lindo, botar um folheto na sua mão. A gente não acredita nisso. A gente acha, que como sistema de saúde que a gente é, tem que fazer o indivíduo chegar ao acompanhamento médico dele. Lógico, eu não estou renegando a um plano menos valorizado, nada, a ação de

educação, promoção... A nossa responsabilidade é essa como sistema de saúde privado, lógico, eu estou falando dentro de um contexto nacional. Eu não estou dizendo que educação e promoção em saúde não funcionem, funciona, lógico, tem o seu papel, mas eu acho que a responsabilidade do sistema de saúde privado, que é o nosso, eu tenho que fazer que (quem) tem um risco identificado chegue ao acompanhamento médico. Isso eu vou fazer de várias formas, eu posso mandar para ele uma mensagem, mas o meu objetivo, o meu critério de sucesso, não é mandar pra ele um folheto, não é fazer uma palestra pra ele, é fazer com que ele vá ao médico, que ele tem que ir, ou ele vá ao cardiologista ou ao endócrino ou a ginecologista pra fazer o controle, faça a mamografia. É eu ter critérios palpáveis de ação médica que chegue a esse indivíduo. Porque senão eu corro o risco de imprimir milhares de folhetos, entendeu? Que tem valor, mas a gente não acredita nisso como uma ação generalizada, até porque o resultado que eu consigo extrair disso é difícil até de avaliar. Essas ações elas tem sempre um critério muito prático e sempre focado no acompanhamento médico.

De qualquer modo, no caso da operadora em estudo, ainda que o discurso e mesmo a prática institucional busque valorizar a qualidade da atenção e da qualidade de vida da sua população usuária, observa-se que esses valores são coadjuvantes à primazia dada à redução de custos visando o aumento do acúmulo de capital e à rentabilidade da empresa, o que pode ser depreendido em vários momentos das falas de praticamente todos os entrevistados, sintetizadas no conceito de “gestão do cuidado”.

4.5.7. COMENTÁRIOS FINAIS SOBRE O PROGRAMA

A apresentação do Programa de Medicina Preventiva da operadora analisada, baseada nas informações fornecidas pelo seu principal articulador, confirma a linha de raciocínio que vem sendo adotada na presente pesquisa, no sentido de compreender o direcionamento como a estratégia maior de controle de regulação da utilização do sistema e, portanto, dos custos. Nesse contexto, pode-se dizer que o seu programa de Medicina Preventiva, enquanto modelo de concepção organizacional e assistencial, também está harmonizado com este dispositivo regulatório, aparentemente constituindo o segundo pilar da diretriz regulatória da operadora, no sentido de que organiza e reforça o direcionamento

de fluxo de clientela rumo aos recursos próprios, onde a gestão do binômio qualidade-custo é feito de forma mais centralizada e, portanto, mais próxima das instâncias de maior poder decisório.

Vários elementos dentro da estrutura organizacional da Medicina Preventiva desta operadora permitem comprovar essas afirmações. Em primeiro lugar, já foi mostrado como a captação de clientela é de fundamental importância para o êxito do projeto, através dos questionários de saúde e das diversas formas de encaminhamento médico, ao lado dos relatórios de utilização, da existência do Call Center pró-ativo (que garante não apenas o contato dos usuários com o serviço, como a própria assiduidade e adesão dos mesmos ao tratamento) e, finalmente, do investimento na conectividade, de modo a promover o contato constante e *on line* dos prestadores credenciados fora de São Paulo, onde a operadora não conta com a sólida estrutura da sua rede própria.

Observa-se ainda que a estrutura da Medicina Preventiva estende suas ramificações a todas as esferas geradoras ou potencialmente geradoras de alta utilização e, conseqüentemente, de alto custo para a empresa. Uma demonstração disso é o desinteresse que despertam as áreas que tradicionalmente são de baixo custo, como se pode perceber pelo baixo investimento em estratégias inovadoras na área de Pediatria, por exemplo. Assim, são objeto de sua ação as patologias de maior frequência e de maior complexidade, potencialmente geradoras de internação e, portanto, de maior custo (diabetes, patologias cardiovasculares, gestação de alto risco, entre outras), os hiper-utilizadores, os idosos e os crônicos. Ao lado disso, procura atuar em situações de risco ausente, baixo ou leve justamente no sentido de prevenir sinistro, especialmente a hospitalização. Nessa perspectiva, a des-hospitalização é um dos objetivos principais, como atestam as falas do gerente médico:

E aqui pra a gente viabilizar a des-hospitalização do paciente, **aumentando a rentabilidade da instituição.** (...) Então, todo esse programa nosso também ele visa a des-hospitalização do paciente no sentido de cada vez mais ele não vir pro hospital e vir para o tratamento ambulatorial ou do consultório. De que forma? Se você começa a orientar esse paciente de forma precisa e de forma que ele não descompense a sua patologia, você evita que ele seja internado e, com isso, **o custo e a utilização dele diminui de forma muito importante.** Assim, a gente pode trazer a conscientização pra esse

paciente de uma melhor qualidade de vida. De que forma? Orientando esse paciente nas atividades que ele tem que ter pra que não haja descompensação da sua doença. Evidentemente que todas as ações que você toma nos crônicos acabam gerando esse tipo de resultado. Que é uma redução benéfica para o paciente, é benéfica para o sistema de saúde e é benéfica para o conjunto como um todo. Por quê? Porque só interna quem precisa, só sai do seio familiar quem precisa, e você pode controlar a sua doença, mesmo crônica, dentro do seio familiar, com um custo muito menor, tanto pra o paciente, como para os familiares, como pra a rede também... (grifos nossos)

Outro foco de atuação desse programa está relacionado à regulação da prática médica em si, no sentido de que todos os procedimentos mais complexos ficam circunscritos às equipes fixas da rede própria, cujo *modus operandis* também obedece às diretrizes da Medicina Preventiva, através dos protocolos produzidos pelas eminências das diversas especialidades a ela ligadas. Isso significa, portanto, que raramente o acompanhamento dos casos complexos e os procedimentos ficam sob a responsabilidade da grande massa de médicos, próprios ou credenciados, havendo um controle sistemático para evitar que isso ocorra.

A própria concepção de saúde integral que vem sendo construída na operadora é feita no sentido inverter a tendência vigente na assistência à saúde como um todo, onde ainda predominam as formas tradicionalmente curativas de atuação médica, visando reduzir a sua importância. Isso fica muito claro nas falas dos dois entrevistados já mencionados:

Hoje nós temos condições, nós estamos aumentando, nós conhecemos todo o processo, dominamos o processo e agora nós estamos expandindo. Nossa meta pro ano que vem é ter o dobro do número de pacientes que nós temos. Por quê? Porque custa caro isso, é um investimento, que vai reverter lá na frente em uma forma de retorno, mas você tem pró-ativamente... de ter um investimento, não só físico, mas também orientativo, porque nós estamos mudando a cultura do atendimento médico, ou seja, nós queremos que os nossos clientes nos procurem para que nós evitemos que ele tenha doença e para que ele tenha qualidade de vida. O meu foco seria na manutenção da saúde e não da doença, que até então se vendia um plano de saúde, por exemplo, pra você ficar doente e nós temos a idéia de ter um

plano de saúde pra você não ficar doente com as orientações higiênicas, dietéticas e comportamentais para que você tenha qualidade de vida. Mesmo porque a população hoje está tendo uma evolução de idade, a pirâmide 'tá invertendo, quer dizer, um maior número de pessoas é de maior idade, nós estamos invertendo, como na Europa, e não adianta você ter uma pessoa com sessenta, setenta anos sem qualidade de vida. *(gerente médico)*

Na realidade, assim, o usuário... a necessidade do usuário vai muito além do que pura e simplesmente o produto de assistência médica. Na realidade, ele quer realmente uma coisa que dê atenção, que dê um cuidado, a qualidade de vida como um todo. Então, a gente tem que pensar, na realidade, que em muito pouco tempo tem que rediscutir o produto, rediscutir o modelo, tentar trazer, na realidade, a condição da prevenção, da qualidade de vida, substituindo a curativa. A curativa vai ser realmente uma fatiazinha pra tudo aquilo que a gente não conseguiu trazer numa linha dessa promoção. *(Diretor Técnico)*

Esses achados indicam que o programa busca atuar em várias frentes, articulando-se com praticamente todas as instâncias da organização do “sistema de saúde Operadora X”, além de estender suas ações para outros âmbitos. É o que ocorre com as empresas contratantes, através da ligação estratégica com a Medicina Ocupacional, o que amplifica o seu raio de ação e a eficácia da sua ação reguladora, que transcende os aspectos de controle de consumo de serviços, podendo chegar até a se constituir em um instrumento de controle social dos funcionários das empresas, discussão que por si só mereceria um estudo em separado.

Pode-se dizer que o Programa de Medicina Preventiva da operadora estudada atua como um **observatório** de todo o modelo assistencial, pois reúne todas as informações a ele relacionadas e articula o conjunto de suas ações. Isto o torna amplamente estratégico para a regulação empreendida pela operadora, onde os pilares da “gestão do cuidado” são a política de direcionamento e o esvaziamento do ato médico-centrado, através da circunscrição altamente controlada da prática médica e do investimento nas ações preventivas e de promoção à saúde, tendo como resultado final a maior rentabilidade do empreendimento e, possivelmente, até mesmo a produção social de saúde, conforme o conceito que vem sendo adotado neste trabalho.

Dentro da discussão que vem sendo travada neste estudo, um fato significativo a ser destacado é que o modelo tecno-assistencial que vem sendo implementado pela operadora em estudo, através do seu programa de Medicina Preventiva, inscrito no arcabouço micro-regulatório já descrito (que tem no direcionamento a sua estratégia principal), vem procurando instituir uma nova cultura e um novo comportamento no mercado de planos e seguros privados de saúde brasileiro. Ao induzir esta nova mentalidade assistencial no mercado de saúde suplementar, que é o enfoque na saúde integral, minimizando tanto quanto possível as utilizações e a necessidade de intervenções médico-centradas através de práticas de prevenção e promoção à saúde, vem confirmar a existência de ensaios quase que experimentais de uma transição tecnológica nesse cenário, voltados principalmente para a garantia de acumulação de capital e, portanto, para a sobrevivência desse empreendimento em um mercado tão competitivo. Cabe averiguar em outros estudos se tais experiências têm realmente êxito nos seus resultados, principalmente no que diz respeito à produção social de saúde, na plena positividade desta expressão.

***À GUISA DE CONCLUSÃO – RENOVANDO O
CONVITE PARA UM DEBATE***

*Que o espírito que pronuncia o Tu, o espírito que responde,
permaneça vivo e atual e que os seus vestígios presentes
na vida coletiva do homem sejam subordinados ao Estado e à economia
ou operem livremente; que aquilo que permanece na vida pessoal do homem
se reincorpore novamente à vida comum, eis o que é decisivo.
(...) Com efeito, quando o espírito age livremente na vida,
ele não é mais espírito (em si) mas espírito no mundo,
graças ao seu poder de penetrar no mundo e transformá-lo.
O espírito não está “consigo” a não ser no face-a-face com o mundo que se lhe abre,
mundo ao qual ele se doa, que ele liberta e pelo qual é libertado.
(Martin Bubber – Eu e Tu)*

Os dados obtidos no trabalho de campo referentes à operadora em estudo permitem atestar o que já vinha sendo afirmado no início do capítulo anterior, a respeito da intimidade existente entre o exercício da micro-regulação que prevalece atualmente no mercado de saúde suplementar brasileiro e a conformação dos modelos assistenciais nele vigentes, para o que o caso abordado não denota apenas uma simples exemplaridade na concepção de produção de ações de saúde, mas revela também um padrão de comportamento que vem se tornando constitutivo desse cenário, sob o ponto de vista da lógica econômica que está em sua base. Tal indissociabilidade, verificada e confirmada nos aspectos atinentes ao campo da micro-regulação operativa (aqui denominada de micro-regulação apenas para estabelecer uma distinção conceitual com a ação macro-reguladora exercida pelo aparelho de Estado sobre o referido mercado, como já foi assinalado, embora seu alcance seja maior do que o termo possa sugerir) e da modelagem assistencial, não pode ser vista, entretanto, como absoluta, caso contrário todos os segmentos empresariais adotariam padrões idênticos ou muito próximos de gerenciamento do cuidado através das suas conformações de modelos assistenciais, o que não é passível de verificação neste trabalho, embora empiricamente pareça evidente que isto de fato não ocorra.

Por outro lado, o desenvolvimento do próprio mercado desde as suas origens vem acenando para um certo grau de uniformidade ou isomorfismo, pelo menos em alguns aspectos que não se pode deixar de considerar relevantes, quais sejam, a constituição de sub-redes de provedores comuns a diversos segmentos empresariais e a correlata segmentação dos planos conforme o status sócio-econômico da clientela (seja corporativa ou vinculada a planos individuais), o que leva à comercialização de produtos muito semelhantes entre si, padronização esta já referida muito claramente durante as entrevistas feitas com dirigentes do Call Center da operadora estudada.

Acrescenta-se aqui o fato já detectado na pesquisa institucional mais ampla (a “pesquisa-mãe”) de que todos os segmentos empresariais compartilham de um elenco muito semelhante de dispositivos micro-regulatórios, como o uso de co-participações, de protocolos, de pacotes, de glosas, de auditorias hospitalares etc. Entre eles, sobressai-se o direcionamento, que é utilizado em diferentes graus por praticamente todas as modalidades empresariais, mesmo no templo consagrado aos princípios da livre-escolha e do reembolso, como é o caso das seguradoras¹. Esse compartilhamento de mecanismos micro-regulatórios também sugere uma aproximação de desenhos de modelos assistenciais, ainda que isso possa estar ocorrendo de forma processual. Para isto contribui significativamente a incorporação do já referido discurso formador da Atenção Gerenciada, que passa a conformar um receituário micro-regulatório aplicável em quase todas as situações e para quase todos, se não todos, os segmentos empresariais presentes no atual mercado de saúde suplementar brasileiro, sendo que esta influência induz à formatação de um molde de comportamento gerencial e assistencial, adotado inicialmente pelas grandes operadoras, mas que pode servir de referência para um razoável contingente de empresas do mercado.

A eleição de um caso único, representado por uma operadora que foi considerada um tipo-ideal por arregimentar e reproduzir um conjunto de tendências significativas para as finalidades do presente estudo, bem como pelo fato de ser portadora de uma formatação suficientemente estruturada do campo (justamente em função das já mencionadas influências pregressas à existência da regulação governamental), se não autoriza de forma definitiva generalizações muito amplas e categóricas acerca do mercado privado de saúde como um todo, garante ao menos uma exemplaridade plausível no que diz respeito à existência de determinados padrões de atuação, tanto na esfera especificamente micro-regulatória como na esfera mais propriamente assistencial, que podem ser encontrados em graus variáveis em outros segmentos desse mercado, motivo pelo qual pode ser considerada analisadora do campo, ainda que sem a pretensão de deter uma representatividade absoluta em relação ao mesmo.

¹ No segmento das seguradoras, a forma de apresentação mais evidente do direcionamento é a conformação das sub-redes de provedores para os diferentes planos, o que já vem embutido na própria formalização do contrato.

Como já foi dito, tais dispositivos micro-regulatórios remetem a uma idéia de regulação mais ampla, já identificada e comentada no capítulo anterior, que transcende a manifestação de uma funcionalidade estritamente operatória, posto que está integrada à base ideológica do sistema, não sendo, portanto, imediatamente apreensível à primeira vista, nem mesmo através de sua expressão micro-regulatória concreta e instrumental. Nesse sentido, e principalmente tendo como substrato a informação, a regulação identifica-se com um conjunto de tecnologias de gestão organizacional ou, dito de outro modo, com um arsenal de tecnologias de gerir tecnologias diretamente implicadas (a) com os processos de trabalho vinculados aos processos produtivos que caracterizam o modelo assistencial em investigação (através da produção de bens concretos ou de bens-relações, como já enfatizado anteriormente) e (b) com os processos de gestão institucional destinados a operar com eficiência cada vez maior a captura do trabalho vivo, sobretudo do profissional médico, no sub-sistema privado de saúde, no Brasil.

Assim, a indissociabilidade observada entre a conformação dos modelos assistenciais e dos mecanismos de micro-regulação prevalecentes no mercado de saúde suplementar encontra sua principal explicação no já comentado fato de que os processos de trabalho em saúde expressam-se simultaneamente enquanto processos de produção de bens (concretos ou simbólicos) e enquanto tecnologias de gestão organizacional, que, no caso estudado, são as próprias estratégias de regulação atualmente em voga em todo o mercado privado de saúde. Isto justifica a opção aqui adotada de se estudar os modelos assistenciais nele vigentes predominantemente **através** dos referidos dispositivos micro-regulatórios, os quais transmitem os principais conteúdos ou parâmetros a serem observados na avaliação da qualidade dos modelos assistenciais, como o acesso, o acolhimento, a resolubilidade e a integralidade das linhas de produção do cuidado, para citar os mais importantes.

Ao se referenciar ao conjunto de tecnologias “leves” e “leves-duras” necessárias à concretização desses processos produtivos e gestores (compondo a já anteriormente referida “caixa de ferramentas”), reporta-se necessariamente à idéia de **núcleo tecnológico do trabalho (NTT)**. Assim, ambas as dimensões – produção de bens e gestão do trabalho em saúde –, mutuamente implicadas como interfaces de um modelo tecno-assistencial, remetem à correlação existente entre as tecnologias “leves”, “leves-duras” e “duras”, ou seja, à relação existente entre o trabalho vivo e o trabalho morto, bem

como às formas de captura daquele por este. Portanto, o aparato ideológico e instrumental da regulação, que forja e é coetâneo à constituição das modelagens assistenciais, não só demonstra como a operadora em foco considera e valoriza os processos cuidadores em relação aos processos médico-procedimentos-centrados, como informa, simultaneamente, as formas de gestão e de captura do trabalho vivo que são requeridos para isto, ou seja, revela a verdadeira natureza e dinâmica do núcleo tecnológico do trabalho. É justamente este o núcleo-duro a ser enfrentado pelo aparelho de Estado no seu esforço regulatório sobre o setor, e o que mais tem implicações para o êxito da política regulatória estatal na sua dimensão assistencial, considerando-se agora o cenário do mercado de saúde suplementar como um todo.

A principal explicação para isto pode ser dada, em primeiro lugar, pela complexa dinâmica macro e micro-política que se instaura no encontro entre as múltiplas forças atuantes no setor, portadoras de variados e muitas vezes divergentes interesses, que buscam instituir os seus projetos de política em um cenário multifacetado e caracteristicamente não consensual, como já foi sobejamente comentado e descrito no capítulo 3 deste trabalho. Nesse contexto, as principais linhas de força podem ser sintetizadas em dois grandes atores, afora o Estado, e já identificados anteriormente como (1) o capital financeiro e seus similares nacionais, que, através do *Managed Care*, procuram instituir uma nova racionalidade gerencial e assistencial, e (2) o capital oriundo do complexo médico-industrial, que se faz representar pelo modelo médico-hegemônico-produtor de procedimentos, do qual a corporação médica e sua reconhecida autonomia (que também é uma forma de trabalho vivo, se não uma das suas mais importantes manifestações) é a face mais visível. Disto resulta que as tecnologias de gestão visam prioritariamente, como já vem sendo dito ao longo deste estudo, o controle e a captura do trabalho vivo, sobretudo do médico, através das mais variadas estratégias, entre as quais se incluem não apenas as formas diretas de contenção da sua autonomia, como já o têm demonstrado os dispositivos micro-regulatórios usuais, como, no plano assistencial, o investimento em projetos de orientação mais cuidadora e em práticas de prevenção e promoção à saúde, com o uso de equipes multi-disciplinares e um enfoque da assistência menos centrado na figura desse profissional. Acrescenta-se a isto um exercício variável de controle sobre a construção das linhas de produção do cuidado, de certa forma

expropriando ao médico certas prerrogativas até então intransferíveis, como a exclusividade do vínculo deste com o paciente.

Todas essas estratégias baseadas na monitorização da prática médica, bem como nos programas de gerenciamento dos casos de risco, do ponto de vista das tecnologias gerenciais, visam a redução da sinistralidade e dos custos da assistência à saúde prestada pela operadora, e expressam a dinâmica do núcleo tecnológico do trabalho. Em vista disso, fica clara a importância de a ação regulatória estatal se inteirar acerca dos processos micro-políticos que se estabelecem entre os atores envolvidos, dada a repercussão que isso pode ter na qualidade final do trabalho assistencial.

Ainda dentro da compreensão que considera as formas de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto, um outro nível de leitura pode ser acrescentado aos anteriores, referente à observação de um padrão de constitutividade que parece estar se tornando uma norma dos processos de acumulação de capital, possivelmente no mercado como um todo, porém de forma especialmente eloquente na operadora estudada: o investimento em capital constante (ou na dimensão constante do capital), principalmente na sua dimensão de capital fixo, e a conseqüente inibição da sua porção variável (ou mesmo da sua porção circulante), ou seja, a economia na porção variável do capital, lembrando que a primeira refere-se principalmente aos meios de produção (e, no caso do capital fixo, aos meios de trabalho propriamente ditos), enquanto a segunda é relativa à força de trabalho empregada nos processos de produção, juntamente com os seus aspectos subjetivos, e que caracteriza o próprio trabalho vivo.

Explicando melhor a afirmação acima, cabe recuperar as afirmações já feitas anteriormente a respeito da lógica econômica que vem pautando a atuação do capital industrial no contexto da reestruturação produtiva: a busca da otimização da relação entre trabalho vivo e trabalho morto, em que a organização do trabalho passa a ter como objeto a racionalização do tempo-máquina, de modo que a tensão do trabalho incida mais sobre o trabalho morto e sobre a otimização do tempo-máquina que sobre a intensificação do trabalho vivo (ou seja, a intensificação da exploração direta do trabalho humano), mediante o surgimento de novas formas de aproveitamento do mesmo, o que equivale a dizer, de sua captura.

Uma vez que o trabalho industrial contemporâneo, dentro da lógica do metabolismo social do capital (que prescinde cada vez mais de trabalho estável e necessita cada vez mais de trabalho precarizado), não consegue eliminar totalmente o trabalho vivo do processo de produção de mercadorias, passa a ser vital investir maciçamente no trabalho morto (que corresponde ao que Marx denomina capital constante ou porção constante do capital, corporificado no maquinário técnico-científico) e, simultaneamente, aumentar a produtividade do trabalho, de modo a intensificar as formas de extração do sobre-trabalho (a mais-valia relativa) em tempo cada vez mais reduzido. Inserem-se nesta lógica a valorização da dimensão intelectual e das formas imateriais de trabalho, passível de verificação principalmente no setor de serviços, denotando a interpenetração de trabalho material com imaterial, de atividades produtivas com as não diretamente produtivas, de trabalho laboral com intelectual, de modo que a ampliação das formas imateriais de trabalho se tornam uma marca do novo sistema de produção.

Para isto torna-se necessário a implementação de novas tecnologias gerenciais de captura do trabalho vivo, agora travestidas por um discurso de valorização do trabalho intelectual e das tecnologias imateriais, os quais, apesar do custo menor, também agregam valor, convertendo-se também em valores de troca, justamente pela agregação do componente da força de trabalho humano aos processos de produção, ou seja, o próprio trabalho vivo acrescentando valor aos produtos.

Isto significa que passam a coexistir nos processos produtivos duas tendências opostas e complementares, ou seja, o investimento em capital constante (que, em última instância, representa investimento em trabalho morto) convive com a economia de capital variável, perceptível através de formas originais de valorização do trabalho vivo, que passa a ser submetido a formas cada vez mais refinadas de exploração e captura por aquele. Observa-se, assim, uma inter-relação acentuada das formas de extração e intensificação de mais-valia *relativa e absoluta*, em uma tensão que passa a ser constitutiva dos processos produtivos.

Este novo padrão de comportamento observado na indústria tem se mostrado constitutivo e vital para os processos de acumulação e reprodução do capital, traduzindo-se na busca permanente da otimização da relação entre o trabalho vivo e o trabalho morto,

melhor dizendo, dos formatos de captura de um pelo outro, que é a expressão viva da dinâmica do núcleo tecnológico do trabalho.

A impactação deste último, marcado pela tensão gerada entre as formas de inserção e expressão do trabalho vivo nos processos produtivos e os diversos formatos de sua captura, vem se tornando o traço mais marcante dos processos gestores, sob a perspectiva da transição tecnológica, o que não deixa de estar significando e apontando também uma nova correlação interna entre as dimensões constante e variável do capital, visando o controle dos custos e a viabilização dos processos de acumulação do mesmo, no contexto da reestruturação produtiva.

No caso da saúde, embora se trate de um campo mais identificado com o setor terciário, ou seja, mais afeito à prestação de serviços do que propriamente à produção de mercadorias, lógica semelhante também parece estar entrando em vigor. Assim, dada a inexorabilidade da pressão pela incorporação de novas tecnologias pelo capital do complexo médico-industrial (que também não pode ser totalmente exterminada no campo da saúde, o que significa incontornável necessidade de investimento também em trabalho morto), torna-se necessário que o mercado (sob a regência ou influência do capital financeiro internacional, condutor da Atenção Gerenciada), não só faça investimentos em capital constante ou fixo para o gerenciamento da produção e prestação de assistência à saúde como estabeleça processos cada vez mais criativos, refinados e camuflados de captura do trabalho vivo. Para isto contribui a valorização das formas de trabalho intelectual e a adoção das tecnologias ditas imateriais, entre elas, as próprias tecnologias “de relações”, intrínsecas ao trabalho vivo em ato e aos processos cuidadores.

Parece ser esta mais precisamente a forma de atuação da Atenção Gerenciada na gestão dos processos produtivos no mercado privado de saúde, entendendo-se aqui, porém, que o investimento em capital fixo não está atrelado necessariamente aos meios de produção ou aos meios de trabalho propriamente ditos (como ocorre classicamente na indústria), mas a uma estratégia econômica e comercial de estabelecimento de custos fixos e previsíveis na produção das ações de saúde em detrimento do investimento em custos variáveis, representados principalmente pela “força de trabalho” do médico. Assim, pode-se perceber que a tônica dos atuais processos gestores no mercado de saúde suplementar também parece estar incidindo sobre o investimento em

capital constante ou em capital fixo em detrimento da sua fração variável (ou mesmo do capital circulante), que é representado pelo próprio trabalho em saúde, que, no caso do médico, é uma remuneração feita tradicionalmente sob a forma de pós-pagamento, que se caracteriza pela variabilidade, em vista da sua relação com a produção de procedimentos².

Este é justamente um dos principais elementos a serem dominados pela nova apresentação do capital neoliberal para preservar vantajosamente o seu próprio ciclo de reprodução. Isso significa, em outras palavras, investimento em trabalho morto (aqui visto no sentido do estabelecimento de custos fixos e previsíveis) e nas formas de captura do trabalho vivo, de modo a inibir a variação do custo inerente ao trabalho médico conforme as regras determinadas pelo modelo médico-hegemônico. Investir em custos fixos no mercado de saúde suplementar parece estar sendo igualmente vital, portanto, para a sobrevivência financeira das empresas que nele atuam. Não é por acaso que o direcionamento para prestadores preferenciais é uma das principais estratégias da Atenção Gerenciada para atacar os altos custos do sistema.

Esse padrão de constitutividade expressa uma lógica econômica absolutamente necessária para se garantir os ganhos sobre o capital e pode ser encontrado à perfeição na diretriz regulatória do direcionamento (na esfera organizacional), e na valorização da Medicina Preventiva (na esfera diretamente assistencial), ambos atuando em franca sinergia para se obter a redução da sinistralidade (e, portanto, dos custos) e garantir a rentabilidade do empreendimento, o que foi tantas vezes reiterado nas entrevistas realizadas.

No caso do direcionamento, pode-se perceber que está em jogo a canalização do atendimento para prestadores preferenciais como forma precípua de manutenção da previsibilidade dos gastos, o que vem sendo realizado pela maioria das operadoras do mercado privado de saúde (de forma explícita ou não), inclusive pelas seguradoras, neste

² O investimento em capital constante ou, mais especificamente, em seu componente fixo (lembrando que o capital constante subdivide-se em um componente fixo e um componente circulante, este representado genericamente pelos insumos dos processos de produção) convive não apenas com a economia de capital variável como também com a economia da fração circulante do capital constante. Entretanto, convém lembrar aqui novamente a observação de BORCHARDT (1975) de que o capitalista, no cômputo do custo da produção e do lucro, visualiza prioritariamente a diferença entre o capital fixo e o capital circulante, incluindo o pagamento dos salários nesta última categoria, embora este pertença conceitualmente, na verdade, à categoria de capital variável.

caso mediante a constituição de redes de provedores previamente acordadas em contrato. Outra forma de se obter custos fixos é através da realização de pacotes com os prestadores, para quem o afluxo de clientela é garantido mediante a junção custo versus volume, como já foi comentado, bem como do uso de protocolos, ambos construindo um código micro-regulatório comum a praticamente todas as operadoras abordadas na “pesquisa-mãe”.

Na operadora utilizada como estudo de caso nesta pesquisa, aos recursos acima mencionados soma-se o investimento maciço na sua rede própria, cuja base física e estrutural é composta por hospitais e centros médicos, bem como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, que funcionam através da contratação de equipes próprias e fixas, remuneradas através de salários fixos, ou “pacotes”, o que não deixa de ser uma forma de *per capitação*, de modo que todos os procedimentos da operadora (cirúrgicos ou de diagnose e terapia) sejam realizados pelas suas próprias equipes dos centros e hospitais de referência ou por clínicas de SADT, credenciadas mediante a negociação de pacotes. Aliás, a expressão “empacotamento”, muito utilizada por um dos diretores entrevistados, é muito sugestiva do estabelecimento de custos fixos como estratégia comercial que permite garantir a previsibilidade de gastos por parte da operadora e o ganho constante por parte dos serviços credenciados. E já foi visto como tais “pacotes” têm relação direta com o direcionamento, em função da negociação estabelecida com os prestadores preferenciais.

Sob a perspectiva do direcionamento como estratégia regulatória preferencial da operadora estudada (que, na verdade, parece estar se tornando um padrão em franca adoção por quase todo o mercado de saúde suplementar), o Call Center e a Medicina Preventiva apresentam-se como centros logísticos vitais para a funcionalidade do sistema, o primeiro como aplicação material da micro-regulação, e a segunda envolvendo uma dimensão mais intelectual e ideológica da mesma, uma vez que centraliza toda a coordenação da modelagem assistencial da empresa.

O Call Center participa ativamente da logística do direcionamento de fluxo de clientela a prestadores preferenciais, bem como da pressão micro-regulatória sobre o médico, seja de forma direta (através da atuação dos analistas médicos que avaliam as solicitações de exames e procedimentos, em ato) ou indireta, mediante a arregimentação de informações para a construção das ferramentas de mensuração de *performance* do médico (o “Custo Agregado”), de forma a combinar o custo e a resolutividade de cada profissional.

O programa de Medicina Preventiva também se insere privilegiadamente na logística da (micro)regulação por dois mecanismos principais: (1) por participar diretamente das estratégias de direcionamento a prestadores preferenciais e, sobretudo, aos serviços próprios, uma vez que, captados os pacientes segundo as estratificações de risco já comentadas, incumbe-se de organizar e disciplinar o fluxo dos mesmos para as diversas instâncias assistenciais da rede própria; e (2) por participar da construção de uma nova mentalidade assistencial que implica em um esvaziamento das ações de saúde médico-procedimento-centradas, de modo a se investir em saúde e não em doença, através de práticas de prevenção e promoção à saúde, para o que lança mão da valorização da dimensão intelectual do trabalho e de outras formas de tecnologia imaterial (o que não deixa de ser uma estratégia de redução da sinistralidade, tão expressivamente apontada por um dos entrevistados). Esta, sim, parece ser a vertente dos processos de gestão organizacional mais comprometida com uma nova perspectiva de qualificação assistencial, que se identifica com o que se tem caracterizado neste estudo como *transição tecnológica*.

Isso é bem exemplificado pelo estímulo às práticas cuidadoras, pelo aproveitamento de equipes multi-disciplinares onde o médico não é mais a figura central, pelo manuseio precoce dos casos de menor risco para evitar a instalação de doença ou evitar o agravamento das doenças já instaladas, e pela constituição de “núcleos de excelência”, que funcionam como uma espécie de corpo consultivo da operadora no âmbito técnico-científico, de formação altamente especializada, que realiza os procedimentos de maior complexidade da população assistida, elabora os protocolos das áreas de maior risco e custo e confere legitimidade à operadora no que diz respeito à incorporação de novas tecnologias. Este fenômeno convive com a existência de uma grande massa de médicos contratados através de vínculos precários de trabalho, que só participam das linhas de cuidado construídas pela operadora nos seus momentos iniciais ou nos atendimentos de baixo risco.

Por outro lado, ao favorecer o fluxo para recursos próprios e trabalhar com equipes próprias, ainda que altamente especializadas e também submetidas a pagamentos geralmente fixos, a Medicina Preventiva não apenas integra a estratégia anteriormente referida de investimento em capital fixo, como participa diretamente da economia dos custos variáveis, através de formas refinadas de captura de trabalho vivo, como ocorre com

as equipes multi-disciplinares e mesmo com os núcleos de excelência já mencionados. Pode-se pensar, então, que pela ação prescritiva e capturante com que pode atuar, mesmo em relação às tecnologias imateriais (“leves” e mesmo “leves-duras”), bem como pelas formas inovadoras de captura do trabalho vivo, a Medicina Preventiva também acaba por ter uma representação enquanto trabalho morto.

Portanto, eleger o direcionamento a prestadores ou a serviços preferenciais como diretriz regulatória significa, na realidade, investir na dimensão fixa do capital e economizar na sua dimensão variável. E que o investimento em custos fixos representa, por sua vez, uma valorização inequívoca do trabalho morto, isto é, das suas formas de captura e da ação prescritiva que exerce sobre o trabalho vivo, ainda que isto se dê sob formas originais, criativas e imbuídas do conteúdo ideológico de valorização de processos cuidadores, com o uso de tecnologias “leves” e “leves-duras”. Pode-se perceber, portanto, que tanto o direcionamento, com seu propósito explicitamente regulador, como a Medicina Preventiva, enquanto representação de uma verdadeira “inteligência” que embasa a concepção assistencial desta operadora (porém também não isenta de propósitos reguladores), ao integrarem a estratégia econômica e comercial já referida, participam do mesmo projeto de redução da sinistralidade e dos custos, favorecendo os processos de acumulação e, portanto, o lucro e a rentabilidade para a operadora em análise.

Assim, a constitutividade do direcionamento nesta operadora, enquanto forma de regulação estrutural do modelo de atenção nela vigente, seja na sua expressão regulatória explícita, seja através da sua sinergia com a Medicina Preventiva (e que pode ser vista como a sua interface conceitual), ao produzir uma concentração da assistência nos recursos próprios, com a conseqüente captura do auto-governo do médico, inscreve-se na estratégia já mencionada de investimento em custos fixos e da inibição da fração variável dos mesmos (onde o trabalho médico talvez represente o principal componente da variabilidade do custo da assistência), que, em última instância, pode perpetuar a supremacia do trabalho morto sobre o trabalho vivo na produção do cuidado, caso não haja a interferência de um ator com suficiente acúmulo de poder para reverter essa situação, como é o caso da ANS.

No que diz respeito à instituição de marcos regulatórios voltados para a dimensão assistencial, um dos aspectos que emergem dessa discussão é a própria qualidade

dos prestadores preferenciais selecionados pelas operadoras. Sendo esta relação comercial estabelecida, entre outras coisas, em função da relação entre custo e volume de procedimentos (ou de atos de saúde) realizados, é de se interrogar qual o espaço que ocupa a qualidade dos serviços nessas negociações, o que pode interferir diretamente na qualidade do cuidado final produzido nessas operadoras, passando a ser incontornavelmente um papel da ANS exigir critérios de qualidade e acreditação para o credenciamento e de prestadores.

A necessidade desta modalidade atual de capital neoliberal em estabelecer custos fixos, justamente por ser algo indispensável aos atuais processos de acumulação do capital, não apenas cria um padrão de constitutividade que serve de molde para o mercado (o que já pode também ser observado nos resultados da “pesquisa-mãe”)³, como constrói uma racionalidade nitidamente econômica, um “núcleo-duro” que, por ser tão caro aos atuais processos de acumulação do capital, pode determinar uma resistência à política reguladora do Estado para o setor.

É possível concluir, portanto, que, se essa racionalidade econômica é constitutiva do campo, de uma certa forma reforça a tendência já apontada para um certo grau de isomorfismo que pode estar tomando conta do mesmo, cujas origens remontam a períodos e a influências anteriores à existência da Lei 9656 e da própria ANS, sendo que essa lógica vem sendo insidiosamente estimulada pela presença do capital financeiro no campo da saúde. Pode-se mesmo pensar que tal estratégia, da qual o direcionamento parece ser o carro-chefe, pode estar se constituindo em um marco regulatório próprio do campo da regulação operativa instituído pelas operadoras ou, em outras palavras, um marco

³ Ainda que a estratégia do direcionamento tenha sido explicitamente assumida pela direção da operadora estudada, é possível inferir, o que de resto a própria pesquisa institucional já sinalizou, que esta seja uma lógica em disseminação no mercado de saúde suplementar brasileiro, por parte de todos os segmentos empresariais, o que já tem início na própria formalização dos contratos (como ocorre com as seguradoras, embora neste caso ainda não pareça haver explicitamente outras formas de indução da clientela para a procura de prestadores preferenciais). Parece ser também uma tendência em alguns segmentos (medicinas de grupo e algumas cooperativas médicas) a opção pelo investimento em redes próprias e em mecanismos que controlem encaminhamentos para níveis de maior complexidade (porta de entrada ou “médicos-porteiros”). Além disso, verificou-se em todos os segmentos estudados, mesmo nas seguradoras, a tendência em investir em práticas de prevenção e promoção à saúde, bem como em gerenciamento de casos de risco, todos de certa forma inscritos na lógica que vem sendo aqui identificada – o interesse em investimentos em capital fixo e na economia na sua porção variável, para o que é necessário uma interação das formas de intensificação da mais-valia absoluta e relativa, através da otimização da relação entre trabalho morto e trabalho vivo, ou seja, das diversificadas formas de captura deste por aquele, de modo a se impactar o núcleo tecnológico do trabalho (sendo importante frisar que a interpretação desses achados, sob a forma como está apresentada, é de responsabilidade exclusiva da autora do presente estudo).

regulatório que vem sendo instituído pelo próprio capital, que pode determinar um variável grau de permeabilidade, chegando, no extremo, a uma refratariedade do mercado privado de saúde à ação reguladora estatal.

O raciocínio que vem sendo desenvolvido até agora, e que considera a possível lógica econômica que pode estar norteando o funcionamento do mercado de saúde suplementar brasileiro, poderia apontar como conclusão um impasse em relação à exequibilidade de uma política regulatória estatal na esfera assistencial desse sub-setor. Tal linha de pensamento pode dar a impressão, em um primeiro momento, de que as inovações organizacionais que vêm sendo propostas, relativas à modelagem tecno-assistencial em curso na operadora estudada (que é claramente inspirada na AG, mesmo que não integralmente), não trazem aspectos positivos para a qualidade dos processos assistenciais ou benefícios concretos para os usuários, o que seria provavelmente um equívoco de natureza técnica ou mesmo ideológica.

Assim, não é possível deixar de reconhecer a qualidade dos projetos que vêm sendo concebidos e implementados dentro do programa de Medicina Preventiva do caso estudado, bastando verificar o investimento e a aparente coerência existente nos projetos que envolvem a alta complexidade, de um modo geral (como a assistência aos casos cardiovasculares, à gestação de risco etc), bem como nos projetos de gerenciamento de riscos (como os *disease management* e os *case management*), nos programas para os hiper-utilizadores, para os idosos, para monitoramento à distância dos diabéticos, em que parece existir um compromisso genuíno quanto à qualidade, integralidade e continuidade do cuidado produzido por parte da operadora estudada, independentemente do seu não oculto interesse na rentabilidade do empreendimento. Do mesmo modo, não é possível ignorar a necessidade do exercício da micro-regulação, no sentido de modular adequadamente a prática médica e o não raras vezes excessivo auto-governo do profissional médico, no que é digno de destaque o investimento nos processos cuidadores, menos dependentes de procedimentos, com a valorização do conhecimento multi-disciplinar e de todas as iniciativas que envolvem as tecnologias “leves” e “leves-duras”, o que demonstra a importância que parece estar sendo dada ao trabalho vivo em ato, inerente à produção de atos de saúde, observado nas linhas de cuidado estudadas.

Nesse sentido, pergunta-se: o fato de toda essa concepção de micro-regulação e de conformação de modelo assistencial (que lhe é inegavelmente correspondente) estar inscrita em uma racionalidade econômica orientada e pautada pela nova modalidade de capital neoliberal (originário do capital financeiro ou com ele identificado), que disputa o mercado com o capital vinculado ao modelo médico-hegemônico e, extensivamente, ao complexo médico-industrial, inviabiliza a qualificação dos processos assistenciais e, mais que isso, pode criar dificuldades reais para o êxito da política regulatória estatal que vem sendo conduzida pela ANS?

Em um primeiro momento, pode-se dizer que a resposta a ser dada a essas perguntas é, ao mesmo tempo, sim e não. No sentido de que a produção de atos de saúde no mercado de assistência supletiva é um ramo de atividade econômica considerada lucrativa, o que é confirmado pelas entrevistas realizadas com dirigentes e prestadores; de que existe a necessidade de se utilizar estratégias para a contenção de custos e para a acumulação de capital, o que se exerce principalmente através da economia gerada pelo trabalho médico; e de que a forma com que isso vem sendo feito, pautada pela lógica econômica dura e inflexível do capital (de investir em custos fixos e previsíveis e economizar no seu componente variável), que vem moldando tendências no mercado como um todo, pode criar uma uniformização complicada para o processo regulatório, a resposta parece ser sim.

Por outro lado, ao se considerar a saúde como um campo dotado de características absolutamente singulares, mais especificamente no que se refere aos seus processos produtivos, que têm como eixo central a *micropolítica do trabalho vivo em ato*, a resposta à pergunta anterior mostra-se substancialmente diferente. Nesse caso, é possível não apenas relativizar a transposição dos processos produtivos industriais para esse campo, como apreender e publicizar as linhas de fuga que permitem a transformação real das práticas de saúde, redirecionando-as para outros horizontes, com novos sentidos, de modo a tornar a reestruturação produtiva uma realidade, a partir do movimento de transição tecnológica que enseja, como vem sendo defendido neste trabalho. Assim, recuperando as diferenças existentes e já identificadas entre uma “fábrica” e os processos produtivos em saúde, pode-se dizer que a diferença mais significativa entre ambos é dada pela existência do trabalho vivo em ato e pela dimensão cuidadora que o organiza e circunscreve, de modo que, por mais capturante que seja a pressão regulatória dos novos processos gerenciais

sobre a prática médica, aquele repele, por suas características intrinsecamente libertárias, o aprisionamento pleno do trabalho vivo.

Assim, mesmo com as cabíveis ressalvas que se possa fazer aos modelos inspirados na AG, é possível esperar que estes possam introduzir elementos inovadores e renovadores importantes e necessários para resgatar a dimensão cuidadora nos processos assistenciais. Ou seja, a mesma Atenção Gerenciada que é guiada por uma lógica econômica quase pétrea para garantir o enfrentamento e a supremacia no mercado, também é pode ser capaz de contribuir, pelo menos em tese, para a qualidade e a integralidade dos processos assistenciais, sem que se tenha a ingenuidade de desconsiderar os seus óbvios interesses na comercialização e no lucro nesse setor, bem como na transformação da saúde de bem público e direito de cidadania em mercadoria passível de ser adquirida mediante capacidades diferenciadas de pagamento. A despeito disso, portanto, é capaz de não apenas fomentar processos cuidadores que cursem com a produção social de saúde, como induzir a formação de uma nova mentalidade nos atores envolvidos nos processos produtivos, em direção a um movimento de reestruturação produtiva em saúde a partir do salto que caracteriza a transição tecnológica dos processos de produção do cuidado, desde que monitorizada externamente por uma instância superior que regule e module apropriadamente sua atuação no mercado.

Pode-se dizer, então, que, ao incentivar a adoção de práticas ligadas a prevenção e promoção de saúde (nos quais se incluem as abordagens cuidadoras) e diminuir a ênfase nos atos médico-centrados, mesmo a AG pode potencialmente impactar o NTT e, assim, induzir uma possível transição tecnológica, sinalizando uma tendência de mudança de comportamento no mercado de saúde supletiva. Tal movimento de transição tecnológica, porém, não está ainda dado, permanecendo por ora em aberto, o que requer uma monitorização a médio e longo prazo dos processos produtivos no mercado de saúde suplementar pelo ao mesmo tempo observador privilegiado e agente regulador mais autorizado, como deve sê-lo a Agência Nacional de Saúde, que tem como missão a instituição e a viabilização de marcos regulatórios para o campo.

O próximo conjunto das considerações anteriores tem como mote, portanto, a discussão da natureza desses marcos regulatórios por parte do Estado, como se verá em seguida.

A INSTITUIÇÃO DE MARCOS REGULATÓRIOS PELO ESTADO NA DIMENSÃO ASSISTENCIAL DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO – ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS NA REALIDADE ATUAL

A escolha de um estudo de caso enquanto estratégia metodológica não significa ignorar as especificidades de outras operadoras e a existência de outros possíveis padrões de gerenciamento do cuidado e de modelagens assistenciais no mercado de saúde suplementar brasileiro, que possivelmente conformam uma miríade por ora ainda bastante heterogênea, considerados os diferentes quilates das empresas presentes no cenário, sendo que no caso de grande parte das operadoras nele presentes, sobretudo as de pequeno porte, é possível que esta discussão seja algo distante da sua realidade, e até que mesmo que nelas inexista qualquer projeto de modelo tecno-assistencial identificável com clareza. Deve ficar claro que a operadora em estudo, pertencente ao segmento de medicinas de grupo, foi selecionada em um universo de grandes operadoras vinculadas aos quatro segmentos empresariais mais prototípicos do mercado (que foram estudados na pesquisa institucional que originou a atual), por reunir características muito especiais para as finalidades deste estudo, podendo por isto ser considerada um tipo-ideal, ou uma analisadora do campo, como uma espécie de referência exemplar para o restante do mercado, conforme dados obtidos em uma das entrevistas.

Importa também que, para se aprofundar na análise do material sob a perspectiva da categoria analítica selecionada – o núcleo tecnológico do trabalho como expressão mais fina e discriminante da dinâmica micro-política dos processos de trabalho –, foram valorizados os aspectos ligados à captura do trabalho vivo como objeto das tecnologias de gestão organizacional atualmente prevalentes no mercado de saúde suplementar, por parte das operadoras de planos e seguros privados de saúde, para o que adquiriu relevância inquestionável, do ponto de vista metodológico, o trabalho médico, também aqui considerado como um analisador desses processos.

Os dados obtidos na etapa empírica permitem confirmar a centralidade dos prestadores no que se refere simultaneamente aos mecanismos de regulação e à constituição de modelos assistenciais adotados no mercado de saúde suplementar brasileiro. Os dados obtidos nas entrevistas possibilitaram a verificação da importância do “lugar” do médico e das principais temáticas relativas ao seu relacionamento com as operadoras no que diz

respeito à conformação de modelos assistenciais e aos processos de captura do trabalho vivo, que podem ser considerados interfaces do mesmo fenômeno (ao se considerar o NTT, já que ambos estão relacionados ao controle do seu auto-governo), no âmbito do que aqui está sendo denominado campo da regulação operativa. O trabalho médico atravessa, por assim dizer, todos os âmbitos, temáticas e espaços de relação no contexto do mercado privado de saúde, daí a razão de ter sido eleito, ainda que abrangendo uma categoria muito heterogênea, como eixo analítico da dinâmica do núcleo tecnológico do trabalho no mercado de saúde suplementar brasileiro, sob a perspectiva da tensão gerada pelos processos que visam a sua captura.

A importância do trabalho vivo na construção das linhas de produção do cuidado e a sintonia fina requerida para a instituição de marcos regulatórios para o setor

Pelo que já vem sendo dito até agora, ao se pensar na conformação dos modelos assistenciais existentes no mercado de saúde suplementar brasileiro, sob a perspectiva do núcleo tecnológico do trabalho, especialmente no que concerne aos processos de captura do trabalho vivo do médico e sua relação com a construção de linhas de produção do cuidado, é possível dizer que as operadoras de planos e seguros privados de saúde ainda se caracterizam pelos diferentes graus de autonomia que conferem a este profissional, em um espectro delimitado pelo que se pode denominar de formas polares, definidas ora por uma apresentação mais caracteristicamente médico-procedimento centrada, em que o grau de liberdade do médico na linha de cuidado é muito amplo, ora por uma maior restrição da sua atuação, em função do grau de interferência da operadora sobre as mesmas, o que pode estar refletindo, nesses casos, apostas em processos mais cuidadores e menos dependentes de procedimentos. Entre esses modelos polares, existem tipologias intermediárias que não podem ser desconsideradas pela agência reguladora estatal (ANS) quando da instituição de marcos regulatórios para a esfera assistencial nesse sub-sistema⁴.

A partir disso, é possível também perceber o tratamento que tem sido dado a determinadas prerrogativas, como a livre-escolha e o incentivo ao vínculo entre o médico e o paciente, valores permanentemente veiculados pelas operadoras nas campanhas

⁴ Tais afirmações baseiam-se nos resultados da pesquisa institucional “Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil”, já mencionada, conforme apresentados nos relatórios 5 e 6 da autora do presente estudo, bem como no relatório final do grupo de que participou (P.12).

mercadológicas. Assim, do primeiro lado do espectro acima citado, é possível identificar em alguns segmentos empresariais, como ocorre com algumas cooperativas médicas e com as seguradoras, a permanência de um razoável grau de liberdade na escolha do médico ou do serviço, por parte do usuário, verificando-se ainda que o médico tem a possibilidade de construir ativamente linhas de produção do cuidado a partir do que ele considera seu “território profissional”. Isto quer dizer que o profissional médico consegue potencialmente estabelecer uma série de contatos ou relações intercessoras com diferentes serviços (muitas vezes por ter vários vínculos profissionais) que garantem a continuidade e a efetividade do cuidado prestado ao paciente, muitas vezes evitando trajetos desnecessários do mesmo no circuito da assistência, ao mesmo tempo em que consegue garantir o vínculo, a confiança e a adesão do usuário ao tratamento.

Do lado oposto do espectro, pode-se observar que algumas operadoras, sob a égide do “gerenciamento do cuidado”, mas respaldadas em uma lógica predominantemente econômica, na qual o direcionamento se superpõe às prerrogativas acima mencionadas, trazem para si o controle da linha de cuidado, expropriando o médico dessa vocação liberal histórica, como ocorre no caso da operadora utilizada neste estudo.

Ficou bem claro, no caso analisado, que a operadora arregimenta para si o controle de todo o processo de produção de cuidado, de modo que o paciente passa a se vincular não mais a profissionais específicos, mas a equipes ou, em última instância, à própria operadora, que passa a representar a entidade vinculadora e de interlocução com o usuário-cliente. Mais uma vez, convém reiterar que isto não significa necessariamente uma desvantagem para o usuário. Por outro lado, não fica claro quais as reais consequências disso na prática, qual a qualidade do vínculo estabelecido entre o usuário e os profissionais ou serviços envolvidos, qual a adesão do mesmo aos tratamentos aos quais é submetido, pois, ao se concentrar determinados tipos de procedimento em unidades fixas da rede própria, pode-se estar criando um problema (só para citar um exemplo) de deslocamento para o usuário, que nem sempre é resolvido com soluções pontuais, como o uso de transporte específico para tal (ambulâncias, por exemplo), atendimento domiciliar etc. Também não fica claro qual a percepção que tem o usuário quando da sua inclusão nos grupos da Medicina Preventiva (*case management*), uma vez que passa a se vincular a um profissional diferente do que espontaneamente escolheu, ou a uma rede de atendimento

diferente da que estipulou em contrato, por mais recursos e possibilidades que esses programas lhe disponibilizem. Caberia, portanto, saber qual a percepção e o grau de satisfação que o usuário efetivamente tem em situações desse tipo, bem como as consequências dessa forma de organização da assistência sobre a qualidade do cuidado produzido, o que poderia ser objeto de outra investigação. Assim, apesar da aparente organicidade e coerência com que tais programas são apresentados e descritos, permanecem indagações a respeito da sua real efetividade na prática, no que concerne à qualidade do cuidado final produzido.

Pode-se perceber que o posicionamento de uma operadora ativa e com um alto grau de desempenho organizacional na possível impactação do núcleo tecnológico do trabalho rumo a uma transição tecnológica, como é o caso da operadora em estudo, envolve um movimento de produção de laboratórios de modelos tecno-assistenciais, compondo verdadeiros ensaios de “transição tecnológica”, através da utilização de referenciais também correntes na Saúde Coletiva, como a integralidade e a continuidade do cuidado, o incentivo ao vínculo e à responsabilização, a multi-disciplinaridade, o uso de programas de prevenção e promoção à saúde, o incentivo às práticas cuidadoras, o controle dos custos, a racionalização no uso das tecnologias etc. Assim, fugindo ao território clássico da clínica privada do médico, a própria operadora passa a construir e articular as linhas de produção do cuidado, podendo com isto obter resultados teoricamente muito promissores, do ponto de vista da qualificação assistencial, para o que muitas vezes lança mão de alguns recursos, como, por exemplo:

a) Ante a impossibilidade de se exterminar totalmente o trabalho médico, torna-se necessário o enquadramento do mesmo em um molde contrário ao do exercício liberal da profissão, tanto no que diz respeito às condições de remuneração a que passa a ser submetido, quanto no que concerne à autonomia no exercício da sua prática e na sua perda de capacidade de interferir na linha de produção do cuidado;

b) A interferência no *setting* do médico e na própria relação médico-paciente, de modo que o espaço intercessor entre ambos passa a ser colonizado por outras lógicas, o que mostra que a liberdade do trabalho vivo em ato do médico e da própria relação que se institui entre este e o paciente é sempre relativa e limitada por injunções externas. Tal interferência pode chegar ao extremo em situações de quebra do sigilo médico, o que pode ser conferido através da exigência de explicitação de diagnósticos para descaracterização de urgência e para detecção de doenças pré-existentes em PS; da elaboração de relatórios de temporalidade para a determinação do tempo de doença do qual o paciente é portador (o

que pode levar à negação do atendimento ou mesmo à exclusão do paciente do plano); da vigilância da formalidade da consulta dentro do consultório médico; da revelação de diagnósticos a auditores das operadoras etc.

Como se isto não bastasse, não se pode desconsiderar ainda o controle social que passa a ser exercido sobre a vida dos usuários, verificável em todas as situações que envolvem estratificação de riscos, quando as pessoas são praticamente induzidas a declarar sobre o seu estado de saúde e seus riscos para desenvolver doenças, através dos questionários de saúde feitos nas empresas; nas situações em que os serviços de medicina ocupacional repassam informações de caráter privado às operadoras; ou mesmo mediante estratégias de convocação do usuário a qualquer custo, uma vez que este esteja inscrito em programas de gerenciamento de risco (lembrando-se aqui o exemplo do Call Center pró-ativo da operadora estudada). Se por um lado não se pode negar os aspectos positivos no controle das patologias dos pacientes inscritos nesses programas, tanto em termos da melhoria da qualidade de vida dos mesmos quanto em termos de redução de sinistralidade para a empresa, não se pode esquecer que isso pode representar também uma transgressão dos limites da sua vida privada, em relação ao que eles não têm possibilidades de se contrapor, lembrando-se ainda que a maior parte do acesso às informações acerca da esfera privada dos usuários é obtida pela interferência direta sobre a prática médica.

É possível perceber que a operadora estudada situa-se neste extremo do espectro, como se expropriasse ao médico e ao usuário a possibilidade da livre-escolha, a possibilidade de vínculo em determinadas circunstâncias (embora possa até haver a transferência de vínculo de um profissional para um outro diferente do que ele escolheu) e a construção pessoal da linha de cuidado. Nesse sentido, o direcionamento é a manifestação concreta da negação ou pelo menos da relativização do princípio da livre-escolha (ainda que esta seja sempre lembrada nas campanhas de marketing da maioria das empresas), uma vez que o próprio livreto do usuário já é elaborado levando-se em conta a necessidade de canalização do fluxo para os prestadores preferenciais, sem contar o direcionamento compulsório para a rede própria já previsto em contrato para a maioria dos planos empresariais, especialmente os denominados “chão de fábrica”.

Não se pode desconsiderar, porém, que além desses dois modelos polares anteriormente citados, existe uma gama de tipologias intermediárias, em que o médico ainda consegue se identificar com um modelo cuidador, construindo uma linha ativa de

produção de atos de saúde para um usuário que ainda consegue preservar um certo grau de autonomia, podendo também interferir positivamente na sua própria linha de cuidado.

É nesse sentido que, em se tratando da implementação de marcos regulatórios para a esfera assistencial nesse sub-setor, é necessário ter-se em mente a necessidade de não dogmatizar ou enquadrar em categorias muito compartimentalizadas e de forma taxativa as modalidades assistenciais e suas correspondentes linhas de produção de cuidado, sempre relativizando e considerando a potencialidade de produção de um cuidado qualificado mesmo em tipologias assistenciais aparentemente médico-centradas. O inverso é igualmente verdadeiro, pois também se pode verificar inquestionável qualidade em modelos assistenciais que têm na sua base organizacional uma modulação adequada e equilibrada do auto-governo do profissional médico.

Desse modo, tanto nas formas polares como nas apresentações intermediárias da conformação das linhas de cuidado anteriormente citadas, torna-se necessário que a ANS tenha conhecimento da dinâmica desse espaço intercessor (não no plano individual ou nominal, evidentemente), para que possa preservar o que existe de positivo na produção de cuidado vigente nessas diferentes formas. Daí advém a pergunta: qual o real sentido da regulação ao se deparar com as apresentações padronizadas e intermediárias, sem anular a produção de cuidado existente tanto em formas predominantemente centradas no modelo médico como em modelos predominantemente cuidadores e, ao mesmo tempo, não descaracterizar o que ainda existe de multiplicidade no campo? Até que ponto é necessário ou desejável a existência de apenas um padrão de comportamento no que se refere ao núcleo tecnológico do trabalho, ao se ter como objetivo a qualificação assistencial do mercado de saúde suplementar? Ou um padrão de modelagem assistencial que não dê lugar para o exercício da autonomia do trabalho vivo em ato do médico e da própria equipe de saúde? Quais as alianças preferenciais que a ANS precisa fazer para adentrar no campo da regulação operativa e desvendar as cortinas que obscurecem e limitam a sua ação neste campo, preservando o auto-governo necessário ao trabalho em saúde e a autonomia do próprio usuário?

A natureza do marco regulatório do Estado na dimensão assistencial e suas possíveis repercussões sobre o mercado de saúde suplementar

Parece ser evidente a existência de um interesse e de um esforço real do Estado em condicionar um processo de regulação da produção do cuidado no mercado de saúde suplementar brasileiro, tendo como eixo a instituição de marcos regulatórios voltados para a qualificação dos processos assistenciais e para a produção social de saúde por parte das operadoras nele atuantes, para o que vem buscando adquirir conhecimentos e competências para instrumentalizar tecnologicamente, do ponto de vista da gestão organizacional, a sua intervenção neste campo. Ao mesmo tempo, a existência de uma formatação prévia do referido mercado, dada pelo seu desenvolvimento histórico, acrescida das influências externas já mencionadas, pode interferir decisivamente na efetividade da ação reguladora estatal sobre o mesmo. Nesse sentido, o material empírico apresentado mostra uma operadora que dispõe de uma prática regulatória tão poderosa, articulada e identificada com o marco regulatório previamente definido pelo próprio capital que suscita dúvidas a respeito da efetividade da política regulatória do Estado sobre a mesma. Se em outras operadoras as barreiras podem ser de outra natureza, como a própria ausência de um projeto institucional mais definido e ordenado, no caso escolhido a dificuldade pode estar residindo justamente na formatação extremamente acabada do seu modelo técnico-assistencial.

É importante compreender que, se por um lado esse formato estruturado de micro-regulação tem a potencialidade de produzir impactos sobre o núcleo tecnológico do trabalho, (podendo, portanto, ser potencialmente gerador de uma transição tecnológica), ao buscar reduzir ou mesmo eliminar o auto-governo inerente ao trabalho em saúde, pode também, inversamente, estabelecer condições que não dê margem para a expressão do trabalho vivo, sobretudo do médico, envolvendo tudo em um receituário prescritivo e limitador, e negando, paradoxalmente, a possibilidade de uma transição tecnológica real, já que tudo pode se converter em objeto de captura pelo trabalho morto, como as práticas de prevenção e promoção, as práticas cuidadoras, o trabalho multi-disciplinar, os núcleos de excelência técnico-científica etc.

O que há de mais importante nisso tudo, porém, é que o manuseio inadequado do grau de liberdade do trabalho vivo em função de sua captura permanente

pelo trabalho morto, enquanto expressão da dinâmica do núcleo tecnológico do trabalho, pode interferir em relações que são vitais para a integridade e a efetividade das linhas de produção do cuidado, o que pode gerar consequências para a qualidade da assistência realizada e para a própria produção social de saúde, o que já passa a ser de interesse da agência reguladora estatal (ANS), no que diz respeito à instituição de marcos regulatórios voltados para a qualificação dos processos assistenciais nesse mercado.

Se a utilização de uma operadora como esta traz algumas respostas, sob o ponto de vista da compreensão da sua engrenagem organizacional e da conformação dos seus processos assistenciais, abre também um novo leque de reflexões a respeito da natureza do próprio marco regulatório. Uma pergunta a ser necessariamente feita é se uma operadora como esta pode realmente sofrer o impacto do marco regulatório do Estado.

Pode-se dizer que, para uma operadora com as características apresentadas ser permeável à ação reguladora do Estado, deve atuar sinergicamente com o marco regulatório por este determinado, neste caso podendo se constituir em um marco regulatório do próprio campo. Isto equivale, portanto, a indagar: uma operadora que opere nesses moldes tem de fato sinergia com o marco regulatório governamental ou o seu desenho organizacional é tão estruturado que não dá margem à intervenção do Estado sobre a sua prática? Neste último caso, o que o Estado deve fazer para viabilizar essa intervenção? Qual a tônica a ser impressa pela regulação estatal sobre uma operadora com tais características, que opera de forma tão identificada com o marco regulatório do próprio capital, tomando-se como referência a dinâmica do núcleo tecnológico do trabalho e as formas de disciplinamento da autonomia do trabalho em saúde? Que marco regulatório deverá ser instituído pelo Estado para penetrar e intervir na formatação desse mercado? Que brechas a política regulatória estatal precisará utilizar e quais as alianças preferenciais que deverá fazer para exercer uma ação instituinte sobre esse campo?

Parece certo que, para induzir uma re-formatação do mercado, o marco regulatório deverá utilizar como chave o próprio núcleo tecnológico do trabalho, levando em conta a dobra que este representa entre a dimensão assistencial e a dimensão organizacional, nas quais se inscrevem os processos de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto. Desse modo, ao mesmo tempo em que deverá incentivar a produção de processos cuidadores, multi-disciplinares, não exclusivamente procedimentos-dependentes,

capazes de viabilizar a prevenção e a promoção de saúde, bem como a adequação tecnológica, através da permanente flexibilidade na composição entre tecnologias “leves”, “leves-duras” e “duras”, não deve induzir uma regulação tão rígida que inviabilize a atuação do auto-governo absolutamente necessário ao trabalho em saúde. Isto significa conferir um certo grau de liberdade ao próprio campo, onde, sempre acompanhando e monitorizando a dinâmica do NTT, seja possível a preservação dos aspectos positivos da autonomia intrínseca à produção de atos de saúde, dando margem para que a ação criadora possa sempre se manifestar e não ser inexoravelmente subsumida pelo trabalho morto, ainda que este possa estar camuflado sob formatos de práticas que são promotoras de saúde apenas na aparência.

Outro aspecto que parece fundamental discutir é sobre as consequências que o próprio marco regulatório pode determinar sobre o mercado de saúde suplementar como um todo e sobre a sua própria legitimidade e sobrevivência enquanto norma para o campo. Como já se viu, a operadora estudada atua com um receituário muito próximo, se não idêntico, ao da Atenção Gerenciada, tanto no que diz respeito aos mecanismos de micro-regulação com que se relaciona com os outros atores do cenário, especialmente a corporação médica, como à sua própria concepção de produção de atos de saúde. Além disso, como representante do segmento das empresas de medicinas de grupo, inspira-se nos princípios das HMOs americanas, que constituem uma das modalidades organizacionais identificadas com a Atenção Gerenciada (*Managed Care*).

Se esta operadora apresentar uma sinergia perfeita com o marco regulatório proposto pelo Estado (pelas propostas que vem defendendo e pela ação que vem desenvolvendo em relação ao controle da prática médica, ao fomento dos processos cuidadores, às práticas de prevenção e promoção à saúde, à adequação tecnológica e à mudança na mentalidade médico-procedimento-centrada etc) e tal sinergia puder ser reconhecida como uma referência para o campo, isto pode significar que a própria ANS está estabelecendo uma afinidade e agindo em conformidade com certos desenhos organizacionais que praticamente levam o mercado a uma maior concentração e, conseqüentemente, a um isomorfismo real (ou mesmo a um monomorfismo), uma vez que pode induzir a adesão das operadoras a um único padrão de gestão do cuidado. Nesse

sentido, pode-se dizer que **o debate sobre o isomorfismo guarda também relação com o próprio marco regulatório instituído pelo Estado.**

Assim, se atuar dentro de premissas muito rígidas e sem estar alerta para a funcionalidade dinâmica do NTT (o que inclui a valorização da dimensão do trabalho vivo em ato na produção do cuidado), a regulação governamental pode, paradoxalmente, estar reforçando um isomorfismo no mercado absolutamente indesejável, a ponto de poder pôr em risco a própria multiplicidade do campo, com o esmaecimento da distinção entre os distintos segmentos empresariais, ou mesmo o desaparecimento de alguns deles, incluindo-se aqui as pequenas operadoras. Se o Estado pretende manter a multiplicidade e a diferenciação no mercado, não pode instituir um marco regulatório que leve a uma única forma de gerenciamento do cuidado.

Torna-se, portanto, um desafio para o âmbito estatal, na sua disposição de regular o mercado de saúde suplementar, instituir um marco regulatório que não elimine a existência das variadas formas de gestão do cuidado e, portanto, a multiplicidade e a pluralidade do próprio campo, sendo este um relevante problema a ser enfrentado pela Agência Nacional de Saúde no seu processo de construção de uma política de Estado para o setor. Assim, quanto maior a diversidade desse campo, maior a margem de atuação do próprio Estado, do contrário este pode ficar atrelado à lógica imperativa do capital, com uma capacidade de intervenção muito reduzida sobre o mesmo, do ponto de vista da macro-regulação, além de cair na armadilha de desvalorizar o que há de positivo em determinadas formas de produção do cuidado que estão presentes nos distintos segmentos empresariais atuantes no mercado, como pode ser observado, por exemplo, nas auto-gestões e em algumas cooperativas médicas.

Para instituir um marco regulatório efetivo, legítimo e dotado de autoridade ética, técnica e política no mercado de saúde suplementar brasileiro, torna-se necessário que o Estado, sintonizado com as oscilações da dinâmica do núcleo tecnológico do trabalho, tome conhecimento e intervenha sobre as relações entre os atores, promovendo a qualificação dos processos assistenciais e da produção social de saúde, através da valorização dos processos cuidadores, sem desconsiderar a adequação da produção de procedimentos sempre que isto se fizer necessário. Isto significa buscar uma sintonia fina entre a modulação do auto-governo dos trabalhadores, das próprias operadoras e,

simultaneamente, não esvaziar o trabalho vivo em ato e o seu componente de autonomia, que cria a abertura e as linhas de fuga para a permanente reinvenção das práticas de saúde.

Nesse sentido, pode-se dizer que a aposta institucional na valorização do trabalho vivo em ato (este, sim, prerrogativa dos processos produtivos na saúde e da potencialidade de agenciamento de uma verdadeira transição tecnológica rumo a um novo patamar produtivo, o que não ocorre na indústria), inscrito em processos cuidadores e até mesmo em processos que envolvam a produção de procedimentos, origine-se do Estado ou do próprio mercado, é o que existe de mais promissor para se manter uma expectativa otimista em relação à qualificação assistencial e à produção social de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro nos dias de hoje. A adequada preservação do trabalho vivo dentro de núcleo tecnológico do trabalho, associado ao respeito à pluralidade e à diferenciação das múltiplas formas de gestão do cuidado são, portanto, faces da mesma moeda e é o que pode permitir, lembrando Buber (s/d) “**agir, ajudar, curar, educar, elevar, salvar**”.

REFERÊNCIAS BIBILOGRÁFICAS

ACIOLE, G. G. **A saúde no Brasil: entre o Estado e o mercado**. Campinas, 2003. (Tese – Doutorado – FCM UNICAMP).

ACIOLE, G. G.; CECÍLIO, L. C. O. (coord.); FRANCO, T. B.; JORGE, A. O.; MALTA, D. C. (coord.); e MENESES, C. S. et al. **Microregulação no Setor Suplementar de Saúde e Organização da Assistência aos Usuários dos Planos de Saúde**. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, junho de 2004.

ALIEN o 8º Passageiro (Alien). Diretor: Ridley Scott; produtores: Gordon Carrol, David Giler e Walter Hill; história: Dan O'Bannon; música: Jerry Goldsmith. Elenco: Sigourney Weaver, Tom Skerritt, John Hurt, Ian Holm, Veronica Cartwright, Harry Dean Stanton e Yaphet Kotto. Local: EUA. Produtora: 20th Century Fox Film Corporation. Ano de produção: 1979. Duração: 116 minutos.

ALMEIDA, C. O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar. **Texto para Discussão nº 599**. Brasília, Ministério do Planejamento e Orçamento: IPEA, novembro de 1998. ISSN 1415-4765.

ANDRADE, M. G. G. **O Ensino Médico e os Serviços de Saúde: estudo de caso do Projeto Paulínia**. Campinas, 1995. (Tese – Doutorado – FCM UNICAMP).

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?**: Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 9ª ed. São Paulo, Cortez; Campinas: Editora da Unicamp, 2003, 200 p.

BAHIA, L. **Os Planos de Saúde Empresariais no Brasil**: notas para a regulação governamental. Texto base sobre o tema. s/dl, 16 p.

BAHIA, L. **Mudanças e Padrões da Relação Público-Privado**: Seguros e Planos de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 1999 (Tese – Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz).

BAHIA, L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: NEGRI, B. e GIOVANNI, G. (org.) **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, Universidade Estadual de Campinas: Instituto de Economia, 2001a, p. 325-61.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & saúde coletiva**. 6(2):329-339, 2001b, ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200005&lng=pt&nrm=iso>.

BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciênc. saúde coletiva*. [online]. 2001, vol.6, no.2, p.329-339. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. Acesso em 13 de agosto de 2003.

BAHIA, L.; COSTA, A. J. L.; FERNANDES, C.; LUIZ, R. R.; CAVALCANTI, M. L. T. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(4):671-86, 2002.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1998, 235 p.

BARROCA, J. L. **II Oficina sobre os Projetos de Pesquisa nº 12 e nº 27 – DIPRO / GGTAP**: Modelo de Garantias Assistenciais; Mecanismos de Regulação. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Apresentação em 13 de novembro de 2002; arquivo recebido de leda.rebello@ans.gov.br em 14 de novembro de 2002 para clareia@correionet.com.br.

BORCHARDT, J. **O Capital**: edição resumida; resumo dos três volumes de O Capital de Karl Marx. Trad. Ronaldo Alves Schmidt. 4ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1975, p. 42-8.

BRAGA, J. C. S. Dimensões econômicas e sociais do mercado de assistência suplementar. In: 2º Ciclo de Oficinas, 2001, Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Suplementar. Texto base da 2ª Oficina de Trabalho**. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, 2001, p. 29-44.

BRAGA, J. C. S. (coord.); TEIXEIRA, A.; BAHIA, L. (mod.); CINTRA, M. A. M. (relator). Dimensões Econômicas e Sociais da regulação governamental do mercado de assistência suplementar. In: 2º Ciclo de Oficinas, 2001, Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Suplementar. Relatório da 2ª Oficina de Trabalho**. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2001, p. 45-56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. A Regulamentação da Seguridade Privada: Relação com a Assistência Médica Suplementar. s/dl, 6 p.

BRASIL. Ministério do Planejamento. IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, 1998. Rio de Janeiro, IBGE, 2000.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001: Dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Minuta da resolução CNSP nº XX/98: Regulamenta as operadoras de seguros ou planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. **Arquivos para Download – ABRAMGE**. Disponível em: <<http://www.abramge.com.br/download/cnsp.htm>>. Acessado em 26 de janeiro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar **Regulação & Saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. ANS, Rio de Janeiro, 2002, 259 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Imaginando e Operando a Gestão da Assistência no Âmbito da Saúde Suplementar. In: **Oficina DIPRO/GGTAP**. Textos de apoio. ANS, Rio de Janeiro, janeiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência Geral de Regulamentação e Habilitação dos Produtos – GGRHP – Texto 8: Projeto de Normatização da ANS para as Garantias da Qualidade Assistencial. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos: **Oficina DIPRO/GGTAP. Imaginando e Operando a Gestão da Assistência no Âmbito da Saúde Suplementar**. Textos de apoio. Rio de Janeiro, ANS, 2002, 13 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde. Arquivos para Download – ANS.** Disponível em: <<http://www.abramge.com.br/download/ans1.htm>>. Acessado em 26 de janeiro de 2003.

BUBBER, M. **Eu e Tu**. Trad. Newton Aquiles Von Zuben. São Paulo: Moraes, s/d, 170 p.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992, 220 p.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.) **Inventando a mudança na Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994, p. 29-87.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições o método da roda**. São Paulo: HUCITEC, 2000, 236 p.

CARVALHO, E. B. **A regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas**. Campinas, 2003 (Dissertação – Mestrado – Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM UNICAMP).

CECÍLIO, L. C. O. (coord.); MENESES, C. S.; e ACIOLE, G. G. **Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de Planos de Saúde no Brasil**. Primeiro Produto: Relatório Parcial. In: Projeto de Pesquisa N° GEPEC/DIPRO/ANS: P. 12. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, fevereiro de 2003.

CECÍLIO, L. C. O. (coord.); MENESES, C. S.; IRIART, C. B.; e ACIOLE, G. G. **Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de Planos de Saúde no Brasil**. Segundo Produto: Relatório Parcial. In: Projeto de Pesquisa. N° GEPEC/DIPRO/ANS: P. 12. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, maio de 2003.

CECÍLIO, L. C. O. (coord.); MENESES, C. S.; IRIART, C. B.; e ACIOLE, G. G. **Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de Planos de Saúde no Brasil**. Terceiro Produto: Relatório Parcial. Projeto de Pesquisa. N° GEPEC/DIPRO/ANS: P. 12. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, outubro de 2003.

CECÍLIO, L. C. O. (coord.); MENESES, C. S.; IRIART, C. B.; e ACIOLE, G. G. **Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de Planos de Saúde no Brasil**. Quarto Produto: Relatório Parcial. In: Projeto de Pesquisa. N° GEPEC/DIPRO/ANS: P. 12. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, novembro de 2003.

CECÍLIO, L. C. O. (coord.); MENESES, C. S.; IRIART, C. B.; e ACIOLE, G. G. **Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de Planos de Saúde no Brasil**. Quinto Produto: Relatório Parcial. In: Projeto de Pesquisa. N° GEPEC/DIPRO/ANS: P. 12. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, fevereiro de 2004.

- CECÍLIO, L. C. O. (coord.); MENESES, C. S.; IRIART, C. B.; e ACIOLE, G. G. **Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de Planos de Saúde no Brasil**. Sexto Produto: Relatório Final. In: Projeto de Pesquisa. N° GEPEC/DIPRO/ANS: P. 12. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, março de 2004.
- CECÍLIO, L. C. O. Prólogo. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.) **Inventando a mudança na Saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1994, p. 11-28.
- CECÍLIO, L. C. O. (org.) **Inventando a mudança na Saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1994, 334 p.
- CONTANDRIOPOULUS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J-L.; BOYLE, P. **Saber preparar uma pesquisa**: definição, estrutura, financiamento. Trad. Silvia Ribeiro de Souza. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994, 215 p.
- CORDEIRO, H. **As Empresas Médicas**: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal, 1984, 175 p.
- CORIAT, B. **El Taller y el Robot**: ensayos sobre el fordismo y la producción en masa en la era de la electrónica. México: Siglo Veinteuno Editores, 1992, 266 p.
- DONNAGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975, 174 p.
- DONNAGELO, M. C. F.; e PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976, 124 p.
- DRUCKER, P. **Sociedade Pós-Capitalista**. Tradução de Nivaldo Montigelli Jr. 2ª ed. São Paulo: Pioneira, 1993, 185 p.
- FLORES, F. **Inventando la Empresa Del Siglo XXI**. 3ª ed. Santiago (Chile): Hachette, 1991, 99 p.
- FRANCO, T. B. **Processos de Trabalho e Transição Tecnológica na Saúde**: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde. Campinas, 2003 (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).
- FRANCO, T. B. **Estudo e Desenvolvimento de Modelo de Garantias Assistenciais para ANS**. Produto 6: Análise e Relatório Final, contendo os modelos assistenciais existentes para o segmento de cooperativas médicas. In: projeto de pesquisa N° GEPEC/DIPRO/ANS: P. 27. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, fevereiro de 2004.
- GALLO, E. (org.) **Razão e Planejamento**: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, .
- GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994, 278 p.
- GONÇALVES, R. B. M.; SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (org.) **Programação em Saúde Hoje**. 2ª ed. revista e aumentada. São Paulo: HUCITEC, 1993a, p. 37-63.

GOODE, W. J.; e HATT, P. K. **Métodos em pesquisa social**. Trad. Carolina Martuscelli Bori. 4ª ed. São Paulo: Nacional, 1972, 488 p.

IRIART, C. B.; MERHY, E. E.; WAITZKIN, H. **La atención gerenciada em América Latina: transnacionalización del sector em el contexto de la reforma**. s/dl., 22 p.

IRIART, C. B. **Atenção Gerenciada**: Instituinte da Reforma Neoliberal. Campinas, 1999 (Tese – Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).

IRIART, C. B. **Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de Planos de Saúde no Brasil**. Segundo Relatório de Pesquisa: Produto 2. In: Projeto de Pesquisa N° GEPEC/DIPRO/ANS: P. 12. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, maio de 2003.

IRIART, C. B. **Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de Planos de Saúde no Brasil**. Terceiro Produto: Documento Técnico com ênfase nas questões de sistema de Atenção Gerenciada. In: Projeto de Pesquisa N° GEPEC/DIPRO/ANS: P. 12. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, setembro de 2003.

LÉVY, P. **As tecnologias da inteligência**. Trad. Carlos Irineu da Costa. São Paulo: Editora 34, 1993 (3ª reimpressão, 1996), 203 p.

LIMA, C. R. M.; OLIVEIRA, R. M. S. **Prestadores de Serviços no Setor de Saúde Suplementar no Brasil**. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar: Fórum de Saúde Suplementar. Bibliografia Fundamental, Documentos Técnicos. **Arquivos para Download – ANS**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/EAabrangeciadaregulacao.asp>. Acesso em 8 de março de 2004.

LOUREAU, R. **A Análise Institucional**. Trad. Mariano Ferreira. 2ª ed. revista. Petrópolis: Vozes, 1996, 294 p.

MALTA, D. C. (coord.); COSTA, M. A.; FRANCO, T. B.; JORGE, A. O. **Estudo e Desenvolvimento de Modelos de Garantias Assistenciais para a ANS**. Primeiro Produto: Relatório Parcial. In: Projeto de pesquisa. N° GEPEC/DIPRO/ANS: P. 27. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, janeiro de 2003.

MALTA, D. C. (coord.); COSTA, M. A.; FRANCO, T. B.; JORGE, A. O. **Estudo e Desenvolvimento de Modelos de Garantias Assistenciais para a ANS**. Resumo Executivo. In: Projeto de pesquisa. N° GEPEC/DIPRO/ANS: P. 27. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, junho de 2004.

MARX, K. **O Capital**: Crítica da Economia Política. Trad. Regis Barbosa e Flávio R. Kohte. São Paulo: Abril Cultural, 1983, p. 165-72. v.1.

MENDES, E. V. (org.) **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994, 310 p.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996, p. 233-295.

MENESES, C. S. **A Unicidade do Sistema Único de Saúde em Questão: a Integralidade e a Hierarquização do Cuidado sob a Perspectiva do Trabalho Vivo**. Campinas, 1998 (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

MENESES, C. S. **Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de Planos de Saúde no Brasil**. Primeiro Produto: Relatório Parcial com Instrumento de Coleta de Dados, para os segmentos das Medicinas de Grupo e Seguradoras, elaborado. In: Projeto de Pesquisa. Nº GEPEC/DIPRO/ANS: P. 12. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, fevereiro de 2003.

MENESES, C. S. **Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de Planos de Saúde no Brasil**. Segundo Produto: Relatório Parcial. In: Projeto de Pesquisa. Nº GEPEC/DIPRO/ANS P. 12. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, maio de 2003.

MENESES, C. S. **Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de Planos de Saúde no Brasil**. Terceiro Produto: Relatório Parcial de acompanhamento In: Projeto de Pesquisa. Nº GEPEC/DIPRO/ANS: P. 12. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, outubro de 2003.

MENESES, C. S. **Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de Planos de Saúde no Brasil**. Quarto Produto: Relatório Parcial de acompanhamento das entrevistas e coleta de dados, para o segmento Seguradoras. In: Projeto de Pesquisa. Nº GEPEC/DIPRO/ANS: P. 12. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, novembro de 2003.

MENESES, C. S. **Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de Planos de Saúde no Brasil**. Quinto Produto: Relatório final de acompanhamento das entrevistas e coleta de dados, para o segmento Medicinas de Grupo. In: Projeto de Pesquisa. Nº GEPEC/DIPRO/ANS: P. 12. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, fevereiro de 2004.

MENESES, C. S. **Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de Planos de Saúde no Brasil**. Sexto Produto: Relatório final de acompanhamento das entrevistas e coleta de dados, para o segmento Seguradoras. In: Projeto de Pesquisa. Nº GEPEC/DIPRO/ANS: P. 12. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, março de 2004.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. s/dl.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (org.). **Inventando a mudança na Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994, p. 117-60.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (org.). **Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, p. 117-49.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires (Argentina): Lugar Editorial, 1997, p. 197-228.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires (Argentina): Lugar Editorial, 1997, p. 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002, 189 p.

MERHY, E. E. Um exercício para pensar a oficina de trabalho da GGTPAP?. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. **Imaginando e Operando a Gestão da Assistência no Âmbito da Saúde Suplementar: Oficina DIPRO/GGTAP**. Textos de apoio. –ANS, Rio de Janeiro, janeiro de 2002, 18 p.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, HUCITEC; Buenos Aires (Argentina), Lugar Editorial, 1997, p. 113-50.

MERHY, E. E.; e MAGALHÃES JUNIOR, H. Texto 5: Regulação pública de assistência na saúde suplementar: a quem interessa? In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos: **Imaginando e Operando a Gestão da Assistência no Âmbito da Saúde Suplementar: Oficina DIPRO/GGTAP**. Textos de apoio. ANS, Rio de Janeiro, janeiro de 2002, 4 p.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires (Argentina): Lugar Editorial, 1997, 385 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MONTONE, J. **Tendências e desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. Série ANS-3. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, ANS, 2002.

MONTONE, J. Texto 2: Desafios e Perspectivas da Regulação da Saúde Suplementar. Palestra proferida pelo presidente da ANS no dia 07/12/2001, no Seminário de Economia realizado em Salvador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. **Imaginando e Operando a Gestão da Assistência no Âmbito da Saúde Suplementar: Oficina DIPRO/GGTAP**. Textos de apoio. ANS, Rio de Janeiro, janeiro de 2002, 29 p.

NEGRI, B.; e GIOVANNI, G. (orgs.) **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, Universidade Estadual de Campinas: Instituto de Economia, 2001.

NEMES, M. I. B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de Programação. In: SCHRAIBER, L. B. (org.) **Programação em Saúde Hoje**. 2ª ed. revista e aumentada. São Paulo: HUCITEC, 1993a, p. 65-116.

PIRES, D. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT; Annablume, 1998, 253 p.

SCHRAIBER, L. B. (org.) **Programação em Saúde Hoje**. 2ª ed. revista e aumentada. São Paulo: HUCITEC, 1993^a, 243 p.

SCHRAIBER, L. B. Introdução Programação hoje: a força do debate. In: SCHRAIBER, L. B. (org.) **Programação em Saúde Hoje**. 2ª ed. revista e aumentada. São Paulo: HUCITEC, 1993a, p. 11-35.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: HUCITEC, 1993b, 229 p.

SERRA, J. Texto 1: Degração do discurso do ministro José Serra no Seminário dos Planos de Saúde/Brasília em 28.08.2001; in: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos **Produtos. Imaginando e Operando a Gestão da Assistência no Âmbito da Saúde Suplementar: Oficina DIPRO/GGTAP**. Textos de apoio. ANS, Rio de Janeiro, janeiro de 2002, 19 p.

SILVA, A. A. **Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços**: um novo relacionamento estratégico. Porto Alegre, ANS, julho de 2003 (publicado em pdf).

SILVA JÚNIOR, A. G. Texto 6 – Lógicas de programar ações de saúde; in: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos: **Imaginando e Operando a Gestão da Assistência no Âmbito da Saúde Suplementar: Oficina DIPRO/GGTAP**. Textos de apoio. ANS, Rio de Janeiro, janeiro de 2002, 26 p.

SINDICATO DOS HOSPITAIS DE SÃO PAULO (SINDHOSP) Relacionamento entre planos de saúde e hospitais é caótico, revela Datafolha. Pesquisa encomendada pelo SINDHOSP ao Instituto Datafolha em 2003. Disponível em:

<http://www.sindhosp.com.br/Imprensa/Result_Pesq/jornal4_5.html>;

<http://www.sindhosp.com.br/Imprensa/Result_Pesq/jornal6.html>; e

<http://www.sindhosp.com.br/Imprensa/Result_Pesq/jornal7.html>. Acesso em 18 de dezembro de 2003.

SPINK, M. I. P. Saúde: um campo transdisciplinar? **Revista Terapia Ocupacional**. USP, 3(1/2):17-23, janeiro-dezembro 1992.

TEIXEIRA, A. Mercado e imperfeições de mercado: o caso da assistência suplementar. Texto base da 1ª Oficina de Trabalho. In: **Cadernos de Saúde Suplementar: 2º Ciclo de Oficinas**. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2001, p. 4-22.

TEIXEIRA, A. (coord.); BAHIA, L. (moderadora); MALAGUTI, M. (relatora) Relatório da 1ª Oficina de Trabalho: Mercado e imperfeições de mercado: o caso da assistência suplementar. In: **Cadernos de Saúde Suplementar: 2º Ciclo de Oficinas**. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 16 de maio de 2001, p. 23-8.

UGÁ, M. A. Texto base sobre o tema: “Novas formas de contratação e compartilhamento do risco com provedores de serviços”. s/dl.

UGÁ, M. A.; SANTOS, A. M. P.; PINTO, M. T. F.; e PORTO, S. M. A regulação da atenção à saúde nos EUA. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar **Regulação & Saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. ANS, Rio de Janeiro, 2002, p. 237-54.

VIANA, A. L.; GERSCHMAN, S.; IBÁÑEZ, N.; PARADA, R. Estado e Regulação da Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar **Regulação & Saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. ANS, Rio de Janeiro, 2002, p. 195-215.

<<http://www.abramge.com.br>> Associação Brasileira de Medicina de Grupo: home page.

<<http://www.ans.gov.br/portal/site/home/index.asp>> Ministério da Saúde, Agência nacional de Saúde Suplementar: home page.

<<http://www.bradescosaude.com.br>> Bradesco Saúde: home page.

<<http://www.fenaseg.org.br>> Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados (FENASEG): home page. Acesso em março de 2004.

<<http://www.sulamerica.com.br>> SulAmérica Saúde S.A.: home page.